



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA CHAPINGO

DIRECCIÓN DE CENTROS REGIONALES UNIVERSITARIOS

MAESTRÍA EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL REGIONAL

**MIGRACIÓN Y SIDA: BINOMIO IMPOSTERGABLE EN LA
AGENDA DEL EDUCADOR Y EDUCADORA COMUNITARIOS**

RURALES



T E S I S

**DIRECCION ACADEMICA
DEPTO. DE SERVICIOS ESCOLARES
FACULTAD DE EXAMENES PROFESIONALES**

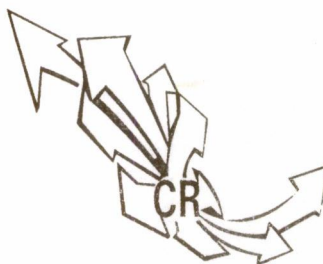
QUE COMO REQUISITO PARCIAL

PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL REGIONAL

PRESENTA:

JUANA IMELDA HERRERA PÉREZ



Morelia, Mich., Junio del 2002

BIBLIOTECA CENTRAL U. A. CH

Bib. 97790

**MIGRACIÓN INTERNACIONAL RECURRENTE Y VIH/SIDA: BINOMIO
IMPOSTERGABLE EN LA AGENDA DEL EDUCADOR Y EDUCADORA
COMUNITARIOS RURALES.**

Tesis realizada por Juana Imelda Herrera Pérez bajo la dirección del Comité Asesor indicado, aprobada por el mismo y aceptada como requisito parcial para obtener el grado de:

MAESTRO EN CIENCIAS EN DESARROLLO RURAL REGIONAL

DIRECTORA:


DRA. MIRIAM AIDÉ NÚÑEZ VERA

ASESOR:


DR. ALEJANDRO MOLINA GARCIA

ASESOR:


DR. ANDRÉS HUMBERTO SOLARI VICENTE

BIBLIOTECA CENTRAL U. A. CH

9.39940

**MIGRACIÓN INTERNACIONAL RECURRENTE Y VIH/SIDA: BINOMIO
IMPOSTERGABLE EN LA AGENDA DEL EDUCADOR Y EDUCADORA
COMUNITARIOS RURALES.**

El jurado que revisó y aprobó el examen de grado de Juana Imelda Herrera Pérez autora de la presente tesis de Maestría en Ciencias en Desarrollo Rural Regional estuvo constituido por:

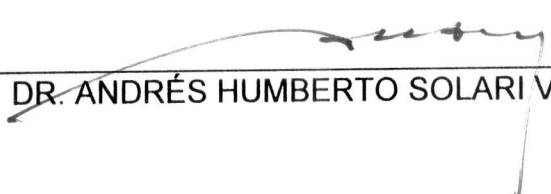
PRESIDENTA:


DRA. MIRIAM AIDÉ NÚÑEZ VERA

ASESOR:


DR. ALEJANDRO MOLINA GARCÍA

ASESOR:


DR. ANDRÉS HUMBERTO SOLARI VICENTE

DEDICATORIA

A la memoria de:

Francisco

Ernesto

Roberto

q.e.p.d.

A mis amigos Boris, Edgar, Tarsicio y Filiberto, con quienes inicié mis primeros acercamientos al binomio migración y SIDA, así como a Rafael López, Emilia Ocaña y Salvador Nieto por su apoyo en el trabajo de campo.

A mi familia extensa porque sin su amor, esta tarea hubiera sido un ejercicio estéril.

AGRADECIMIENTOS

Concluir el presente documento para obtener el grado de Maestra en Ciencias en Desarrollo Rural Regional, implica no pasar por alto el reconocer y agradecer a una serie de agentes facilitadores su intervención a lo largo del proceso. Considero imposible decir que esta tesis es un producto mío, para mí, es la síntesis de la participación activa de varios actores entre los que destaco: el Consejo de Ciencia y Tecnología (CONACYT), Centro Regional Universitario Centro Occidente de la Universidad Autónoma Chapingo (CRUCO - UACH), los asesores y comunidad.

Sirva este pequeño espacio para agradecer al CONACYT por el apoyo financiero que me brindó durante dos años.

Al CRUCO porque gracias a su planta docente y administrativa pude consolidar una serie de conocimientos que me permitieron acercarme y comprender fenómenos que se suscitan día a día en el medio rural y su relación con el mundo globalizado.

A mis asesores Dra. Miriam Núñez Vera, Dr. Alejandro Molina García y M. C. Ramiro González Asta quienes durante más de un año guiaron, motivaron y supervisaron esta investigación.

A la comunidad, porque gracias a sus voces pude construir un tejido lleno de significaciones que espero puedan traducirse en mejores propuesta de acción para erradicar el SIDA.

DATOS BIOGRÁFICOS

Datos personales: **Nombre: Juana Imelda Herrera Pérez.**

Lugar y fecha de nacimiento: México, D. F., 1° de noviembre de 1959.

Domicilio particular: Pedro Aranda 580, col. Agustín Arriaga Rivera, Morelia, Michoacán.

Título y cédula profesional: Lic. en Psicología Social con Título No. 000809-000266 y Cédula Profesional No. 776101.

Centro de trabajo: Instituto de Estudios de Posgrado, Secretaría de Educación, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Eje de trabajo: la educación comunitaria en áreas rurales desde hace 20 años.

Proyectos de Investigación aprobados con financiamiento:

"Huancito, tierra de alfareros: una propuesta de educación comunitaria".

En colaboración con el Colegio de Michoacán-CREFAL. Financiada por la Fundación Kellogg de 1994-1995.

"Propuesta de educación comunitaria para la prevención de ETS/VIH/SIDA en migrantes internacionales recurrentes México-EE.UU. El caso de Michoacán. Financiada por el Centro de Cooperación Regional para la Educación de los Adultos en América Latina y el Caribe (CREFAL) de 1996-1998.

"Educación en el trabajo: una propuesta pedagógica para el mejoramiento de las condiciones de higiene y seguridad de los trabajadores. El caso de Morelia, Michoacán". Financiada por el CREFAL-Organización de los Estados Americanos (OEA) a través del Programa Multinacional de Educación en el Trabajo (PMET-OEA) de 1995 a 1996.

Ponencias presentadas: 21 en congresos nacionales e internacionales, con sede en México, Estados Unidos, Guatemala, El Salvador, Chile y Colombia.

Trabajos publicados: 12 publicaciones en revistas mexicanas e internacionales con arbitraje nacional e internacional.

RESUMEN

Juana Imelda Herrera Pérez

Migración y SIDA: Binomio impostergable en la agenda del educador y educadora comunitarios rurales.

Abril del 2002

Bajo la dirección de la Dra. Miriam A. Núñez Vera

El SIDA es una de las 10 principales causas de mortalidad en poblaciones en edad productiva de México. Pasó de ser una epidemia de hombres homosexuales y mujeres transfundidas, a una epidemia más heterosexual y más rural. El 25% de los casos en México presentan la característica de haber migrado a EEUU. En Michoacán el porcentaje aumenta a 33.4% afectando principalmente a los trabajadores agropecuarios. Migración y SIDA se convierte en binomio impostergable para el Desarrollo Rural y los actores que participan en él.

La investigación identifica los factores de riesgo que inciden en la transmisión del VIH en familias con tradición migratoria hacia los EEUU y los traduce en NBA's que orienten propuestas educativas sostenibles que incidan en su erradicación y minimicen los costos sociales y económicos, originados por esta causa.

Palabras-clave: migración, SIDA, educación comunitaria.

Juana Imelda Herrera Pérez

Migration and IHV: urgent binomial in the agenda of rural comunitarian educators.

SUMMARY

The AIDS is one of the 10 main causes of mortality in populations in productive age of Mexico. It passed to be an epidemic of homosexual men and women transfused, to a more heterosexual and more rural epidemic. 25% of the cases in Mexico present the characteristic to have migrated to the United States. In Michoacán the percentage increases to 33,4% affecting the farming workers mainly. Migration and AIDS become urgent binomial for the Rural Development and the actors who participate in it.

Present investigation identifies factors of risk that affects the transmission of the HIV in families with migratory tradition towards the United States, with the purpose of orienting sustainable educative proposals that affect their eradication and diminish the social and economic costs, originated by this cause.

Word-key: migration, AIDS, gender, communitarian education.

INDICE

CONTENIDO	Pág.
Introducción	1
CAPÍTULO I DE LAS CONSIDERACIONES TEÓRICAS.....	6
1.1 La migración internacional en México: dimensiones de análisis	6
1.1.1 La dimensión económica.....	8
1.1.2 La dimensión laboral (el mercado internacional de trabajo).....	12
1.1.3 La dimensión política.....	15
1.1.4 La dimensión social.....	19
1.1.5 La dimensión espacial.....	23
1.1.6 La dimensión demográfica.....	29
1.2 Impactos sociales de la migración.....	31
1.2.1 Cambios en los patrones de consumo familiar.....	31
1.2.2 Cambios en los patrones de organización familiar.....	32
1.2.3 Cambios en las prácticas y preferencias sexuales de los migrantes.....	33
1.3 Tipologías sobre el fenómeno migratorio.....	37
1.3.1 Primera propuesta de clasificación por status legal	38
1.3.2 Segunda clasificación por región geográfica.....	39
1.3.3 Tercera clasificación por tiempo.....	41
1.3.4 Cuarta clasificación por éxito o fracaso.....	43
1.4 La sexualidad en los tiempos del SIDA.....	45
1.4.1 El sistema sexo/género.....	49
1.4.2 El cuerpo como concepto o dimensión.....	55
1.4.3 El Dispositivo.....	60
1.4.4 Reflexiones de las vertientes teóricas sobre la sexualidad.....	61
1.4.5 Comportamiento sexual en México.....	64
1.4.6 Mujer y VIH/SIDA	71
1.5 Factores de sostenibilidad en las acciones de prevención contra el VIH/SIDA.....	76
1.5.1 Identificación de variables que pueden ser susceptibles de cambio a través de la educación.....	76
1.5.2 Definición de grupos prioritarios de atención (core groups).....	79
1.5.3 Identificación de los motivos sociales del grupo objetivo.....	80
1.5.4 Sensibilizar no sólo a mujeres, sino también a los hombres.....	82
1.5.5 Percepción de beneficios y costos.....	82

1.5.6 Participación de la población objetivo en la planeación comunitaria.....	83
1.5.7 Aportación de recursos por la comunidad.....	83
1.5.8 Precisar lugares y fechas idóneas para la capacitación.....	84
1.5.9 Concurrencia de instituciones que operan en un mismo espacio geográfico.....	84
1.5.10 Identificación de animadores/as comunitarios/as.....	84
1.5.11 Motivación, adiestramiento y supervisión de participantes comunitarios.....	85
1.5.12 La necesidad de que los promotores/as comunitarios/as cuenten con procesos de formación permanente.....	85
1.5.13 Capacitación en técnicas participativas.....	86
1.5.14 Capacitación en el uso de materiales didácticos.....	87
1.5.15 Los contenidos de los programas	88
1.5.16 Sistematización y evaluación de las acciones	88
CAPÍTULO II POLÍTICAS PÚBLICAS EN TORNO A LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN POBLACIONES MIGRANTES.....	91
2.1 Las acciones de los Organismos Gubernamentales (evaluación).....	92
2.1.1 Primera etapa: 1987-1988.....	93
2.1.2 Segunda etapa: 1989-1992.....	95
2.1.3 Tercera etapa: 1992-1994.....	98
2.1.4 Cuarta etapa. Intervenciones específicas: 1995-2001.....	100
2.1.5 Evaluación de las acciones del CONASIDA.....	105
2.2 Acciones de organismos no gubernamentales (evaluación).....	107
2.2.1 Evaluación de MUSS A.C.	111
2.3 Instrumentos jurídicos	112
2.4 Balance de las políticas públicas	114
2.5 Estado del Conocimiento de la investigación en México sobre educación para el VIH/SIDA	116
2.5.1 Modelos educativos: principios, supuestos y/o estrategias	116
2.5.2 Población objetivo	119
2.5.3 Contenidos educativos	120
2.5.4 Paquetes educativos, materiales didácticos y/o apoyos	120
2.5.5 Apoyos institucionales, económicos y humanos	121
2.5.6 Espacios educativos	122
CAPÍTULO III PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA	128
3.1 Casos de VIH/SIDA detectados en México con la característica de haber migrado hacia los EEUU	129
3.2 Casos de VIH/SIDA detectados en Michoacán	135
3.3 Casos de VIH/SIDA detectados en Michoacán con la característica de haber migrado hacia los EEUU	144

3.4 El SIDA en una región michoacana: el caso de la Región Morelia	147
CAPÍTULO IV REFLEXIONES METODOLÓGICAS	158
CAPÍTULO V TARÍMBARO: TIERRA DE SAUCES	179
5.1 Población	180
5.2 Vivienda	182
5.3 Servicios públicos.....	184
5.4 Salud	185
5.5 Marginación	185
5.6 Empleo y salarios	186
5.7 Agricultura	189
5.8 Ganadería	189
5.9 Silvicultura	191
5.10 Industria	192
5.11 Comercio	192
5.12 Turismo	192
5.13 Transportes y comunicaciones	193
5.14 Finanzas públicas	193
CAPÍTULO VI LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL VIH/SIDA	194
6.1 Taller de Evaluación Rural Participativo	195
6.1.1 Información espacial	195
6.1.2 Información Temporal	204
6.1.3 Información sobre los aspectos sociales.....	212
6.1.4 Clasificación de problemas y oportunidades de solución	222
6.2 Factores de riesgo que inciden en la transmisión del VIH en poblaciones migrantes	224
6.2.1 Perfil sociodemográfico de l@s participantes	226
6.2.2 Caracterización del flujo migratorio internacional.....	228
6.2.3 Saberes de las familias rurales con experiencia migratoria en torno al VIH/SIDA	239
6.3 Prácticas de desarrollo comunitario en relación al VIH/SIDA.....	260
6.4 La capacitación participativa	265
6.4.1 Mitos relacionados con el condón	266
6.4.2 Derechos humanos de los portadores de VIH/SIDA	269
6.4.3 Evaluación de la capacitación participativa	271
6.5 Identificación de los factores de riesgo.....	275
CAPÍTULO VII MODELO PARTICIPATIVO PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN FAMILIAS CON MIGRACIÓN ARRAIGADA HACIA LOS EEUU.....	281
7.1 Necesidades Básicas de Aprendizaje (NEBA's), modelo teórico y status dentro de la educación a nivel mundial.....	281

7.2 Metodología utilizada para traducir los factores en Necesidades Básicas de Aprendizaje (NEBA's).....	287
7.3 Propuesta “Modelo participativo para la prevención del VIH/SIDA en familias con migración arraigada hacia los Estados Unidos”.....	299
7.3.1 Introducción.....	300
7.3.2 Principios básicos de la propuesta.....	301
7.3.3 De la organización de los contenidos educativos por eje temático.....	304
7.3.4 Retos del educador y educadora comunitarios rurales ante la propuesta educativa.....	306
CAPÍTULO VII CONCLUSIONES.....	321
BIBLIOGRAFÍA.....	327
ANEXOS.....	340

LISTA DE CUADROS

Número de cuadro	Pág.
Cuadro No. 1.1 Ingresos por exportación de mano de obra. Miles de dólares y porcentaje del PIB. 1982-1999.	10
Cuadro No. 1.2 Tasa de Migración Internacional de Retorno por Regiones en Michoacán. Década de los 70's.	25
Cuadro No. 1.3 Tasa de Migración Internacional de Retorno por Regiones en Michoacán. Década de los 80's.	25
Cuadro No. 1.4 Tasa de Migración Internacional de Retorno por Regiones en Michoacán. Década de los 90's.	27
Cuadro No. 3.1 Lugar que ocupa el SIDA como causa de muerte por grupo de edad y sexo en 1997.	129
Cuadro No. 3.2 Instituciones notificantes de las defunciones por SIDA en 1997.	129
Cuadro No. 3.3 Clasificación de los Municipios del estado de Michoacán por tasas de VIH/SIDA.	143
Tabla No. 1 Clasificación Mexicana de Ocupaciones.	150
Tabla No. 3.2 Casos notificados y atendidos de VIH/SIDA por la SSA en migrantes internacionales a los EEUU de 15 años y más	154
Tabla No. 3.3 Casos acumulados de VIH/SIDA en personas de 15 años y más procedentes del Municipio de Tarímbaro con antecedentes migratorios a los Estados Unidos de Norteamérica. 1985-1999.	157
Cuadro N. 4.1 Definición operacional y cualificación de la variable Migración recurrente hacia los Estados Unidos.	175
Cuadro 4.2 Definición operacional y cualificación de la variable Factores de riesgo.	176
Cuadro 4.3 Definición operacional y cualificación de la variable Necesidades Básicas de Aprendizaje.	177
Cuadro 5.1 Población total por sexo del Municipio de Tarímbaro 1950-2000.	180
Cuadro 5.2 Tasa de crecimiento media anual intercensal del Municipio de Tarímbaro 1950-1995.	181
Cuadro 5.3 Densidad de población en Km2 del Municipio de Tarímbaro 1950-2000.	181
5.4 Población urbana y rural del Municipio de Tarímbaro 1950-2000.	182
Cuadro 5.5 Viviendas habitadas, ocupantes y promedio de ocupantes del Municipio de Tarímbaro 1970-2000.	182

Cuadro No. 5.6 Viviendas particulares habitadas según material predominante en pisos, paredes y techos del municipio de Tarímbaro en 1990.	183
5.7 Disponibilidad de agua, drenaje y electricidad en el Municipio de Tarímbaro de 1970 a 1995.	184
Cuadro No. 5.8 Cobertura de los Servicios Públicos del Municipio de Tarímbaro 1999, con base en las apreciaciones del H. Ayuntamiento de Tarímbaro.	184
Cuadro Número 5.9 Grado de Marginación del Municipio de Tarímbaro, 1990.	185
Cuadro Número 5.10 Marginación y bienestar social. Municipio de Tarímbaro, 1990.	186
Cuadro No. 5.11 Población de 12 años y más por condición de actividad y sexo. Municipio de Tarímbaro 1990.	186
Cuadro No. 5.12 Población ocupada por rama de actividad económica. Municipio de Tarímbaro 1990.	187
Cuadro No. 5.13 Población ocupada según ocupación principal. Municipio de Tarímbaro 1990.	188
Cuadro 5.14 Población ocupada según nivel de ingreso mensual. Municipio de Tarímbaro, 1990.	188
Cuadro 6.1.1 Historia de El Lometón, Tarímbaro 2001.	207
Cuadro 6.1.2 Distribución de los varones por grupos de edad. El Lometón, Tarímbaro 2001.	218
Cuadro 6.1.3 Distribución de las mujeres por grupos de edad. El Lometón, Tarímbaro 2001.	220
Cuadro 6.1.4 Principales problemas y soluciones de la comunidad El Lometón, Tarímbaro. 2001	224
Cuadro No. 6.2.1.1 Aspectos sociodemográficos de los y las participantes. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	227
Cuadro No. 6.2.2.1 Fortaleza, oportunidades, debilidades y amenazas que inciden en el proceso de la migración en la comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	231
Cuadro No. 6.2.2.3 Satisfactores ausentes en la comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	234
Cuadro No. 6.2.2.4 Expectativas de migrar hacia los Estados Unidos en la comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	235
Cuadro No. 6.2.2.5 Percepción de los cambios en la vida sexual de los migrantes en Estados Unidos. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	236
Cuadro No. 6.2.3.1 Vida sexual de los y las participantes. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	240

Cuadro No. 6.2.3.2 Autoconcepto de los hombres y mujeres de El Lometón, Municipio de Tarímbaro, 2001.	244
Cuadro No. 6.2.3.3 Percepción y codificación de análisis de mensajes alusivos al VIH/SIDA. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	248
Cuadro No. 6.2.3.4 Formas de transmisión del VIH/SIDA. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	250
Cuadro No. 6.2.3.5 Medidas preventivas. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	251
Cuadro No. 6.2.3.6 Conocimiento y uso del condón. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	255
Cuadro No. 6.2.3.7 Comunicación y capacitación en torno al VIH/SIDA. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	260
Cuadro No. 6.3.1 Características de los agentes sociales que inciden con su práctica en el desarrollo comunitario. El Lometón, Municipio de Tarímbaro, 2001.	262
Cuadro No. 6.3.2 Razones de los agentes comunitarios por las cuales se ha incrementado el VIH/SIDA en Michoacán. El Lometón, Municipio de Tarímbaro, 2001.	262
Cuadro No. 7.2.1 Escala para ponderar la matriz de Necesidades básicas de Aprendizaje.	288
Cuadro No. 7.2.2 Diseño de una Matriz para ponderar las Necesidades Básicas de Aprendizaje de los cuatro grupos poblacionales meta.	291
Cuadro No. 7.2.3 Matriz de Necesidades Básicas de Aprendizaje de las familias de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	296
Cuadro No. 7.2.4 Matriz de Necesidades Básicas de Aprendizaje para migrantes varones de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	297
Cuadro No. 7.2.5 Matriz de Necesidades Básicas de Aprendizaje para esposas y/o parejas sexuales de migrantes de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	298
Cuadro No. 7.2.6 Matriz de Necesidades Básicas de Aprendizaje para hijas en edad potencial de migrar de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	298
Cuadro No. 7.2.7 Matriz de Necesidades Básicas de Aprendizaje para hijos en edad potencial de migrar de El Lometón, Tarímbaro, 2001.	299
Cuadro No. 7.3.1 Mapa conceptual: Traducción de las NEBA's en Competencias Básicas de Aprendizaje.	300
Cuadro No. 7.3.3.1 Propuesta de organización de contenidos educativos por eje temático para la prevención del VIH/SIDA en familias rurales con experiencia migratoria.	305
Anexo 1.1 Estado actual de casos de VIH/SIDA en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	340
Anexo 1.2 Casos acumulados de VIH/SIDA por grupo de edad y sexo en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	341

Anexo 1.3 Casos acumulados de VIH/SIDA por ocupación y sexo en mayores de 15 años en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	342
Anexo 1.4 Casos nuevos de VIH/SIDA por año de notificación en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	343
Anexo 1.5 Casos acumulados de VIH/SIDA según categoría de transmisión por año jurisdicción sanitaria en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	344
Anexo 1.6 Categorías de transmisión en casos de VIH/SIDA pediátricos en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	345
Anexo 1.7 Casos de VIH/SIDA en adultos por categoría de transmisión y sexo en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	346
Anexo 1.8 Casos acumulados de VIH/SIDA en hombres, por categoría de transmisión y por grupo de edad en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	347
Anexo 1.9 Casos acumulados de VIH/SIDA en mujeres, por categoría de transmisión y por grupo de edad en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	348
Anexo 1.10 Casos acumulados de VIH/SIDA por institución notificante en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	349
Anexo 1.11 Casos acumulados de VIH/SIDA según categoría de transmisión por jurisdicción sanitaria en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	350
Anexo 1.12 Casos de VIH/SIDA por jurisdicción sanitaria en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	351
Anexo 1.13 Casos de VIH/SIDA por jurisdicción sanitaria No. 1 Morelia. Casos Vivos. Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	352
Anexo 1.14 Casos de VIH/SIDA por jurisdicción sanitaria No. 1 Morelia. Fallecidos. Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	353
Anexo 1.15 Casos de VIH/SIDA por jurisdicción sanitaria No. 1 Morelia. Seropositivos. Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	354
Anexo 1.16 Casos de VIH/SIDA por jurisdicción sanitaria No. 2 Zamora. Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	355
Anexo 1.17 Casos de VIH/SIDA por jurisdicción sanitaria No. 3 Zitácuaro. Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	356
Anexo 1.18 Casos de VIH/SIDA por jurisdicción sanitaria No. 4 Pátzcuaro. Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	357
Anexo 1.19 Casos de VIH/SIDA por jurisdicción sanitaria No. 5 Uruapan. Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	358
Anexo 1.20 Casos de VIH/SIDA por jurisdicción sanitaria No. 6 La Piedad. Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	359
Anexo 1.21 Casos de VIH/SIDA por jurisdicción sanitaria No. 7 Apatzingán. Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	360

Anexo 1.22 Casos de VIH/SIDA por jurisdicción sanitaria No. 8 Lázaro Cárdenas. Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.	361
Anexo No. 3.4.1 Casos acumulados de VIH/SIDA por grupos de edad. Región Morelia 1985-1999.	362
Anexo No. 3.4.2 Casos acumulados de VIH/SIDA de 15 años y más por status migratorio. Región Morelia 1985-1999	363
Anexo No. 3.4.3 Casos acumulados de VIH/SIDA de 15 años y más por experiencia migratoria. Región Morelia 1985-1999	364
Anexo No. 3.4.4 Casos acumulados de VIH/SIDA de 15 años y más por status migratorio internacional. Región Morelia 1985-1999	365
Anexo No. 3.4.5 Casos acumulados de VIH/SIDA de 15 años y más por grupos de edad y status migratorio. Región Morelia 1985-1999	366
Anexo No. 3.4.6 Casos acumulados de VIH/SIDA por grupos de edad y sexo, mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999	367
Anexo No. 3.4.7 Casos acumulados de VIH/SIDA por grupos de edad y ocupación mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999	368
Anexo No. 3.4.8 Casos acumulados de VIH/SIDA por grupos de edad y ocupación, en hombres mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999	368
Anexo No. 3.4.9 Casos acumulados de VIH/SIDA por grupo de edad y ocupación, en mujeres mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999	369
Anexo No. 3.4.10 Casos acumulados de VIH/SIDA por categoría de ocupación y año de notificación mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999	370
Anexo No. 3.4.11 Casos acumulados de VIH/SIDA por categoría de transmisión y sexo mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999	371
Anexo No. 3.4.12 Casos acumulados de VIH/SIDA por categoría de transmisión y ocupación mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999	372
Anexo No. 3.4.13 Casos acumulados de VIH/SIDA por institución notificante y sexo mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999	373
Anexo No. 3.4.14 Casos acumulados de VIH/SIDA por institución notificante y ocupación mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	374

Anexo No. 3.4.15 Casos acumulados de VIH/SIDA por institución encargada y sexo mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	375
Anexo No. 3.4.16 Casos acumulados de VIH/SIDA por institución notificante y ocupación mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	376
Anexo No. 3.4.17 Casos acumulados de VIH/SIDA por evolución y grupo de edad en mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	377
Anexo No. 3.4.18 Casos acumulados de VIH/SIDA por evolución y grupo de edad en hombres mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	378
Anexo No. 3.4.19 Casos acumulados de VIH/SIDA por evolución y grupo de edad en mujeres mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	379
Cuadro No. 3.4.20 Casos acumulados de VIH/SIDA por evolución y ocupación mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	380
Cuadro No. 3.4.21 Casos acumulados de VIH/SIDA por año por periodo de notificación mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	381
Cuadro No. 3.4.22 Casos acumulados de VIH/SIDA por año de notificación y categoría de transmisión mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	382
Cuadro No. 3.4.23 Casos acumulados de VIH/SIDA por categoría de transmisión y ocupación mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	383
Cuadro No. 3.4.24 Casos acumulados de VIH/SIDA por categoría de transmisión y sexo mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Tarímba 1985-1999.	384
Cuadro No. 3.4.25 Casos acumulados de VIH/SIDA por municipio mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	385
Cuadro No. 3.4.26 Casos acumulados de VIH/SIDA por municipio y sexo mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	386
Cuadro No. 3.4.27 Casos acumulados de VIH/SIDA del municipio de Morelia mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	387

Cuadro No. 3.4.28 Casos acumulados de VIH/SIDA del Municipio de Tarímbaro mayores de 15 años con el antecedente migratorio a los EEUU. Región Morelia 1985-1999.	388
--	-----

LISTA DE FIGURAS

Número de figura	Pág.
Figura No. 1 Estado actual de los casos de VIH/SIDA en Michoacán. Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999	135
Figura No. 2 Casos acumulados de VIH/SIDA en Michoacán por sexo. Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999	136
Figura No. 3 Casos acumulados de VIH/SIDA en Michoacán por grupos de edad más afectados. Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999	137
Figura No. 4 Casos acumulados de VIH/SIDA en Michoacán por sexo en los grupos de 20 a 44 años. Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999	137
Figura No. 5 Casos acumulados de VIH/SIDA en Michoacán por año de notificación. Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999	138
Figura No. 6 Casos acumulados de VIH/SIDA en Michoacán por año y tasa de incidencia. Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999	139
Figura No. 7 Casos acumulados de VIH/SIDA en Michoacán por razón de masculinidad. Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999	139
Figura No. 8 Porcentaje de mujeres con VIH/SIDA en Michoacán. Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999	140
Figura No. 9 Casos pediátricos de VIH/SIDA por categoría de transmisión. Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999	141
Figura No. 10 Casos de VIH/SIDA en adultos por categoría de transmisión. Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999	141
Figura No. 11 Casos acumulados de VIH/SIDA por institución notificante. Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999	143
Figura No. 12 Mapa conceptual de la participación comunitaria en la identificación de los factores de riesgo	194
Figura No. 13 Mapa Regional de El Lometón, Tarímbaro, 2001	198
Figura No. 14 Mapa Comunitario de El Lometón, Tarímbaro, 2001	199
Figura No. 15 Mapa Distribución de tierras de El Lometón, Tarímbaro, 2001	201
Figura No. 16 Mapa parcelario de la tierra de Don Ramiro Ramírez. El Lometón, Tarímbaro, 2001	202
Figura No. 17 Mapa parcelario del establo de Don Jesús Ramírez. El Lometón, Tarímbaro, 2001	203
Figura No. 18 Línea de tendencia de la producción del maíz. El Lometón, Tarímbaro, 2001	210
Figura No. 19 Línea de tendencia de la migración. El Lometón, Tarímbaro, 2001	211
Figura No. 20 Mapa institucional de El Lometón, Tarímbaro, 2001	214

Figura No. 21 Mapa de la iglesia de El Lometón, Tarímbaro, 2001	215
Figura No. 22 Mapa Escuela Rural de El Lometón, Tarímbaro, 2001	216
Figura No. 23 Mapa población total por sexo de El Lometón, Tarímbaro, 2001	217
Figura No. 24 Población de varones por grandes grupos de edad de El Lometón, Tarímbaro, 2001	219
Figura No. 25 Población de mujeres por grandes grupos de edad de El Lometón, Tarímbaro, 2001	221

INTRODUCCIÓN

La década de los ochenta fue escenario de la irrupción del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en casi todos los países del mundo. Uno de los mecanismos señalados para explicar esta difusión geográfica es el movimiento internacional de personas en general y de los migrantes laborales en particular. Se reconoce que, los movimientos poblacionales al interior de un país, así como a través de sus fronteras perturban seriamente las relaciones entre los estados o países involucrados en el fenómeno, ya que inciden de manera directa en sus mercados laborales y servicios de bienestar social tales como vivienda, salud y educación, entre otros.

Lo anterior reviste una importancia relevante en México por múltiples razones, entre las que destacan las siguientes: la migración temporal de mexicanos a Estados Unidos de Norteamérica (EEUU) como fenómeno permanente, cualitativamente importante desde finales del siglo XIX hasta nuestros días; los peligros a los que está expuesta la población migrante; México comparte una extensa frontera con EEUU, país que presenta la mayor cantidad de casos de SIDA en América y una de las tasas de incidencia más altas; el SIDA se ubica dentro de las 10 principales causas de mortalidad en poblaciones en edad productiva (INEGI; 1999), con su innegable impacto en la reducción de la esperanza de vida al nacer de los mexicanos; una cuarta parte de los casos acumulados de personas con VIH/SIDA en México, tienen una historia migratoria hacia los Estados Unidos; su propagación extensa y rápida hasta convertirse en una

pandemia; la ausencia de tratamientos eficaces; la insuficiencia de personal médico con enfoque multisistémico: los costos económicos que representa la atención de los pacientes con esta enfermedad para los sistemas de salud, la familia y las horas laborales perdidas por esta causa; y los costos sociales que genera la pérdida de individuos productivos, precisamente en la edad de formar una familia y tener una descendencia. Hecho que conduce inevitablemente al aumento en el número de huérfanos.

El binomio migración y SIDA cobra importancia no sólo por sus costos sociales sino también económicos. en el área rural, es una epidemia reciente que presenta un crecimiento exponencial, que en la última década comienza a cobrar importancia por sus efectos en los trabajadores agrícolas migrantes. El problema es poco investigado a nivel internacional, regional y local. Basta mencionar que en los primeros cinco congresos internacionales sobre VIH/SIDA se presentaron sólo 34 trabajos referidos a la relación migración/SIDA, de entre más de 30 mil trabajos, de los cuales sólo cuatro hacían referencia a México. En el último Congreso en julio de 1996, en Vancouver, Canadá, los trabajos que tomaron en cuenta la migración ascendieron a 36, de un total de 5,254 presentados, y sólo 5 de ellos hacen referencia a nuestro país. En suma, se trata de un tema definido y aceptado como central, pero que no se refleja en investigaciones concretas que pretendan aportar elementos para su comprensión (Bronfman, 1998). Una forma de aportar al conocimiento sobre migración y SIDA, es la presente investigación “Migración internacional recurrente y VIH/SIDA: binomio impostergable en la agenda del educador y educadora comunitarios rurales“. Cuyos objetivos centrales fueron el identificar los factores de riesgo de uno de los mecanismos de la difusión geográfica del VIH y SIDA en México: la migración internacional. Así como el traducir estos factores

en Necesidades Básicas de Aprendizaje que orienten propuestas educativas efectivas para este grupo poblacional.

De entre los tres factores de riesgo más importantes que inciden en la transmisión del VIH por vía sexual en poblaciones de migrantes y/o potencialmente migrantes y favorecen el incremento de casos del VIH/SIDA , se encuentran:

1. El comportamiento sexual socialmente esperado, diferente en hombres y mujeres inciden en prácticas de alto riesgo para contraer VIH/SIDA.
2. El diseño y desarrollo de programas educativos son básicamente de corte informativo y estandarizados para una población en general.
3. La mayoría de l@s promotor@s salud de base comunitaria en el área rural, reproducen prácticas educativas sin revisar su propia sexualidad, lo cual influye en el proceso educativo, al reproducir en la población beneficiaria sus creencias, mitos y temores, lo que causa barreras para comprender, evitar y prevenir el VIH.

La investigación se llevó a cabo durante el primer semestre del 2001, en la comunidad El Lometón del Municipio de Tarímbaro del Estado de Michoacán. Participaron cuatro grupos poblacionales: migrantes, parejas sexuales de migrantes, hijos e hijas en edad potencial de migrar y promotores y promotoras de salud comunitaria.

Se optó por la estrategia metodológica de la investigación participativa con la instrumentación de técnicas cualitativas con enfoque de género. Cronológicamente en tres momentos. Primero, con el taller de Evaluación Rural Participativa en el que se involucró a la comunidad para el análisis, intercambio de experiencias, información, necesidades, problemas, propuestas y alternativas. Segundo, entrevistas a profundidad con personas clave y grupos focales, que permite la búsqueda de datos cualitativos para

la descripción, comprensión, explicación e interpretación de los factores de riesgo que inciden en la transmisión del VIH por vía sexual en la población meta y la identificación de necesidades básicas de aprendizaje. Tercero, capacitación participativa con personas jóvenes y adultas en competencias básicas para la prevención, con la finalidad de adquirir conciencia de una vida sexual activa con responsabilidad, contribuyendo a terminar con la cultura del silencio, y proporcionándoles la confianza necesaria para expresar sus intereses individuales y colectivos, ayudándoles a entender la dinámica social y la identificación de posibles alternativas de solución.

La investigación está organizada a través de cuatro grandes apartados:

En el primer apartado se abordan consideraciones teóricas de la investigación, en el que se incluyen migración de trabajadores mexicanos a los Estados Unidos como un fenómeno complejo con una prolongada tradición histórica y con raíces estructurales en ambos lados de la frontera. Cuyo tratamiento requiere del entendimiento de la realidad migratoria de al menos seis dimensiones íntimamente ligadas: la económica, laboral, política, social, espacial, demográfica. Destacando los impactos sociales de la migración en torno a la modificación de tres tipos de patrones de comportamiento: consumo, organización familiar, prácticas sexuales y el VIH. Se hace una mirada sociológica de la sexualidad en los tiempos del SIDA y se identifican los factores que influyen en la sostenibilidad de los programas preventivos para la lucha del SIDA. Elementos básicos para poder evaluar las políticas públicas instrumentadas y encaminadas a la prevención del VIH

En el segundo apartado, se hace un análisis de las políticas públicas instrumentadas desde 1985 a la fecha encaminadas a la prevención del VIH por OG y ONG destinadas a poblaciones con una cultura migratoria arraigada. Observándose que la información es el

factor más potenciado y que, a pesar de que se sostenga que las intervenciones cara a cara son mejores estrategias para la prevención de esta pandemia, no están siendo instrumentadas como este problema social lo amerita. Se finaliza con el estado del conocimiento sobre las intervenciones socioeducativas para la prevención del VIH en México. Identificándose la falta de trabajo preventivo en poblaciones diferenciadas en contextos específicos que aún no han sido estigmatizadas.

En el tercer apartado, se presenta el panorama epidemiológico del VIH/SIDA a nivel internacional, latinoamericano, nacional y estatal. Resaltando, cómo el SIDA en México -de acuerdo a su comportamiento histórico-, presenta un patrón cada vez más heterosexual y rural; sobresaliendo de forma proporcional, que una cuarta parte de las personas con VIH/SIDA presentan la característica de haber sido migrantes a los Estados Unidos de Norteamérica.

La atención de cómo, a partir de los primeros casos notificados de VIH/SIDA, se trastoca el imaginario sexual social, junto con su carga de peligro y temor ante los cambios de la sexualidad. Lo anterior se manifiesta en los resultados de algunas encuestas sociodemográficas y de salud sobre el comportamiento sexual en México. Destacándose cómo la epidemia del VIH/SIDA en mujeres está aumentando rápidamente debido a su vulnerabilidad biológica, epidemiológica y social.

En el cuarto apartado, se aborda el diagnóstico del Municipio de Tarímbaro, la participación de la comunidad en la identificación de los factores de riesgo del VIH/SIDA, la propuesta de un “Modelo participativo para la prevención del VIH/SIDA en familias rurales con migración arraigada hacia los Estados Unidos”, así como las conclusiones a las que se llegó.

CAPÍTULO I. DE LAS CONSIDERACIONES TEÓRICAS

1.1 La migración internacional en México: dimensiones de análisis e impactos sociales

Los movimientos de personas, ya sea por razones de guerra, hambre, religión, enfermedades u otros factores, se han analizado –por la comunidad científica– cronológicamente a través de cuatro etapas:

1. La primera (siglos XVI-XVII), se caracteriza por el lento crecimiento de la población y se consideraba a ésta como un recurso económico y militar escaso. De ahí que las autoridades europeas pretendieron retener a los habitantes dentro de su jurisdicción y atrajeran población de otros Estados.
2. La segunda, da inició con las revoluciones industriales, los movimientos democráticos y el crecimiento demográfico del siglo XVIII. Al mismo tiempo, miles de grupos emigraron al Nuevo Mundo atraídos por las nuevas tierras encontradas.
3. En la tercera (Principios del siglo XX), la expansión demográfica de los países más avanzados tiende a disminuir, mientras se incrementaba la de los estados menos desarrollados. Aunado a lo anterior, la modernización de la tecnología y el auge de las comunicaciones permitió acortar distancias y difundir la información a través de los medios masivos. Aspectos que influyeron para que

los movimientos migratorios se incrementaran. Después de la Segunda Guerra Mundial, muchos de los países industrializados autorizaron el ingreso de trabajadores extranjeros como una solución para cubrir la estructura productiva ocupacional de sus economías. Sin embargo, en la década de los setenta, las presiones de los grupos conservadores y las dificultades económicas obligaron a los gobernantes de los países industrializados a reestructurar sus políticas de inmigración.¹

4. Cuarta etapa (finales del Siglo XX). Las grandes migraciones del mundo han ocurrido en estrecha vinculación con la movilidad geográfica del capital, los procesos del mercado internacional del trabajo y otros factores de índole sociopolítico y económico. La desequilibrada distribución de las inversiones ha provocado un desarrollo desigual entre campo y ciudad, entre regiones y naciones. Esto ha causado la diversidad de volúmenes y direcciones tanto de las migraciones internas como de las internacionales. En América Latina como en México, existe una clara tendencia hacia la descapitalización del agro por la transferencia de recursos hacia el sector industrial, desarrollándose con esto variadas estrategias de diversificación económica entre las que se destaca trascendentalmente la migración hacia zonas con mayor dinamismo².

Por lo que se refiere a esta cuarta etapa y circunscribiendo el tema de la migración en México, sobre todo a la Región Occidente, de la cual forma parte Michoacán, se observa que la mayoría de las investigaciones se han referido principalmente a estudios de caso, que

¹ Velázquez, R. 1995. Las migraciones internacionales: futuro incierto de la población mundial. En Revista de Relaciones Internacionales No. 67, Julio-Septiembre de 1995, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México. p. 88

² Arizpe, L. 1985. Campesinado y Migración. Secretaría de Educación Pública, México. pp. 11-36.

analizan exhaustiva o parcialmente comunidades o pequeños poblados seleccionados con base en el criterio de su tradición migratoria y el de las características de su situación geográfica y estructura productiva. De ahí que, el enfoque principal de un conjunto de estos estudios es el conocimiento de los perfiles sociodemográficos de los migrantes, sus motivaciones para emigrar, su inserción en el mercado laboral estadounidense, el destino de las remesas en el consumo de bienes y servicios y otros aspectos similares.³

Algunos otros hacen análisis psicosociales sobre las familias de migrantes y temas afines de igual importancia.⁴

Bajo la de análisis psicosociales sobre familias de migrantes se ubica el estudio de la identificación de los factores de riesgo como uno de los mecanismos de difusión geográfica del VIH en México: la migración internacional.

La migración de trabajadores mexicanos a los Estados Unidos constituye un fenómeno complejo con una prolongada tradición histórica y con raíces estructurales en ambos lados de la frontera. Su tratamiento requiere del entendimiento de la realidad migratoria a través de al menos seis dimensiones íntimamente ligadas, a saber: la económica, laboral, política, social, espacial, demográfica. Así como, analizar los impactos sociales que ha tenido sobre la población.

1.1.1 La dimensión económica

Al término de tres sexenios de experimentación neoliberal, el sistema económico mexicano ha expulsado, en números redondos, cuatro y medio millones de conacionales

³ Ejemplo de esta línea de investigación son los trabajos de Manuel Gamio (1930), Cardoso (1970), Samora (1970), Díaz Cañedo (1975), Bustamante (1976), Alba (1976), North y Houston (1977), Cornelius (1978), (1989), López Castro (1988), Arroyo (1989), Simmons (1987), Lattes (1983) y Bean et. al. (1990), entre otros.

(en su mayoría trabajadores varones) allende la frontera norte. Que, medido en pesos mexicanos, o en moneda estadounidense, los rubros más dinámicos de la economía nacional durante los últimos 17 años han sido la exportación de trabajadores a Estados Unidos y la industria maquiladora, es decir, otra forma de exportación de mano de obra utilizada por empresas (principalmente estadounidenses) de este lado de la frontera⁵.

Los ingresos remitidos a México por los trabajadores mexicanos expatriados pasaron de 1,043 millones de dólares en 1982 a 6,315.1 millones de dólares, es decir, un incremento de 505.5% mientras que el Producto Interno Bruto sólo creció 45.5% durante estos 17 años.

En el otro rubro dinámico, los *ingresos de las divisas* que dejan en México la industria maquiladora –principalmente salarios de trabajadores y escasos insumos nacionales crecieron 1,530.8% durante el periodo 1983-1999, al subir de 818 millones de dólares en 1982 a 13,339.8 millones de dólares en 1999. Sin duda, ambas formas de *exportación de mano de obra* han contribuido decisivamente a la reducción de desequilibrios externos, - no obstante lo cual-, el déficit de cuenta corriente alcanzó los 14,012.8 millones de dólares en 1999. De hecho la suma de las remesas de dólares de los mexicanos expatriados y los ingresos netos por trabajo de maquila ascienden actualmente al 4.06% del Producto Interno Bruto, es decir, un monto superior al valor de las exportaciones de petróleo crudo, que representaron 8,851 millones de dólares en 1999, o sea el 1.83% del PIB.

⁴ Ejemplo de ello son los trabajos de Lourdes Arizpe (1983), Douglas S. Massey et al. (1991), Alarcón (1991), González de la Rocha (1993) y Mario Bronfman (1995), entre otros.

⁵ Calvo, L. 2000. En Diario El Universal, 10 de mayo del 2000, México.

No es casual que ambos fenómenos —expatriación de trabajadores y maquiladoras- hayan crecido vertiginosamente durante los años de experimentación neoliberal y de fanática aplicación de los programas ortodoxos de ajuste y de estabilización.

Cuadro No. 1.1 Ingresos por exportación de mano de obra. Miles de dólares y porcentaje del PIB. 1982-1999.

AÑO	REMESAS DE DÓLARES POR MEXICANOS EXPATRIADOS	INGRESOS NETOS POR TRABAJOS DE MAQUILA	INGRESOS TOTALES DE DIVISAS POR EXPORTACIÓN DE MANO DE OBRA	
			MDD	% del PIB
1982	1,043.0	852.0	1,895.0	1.11
1983	1,173.0	818.0	1,991.0	1.67
1984	1,361.0	1,155.0	2,516.0	1.58
1985	1,986.0	1,267.0	3,253.0	2.13
1997	5,247.4	8,833.5	14,081.0	3.50
1998	6,012.4	10,526.4	16,538.8	3.92
1999	6,315.1	13,339.8	19,654.9	4.06

Fuente: Banco de México. Indicadores Económicos, Carpeta Mensual y Sistema de Información Electrónica; en INEGI, Sistemas de Cuentas Nacionales de México.

Durante el sexenio 1983-88, de acuerdo con el Sistema de Cuentas Nacionales de México, en la economía mexicana sólo se generaron 509 mil empleos remunerados (a causa del nulo crecimiento económico: el PIB sólo creció 0.2% anual). Pero durante ese lapso, cada año tocaron las puertas del mercado laboral poco menos de 1 millón de jóvenes demandantes de empleo, de manera que 5.3 millones de mexicanos disponibles no encontraron un puesto de trabajo remunerado. Asimismo, de 1989 a 1997, sólo se generaron 5.3 millones de empleos remunerados, pero cada año arribaron a la edad de trabajar poco más de 1.1 millones de jóvenes, de manera que 5 millones de trabajadores más carecieron de una ocupación remunerada. Como resultado agregado, de 1983 a 1997, quedaron sin ocupación remunerada en México 10.3 millones de demandantes de empleo, que empujaron la formación de las oleadas de trabajadores migratorios. Durante

el periodo 1998-1999, cada año arribaron a la edad de trabajar 1.2 millones de jóvenes sin que se hayan creado suficientes puestos de trabajo remunerados⁶.

El *Plan Nacional de Desarrollo* 1995-2000 reconoce que “para absorber a los nuevos demandantes de empleo, la actividad económica debe crecer en casi 5% anual”. Esta tesis tiene por fundamento el dato empírico de que la población demandante de empleo crece a una tasa de 3% anual, de manera que un crecimiento económico del 3% sólo sería suficiente para absorber a los nuevos demandantes de empleo *si la productividad laboral no aumentara*. Con un crecimiento de la productividad del trabajo del 2% anual, bastaría un crecimiento económico del 5% anual para dar ocupación a las nuevas generaciones de trabajadores. Pero si la productividad del trabajo crece a una tasa mayor del 2% anual, entonces se requeriría un crecimiento mayor del 5% anual para dar ocupación a los nuevos demandantes de empleo residentes en el país⁷.

Para cerrar la brecha la mano invisible del mercado debería ser atemperada mediante una *política de empleo*, como parte integral de una verdadera *política industrial*. La prospectiva indica que *mientras se mantenga la fanática aplicación del modelo neoliberal la economía mexicana será incapaz de ofrecer a los mexicanos una opción de vida digna en México*. De modo que continuará la expatriación de conacionales.

Hasta ahora, la generación más dinámica de puestos de trabajo en el país ha ocurrido en empresas maquiladoras, otros negocios de la inversión extranjera y en las firmas nacionales exportadoras. La inversión que requiere cada empleo generado en este tipo de negocios se puede calcular con los datos ofrecidos por el Consejo Mexicano de la

⁶ Banco de México. Indicadores Económicos, Carpeta Mensual y Sistema de Información Electrónica; en INEGI, Sistemas de Cuentas Nacionales de México. Diferentes años de 1983 a 1997.

⁷ Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.

Inversión (que agrupa a 353 grandes empresas de capital extranjero), el cual anunció una inversión de 12 mil 377 millones de dólares en la creación de 196 nuevas plantas que ocuparían a 46 mil 310 empleados.

La inversión resultante por cada puesto así generado asciende a 267 mil dólares. Para generar un millón 350 mil empleos de este tipo, se necesitaría una inversión de 360 mil 800 millones de dólares cada año. Lo anterior equivale al 68 por ciento del PIB de una economía cuyo ahorro bruto total ha sido del 22.6 por ciento, del cual sólo la tercera parte se destina a nuevas inversiones y empleos.

De hecho, en el sexenio zedillista sólo se crearon 3.2 millones de puestos laborales (la mitad de los requeridos) con una inversión promedio de 56 mil dólares por empleo. Triplicar la oferta de ocupación con un PIB del 7 por ciento anual y una inversión anual equivalente al 7.5 por ciento del mismo PIB, sólo sería posible si por cada empleo generado en las empresas extranjeras y exportadoras, se crearan nueve en industrias y servicios ligeros, en microempresas mediante el autoempleo a un costo promedio de 31 mil dólares por plaza. La meta anterior, se prevé prácticamente inalcanzable⁸. La imposibilidad de ofrecer alternativas viables de incorporación productiva de la creciente mano de obra mexicana han llegado a ser un elemento importante en el auge de la migración.

1.1.2 La dimensión laboral (el mercado internacional de trabajo)

El fenómeno de la migración también se circunscribe en el contexto del mercado binacional de mano de obra, conformado por la interacción entre condiciones de oferta en México y de

⁸ Gustavo Sauri menciona que la tasa de crecimiento media anual de México para el período 1991-1995 fue de 0.6%, esto es, el segundo país más bajo de América Latina y el Caribe. Indicador que fue construido con base a la información del área de análisis Económico de EL FINANCIERO, con datos de

demanda en los Estados Unidos. Por lo que respecta a la oferta de fuerza de trabajo en México; -como se observó en el inciso anterior- uno de los principales problemas que enfrenta el país es la incapacidad de absorber productivamente al excedente de mano de obra, situación que continuará creciendo en el siglo XXI.

Ahora bien, refiriéndonos a la demanda de fuerza de trabajo en Estados Unidos. Cornelius⁹ (1989), demuestra que los patrones norteamericanos contratan mano de obra indocumentada mexicana, no sólo por la ventaja que representa su bajo costo en relación a los residentes, sino también por los aspectos tales como:

- a) el surgimiento de empresas que se apoyan en los inmigrantes no sólo como fuente de mano de obra sino también como consumidores potenciales;
- b) los cambios tecnológicos han propiciado que las operaciones que se realizan a lo largo del proceso productivo, se hayan convertido en tareas simples y rutinarias, lo cual conlleva a una demanda de trabajo no calificada;
- c) el abandono voluntario por parte de la población norteamericana a puestos que no satisfacen sus aspiraciones laborales;
- d) la preferencia de algunos patrones por el trabajador mexicano, al cual consideran con un perfil laboral más atractivo que la mayoría de sus posibles sustitutos, en el sentido de que tendría poca propensión a quejarse contra la institución, puntualidad, confiabilidad, lealtad a la empresa, etc.;
- e) la proliferación de empresas subcontratistas carentes de sindicato, con reglamentos de trabajo más flexibles se han apoyado en la fuerza de trabajo indocumentada

la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) y del Banco de México. El Financiero, 16 de mayo de 1996, p. 2A. México.

⁹ Cornelius, W. 1989. La demanda de fuerza de trabajo mexicana en Estados Unidos. In: Bustamante, J. y W. Cornelius. Flujos migratorios mexicanos hacia Estados Unidos. Fondo de Cultura Económica, México.

como una estrategia de abatimiento de costos y por la flexibilidad que han demostrado tener para enfrentarse a un mercado cada vez más competitivo, permitiéndoles así ofrecer bienes y servicios a precios bajos.

A su vez, Cornelius destaca que:

- El ritmo de envejecimiento de la población norteamericana ha aumentado, según el Departamento de Trabajo de los Estados Unidos estimaba que para el año de 2000 habrá un descenso del 6% en el número de varones de 16 a 24 años de edad y de 15% en el grupo de 24 a 34 años; así como el grupo de la población mayor a los 35 años incrementará su participación relativa en un 20%.
- El déficit de fuerza laboral que se está generando en Estados Unidos tiende a ser mayor en las ocupaciones con niveles salariales y de calificación de mano de obra más bajos. Se estima que el sector servicios crecerá más vigorosamente hasta fines del presente siglo (de 17.5 millones de empleo en 1980 pasará a casi 30 millones en el año 2000).
- Dado este patrón de crecimiento demográfico estadounidense, será imposible satisfacer la demanda de vacantes con las características antes mencionadas. Y es, a la fecha, en este tipo de ocupaciones donde se encuentra más de la mitad de los inmigrantes indocumentados, lo cual sugiere que permanecerá la dependencia de mano de obra extranjera en los Estados Unidos.

Es importante resaltar que, la dependencia de mano de obra por parte de los Estados Unidos, desde principios de siglo XX a la fecha, no ha sido constante sino por el contrario ha sido variable. Las fluctuaciones observadas corresponden a las épocas de crisis económica norteamericana de los años de 1907, 1921, 1929-34, 1954, 1974, 1981 y 1992.

Curiosamente, estos años críticos, caracterizados por un alto desempleo, han reducido el flujo migratorio, solamente en lapsos muy cortos.

De lo anterior, se desprende que la inmigración indocumentada de México hacia los Estados Unidos es sostenida porque abarata los niveles salariales en la que, a una mayor sobre-oferta de fuerza de trabajo de esos migrantes, ocurre un mayor abaratamiento de los niveles salariales de la región. De ahí se explica por qué los Estados Unidos no han utilizado su fuerza para cerrar completamente la frontera norte al paso de inmigrantes indocumentados ¹⁰. Es importante recalcar que estas fluctuaciones en épocas de crisis, se han instrumentado –por parte del gobierno norteamericano– una serie de políticas que intentan frenar el flujo migratorio hacia ese país. De ahí que sea importante analizar la dimensión política de este fenómeno.

1.1.3 La dimensión política

Para esta tercera dimensión de análisis retomaremos a Durand (1988:3) quien clasifica las políticas generadas para normar el fenómeno migratorio de la siguiente manera:

1) Los pioneros (1848-1930).

Esta etapa se caracterizó por incorporar una política fronteriza liberal y una migración relativamente sin restricciones.

"Desde las postrimerías del siglo pasado hasta la Gran Depresión, una política informal de *frontera abierta* con México proporcionó a los patrones estadounidenses un inmenso recurso de trabajadores no calificados para resolver las variaciones estacionales y cíclicas de la demanda de mano de obra, principalmente en la agricultura, la minería y la construcción. La reserva de mano de obra

¹⁰ Bustamante, J. 1993. La migración de México hacia Estados Unidos: un enfoque sociológico. In: Periódico El Día, 13 y 14 de octubre de 1993, México.

mexicana fue especialmente valiosa cuando la inmigración europea empezó a disminuir. En su momento, la escasez temporal de mano de obra durante la primera guerra mundial creó en Estados Unidos un vacío en el trabajo agrícola estacional y generó una demanda inmediata de trabajadores mexicanos; en México, el elevado índice de desempleo y el estallido de la Revolución añadieron un factor decisivo de expulsión, de manera que se produjo un ajuste bastante adecuado entre la oferta mexicana y la demanda estadounidense de mano de obra" ¹¹.

Esta época concluye con la crisis sufrida por los Estados Unidos en 1929, en la que se observa una deportación masiva de la fuerza de trabajo hacia México.

2) Los braceros (1942-1964).

Esta etapa se caracteriza por el auge de dos convenios bilaterales formales entre México y los Estados Unidos. El primero, conocido como Programa de Braceros (1942-1947), cuyo objetivo fue cubrir con mano de obra mexicana las vacantes dejadas por miles de trabajadores estadounidenses, fruto de la II Guerra Mundial.

El segundo, conocido como Ley Pública 78 (1951-1964), que formaliza la inmigración de trabajadores, para solucionar temporalmente la escasez de mano de obra estadounidense, fruto de la Guerra de Corea. La etapa concluye cuando el gobierno estadounidense decide concluir dichos convenios.

3) Los indocumentados (1964-1980).

En 1964, Estados Unidos da por terminada la vigencia de estos acuerdos, por lo que la entrada de migrantes a este país se hace más restrictiva. Aunado a lo anterior, la situación de la crisis agraria mexicana impulsa a los trabajadores del área rural a

¹¹ Fernández, M. 1996. El desafío de la interdependencia: México y Estados Unidos. Fondo de Cultura Económica, México.

salir en busca de empleo en aquel país. Situación que fue posible gracias al uso de las extensas y bien establecidas redes sociales que les ayudaron a sortear los obstáculos norteamericanos, cruzar la frontera y encontrar trabajo en esta nación.

Es así que el movimiento de trabajadores contratados temporalmente dejó de ser una corriente predominantemente reglamentada (documentada) y se convierte en una predominantemente no reglamentada (indocumentada).

4) Migración en tiempo de crisis (1980 a la fecha).

Este período se caracteriza por la devaluación de 1982 en México, la cual motivó nuevamente al migrante a considerar a la migración como un aspecto redituable. Con el objeto de detener esta ola de fuerza de trabajo, Estados Unidos ha impulsado una serie de políticas restrictivas como lo son la Ley Simpson-Rodino (1986) y la iniciativa de Ley 187 (1994).

En esta etapa, otro elemento que muestra las posiciones antagónicas entre México y Estados Unidos es la firma del Tratado de Libre Comercio. Aquí el gobierno de George Bush rechazó tajantemente la idea de colocar a la migración laboral como tema de las negociaciones ya que -como el afirmó- no tiene nada que ver con el comercio. La visión de los Estados Unidos es que, los trabajadores migratorios están violando sus leyes de inmigración, de ahí que se busque soluciones por la vía de la legislación interna para corregir los problemas que se suscitan en su territorio, contando con el apoyo del sistema policial. Este gobierno acepta tratar bilateralmente el problema si las soluciones son de tipo policial.

Por su parte, la administración de Salinas de Gortari tampoco insistió en su incorporación para no poner en riesgo, ni contaminar las negociaciones. Es importante resaltar que México, ha tenido propuestas para hablar del tema, pero no

cómo resolverlo, esto es, sólo ha hablado en torno a la violación de los derechos humanos y laborales del migrante en el extranjero, sin posibles soluciones.

Podemos observar en las cuatro etapas anteriores que, el fenómeno de la emigración hacia Estados Unidos es un hecho histórico innegable que ha adoptado modalidades diversas dependiendo de la dinámica del mercado laboral binacional y de las políticas binacionales. Alba sostiene que “la política estadounidense encaja con la descripción de una política del tipo *half-open door*, que busca el control del flujo, no la clausura del acceso”¹². Esto es, la política se adecua al estado de la economía estadounidense. A mayor auge de su economía ha habido un incremento en la demanda de mano de obra mexicana y más liberal ha sido la política de inmigración, y por lo tanto existe una percepción positiva que alaba el trabajo de los mexicanos.

Como señala Bustamante¹³ en época de recesión económica la opinión pública estadounidense ha llegado a extremos de percepción negativa sobre la presencia de inmigrantes mexicanos, considerándolos como: grupo de delincuentes, asociados con el narcotráfico, que ocupan los puestos que por derecho les corresponden, sujetos que sobreviven gracias a los programas de subsistencia pública, y son una amenaza a su integridad cultural y territorial, que justifican en términos morales con las sanciones o castigos en contra de aquellos a quienes se identifica o etiqueta como de ilegal aliens.

A pesar de lo anterior, la concepción de la migración por parte del gobierno mexicano, es que ésta ha sido considerada como un fenómeno laboral, del cual se ha beneficiado Estados Unidos, ya que los trabajadores mexicanos desempeñan trabajos que los estadounidenses

¹² Alba, F. 1993. El Tratado de Libre Comercio y la emigración de mexicanos a los Estados Unidos. In: Revista Comercio Exterior. Vol. 43, Núm. 8, Agosto de 1993, Banco de Comercio Exterior, México. pp. 743-748.

¹³ Bustamante, J. 1996. Diario El Excelsior 22 de enero de 1996, México.

no desean hacer y con un costo de mano de obra más barata. Iguales concepciones se desprenden de los emigrantes mexicanos. Ello se puede corroborar con los resultados arrojados en 1982 por la encuesta sobre migración internacional llevada a cabo por Carlos Zazueta y Manuel García y Griego (1982), tomando como muestra aproximadamente 90,000 entrevistados. En uno de sus ítem se les preguntaba a los emigrantes mexicanos si para ellos el hecho de atravesar la frontera constituía un delito: la respuesta fue no. Argumentando que el hecho de cruzar la frontera sin documentos no es quebrantar la ley, sino por el contrario, es una forma honesta de trabajar. Esta concepción se apoya con el hecho de que los empleadores estadounidenses no les exigen documentos a la hora de la contratación y que los puestos que ocuparán no serán competidos por los trabajadores locales porque se trata de trabajos monótonos, manuales, mal pagados y con poco prestigio. A su vez, el hecho de haber laborado en los Estados Unidos tiene significaciones positivas tanto para los migrantes como para sus familias y paisanos. Ambos comparten el conocimiento de que el ser migrante es un símbolo de status, ya que el hecho de que vistan diferente, el poder adquisitivo que tienen para diversiones, el que escuchen música en inglés, una vivienda más cómoda al promedio de la población de la comunidad, mayores insumos en la producción agrícola, el conducir autos americanos, en sí hábitos y costumbres diferentes, dan prestigio y reconocimiento social a los migrantes ¹⁴.

1.1.4 La dimensión social

La migración internacional no sólo tiene sustentos laborales y políticos, sino también sociales. Como lo afirma Durand, "El hecho de que, desde un siglo, la gente del occidente haya ido sistemáticamente a trabajar a Estados Unidos ha creado vínculos y relaciones muy

¹⁴ Fonseca, O. 1988. De Jaripo a Stockton California: un caso de Migración en Michoacán. In: Calvo, T. y G. López (Coords.). Movimientos de población en el occidente de México. El Colegio de Michoacán-Centre

estrechos y consistentes entre lugares de origen y puntos de destino en Estados Unidos. Todo un entramado de relaciones sociales y económicas vinculan al occidente de México con el suroeste norteamericano. Un migrante llama al otro. La experiencia de un pariente encuentra émulos en el círculo familiar. El establecimiento de algunos en el extranjero sirve de cabeza de puente para que se instalen los demás"¹⁵.

Se estimó que en 1990 la población de origen mexicano en los Estados Unidos ascendió a 14.5 millones de personas, equivalente al 5.4% de la población total de ese país, lo cual indica que este fenómeno ha sido un movimiento masivo de población, que además de las condiciones económicas y políticas que originaron el flujo inicial, las redes sociales entre los puntos de origen y de destino, han incidido y sustentado la continuidad migratoria a lo largo del tiempo¹⁶. Entendiéndose por éstas el "conjunto de prácticas organizadas para facilitar la reproducción de (la experiencia de) la migración [...]"¹⁷.

Massey, Durand, Alarcón y González (1991) afirman que el fenómeno de la migración se ha guiado por una serie de principios básicos, donde enfatizan la importancia de las redes sociales, a saber:

1. La migración se origina históricamente en cambios estructurales que afectan las relaciones de producción en las sociedades de origen y destino.

d'Études Mexicaines et Centraméricaines, México. pp. 359-372.

¹⁵ Durand, J. 1991. Les llueve sobre mojado. Academia Jalisciense de Derechos Humanos. Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, México. pp. 12-13.

¹⁶ Alba, F. 1993. El Tratado de Libre Comercio y la emigración de mexicanos a los Estados Unidos. In: Revista de Comercio Exterior. Vol. 43, Núm. 8, Agosto de 1993. Banco de Comercio Exterior, México. pp. 743-748.

¹⁷ López, G. y S. Zendejas. 1988. Migración Internacional por regiones en Michoacán. In: Calvo T. y G. López (Coords.). Movimientos de población en el Occidente de México. El Colegio de Michoacán-Centre d'Études Mexicaines et Centraméricaines. México. pp. 64-65

2. Una vez que comienza la migración internacional, las redes sociales se desarrollan para permitir que el empleo en el extranjero sea mucho más accesible a todos los sectores sociales de la comunidad de origen.
3. [...] Esta se incorpora a las estrategias de sobrevivencia doméstica y es utilizado durante fases específicas del ciclo vital, en momentos en que el número de dependientes está en su clímax [...].
4. La experiencia de la migración internacional afecta las motivaciones individuales, las estrategias domésticas y la organización de la comunidad de manera que incrementan la migración posterior.
5. La maduración de las redes migratorias se posibilita por un constante proceso de asentamiento, en el cual los migrantes establecen lazos personales, sociales y económicos con la sociedad receptora a medida que aumenta el tiempo de estancia.
6. El funcionamiento de las redes migratorias es posible gracias a un proceso de constante retorno, durante el cual los inmigrantes temporales y recurrentes se desplazan entre las dos sociedades y los inmigrantes establecidos visitan o retornan a su lugar de origen¹⁸.

Los principales sistemas de relaciones sociales establecidas entre el emigrante y miembros de comunidades estadounidenses son el parentesco, la amistad y el paisanaje. En segundo orden de importancia estarían las organizaciones sociales como los clubes de fútbol y la fiesta del santo patrono del pueblo. “El parentesco forma parte del sustrato fundamental de la organización social de la emigración, con los vínculos más seguros dentro de todo el sistema. Las relaciones más fuertes se dan entre padres e hijos migrantes, [...]Ya que

¹⁸ Massey, D. et al. 1991. Los ausentes. El proceso social de la migración internacional en el occidente de México. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Alianza Editores, México. pp. 339-340.

cuando el hijo de padre migrante crece y tiene la expectativa de irse a trabajar a los Estados Unidos, es apoyado por su padre para que realice esta acción, compartiendo con él la información que ha adquirido a lo largo de su experiencia migratoria. Otros vínculos importantes dentro del parentesco son los que se dan entre hermanos, tíos y sobrinos, entre los que existe intercambios de favores y ayudas económicas en el país vecino, como es el brindarles hospedaje, conseguirles empleo y préstamo de dinero mientras encuentran trabajo”.¹⁹

Cuando el parentesco no es suficiente para sustentar la migración, el migrante echa mano de sus relaciones amistosas que entabló con personas de su misma edad, que nacieron y crecieron en el pueblo de origen, con expectativas similares, y que gracias a estas experiencias compartidas crean la disposición para pedirse favores y apoyo mutuo; en el sentido de encontrar un departamento, compartir información sobre fuentes laborales, apoyo económico, etc.

El paisanaje es otro vínculo importante, porque les permite tener un sentimiento de identidad entre los emigrantes, pues les ayuda a compartir una variedad de experiencias y tener así una búsqueda de metas comunes en un medio desconocido, extraño y en algunas veces amenazador.

Otros mecanismos institucionales que les facilitan la formación y el mantenimiento de los lazos sociales en los Estados Unidos han sido los clubes de fútbol, por ejemplo el "Parque de Patos" en la ciudad de los Ángeles, California. Este tipo de eventos, aparte de ser una distracción para los migrantes, sirve como punto de reunión de los mexicanos, en donde se establecen una serie de contactos para conseguir trabajo, localizar amigos,

¹⁹ Massey, D. 1991. op. cit. p. 171.

integrar a nuevos migrantes en la comunidad estadounidense, intercambiar noticias del pueblo, así como apoyar la integración de éstos en un país extranjero.

Cuando los migrantes regresan a las comunidades de origen para festejar las fiestas del Santo Patrono, se da un reencuentro familiar así como un efecto "simbólico que mitiga la soledad de los migrantes al hacerlos sentirse integrados a una comunidad".²⁰

Como se puede observar, las ventajas obtenidas por los migrantes en el uso de las redes sociales, se encuentran la reducción de los costos financieros y psicológicos, esto es, al llegar a vivir con parientes, amigos o paisanos, abate costos de alimentación y hospedaje mientras encuentra trabajo, además les proporciona un valioso recurso de adaptación, a un mundo extraño. Bajo este contexto, es importante recalcar que las redes sociales han sido un factor que ha facilitado la reproducción de la experiencia y por lo tanto, ha permitido que la migración se haya extendido a importantes regiones del país. En otras circunstancias es difícil afirmar, que sin la constitución de éstas, la migración hubiera tenido la importancia que hoy en día tiene en las estructuras sociales y económicas de regiones específicas del país.

1.1.5 La dimensión espacial

Pero, ¿cuáles han sido estas regiones específicas del país?. Los estados de origen tradicionales de los emigrantes mexicanos que aparecen invariablemente en las estadísticas son Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Chihuahua y Zacatecas²¹. Asimismo, no todas las regiones del estado de Michoacán –área de estudio de esta tesis- tienen flujos homogéneos hacia los estados Unidos. Una dificultad que nos enfrentamos al estudiar el fenómeno de la migración de Michoacán hacia los Estados Unidos es la escasez de información que nos

²⁰ Massey, D. 1991. op. cit. p. 176.

permita conocer durante las últimas décadas las regiones de mayor expulsión de este estado.²² Para determinar la importancia de la emigración por región, se calcularon las Tasas de Migración Internacional de Retorno para cada una de ellas relacionando los migrantes de retorno con la población total censal correspondiente.^{23, 24}

El Censo de 1980 registra 44 mil 653 personas para el estado de Michoacán que vivieron en el extranjero durante más de seis meses. Para efectos de tener una comparabilidad más aproximada a la pregunta del Censo de 1990, se toman solamente las personas que declararon haber residido fuera del país por un tiempo entre 1 y 4 años. La cifra de personas registradas dentro de esta categoría es de 11 mil 947.

Se calculó el índice estatal con el total de personas registradas en la categoría antes señalada y se ponderó entre la población total del estado. Este valor se toma como punto de referencia para conocer la intensidad relativa de la migración internacional por regiones. A las regiones que presentan valores sustancialmente superiores al promedio estatal se les considera de alta intensidad migratoria, a los que presentan valores cercanos, de intensidad media y finalmente, a los que se alejan por debajo del promedio, de baja intensidad.

Los resultados encontrados consideramos que guardan cierta representatividad de la situación a finales de la década de los setentas, son los siguientes:

²¹ CANAPO. 1997. Migración indocumentada a los Estados Unidos: devoluciones realizadas por la patrulla fronteriza. Boletín Año 2, julio-agosto, México.

²² Nota: para este punto, hemos adoptado el esquema de regionalización propuesto por el COPLADEM, que divide el estado en diez regiones: Centro, Meseta Purépecha, Ciénega de Chapala, Costa, Valle de Apatzingán, Pátzcuaro, Ciénega de Zacapu, Bajío, Oriente y Tierra Caliente.

²³ Se utilizaron como fuentes principales de información los Censos de Población y Vivienda (años 1980 y 1990), Conteo General de Población y Vivienda de 1995, así como la información de Telecom sobre los giros internacionales recibidos en la entidad entre 1991 y 1996.

²⁴ Herrera, J. y P. Romero. 1999. La evolución de la migración internacional. In: Revista Semestral de la Escuela de Economía. UMSNH. Año 4, No. 6 julio-diciembre 1999, México.

Cuadro No. 1.2 Tasa de Migración Internacional de Retorno por Regiones en Michoacán. Década de los 70's.

ALTA	TMIR	MEDIA	TMIR	BAJA	TMIR
C DE ZACAPU	0.73	V APATZINGAN	0.47	PATZCUARO	0.20
C DE CHAPALA	0.72	CENTRO	0.44	T CALIENTE	0.19
BAJÍO	0.62	COSTA	0.37	ORIENTE	0.11
		M PUREPECHA	0.33		
PROMEDIO ESTATAL: 0.42					
TIR= Tasa de Migración Internacional de Retorno					

Fuente: elaboración propia con base en datos del Censo General de Población y Vivienda de 1980.

Las primeras tres regiones en orden de importancia se ubican al norte y noroeste de la entidad. Destaca la gran similitud en relación con las regiones que identifica Tim Dagodad a partir de 3 mil 204 boletas de aprehensión de indocumentados capturados por la policía fronteriza en el sureste de California (Cfr. con López y Zendejas²⁵).

El Censo de 1990, capta la población que cinco años antes tenía un lugar de residencia distinto, registra 12 mil 301 personas de 5 años y más que en 1985 residían en el extranjero. De manera que la Tasa de Migración Internacional de Retorno en este caso relaciona la población que se encuentra en la categoría anterior con la población total media de 1985. Los resultados encontrados se presentan en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 1.3 Tasa de Migración Internacional de Retorno por Regiones en Michoacán. Década de los 80's.

ALTA	TMIR	MEDIA	TMIR	BAJA	TMIR
C DE ZACAPU	0.73	V APATZINGAN	0.37	PATZCUARO	0.25
C DE CHAPALA	0.61	CENTRO	0.36	T CALIENTE	0.24
BAJÍO	0.53	COSTA	0.35	ORIENTE	0.12
		M PUREPECHA	0.31		
PROMEDIO ESTATAL: 0.38					
TIR= Tasa de Migración Internacional de Retorno					

Fuente: elaboración propia con base en datos del Censo General de Población y Vivienda de 1990.

Es de destacar la gran semejanza en relación con la situación que se describió anteriormente. En términos de la categoría migratoria de las regiones, no se observa

ninguna diferencia al período previo. Más aún, las tres principales regiones conservan incluso el mismo orden. Igual sucede con las tres regiones incluidas dentro de la categoría de baja intensidad. No obstante, en términos de la jerarquización, se puede apreciar que la región del Valle de Apatzingán avanza dos posiciones y la de Tierra Caliente una. A su vez las regiones de la Costa y de Pátzcuaro descienden en una y dos posiciones respectivamente.

Para la identificación de las regiones en los noventa se tomó como indicador la información de Telecom sobre giros internacionales recibidos en la entidad entre 1991 y 1996 (con excepción de 1993 en que la información disponible presenta algunas deficiencias). La suma de giros recibidos en Michoacán en el período es de 1 millón 066 mil 084. Es importante señalar que esta cifra incluye además de envíos de remesas por parte de trabajadores migratorios, otro tipo de operaciones o transferencias que no es posible diferenciar a partir de la información disponible. Consideramos razonable suponer sin embargo, que la inmensa mayoría de los casos tiene como origen a los trabajadores migratorios.

Esta fuente de información, a diferencia de la censal, no refleja la migración de retorno sino la periodicidad o frecuencia con que los migrantes -sean de retorno o definitivos- recurren a esta forma de envío de remesas. Parece razonable pensar que la proporción de utilización de los distintos mecanismos de envío existentes (money order, cheques personales, sistema bancario y casas de cambio, transferencias electrónicas, etc.) tiene una distribución diferenciada en función del grado de urbanización de las regiones. Para el caso de Michoacán sin embargo, no hemos encontrado evidencia en ese sentido: al

²⁵ López, G. Y S. Zendejas. 1988. Migración internacional por regiones de Michoacán. In: Movimientos de población en el Occidente de México. El Colegio de Michoacán-CEMCA, México.

pasar de la referencia censal a la información sobre giros recibidos, de las cinco regiones con mayor porcentaje de población residente en áreas urbanas, dos incrementan su participación relativa (Valle de Apatzingán y Meseta Purépecha), dos la reducen (Centro y Costa) y una guarda la misma posición (Ciénega de Chapala). Por otro lado, de las cinco regiones con menor proporción de población urbana, tres mejoran su posición (Pátzcuaro, Oriente y Tierra Caliente) y las otras dos la reducen (Ciénega de Zacapu y Bajío).

Al no encontrar indicios de la existencia de una distribución espacial diferenciada en relación con la preferencia por determinados mecanismos de envío de remesas, un supuesto implícito de esta fuente de información, es que la proporción de utilización de este mecanismo no es diferente por regiones. El índice que se calcula en este caso se refiere al número de giros internacionales recibidos por región en cada uno de los años considerados ponderando por la población media correspondiente. Los valores que se presentan se refieren al promedio de los índices calculados en el período.

Cuadro No. 1.4 Tasa de Migración Internacional de Retorno por Regiones en Michoacán. Década de los 90's.

ALTA	IMI	MEDIA	IMI	BAJA	IMI
V Apatzingán	9.63	C DE ZACAPU	5.96	COSTA	4.73
C DE CHAPALA	7.64	BAJÍO	5.61	ORIENTE	4.62
T CALIENTE	7.00	M PUREPECHA	5.32	CENTRO	3.30
		PATZCUARO	4.87		
PROMEDIO ESTATAL: 5.67					
TIR= Tasa de Migración Internacional de Retorno					

Fuente: elaboración propia con base en información de TELECOM y del Censo General de Población y Vivienda de 1995.

Se puede destacar que las regiones del Valle de Apatzingán y de Tierra Caliente pasan al primer grupo mientras que las regiones de la Ciénega de Zacapu y del Bajío se desplazan al segundo. Por otra parte, la región de Pátzcuaro se desplaza de la tercera a la segunda

categoría mientras que las regiones de la Costa y el Centro pasan de la segunda a la tercera.

Del análisis anterior podemos concluir lo siguiente:

- La preferencia por la utilización de los giros telegráficos como mecanismo de envío de las remesas es sustancialmente distinta de una región a otra, aunque como se señaló anteriormente, tampoco podemos afirmarlo. Sin embargo, al existir esa posibilidad y tomando como válida la categorización de los años ochenta, también es factible que los cambios observados en el último período sean producto de una distorsión. Desde esta perspectiva, es difícil afirmar una modificación en el patrón migratorio a nivel de regiones.
- Los resultados reflejan cambios en el patrón migratorio por regiones. A este respecto, conviene señalar que las cinco primeras regiones en importancia del período reciente presentan entre 1990 y 1995, tasas de crecimiento demográfico inferiores al promedio estatal, lo cual parece corroborar su vocación migratoria. A su vez, las últimas cinco regiones muestran tasas de crecimiento superiores al mismo. Ambas situaciones resultan congruentes con los resultados y apuntan el sentido de su validez. Finalmente la migración no es un fenómeno estático. A nivel nacional hemos podido observar que entidades que no destacaban entre las que tradicionalmente contribuyen a la conformación de los flujos migratorios hacia los Estados Unidos, en los últimos años han venido a tener una participación importante, ejemplo de ello son el Distrito Federal, Oaxaca y Querétaro, entre otras entidades.

Desde esta perspectiva, una explicación plausible al descenso que muestran en el último período las regiones de la Ciénega de Zacapu y el Bajío, podría obedecer a una mayor permanencia de los migrantes de estas regiones en los lugares de destino. Es decir, que hayan pasado a ser migrantes temporales a migrantes permanentes, lo cual podría estar relacionado con la añeja tradición migratoria de ambas regiones. Una evidencia en este sentido, lo constituye el hecho de que las tasas de crecimiento poblacional para el

período 1990-1995, resulten ser las más bajas de las diez regiones consideradas, -0.80 para la Ciénega de Zacapu y 0.44 para el Bajío. Esta hipótesis sin embargo, requiere de una evaluación más profunda que escapa a los propósitos de este trabajo. Esta hipótesis sin embargo, requiere de un mayor sustento empírico. Sin duda, en el Censo de Población y Vivienda 2000 podrá dar los elementos necesarios para su contrastación.

1.1.6 La dimensión demográfica

En esta dimensión, se precisan, las características sociodemográficas de las personas que integran el flujo migratorio laboral a los Estados Unidos, - que según los diferentes datos estadísticos arrojados por la literatura sobre migración internacional presentan ciertas regularidades en los últimos años.²⁶ Dentro de ellas destacan:

- Los hombres integran mayoritariamente el flujo laboral (98%).
- Los mexicanos que intentan cruzar a los Estados Unidos a trabajar o a buscar trabajo son jóvenes: 76 de cada 100 tienen entre 12 y 35 años de edad.
- Alrededor de 70 de cada 100 como máximo han terminado la primaria. Se observa un ligero incremento en el nivel de escolaridad de los migrantes, sobre todo de quienes no cuentan con experiencia migratoria.

²⁶ García y Griego, M. y M. Vereá. 1988. México y Estados Unidos frente a la migración de los indocumentados. Miguel Angel Porrúa Librero Editor, México. p. 78.

Wayne, C. 1979. La migración ilegal mexicana a los Estados Unidos. In: Alba, F. (comp.) Indocumentados: mitos y realidades. El Colegio de México, México. p. 71.

STy PS. 1982. Los trabajadores mexicanos en Estados Unidos, CENIET, México.

CONAPO. 1984. Encuesta en la frontera norte a trabajadores indocumentados devueltos por autoridades de los Estados Unidos de Norteamérica, México.

Douglas M. et al. 1988. Regreso a Aztlán. Versión mimeografiada, México. pp. 189-190.

García y Griego, M. y M. Vereá. 1988. México y Estados Unidos frente a la migración de los indocumentados. Miguel Angel Porrúa Librero Editor, México. pp. 78-79.

STy PS. 1982. op. cit. pág. 109.

Cornelius, W. 1990. La demanda de fuerza de trabajo mexicana en Estados Unidos. In: Bustamante, J. y W. Cornelius. 1995. Flujos migratorios mexicanos hacia Estados Unidos. FCE, México. pp. 105-107.

Natalli, S. 1995. Evolución y perspectiva de la migración mexicana a los Estados Unidos. In: Revista Quorum. Instituto de Investigaciones Legislativas, México, No. 33, marzo-abril de 1995. pp. 34-35.

- Se observa que para los tres periodos considerados de la Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF: 1993-1994, 1994-1995, 1996-1997), en promedio, 65 de cada 100 personas cuentan con experiencia migratoria y de estas 73% viajan solos; en contraste, de los que no cuentan con experiencia migratoria (35 de cada 100), sólo el 40% intenta cruzar a los Estados Unidos sin compañía.
- Alrededor del 50% de las personas que integran el flujo migratorio tienen la intención de trabajar o buscar trabajo en California o Texas. La atracción que ejerce California radica en su dinamismo económico y en que los mayores asentamientos de mexicanos se localizan en ese estado. Sin embargo, los migrantes están tomando otros destinos debido al reforzamiento de la patrulla fronteriza en California.
- El cruce fronterizo ha sido fundamentalmente por Tijuana.
- El flujo de personas que intenta cruzar por Tijuana proviene principalmente de la zona tradicional de expulsión de fuerza de trabajo (Aguascalientes, Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí y Zacatecas) y sur-sureste (Campeche, Chiapas, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, Tabasco, Veracruz y Yucatán). Presentándose un aumento de la zona centro (Distrito Federal, Hidalgo, México, Morelos, Puebla, Querétaro y Tlaxcala).
- Del flujo de personas que se origina en la zona tradicional proviene mayoritariamente del área rural
- La proporción de migrantes que desde Tijuana intentan cruzar la línea fronteriza para ocuparse en el sector primario aumentando, sobre todo con las personas con

antecedentes migratorios. Para las personas que intentan cruzar a los Estados Unidos por el resto de las localidades fronterizas, las actividades agropecuarias están perdiendo importancia en beneficio de los servicios.

- La proporción de las personas que no cuentan con documentos para cruzar o para trabajar en los Estados Unidos está aumentando. (más del 80%).
- La proporción de migrantes laborales que 30 días antes de iniciar su viaje no trabajaron en su lugar de origen se encuentra en ascenso (del 27% en 1993 al 49% en 1996) reflejando así las consecuencias adversas que tuvo la recesión económica de 1995 sobre el mercado de trabajo.

1.2 Impactos sociales de la migración

Los impactos de la migración se han circunscrito básicamente en la modificación de tres tipos de patrones de comportamiento: en el de consumo, en la organización familiar y en las prácticas y preferencias sexuales de los migrantes.

1.2.1 Cambios en los patrones de consumo familiar

El cambio en los patrones de consumo de una comunidad con flujos migratorios depende del tiempo en que estén ocurriendo éstos y del número de migrantes implicados, causando con ello un impacto diferenciado en el tiempo y en el espacio regional. A su vez, los patrones de consumo de los migrantes varían de una familia a otra, en relación a su tamaño, ciclo de vida, recursos económicos con que cuentan y el monto de los ahorros obtenidos en los Estados Unidos. Pero en general se ha visto que el monto de las remesas se enfoca a la satisfacción de necesidades básicas como alimentación, vestido, educación para los hijos y

al 13 de diciembre de 1995, y la Fase III tuvo lugar desde el 11 de julio de 1996 al 10 de julio de 1997.

vivienda. Después de que disminuyen o se satisfacen éstas, se puede hablar de una inversión productiva, siempre y cuando se acumule experiencia migratoria y dinero²⁷.

Los migrantes con más experiencia migratoria que regresan a México, no sólo desean poseer una vivienda, sino también aumentar su estándar de vida, adquiriendo bienes de consumo duradero, mismos que reducen las actividades que realiza la mujer en el hogar. Situación que les permite por un lado elevar los niveles de bienestar y ascender socialmente con su consecuente significado cultural de prestigio y reconocimiento social ganado por la gente de su comunidad.²⁸

1.2.2 Cambios en los patrones de organización familiar

La migración ha tenido efectos en la organización familiar de los migrantes. A pesar de la poca información al respecto, es importante resaltar los hallazgos de Mercedes González de la Rocha²⁹, la cual destaca cambios en la participación de la mujer, ya que:

- La ausencia de los hombres adultos en muchos pueblos de migrantes ha contribuido a una reorganización de la división del trabajo en el interior del grupo doméstico. La mujer que se queda asume determinados papeles abandonados -al menos temporalmente- por el marido: distribuye y usa las remesas enviadas para la subsistencia de la familia, toman decisiones del rumbo de la familia y generan ingresos en actividades remunerativas.
- Existe una incorporación creciente de la mujer en el mercado laboral. Lo cual ha implicado la incursión de la mano de obra femenina y muchas veces infantil en labores antes consideradas como exclusivamente masculinas -tanto en el sector

²⁷ Véase Encuesta en Frontera Norte a Indocumentados Devueltos de los Estados Unidos (ETIDEU, 1984) y Encuesta de migración de Zacatecas (1990).

²⁸ Fonseca, O. 1988. op. cit., pp. 359-372.

agrícola como en el industrial-. Un hecho todavía más revelador, es el que en muchas ocasiones los patrones prefieren contratar a mujeres y niños, quienes además de ser consideradas más "dóciles", reciben un salario menor. De ahí que haya un desplazamiento de la mano de obra masculina por la femenina e infantil.

La mujer desempeña diversos roles: sostén temporal de la familia, administradora del patrimonio familiar, educadora de hijos, jefa de familia, generadora de ingresos y además cumple un papel esencial en el proceso migratorio. Los estudios de caso considerados reiteran este hecho, en el sentido de que la esposa no sólo apoya, sino que permite y posibilita la emigración del hombre.

1.2.3 Cambios en las prácticas y preferencias sexuales de los migrantes

Uno de los impactos negativos de la migración se dan en torno a las prácticas y preferencias sexuales de los migrantes, lo cual tiene repercusiones en la diseminación del VIH. Los migrantes al encontrarse fuera de su lugar de origen y verse con más libertad para mantener relaciones homosexuales y heterosexuales sin hacer uso del "sexo protegido" y "sexo seguro" (en una población que ocupa el primer lugar en casos de ETS/SIDA a nivel mundial) son más vulnerables a contraer enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Lo cual, al regresar a su comunidad y a ocupar el papel de esposo y padre de familia, hay posibilidades de que sea portador de alguna enfermedad y contagiar a su(s) pareja(s) sexual(es).

Lo anterior, se debe –según los estudios de Bronfman³⁰-, a:

²⁹ González de la Rocha, M. 1993. El poder de la ausencia: mujeres y migración en una comunidad de los Altos de Jalisco. In: Las realidades regionales de la crisis nacional. El Colegio de Michoacán, México. pp. 317-380.

³⁰ Bronfman, M. et al. 1995. SIDA en México: migración, adolescencia y género. CONASIDA-Información Profesional especializada, S.A. de C.V., México.

- El hecho de que la gran mayoría de los migrantes viajan sin sus esposas o compañeras o son solteros, al llegar a los Estados Unidos se enfrentan a una sociedad con costumbres sexuales "más abiertas", y tratándose de un grupo en edad de mayor actividad sexual, las probabilidades de que busquen relaciones sexuales con compañeras o compañeros aumentan, y con ello la exposición al riesgo de contraer algún tipo de enfermedad de transmisión sexual.
- Durante el proceso migratorio se producen cambios importantes en los hábitos y prácticas sexuales de los migrantes.
- Estos cambios se manifiestan de forma diferenciada en hombres y mujeres.
- Entre los hombres aumenta el número de parejas sexuales y las relaciones con parejas masculinas. Estas prácticas homosexuales están íntimamente ligadas al alcohol, al estado de soledad de muchos de ellos, la falta de una compañera (mujer) y el encontrarse alejados del control social y la moral que ejerce la familia en el lugar de origen; facilita el contacto entre hombres, presentándose como un mecanismo eficaz para proteger la masculinidad, prevaleciendo como norma que lo que sucede en estado alcohólico no cuenta. Los lugares propicios para que los mexicanos migrantes tengan contactos sexuales con otros hombres, son los "fields" (campos de trabajo), playas de homosexuales, cantinas y bares a los cuales asisten tanto heterosexuales como homosexuales y en las tiendas de pornografía.
- Las mujeres migrantes presentan pocos cambios en los patrones de comportamiento sexual durante su estancia en Estados Unidos, debido a las características propias de la sociedad mexicana donde por tradición el poder de decisión de la mujer en torno a sus prácticas sexuales está subordinado al hombre, permaneciendo en muchos de los casos en una posición receptiva. En este grupo el tener distintas parejas sexuales

no está contemplado, actitud que se ve reforzada en el sentido de que la mayor parte de las mujeres migrantes viajan con sus parejas o con sus padres³¹, una barrera más la presenta el bajo conocimiento del idioma inglés para establecer contacto con ciudadanos norteamericanos.

- Las relaciones sexuales son uno de los lugares donde se expresa la diferencia de poder entre los sexos. La mujer es una figura subordinada y existe poco espacio para que ésta externe su perspectiva o incida sobre el tipo de práctica.
- A pesar de que la migración incrementa el nivel de conocimiento sobre el SIDA, ésta no se traduce en la incorporación de medidas de prevención en sus prácticas sexuales cotidianas; no hay un uso consistente del condón.
- En ambos sexos hay un amplio grado de desinformación sobre los temas vinculados a la sexualidad: desde el reconocimiento de los órganos sexuales, pasando por la reproducción y la anticoncepción hasta las posibilidades del erotismo y el placer.
- Existe una clara división de roles según el género. Las funciones de cuidado a la salud, protección y atención son asignadas a las mujeres. Difícilmente los hombres asumen el uso del condón como prevención.
- Los hombres parecen no tomar en cuenta el placer de sus mujeres. Preocuparse por la mujer altera de alguna manera su status quo.
- La infidelidad masculina es vivida con gran dolor por las mujeres. En caso de que el hombre use condón, las mujeres lo interpretan como prueba de la existencia de relaciones extramaritales, creando más problemas de los que previene.
- Las mujeres expresan su sexualidad más a través del amor que del deseo. En este marco, resulta contradictorio cuidarse de quien se conoce y se quiere. En tanto

³¹ Valdepino, J. et al. 1992. Mujer y SIDA: Epidemiología. El Colegio de México, México.

cuidarse signifique y sea interpretado como una pérdida de confianza, la prevención no será puesta en práctica.

- Desde la perspectiva masculina, cuidarse puede ser interpretada como una actitud femenina poco propia del “macho” mientras que por el contrario arriesgarse es símbolo de valentía. Lo cual se traduce en un obstáculo para el uso del condón.
- Hay un grupo de hombres que tiene relaciones con otros hombres y no se consideran homosexuales.
- Existe una visión fatalista en la que las acciones que se realicen no son consideradas como eficaces para prevenir el VIH.
- La presencia de la iglesia católica constituye un obstáculo para el uso del condón.
- El hecho de no estar en contacto con ninguna persona infectada con el VIH, convierte a la infección por VIH en algo poco real.
- El riesgo se ubica en los “otros”: prostitutas, homosexuales y estadounidenses. Lo que se traduce en la falta del autocuidado.
- El condón impide satisfacción total en la relación sexual.
- El condón se usa más como método de prevención de embarazos que de precaución sanitaria.

1.3 Tipologías sobre el fenómeno migratorio

En la literatura de la migración no existe un consenso sobre cómo agrupar y definir las diferentes modalidades y características que asume este fenómeno. Las tipologías existentes han sido elaboradas con base a aspectos tales como status legal, región geográfica, tiempo y éxito, dejando de lado *la repetitividad o recurrencia del fenómeno*. Aspecto importante en el estudio de la relación entre migración y enfermedades de transmisión sexual.

Existen tres razones que nos llevan a la anterior afirmación:

- 1 Una de las particularidades que caracterizan el flujo migratorio internacional mexicano y en especial el michoacano, es la temporalidad y repetitividad del fenómeno.
- 2 La iniciativa de Ley 187 que pretende dejar sin servicios educativos y médicos a los ilegales y familiares de éstos que se encuentran en los Estados Unidos. La cual excluye a los migrantes -por su status ilegal- de ser sujetos de atención en las campañas de prevención de ETS/SIDA que ha instrumentado el gobierno norteamericano, lo que hace que el migrante esté potencialmente expuesto y en constante riesgo de contagio en los diferentes viajes que realiza a ese país.
- 3 El migrante internacional recurrente mantiene su residencia y familia en el lugar de origen, lo que posibilita que se inicie y/o incremente alguna enfermedad de transmisión con su pareja sexual en cada una de sus estancias.

Es necesaria la revisión de las principales definiciones conceptuales de tipologías adaptadas a los diferentes procesos migratorios, con la finalidad de diferenciar y definir la migración internacional recurrente de Michoacán con otras modalidades, para adaptarlas a la unidad de análisis de la investigación.

A continuación se presentan cuatro propuestas de clasificación por status legal, región geográfica, tiempo y éxito, así como las modalidades y definiciones respectivas que asume el fenómeno migratorio.

1.3.1 Primera propuesta de clasificación por status legal

Rogers en su artículo "Políticas de Migración en el Mundo Contemporáneo"³², hace referencia sobre la migración internacional, que puede asumir seis tipos diferentes dependiendo de la condición administrativa-legal del migrante en el país huésped, a saber:

1. Inmigrantes Legalmente Admitidos. Aquéllas personas que están esperando la residencia en el país huésped.
2. Migrantes temporales legalmente admitidos. Son aquellos migrantes estacionales; trabajadores de contrato no- estacionales que tienen que regresar a casa antes de tener la capacidad de obtener nuevos contratos; migrantes temporales cuyos contratos han renovado en los países huéspedes.
3. Transferencia ínter compañía, estudiantes migrantes o categorías similares. Se consideran a aquellos que están laborando en corto plazo y apoyan las labores de mercadeo del país huésped, ya sea porque son empleados de compañías de operación conjunta o internacionales.
4. Migrantes Ilegales (clandestinos, indocumentados). Son aquéllas personas que se internan en países que ejercitan regularmente controles de migración fuertes y políticas restrictivas de admisiones.
5. Investigadores de asilo. Son aquellos investigadores que solicitan refugio en un país extranjero.
6. Refugiados. Son aquéllas personas que solicitan protección y ayuda en el país huésped.

De igual forma Bustamante³³ clasifica a la migración mexicana a los Estados Unidos en cuatro tipos, mismos que a continuación se mencionan:

1. Migrantes Legales, admitidos previo otorgamiento de visa.
2. Transmigrantes, también llamados "commuters", que tienen una visa que les posibilita trabajar en EEUU, conservan su residencia en México, y cruzan la frontera diariamente.
3. Braceros o trabajadores admitidos por las autoridades norteamericanas para realizar trabajos temporales.
4. Migrantes no documentados, también conocidos como "ilegales".

1.3.2 Segunda clasificación por región geográfica.

Zazueta y García y Griego en la "Encuesta Nacional de Emigración a la Frontera Norte del País y a los Estados Unidos"³⁴, clasifican y definen la población económicamente activa mexicana en cinco tipos, de acuerdo con la región geográfica de destino del migrante. Esto es, dentro (interna), en los límites fronterizos (interna fronteriza) o fuera del país (internacional). Hacen mención que es posible que una persona combine más de un tipo:

1. Migrantes en Estados Unidos: Son personas de 15 años y/o más de edad residentes habituales de la vivienda, que en el momento de la entrevista se encuentran en los Estados Unidos trabajando o buscando trabajo, y que tienen familiares en México que pueden informar sobre ellas.

³² Rogers, R. 1992. The politics of migration in the contemporary World. In: Revista International Migration. Quarterly Review, Vol. XXX 1992. Second International Conference on Migration and Health. Brussels, 29 June-1 July 1992. pp. 33-87.

³³ Bustamante, J. 1987. Visión desde el límite. La migración de los indocumentados. In: El Cotidiano, Núm. especial 1, México.

³⁴ Zazueta, C. et al. 1982. Los trabajadores mexicanos en Estados Unidos: resultados de la Encuesta Nacional de Emigración a la Frontera Norte del País y a los Estados Unidos. Secretaría del Trabajo y Previsión Social-Centro Nacional de Información y Estadística del Trabajo. Cuaderno de Análisis No. 3, México. pp. 16-18

2. Migrantes que han regresado de Estados Unidos: Son personas de al menos 15 años de edad que han trabajado o buscado trabajo por un día calendario o más en los Estados Unidos durante los últimos cinco años y que se encuentran viviendo en la República Mexicana en el momento de la entrevista.
3. Migrantes internos de la frontera: Son personas de al menos 15 años que en el momento de la entrevista residen en México, pero que han trabajado o radicado por seis meses o más en la macroregión de la frontera, fuera del municipio donde se lleva a cabo la entrevista [...].
4. Migrantes internos no fronterizos: Son personas de al menos 15 años de edad que en el momento de la entrevista residen en México y que han trabajado o radicado seis meses o más en la macroregión del interior del país, fuera del municipio donde se lleva a cabo la entrevista.
5. Nativos no migrantes: Son personas de al menos 15 años de edad que en el momento de la entrevista residen en México y que han permanecido durante toda su vida en el municipio correspondiente en su lugar de nacimiento.

Massey, Alarcón, Durand y González en su estudio "Los ausentes: el proceso social de la migración internacional en el Occidente de México"³⁵ mencionan que el status de un emigrante se determina por el destino y origen de su viaje conformando dos grupos: Los emigrantes a Estados Unidos y los emigrantes a otras ciudades mexicanas, esto es, migrante interno o internacional. Categorías que no son excluyentes, ya que es posible que alguien sea emigrante en ambos sentidos en un periodo migratorio dado.

1.3.3 Tercera clasificación por tiempo

Lourdes Arizpe (1988)³⁶ en el estudio comparativo de los movimientos migratorios llevado a cabo en dos comunidades rurales -La Trinidad y El Cerrito, ambas del municipio de Tequisquiapan, Querétaro, México-, clasifica la migración campo-ciudad en seis modalidades, dependiendo del tiempo de residencia y/o de las ventajas de empleo que ofrecen los lugares de destino:

1. Migración intermitente es un tipo de movilización del campo a un centro urbano, en la cual los migrantes se trasladan cotidianamente de su lugar de residencia a su sitio de trabajo, sin que implique cambio de residencia, pero sí cambio de sector de la producción del país.
2. Migración temporal es el tipo de movilización en que el migrante sale a trabajar a otro lugar durante los días laborables y regresa a su pueblo, -donde vive la familia-, los días de descanso. No implica cambio definitivo de residencia
3. Migración por plazos es la movilización en que el migrante permanece fuera de su comunidad de origen durante temporadas más largas, meses o aun años, pero regresa a ella.
4. Migración escalonada es la movilización que implica que el migrante sale definitivamente de su lugar de origen, pero cambia periódicamente de lugar de destino.
5. Migración itinerante es un tipo de movilización en que los migrantes se desplazan de acuerdo con la época de los cultivos comerciales: azúcar, tabaco, hortaliza, etc.

³⁵ Massey, D. 1991 et. al., op. cit. p. 127

³⁶ CREFAL. 1988. Migración, estructura de la economía familiar y cambio productivo. Monografías y ensayos No. 2, OEA-CREFAL, México.

6. Migración definitiva es la movilización que implica el abandono del lugar de origen para vivir en otra población donde se piensa radicar definitivamente.

López Castro³⁷ en un estudio de caso de la comunidad de Gómez Farías (Michoacán, México) sobre la migración a Estados Unidos identifica tres tipos de migración, dependiendo de la variable tiempo, es decir, el período que tarda la actividad agrícola que desempeña y la intencionalidad del migrante por permanecer o no en el país vecino. Estas categorías son:

1. Migración temporal por objetivos. En este tipo de migración, el trabajador va, hace su trabajo y regresa; su estancia estará definida por el ciclo biológico de los cultivos en que trabaja. Puede incluir o no a la familia en el viaje y a su regreso al pueblo es regular y en fechas más o menos determinadas. El migrante no es percibido como ausente definitivo, sino como miembro de la comunidad, se sabe para ello que vendrá en un tiempo más o menos establecido.
2. Migración indefinida. Implica que el emigrante se encuentra en Estados Unidos por más de dos años y no se sabe específicamente cuándo regresará, no obstante existe el deseo tanto del migrante como de los familiares, de que el primero regrese a vivir al pueblo una vez llegada una etapa biológica en la cual el emigrante habrá llegado al fin de su vida laboral.
3. Migración definitiva. Cuando el emigrante no tiene la intención de regresar al pueblo.

Estos tipos de migración son mutuamente excluyentes para un mismo individuo en un tiempo determinado, aunque una familia puede ser incluida en los tres tipos de

³⁷ López G. 1986. La casa dividida. Un estudio de caso sobre la migración a Estados Unidos en un pueblo michoacano. El Colegio de Michoacán-Asociación Mexicana de Población, A.C., México. pp. 102-105

migración. Esto es, una familia puede tener miembros que emigren temporalmente, otros que estén ausentes indefinidamente y algunos más que se hayan separado geográficamente en definitiva de la familia, o cualquier otra combinación de estos tipos.

1.3.4 Cuarta clasificación por éxito o fracaso

Dasgupta en su estudio "La migración rural-urbana y el desarrollo rural"³⁸, clasifica en tres categorías a los migrantes, dependiendo del éxito o fracaso que hallan tenido en el lugar de destino y de las condiciones catastróficas del lugar de origen para su emigración:

- 1) Aquellos que han tenido éxito en las ciudades y regresan. A su vez esta categoría se subdivide en cuatro tipos:
 - i) Aquellos que vuelven después de haberse jubilado en la ciudad.
 - ii) El grupo de migrantes que cumplen exitosamente con su objetivo incluye aquellos que abandonaron la aldea con una finalidad determinada y ahora vuelven después de haber completado exitosamente su misión. "La migración organizada" por un período determinado también podría pertenecer a esta categoría.
 - iii) Aquellos cuya decisión de volver está vinculada a las oportunidades que se les ofrece en la aldea al regresar con dinero para iniciar algún negocio o compra de tierra.
 - iv) Los migrantes que se fueron de la aldea a fin de estudiar y que volvieron después de haber completado sus estudios.
- 2) Aquellos que vuelven porque han "fracasado", mismos que se subdividen en tres tipos:

³⁸ Biplab, D. 1982. La migración rural-urbana y el desarrollo rural. In: Poblaciones en movimiento: una perspectiva comparada de la dinámica de migración interna. Ed. UNESCO, París. pp. 46-63.

- i) Aquellos que vuelven al no poder encontrar un trabajo adecuado en la ciudad; su permanencia depende en parte de cuánto tiempo sus parientes residentes en la aldea o en la ciudad estén dispuestos a mantenerlos.
 - ii) Aquellos migrantes a quienes no les fueron renovados sus contratos de trabajo.
 - iii) Aquellos que no lograron adaptarse a la vida urbana, o que se sintieron rechazados por parte de la población anfitriona.
- 3) Aquellos que originalmente abandonaron sus aldeas como resultado de algún tipo de catástrofe y regresan después que las condiciones normales de la aldea fueron reestablecidas.

En la revisión de las cuatro propuestas observamos por un lado que, las clasificaciones y definiciones de la migración dependen por un lado, de los objetivos y especificidades del proyecto de investigación y de la población objeto en cuestión, y por otro lado, que las características de una y otra modalidad no son excluyentes entre sí en diferentes tiempos. Bajo este contexto, la variable temporalidad es la que más se acerca a la recurrencia del fenómeno, ya que es el tiempo el que puede estar definiendo la periodicidad del evento. Lo anterior nos obligó a tratar de construir una definición operacional que diera cuenta de las características de la población en estudio. Definimos a las familias rurales con experiencia migratoria internacional recurrente, como:

Todos aquellos hogares rurales en los que, al menos uno de sus miembros mayores de 15 años de edad han trabajado o buscado trabajo en los Estados Unidos por un día calendario o más al año y que regresan a su comunidad de origen, en las que sostienen sus relaciones al interior del núcleo familiar.

1.4 La sexualidad en los tiempos del SIDA

A partir de los primeros casos notificados de VIH/SIDA se ha trastocado el imaginario sexual social, conjuntando su carga de peligro y temor con el despertar del cuerpo y sus placeres, esto es, con la sexualidad. El SIDA se incrementa por los prejuicios, discriminaciones y negligencia de algunos sectores. Convirtiéndose durante su primera década en un problema que evocaba pasiones morales y prejuicios, en el epítome de una civilización cuyos valores se muestran inciertos y los placeres marchan junto a la enfermedad y la muerte.

Las personas portadoras del VIH/SIDA viven en la completa incertidumbre: del diagnóstico, pronóstico, reacciones de los amigos, familiares y seres queridos, odio y temor anónimo de los otros. Esta incertidumbre alimenta la angustia y el temor por el pasado, presente y futuro. En un mundo racional y compasivo, el SIDA podría ser una enfermedad como cualquier otra y sería enfrentada con toda atención, empatía y recursos demandados como cualquier otra enfermedad, pero ésta no se percibe siempre así. El hecho de haber sido identificado primero –a principios de los ochenta- en una comunidad gay masculina de los Estados Unidos (comunidad marginada y atacada política y culturalmente) configuró radicalmente la respuesta inicial.

Aunado a lo anterior y en la medida en que la epidemia se expandió a otras comunidades y grupos marginados (pobres, negros y usuarios de drogas intravenosas) comenzó a devastar a los países más pobres del planeta, pareciendo tocar a la población “normal” heterosexual en los países occidentales. Con lo que, el SIDA se asoció a lo perverso, marginal, el OTRO, estigmatizando a los afectados. Situación que aún persiste, a pesar de la lucha de las organizaciones de base comunitaria, gobiernos y organismos internacionales para contener el crecimiento de la infección.

El SIDA es un fenómeno cargado de historia, que tiene un peso en las personas que viven con él. De acuerdo con su perfil sociodemográfico las personas lo experimentan de forma diferente. Los sufrimientos y las pérdidas de los hombres gay de las comunidades urbanas de las grandes ciudades occidentales no son menores ni mayores que el sufrimiento o la pérdida de los pobres de las comunidades hispanas de Nueva York, o de los pueblos de África, Latinoamérica o del sudeste asiático. Sin embargo son diferentes debido a las historias culturales de cada comunidad afectada.

El impacto del SIDA y la respuesta que ha generado, nos muestra un mundo complejo e interdependiente del actual mundo globalizado. Las migraciones que cruzan países y continentes, que van del campo a la ciudad, de las formas “tradicionales” de vida a las “modernas”, que huyen de la persecución, la pobreza y la represión sexual, posibilitan su difusión. Pero la globalización de la experiencia produce respuestas diferenciadas, a la vez que nuevas identidades, demandas y obligaciones. Lo que nos remite a alargar la mirada de la aldea global³⁹ y nos obliga a analizar nuestras necesidades, historias y lealtades locales. Es así que, identidad y diferencia, son el sitio de muchos de los agudos debates políticos, sociales y culturales de hoy.

Como afirma Weeks⁴⁰ el SIDA nos habla de una “revolución no finalizada” de las relaciones sexuales en occidente: una explosión de diferentes experimentos con las vidas y los estilos de vida; una incompleta democratización de las relaciones, y una aguda tensión entre los deseos individuales y la pertenencia a una colectividad. No es

³⁹ La aldea global nos refiere a un mundo globalizado.

⁴⁰ Weeks, J. 1998. Sexualidades contemporáneas: tres conferencias. In: Szazs I. y S. Lerner. Sexualidades en México, algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. El Colegio de México, México.

sorpresivo entonces que el SIDA se haya vuelto un frente de batalla ética sexual y un elemento clarificador del significado y la moralidad del sexo.

El comportamiento, la identidad y la moral sexual se han convertido en materia de elección, al menos para aquellos que tienen la libertad de elegir. Hay mucho mayor libertad para decidir la edad en que iniciaremos nuestra actividad sexual, con quién la haremos, con qué frecuencia y a través de qué tipo de relaciones. Lo que no está claro es cómo y con qué criterios debemos elegir. Pero, la libertad sexual individual no se limita al libre mercado como otro tipo de satisfactores básicos, es decir, si existe la libertad de comprar y vender una serie de insumos no parece lógico bloquear la libertad de elegir las parejas sexuales, el estilo sexual de vida, la identidad o las fantasías, aun cuando incluyan pornografía y formas elaboradas de autoerotismo ritual.

Pero la historia nos demuestra que ninguna elección es completamente libre; Ésta se encuentra constreñida y limitada por las relaciones de poder, dominio y estructura económica. El género, la sexualidad y la raza son, con frecuencia el producto de historias impuestas, planeadas con propósitos de regulación social como de elección individual. Sin embargo, algunas elecciones son frutos de la lucha, de las batallas en contra de ser definidos por otros y a favor de la autodefinition. Ejemplo de ello son actualmente las identidades lésbicas, gays y los movimientos de las mujeres por su autonomía sexual.

El SIDA es algo más que una enfermedad; se ha vuelto una poderosa metáfora de nuestras culturas sexuales. La reacción que produce aparece como un signo de nuestra creciente confusión y ansiedad ante nuestros cuerpos y sus actividades sexuales⁴¹. Es vista como una peligrosa advertencia ante los efectos del cambio sexual, aunque dicho proceso ignora las experiencias de gentes que viven con el VIH/SIDA, así como su valor

y fuerza moral para enfrentar la enfermedad. Bajo este contexto, la reflexión nos lleva a plantearnos un conjunto de preguntas: ¿por qué los aspectos relativos al cuerpo y la sexualidad despiertan tanta ansiedad y tanto temor?, ¿qué clase de imágenes viene a la mente cuando pensamos en sexualidad?, ¿qué es la sexualidad? y ¿cuáles son sus transformaciones a lo largo de la historia?

Como lo afirman varios autores, la sexualidad es un fenómeno social, histórico, multidimensional y en constante cambio, definible sólo en un contexto específico de una cultura. La sexualidad es construida discursivamente, regulada y reglamentada mediante prohibiciones y sanciones que le dan forma y direccionalidad. (Figuerola, 1998; Lamas, 1998; Minello, 1998; Szasz, 1998; Ruz, 1996). Generalmente cuando la mayoría de las personas hablan de sexualidad, destacan el aspecto personal, íntimo, referido a una de las formas de relacionamiento entre las personas, reducido a una relación coital. Este vínculo afectivo, amoroso, erótico –que puede ser también violento o perverso- que busca la reproducción de la especie o el placer o ambos, se desarrolla comúnmente en un ámbito de poder inequitativo que cosifica a la pareja. Si nos limitamos solamente a este aspecto interpersonal, planteamos una visión parcial y reductora de la sexualidad que no visualiza los mecanismos culturales que han armado las narrativas actuales de la sexualidad.⁴²

Minello⁴³ sugiere tres vertientes teóricas integradas como una totalidad para realizar una mirada sociológica de la sexualidad, a saber: la visión sexo/género, la sociología del

⁴¹ Sontag, S. 1988. El sida y sus metáforas, Londres, Allen Lane.

⁴² Lamas, M. 1998. Sexualidad y género: la voluntad del saber feminista. In: Szasz I. y S. Lerner (comps.), Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. El Colegio de México, México.

⁴³ Minello, N. 1998. De las sexualidades. Un intento de mirada sociológica. In: Szasz, I. y S. Lerner (comps.), Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. El Colegio de México, México. pp. 35-47

cuerpo y el dispositivo de la sexualidad. Este autor enfatiza que abordar una sola de ellas sería insuficiente.

1.4.1 El sistema sexo/género

El sistema sexo/género es una vertiente teórica trabajada por Rubin (1986), Scott (1990), De Barbieri (1992), Connell (1993), Lamas (1998) quienes lo consideran útil para descubrir la lógica subyacente a los mecanismos culturales de la sexualidad, por lo menos por siete razones: 1) tiene una visión social sin desconocer lo individual; 2) es relacional porque la comprensión de los varones y mujeres se logra mediante el reconocimiento del lugar del otro; 3) se separa del determinismo biológico, al presentar una visión cultural de la sexualidad; 4) vincula la sexualidad con el poder; 5) la sexualidad se distingue de la reproducción material y la producción de los seres humanos mismos, 6) plantea el plano de lo imaginario social y 7) exige considerar la interdependencia recíproca de la sexualidad, la economía y la política, sin subsumir o reducir un ámbito en otro, reconociendo por un lado la especificidad de cada uno de los espacios mencionados y por otro su interrelación conflictiva.

Lamas (1998), afirma que el sistema sexo/género puede ser entendido como “el conjunto de ideas sobre la diferencia sexual que atribuye características “femeninas” y “masculinas” a cada sexo. Esta simbolización cultural de la diferencia anatómica toma forma en un conjunto de prácticas, ideas discursos y representaciones sociales que dan atribuciones a la conducta objetiva y subjetiva de las personas en función de su sexo. Así, mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres. La ley social refleja e incorpora los valores y las ideas del orden simbólico de la sociedad, con todas sus contradicciones e incongruencias. Es así que, la cultura marca a los sexos con el género, a la vez que éste

marca la percepción de todo lo demás: lo social, lo político, lo religioso, lo cotidiano. El orden social está profundamente arraigado y no requiere justificación: se impone a sí mismo como autoevidente, y es tomado como “natural” gracias al acuerdo “casi perfecto e inmediato” que obtiene de las estructuras sociales, la organización social del espacio y tiempo, la división sexual del trabajo y de las estructuras cognitivas inscritas en los cuerpos y en las mentes.

Actualmente las experiencias de vida de muchos hombres y mujeres no sólo se ajustan a los esquemas tradicionales de género, sino que los sexos se sienten violentados en su propia identidad y subjetividad por los códigos culturales y los estereotipos de género existentes. Sólo desentrañando los significados de la cultura en que vivimos y ampliando la comprensión sobre el destino infausto que compartimos hombres y mujeres como seres humanos incompletos y escindidos podemos otorgar otros significados menos injustos y opresivos a nuestra sexualidad (Lamas, 1998).

Lo anterior puede apreciarse con mayor claridad en los estudios de Szasz⁴⁴ sobre los *aportes teóricos del pensamiento feminista*. Esta autora *menciona* que las primeras formulaciones sobre la igualdad de mujeres y hombres correspondió al surgimiento de la noción de derechos ciudadanos modernos en los países occidentales. Las formas modernas de subordinación de las mujeres surgidas después de la Revolución francesa, se basaron en la naturalización de las desigualdades entre los sexos y de la heterosexualidad, situando al matrimonio y a la familia en esferas separadas de la producción y el papel protagónico de la mujer en ellos como base organizativa de la estabilidad social. En este contexto, las luchas por la igualdad de las mujeres se referían

a su acceso al sufragio, a la escolaridad y al control natal, pero no desarrollaron propuestas teóricas sobre el origen, carácter y reproducción de las desigualdades.

Es hasta el siglo XX, durante la década de los sesenta donde se da una reflexión más radical sobre la desigualdad entre hombres y mujeres. Es ahí que el pensamiento feminista desarrolla dos vertientes principales:

- ♦ una empirista: dirigida a documentar las condiciones de vida de las mujeres ya generar conocimientos que consideraran la participación de las mujeres en la historia política y económica, en la vida cotidiana y en la producción cultural.
- ♦ una teórica: basada en la categoría de patriarcado como descriptora de la organización social de la dominación masculina, y que consideraba la subordinación femenina como producto de ese ordenamiento patriarcal (De Barbieri, 1991; Gomáriz, 1992).

A comienzos de los años setenta, Rubin⁴⁵ cuestiona los límites de la noción teórica de patriarcado y propone el concepto *género o sistema sexo/género* como la organización social de la reproducción de las convenciones sobre lo masculino y lo femenino. Señala que el modo sistemático de tratar el sexo/género en una sociedad puede ser igualitario, estratificado u opresivo y esto depende de las relaciones sociales que organizan el sistema. La incorporación del concepto género en la teoría feminista pone el acento en la dimensión relacional, en la idea de relaciones de poder, rescatando la perspectiva del sujeto, de la acción social y privilegiando el estudio de situaciones concretas, sin presuponer la subordinación y sin limitarla a las relaciones hombre-mujer.

⁴⁴ Szazs, I. 1998. Los hombres y la sexualidad: aportes desde la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México. In: Lerner, S. Varones, sexualidad y reproducción. El Colegio de México, México.

De Barbieri (1991), Gomáriz (1992), Scott (1996) y Lamas (1986) afirman que actualmente coexisten diversas orientaciones teóricas en los estudios contemporáneos sobre género que, sin ser contradictorias entre sí, difieren en cuanto al énfasis metodológico que privilegian. Es así que sugieren que por lo menos existen cuatro corrientes teóricas, a saber:

- ♦ La que sitúa a la división social del trabajo como núcleo motriz de las desigualdades genéricas, que encuentra sus raíces en el marxismo.
- ♦ La que privilegia los procesos de producción y reproducción de las identidades subjetivas.
- ♦ Una más que enfatiza el género como un sistema de poder, de ejercicio de dominaciones, resistencias, manipulaciones y negociaciones. Es en esta corriente donde la teoría feminista se ubica dentro de las ciencias sociales como una más de las teorías que buscan la integración epistemológica del conflicto, como forma de acercamiento a una realidad social en la que existen intereses diversos y relaciones de poder. Señala que el género se construye a través del parentesco, pero también mediante construcciones simbólicas, la economía y política. Se estudian las relaciones de género como relaciones significantes de poder, considerando tanto a los sujetos como a la organización social, buscando los significados que se producen en interacciones sociales concretas.
- ♦ La última denominada feminismo de la diferencia, desarrollado principalmente en Francia intenta rescatar la especificidad de lo femenino y afirmar sus ventajas.

⁴⁵ Rubin, G. 1986. El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo. In: Nueva Antropología, Vol. III, núm. 30, México. pp. 95-145

Algunas de las afirmaciones sobre el papel de los varones, que surgen de las visiones teóricas que sitúan la sexualidad y la procreación como componentes centrales de las construcciones genéricas, que rescata Szasz (1998) son: la sexualidad y el matrimonio que se fundamentan en la organización genérica. Los sistemas de parentesco constituyen la base organizativa en las sociedades previas a la formación de los Estados modernos. En ellas, la organización genérica tiene por objeto asegurar la reproducción biológica del grupo, mediante una rígida división de tareas por sexo, la heterosexualidad obligatoria y el control de la sexualidad femenina. Los hombres adquieren derechos sobre sus parientes mujeres, que ellas no tienen sobre los hombres ni sobre sí mismas.

Para poder responder a estos controles sociales, la identidad genérica del varón requiere ante todo de la represión de los rasgos considerados femeninos y de dirigir el deseo sexual hacia el otro sexo. A su vez, la identidad femenina responde al deseo de los otros, inhibiendo los deseos. La sexualidad, el parentesco y el matrimonio son interdependientes de los sistemas sociales, económicos y políticos, debiendo hacer en cada caso el análisis histórico de esas articulaciones. Estos planteamientos permiten afirmar que, aunque en las sociedades modernas las mujeres alcancen igual escolaridad, trabajo y participación política que los hombres, persiste la raíz de la desigualdad; en la sexualidad, se asigna el desear a los varones y el ser deseadas a las mujeres. El centro del conflicto de poder, donde se origina la subordinación-dominación es el control del poder atribuido socialmente al cuerpo femenino, la búsqueda histórica de control social sobre la capacidad reproductora y el manejo de la capacidad erótica de los cuerpos femenino y masculino, o sea, el control de la sexualidad (De Barbieri, 1991; Godelier, 1982; Lamas, 1995).

El comportamiento sexual activo frente a mujeres sexualmente pasivas, así como la atracción intensa y permanente hacia las mujeres, confirman la hombría. El varón debe apropiarse del cuerpo de la mujer y también de su deseo y actividad. La búsqueda sexual no es solamente una búsqueda de placer, sino un intento de colmar ansiedades, de aumentar la autoestima, de confirmar la masculinidad (Horowitz y Kaufman, 1989).

Los espacios de la reproducción, el acceso al cuerpo, la seducción y las identidades sexuales son contradictorios, inseguros y están en permanente tensión, por lo que el sistema género necesita ser estructurado y supone la cooperación y el desarrollo afectivo de las capacidades relacionales (De Barbieri, 1991; Lamas, 1995). La construcción social de la sexualidad reprime y suprime una amplia gama de placeres sexuales en la medida en que se interiorizan las divisiones básicas de esa sociedad: masculino *versus* femenino, activo *versus* pasivo, sujeto *versus* objeto, normal *versus* anormal, clases dominantes *versus* clases dominadas, humano *versus* naturaleza. La masculinidad-agresión y la feminidad-pasividad se superponen a la división natural de los sexos. Para ser hombre se debe dominar la naturaleza (la sexualidad), las mujeres son la pasividad. (Horowitz y Kaufman, 1989; Lamas, 1994)

1.4.2 El cuerpo como concepto o dimensión

Para Minello (1998) estas afirmaciones sobre el papel de los varones que surgen de las diferentes visiones feministas nos remiten a analizar también el cuerpo de varones y mujeres como concepto o dimensión de esa sexualidad, que en el sistema sexo/género no se encuentra explícito. Para este autor, un cuerpo unificado en el que se reconozca el fenómeno biológico y el ser, es un cuerpo construido históricamente bajo la influencia de fuerzas socioculturales externas y que mantenga su aspecto teórico, abstracto y la de un cuerpo empírico, concreto. El cuerpo es el lugar privilegiado de una vinculación

biológica y social, colectiva e individual, entre un guión estructural y la actuación personal, la causa y el sentido, la coacción y la libertad.

Por su parte Weeks (1998), plantea las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la relación entre el cuerpo –ese conglomerado de órganos, sentimientos, necesidades, impulsos, posibilidades y limitaciones- y nuestros comportamientos, identidades y deseos sexuales?. Las responde de la siguiente forma: la sexualidad involucra nuestras creencias, ideologías e imaginación, tanto como el cuerpo físico. Los cuerpos no tienen significados intrínsecos y la mejor forma de entender la sexualidad es concebirla como un “constructo histórico”, donde los cuerpos y las sexualidades han sido dotados de ricos e importantes significados en las culturas modernas.

Los cuerpos y los comportamientos sexuales han ocupado el centro de las preocupaciones occidentales desde hace mucho tiempo. Sin embargo, es hasta el siglo XIX cuando estas cuestiones se enfatizan mayormente en la religión y la filosofía moral. A finales de ese siglo, el tema produjo su propia disciplina, la sexología. Donde el “sexo” adquiere un significado más preciso: se refiere a las diferencias anatómicas entre hombres y mujeres, a cuerpos nítidamente diferenciados, a los que nos divide más que a lo que nos une.

Podemos apreciar en los dos últimos siglos la intervención de la medicina, la psicología, trabajo social y profesiones similares, todas opinan sobre las formas apropiadas en que han de regularse nuestras actividades corporales. Los significados que damos al cuerpo y la sexualidad están socialmente organizados, sustentados en una variedad de lenguas que tratan de decirnos qué es el sexo, qué debe ser y qué puede ser.

El trabajo de Foucault es central en la discusión reciente acerca del cuerpo y la sexualidad. Para Foucault la sexualidad es un “dispositivo histórico” desarrollado como

parte de una compleja red de regulaciones sociales que organizan y conforman (“vigilan”) los comportamientos y los cuerpos individuales. La sexualidad no puede actuar como resistencia al poder, al estar tan involucrada en las formas con que el poder opera en la sociedad moderna⁴⁶.

La historia de la sexualidad es para Foucault, una historia de nuestros discursos acerca de la sexualidad, a través de los cuales es construida como un saber que conforma las maneras en que pensamos y entendemos el cuerpo. La experiencia occidental de lo sexual no radica en la inhibición del discurso, por el contrario, incita constantemente a producir discursos sobre el sexo. Esta explosión discursiva forma parte de un creciente y complejo dispositivo de control sobre los individuos, no basado en la prohibición o en la negación, sino en la producción e imposición de una red de definiciones sobre las posibilidades del cuerpo (Weeks, 1998).

El dispositivo de sexualidad tiene como razón el proliferar, innovar, anexar, inventar, penetrar los cuerpos de manera cada vez más detallada y controlar las poblaciones de manera cada vez más global. (Foucault, 1979: 107). La sexualidad tiene un papel fundamental, pues el sexo es a un tiempo, acceso a la vida del cuerpo y a la vida de la especie, es decir, ofrece una forma de regular tanto los cuerpos individuales como los comportamientos poblacionales, como un todo. Es así que, en el siglo XIX se mostró un interés de los doctores, abogados y otros profesionales por fijar y clasificar los diferentes tipos y características sexuales, con el objeto de definir lo que sería considerado normal, a través de la definición de su sexo y su verdadera sexualidad, basada en la clara evidencia del cuerpo. Las características “verdaderas” de lo masculino y lo femenino

⁴⁶ Foucault, M. 1979. La historia de la sexualidad. Allen Lane, Londres, Inglaterra.

fueron asociadas con el fervor de definir lo “normal” y “anormal” en los discursos político, médico y judicial (Weeks, 1998).

Los términos de heterosexualidad y homosexualidad fueron utilizados en público por primera vez en 1869, como parte de una campaña incipiente con la finalidad de definir la homosexualidad como una forma distintiva de sexualidad, una variante benigna a los ojos de los reformadores y contraria a la poderosa “sexualidad normal”. Hasta ese momento, la actividad sexual entre las personas del mismo sexo biológico había sido tratada bajo la categoría –multiusos- de sodomía, aptitud presente en toda naturaleza pecaminosa. Es así que, la homosexualidad se convierte en una descripción médico-moral. La discusión entre estos dos términos a fines del siglo XIX indican un nuevo esfuerzo por redefinir la norma. Y una parte clave para esto fue la definición de las anormalidades. Ambos esfuerzos están enlazados de modo inextricable. (Weeks, 1998)

El intento por definir de manera más rigurosa las características del “perverso”, fue un importante elemento de la institucionalización de la heterosexualidad, en el curso del siglo XIX y XX. Weeks (1998) y Figueroa⁴⁷ la heterosexualidad ha sido como institución, un fenómeno históricamente cambiante. En el análisis documental que realizan estos autores, antes del siglo XIX la “homosexualidad” existía pero el “homosexual” no. Escritores como Karl Westphal, Karl Heinrich, Richard von Krafft-Ebing, Magnus Hirschfeld, Havelock Ellis, intentaron el reconocimiento de un tipo distinto de persona, cuya esencia sexual era significativamente distinta a la “heterosexual”, categoría también inventada en el mismo tiempo histórico. Esto constituyó un cambio notable en la definición pública y privada de la homosexualidad, a

⁴⁷ Figueroa, J. 1998. La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones. In: Lerner, S. Varones, sexualidad y reproducción. El Colegio de México, México.

la vez que propició el surgimiento a finales de la década de los sesenta y principios de los setenta del siglo XX, de una abierta y desafiante política gay y lésbica en las ciudades norteamericanas. Ambos momentos representan una transformación decisiva de lo que significa ser sexual y señala el surgimiento de nuevas identificaciones sexuales, los dos simbolizan rupturas cruciales en los significados atribuidos a la diferencia sexual.

La construcción de la categoría “homosexual” fue un intento por definir las leyes naturales que explicarían lo que era visto como patológico. Del mismo modo, los cambios legales que endurecieron las penas contra la homosexualidad marcaron un intento por regular y controlar la llamada perversidad sexual.

Para que surjan identidades distintivas, y para que se sitúen ellas mismas contra las normas heterosexuales de nuestra cultura, se requieren algo más que actividad sexual o incluso que el deseo sexual, esto es, la posibilidad de alguna clase de espacio social, de una red de apoyo que dé sentido a las necesidades individuales.

En la medida en que la sociedad civil de los países occidentales se ha vuelto más compleja, diferenciada y tolerante a las comunidades gay y lésbicas, éstas han podido vivir abiertamente. De manera creciente, la homosexualidad se ha ido respetando como una opción más. Simboliza la pluralidad de la vida social y la expansión de las elecciones ofrecidas por la sociedad al individuo. Decir “soy gay” o “soy lesbiana” es declarar una pertenencia y asumir una postura específica en relación con los códigos sexuales dominantes. Todo lo que ahora sabemos acerca de la sexualidad socava la idea de que existe un destino sexual predeterminado por la morfología del cuerpo. Debemos por tanto, encontrar la justificación de la identidad en otro lugar. (Weeks, 1998)

La identidad entre los sexualmente marginados no puede ser explicada como el efecto de una peculiar obsesión personal por el sexo. Es más adecuado considerarla como una fuerte resistencia a los principios organizativos de las actitudes sexuales tradicionales. Lo anterior nos conduce forzosamente a la esfera política. Las políticas feministas y gays son una identidad necesaria para combatir las relaciones de poder que inhiben la autonomía, las posibilidades de elegir la expresión del yo y el logro de la solidaridad humana.

El feminismo y los movimientos gays se han convertido en fuerzas sociales y en actores políticos de gran importancia, ilustrando los dramáticos cambios que han irrumpido, así como la nueva diversidad y complejidad de las relaciones sociales. Dentro de estos grupos han surgido varios puntos simbólicos clave, sujetos a conflictos y controversias tales como: el aborto, la pornografía, la educación sexual, la elección sexual y el SIDA.

Si bien es cierto que hay una creciente aceptación de la diversidad sexual y del pluralismo moral. El reto está lleno de dificultades, pues implica aceptar el riesgo de vivir en la incertidumbre. Los partidarios del pluralismo moral reconocen diferentes necesidades y deseos y también, la posibilidad de conflictos con todas las dificultades que esto puede acarrear. Pero también reconocen que el mundo está cambiando y que es imposible e indeseable, pretender establecer una forma única y “correcta” de comportamiento aplicable para todo el mundo. Tanto el feminismo como el movimiento gay han mostrado en relación con la epidemia del SIDA, una crisis social y cultural tanto médica como moral.

1.4.3 El Dispositivo

La tercera vertiente teórica para realizar una mirada sociológica de la sexualidad es el dispositivo. Para Foucault (1983) es un conjunto heterogéneo que implica discursos,

instituciones, disposiciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. El dispositivo es de naturaleza estratégica, es una manipulación de relaciones de fuerzas de una intervención racional y concertada. El dispositivo está siempre inscrito en un juego de poder, pero también ligado al saber, que nace allí pero que igualmente lo condicionan. El dispositivo es una estrategia de relaciones de fuerzas soportando unos tipos de saber y soportadas por ellos.

Foucault identifica cuatro conjuntos estratégicos que vinculan entre sí cierta variedad de prácticas sociales y técnicas de poder en Occidente, desde el siglo XVIII. Éstos forman mecanismos de poder y saber específicos, centrados en el sexo. Su dominio se despliega en torno a la sexualidad de la mujer, la sexualidad de los niños, el control de los comportamientos procreativos y el señalamiento de las perversiones sexuales como problemas de patología individual. En el curso del siglo XIX, tales estrategias produjeron 4 figuras a ser observadas y controladas: la mujer histérica, el niño masturbador, la pareja legal que usa anticonceptivos y el “perverso”, especialmente homosexual. Además, la sexualidad de las mujeres fue severamente regulada para garantizar “la pureza”. De la década de los setenta a los noventa en el siglo XIX, la prostitución, las enfermedades venéreas, la inmoralidad pública y el vicio privado estuvieron en el centro del debate. Se decretan las Leyes contra Enfermedades Contagiosas en Inglaterra en 1860 y se robustece el control sobre la homosexualidad masculina al ser aprobado el Decreto de Enmienda a la Ley contra el Crimen de 1885, que ilegaliza todas las formas de actividad homosexual tanto públicas como privadas entre hombres.

Para el siglo XX, en la década de los cuarenta, el interés se centra en el control natal. Hacia la década de los cincuenta, en plena guerra fría hubo una búsqueda de degenerados sexuales, especialmente los homosexuales. Para la década de los sesenta, un nuevo liberalismo (“tolerancia”) pareció abrirse paso entre el relajamiento de los viejos códigos sociales autoritarios. En la década de los ochenta se convierte la sexualidad en un asunto político de primer orden, emergiendo la nueva derecha contra el feminismo y la nueva militancia homosexual.

1.4.4 Reflexiones de las vertientes teóricas sobre la sexualidad

De las tres vertientes teóricas sobre la sexualidad, podemos observar que la clase, el género y la raza han sido mecanismos complejos que generan dominación y oposiciones, subordinación y resistencia a lo largo de la historia de forma diferenciada. En la historia de la humanidad existen diferentes patrones clasistas de la sexualidad. Un ejemplo de ello son las actitudes hacia el control natal. En muchas partes del Tercer Mundo, tener familias numerosas fue racionalmente económico e inapropiado en otras. Factores geográficos, religiosos, de ocupación y otros más juegan cierto papel en la conformación de los patrones de clase. La clase ha sido un factor clave, aunque no siempre decisivo en conformar preferencias de la actividad sexual.

Las diferencias de clase y estatus no pueden tener el mismo significado para mujeres que para hombres. El género es una división crucial. Los patrones de sexualidad femenina son, un producto histórico del poder de los hombres para definir lo necesario y lo deseable. La nueva percepción de la sexualidad femenina y la biología de la reproducción han sido fundamentales para el moderno discurso social y político, que enfatiza la diferencia y la división más que la similitud y la complementariedad.

A su vez, la raza ha influido en las ideologías sexuales, ejemplo de ello es que a fines del siglo XIX se mostraba a la gente negra o de color distinto al blanco como “el salvaje”, evolutivamente inferior al blanco. El común denominador fue la diferencia simbólica representada por el cuerpo de color distinto al blanco (Weeks, 1998). Como lo afirma Ruiz⁴⁸, en América después de la conquista española para acabar con las transgresiones al sexto y noveno mandamiento, los eclesiásticos emprendieron una campaña tenaz para institucionalizar el matrimonio monogámico e inculcar en sus feligreses la connotación “pecaminosa” de ciertas costumbres sexuales. Para esto último tuvieron que trastocar en forma profunda los valores indígenas. Los eclesiásticos se dedicaron desde el púlpito y el confesionario a satanizar prácticas como relaciones prematrimoniales o las que se mantenían durante el periodo de prueba matrimonial, la homosexualidad, la sodomía, la costumbre de casar a la viuda con su cuñado (levirato) o las uniones poligámicas, al mismo tiempo que exaltaban la idoneidad de sus propios valores. Prácticas como la poligamia o la homosexualidad, el placer carnal, el concepto cristiano de mal o pecado, lujuria, deleite carnal, seducción, adulterio, amancebamiento o masturbación tenían que diferenciarse lingüísticamente antes de poder combatirlos, en privado en el confesionario o en público desde el púlpito.

El examen de relaciones de poder tocantes a la clase, el género y la raza demuestran la complejidad de las fuerzas que conforman los comportamientos y las actitudes sexuales. Estas fuerzas abren el camino a su vez, al desarrollo de identidades sexuales diferenciadas. Para Minello (1998) si pensáramos en el enfoque sexo/género nos llevaría a considerar el ciclo de la vida y la articulación con otros mecanismos de subordinación.

⁴⁸ Ruiz, M. 1996. El cuerpo miradas etnológicas. In: Szasz I. y S. Lerner. Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. El Colegio de México, México.

Si recurrimos a una sociología del cuerpo podremos pensar a la vez en la formación de ese cuerpo, tanto individual como social; en cuanto a la inclusión del concepto de dispositivo nos permite ampliar la visión hacia las instituciones, el derecho y las reglamentaciones administrativas, la religión, la moral, el urbanismo, la arquitectura, los medios, etcétera.

Los enfoques metodológicos-técnicos para el conocimiento de los planos microsociológicos, tales como el estudio de casos, la observación y la observación participante, la entrevista, la historia de vida, la biografía, son instrumentos adecuados. Pero no los únicos. La construcción social de la sexualidad implica también las estructuras políticas, social, cultural, económica, jurídica, religiosa de la sociedad donde se desarrollan los sujetos de estudio, por ello deben utilizarse, instrumentos adecuados para el análisis macrosociológico, como las encuestas sociodemográficas y las de salud. La investigación sobre la sexualidad debe incursionar en los campos micro y macrosociológico.

1.4.5 Comportamiento sexual en México

En los últimos años, algunos de los estudios sociodemográficos y epidemiológicos que se realizan en México han profundizado en los significados de esos comportamientos sexuales. Ambos tipos de investigación sugieren que se trata de expresiones enraizadas en la cultura sexual de los mexicanos. Aunque no se tienen conocimientos para caracterizar claramente esa cultura sexual, consideran conveniente situarla en el contexto de diversas expresiones de la sexualidad en el mundo contemporáneo. En su introducción al libro *The Cultural Construction of Sexuality*, Caplan (1987) distingue al menos tres grandes matrices socioculturales en la construcción de diversas sexualidades en el mundo:

- ♦ Una corresponde a las sociedades occidentales, donde el deseo de procrear es bajo. Existe una amplia aceptación de prácticas sexuales no procreativas, no existe el culto a la virginidad y el género se encuentra separado del sexo biológico, vinculándose más con la identidad que con la procreación. En estas sociedades, existe una clara separación entre sexualidad y procreación.
- ♦ Otra que identifica como propia de las sociedades del África subsahariana. No existe una separación conceptual entre sexualidad y reproducción. Son sociedades en las que el deseo de procrear es muy alto, el sexo biológico define el género, no existe el culto a la virginidad como forma de control de la sexualidad femenina y las relaciones coitales se consideran heterosexuales como signo de fortaleza y salud, y las prácticas no procreativas como señales de debilidad.
- ♦ La tercera corresponde a las sociedades mediterráneas, latinas y orientales. En ellas el deseo de procreación se vincula con la procreación legítima y los niños son deseados como reforzadores de alianzas e intercambios. Existen estrictos controles sobre la sexualidad femenina y la génesis de la progenie, los cuales se ejercen a través del culto a la virginidad y los castigos al adulterio femenino. El rango, prestigio social y la polaridad "mujeres buenas"/"mujeres malas" cobran tanta importancia social como las divisiones sexo/género. En estas sociedades, el control de la reproducción femenina es inseparable del control de la sexualidad. América Latina y México se sitúan principalmente en esta última vertiente cultural en la construcción de sus sexualidades.

México se caracteriza por ser una sociedad heterogénea, con una estructura socioeconómica extremadamente desigual y gran diversidad cultural. Entre los

elementos unificadores que permean esta diversidad, destacan el uso de la lengua española como primera lengua para la mayor parte de sus habitantes, el mayoritario culto católico -muchas veces sincrético-, la influencia cultural de la Iglesia católica, las peculiares características del Estado mexicano y la importancia de las redes comunitarias y de parentesco en la sobrevivencia y la construcción de identidades. Se trata de una sociedad en proceso de cambio acelerado que se caracteriza por una intensa movilidad social y geográfica de la población.

En los últimos años, diversas encuestas y estudios en profundidad han intentado acercarse a la sexualidad de los mexicanos. Las encuestas sociodemográficas y de salud que han formulado preguntas sobre el comportamiento sexual, basadas en muestras probabilísticas, mayoritariamente de población joven y de población urbana. Las preguntas sobre sexualidad, fueron diseñadas principalmente para identificar comportamientos procreativos o de riesgo para la salud, en grupos de jóvenes urbanos y escolarizados o en varones urbanos (Conasida, 1994; Secretaría de Salud, 1988a; Secretaría de Salud, 1989; Secretaría de Salud, 1999b).

Los resultados obtenidos son los siguientes:

- ◆ La frecuencia con que los varones mexicanos reconocen tener o haber tenido relaciones coitales con otros hombres es bastante elevada. El uso de anticonceptivos y de condón en las relaciones sexuales es muy bajo. Los jóvenes obreros urbanos solteros declaran usar el condón en una proporción más alta que el total de los obreros varones urbanos entrevistados, especialmente cuando tienen una escolaridad elevada, pero aun entre ellos el uso es minoritario y raras veces es permanente.

- ◆ Las mujeres declaran que para ellas no existe separación aparente entre la vida sexual, la procreación y la unión.
- ◆ Los principales reguladores de la actividad sexual para los varones mexicanos no son las intenciones personales ni la información, sino los valores culturales, la simbolización del género, los discursos sociales sobre la masculinidad, las presiones de sus grupos de sustentación y apoyo, las experiencias socioeconómicas opresivas de dominación étnica, desigualdad de clase, pobreza, desempleo, migración y cuestionamiento del rol proveedor (Díaz, en prensa; Hirsch, 1990; Liendro, 1995; Bronfman y Minello, 1995).
- ◆ El control de la sexualidad no se ejerce principalmente en forma íntima, sino principalmente a través de la cultura -los tabúes, los silencios, la escisión entre el ser y lo corpóreo- la organización social y los controles comunitarios y familiares.
- ◆ La sexualidad no aparece únicamente como expresión del erotismo, sino como una de las principales formas de representación y reafirmación de la masculinidad. Por medio de la sexualidad, se expresa y se mide el poder masculino y se marcan sus límites (Liendro, 1995). La masculinidad de los hombres requiere de ser reafirmada y demostrada constantemente porque desde su nacimiento los varones están sometidos a un doble mensaje. Por una parte, aprenden que ser hombre es una gran ventaja, asociada con características socialmente valoradas como fuerza, protección, valor, asertividad y poder. Por otra parte, reciben el mensaje de que no se es hombre mientras no se prueba serlo. La cultura provee caminos específicos para probar la masculinidad. (Díaz, en prensa; Liendro, 1995; Bronfman y Minello, 1995; Liguori, 1995).

- ◆ Hay dos caminos de expresión de la sexualidad en los grupos de hombres mexicanos que se vinculan con la reafirmación de la masculinidad: la excesiva importancia atribuida a la erección y la penetración, como únicas formas valiosas de expresión sexual. Los genitales masculinos representan valor, orgullo, prepotencia, fuerza, bienestar, y se pueden concebir separados del cuerpo, cobrando vida propia (Liendro, 1995). Los jovencitos que aún no han experimentado su primer coito manifiestan temores sobre el tamaño de su pene y el logro de la erección, y ansiedad por lograr esa experiencia (Rodríguez et al.), 1995).
- ◆ Las caricias y expresiones eróticas sin penetración, por intensas que fueran, no eran consideradas relaciones sexuales por estos grupos de varones que estudiaron (Díaz, en prensa; Rodríguez et al. , 1995; Bronfman y Minello, 1995). Frecuentemente la penetración -vaginal o anal- es expresada como símbolo de dominación/subordinación (Bronfman y Minello, 1995; Liguori, 1995; Rodríguez et al., 1995).
- ◆ Existen otras dimensiones sexuales entre los hombres como los juegos eróticos entre varones y el albur. En los grupos de reunión de varones, en las calles del barrio, las cantinas, los campos de fútbol o las cuadrillas de trabajo, se da un permanente juego sexual y verbal, en el que los hombres se tocan las partes del cuerpo, bromean sobre el sexo o refieren proezas sexuales (Liguori, 1995; Liendro, 1995; Bronfman y Minello, 1995).
- ◆ Las implicaciones sobre actividad y pasividad y el papel de la penetración sexual -experimentada o simbólica- en la afirmación de la masculinidad conducen a una imagen escindida de lo femenino. La figura femenina aparece dividida en dos tipos

excluyentes, las mujeres decentes (tiernas, comprensivas, tranquilas, serias, que refrenan los impulsos masculinos) y las mujeres erotizadas (promiscuas, no confiables, que incitan al hombre, toman la iniciativa, expresan deseos e impulsos). Con las primeras no se puede tener una relación eróticamente significativa. Es posible tener relaciones sexuales con ellas y sentir amor si se trata de la novia o la esposa, en algunos grupos se limitan al coito vaginal en posición misionera, donde generalmente se excluye el deseo, la iniciativa y el disfrute por parte de la mujer. El segundo tipo de mujeres es incompatible con el matrimonio y la maternidad, no tiene valor como persona y no se establecen relaciones con ellas. Ocupan un lugar simbólico semejante al de los hombres con los que se tiene contacto erótico ocasional (Rodríguez et al.), 1995; Bronfman y Minello, 1995; Liguori, 1995; Castañeda et al, 1995).

- ◆ Las prácticas eróticas ocasionales de varones -que se consideran heterosexuales- con otros hombres, parecen estar bastante extendidas en el contexto mexicano (Liguori, 1995; Secretaría de Salud, 1988b).
- ◆ En contextos rurales, en ciudades pequeñas y en sectores populares, el estigma vinculado a la homosexualidad como falta de hombría se aplica únicamente a los hombres que son penetrados o a los que asumen una identidad afeminada. El varón que no es masculino, que no es hombre, es el femenino, el penetrado. No se le cuestiona su masculinidad al hombre mientras sea él quien penetra anal u oralmente, o mientras no reciba semen en la boca durante el sexo oral o mientras se involucre en la actividad por un pago (Liendro, 1995 ; Bronfman y Minello, 1995; Liguori, 1995; González y Liguori, 1992; Díaz, en prensa; Izazola et al., 1988; Carrier, 1989;

Prieur, 1994; Díaz, 1996). Al contrario, la actividad penetrativa real o simbólica con un hombre o con una mujer, siempre aparece como confirmadora de la masculinidad.

- ◆ Tanto las prácticas ocasionales con otros hombres como aquellas con mujeres "eróticas" y prostitutas son relatadas como mediadas por el alcohol, mantenidas en silencio respecto de la familia y sin que exista una relación de persona a persona con el objeto de la atracción. Lo que sucede al estar alcoholizado no cuenta para cuestionar la identidad de género, ni la lealtad a la familia, ni el control personal de lo que ocurre. Sin embargo, es precisamente en esos espacios de la sexualidad donde se vinculan con el placer y el erotismo. Son, al mismo tiempo, espacios de transgresión y de riesgo, prohibidos, vergonzosos y secretos, aunque atractivos y deseados (Prieur, 1994; Díaz, en prensa; Díaz, 1996; Liguori, 1995; Bronfman y Minello, 1995; Rodríguez et al., 1995; Castañeda et al., 1995).
- ◆ La creencia en un imperativo biológico masculino es una necesidad fisiológica de desahogo sexual y es lo que permite realizar estas prácticas en un contexto social de prohibición, represión y silencio sobre el deseo y el placer erótico. Es lo que permite escindir estas prácticas sexuales ocultas, furtivas y vergonzantes de la conciencia, el control personal y la responsabilidad familiar y social. Los estudios revisados sugieren que los varones mexicanos consideran que la excitación sexual está basada en fuertes impulsos biológicos dolorosamente intensos, que requieren inmediato alivio. (Díaz, en prensa; Liguori, 1995 ; Bronfman y Minello, 1995; Castañeda et al., 1995). Esta creencia en un imperativo biológico que se une a la valoración social de la invulnerabilidad y el abuso -ya la desvalorización de la debilidad y la pasividad- para brindar el soporte social a algunos tipos de conductas sexuales: la presencia de

violencia y abuso en la sexualidad masculina y la poliginia o infidelidad sexual en los varones. La idea de un imperativo fisiológico subyace también en una amplia gama de sexualidades extraconyugales presente en la vida de los varones estudiados. Cuando son jóvenes y no tienen acceso a una mujer "suya", cuando están ausentes del hogar por el trabajo y la migración, cuando han ingerido alcohol, cuando están excitados por un baile, una película o un jugueteo grupal, cuando se encuentran en espacios de hombres solos, los varones mexicanos entrevistados declaran que se involucran en diversas prácticas sexuales, con mujeres o con hombres, pagadas o no pagadas. Cuando esas actividades las realizan hombres casados e incluyen la penetración vaginal o anal, suelen considerarse como "infidelidad" (Bronfman y Minello, 1995; Díaz, en prensa; Diaz, 1996; Castañeda el, al., 1995; González y Liguori, 1992; Salgado, en prensa).

- ◆ El carácter reprimido de la sexualidad conyugal y la negación consciente del erotismo extramatrimonial, la importancia simbólica de la erección y la penetración en la afirmación de la identidad masculina, plantean serios retos a las posibilidades de participación de los varones en la regulación de la procreación y en la prevención de la salud.
- ◆ Existen varias complejidades teóricas y prácticas que se presentan al pensar en los varones en relación con los procesos reproductivos; más allá de concebirllos como personas que participan apoyando u obstaculizando el comportamiento de las mujeres con las cuales se reproducen. Hace falta desarrollar esquemas teóricos y propuestas metodológicas para poder analizar de una manera más clara su presencia en los procesos reproductivos y de salud (Figuerola, 1998).

1.4.6 Mujer y VIH/SIDA

Si bien es cierto que la cantidad de casos de infección con VIH entre mujeres es más bajo que el de varones, su incremento en los últimos diez años ha sido alarmante. Entre la población en general, la mujer es la que más rápido está siendo afectada por la infección del VIH y el número de casos entre este grupo se duplica cada 1 a 2 años⁴⁹.

Actualmente existe una tendencia a la heterosexualización del SIDA en países donde al inicio de la epidemia había un número mucho mayor de casos en hombres que en mujeres. En Francia, por ejemplo, el porcentaje de casos de SIDA en mujeres pasó del 12% al 20% en diez años. En ese mismo lapso en España subió del 7% al 19% y en Brasil del 1% al 25%.

Para el año de 1991, el aumento en la proporción de casos de SIDA creció más entre mujeres Afro-americanas e Hispanas y entre personas expuestas al VIH a través del contacto heterosexual⁵⁰. El SIDA ha afectado a la mujer afro-americana y latina en forma desproporcional. Los índices de SIDA en la mujer afroamericana y latina son de 17 y 6 veces mayor respectivamente a la de la mujer anglosajona. En 1997, el 60% de los casos femeninos de SIDA eran afroamericanas, 20% latinas y 19% anglosajonas⁵¹.

Se estima que las posibilidades de transmisión de hombre a mujer es ocho veces mayor que la de mujer a hombre ya que en 1997 el 38% de las mujeres estadounidenses que contrajeron el VIH fue vía contacto heterosexual, contrario al 8% en los hombres⁵².

Es por ello, que a principios de los noventa (1990's), la temática mujer y SIDA ha ido cobrando importancia entre los investigadores, médicos, funcionarios del sector salud así

⁴⁹ Ickovics J. y J. Rodin. 1992. Women and AIDS in the United States: epidemiology, natural history, and mediating mechanisms. Health Psychology. USA.

⁵⁰ CDC. 1991. Update: acquired immunodeficiency syndrome - United States, 1991. Morbidity and Mortality Weekly Report. pp. 41,463-468.

como de algunas OG y ONG de corte educativo, debido a la propagación acelerada de la epidemia en este grupo. Dado que la mujer es dadora de vida, ello tiene un impacto en el número de niños infectados por transmisión perinatal y en las consecuencias sociales que tendría la existencia de un número importante de mujeres enfermas, que dejarían niños huérfanos y hogares desprovistos de atención y muchas veces de sustento.

En México en 1986, había 30 casos en hombres por un caso en mujeres. Esta razón ha disminuido y ha dado como resultado que desde 1988 exista por cada 6 casos de SIDA en hombres uno en mujeres. Este aumento de casos en mujeres se explica por una mayor vulnerabilidad a la infección por VIH con respecto a los varones, determinada por factores biológicos, epidemiológicos y sociales. Uno de los indicadores que permiten entender las consecuencias del SIDA entre las mujeres mexicanas, es que esta enfermedad ocupó en 1997 el 11º lugar como causa de muerte en mujeres de entre 25 y 34 años, mientras que en 1988 se ubicaba entre las primeras 20 causas de muerte (INEGI, 1999). Debido al lapso de tiempo que transcurre desde la infección con VIH hasta el desarrollo del SIDA muchas de estas mujeres contrajeron el VIH antes de los 20 años⁵³.

Diversos estudios señalan que las mujeres tienen un mayor riesgo de contraer la infección por VIH que los hombres. Entre ellos se destaca el trabajo de Rico⁵⁴ y su equipo de investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública (1997), los cuales comentan que existen principalmente tres motivos por los cuales la epidemia del VIH/SIDA en mujeres está aumentando rápidamente:

⁵¹ CDC. 1998. HIV/AIDS Surveillance Report. pp. 9-10.

⁵² CDC. 1998. HIV/AIDS op. cit. pp. 9-10.

⁵³ CDC. 1997. Update-HIV/AIDS and women in the United States. Fact sheet prepared by the CDC. July.

1. *Las mujeres son biológicamente más vulnerables.* La cantidad de virus que contiene el semen es mayor que la de los fluidos vaginales; las mucosas vaginal y rectal son más frágiles que el epitelio del pene y en estas áreas el virus permanece viable durante más tiempo y es mayor la superficie de contacto, lo que aumenta las probabilidades de infección en las mujeres.
2. *Las mujeres son epidemiológicamente más vulnerables.* Una de las razones para esta afirmación es que las mujeres tienden a tener relaciones sexuales y a casarse con hombres mayores que ellas. Esto implica generalmente que ellos han tenido más parejas sexuales, por lo que existe una mayor probabilidad de que hayan contraído el virus del SIDA. Otra razón es que las mujeres son transfundidas con mayor frecuencia que los hombres, principalmente por razones obstétricas, y esto las hace más vulnerables a adquirir el VIH por vía sanguínea.
3. *Las mujeres son socialmente más vulnerables.* La vulnerabilidad social de la mujer no se limita a lo sexual, sino también a su condición de desventaja en los campos educativos, económico y social. Las normas sociales y las representaciones culturales establecen patrones de conducta diferentes para cada uno de los géneros, que se traducen en desventajas para las mujeres con respecto a los hombres en distintas esferas de la vida social. La desigualdad de oportunidades educativas y laborales de las mujeres, aunada a la persistencia de estos roles genéricos tradicionales, desemboca en la dependencia y falta de poder social de las mujeres, lo que en el contexto del VIH/SIDA tiene consecuencias graves. Además muchas mujeres no conocen las prácticas sexuales de sus compañeros fuera de los límites de

⁵⁴ Rico, B. et al. 1997. Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latinaa. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Pp. 15-16.

la propia relación de pareja, por lo que no tienen conciencia de estar en riesgo. Para aquellas que sí tienen alguna percepción de estar en riesgo es difícil negociar la adopción de medidas que las protejan de un eventual contagio. Es decir, las diferencias de género determinan la desigualdad y desventajas que hacen a la mujer más vulnerable a la infección por el VIH/SIDA.

Para las mujeres que viven en países en vías de desarrollo, esta situación es aún más precaria. Los niveles de analfabetismo son más altos en las mujeres que entre los hombres, el acceso a la educación frecuentemente es más limitado para las niñas que para los niños y las mujeres son consideradas de mayor vulnerabilidad ante las condiciones de pobreza en que viven. De igual forma, son ellas quienes tienen más probabilidad de sufrir abusos sexuales, así como quienes más frecuentemente tienen que recurrir al trabajo sexual. Los roles tradicionales de género promueven la idea de que para un hombre lo esperado y socialmente "aceptado" es tener varias parejas sexuales, mientras que para una mujer lo apropiado es tener relaciones sexuales con una sola persona.

Las mujeres que viven en la pobreza están siendo afectadas desproporcionadamente por el VIH, ya que para ellas existen otras prioridades: la lucha diaria por la supervivencia que puede restarle importancia a la infección del VIH, cuyo impacto se siente con los años⁵⁵. Diversos estudios sugieren que en el "empoderamiento y la autoestima" de las mujeres está la clave para que puedan protegerse de la infección por VIH. Una de las estrategias principales de los programas de prevención del VIH/SIDA es la promoción

⁵⁵ Kline A. 1992. Minority women and sexual choice in the age of AIDS. Social Science and Medicine. pp. 447-457.

desde el año de 1993 del uso del condón femenino "Reality"^{56, 57} que es una de las pocas herramientas que pueden mejorar la capacidad de las mujeres para protegerse de embarazos no planeados y de enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo el VIH. Diversos estudios han encontrado que la posibilidad de utilizar el condón femenino puede dar poder a las mujeres en sus negociaciones con los hombres sobre la forma y el contexto de sus relaciones sexuales. Ya que, el uso del condón masculino requiere -para que la mujer se proteja a sí misma contra la infección del VIH-, poseer la habilidad de comunicarse y negociar con su pareja sexual el uso de condones e incluso enfrentar la resistencia del hombre a usarlo, pues introduce el problema de la desconfianza y la infidelidad. El género, la cultura y el poder pueden ser las barreras que no permiten el sexo seguro con la pareja principal. Es por ello que, las estrategias de prevención del VIH deben ser dirigidas tanto a la mujer como al hombre, en parejas heterosexuales y tratar de descifrar cuales son las normas de género que imponen las reglas en cuanto a la toma de decisiones de tipo sexual⁵⁸.

Es necesario investigar mas sobre los riesgos que corre la mujer y sobre sus necesidades con respecto a la prevención. Esto incluye la investigación básica de formas de transmisión y de riesgo, tanto como evaluaciones para encontrar intervenciones innovadoras que sean específicamente diseñadas para la mujer. Para ello, es necesario incrementar los programas de prevención en la mujer. Las intervenciones adecuadas con énfasis en la sexualidad, la familia, la cultura, la recuperación del poder, la autoestima y la habilidad de negociar, así como las intervenciones localizadas en diferentes áreas de

⁵⁶ Kline A. 1992. op. cit. Pp. 34, 447-457.

⁵⁷ Aunque en México no es conocido y/o no está al alcance de la mayoría de las mujeres.

⁵⁸ Gomez, M. 1996. Gender, culture, and power: Barriers to HIV-prevention strategies for women. The Journal of Sex Research. Pp. 355-362.

la comunidad, son muy importantes, como lo es el tomar en cuenta las necesidades de la mujer en las estrategias de salud pública, aunque éstas no necesariamente estén dirigidas a la mujer. De hecho, se sabe que los programas dirigidos a los hombres tendrán sin duda un impacto benéfico en la mujer.

1.5 Factores de sostenibilidad en las acciones de prevención contra el VIH/SIDA

Especialistas en el tema de la prevención del VIH/SIDA reconocen que cualquier programa de capacitación sanitaria -cara a cara- requiere para ser sostenible de potenciar los siguientes factores:

1.5.1 Identificación de variables que pueden ser susceptibles de cambio a través de la educación

Existen numerosos estudios desarrollados en las ciencias sociales que explican la adopción de conductas vinculadas a la salud⁵⁹, mismos que sirven de insumos para las políticas de prevención del contagio por el VIH. Evidencian que además de las variables demográficas existen otras que inciden sobre el cuidado de la salud y, que deben tomarse en consideración en cualquier trabajo de intervención socioeducativa, así como aquellas que pueden ser susceptibles de cambio a través de la educación, tales como: necesidades básicas de aprendizaje (conocimientos, habilidades, actitudes, valores), creencias, percepción del riesgo, norma subjetiva, expectativas de controlar la conducta, grado de contacto con personas afectadas y gravedad percibida de la enfermedad.

Estos estudios podemos agruparlos en seis modelos de interpretación, donde cada uno potencia elementos para la interpretación de conductas vinculadas a la salud:

⁵⁹ Aubel, J. y K. Samba-Ndure. 1996. Reflexiones sobre la sostenibilidad de los proyectos de salud comunitaria. In: OMS. Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Volumen 17, número 1, 1996, Francia. Pp. 55-60.

- *Modelo de investigaciones tipo KABP* (siglas que provienen de las palabras knowledge, aptitudes, beliefs, practices), parten del supuesto de que entre más información tiene la gente sobre la enfermedad y sus formas de transmisión, se forma actitudes frente a ella y tiene una percepción del riesgo para contraer la enfermedad. Redunda en una mejor comprensión de las conductas de riesgo asumidas por una persona con respecto al contagio⁶⁰.
- *Modelo de creencias sobre la salud*⁶¹ reconoce que el conocimiento acerca de las formas de transmisión es una condición necesaria pero no suficiente de la conducta preventiva. Realza la percepción del riesgo como una de las variables que debe incluirse para la explicación de las conductas en relación con la salud. Este modelo propone que la disposición de una persona a adoptar una conducta preventiva en relación a la salud surge de la evaluación que ella haga del nivel de amenaza asociado con la enfermedad de que se trate.
- *Teoría de la Acción Razonada*: Fishbain y Ajzen⁶² parten del supuesto de que las creencias de las personas acerca de las expectativas de otros influyen sobre la conducta y que las actitudes y creencias, a pesar de que son precondiciones de la conducta de "sexo seguro", no son suficientes para prevenir dicha conducta. Menciona que hay que ir más allá, tomar en

⁶⁰ La percepción del riesgo es definida como la probabilidad de que un hecho negativo ocurra en un determinado periodo de tiempo, o resulte de un particular desafío, esto es, la visualización de la exposición de uno mismo a un posible hecho no deseado como es el caso de infectarse por el VIH.

⁶¹ Becker, M. 1974. The health belief model and personal health behavior. Health Educational Monographs No. 2. USA. pp. 324-508.

⁶² Fishbein M. And Ajzen I. 1975. Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading, M. A., Addison-Wesley, 1975.

cuenta *las normas subjetivas* internalizadas por el sujeto y motivarlo para actuar⁶³.

- *Teoría de la Autoeficacia*: Bandura⁶⁴ parte del supuesto que las acciones de las personas están no sólo influidas por sus creencias relativas a las consecuencias probables de un acto, sino también por sus expectativas de poder controlar la conducta implicada.
- *Teoría de la acción Planeada* Ajzen y Madden⁶⁵ agregan un elemento más, denominado "control percibido" a la teoría de la Acción Razonada, al plantear que para predecir la conducta con exactitud hay que tomar en cuenta en que medida ella está bajo control. El componente de control percibido hace referencia a los obstáculos para la ejecución de la conducta.
- *Modelos Extendidos* (Maticka-Tyndale⁶⁶ y Triandis⁶⁷). Maticka-Tyndale introduce una variable más para la predicción de la conducta preventiva del SIDA, la cual es "el grado de contacto" con personas afectadas por aquello que se intenta prevenir. Dicha variable aumenta la vulnerabilidad percibida, lo que a su vez se traduce en una mayor intención de las personas de adoptar prácticas de autocuidado. A su vez, Triandis

⁶³ La norma subjetiva es definida como la percepción de las personas acerca de la presión de otros para que uno realice una acción, ponderada por la motivación para complacer a esos otros. Fishbein, 1975.

⁶⁴ Bandura, A. 1989. Perceived Self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. En Mays, V.M., Albee, G. W. Aud Schenider S.F. (Eds.): Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches. Newbury Park: Sage.

⁶⁵ Ajzen I. and Madden T. 1986. Prediction of goal -directed behaviour: Attitudes, intentions and perceived behavioral control. Journal of Experimental Social Psychology, No. 22, pp. 453-474.

⁶⁶ Maticka-Tyndale E. 1991. Sexual scripts and AIDS prevention: Variations in adherence to safer-sex guidelines by heterosexual adolescents. Journal of Sex Research, No. 28. pp 45-66.

⁶⁷ Triandis, H. 1980. Values, attitudes and interpersonal behavior. En H. E. Howe y M.M. Page (Eds): Nebraska Symposium on motivation. Lincoln, Nebraska, University of Nebraska Press.

introduce dos elementos más, "la susceptibilidad percibida" (riesgo percibido) y la "gravedad percibida de la enfermedad" (miedo ante la enfermedad).

De lo anterior podemos comentar que es pertinente trabajar con modelos explicativos integrados como lo son los de Maticka-Tindale y Tryandis, ya que integran las variables que se han identificado más relacionadas con las conductas preventivas y que, provienen de los primeros cinco modelos descritos anteriormente.

1.5.2 Definición de grupos prioritarios de atención (core groups)

Debido al déficit de personal incorporado a la atención primaria de salud y de otros recursos educacionales sobre todo en el área rural, las acciones educativas de los promotores/as comunitarios/as en esta zona deberán definir cuál es o cuáles son los grupos con mayor riesgo a los que deben dirigirse principalmente los programas educativos.

Izazola⁶⁸ menciona que la identificación y selección de la población objetivo debe basarse tanto en aspectos epidemiológicos de acuerdo al riesgo incrementado (esto es, grupo de personas en las que se concentra la mayor parte, que tienen o comparten actitudes de riesgo para contraer infecciones sexualmente transmisibles), como por otros razonamientos, tales como mandatos institucionales, lo cual facilitará la intervención preventiva a nivel comunitario.

1.5.3 Identificación de los motivos sociales del grupo objetivo respecto de las futuras intervenciones comunitarias en materia de educación sanitaria

⁶⁸ Izazola L. 1997. Las campañas preventivas ¿Dirigidas a la población general o a grupos específicos?. En VI Congreso Nacional sobre SIDA. Del 29 al 31 de octubre de 1997, México.

Si bien es cierto que se descansa en una fe casi ciega, de que las acciones enmarcadas bajo los programas de educación comunitaria, son el vehículo perfecto para mejorar la calidad de vida de la gente, son incipientes los trabajos de investigación y evaluación de la práctica educativa, sobre logros, errores, facilitadores y obstaculizadores. Más aún, son menores los trabajos de investigación realizados sobre los motivos por los cuales una persona joven o adulta decide participar en un evento de educación comunitaria.

Pieck ⁶⁹ menciona que existen tres motivos sociales por los que la gente participa en los programas de educación comunitaria: valoración social, ruptura y económicos.

La valoración social. Los motivos expresados dentro de esta categoría reflejan fundamentalmente una preocupación por la superación personal, lo cual refleja la necesidad que tiene la gente de ser socialmente valorada, el "saber hacer algo".

La ruptura. Refleja motivaciones que se encuentran vinculadas con la intención de lograr mediante los eventos un medio de socialización, distracción y escape. La socialización se revela a través del deseo de estar junto con otra gente, mediante la necesidad de una compañía diferente a aquella que acostumbra en su vida cotidiana. Este espacio constituye en gran medida una ruptura con la atmósfera cotidiana, un espacio diferente al de su mundo doméstico, un diferente punto de reunión, un lugar donde se platica de cosas diferentes a aquellas que se acostumbran en el marco del hogar.

Económico. El factor económico constituye la razón más importante que empuja a la gente a inscribirse en los eventos de educación comunitaria. No es tan sólo un motivo o necesidad económica abstracta lo que mueve a la gente a inscribirse en un curso, sino que esta acción tiene diferentes significados para quienes participan. Tales como: a)

⁶⁹ Pieck, E. 1995. La importancia de la capacitación para el autoempleo en el medio rural. In: Revista Interamericana de Educación de Adultos. CREFAL, No. 1, Volumen 3, México. Pp. 9-29.

Doméstico.- lo que resulta importante aquí es que el aprendizaje puede generar un ahorro en los gastos del hogar, b) *Subsistencia.*- la particularidad de esta categoría deriva de la necesidad de satisfacer problemas económicos inmediatos, muy concretos y típicos de los medios marginales. c) *Vínculo con el mercado de trabajo.*- aquí los motivos están orientados hacia la posibilidad de que estos cursos provean a la gente de un vehículo con el mercado de trabajo o con actividades productivas específicas de autoempleo. d) *Aprendizaje.*- aquí los adultos reconocen la posibilidad de que los conocimientos y habilidades aprendidas puedan serle útiles en trabajos futuros.

Paralelamente a estos tres motivos sociales existen otros que no podemos soslayar y que están a la palestra de la sociedad civil organizada, motivaciones sociales de todo orden que llevan a la gente a participar, vivir y comprender los problemas, a hacer con el otro o los otros, a intervenir y modificar el contexto. De ahí que los programas con énfasis en: salud, ambiente, género, étnicos, tercera edad, derecho a la información y derechos humanos tendrían que pertenecer a otra categoría. Este tipo de motivaciones podría caber en una cuarta categoría: *la no violencia o de cambio social* que, aunque muy amplia, nos permitirá tener una visión global, la cual reflejaría el conjunto de motivaciones que se encuentran vinculadas con la intención de lograr a través de los eventos, elementos para tomar conciencia de la necesidad de rechazar y/o modificar y/o cambiar, un tipo particular de situaciones y relaciones sociales.

1.5.4 Sensibilizar no sólo a mujeres, sino también a los hombres

Para que participen en el control de las actividades de prevención. Lo anterior es importante, ya que este tipo de funciones tradicionalmente corresponde a las mujeres, por lo que no se han logrado cambios sustanciales en las conductas masculinas, ya que sin un trabajo previo de concienciación, las demandas, sugerencias o imposiciones de las

mujeres, son rechazadas por sus parejas, causando incluso conflictos, ya que el varón se siente juzgado o cuestionado, y ello propicia dificultades en la relación, por lo que las mujeres optan por no exigir, ni siquiera sugerir, el que su pareja utilice preservativo.

Es importante mencionar que en México la razón de masculinidad del VIH/SIDA es de 6 a 1 (CONASIDA, 1996), lo que significa que hay más casos de hombres detectados que mujeres. De lo que podemos concluir que si no hay transformaciones significativas en los hábitos preventivos de los varones, ningún programa tendrá éxito.

1.5.5 Percepción de beneficios y costos

Los miembros de la comunidad, por lo general, sólo apoyan y se involucran sistemáticamente en una intervención socioeducativa, si consideran que sus ventajas compensan con creces lo que cuesta su participación.

1.5.6 Participación de la población objetivo en la planeación comunitaria

Existen una serie de principios en los que descansa el trabajo comunitario, entre ellos se encuentra la participación, el autocontrol, la optimización de recursos, la continuidad y la confianza en sí mismos. Siendo la participación, el eje central que incide en los demás. Entendemos aquí por participación, que las personas involucradas en un proyecto específico incidan en la totalidad de los procesos que éste contiene. Autocontrol es el hecho de que el proyecto de educación comunitaria generalmente empieza con la iniciativa de unos agentes educativos fuera de la comunidad. La ejecución debe llevar rápidamente a una situación en que los propios miembros de la comunidad asuman el control de todos los procesos involucrados en los proyectos. Optimización de los recursos, es el desarrollo de la capacidad de los participantes del proyecto para optimizar el uso de los recursos existentes en la comunidad. Continuidad, es el hecho de que un proyecto de intervención se conciba como un proyecto continuo, en el cual el papel de la

propia comunidad es cada vez más importante y de mayor profundidad en la fijación de metas a corto, mediano y largo plazo. Confianza en sí mismos, es la capacidad que tienen los participantes en llevar un proyecto a buen término.

Es de vital importancia interesar al grupo población objetivo y/o grupo de animadores/as en la participación del diseño, desarrollo y evaluación de los programas educativos, para fomentar la responsabilidad comunitaria y el sentimiento de propiedad en dichas acciones.

1.5.7 Aportación de recursos por la comunidad

En cooperación con los miembros de la comunidad, los administradores de programas deben tratar de identificar estrategias apropiadas para que las comunidades aporten una proporción cada vez mayor de los recursos requeridos para sostener las actividades de salud.

1.5.8. Precisar lugares y fechas idóneas para la capacitación

La educación debe generarse en el lugar y hora más conveniente para los participantes. Para ello, conviene observar que el lugar de la reunión sea conocido y aceptable para todos, logrando una mayor cobertura del servicio.

1.5.9 Concurrencia de instituciones que operan en un mismo espacio geográfico

Se debe incrementar la concurrencia de instituciones en la comunidad, esto es, identificar y utilizar los recursos y funciones sociales existentes que desempeñan normalmente las instancias gubernamentales y no gubernamentales en la comunidad.

Los factores antes mencionados, nos obligan a identificar no sólo cuáles son factores que inciden en el aprendizaje de las personas jóvenes y adultas en los programas de prevención de ETS/VIH/SIDA, sino también preguntarse sobre los que inciden en el

trabajo de los y las promotoras de salud comunitaria. A continuación se mencionan los factores que inciden en la práctica de los y las promotoras comunitarios.

1.5.10 Identificación de animadores/as comunitarios/as

Identificar al interior de la familia cuál(es) miembro(s) son los más idóneos para capacitarlos como educadores/as, así como, al interior de la comunidad, cuáles son las personas con mayor reconocimiento comunitario (curanderos, parteras, maestros y/o líderes naturales, etc.) que pueden cumplir una función destacada como educadores/as en un programa de educación sanitaria. Siempre y cuando no se sobrecargue a los miembros de la comunidad con numerosas tareas nuevas y engorrosas, a fin de aprovechar la influencia que pueden ejercer en la salud comunitaria.

1.5.11 Motivación, adiestramiento y supervisión de los participantes comunitarios

La sostenibilidad de las intervenciones comunitarias de salud dependen en parte de que los y las participantes comunitarios/as tengan funciones claramente definidas, estén motivados/as para asumirlas y reciban una formación permanente con supervisión regular in situ.

1.5.12 La necesidad de que los promotores/as comunitarios/as cuenten con procesos de formación permanente

Para que puedan desarrollar, hacer uso de medios y ayudas pedagógicas, así como de utilizar métodos para generar aprendizajes significativos en los participantes.

“Dada la naturaleza de la epidemia del SIDA, la complejidad de sus aspectos biomédicos y psicosociales, el malestar y los prejuicios que evidentemente despierta en algunos agentes de los servicios de salud y los servicios sociales, es probable que se necesiten cada vez más programas de formación de profesionales, no sólo para vencer

los obstáculos con los que tropieza la prestación de asistencia y tratamiento apropiado sino también para aumentar el número de proveedores de cuidados".⁷⁰

Un proceso de formación permanente y confrontación de su práctica a la luz de otras prácticas educativas, permitirá a los/as promotores/as comunitarios/as superar métodos pedagógicos unidireccionales, lecciones teóricas y desarrollar métodos participativos de aprendizaje; reto actual de los promotores comunitarios. Dara S. Amar (Departamento de Salud Comunitaria, St. John's Medical College, Bangalore, India, 1992) comenta que "la simple presentación de hechos o respuestas deseadas no produce cambios duraderos en las actitudes que conducen a la mejora de las prácticas sanitarias" lo que se requiere es utilizar ejercicios de simulación y otras técnicas participativas para aumentar la eficacia de las prácticas de los promotores al servicio de la salud.⁷¹

1.5.13 La capacitación en técnicas participativas de animación

La más utilizada es la de Grupos Focales o también llamados monzones", "cadenas", o "percepciones", donde se genera un espacio educativo en el cual (ya sea a través de historias ficticias o reales y/o incompletas, presentación de videos, escenificación de situaciones o la utilización del lenguaje no verbal) el sujeto focaliza su atención tanto en pautas y valores de una cultura; en la identificación de claves visuales y auditivas utilizadas para enjuiciar personajes o situaciones; análisis de sus posturas, expresiones faciales y otros signos corporales; en la forma de interpretar y elaborar conclusiones; resaltando con ello los modelos de conducta de uno o más personajes; como elementos importantes para la comprensión del comportamiento de los adultos.

⁷⁰ Gwyneth L. 1991. Los programas contra el SIDA en un periodo de transición. In: Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Volumen 12, número 3, Francia. pp. 316-320.

⁷¹ Amar, D. 1992. Aprender participando. En Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Volumen 13, Número 4, Francia. Pp. 291-295

La técnica de grupos focales se utiliza para buscar datos cualitativos que permitan describir, comprender, explicar e interpretar un fenómeno social. Esta técnica proporciona información de cómo la gente siente, piensa y actúa, por lo que es importante caracterizar estos aspectos para luego buscar la explicación de como las personas conocen e interpretan su realidad ⁷².

Para indagar sobre las necesidades básicas de aprendizaje en torno a las ETS/VIH/SIDA, no sólo se puede confiar en una sola técnica, de ahí que el GRUPO FOCAL "es un debate de un grupo compuesto de 6 a 12 personas dirigidos por un facilitador, durante el cual los miembros del grupo conversan libremente y espontáneamente acerca de un determinado tema"⁷³, o como lo define Pineda, De Alvarado y De Canales⁷⁴ "es la entrevista aplicada a un grupo, donde interesa profundizar en aspectos cualitativos de un problema o los acontecimientos. Lo que se busca es focalizar sobre uno o algunos aspectos específicos de un tema particular. La dinámica es entre el grupo: cada miembro puede opinar, comentar, criticar, ampliar, cuestionar lo expresado por otras personas del grupo. Por lo anterior, el grupo no debe ser muy grande, que tengan alguna homogeneidad en términos de sus antecedentes y experiencias en lo referente al problema objeto de estudio. En general, las personas participantes dentro del grupo son seleccionadas con base a criterios establecidos por el investigador, con el fin de que estén representados los subgrupos de la comunidad de la cual proceden".

⁷²Varkevisser, C. et al. 1995. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Volumen 2 Parte 1. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá. Pág. 174.

⁷³Varkevisser, C. 1995. op. cit. p. 174.

⁷⁴ Pineda, E. et al. 1994. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 35. 2a. edición 1994, OPS-OMS. pág. 146.

1.5.14 Capacitación en el uso de materiales didácticos

Existe una gran variedad de materiales didácticos para la prevención del VIH/SIDA: manuales, revistas, videos, hasta los trípticos, códigos pictóricos, entre otros. Es importante resaltar los códigos pictóricos, éstos han sido utilizados para presentar problemas cotidianos que la gente siente con intensidad y desea analizar; estos códigos, adoptan diversas formas, por ejemplo: proverbios, pantomimas y canciones.

Un código pictórico es una ilustración con formato de cartel en la que se utilizan dibujos sencillos para contar una historieta y representar un problema de la vida real que preocupa a una comunidad o un grupo⁷⁵. En México se utilizan dichos códigos en la educación sobre SIDA con aceptación por la gente del área rural⁷⁶, con la finalidad de ayudar a la gente a fijar su atención en el tema, hacer una reflexión crítica sobre el mismo y buscar nuevas soluciones a través del debate.

1.5.15 Los contenidos de los programas deben ser comprensibles, aceptables y prácticos

"Las intervenciones comunitarias basadas en prácticas y valores establecidos se aceptan más fácilmente que las basadas en usos extraños, y su aceptación tiende a ser más sostenible".⁷⁷ Es importante resaltar que, es poco probable que las comunidades se preocupen por resolver problemas en torno a las enfermedades de transmisión sexual y perseveren en esa actitud a menos que conozcan bien su naturaleza y sus causas.

⁷⁵ Anderson, S. 1994. Respuestas comunitarias frente al SIDA. In: Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Organización Mundial de la Salud. Volumen 15, número 1, 1994, Francia. Pp. 37-41.

⁷⁶ Entrevista con Bill Wolf, miembro activo del Frente Común Contra el SIDA. Oaxaca, México, Febrero de 1998.

⁷⁷ Aubel, J. y K. Samba-Ndure. 1996. Reflexiones sobre la sostenibilidad de los proyectos de salud comunitaria. In: OMS. Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Volumen 17, número 1, Francia. pp. 55-60.

"Muchos de los programas para la prevención del SIDA y otras ETS se enfocan sólo en información biomédica: el virus que causa el SIDA, o su tratamiento. Se sabe bien ahora que este tipo de conocimientos no es suficiente para convencer a la gente joven a adoptar comportamientos sanos, positivos para prevenir VIH/SIDA/ETS. Ellos necesitan motivación para actuar y destrezas para poner el conocimiento en práctica. Un programa sobre VIH/SIDA/ETS debería ampliar conocimientos, desarrollar destrezas, promover una actitud positiva y responsable, y proveer motivación para formarse valores para ayudar."⁷⁸

1.5.16 Sistematización y evaluación de las acciones de intervención

Toda acción de prevención en salud debe ser evaluada para poder reorientar y/o mejorar la práctica educativa. La evaluación del proceso es "comparar en un momento determinado, lo que se ha alcanzado mediante una acción con lo que debería haberse alcanzado, de acuerdo a una programación previa"⁷⁹. Espinosa (1986) menciona que, esta definición tiene implícito la existencia de tres elementos: 1) una situación prevista (definida previamente mediante el proceso de programación), 2) una situación real en un momento determinado, la que se ha configurado por medio de unas acciones que se ejecutan y 3) un proceso de comparación entre ambas situaciones para llegar a determinar si son iguales o desiguales y conocer los factores que han influido en la igualdad o desigualdad. Podemos decir que la evaluación es un enjuiciamiento analítico entre lo planeado y lo realizado, teniendo como objetivos fundamentales el: 1) medir el grado de idoneidad, efectividad y de eficiencia de un proyecto y 2) facilitar el proceso de toma de decisiones.

⁷⁸ OMS/OPS/ UNICEF (1995) Educación en salud en las escuelas para prevenir el SIDA y las ETS. Manual para planificadores. Serie OMS sobre SIDA, No. 10, 1995.

La evaluación puede ser de diversos tipos: a) según el instante en que se aplica (formativa y final), 2) según la procedencia de los evaluadores (interna, externa y mixta), 3) según la naturaleza de lo que se evalúa (de necesidades, del diseño, del desempeño y del impacto).

Es importante mencionar, que la evaluación de cualquier proyecto debe recurrir a estos cuatro tipos de evaluación, lo que significa que debemos: a) realizar un diagnóstico o evaluación de necesidades, previamente a la formulación de cualquier proyecto, b) evaluar su diseño, una vez definido el proyecto, c) evaluar periódicamente su desempeño durante la ejecución del proyecto y d) medir su impacto en la población beneficiaria, una vez concluida la ejecución.

Es importante que todo proceso de evaluación, considere como elemento activo a la comunidad beneficiaria del proyecto. Por ello, actualmente se habla de una evaluación-participante, considerada como una técnica que permite la intervención de la comunidad organizada en el análisis cuantitativo y cualitativo de los logros y fracasos que se obtienen en la realización de una acción programada.

Es así que, en el proceso de evaluación, se hace necesaria la sistematización de la práctica educativa, entendida ésta como la reconstrucción, análisis, interpretación, conceptualización y explicación de la práctica educativa, con la finalidad de potenciarla y recrearla. Constituyéndose así, el proceso de sistematización como un espacio intencionado y permanente de análisis crítico grupal, en torno a los conocimientos teórico-prácticos, de, desde y para la educación.

⁷⁹ Espinosa, M. 1986. Evaluación de proyectos sociales. Humanitas, Argentina. Pp. 13-28.

CAPÍTULO II. POLÍTICAS PÚBLICAS EN TORNO A LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN POBLACIONES MIGRANTES

Existe un consenso en la comunidad científica de que los modelos educativos cara a cara, diseñados con base a las Necesidades Básicas de Aprendizaje de los sujetos NBA's (conocimientos, habilidades, actitudes y conocimientos), con una metodología de sensibilización-reflexión-acción favorece el cambio de comportamientos. Las políticas públicas instrumentadas desde 1985 a la fecha encaminadas a la prevención del VIH por Organizaciones Gubernamentales (OG) y Organizaciones No Gubernamentales (ONG), dimensionan sólo la información como uno de los factores más potenciado, sin embargo, a pesar de sostener que las intervenciones cara a cara son mejores estrategias para la prevención de la pandemia, éstas no están siendo instrumentadas como el problema social lo amerita.

Antes de entrar en materia de las políticas públicas instrumentadas contra el VIH/SIDA, es conveniente definir que entendemos por éstas.

Definiremos a las políticas públicas como todas aquellas acciones de múltiples agentes – que en función de sus propios intereses y con arreglo a sus propias concepciones de vida social- encaminadas a resolver problemas públicos.^{80, 81} Toda política pública *es un sistema de acción pública* que esta constituida por 3 elementos⁸²:

⁸⁰ Lagroye, J. 1994. Sociología Política. Edit. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, Argentina.

- ❑ Una distribución diversificada y variable de actores gubernamentales (OG) y no gubernamentales (ONG).
- ❑ Una red de acciones.
- ❑ La orientación de la acción hacia la provocación de cambios sociales.

Con base en lo anterior, analizamos *el sistema de acción* desde tres ángulos para la lucha contra el SIDA dirigido específicamente a poblaciones de migrantes: OG, ONG y los instrumentos jurídicos. Mismos que a continuación se describen:

2.1 Las acciones de los Organismos Gubernamentales (evaluación)

A partir de 1985, la Secretaría de Salud pone en marcha las primeras estrategias educativas sobre VIH, enfocadas a los grupos con prácticas sexuales denominadas de alto riesgo. Posteriormente, la campaña amplía su cobertura a la población en general, resaltando la posibilidad de cualquier individuo de contraer el VIH.

En 1988 en Inglaterra, en la Reunión de Ministros de Salud, surge la declaración: "Considerando la ausencia de una vacuna para el SIDA, el componente más importante de los programas nacionales para combatirlo, es la información, ya que su contagio puede prevenirse con una nación bien informada y con el comportamiento responsable de sus ciudadanos"⁸¹. Para fomentar la conciencia en la sociedad ante la magnitud del problema, se declara al primero de Diciembre como el Día Mundial del SIDA.

El 24 de agosto del mismo año, se formaliza en México, la constitución de un organismo para tales fines, el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de

⁸¹ González Madrid, M. 1999. ¿A qué llamamos políticas públicas?. In: Revista Iztapalapa de Ciencias Sociales y Humanidades, Año 19, Núm. 46, julio-diciembre, México.

⁸² Meny I. y J. Thoenig. 1992. Las políticas públicas. Edit. Ariel, Colección Ariel Ciencia Política. Barcelona.

⁸³ CONASIDA. 1988. El Día Nacional de información sobre el SIDA. Gaceta CONASIDA, México. pp. 11-15.

Inmunodeficiencia Adquirida (CONASIDA)⁸⁴. Dentro de sus objetivos destaca: el promover, apoyar y coordinar todas aquellas acciones emprendidas por los sectores público, social y privado, tendientes a combatir la epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, así como el dar impulso a las medidas que al efecto se establezcan.

El CONASIDA es un organismo de carácter autónomo y desconcentrado de la Secretaría de Salud, dentro de las acciones desarrolladas desde su creación destacan: formación de Consejos Estatales (COESIDAS), promoción y apoyo a investigaciones en relación al VIH, realización de amplias campañas de difusión e información en materia de prevención y tratamiento del SIDA a través de medios masivos de comunicación - impresos y audiovisuales-, destinados básicamente a contrarrestar los efectos negativos originados por los mitos en torno al virus.

Las estrategias informativas y educativas instrumentadas por CONASIDA, han sufrido una serie de cambios desde sus inicios a la fecha, que podemos clasificarlos en cuatro etapas diferenciadas. Pasan de campañas informativas para el público en general a campañas para poblaciones diferenciadas en contextos específicos heterosexuales no estigmatizadas, como son migrantes. Es importante señalar que, estos cambios intentan ser coherentes y congruentes con la evolución de la epidemia en nuestro país.⁸⁵

2.1.1 Primera etapa: 1987-1988

En febrero de 1986, el CONASIDA crea el primer modelo de comunicación, distribuye folletos con preguntas y respuestas sobre SIDA, dirigidos al público en general.

⁸⁴ Organismo que fue creado en 1986 como respuesta a la solicitud hecha por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a los países miembros, teniendo como objetivo, coordinar los esfuerzos en la lucha contra el SIDA.

Distribuye materiales destinados a hombres homosexuales y bisexuales. Posteriormente echa a andar una campaña de información que combinaba mensajes punitivos –la foto de un cadáver de cuyo pie pendía una tarjeta con la leyenda “Murió de SIDA”- con otros humorísticos –la distribución de cajas de cerillos con un condón y una leyenda que decía “yo no juego con fuego”-.

En abril de 1987, CONASIDA inicia una investigación en el Distrito Federal sobre conocimientos y actitudes del público en general. Los resultados evidenciaron que muchas personas habían oído del SIDA, pero predominaron las concepciones equivocadas. La campaña en los medios masivos se diseñó para enfrentar estas carencias, informando sobre los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas adecuadas, combatir los mitos prevalecientes, al tiempo que promovía la monogamia como la mejor estrategia preventiva y el uso de condones como una alternativa. El lema de la campaña fue: “Disfruta el amor. Hazlo con responsabilidad”. La campaña utilizó varios canales con el objeto de llegar al público en general, así como a las personas con comportamientos de alto riesgo, y fue complementada con mecanismos de comunicación interpersonal para aumentar su impacto. El “condón” era mencionado por primera vez en los medios masivos en nuestro país.

Para ese entonces, se consideraba que si se querían modificar comportamientos, el primer paso debía ser la entrega de información. Después de esta primera campaña se desarrollaron diferentes abordajes improvisados –alternados con largos periodos de silencio-, que reflejaban la falta de conocimiento que se tenía en esa época sobre: datos epidemiológicos, comportamiento sexual e impacto social de la epidemia.

⁸⁵ Instituto Nacional de Salud Pública. 1995. Revista Salud Pública de México. Noviembre-Diciembre, Vol. 37, No. 6, México. Pp. 654-660.

En abril de 1988 con la participación de la Asociación Nacional de Actores (ANDA) se impulsan diferentes campañas. Una actriz y cantante popular filmó un spot en el que una de sus canciones fue modificada para promover el uso de condones: con una actitud provocativa, y un paquete de condones en la mano, repetía el lema de la campaña anterior “Disfruta el amor. Hazlo con responsabilidad”. La nueva campaña se anunció a través de una conferencia de prensa y en ese día los periódicos publicaron una inserción de una plana con el siguiente encabezado “Preservativo o condón: el nombre es lo de menos, lo que importa es que puede salvar vidas”. La controversia fue intensa y aparecieron como respuesta más de 1,500 artículos en los periódicos a favor y en contra de la campaña; la televisión privada se negó a difundir la campaña y esta fue interrumpida definitivamente.

Después de este frustrado intento se eligió un camino caracterizado por mensajes más conciliatorios. Se siguió apelando a personalidades conocidas –un famoso jugador de fútbol que terminaba con un mensaje indefinido: “siga la información”. Este anuncio poco explícito para la audiencia no logró identificar cuál era el motivo del mensaje. Desde entonces todas las campañas de CONASIDA terminan presentando la identificación institucional, número telefónico de TELSIDA y la línea de información telefónica disponible en el Distrito Federal. Se considera actualmente que al hacer esto, se pone un énfasis en la importancia de la información. Debido al ambiente político en nuestro país en el año de 1988, comenzó el primer periodo de silencio en las campañas contra el SIDA.

2.1.2 Segunda etapa: 1989-1992

El año de 1989 marca un cambio en la filosofía de las campañas de CONASIDA. Se percibió la necesidad de consultar el sentir de la sociedad, para ello, se organiza en el

mes de mayo el primer foro de análisis y discusión, en el que, académicos, artistas, líderes de opinión, organizaciones de homosexuales, funcionarios públicos, grupos de derechos humanos, sexo servidoras, ministros religiosos y representantes políticos. La discusión se centró en temas como el papel del gobierno y de los medios, la educación sexual en las escuelas, la discriminación y los derechos humanos, entre otros. CONASIDA fue severamente criticado, tanto por liberales como por conservadores. Los primeros se centraban en la insuficiente información sobre el SIDA y los segundos sostenían que la promoción de los condones inducía a la promiscuidad sexual. Los pocos que aplaudieron las campañas fueron señalados como pro-gubernamentales. Tres recomendaciones emergieron del foro: a) el SIDA es un problema de salud pública y no un problema moral; b) la información debe de ser explícita; y, c) el rol activo que deben asumir las ONG.

El secretario de salud instruyó para que se tomara acción inmediata sobre estas recomendaciones y, lo que resultó fue una campaña “intermedia”, consistente en 18 mensajes difundidos por televisión. La primera parte de esta campaña presentó las nuevas tendencias epidemiológicas, haciendo énfasis en los grupos estigmatizados y utilizó como lema “¿No cree que debería informarse?”. La segunda parte se destina a reconocer y estimular el compromiso de la sociedad en la lucha contra el SIDA. Para ello, se usaron testimonios de líderes políticos, adolescentes, cero positivos, ejecutivos de empresas transnacionales, etc, y todos terminaban con el mensaje “Esto es lo que yo estoy haciendo, y tú...¿Qué estás haciendo?”.

Mientras esta campaña se llevaba a cabo, CONASIDA comenzó a preparar nuevos mensajes orientados hacia la prevención visualmente atractiva. El lugar seleccionado para lanzar esta nueva campaña fue el metro de la Ciudad de México. Para esta campaña

se eligió el juego de la lotería. Los personajes de la lotería se seleccionaron para presentar prácticas de riesgo y con refranes populares, humorísticos, se realizaron 21 carteles diferentes. Algunos de estos carteles respondían a preguntas básicas sobre la prevención del SIDA; otros estuvieron dirigidos a los grupos con prácticas de riesgo, todos enfatizaban que la información es la mejor arma contra el SIDA.

Al igual que la etapa anterior, se cayó nuevamente en el error de exagerar la importancia de la información. Una atención preferencial se les dio a las mujeres, subrayando el hecho de que entre ellas la epidemia avanzaba más rápidamente que en otros grupos y se les estimulaba exigir a sus compañeros el uso del condón. También se realizaron dos spots televisivos para completar la campaña y el lema que la presidió fue "El SIDA no es cuestión de suerte, si no de vida o muerte".

Esta campaña fue lanzada el primero de diciembre de 1989, día mundial del SIDA, y una semana después el coordinador general de CONASIDA fue acusado penalmente por la asociación PRO-VIDA, bajo los cargos de promover la promiscuidad y pervertir a menores, al presentar los condones como medida preventiva. Después de cuidadosos análisis de los cargos, el Procurador General de la República decidió que no había delito que perseguir. Diferentes segmentos de la sociedad apoyaron la campaña y grupos de intelectuales, artistas, ONG e instituciones académicas expresaron públicamente, en inserciones periodísticas su indignación por la intolerancia de pro-vida. Artículos, editoriales y caricaturas, apoyaron la necesidad de información clara y satirizaron las pretensiones de los "guardianes de la moral". Después de esta breve tempestad, vino uno de los periodos de los silencios más prolongados que se han registrado en la breve historia de las campañas contra el SIDA. Sólo tres spots se realizaron y transmitieron

con motivo del Día Mundial del SIDA, el 1º de diciembre de 1990, cuyo lema fue elegido por la Organización Mundial de la Salud, para ese día: “La mujer y el SIDA”.

La respuesta social al SIDA, fundamentalmente representada por las ONG y los grupos más conservadores jugó un papel importante, influyendo en la dirección de las campañas como en sus resultados finales. A finales de 1991, se lanzó una nueva campaña, desarrollada por un equipo especializado que trabajó junto con CONASIDA. Se trató, en este caso, de un spot televisivo en el que un niño de 11 años, con los ojos vendados pregunta a su padre -el cual estaba leyendo el periódico- : “Papá ¿Qué es el SIDA?” -el padre evidenciaba incomodidad, baja el periódico y él también tenía una venda en los ojos- trata de responder a su hijo, pero sin saber qué decir. El spot finaliza con la frase: “Quítate la venda de los ojos y quítasela a tus seres queridos”. Este mensaje no fue evaluado previamente y su impacto no fue medido. Algunas impresiones obtenidas de este spot mostraron que no fue bien recibido, sobre todo por presentar la imagen de un padre ignorante. Después de este spot, los sonidos del silencio volvieron a prevalecer.

2.1.3 Tercera etapa: 1992-1994

En 1992, CONASIDA organiza un seminario multidisciplinario en el que participan ONG, epidemiólogos, clínicos, psicólogos, educadores sanitarios y profesionales de la planificación familiar, el objetivo era contar con información sobre necesidades que estos profesionales hubieran detectado en las poblaciones para hacerles llegar mensajes por medios que consideraran apropiados.

En el seminario se reconoce que la mayoría de las personas en México tienen información básica sobre el SIDA y la manera de cómo prevenirlo, por ello los mensajes no deben repetir lo que la gente ya sabe. Habrían que proporcionar nueva información, sensibilizar o generar preocupación debido a que la mayoría de las personas no se

sienten en riesgo. Las campañas deben de incrementar la percepción de riesgo en el conjunto de la población. Persiste una actitud estigmatizante y discriminatoria frente a los que viven con VIH SIDA. Los anuncios deben abordar este problema, con el objeto de incrementar la solidaridad y evitar violaciones a los derechos humanos. A pesar de esto, las campañas en medios masivos no logran modificar el comportamiento, por lo tanto, éstas deben ser reforzadas con intervenciones cara a cara.

Tomando en cuenta estas opiniones y sugerencias, derivadas del seminario, así como las experiencias de otros países, se desarrolló el Plan de Medios para ponerse en marcha entre 1992 y 1994.⁸⁶ El insumo central para este Plan, fue el análisis de las campañas instrumentadas por CONASIDA con el objeto de evaluar lo que se había hecho y lo que faltaba por hacer. La principal característica de este plan fue que combinó campañas en medios masivos para la población general, con mensajes específicamente diseñado para poblaciones diferenciadas, y con estrategias cara a cara; es decir, se incluían intervenciones específicas dirigidas a grupos específicos.

El Plan incluyó intervenciones cara a cara, a través de materiales educativos y de intervenciones que se realizaron en escuelas, lugares de trabajo, bares, etc. Los anuncios buscaron crear un clima apropiado para hacer que estas intervenciones fueran aceptadas e incluso solicitadas. Uno de los principales objetivos del Plan fue asegurar que la población no olvidará el problema del SIDA, por lo que buscó una presencia permanente en los medios.

El Plan concebía que el uso de mensajes demasiado explícitos, podrían ser contraproducentes.

⁸⁶ CONASIDA (1992) Plan de Medios 1992-1994, CONASIDA. Documento de circulación interna.

Algunos sectores conservadores de la sociedad habían reaccionado con violencia frente a la promoción del uso del condón y probablemente lo volverían a hacer. Existía el convencimiento de que debido a la baja percepción de riesgo, carecía de sentido promover una medida controvertida, cuando la mayoría de la población está convencida de que no puede afectarle. Adicionalmente los condones podían promoverse por quien los vende y los principales productores comenzaron el trabajo.

2.1.4 Cuarta etapa. Intervenciones específicas: el caso de los migrantes. 1995-2001

En 1994, la epidemia nacional del VIH SIDA, muestra una tendencia hacia la ruralización de acuerdo a las cifras proporcionadas por la Secretaría de Salud. Se registran en 1990 224 casos en áreas rurales (trabajadores agropecuarios provenientes principalmente de estados con tradición migratoria), y para mediados de 1994, el número se incrementó a 726 casos, lo que representa un aumento de un 324% para este grupo.⁸⁷ Como respuesta a esta tendencia, CONASIDA elabora para poblaciones con una cultura migratoria arraigada hacia los Estados Unidos dos tipos de material didáctico: una revista de historieta “Más vale prevenir...” y un video “La vida sigue”.

La historieta “*Más vale prevenir...*” trata sobre la vida de dos migrantes recurrentes internacionales: *Santiago García* y *Luis Trejo*, que después de haber permanecido por una temporada en los Estados Unidos, regresan a su pueblo *EL Porvenir* para pasar las fiestas navideñas al lado de sus respectivas familias. La historia se inicia con el diálogo en torno a la falta de empleo y la baja remuneración como el principal motivo de migrar. La expectativa de laborar largas jornadas que generen mayores ingresos, se traduce en ahorros y remesas enviados a la familia principalmente para la adquisición y/o mejoramiento de la vivienda y educación para los hijos. Manifiestan –al interior del seno

familiar- el duelo psicológico que tienen que sufrir por la separación de la familia y el uso del correo y/o teléfono como formas de contacto.

Posteriormente, por lo que se refiere al medio ambiente externo laboral americano, la situación que se desprende de los recuadros de la historieta es que al término de las jornadas de trabajo, los migrantes usan y abusan del alcohol como medio de distracción. En un clima frágil donde se suscitan situaciones como sostener relaciones sexuales ocasionales sin protección como alivio a la soledad.

Con la finalidad de sensibilizar a la población migrante y disminuir los contactos sexuales sin protección, la historieta maneja las siguientes situaciones educativas: conocimientos generales del SIDA, formas de transmisión (sexual, sanguínea y perinatal); afección al sistema inmunológico; fidelidad y el condón como métodos de protección; pasos necesarios para identificar la caducidad y el estado óptimo del condón, formas de uso y desecho; promoción del sexo protegido y sexo seguro; negociación con la pareja para el uso del preservativo; la no existencia de elementos inmunopreventivos (vacunas), ni tratamiento efectivo para la cura del SIDA en los próximos años; mitos y estigmas de las personas con VIH/SIDA; y, finalmente las funciones preventivas de las clínicas de salud en materia de ETS/VIH/SIDA.

El vídeo *"La vida sigue"*, a cargo de la dirección de María del Carmen Lara, "fue estrenado el día 27 de octubre de 1995 y transmitido por distintos canales de televisión nacional el 1º de diciembre de 1995"⁸⁸. Este vídeo muestra el drama en que viven nuestros campesinos en la frontera norte, al intentar cruzarla. Muestra asimismo el ambiente sórdido de diversión nocturna que muchas veces, por primera vez, está a su

⁸⁷ MUSS A.C. 1994. Boletín Primera época, no. 2, noviembre, Michoacán, México. p.2

⁸⁸ CONASIDA. 1995. Informe de labores. Enero-Diciembre, México. p.17

alcance. La historia se particulariza en el regreso de uno de esos migrantes a la pequeña comunidad donde lo espera la esposa y sus hijos, retorno que desafortunadamente está acompañado por la infección del VIH y la transmisión a su compañera. Cuando el hombre muere, la mujer se ve sola con sus hijos, atendiendo una pequeña tienda, en la que las ventas se desploman por la resistencia del pueblo a asistir a un lugar donde hubo un muerto por SIDA. El examen indica que la esposa tiene el virus y aunque la doctora le explica qué significa tener el VIH, no puede explicarle por qué si su marido conocía el padecimiento, no la protegió y ni siquiera le informó lo que sucedía; de esta manera la viuda se enfrenta a un futuro incierto, en lo único seguro parece ser la soledad. Sin embargo un campesino se interesa por ella, insistiendo a pesar de los rechazos de Chabelita, que no acepta ir a una fiesta con él, por la estigmatización que hace la gente hacia ella, por ser portadora del VIH.

Con la finalidad de redoblar acciones con las poblaciones de migrantes hacia los Estados Unidos, CONASIDA en 1995 firma un convenio de colaboración con el Programa de Atención a las Comunidades Mexicanas en el Extranjero, impulsado por la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE)⁸⁹. La finalidad es instrumentar proyectos encaminados a la prevención del VIH/SIDA a través de los consulados y centros culturales ubicados en diversas ciudades de Estados Unidos. Destacan las actividades de difusión y distribución de materiales gráficos y audiovisuales así como la concertación de cadenas norteamericanas de TV para la transmisión de la telenovela "Si fuéramos ángeles", dirigida específicamente a migrantes mexicanos con mensajes alusivos sobre los portadores de VIH, la atención médica en México y repatriación de los indocumentados.

⁸⁹ CONASIDA. 1995. *Idem*, pp. 16-17.

La investigación sobre hábitos sexuales de migrantes, coordinada por Bronfman y Minello (1995) nos muestra hallazgos importantes tales como:

- Un nivel aceptable de información y conocimientos de VIH SIDA entre los migrantes.
- La televisión es la fuente de información más importante y creíble para los entrevistados.
- Durante su estancia en los Estados Unidos, algunos de los migrantes se involucran en prácticas sexuales con otros hombres y adquieren nuevos hábitos como el sexo oral y anal.
- La adopción de estas prácticas está asociada a las carencias afectivas, así como a la posición social marginal de los migrantes.
- Cuando los migrantes temporales regresan a sus lugares de origen, mantienen algunas de las prácticas de riesgo (sexo oral y anal no protegido) y abandonan otras como el sexo con otros hombres.

En función de estos hallazgos la telenovela “Si fuéramos ángeles” hizo hincapié en los siguientes elementos:

- Las consecuencias de entrar en contacto con una sociedad de mayor apertura en relación con la sexualidad y con su ejercicio. Esto fue personalizado en una migrante que tiene relaciones afectivas con diferentes compañeros, pero que no se une a ninguno de ellos. Se presenta un migrante homosexual que abiertamente expresa su preferencia y que evidencia una tendencia a la promiscuidad.
- La relación entre la soledad derivada de la distancia física con la familia y la urgencia de satisfacer las carencias afectivas a través de las relaciones sexuales.

- La falta de medidas preventivas para evitar las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección por VIH SIDA, a pesar del acceso a la información.
- El hecho de que los migrantes abandonan algunas de las prácticas sexuales que adquirieron en el extranjero, los riesgos y consecuencias derivadas de su falta de cuidado.

Esta telenovela fue transmitida en más de 40 ciudades de los Estados Unidos a las que llegan los migrantes, así como en más de 40 ciudades de México en zonas de alta emigración. La audiencia estimada en las zonas de destinos superó los 6.5 millones de televidentes de una audiencia potencial de 22 millones. La evaluación del efecto se realizó monitoreando la línea telefónica en español sobre SIDA de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC)⁹⁰ de los Estados Unidos de América y a través de los Consulados mexicanos en dicho país.

Los resultados fueron positivos. La mayoría de las llamadas fueron para felicitar al programa y comentar que gracias a él se habían dado cuenta de que estaban en riesgo, habían reflexionado sobre su actitud hacia un familiar ya enfermo de SIDA; o habían asimilado información sobre la enfermedad que aunque ya hubieran estado en contacto con ella, no habían logrado comprenderla cabalmente. Estos resultados sugieren que la estrategia fue bien recibida, pues transmite mensajes educativos culturalmente adaptados a la realidad de la población objetiva.

Otra estrategia fue la campaña denominada "PONTE TRUCHA", por medio de la cual se invita a todos los mexicanos que radican en EEUU, a que se practiquen la prueba de

⁹⁰ Documento enviado por el Director Asociado para el VIH SIDA del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los CDC's en Atlanta, al Dr. Carlos del Río, con fecha 1º de Febrero de 1996.

detección, con la finalidad de tomar conciencia de su situación y de este modo evitar el contagio a sus familiares. La campaña contempló la producción de spots comerciales para radio y TV, conducidos por grupos musicales con arraigo en la población migrante, como es el caso de "Los Temerarios". Estas acciones se realizaron de manera conjunta con las ONG que trabajan en el país vecino.

En Michoacán se funda en 1988, el Consejo Estatal de Prevención y Control del SIDA (COESIDA). Este organismo proporciona información a través de folletos y trípticos, practica exámenes de detección del VIH/SIDA a las personas que lo soliciten y a personas consideradas de alto riesgo en bares y centros nocturnos, realizan campañas de sensibilización dirigida al personal médico de las instituciones públicas y privadas para la atención adecuada de portadores de VIH/SIDA. Se desconoce que el COESIDA dirija un proyecto específico de intervención socioeducativa para poblaciones migrantes. Cuenta con un panorama Epidemiológico de Casos de SIDA con antecedentes migratorios a los EEUU.

2.1.5 Evaluación de las acciones del CONASIDA

Para evaluar las campañas de CONASIDA, es necesario tomar en cuenta dos factores que intervienen en la eficacia de sus acciones: aquellos que las potencian y los que las minimizan. De los factores que potencian sus acciones encontramos:

- Elaboración de materiales con contenidos específicos para población migrante.
- Si bien es cierto que las campañas en los medios masivos de información, no logran modificar conductas, son esenciales para mantener presente el problema en la población general y para crear un clima que haga aceptable otro tipo de intervenciones más puntuales y específicas.

- La estrategia telefónica TELSIDA presenta varias ventajas: su bajo costo de operación; garantiza al usuario una mayor confidencialidad de anonimato y aumenta la confiabilidad de sus preguntas; proporciona una medida inmediata de respuesta a campañas y su impacto; permite comparar el tipo de inquietudes que se plantean antes y después de una campaña.

Y los factores que minimizan sus acciones son los siguientes:

- El conocimiento que se deriva de la información no es suficiente para modificar comportamientos de riesgo.
- Las limitaciones presupuestales son un obstáculo para evaluar el impacto de sus intervenciones. Por ello, se ha elegido como alternativa la utilización del TELSIDA como una herramienta de evaluación. En cada llamada, después de responder las preguntas y preocupaciones, se solicita a los usuarios que contesten un conjunto de preguntas destinadas a evaluar la campaña en cuestión. Cabe señalar que en este tipo de metodología utilizada se observan varios sesgos, entre los que se encuentran:
 - Los sujetos que llaman al TELSIDA no son una muestra representativa de la población en general, están sobre-representados por los sujetos que tienen especial interés por el problema.
 - La mayoría de las llamadas provienen del Área Metropolitana de la Ciudad de México.
- El organismo ha estado sometido a una fuerte censura, ejercida principalmente desde los altos niveles de mando del gobierno y desde la cúpula de los medios masivos. Lo cual influye en los cambios de campañas que son menos directas, francas y abiertas que las iniciales.

- El uso de cadáveres, pacientes terminales u otros eventos dramáticos en las campañas demuestran que son contraproducentes.
- En los resultados obtenidos por el CONASIDA de las diferentes muestras poblacionales -independientemente del perfil sociodemográfico de los sujetos estudiados-, existe la sensación de que la gente no dispone de la información suficiente, a pesar de que los resultados señalan lo contrario.

La población exige más “*información*” a través de las campañas masivas. Situación que el organismo traduce literalmente, sin tomar en cuenta los adelantos mundiales en el campo disciplinario de la educación, esto es, se soslaya que para modificar el comportamiento se necesita partir de las necesidades básicas de aprendizaje (NBA’s) de los sujetos (conocimientos, habilidades, actitudes y valores), y se potencia solamente una de las dimensiones de las NBA’s: el conocimiento. La información equivale a una vacuna. Sólo entonces, cuando se sientan saturados de información, adoptarían medidas preventivas.

2.2 Acciones de organismos no gubernamentales (evaluación)

El incremento de los casos por VIH/SIDA en la sociedad ha rebasado las acciones gubernamentales, impulsando con ello, la creación de ONG, con una visión más amplia sobre la problemática del virus. Las cuales emprenden acciones focalizadas en los derechos humanos de los portadores del virus, grupos de ayuda mutua, apoyo a la mujer, creación de albergues, orientación y atención médica, terapias grupales a enfermos y familiares, así como el desarrollo de programas de información y prevención al público en general.

En el mes de marzo de 1991, en Puebla; se realiza el Primer Encuentro Nacional de ONG con trabajo en VIH/SIDA, participaron 39 asociaciones de 14 estados de la

República. Los aspectos más relevantes destacan los derechos humanos, uso de los medios audiovisuales en campañas de información, papel de la mujer ante el síndrome, flujos migratorios y su correlación con el contagio del virus y el intercambio de experiencias, entre otros. Derivándose enlaces entre las organizaciones, intercambio de información y articulación de los trabajos a nivel nacional e internacional. cabe señalar que no existe información sobre ONG en el país que operen proyectos específicos para grupos de migrantes:

En el estado de Michoacán existen tres organismos no gubernamentales:

1. Ayuda Voluntaria Educativa, A.C. "Ave de Uruapan", ubicada en la ciudad del mismo nombre. Fundada en 1989 y constituida por profesionales de diversas áreas del conocimiento y voluntarios altruistas. El área de atención son los municipios que conforman la Zona Escolar Uruapan. Entre sus objetivos se encuentran: formar grupos autogestivos, elaborar material para la educación preventiva e investigar sobre sexualidad y SIDA, promover la adopción del sexo seguro, brindar asesoría y servicio a personas con VIHISIDA e informar y educar al público en general sobre el SIDA y cómo prevenirlo. A través de cursos de capacitación, conferencias, audiovisuales, obras de teatro, talleres informativos, asistencia previa y post a la prueba de detección de anticuerpos de VIH, terapia psicológica individual y en grupo.
2. Comisión Local de Derechos Humanos, que opera en la ciudad de Álvaro Obregón.
3. Michoacanos por la Salud y Contra El Sida, Asociación Civil "MUSS A.C." con sede en Morelia.

Cabe mencionar que MUSS A.C. y Ave de Uruapan pertenecen a la Red "Sur- Activo contra el SIDA" que agrupa a 25 organizaciones no gubernamentales de 10 estados: Michoacán (2), Puebla (1), Veracruz (4), Guerrero (2), Oaxaca (4), Tabasco (3), Chiapas (4), Campeche (1), Quintana Roo (3) y Yucatán (1) (véase mapa anexo).

De las tres organizaciones mencionadas, sólo el MUSS A.C. tiene propuestas dirigidas a población migrante. El Muss, A.C. "es un organismo (...) cuya función está orientada a realizar acciones que, en forma directa y real, permitan a los michoacanos estar prevenidos contra la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el SIDA"⁹¹. Sus objetivos son:

- ❑ Conservar la salud y promover la educación sexual en el estado de Michoacán, prevenir contagios por VIH/SIDA por cualesquiera de las vías conocidas (sexual, sanguínea y perinatal).
- ❑ Proporcionar información suficiente, oportuna y adecuada y difundir las medidas pertinentes a ello; tendrán particular importancia los migrantes a los Estados Unidos de Norteamérica y sus parejas dado que la mayoría de casos de VIH/SIDA tienen antecedentes de haberse infectado en aquel país.
- ❑ Brindar atención a mujeres gestantes, por la posibilidad de ser receptores de transfusiones sanguíneas, atención a sus hijos recién nacidos, los cuales pueden resultar infectados por vía perinatal y a los adolescentes por el inicio temprano de su sexualidad, con nula información, abarcando también, ocupaciones, artes u oficios que puedan estar expuestos al VIH.

⁹¹ MUSS, A.C. 1995. Viviendo con el SIDA. Michoacán, México.

MUSS, A.C. cuenta con tres líneas de acción: 1) atención médica y psicológica a portadores del VIH/SIDA y sus familiares, 2) formación de promotores y 3) elaboración de materiales didácticos impresos y audiovisuales dirigidos a jóvenes, mujeres y público en general de las áreas urbanas y rurales.⁹²

El programa de formación de promotores, tiene como finalidad brindar información básica sobre los mecanismos de transmisión, medidas preventivas, elaboración de materiales impresos y audiovisuales y la capacitación a jóvenes del medio rural que deseen difundir la información obtenida. El trabajo es desarrollado en coordinación con la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

Dentro del programa de materiales didácticos destaca la distribución gratuita de la historieta "*Viviendo con el SIDA*" en comunidades rurales de 25 municipios del estado de Michoacán, dirigida principalmente a jóvenes adolescentes y personas que por diversos motivos salen de su lugar de origen, en busca de mejores alternativas de vida hacia los Estados Unidos de Norteamérica. Los contenidos temáticos que maneja la revista son: el VIH/SIDA y formas de transmisión, uso del condón y mitos asociados, ambientes sociales de riesgo y/o conductas riesgosas (alcoholismo, drogadicción y prostitución), percepción del riesgo, prueba de anticuerpos al VIH, acciones de prevención realizadas por las casas de salud y derechos de las personas que viven con el VIH o han desarrollado SIDA.

La estructura física de la historieta se divide en cuatro partes, a saber:

1. En la hoja "Segunda de Forros" se presentan los objetivos de "MUSS, A.C." y las organizaciones que brindan información sobre VIH/SIDA en el estado de Michoacán.

⁹² MUSS A.C. 1995. idem.

2. De la página uno a la catorce, se presenta la historia de un migrante internacional llamado "Pepe" que desconoce que está infectado por el virus del VIH, el cual regresa de Estados Unidos a su pueblo, con deseos de ver a su novia Rosita, a quien invita a sostener relaciones sexuales.
3. Información sobre lo que es el SIDA, qué es y para que sirve la prueba de anticuerpos al VIH, percepción del riesgo de contraer VIH/SIDA, formas de protección de la infección por el VIH, uso del condón, así como la importancia del conocimiento familiar sobre el SIDA.
4. Enunciación de 14 derechos de las personas que viven con el VIH o que han desarrollado SIDA.

Es importante señalar que, no se cuenta con una evaluación que nos permita conocer el impacto social que ha tenido esta ONG en Michoacán.

2.2.1 Evaluación de MUSS A.C.

Por lo que se refiere a la evaluación de las acciones del MUSS A.C. encontramos lo siguiente:

Factores que potencian su práctica:

- Sensibilización de animadores/as;
- Cogestión con otras instituciones educativas y de salud; y,
- Elaboración de materiales con contenidos específicos para población migrante.

Factores que minimizan su práctica:

- No se cuenta con sistematización de su práctica social para poder evaluar a corto, mediano y largo plazo la trayectoria e impacto social en la población migrante.

- Las limitaciones presupuestales y de personal voluntario del MUSS A.C. son un obstáculo para evaluar el impacto de sus intervenciones.

2.3 Instrumentos jurídicos

Como una forma de reforzar las acciones de prevención y control del VIH/SIDA, se instrumenta la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana NOM-010-SSA2-1993⁹³. En su publicación en el Diario Oficial de la Federación (1995) en el apartado quinto sobre las “medidas de prevención”, establece acciones preventivas a nivel nacional que deben considerarse, mismas que a continuación se mencionan⁹⁴:

- La prevención de la infección por el VIH se debe realizar con toda la población, además de llevarse a cabo acciones específicas dirigidas a los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección y al personal de salud.
- La prevención general de la infección por el VIH se llevará a cabo a través de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas ambas a formar conciencia y auto-responsabilidad entre individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que todos ellos proporcionen facilidades y colaboren activamente en actividades de promoción a la salud, cuidado y control de la infección.
- En materia de educación para la salud, las acciones estarán orientadas a: informar sobre la infección por VIH como problema de salud pública y su trascendencia; orientar a la población sobre medidas preventivas y conductas responsables, para

⁹³ CASIDA. 1995. Revista SIDA/ETS. Noviembre-Diciembre, 1995, Vol. 37, No. 6, México. Pp. 615-623

⁹⁴ NOTA: de las nueve medidas preventivas se dejan fuera de este análisis cuatro medidas por considerarlas con una relación poco estrecha con los procesos educativos de la población en general y/o migrante, a saber: las referentes a la población infectada con el VIH/SIDA, en los establecimientos de

reducir la probabilidad de contraer el VIH; instruir a la población acerca de las medidas personales para prevenir esta infección; y, alentar la demanda oportuna de atención médica entre personas infectadas con el VIH o con el SIDA.

- En materia de participación social: sensibilizar a la población para que permita el desarrollo de acciones preventivas y de control; invitar al personal de salud, maestros, padres de familia, organizaciones, clubes y grupos deportivos y grupos de la comunidad a que colaboren en actividades educativas y de promoción; (...) promover la atención activa de las organizaciones de la comunidad en actividades relacionadas con el control de la infección por VIH o SIDA; procurar la integración y capacitación de otros grupos sociales, en acciones concretas de educación y detección; consolidar la participación activa de los diversos grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de las actividades preventivas (...).
- Las medidas fundamentales para la infección en la comunidad, son las siguientes: informar respecto de la magnitud y trascendencia del problema de salud pública que representa la infección por el VIH; difundir ampliamente información sobre los mecanismos de transmisión y formas de prevención de la infección por VIH; (...) evitar las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (preservativo) o poliuretano (condón femenino) en prácticas sexuales de riesgo; y a la población con prácticas de alto riesgo se les debe recomendar, además evitar la donación de sangre, órganos, tejidos y células

salud; con el personal de salud y con las relacionadas a transplantes, transfusiones o técnicas de fertilización asistida.

germinales; y practicarse periódicamente pruebas de detección de anticuerpos para VIH.

2.4 Balance de las políticas públicas

Se observa que, en la medida que las acciones de un organismo como CONASIDA tenga una cobertura nacional, la dimensión enfatizada será la información. Asimismo, en acciones circunscritas en espacios locales, como lo es la práctica social del MUSS, A.C., se pone mayor énfasis en las intervenciones cara a cara.

La práctica social de estos dos organismos ha rebasado los trabajos de investigación para identificar factores de sostenibilidad que se puedan utilizar en futuras intervenciones, tales como: identificación de las necesidades básicas de aprendizaje específicas para grupos poblacionales diferenciados como son los migrantes, espacios con aceptación social para la formación de personas jóvenes y adultas, los motivos sociales de los grupos de atención para incorporarse a eventos educativos, percepción de beneficios y costos de los grupos atendidos.

Las consideraciones que pueden hacerse en torno a las estrategias del gobierno federal y estatales, es que por sí solas, son y serán insuficientes ante la magnitud del problema. Los bajos recursos aplicados a la educación sexual de jóvenes y adultos (as), hacen necesario el establecimiento de relaciones de cooperación y coordinación entre la sociedad civil, OG's y ONG's -locales, regionales, nacionales e internacionales- que operan programas sociales en un mismo espacio geográfico. Reto al que se enfrentan hoy día, los agentes educativos, en pro del desarrollo de una capacidad para manejar procesos, maximizar recursos, tomar decisiones pertinentes e instrumentarlas, todo ello bajo un modelo y estilo más sano y democrático del que actualmente se desarrollan estas relaciones.

Con base en lo anterior, es importante retomar a Jiménez⁹⁵, el cual enfatiza que, aún no se han estudiado la forma de cómo los diversos organismos –gubernamentales o no– construyen y desarrollan las políticas públicas. Las políticas públicas como instrumentos estratégicos para aliviar problemas de la vida de los actores sociales, requieren de la planeación estratégica y la prospectiva política como elementos indispensables para superar estos retos, esto es, para elaborar previsiones de escenarios futuros.

Tanto la planeación estratégica y la prospectiva política plantean los siguientes postulados en el estudio de fenómenos sociales, como es el caso de la prevención contra el VIH/SIDA:

- Los fenómenos son multidimensionales e interdependientes;
- la planeación estratégica y la prospectiva política no son neutrales, dependen de un sistema de valores y de una teoría en la cual se fundamenten;
- el futuro es múltiple e incierto;
- para tener más certidumbre en un futuro, es necesario realizar diagnósticos (situacionales, retrospectivos y prospectivos) que nos permitan identificar y ponderar las posibles alternativas de solución, y sus posibles consecuencias;
- la información disponible es incompleta e incierta. Es necesario optar por la complementariedad de las aproximaciones.
- La construcción del futuro se explica por la relación entre acción y estructura. El futuro no está escrito, falta por hacerlo; no es nada más el pasado lo que explica el futuro, sino también la imagen del futuro que se expresa en el presente. Por ello, es necesario observar el futuro para esclarecer el presente.

⁹⁵ Jiménez, C. 1992. Reflexiones teóricas: metodología sobre acciones colectivas. In: Revista de Sociología Rural No. 2. Editorial Sociología Rural Universidad Autónoma Chapingo, México.

En el siguiente apartado se presenta el trabajo de campo en el Municipio de Tarímbaro y se establecen los escenarios futuros o retos a los que se enfrentan los educadores y educadoras comunitarias para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA en poblaciones diferenciadas en contextos específicos, como son los migrantes internacionales recurrentes.

2.5 Estado del Conocimiento de la investigación en México sobre educación para el VIH/SIDA

Con la finalidad de conocer la variedad y vacíos existentes en las intervenciones socioeducativas realizadas por organismos gubernamentales y no gubernamentales ante la problemática del SIDA, nos dimos a la tarea de analizar el cuerpo de documentos del Registro de Investigaciones Mexicanas sobre SIDA (RIMSIDA⁹⁶), contenidas bajo el descriptor de educación.

Las conclusiones se refieren a la revisión de 52 documentos que arrojó la base de datos. Son pocas las investigaciones e investigadores avocados a este campo de acción educativo. Sin embargo, podemos decir que en estos últimos años empieza a conformarse una corriente de investigación propia que ha producido un conocimiento relevante.

Las conclusiones a las que llegamos en estos 52 documentos, las agrupamos en 6 temáticas:

2.5.1 Modelos educativos: principios, supuestos y/o estrategias

A pesar de los grandes avances en el conocimiento de la naturaleza de la infección por VIH, de las investigaciones para la cura de la inmunodeficiencia y la experimentación de

⁹⁶ CONASIDA. 1997. Registro de Investigaciones Mexicanas sobre SIDA: Versión 3.0 octubre de 1997, México. La base de datos incluye investigaciones realizadas en México y registradas ante CONASIDA

vacunas en humanos, es probable que no se encuentre algún elemento inmunopreventivo (vacunas) ni tratamiento efectivo en los próximos cinco o diez años. Es, por tanto, de vital importancia concentrar los esfuerzos en un principio fundamental: la prevención. (Izazola, Valdespino y Juárez, 1989). De ahí que la educación sobre el VIH/SIDA es importante para discriminar los mitos y prejuicios sobre el SIDA, de la verdad acerca de dicha enfermedad, poder entenderla y saber cómo evitarla para lograr un control sobre nuestros cuerpos, lo que ya no puede ser postergado, por el bien individual y social. (Aldani, 1997).

La educación se reconoce como el arma más efectiva para prevenir las infecciones. No es una estrategia transitoria, mientras no se desarrollen drogas y vacunas efectivas, la educación juega un rol determinante en la lucha contra la epidemia. La mayoría de la gente no afectada ha perdido el interés que originalmente suscitó la pandemia. En muchas sociedades, los individuos perciben el SIDA como un problema de otros, más no como una cuestión personal. (Sepúlveda y Harvey, 1992).

Es necesario instrumentar modelos educativos diseñados a través de la metodología de la acción-reflexión-acción, que lleva a los participantes a una mejor comprensión del problema, lo que propicia y favorece el cambio de conductas. La constante retroalimentación y apoyo de diversas estrategias junto con el monitoreo continuo, mejoran los resultados de estas acciones. (Marchetti, Rodríguez, Malagón-Servin, Rodríguez, Uribe-Zuñiga, Del Río, 1993).

Es importante recalcar que los modelos de "formación de replicadores de información básica sobre sida y educación" han permitido llegar a sectores de la población en donde

no llegan los mensajes de prevención. Tal es el caso de las comunidades rurales, donde la emigración e infección es alta. (Pineda, Cortés, Moreno, Walker, Gallaga, 1995).

En los procesos educativos -no preventivos- de acompañamiento a los enfermos, deben enfrentar a la muerte, por lo que es necesario el conocimiento de la tanatología, como ciencia que el profesional de la salud puede utilizar para brindarle ayuda al enfermo y a la familia. Al enfermo terminal debemos darle siempre una esperanza real. La depresión profunda tiene como posible causa y como efecto psicológico, la más terrible, dolorosa y angustiante desesperanza. La familia, buscan el tratamiento que cure la enfermedad, olvidándose del enfermo como persona y no prestarle atención a sus sentimientos y emociones. Lo que puede hundirlo en la desesperanza y crear un profundo hermetismo, donde la muerte puede sorprenderlo, sin haber podido descubrir esa esperanza de crecimiento y desarrollo de la persona como tal, y de la amistad entre los hombres. (López, 1996).

En relación a las estrategias educativas, las campañas en los medios de comunicación aunque no modifican las prácticas son útiles para crear una percepción apropiada de la magnitud del SIDA y disminuir los mitos y estigmatización. (Sepúlveda, Izazola, Valdespino, Mondragón, Townsend, 1989). Por lo que el diseño de campañas educativas específicas para diferentes subgrupos poblacionales son estrategias necesarias para incrementar dentro de su contexto cultural, el conocimiento en tomo al SIDA, sus medidas preventivas y poder disminuir la circulación del VIH. (Izazola, Valdespino y Sepúlveda, 1988).

La educación dirigida a médicos y paramédicos provenientes de países en desarrollo, donde la epidemia se centra en grupos selectos, debe adoptar características particulares frente a las barreras socioculturales, lo que permitiría que este grupo se mantuviese

informado sobre el tema, evitando la estigmatización de los grupos afectados al capacitarse para educar a la comunidad. (García, Mora, Palacios, Morales-Betanzo, Izazola, Valdespino, Sepúlveda, 1988).

Las encuestas realizadas entre trabajadores de la salud, para explorar su conocimiento y actitudes con respecto al sida, indican que ellos comparten muchas nociones falsas acerca de la enfermedad y que son los primeros en estigmatizar a las víctimas de la enfermedad. Las campañas educativas mejoran el conocimiento acerca del SIDA, pero no modifican significativamente la actitud de las personas, por lo que habría que tomar en consideración que los talleres han probado ser la estrategia más efectiva, para la modificación de las actitudes negativas entre el personal de salud. (García, Valdespino, Palacios, Izazola, Sepúlveda, 1994).

2.5.2 Población objetivo

Las estadísticas nos muestran que en nuestro país, uno de los grupos etáreos más afectados es el de los jóvenes. (Alanís, Morales, Uribe, 1988). En esta etapa, no tienen los suficientes conocimientos sobre sexualidad y medidas preventivas sobre el SIDA. (Rojas, 1996). En un estudio realizado en la UNAM, se reportó que el 60% de los encuestados no usan condón y consideran que las ETS y el SIDA son enfermedades propias de homosexuales, prostitutas y "adultos". La información deficiente, aunada al inicio cada vez más temprano de la vida sexual, coloca a este grupo de jóvenes como sujetos de riesgo a la infección por VIH (Micher, 1997). De ahí que se deban instrumentar programas de manera enérgica, sin evadir desafíos sociales. (López, López, Colmenares y Laguna, 1995).

2.5.3 Contenidos educativos

Los procesos educativos se enfocan prioritariamente a la información sobre VIH/SIDA o sexo protegido, dejan de lado el enfoque integral de la educación de la sexualidad. Los aspectos actitudinales pocas veces son abordados o, si lo son, con metodologías poco afortunadas para el logro de un verdadero cambio del educando. Los educadores no tienen un trabajo previo respecto a su propia sexualidad, son personas con deficiente preparación en el tema, y/o poca información didáctica especializada. Se sugiere como posible solución la profesionalización de los educadores de la sexualidad. (Álvarez, 1993; DI-010).

Los contenidos educativos en los libros de texto de tercero de secundaria en el estado de México, en tomo a métodos anticonceptivos y ETS, son poco explícitos y reducidos para una población que tiene dudas en tomo a estos temas. La información no está acorde a la época, donde aún se habla de la saliva como fluido infectante, y del agente causal relacionado al HTLV-III. La modificación de los planes de estudio para integrar una educación sexual más amplia implica un proceso lento, por lo que se piensa en la educación sexual no formal como alternativa. (Silva, Flores, Viniegra, Rueda, Lozano, 1995).

2.5.4 Paquetes educativos, materiales didácticos y/o apoyos didácticos

En el contexto latinoamericano, donde se dan procesos educativos para la prevención y comprensión de la epidemia, los tabúes religiosos sobre educación sexual han limitado, su prevención a lo largo de la región. La confrontación del condón y abstinencia o fidelidad, ha roto cualquier posibilidad para negociar estrategias conjuntas. Se ha polarizado la opinión de los sectores más conservadores con las instancias políticas. En México, se promovió un juicio legal en contra de los altos oficiales de salud por

promover "un comportamiento promiscuo" y diferentes advertencias fueron emitidas por dichos sectores. Debido a esta problemática, se ha desarrollado un paquete educacional específicamente diseñado para los sacerdotes, por su impacto en la opinión pública. (Farril, Romero, Ornelas y Uribe, 1992).

El uso de paquetes educativos con la utilización de códigos pictográficos a través de un modelo educativo participativo, permite sensibilizar a la población objetivo. (Ortiz y Rodríguez, 1993), (Galindo, Santiago, Valdespino y Sepúlveda, 1990).

La exhibición de mantas conmemorativas que muestren los nombres y las vidas que se esconden detrás de las cifras, en conferencias, módulos de información y talleres de prevención propician un mayor acercamiento emocional al problema del SIDA en la sociedad. López, Carrillo, Ríos, Velázquez, Rodríguez, Tolento, 1995).

2.5.5 Apoyos institucionales, económicos y humanos

Para la mayoría de los funcionarios de gobierno, las dificultades, gastos y controversias relacionadas con el sida, hacen propicio el soslayar la problemática de la epidemia, por lo que prefieren ver otros temas. Esta indiferencia general es explicada en parte por la ausencia de resultados espectaculares en la terapia e inmunoprevención, y la falla en el logro de resultados tangibles de las campañas de los medios masivos contra el SIDA. (Sepúlveda y Harvey, 1992).

Se necesitan más esfuerzos en torno al SIDA y VIH, y los educadores y capacitadores necesitan más apoyo de todo tipo (Contreras Colín E.; 1995. Una opción viable se encuentra en las universidades públicas, pues éstas tienen capacidad para vincularse a proyectos para la salud, cuentan con recursos humanos: investigadores con capacidad para formar equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, metodología de

investigación, práctica y experiencia docente; autoridad moral para establecer convenios e instalaciones de investigación y servicios administrativos. (Colorado, 1996).

2.5.6 Espacios educativos

Los eventos públicos, como las ferias son espacios ideales para promover información sobre SIDA e introducir cambios actitudinales a través de videos (Ortiz, Ariza, Ornelas, 1993).

Del análisis de los estudios de programas de intervención socioeducativa en México -y específicamente en Michoacán-, para la prevención de ETS/VIH/SIDA en población diferenciada en contextos específicos –como son los migrantes recurrentes hacia los estados unidos- podemos concluir lo siguiente:

- No existe diagnóstico sobre una de las poblaciones que proporcionalmente agrupan una cuarta parte de las personas con el VIH/SIDA (migrantes hacia los E.U.) que hablen sobre necesidades básicas de aprendizaje con respecto a la prevención de ETS/VIH/SIDA y, sus consecuentes cambios a corto, mediano y largo plazo, producto de alguna intervención socioeducativa determinada.
- Las sistematizaciones de la práctica educativa de base comunitaria, afirman que el diseño de los modelos educativos a través de la metodología de la acción-reflexión-acción, llevan a los participantes a una mejor comprensión de la problemática de la pandemia, no se dice sobre los motivos y expectativas sociales por los cuales las personas jóvenes y adultas se insertan en programas educativos para la salud. Lo anterior nos permitiría, por un lado, conocer la percepción de la población meta con respecto a los beneficios y costos de participar en un evento educativo y, por otro, cuáles serían las posibles

estrategias a utilizar para generar aprendizajes significativos y satisfacer de forma exitosa sus expectativas.

- Estas sistematizaciones, no evalúan las estrategias utilizadas en la de difusión y promoción de eventos educativos, y su consecuente aceptación y/o rechazo comunitario. Lo anterior, nos permitiría identificar aquellos elementos que se debieran potenciar o minimizar en todo evento educativo.
- Las sistematizaciones son descriptivas, olvidándose de hacer análisis e interpretaciones a la luz de un marco referencial educativo. Obvian –además– elementos tales como: 1) la forma de reclutamiento, selección, sensibilización, diagnóstico de las necesidades básicas de los/as educadores/as, capacitación y las formas utilizadas para desactivar la tensión que generan en la población meta, el hablar de temas considerados "tabúes" en contextos religiosos y culturales; 2) las formas utilizadas para hacer participar a la población en las tareas de planificación de programas preventivos de salud; 3) los elementos metodológicos y contenidos educativos exitosos para ser potenciadas en otros eventos; 4) los aciertos, errores, obstáculos y facilitadores a los que se enfrentan cotidianamente, tanto el educador como el educando en los eventos educativos; 5) los tiempos óptimos y lugares más significativos al interior de la comunidad; 6) el uso interinstitucional de las funciones y recursos que operan programas en un mismo espacio geográfico para llevar a cabo programas integrales de desarrollo local; y 7) evaluación del diseño, ejecución, resultados e impactos (a corto, mediano y largo plazo) de los programas de base comunitaria instrumentados para la prevención del VIH/SIDA.

CAPÍTULO III PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL VIH/SIDA

De acuerdo a los datos proporcionados por ONUSIDA⁹⁷, el panorama del VIH/SIDA en el mundo y en América Latina⁹⁸ para el año de 1998, presenta las siguientes características:

A *nivel mundial* las personas que viven con el VIH/SIDA ascienden a un total de 33.4 millones. De las cuales el 32.2 millones son personas adultas (18.4 son hombres y 13.8 son mujeres) y 1.2 millones son menores de 15 años. De los 33.4 millones de personas antes mencionadas, tan sólo en 1998, se detectaron 4.9 millones de personas recién infectadas por el VIH/SIDA, 5.2 millones corresponden a personas adultas (2.7 millones son hombres y 2.1 millones son mujeres) y 900,000 son personas menores de 15 años.

El total de defunciones causadas por el SIDA es de 13.9 millones. De los cuales 10.7 millones son personas adultas (6.0 hombres y 4.7 millones mujeres) y 3.2 millones menores a 15 años. Por lo que, el total de infecciones desde el inicio de la enfermedad (vivos y fallecidos) alcanza una cifra de 47.3 millones de personas.

El VIH/SIDA figura dentro de las diez primeras causas de defunción en todo el mundo y se estima que, pronto dé alcance a causas de mortalidad tan arraigadas como las

⁹⁷ ONUSIDA es el programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, integrado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUP), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial para la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

⁹⁸ Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA. Estadísticas Mundiales al 1º. De diciembre de 1998. In: <http://www.super.net.mx/fundavrisa/estadistica/cifrasmundiales.html>.

enfermedades diarreicas, con lo que podría situarse entre las primeras cinco⁹⁹. Ya que se estima que cada día ocurren 16,000 nuevas infecciones por VIH, las cuales 7,000 son en jóvenes de 10 a 24 años de edad, esto es, 5 jóvenes cada minuto. (Fundación Mexicana Para la Lucha Contra el SIDA, 1999).

Las infecciones por el VIH se concentran en países en desarrollo, principalmente aquellos con menos medios para atender a las personas infectadas. El 89 por ciento de esas personas viven en el África Subsahariana y Asia. Basta señalar que los países de esta región que no logran alcanzar ni el 10 por ciento del Producto Interno Bruto (PIB) de todos los países (ONUSIDA-OMS, 1998).

En *América Latina* la epidemia se inicia a finales de los 70 y comienzos de los 80 del siglo XX. Actualmente existen 1.4 millones de personas (adultas y niños) que viven con el VIH/SIDA. Para 1998 se detectaron 160,000 nuevos casos. El 80% de los casos totales mayores de 15 años corresponde al sexo masculino. Las principales modalidades de transmisión en adultos que viven con el VIH/SIDA son: homo (transmisión entre los hombres que tienen sexo con otros hombres), cdi (transmisión a través de consumo de drogas intravenosas y hetero (transmisión heterosexual).

El panorama que presenta esta región no es uniforme. En algunos países la prevalencia aumenta rápidamente, en otros, al igual que en muchos países industrializados, el número de infecciones se está reduciendo o tiende a ser estable. En muchos países de la región los puntos focales de la infección por el VIH son los hombres que tienen relaciones sexuales no protegidas con otros hombres y los consumidores de drogas intravenosas que comparten las agujas. Algunos estudios realizados en México indican

⁹⁹ ONUSIDA-OMS. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, junio de 1998. Ginebra, Suiza.

que posiblemente hasta un 30% de los hombres que tienen relaciones sexuales entre ellos, están infectados por el VIH. Entre el 3% y 11% de los usuarios de drogas intravenosas de México son seropositivos, mientras que en Argentina y Brasil esa proporción puede acercarse a la mitad de todos los que se inyectan drogas.

Sin embargo, las crecientes tasas del VIH en las mujeres indican que la transmisión heterosexual va en aumento. En 1986, en Brasil 1 de cada 17 casos de SIDA era mujer. Ahora son 1 de cada 4 casos, y una cuarta parte de los 550,000 adultos de ese país con VIH son mujeres. En la región en conjunto, la proporción es alrededor de una quinta parte. En algunos lugares se está produciendo un claro aumento en la infección entre los grupos de población más pobres y menos instruidos. Por ejemplo, en el Brasil la mayoría de los primeros casos de SIDA se produjeron en personas con estudios secundarios o universitarios, mientras que hoy día el 60% de las personas que viven con el SIDA no pasan los estudios primarios.

La vigilancia sistemática es escasa. Como el uso de anticonceptivos es mucho más elevado en América Latina que en África o Asia –y, por tanto, una proporción menor de mujeres sexualmente activas se quedan embarazadas-, la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas será probablemente menos representativa de las tasas entre todas las mujeres sexualmente activas que en otras partes del mundo en desarrollo. No obstante, sigue contándose entre los indicadores del VIH en la población en general. El VIH alcanza niveles del 1% entre mujeres embarazadas en Honduras y más del 3% en Porto Alegre (Brasil). Esas tasas son notablemente más elevadas en el Caribe. En 1993, el 8% de las mujeres embarazadas en Haití estaban infectadas por el virus, registrándose esa misma prevalencia en un centro de vigilancia de la república Dominicana en 1996.

El SIDA en *México*, de acuerdo al comportamiento histórico presenta un patrón cada vez más heterosexual y rural. La transmisión sanguínea oficialmente se encuentra bajo control. Pasó de ser una epidemia de hombres homosexuales y mujeres transfundidas, a ser cada vez más un padecimiento de transmisión heterosexual. El rango de edad entre los 25 y 34 años de edad es el más afectado, y el grupo poblacional con mayor número de frecuencias es el masculino (CONASIDA, 1996)(SSM,2000).

Para el primer trimestre de 1999 se notificaron 39,147 casos de VIH/SIDA en el país, estimándose que por cada caso existen entre 3 y 4 portadores del VIH sin haber desarrollado la enfermedad, lo cual significa un total nacional aproximado de 156,588 personas más que viven con el virus sin SIDA. El número de casos es entonces de 195,735 personas en el país¹⁰⁰. Se prevé que de desarrollarse la enfermedad en estas personas el costo económico por tratamiento anual individual ascendería por lo menos a 84 mil pesos, lo que representaría un total de 16, 441.7 millones de pesos para esta causa (FUNSIDA,1997).

Existe un subregistro de casos debido a que no se reportan todos los eventos o por que la notificación se retrasa. Esto último produce una subestimación de la incidencia anual de casos de SIDA en el período más reciente de la epidemia, ya que una proporción de los nuevos casos diagnosticados todavía no se contabiliza. La magnitud de la subestimación de la incidencia, depende del tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la notificación de un caso y del número de casos notificados con retraso. Por este motivo, hay que ser especialmente cuidadosos al presentar la tendencia temporal de su incidencia ya que, puede malinterpretarse como un descenso real. Así, por ejemplo, podemos observar la

¹⁰⁰ CONASIDA. Estadística de casos de SIDA en México al primer trimestre de 1999. In: <http://www.aids-sida.org/frmaces.html>

tendencia anual de los casos incidentes, con un incremento exponencial desde el principio de la década de los ochenta hasta finales de la misma. Existe una estabilización para el año 1992 y para 1993 un descenso que podríamos calificar de importante. Este hecho se debe a que el Registro Nacional de SIDA (RNS) todavía no recibe un número de notificaciones¹⁰¹.

Con la salvedad antes mencionada, desde el primer caso reportado de SIDA en México, de 1983 a 1997 ha escalado su posición hasta ubicarse dentro de las principales causas de mortalidad en las poblaciones en edad productiva. En 1988, en el grupo de 25 a 34 años fue la décima octava causa de muerte, en tanto que en 1997 ocupó el cuarto lugar. Para los hombres –de ese mismo grupo de edad y periodo de observación- pasó de la décima primera causa a la tercera. De igual forma sucedió con las mujeres, el SIDA que no aparecía dentro de las 20 causas de mortalidad en 1988, ocupa el noveno lugar en 1997.¹⁰²

De acuerdo con el INEGI (1999) el SIDA fue la décima sexta causa de mortalidad general para 1997, con un total de 4,200 defunciones. Afecta de forma diferenciada a los grupos en edad productiva y en mayor medida a los hombres. Lo anterior se puede apreciar en el siguiente cuadro:

¹⁰¹ Anaya, L. Subestimación de la incidencia de SIDA en México debida al retraso en la notificación. In: Revista del Instituto Nacional de Salud Pública, Vol. 3, No. 2, mayo-julio de 1997, México.

¹⁰² Izazola, J. et al. Revista Salud Pública de México. Marzo-abril de 1996. Página 143, México.
INEGI. Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno Núm. 15. Aguascalientes, México, 1999.

Cuadro No. 3.1 Lugar que ocupa el SIDA como causa de muerte por grupo de edad y sexo en 1997.

Grupos de Edad	Lugar que ocupa el SIDA como causa de muerte			Total de Defunciones		
	Por grupo	Por sexo		Por grupo	Por sexo	
		Hombres	Mujeres		Hombres	Mujeres
Menos de 1 año	-	-	-			
1 a 4	-	-	-			
5 a 14	-	-	-			
15 a 24	8°	5°	19°	374	302	72
25 a 34	4°	3°	9°	1,686	1,500	186
35 a 44	7°	6°	12°	1,217	1,073	144
45 a 64	15°	12°	-	775	685	-
65 y más	-	-	-	-	-	-
Mortalidad General	16°	16°	-	4,200	3,656	544

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del INEGI. Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 15. Aguascalientes, México. 1999.

Las instituciones que notificaron estas defunciones son:

Cuadro No. 3.2 Instituciones notificantes de las defunciones por SIDA en 1997.

Instituciones	Número de casos reportados	%
Sistema Nacional de Salud	3,652	86.95
SSA	1,711	40.74
IMSS	1,445	34.40
ISSSTE	266	6.33
SDN,SM,PM,ISSDF	230	5.48
Otros	548	13.05
Total	4,200	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del INEGI. Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 15. Aguascalientes, México. 1999.

De los 4,200 fallecimientos en 1997, al el 53.79% no es derechohabiente a servicio médico¹⁰³.

3.1 Casos de VIH/SIDA detectados en México con la característica de haber migrado hacia los EEUU

A nivel nacional, las estadísticas del Sector Salud muestran que de los casos acumulados de personas de SIDA en México, 25% de ellos tienen una historia de haber sido

¹⁰³ Entenderemos aquí por derechohabiente de servicio médico a toda " aquella persona que tiene la posibilidad de recibir atención médica, como resultado de una prestación laboral, como beneficiario designado por el derechohabiente o como miembro de una institución. Se incluye a quienes hayan adquirido un seguro facultativo (voluntario) en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). INEGI. Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos, Tabulados Básicos. Michoacán. Tomo I. México, 1996. Pág. 504

trabajadores temporales en los Estados Unidos por largos periodos¹⁰⁴, esto es, uno de cada cuatro personas con SIDA ha sido migrante internacional.

Si caracterizamos al SIDA en México *por regiones*, observamos que existen diferencias ante la magnitud del problema. La Región Occidente ocupa el segundo lugar de la tasa más alta de casos de SIDA- después del D.F.- y absorbe porcentualmente casi una cuarta parte del total de casos. Los estados de Jalisco, Guerrero y Michoacán, presentan los primeros lugares en casos acumulados (con 2972, 805, 764 casos respectivamente) y tasas de incidencia (con 56.4, 30.9 y 22.3 respectivamente)¹⁰⁵.

Lo anterior, nos obliga a hablar de los casos de VIH/SIDA en el área rural de México. Para abordar este tema haremos referencia al estudio retrospectivo realizado por el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE, ahora Instituto Nacional de Salud Pública) y el Comité de Epidemiología del Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (actualmente Dirección de Investigación del CONASIDA)¹⁰⁶. Los resultados obtenidos en este estudio son los siguientes: Durante los años de 1986 a 1994, se observa que el patrón de transmisión del VIH en el área rural es diferente al del área urbana que México ha enfrentado durante los últimos 10 años. Y que será un tema importante en el futuro, ya que no se prevé que disminuya su principal componente: la migración a los EEUU.

La epidemia de SIDA en el área rural es más reciente que la urbana y presenta un crecimiento exponencial que, a diferencia del que se conoce para las ciudades, todavía

¹⁰⁴ Periódico "La Reforma". Sección C Cultura, Jueves 11 de julio de 1996. Página Central. Entrevistas realizadas por Carmen Campos para el Programa Migración y SIDA, en *Taller de Sexualidad para Diálogos en Confianza*, Canal 11 en 1998 y publicado en: Periódico La Jornada. Letra S, número 40, jueves 4, noviembre de 1999.

¹⁰⁵ CONASIDA. Situación epidemiológica del SIDA. Separata de la Revista SIDA-ETS. Datos actualizados para el 1er. Trimestre, 1996; vol. 2, Núm. 1, México.

no amortigua su crecimiento y se da en un grupo social con condiciones de vida más precarias. En México, no es sino hasta finales de los ochenta cuando se comienza a señalar la importancia de los casos entre trabajadores agrícolas que laboran temporalmente en EEUU.

En 1986, tres años después del primer caso de SIDA reportado en la Ciudad de México, se notificaron 5 casos rurales procedentes de Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa y Veracruz; 3 de los cuales tenían como antecedente visitas a los EEUU. Los casos aumentaron cada año a partir de esta fecha, solo en 1991 disminuyó; 5 en 1986, 12 en 1987, 22 en 1988, 52 en 1989, 122 en 1990, 117 en 1991, 145 en 1992, 165 en 1993 y 55 hasta el primero de junio de 1994. A diferencia de los casos urbanos para los que se han descrito tres etapas de crecimiento -moderado hasta 1986, exponencial de 1987 a 1989 y exponencial amortiguado desde esa fecha-, para los casos rurales no existe una etapa de crecimiento moderado, ya que hasta 1990 prácticamente se duplicaron cada año. La amortiguación de la pendiente observada en 1994 puede estar determinada por el efecto de retraso de la notificación de los casos, que en México es hasta de tres años. De los 19,090 casos de SIDA en julio de 1994, 699 (3.7%) corresponden a residentes en localidades con menos de 2,500 habitantes, 17,506 (91.7%) residían en localidades mayores y para 706 (3.7%) casos se carecía de información sobre este rubro.

Se reportan casos rurales en todos los estados del país -a excepción del Distrito Federal en donde no se encontraron casos rurales-. La proporción nacional de casos rurales es de casi 4%, con diferencias regionales interesantes. Zacatecas es el estado con mayor

¹⁰⁶ Magis, C. et al. Casos de Sida en el área rural en México. Revista Salud Pública de México, noviembre-diciembre, 1995, Vol. 37, No. 6, pp. 615-623

proporción de casos rurales (24%) y Baja California con menor proporción (1%). La mitad de los estados tiene 6% o menos casos.

El estado con la tasa de prevalencia más alta es Nayarit: 102 por millón de habitantes; le siguen Morelos con 99, Jalisco con 90, Colima y Tlaxcala con 84. Los estados con menos casos son Tabasco con 5, Campeche con 6 y Chiapas con 7. La mitad de los estados tiene una tasa rural de 28 o menos, en comparación con la tasa urbana de 281. La razón de tasa urbano/rural tiene un rango muy amplio desde Veracruz, donde la tasa urbana es 84 veces más alta que la tasa rural, hasta Colima donde la tasa urbana es sólo dos veces más alta que la rural, con una mediana de 9.

La edad promedio para los casos rurales es de 33.5 años, similar a los 35.8 de los casos urbanos. La distribución global por sexo muestra importantes diferencias, con una proporción de 21.3% casos femeninos en áreas rurales comparado con una proporción de 14.4% mujeres de áreas urbanas. Existe una mujer con SIDA por cada cuatro hombres en el área rural, contra una mujer por cada seis hombres en el medio urbano. Las tasas de prevalencia en hombres son casi tres veces y medio más altas en promedio que las tasas en mujeres. En seis estados no se reportan casos rurales en mujeres: Aguascalientes, Campeche, Chihuahua, Durango, Sonora y Tabasco. En el resto de los estados hay casos en ambos sexos. En un extremo para Zacatecas y Querétaro, la tasa de hombres es ocho y siete veces más alta que la tasa de mujeres y, en el otro extremo, en cinco estados - Baja California, Baja California Sur, Guanajuato, Nuevo León y Tlaxcala- la tasa en los hombres es dos veces mayor que en las mujeres.

La Secretaría de Salud reporta mayor proporción de casos rurales (58%) que el Instituto Mexicano del Seguro Social (26.2%). Del total de casos, 54.5% fallecieron, 40.8% se encuentran vivos y se desconoce la situación del 4.7% restante. De los casos en

hombres, sólo 38% residen en localidades rurales y reportan ocupaciones relacionadas con labores agrícolas; 13% son desempleados; 12% trabajadores de servicios públicos (cocina, peluquería, etc.); 9% obreros; 5% empleados administrativos; 4% estudiantes, y el resto se distribuye en 16 clasificaciones. El 68% de las mujeres son amas de casa; 26% desempleadas; 3% trabajadoras agrícolas; y, 2% trabajadoras de servicios públicos. Las categorías de riesgo para adultos también presentan diferencias entre los casos rurales y urbanos. La proporción de hombres homosexuales y donadores remunerados fue más frecuente en el grupo urbano que en el rural. La bisexualidad y la heterosexualidad tienen una mayor proporción en los casos rurales. Dentro de la categoría heterosexual, para los que se conoce más información sobre su pareja se encontraron diferencias importantes; los que reportan relaciones sexuales con trabajadoras de sexo comercial (TSC) tienen una mayor proporción en el área rural, al igual que quienes tuvieron relaciones con mujeres con SIDA. Los casos urbanos donde se desconoce el factor de riesgo son casi el doble (23.9%) que los rurales (14.3%). Para cuatro categorías -hemofilia, homosexualidad-drogas, prostitución y hemofilia- no se encontraron diferencias entre los casos rurales y urbanos.

Al estratificar los casos rurales con el antecedente de haber visitado los EEUU, se encontró que los que habían viajado a ese país tenían mayor probabilidad de incluir como factor de riesgo el uso de drogas y haber tenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo comercial (TSC). Los varones que viajan del campo a una ciudad no presentan diferencias en la categoría sobre relaciones con TSC (17). Estos tienen tres veces más probabilidades de tener parejas con SIDA: 6.3% vs 1.9%.

En las mujeres adultas también los casos desconocidos son casi el doble entre las mujeres urbanas, con 23% vs 10% en las mujeres rurales. No existen mujeres del área

rural que sean donadoras remuneradas ni usuarias de drogas intravenosas. Ninguna de las otras categorías de riesgo de este grupo -sexuales o sanguíneas- tuvo diferencias significativas en los grupos aquí estudiados. Por otro lado, muy pocas mujeres del área rural (22) han salido de su localidad hacia una ciudad mexicana o hacia los EEUU, por lo que no existen suficientes casos para evaluar diferencias significativas en las categorías de transmisión.

En el Registro Nacional de Casos de SIDA se tienen anotados 519 menores de 15 años; de los cuales, 36 (7%) pertenecen al medio rural, 22 son hombres y 14 mujeres. El principal factor de riesgo es el perinatal (47.2%), seguido del transfusional (27.8%).

Las estadísticas con que se cuenta son suficientemente claras en cuanto a que existe un creciente avance del SIDA en áreas rurales y que es necesario establecer una correlación entre la epidemia y la migración. La epidemia en México corresponde a un mosaico epidemiológico, suma de varias epidemias, diferencias en los modos de transmisión, por sexo y las dinámicas de las diferentes áreas geográficas.

Aun cuando México presenta casos de SIDA endógenos en áreas rurales, la migración es un factor que tiene una importante influencia en dichas áreas, principalmente la que se dirige hacia los EEUU, que establece variaciones en las prácticas de riesgo. Existe una migración temporal y estacional de campesinos mexicanos hacia los EEUU, que incrementa interacciones entre las poblaciones estadounidense y mexicana, precisamente en aquellos individuos con vida sexual activa. Usualmente se trata de hombres que viajan sin su familia, que viven la mayoría del tiempo en granjas y que tienen contacto sexual con TSC. En ocasiones practican encuentros sexuales con otros hombres que trabajan en las granjas. Al término de la cosecha, regresan al hogar a las áreas agrícolas

de México. Por otro lado, las mujeres del medio rural emigran con menos frecuencia a EEUU.

La diferencia en el patrón de transmisión bisexualidad-homosexualidad en las áreas rurales y de sus ciudades puede ser real, pero también sugiere que en el campo la primera preferencia es más aceptada, mientras que la segunda es estigmatizada y, por lo tanto, subreportada. Los factores culturales influyen en los conceptos relativos a prácticas sexuales y hacen más aceptable la bisexualidad. Finalmente, aun cuando la proporción de casos rurales de SIDA se ha incrementado, no tiene parangón con la proporción que esta población representa en el país.

3.2 Casos de VIH/SIDA detectados en Michoacán

En Michoacán, de acuerdo a los datos proporcionados por el Consejo Estatal de Casos de SIDA (COESIDA) con datos al 30 de septiembre de 1999, –desde el primer caso registrado a la fecha- se han reportado 1,787 casos. Que de acuerdo a su estado actual, el 51.20% falleció, 24.68% ha sido diagnosticado como caso y 24.12% son seropositivos. La tasa de incidencia es de 4.52 personas por 10,000 habitantes y la razón de masculinidad 4:1, esto es, cuatro hombres por una mujer reportada (véase anexos número 1 y 2).

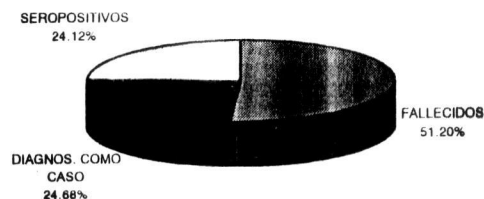


Figura No. 1
Estado actual de los casos de VIH/SIDA en Michoacán
Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999

A continuación se describe el comportamiento del total de casos acumulados en Michoacán a través de 7 variables a saber: sexo, edad, ocupación, notificación por año, categoría de transmisión, institución notificante y área geográfica:

a) Sexo

El grupo de varones es el más afectado en un 81.42% (1,455), con una tasa de incidencia de 7.49 hombres por cada 10,000 habitantes. Mientras que para el sexo femenino, representa sólo el 18.58% de los casos (332), con una tasa de incidencia de 1.65 mujeres por 10,000 habitantes (véase anexo número 2).

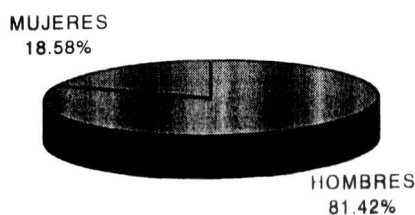


Figura No. 2
Casos acumulados de VIH/SIDA en Michoacán por sexo. Registro Estatal de Casos de SIDA. 0/09/1999.

b) Edad

Los grupos etáreos o grupos de edad más afectados por esta causa son los que se encuentran en la etapa de una vida sexual activa, esto es, las personas entre el rango de los 20 a los 44 años de edad, ya que representan el 76.45% de los casos acumulados (1,366). Corresponde -para este rango de edad- el 67.73% de los casos acumulados a varones (1,131), y el 70.78% mujeres (235). (véase anexo número 2)

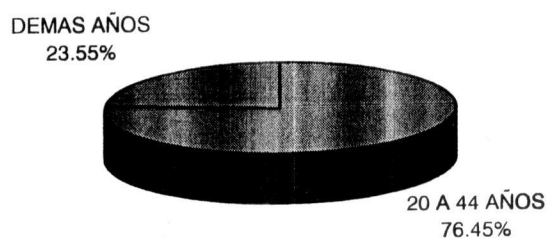


Figura No. 3
Casos acumulados de VIH/ SIDA en Michoacán por grupos de edad más afectados.
Registro Estatal de Casos de SIDA.30/09/1999.

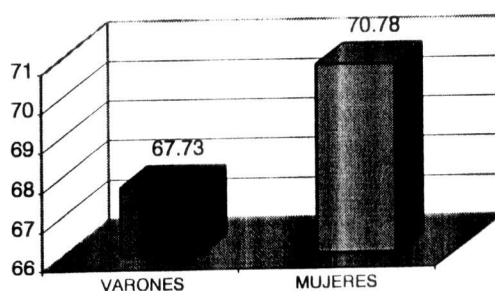


Figura No. 4
Casos acumulados de VIH/SIDA en Michoacán por sexo en el grupo de 20 a 44 años.Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999.

c) Ocupación

Para esta variable, los casos reportados de SIDA/VIH se agrupan de acuerdo a la Clasificación Mexicana de Ocupaciones (CMO) propuesta por el INEGI en el año de 1990¹⁰⁷, misma que refleja la estructura ocupacional de México. Esta clasificación se deriva tanto de la división técnica del trabajo como de las ocupaciones generadas del

¹⁰⁷ INEGI. Michoacán Resultados Definitivos Tabulados Básicos Tomo I, XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. México, 1991.

autoempleo. (para más detalle, véase anexo listado de ocupaciones). Con base en esta propuesta, las seis categorías más afectadas para el grupo de varones en forma decreciente son: ayudantes y similares (14.51%), *trabajadores agropecuarios* (13.96%), comerciantes y dependientes (9.56%), trabajadores del servicio público (9.42%), artesanos y obreros (9.07%) y los profesionales (7.05%). Para el grupo de mujeres, la ocupación principal más afectada es la dedicada al hogar, ya que absorbe el 56.35% de los casos (173) (véase anexo número 3).

d) Año de notificación

Desde el primer caso notificado en Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999, se observan 4 características básicas:

- El número de casos ha ido en aumento.
- La tasa de incidencia por 100,000 habitantes se incrementó.
- La razón de masculinidad ha disminuido y,
- El porcentaje de casos en mujeres ha crecido. (véase anexo número 4).

Lo anterior puede observarse en las siguientes cuatro gráficas:

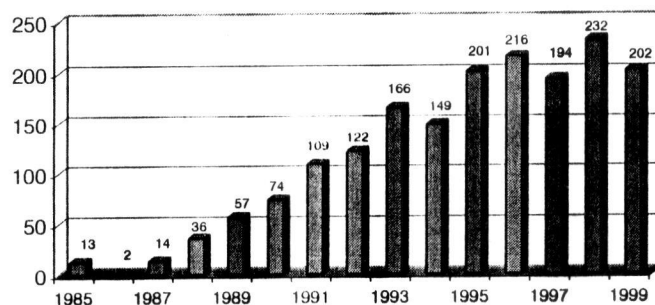


Figura No. 5
Número de casos de VIH/SIDA en Michoacán por año de notificación
Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999.

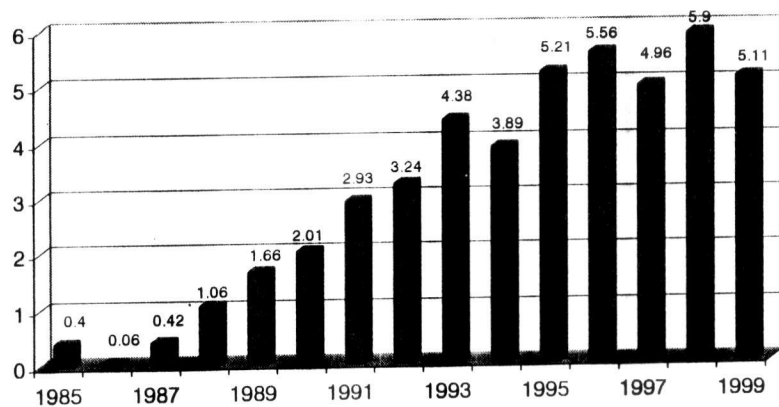


Figura 6
Casos de VIH/SIDA en Michoacán por año y tasa de incidencia
Registro Estatal de Casos de Sida. 30/09/1999.

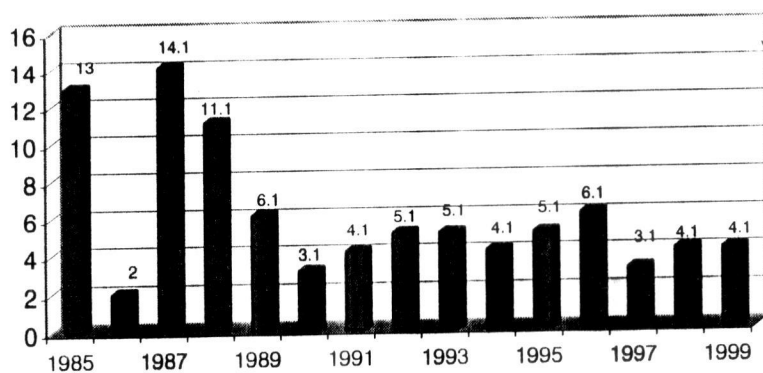


Figura No. 7
Casos de VIH/SIDA en Michoacán por razón de masculinidad.
Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999.

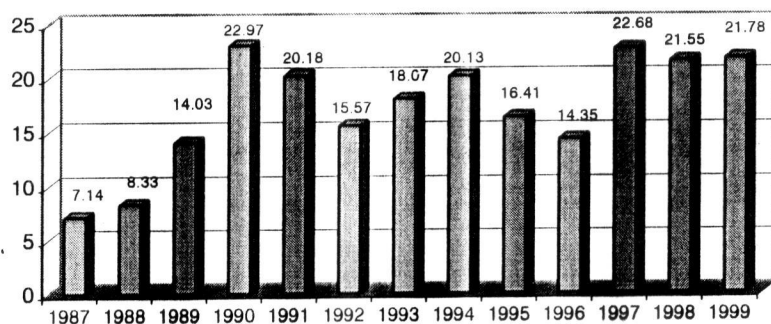


Figura No. 8
Porcentaje de Mujeres con VIH/SIDA en Michoacán.
Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999.

e) Categoría de transmisión

Casos pediátricos: de los 47 casos de SIDA/VIH pediátricos, el 53.2% se registró en mujeres y el 46.8% en varones. Desglosados por categoría de transmisión se obtiene que:

- El 74.5% vía perinatal. Siendo 34.3% varones y 65.7% mujeres.
- El 21.3% fue vía sanguínea. De ellos el 40% se reporta por transfusiones (75% en varones y 25% en mujeres) y el 60% en personas hemofílicas (100% en varones)
- El 4.3% de los casos no está documentado. Un caso para mujeres y otro para varones. (véase anexo número 6)

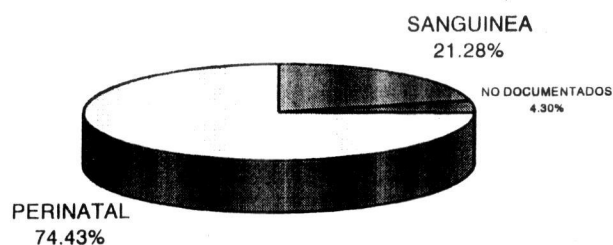


Figura No. 9
Casos pediátricos de VIH/SIDA por categoría de transmisión .
Registro Estatal de Casos de SIDA.30/09/1999.

Casos en adultos: los 1,740 casos acumulados de SIDA/VIH en adultos se distribuyen por categoría de transmisión de la siguiente forma: vía sexual 82.82%, vía sanguínea 7.7%, consumidores de drogas intravenosas 1.44% y el 8.05% corresponde a casos no documentados. (véase anexos 7, 8, 9 y 10)

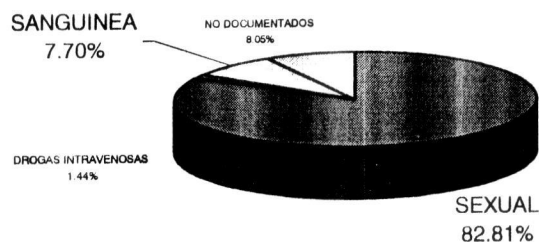


Figura No. 10
Casos de VIH/SIDA en adultos por categoría de transmisión.
Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999.

Los casos acumulados y reportados vía *transmisión sexual* se distribuyen de la siguiente forma: el 82.9% corresponde al sexo masculino y el 17.1% al sexo femenino. Del total de casos de varones, el 31.6% son homosexuales, el 24.4% son bisexuales y el 44.0%

son heterosexuales. Del total de casos detectados en el grupo de mujeres el 100% fueron heterosexuales.

Los casos acumulados y reportados vía *sanguínea* presentan las siguientes características:

- 70.15% por transfusiones, las mujeres representan el grupo más afectado con 52.13%.
- 19.4% consumidores de drogas intravenosas. El grupo de varones es el más afectado con 96.2%.
- 9.7% hemofílicos, en su totalidad varones.
- 0.7% exposición ocupacional. La persona afectada fue un varón.

De los casos detectados de *consumidores de drogas intravenosas* se dio sólo en el grupo de varones, correspondiendo el 32% a la población homosexual y el 68% bisexual.

Y por lo que se refiere a los *casos no documentados* el 92.1% se registró en el grupo de varones y el resto en mujeres.

f) Institución notificante

La institución que más casos ha notificado es la Secretaría de Salud en Michoacán (63.57%), seguida por el IMSS (23.45%), particulares (7.27%) y el ISSSTE (5.71%). Cabe mencionar que la SSM atiende a población abierta, esto es, al conjunto de personas que no son derechohabientes en algunas de las instituciones públicas o privadas de salud (IMSS, ISSSTE, etc.) y que son responsabilidad de la Secretaría de Salud (INEGI, 1995).

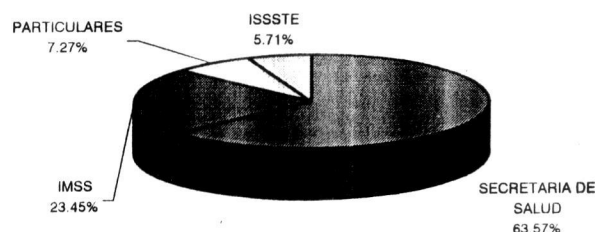


Figura No. 11
Casos acumulados de VIH/SIDA por institución notificante.
Registro Estatal de Casos de SIDA. 30/09/1999.

g) Área geográfica

En 10 municipios del Estado de Michoacán no se ha registrado ningún caso de VIH/SIDA: Aquila, Carácuaro, Chinicuila, Juárez, Nocupétaro, Nuevo Urecho, Ocampo, Régules, Santa Ana Maya, Senguio, Tumbiscatío, Villa Madero. Si clasificamos a los municipios del estado de acuerdo a la tasa por 10,000 habitantes obtenemos el siguiente cuadro:

Cuadro No. 3.3 Clasificación de los Municipios del estado de Michoacán por tasas de VIH/SIDA.

Tasas presentadas por 10,000 habitantes	Municipios
Menor a 1	Angamacutiro, Cherán, Churumuco, Nuevo Parangaricutiro, Quiroga, Ziracuaretiro, Tlalpujahua, Marcos Castellanos, Numanán y Angangueo.
1 y más	Contepec, Tiquicheo, J.S. Verduzco, Purépero, Villamar, Paracho, Tancítaro, Huandacareo, Coalcomán, Chavinda, Morelos, Huiramba, Penjamillo, Tuzantla, Charapan, Panindícuaro, Tzitzio, Irimbo, Epitacio Huerta, Cuitzeo, Pajacuarán, Tingambato, Copándaro
2 y más	Coahuayana, La Huacana, Puruándiro, Villa Jiménez, Huaniqueo, Cd. Hidalgo, Charo, Buena Vista, Periban, Alvaro Obregón, Cotija, Tinguindín, Salvador Escalante, Arteaga, Tuxpan, Juangapeo, Tepalcatepec, Zitácuaro, Pátzcuaro, Coeneo, Churintzio, Chilchota, Briseñas, Gabriel Zamora, Tacámbaro, Tangancícuaro, Turicato, Erongarícuaro y Tlazazalca.
3 y más	Indaparapeo, Nahuatzen, Aguililla, V. Carranza, Tanhuato, Chucándiro, Susupuato, Parácuaro, Zináparo, Maravatio, Ixtlán, Vista hermosa, Queréndaro, Yurécuaro, Tangamandapio, San Lucas, Tocuambo, La Piedad y Acuitzio.

Continúa

Cuadro No. 3.3 Clasificación de los Municipios del estado de Michoacán por tasas de VIH/SIDA. (Continuación).

Tasas presentadas por 10,000 habitantes	Municipios
4 y más	Sahuayo, Jiquilpan, Jacona, Zinapécuaro, Ario de Rosales, Tzintzuntzan
5 y más	Zacapu, Huetamo, Uruapan, Ecuandureo, Zamora, Apatzingán, Tarímbaro, Los Reyes.
6 y más	Taretan
7 y más	Lagunillas y Aporo
9 y más	Lázaro Cárdenas
10 y más	Mújica y Morelia

Fuente: elaboración propia con datos del COESIDA. SSA.

3.3 Casos de VIH/SIDA detectados en Michoacán con la característica de haber migrado hacia los EEUU

De acuerdo al Registro Estatal de casos de SIDA¹⁰⁸ para el período que comprende los años de 1985 a 1994, del total de personas con SIDA (590 casos), el 33.39% tienen antecedentes migratorios a los Estados Unidos, presenta una proporción más alta que en el ámbito nacional.

Con base a dichas estadísticas acumuladas observamos que:

- De los 113 municipios que conforman el estado de Michoacán, sólo 86 presentan casos.
- De estos 86 municipios, el 70.9% tienen población con antecedentes migratorios a los Estados Unidos.
- Del total de casos reportados por el Sector Salud en el estado, el 53.09% tienen antecedentes migratorios a los Estados Unidos.

A continuación, se analizan sólo los casos de migrantes con SIDA en Michoacán con base a las siguientes variables: distribución geográfica, sexo, ocupación, categoría de transmisión e institución notificante.

a) Distribución geográfica

Del total de casos acumulados con antecedente migratorio a Estados Unidos, los municipios de Morelia, Uruapan, Zamora, *Apatzingán*, La Piedad, Huetamo y Zacapu -en conjunto- han notificado el 52.79% del total de casos en el estado.

Del 100% de los casos acumulados en los municipios de Alvaro Obregón, Copándaro, Ecuandureo, Tingüindín, Huetamo, Susupuato, Huaniqueo, Cherán, Gabriel Zamora, José Sixto Verduzco, Zináparo y Tepalcatepec, corresponden a la variable en estudio, esto es, todos los casos de SIDA presentan antecedentes migratorios a los Estados Unidos.

En cuanto a los estados de la Unión Americana receptores de migrantes michoacanos, los estados de California, Illinois y Texas, captan al 54.8% de los migrantes con SIDA.

b) Edad y sexo

La mayor proporción de los casos acumulados notificados con antecedente migratorio, se registra en el grupo de 20 a 44 años de edad (81.72%). El 95.9% corresponden al sexo masculino y 4.1% al sexo femenino. Para los varones, la proporción se ubica de 30 a 34 años con 22.23%, de 25 a 29 años 18.52% y de 35 a 39 años el 17.47%, el resto queda comprendido fuera del rango de edad de 20 a 44 años.

Para las mujeres, la mayor proporción de casos se ubica en el grupo de 25 a 29 años con 37.5% y de 30 a 34 con 25%, el resto queda comprendido fuera del rango de edad de 20 a 44 años.

Los análisis por tasa, indican que los hombres son más afectados en una proporción de 24:1. En el grupo de 30-34 años, uno de cada 2,481 hombres se han visto afectados, mientras que para las mujeres del mismo grupo de edad, una de cada 62,500.

¹⁰⁸ COESIDA. Programa Epidemiológico 1985-1994. Casos de SIDA con antecedente migratorio a los Estados Unidos de Norteamérica. Michoacán, México. Marzo, 1995.

c) Ocupación

La distribución por rama de ocupación y sexo, es la siguiente:

- la tasa más elevada para el sexo masculino es la del grupo de campesinos con el 62.76%.
- Para el sexo femenino la mayor tasa de incidencia se presenta en las mujeres que se dedican al hogar (62.5%).

d) Categoría de transmisión en adultos

Los casos notificados por categoría de transmisión y sexo, se distribuyen de la siguiente forma:

Sexo masculino

- Vía sexual (86.71%)
 - a) 39.37% heterosexuales
 - b) 27.13% bisexuales y
 - c) 20.21% homosexuales.
- Vía transfusión sanguínea (3.73%)
- Drogadictos intravenosos (6.37%)
- el 3.19% de los casos se desconoce su forma de transmisión.

Sexo femenino

El 50% se atribuye a transmisión por vía sexual y el resto vía transfusión sanguínea, ignorándose si estas transfusiones fueron realizadas en Estados Unidos.

e) Institución notificante

La institución que acumula el mayor número de casos notificados es la Secretaría de Salud con el 54.32%, el Instituto Mexicano de Seguridad Social el 21.32%, el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado el 3.04%, y los

particulares el 21.32%. Se estima que la población rural (el campesino jornalero) no es derechohabiente del IMSS ni del ISSSTE.

El perfil sociodemográfico tradicional de los emigrantes mexicanos a los Estados Unidos, tiene una correlación bastante alta con el perfil epidemiológico de los casos de SIDA que se reportan en Michoacán. El 53.09% del total de casos reportados de SIDA en Michoacán tienen antecedentes migratorios en los Estados Unidos, pero estimamos que esta correlación es más alta. ¿En qué sentido?. En la cédula de levantamiento de la información histórica del portador de VIH/SIDA, existe un ítem donde se pregunta al entrevistado si ha estado alguna vez en Estados Unidos y el lugar específico de su estancia. Si la respuesta es afirmativa entra a formar parte del listado de migrantes con VIH/SIDA. Sin embargo, no se cuestiona si la persona que no ha sido migrante ha tenido contacto sexual con algún otro migrante. De ahí que se estime que la correlación es más alta.

3.4 El SIDA en una región michoacana: el caso de la Región Morelia

El universo de estudio lo constituyeron los 15 municipios que conforman la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia de la SSA¹⁰⁹.

Para la selección de la comunidad de estudio, se diseñó y desarrolló una base de datos donde se capturaron los 700 registros de las personas con VIH/SIDA notificados ante la Secretaría de Salud de 1985 al 31 de diciembre de 1999. Posteriormente se procedió a seleccionar aquellos casos que presentaban la característica de ser migrante hacia EEUU mayor de 15 años. Se excluyó a la población infantil por falta de información sobre el estatus migracional y ocupación de los padres.

¹⁰⁹ Alvaro Obregón, Copándaro, Cultzeo, Charo, Chucándiro, Huandacareo, Indaparapeo, Maravatio, Morelia, Puruándiro, Queréndaro, Santa Ana Maya, Tarímbaro, Tzitzio y Zinapécuaro.

Cabe señalar que, para el estudio de la estratificación del VIH/SIDA sólo se manipularon 11 variables: Edad, Sexo, Ocupación, Escolaridad, Municipio de residencia, Lugares de residencia, Tipo de migración, Grupo de riesgo, Estado actual, Institución notificante e Institución encargada del seguimiento epidemiológico.

a) Resultados obtenidos

Al clasificar por edad los 700 casos acumulados de VIH/SIDA notificados de la Región Morelia, se observa que el 96.3 por ciento tiene 15 años y más de edad (674 casos), el 2.7 por ciento es menor de 15 años (19 casos) y el 1 por ciento no se especifica (7 casos). (Véase cuadro No. 3.4.1)

Al clasificar el total de los casos acumulados mayores de 15 años (674 casos) por estatus migratorio, se observa que:

- Sólo el 84.4 por ciento de los registros especificaron esta variable (569 casos). (Véase Cuadro No. 3.4.2)
- Del total de casos con estatus migratorio especificado, se aprecia que el 65.6 por ciento tiene experiencia migratoria (373 casos). (Véase cuadro No. 3.4.3)
- Del total de casos con experiencia migratoria el 18 por ciento la ha tenido al interior del estado del Michoacán (migrante estatal), el 47 por ciento al interior del país (de los cuales el 15.3 por ciento ha sido en la zona fronteriza norte, esto es, 27 casos), y el 35 por ciento ha sido a nivel internacional (de los cuales el 98.5 ha sido a los Estados Unidos de Norteamérica. (Véase Cuadros No. 3.4.4 y 3.4.5)

b) Características de la población migrante

Con base en lo anterior, el tamaño de la población objetivo del presente estudio, se circunscribe a 128 casos, esto es, 128 casos de VIH/SIDA acumulados en la Región

Morelia de 1985 a 1999, de 15 años y más, con la característica de haber migrado hacia los Estados Unidos de Norteamérica. Lo anterior, representa el 22.5 por ciento de la población mayor de 15 años que especificaron la variable de estatus migratorio (569 casos).

c) Edad y sexo

La edad promedio en el grupo de migrantes internacionales de ambos sexos fue de 36.56 años, la edad mínima encontrada fue de 16 años, y la edad máxima de 75 años, con una desviación estándar de 11.12.

La edad promedio en el grupo de varones migrantes fue de 36.62 años, la edad mínima de 16 años, la edad máxima de 75 años, con una desviación estándar de 11.05.

La edad promedio en el grupo de mujeres migrantes fue de 34.75 años, la edad mínima observada fue de 21 años, la edad máxima de 56 años, con una desviación estándar de 15.02.

De acuerdo a la variable sexo; la mayor proporción de los casos acumulados, notificados con el antecedente migratorio ocurrió en el grupo de varones con el 96.6 por ciento (124 casos) y el resto fue en el grupo de mujeres (4 casos). (Véase cuadros No. 3.4.6 al 3.4.8)

El 57.3 por ciento de los casos de los varones migrantes se ubica entre los 25 y los 39 años de edad. Siendo los tres grupos más afectados: el de los 35 a los 39 años de edad con el 24.2 por ciento; el de 30 a 34 años de edad con el 17.8 por ciento y el de los 25 a 29 años de edad con el 15.3 por ciento. (Véase cuadro 3.4.6)

Para el grupo de mujeres migrantes, las 4 frecuencias observadas se encuentran en los grupos de edad de los 20 a 24, 25-29, 30 a 34 y de 55 a 59 con igual porcentaje del 25 por ciento. (Véase Cuadro No. 3.4.6)

d) Ocupación

Para clasificar a la población migrante por ocupación, se utilizó el primer nivel de agrupamiento de la Clasificación Mexicana de Ocupaciones (CMO 94-95)¹¹⁰, la cual refleja la estructura ocupacional derivada de la división técnica del trabajo y de las ocupaciones generadas por el autoempleo, misma que se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla No. 1 Clasificación Mexicana de Ocupaciones.

Clave	Grupo principal
11	Profesionistas
12	Técnicos
13	Trabajadores de la educación
14	Trabajadores del arte, espectáculos y deportes
21	Funcionarios y directivos de los sectores público, privado y social
41	Trabajadores agropecuarios (actividades agrícolas, ganaderas, silvícolas, de caza y pesca)
51	Jefes, supervisores y otros trabajadores de control en la fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento.
52	Artesanos y trabajadores fabriles.
53	Operadores de maquinaria fija de movimiento continuo y equipos en el proceso de producción industrial.
54	Ayudantes, peones y similares en el proceso de fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento.
55	Conductores y ayudantes de conductores de maquinaria móvil y medios de transporte.
61	Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en actividades administrativas y de servicios.
62	Trabajadores de apoyo en actividades administrativas.
71	Comerciantes y dependientes (empleados de comercio) y agentes de ventas.
72	Vendedores ambulantes y trabajadores ambulantes en servicios.
81	Trabajadores en servicios personales en establecimientos.
82	Trabajadores en servicios domésticos.
83	Trabajadores en servicios de protección y vigilancia, y fuerzas armadas.
99 ^{III}	Otros trabajadores con ocupaciones no clasificadas anteriormente, insuficientemente especificadas y no especificadas.

Fuente: elaboración propia con base en la información de INEGI.

De los 128 casos con antecedentes migratorios a los Estados Unidos de Norteamérica, sólo se conoció la ocupación en el 97.6 por ciento de ellos (125 casos). (Véase Cuadro No. 3.4.7)

¹¹⁰ I71NEC ~~Abundados~~ Básicos del Censo de Población y Vivienda ~~1995~~ México, 1996. pp. 510

d) Ocupación

Para clasificar a la población migrante por ocupación, se utilizó el primer nivel de agrupamiento de la Clasificación Mexicana de Ocupaciones (CMO 94-95)¹¹⁰, la cual refleja la estructura ocupacional derivada de la división técnica del trabajo y de las ocupaciones generadas por el autoempleo, misma que se puede observar en la siguiente tabla:

Tabla No. 1 Clasificación Mexicana de Ocupaciones.

Clave	Grupo principal
11	Profesionistas
12	Técnicos
13	Trabajadores de la educación
14	Trabajadores del arte, espectáculos y deportes
21	Funcionarios y directivos de los sectores público, privado y social
41	Trabajadores agropecuarios (actividades agrícolas, ganaderas, silvícolas, de caza y pesca)
51	Jefes, supervisores y otros trabajadores de control en la fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento.
52	Artesanos y trabajadores fabriles.
53	Operadores de maquinaria fija de movimiento continuo y equipos en el proceso de producción industrial.
54	Ayudantes, peones y similares en el proceso de fabricación artesanal e industrial y en actividades de reparación y mantenimiento.
55	Conductores y ayudantes de conductores de maquinaria móvil y medios de transporte.
61	Jefes de departamento, coordinadores y supervisores en actividades administrativas y de servicios.
62	Trabajadores de apoyo en actividades administrativas.
71	Comerciantes y dependientes (empleados de comercio) y agentes de ventas.
72	Vendedores ambulantes y trabajadores ambulantes en servicios.
81	Trabajadores en servicios personales en establecimientos.
82	Trabajadores en servicios domésticos.
83	Trabajadores en servicios de protección y vigilancia, y fuerzas armadas.
99 ¹¹¹	Otros trabajadores con ocupaciones no clasificadas anteriormente, insuficientemente especificadas y no especificadas.

Fuente: elaboración propia con base en la información de INEGI.

De los 128 casos con antecedentes migratorios a los Estados Unidos de Norteamérica, sólo se conoció la ocupación en el 97.6 por ciento de ellos (125 casos). (Véase Cuadro No. 3.4.7)

¹¹⁰ I71NEGAbulados Básicos del Censo de Población y Vivienda 1995. México, 1996. pp. 510

De acuerdo con la distribución por rama de ocupación, más de la mitad de los casos (52.8%) se agruparon en tres categorías: trabajadores agropecuarios con el 22 por ciento (28 casos); ayudantes, peones y similares con el 18 por ciento (23 casos), y, artesanos y trabajadores fabriles con el 12 por ciento (15 casos). (Véase Cuadro No. 3.4.7)

Para la ocupación *trabajadores agropecuarios*, el grupo de edad más afectado se encuentra entre los 25 a 29 años de edad con un 31.6 por ciento. (Véase Cuadro No. 3.4.7)

La mayoría de los casos notificados en el grupo de varones migrantes (53.2 por ciento) se centra en tres categorías: trabajadores agropecuarios con el 22.6 por ciento (28 casos), seguida de ayudantes, peones y similares con 18.5 por ciento (23 casos); y, artesanos y trabajadores fabriles con 12.1 por ciento (15 casos). (Véase Cuadro No. 3.4.8)

Para el grupo de mujeres, la ocupación más afectada fue la de dedicadas al hogar en un 50 por ciento, seguida por la de trabajadoras de servicios personales en establecimientos con un 25 por ciento, y el 25 por ciento a comerciantes y dependientes. (Véase Cuadro No. 3.4.9)

Por lo que se refiere al comportamiento histórico del periodo de 1985 a 1999 de las 3 categorías ocupacionales más afectadas con el VIH/SIDA en la Región Morelia, se observa que la única categoría ocupacional que ha tenido un comportamiento a la alza ha sido la de los trabajadores agropecuarios. (Véase Cuadro No. 3.4.10)

¹¹¹ Cabe señalar que la categoría de *otros trabajadores con ocupaciones no clasificadas anteriormente, insuficientemente especificadas y no especificadas*, se subdividió a su vez en cuatro categorías: dedicadas al hogar; desempleado y o pensionado; estudiante y, otras.

e) Categoría de transmisión

La categoría de transmisión más afectada en los 128 casos notificados hasta el 31 de diciembre de 1999 con la característica de haber migrado a los estados Unidos de Norteamérica fue la heterosexual con un 44.5 por ciento. (Véase Cuadro No. 3.4.11)

Ahora bien, con base a la variable sexo, el grupo de los 124 varones migrantes se clasifican porcentualmente de acuerdo a la siguiente forma de transmisión: heterosexual con el 43.5%, bisexual con 24.2%, homosexual, 18.5%, otras con 13.8%. (Véase Cuadro No. 3.4.11)

Para el grupo de las mujeres migrantes, el 75 por ciento se atribuye a la transmisión heterosexual y el resto no se especifica. (Véase cuadro No. 3.4.11)

Por lo que se refiere a la variable ocupación, a continuación se presentan las ocupaciones más afectadas para cada una de las tres categorías de transmisión con mayores frecuencias obtenidas:

- La mayor proporción de los casos presentada a través de la transmisión heterosexual se dio en 3 ocupaciones: trabajadores agropecuarios con el 28 por ciento, artesanos y obreros con 18 por ciento y ayudantes y similares con el 16 por ciento. (Véase Cuadro No. 3.4.12)
- Alrededor del 50 por ciento de los casos presentados a través de la transmisión bisexual (47 por ciento) se dio en 2 ocupaciones: ayudantes y similares con el 27 por ciento, seguida por los trabajadores agropecuarios con un 20 por ciento. (Véase Cuadro No. 3.4.12)
- Casi el 40 por ciento de los casos presentados a través de la transmisión homosexual se dio en 2 ocupaciones: comerciantes y dependientes con un 22 por

ciento, seguida de los trabajadores de servicios personales con un 17 por ciento.

(Véase Cuadro No. 3.4.12)

f) Institución notificante y encargada del seguimiento epidemiológico de los casos de VIH/SIDA

De los casos acumulados de 1985 a 1999 con antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica, la institución notificante que acumula mayor número de casos notificados es la Secretaría de Salud, con el 66.4 por ciento, seguida por el Instituto Mexicano del Seguro Social con el 17.2 por ciento. (Véase Cuadro No. 3.4.13)

De acuerdo a la variable sexo, la institución encargada de notificar mayoritariamente al grupo de varones fue la Secretaría de Salud con el 67.7 por ciento de los casos. Para el grupo de las 4 mujeres las cuatro instituciones notificantes fue el Centro de Rehabilitación Social (CERESO), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), particular y la Secretaría de Salud (SSA). (Véase Cuadro No. 3.4.13)

La mayoría de los casos notificados por la SSA –población abierta¹¹²- se concentran en las siguientes tres categorías ocupacionales: trabajadores agropecuarios con el 22.4 por ciento, ayudante y similares con 18.8 por ciento y artesanos y obreros con el 12.9 por ciento.

La mayoría de los casos notificados por el IMSS se concentran en las siguientes tres categorías ocupacionales: ayudantes y similares con el 23 por ciento, trabajadores de servicios personales con un 18 por ciento y artesanos y obreros con el 14 por ciento.

(Véase cuadro No. 3.4.14)

¹¹² Se entiende por población abierta al conjunto de personas que no son derechohabientes en algunas de las instituciones públicas o privadas de salud (IMSS, ISSSTE, etc.) y que son responsabilidad de la Secretaría de Salud. INEGI. 1995. Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados Definitivos. Tabulados Básicos, Tomo I. México. Pp. 507.

La SSA que había notificado al 66.4 por ciento de los casos de migrantes internacionales, incrementa su carga de trabajo en lo que se refiere al seguimiento epidemiológico, en 4.7 puntos porcentuales, como se puede apreciar en la siguiente tabla: (Véase cuadro No. 3.4.15 y Tabla No. 3.2)

Tabla No. 3.2 Casos notificados y atendidos de VIH/SIDA por la SSA en migrantes internacionales a los EEUU de 15 años y más.

Ocupación	Casos de VIH/SIDA atendidos por la SSA				Variación en puntos
	Casos Notificados		Casos atendidos		
	Casos	%	Casos	%	
Trabajadores de servicios personales	6	4.7	4	3.01	- 1.6
Ayudantes y similares	16	12.5	17	13.3	+ 0.8
Artesanos y obreros	11	8.6	11	8.6	
Trabajadores agropecuarios	19	14.8	26	20.3	+ 5.5
Otros	33	25.8	33	25.8	
Total	85	66.4	91	71.1	+ 4.7

Fuente: elaboración propia de acuerdo a la base de datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia. 1985-1999.

El incremento obtenido se ve reflejado por incorporar a 7 trabajadores agropecuarios que eran atendidos por el servicio médico particular y a un ayudante y similar. (Véase cuadro No. 3.4.16)

De acuerdo a la variable sexo, la Secretaría de Salud le ha dado seguimiento al 71 por ciento de los casos de varones y al 75 por ciento de los casos de mujeres migrantes. (Véase cuadro No. 3.4.15)

g) Evolución de los casos

De acuerdo a la evolución de los 128 casos notificados de 1985 al 31 de diciembre de 1999 con antecedente migratorio, el 11.7 por ciento se encuentra en la fase de seropositividad (15 casos), el 33.6 por ciento está enferma (43 casos) y el 54.7 por ciento ha fallecido (70 casos). (Véase cuadro No. 3.4.17)

El grupo de edad más afectado de los migrantes es el de los 35 a los 39 años de edad, ya que agrupa alrededor de la cuarta parte de los seropositivos, enfermos y fallecidos (26.7 por ciento de los casos la fase de seropositividad, 23.3 de los enfermos y el 22.9 de las personas fallecidas). (Véase cuadro No. 3.4.17)

Con base en la variable sexo, se aprecia que de los 124 casos de varones migrantes, el 11.3 por ciento se encuentra en la fase de seropositividad, el 33.1 por ciento está enferma y el 56.5 por ciento ha fallecido. Ahora bien, para los 4 casos de mujeres, el 25 por ciento se encuentra en la fase de seropositividad, el 50 por ciento es enferma y el 25 por ciento ha fallecido. (Véase cuadros No. 3.4.18 y 3.4.19)

El análisis realizado del estado actual de los casos notificados por categoría ocupacional (véase cuadro No. 3.4.20), nos reporta que:

- La ocupación que tiene el mayor porcentaje de personas fallecidas es el de los trabajadores agropecuarios con el 13.3 por ciento, seguida por el de ayudante y similares 12.5 por ciento.

De acuerdo a la variable año de notificación, dado que el horizonte de temporalidad de los casos de VIH/SIDA en el grupo de migrantes internacionales hacia los Estados Unidos de Norteamérica fue de 15 años, se procedió a analizar a esta variable a través de 5 periodos, con un intervalo de 3 años cada uno, a saber: 1985-87, de 1988-90, de 1991-93, 1994-96 y 1997-99. (Véase cuadro No. 3.4.21)

En el primer periodo se concentra el 3.2 por ciento de los casos, en el segundo el 18.8 por ciento, en el tercero el 31.3 por ciento, en el cuarto el 28.1 por ciento y en el último el 18.8 por ciento de los casos respectivamente.

El comportamiento por categoría de transmisión en este grupo de migrantes internacionales a través del tiempo fue la siguiente:

- La categoría de transmisión heterosexual fue la más afectada con 44.5 por ciento. Del total de casos bajo esta categoría se observa que el número de casos en los primeros 4 periodos se incrementó y tuvo una ligera disminución en el último periodo.
- La segunda categoría de transmisión más afectada fue la bisexual con 23.4 por ciento. Del total de casos bajo esta categoría se observa que el número de casos fue en aumento en los tres primeros periodos, disminuyendo en los dos últimos periodos.
- La tercera categoría de transmisión más afectada fue la homosexual con el 18 por ciento. Del total de casos registrados bajo esta categoría se observa que el número de casos aumenta en el tercer periodo pero a partir del cuarto y quinto periodo su comportamiento es a la baja.

El comportamiento por categoría de transmisión, ocupación y sexo en el grupo de migrantes a través del tiempo, puede verse en los Cuadros No. 3.4.22, 3.4.23 y 3.4.24.

h) Geográficamente

De los 128 casos notificados de 1985 al 31 de diciembre de 1999 con antecedente migratorio, el 66 por ciento se concentra en el municipio de Morelia, siendo el segundo municipio con mayor número de casos el de Tarímbaro con el 11 por ciento. (Véase cuadro No. 3.4.25)

De igual forma se observa que existen –porcentualmente- más casos de VIH/SIDA de trabajadores agropecuarios procedentes del Municipio de Tarímbaro, que en el de Morelia. (Véase cuadro No. 3.4.27 y 3.4.28)

Con base en la estratificación del VIH/SIDA en población migrante internacional hacia los Estados Unidos de Norteamérica, se selecciona al municipio de Tarímbaro por

contener el mayor número de casos de trabajadores agropecuarios, para realizar la investigación de campo sobre los factores de riesgo que inciden en la transmisión del VIH/SIDA por vía sexual y poder traducirlos en Necesidades Básicas de Aprendizaje que orienten propuestas de capacitación para ese grupo poblacional.

De los 22 casos acumulados de VIH/SIDA detectados en el municipio de Tarímbaro para el periodo de estudio (1985-1999), 15 corresponden a la variable en estudio (migrantes hacia los Estados Unidos): 14 de ellos mayores de 15 años (63.6 por ciento) y un menor a 15 años (4.5 por ciento). Los 14 casos de VIH/SIDA en migrantes internacionales mayores de 15 años, proceden de 4 comunidades del municipio: Tarímbaro, Téjaro, Cuto y El Lometón. Se escoge esta última comunidad para ser el estudio por ser la que presenta una tasa mayor por 10 mil habitantes. (Véase Tabla No. 3.3)

Tabla No. 3.3 Casos acumulados de VIH/SIDA en personas de 15 años y más procedentes del Municipio de Tarímbaro con antecedentes migratorios a los Estados Unidos de Norteamérica. 1985-1999

Localidad	En todas las ocupaciones		En la ocupación de trabajadores agropecuarios	
	Casos de VIH/SIDA	Tasas por 10 mil habitantes	Casos de VIH/SIDA	Tasas por 10 mil habitantes
Tarímbaro	9	18.0	7	14.0
Téjaro	1	2.4	0	0.0
Cuto	1	3.1	0	0.0
El Lometón	3	94.6	2	63.1

Fuente: elaboración propia de acuerdo a la base de datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 Morelia. 1985-1999.

CAPÍTULO IV REFLEXIONES METODOLÓGICAS

En este trabajo opté por la investigación participativa con enfoque de género, como una forma de intentar revertir algunos de los aspectos negativos de las formas tradicionales de investigación social en el área rural: monopolización del conocimiento y de sus resultados por parte de una élite intelectual; el investigado es tratado como objeto; falta de identificación del investigador con su "objeto" de investigación, la invisibilización de la mujer en el desarrollo y la entrega de información por parte de la persona adulta sin recibir beneficio alguno.

Al hablar de investigación participativa con enfoque de género obliga a caracterizar dos modelos de intervención metodológica: la investigación participativa y el enfoque de género.

Como señala De Shutter¹¹³ la investigación participativa es una propuesta metodológica que se inserta en una estrategia de acción definida, involucrando a los beneficiarios de la misma en la producción de conocimientos. En lugar de investigar sobre los campesinos para aumentar el acervo científico, se investiga conjuntamente con los propios sujetos, para definir acciones que incidan en la realidad en la que están inmersos. La relación que se establece entre el investigador y campesinos es una relación entre sujetos, donde las

¹¹³ De Shutter, Antón (1981) Investigación participativa: una opción metodológica para la educación de adultos. CREFAL, México.

personas adultas investigan su propia realidad. Lo anterior significa que no sólo se contribuye con elementos para planear sino que es un proceso educativo, donde el papel del investigador es facilitar el proceso de la adquisición del conocimiento de su realidad. Entenderemos aquí por realidad social la conexión entre la objetividad (la forma en que las personas se hallan involucradas en los hechos, procesos y estructuras) y su percepción e interpretación de dicha realidad. Lo cual implica un proceso de aprendizaje propio. El objetivo es la gente misma, no el adelanto de la ciencia. Como diría Freire (1978) "si la gente no habla, hay que provocarla porque no somos neutrales".

Es importante señalar que el término percepción social incluye todos aquellos procesos de índole cognitiva mediante los cuales elaboramos juicios relativamente elementales acerca de otras personas y del mundo que nos rodea, sobre la base de nuestra propia experiencia o de las informaciones que nos transmiten terceras personas¹¹⁴. Y dado que el proceso de socialización es diferente para las mujeres que los hombres, luego entonces la percepción será diferente para cada cual.

En esta propuesta metodológica no se pone de manifiesto que la percepción e interpretación de la realidad social se construya de forma diferente en hombres y mujeres. Por ello, como menciona Núñez "resulta necesario ubicar la importancia de utilizar el género como categoría de análisis, ya que nos permite entender las relaciones entre mujeres y hombres como una construcción social analizable a través de un determinado espacio y tiempo, donde las sociedades crean una visión del mundo de acuerdo a las diferencias biológicas que existen entre los sexos, para establecer las normas del orden social, distribuir la riqueza y la manera de ejercer el poder. El género

¹¹⁴ Rubio, L. et. al. 1998. Psicología social: orientaciones teóricas y ejercicios prácticos. Mc Graw Hill, España.

nos permite explicar el significado de la interacción humana y la forma en que son diferenciados hombres y mujeres, pero no por su naturaleza biológica, sino por la diferencia cultural y su valoración”¹¹⁵.

La investigación participativa con enfoque de género es la producción de conocimientos sobre las relaciones dialécticas que se manifiestan en la realidad social, es decir, entre las estructuras objetivas (a nivel macro y micro) y la manera en que se perciben a sí mismos hombres y mujeres en la relación histórica con estas estructuras. Esta observación epistemológica tiene su consecuencia para el método: es necesario involucrar a l@s sujet@s como investigador@s que estudian esa relación dialéctica.

Si bien es cierto que tanto la participación como la investigación por sí solas no pueden producir cambios estructurales. No obstante, la concienciación y la organización implícitas en la participación, más la producción de conocimientos, por y para los grupos campesinos, asesorados teórica y metodológicamente, pueden generar aportes poderosos en las acciones de transformación y de cambios estructurales. Esto es, si los procesos de cambio que experimentan las comunidades son estudiados y comprendidos, *desde dentro*, al participar hombres y mujeres mediante una participación activa, pero cuidadosa, en la marcha de los mismos. Y si, la acción de investigación es *desde abajo*, porque la realidad se observa en forma crítica por los ojos de quienes sufren los efectos de los cambios. Lo cual, implica un tipo de conciencia estructural e histórica sobre las causas de su subordinación y probablemente un cambio por revertir esta situación de inequidad.

Incorporar el enfoque desde dentro y desde abajo¹¹⁶ significa facilitar -al interior de la comunidad- una serie de habilidades enfocadas hacia la conformación de un proyecto

¹¹⁵ Núñez, M. 2000. Charo: la feminización de la pobreza. Universidad Autónoma Chapingo, México.

comunitario educativo viable a futuro, valorando a la gente. Trabajar con la comunidad valorándola significa acompañar a los miembros de la comunidad en la identificación de sus propias necesidades, a través de mejorar su autoestima, recuperar su identidad cultural y autogestión.

Una vez explicitado el marco ideológico de la presente investigación, se hace necesario exponer asimismo los principios básicos que guiaron el proceso investigativo de los factores de riesgo que inciden en la transmisión del VIH/SIDA en El Lometón, una comunidad rural de Michoacán.

Los principios básicos que guiaron mi trabajo fueron 7, mismos que a continuación se describen:

4.1 Primer principio: escuchar a la gente, comprender como ve sus problemas y necesidades es el elemento más importante para el desarrollo comunitario

El principio de escuchar a la gente se basa en la convicción de que, cuando una comunidad identifica una idea que realmente le es propia, ella dará un segundo y un tercer paso hacia un posible desarrollo sostenido; mientras que si la idea llega de fuera – de un agente externo-, con frecuencia es aceptada entusiastamente sólo al principio, pero tiende a fracasar posteriormente; y si se llegara a tener éxito por los esfuerzos del agente externo, el proceso de desarrollo no seguirá, por la sencilla razón de que nunca empezó.

Cuando decidí trabajar en la comunidad de El Lometón partí de los siguientes supuestos:

- desconocimiento de las necesidades y prioridades de la gente;
- la manera en que se organizaban para resolverlas;
- una total ignorancia frente a sus antecedentes; y,

¹¹⁶ Pantin, G. 1989. A mole cricket called Servol: the early years of an educational and community development projet. Fundación Bernard Van Leer. The Hague, The Netherlands.

➤ sobre todo, el desconocimiento de sus proyectos a futuro.

Es por ello, que establecí mi primer contacto con una líder comunitaria reconocida, la directora de la Escuela Primaria, quién me facilitó el primer acercamiento con la comunidad. Inicié la relación presentándome como alumna de la Universidad Autónoma Chapingo Campus Morelia, cuyo objetivo de mi presencia era devolver, de alguna manera a la sociedad, lo que ésta había invertido en mi formación.

Dejé claro que mi presencia en la comunidad como “prestadora de servicio social” respondía a un compromiso de apoyar cualquier idea propuesta por la comunidad para llevarla a cabo, que no me correspondía iniciar ningún proyecto específico, ni sugerir ideas para que algún grupo de la comunidad las instrumentara.

Lo anterior causó una sensación de asombro entre l@s participantes y una serie de interrogantes se empezaron a gestar, que bien podrían resumirse en la siguiente frase “y, entonces ¿en qué nos puede ayudar?”, a lo que les contesté *“la mayoría de los y las promotoras de desarrollo comunitario generalmente traen ya estructuradas sus programas y/o sus cursos de capacitación, pero éstos nunca parten de las necesidades, expectativas e intereses de la población. La formación que he recibido, critica esta forma de trabajar porque genera personas desinteresadas por el desarrollo de la comunidad. La forma de trabajar que he aprendido es a partir de lo que ustedes consideren que es su principal preocupación o problema, de sus necesidades...”*.

Fue por ello que mi primera pregunta que les hice fue ¿cómo les gustaría que yo les ayudara y cómo podríamos empezar a trabajar?. A lo que la gente –en su totalidad mujeres- comentó que les gustaría trabajar conmigo en un proyecto de salud comunitaria, identificándose –a través del diálogo con ellas y entre ellas- dos acciones

prioritarias: mejorar la dieta alimenticia a través de la incorporación de la soya y la formación de un grupo de promotoras de salud. Lo anterior, en virtud de los bajos ingresos de la gente y la ausencia de profesionales de la salud en la comunidad.

4.2 Segundo principio: partir de las ideas que la comunidad tiene para resolver sus problemas

Escuchar a la gente atentamente sobre ella misma, su pueblo, líderes, esperanzas, desilusiones, temores y planes para el futuro; me permitió involucrarme respetuosamente en la vida de la comunidad, asegurándoles que ellas juegan una parte integral tanto en el diseño como la puesta en marcha del proyecto propuesto.

Empezamos por establecer el día, hora y lugar donde se podría iniciar con el primer proyecto de bajo costo que la gente dijo desear. Se diseñó y desarrolló -en el mes de abril del 2001, por la tarde, en la escuela primaria-, un pequeño taller donde trabajamos los siguientes contenidos temáticos: aspecto físico de la soya, principales países productores, características alimenticias, principales centros de venta y costos, recetas básicas (mismas que las mujeres elaboraron y degustaron).

Lo anterior permitió partir de las ideas de la gente y caminar con ellas a su propio ritmo. Este proyecto si bien es cierto que fue pequeño, también fue significativo pues estableció las bases de confianza mutua. Reconocimos -ambas partes- que teníamos mucho para dar y recibir y que comenzábamos a sentirnos beneficiadas mutuamente.

4.3 Tercer principio: involucrarse en la vida cotidiana comunitaria

Con la finalidad de facilitar el intercambio de ideas y una comunicación de doble vía con la comunidad, me fui involucrando lentamente en la vida cotidiana de la gente, a través del apoyo psicológico a aquellas familias que así lo requirieron, la asistencia a eventos civiles y religiosos de la comunidad, el facilitar ante la Secretaría de Salud el

establecimiento de relaciones con el doctor de la clínica rural de Mesón Nuevo, debido a la necesidad de un grupo de mujeres para capacitarse como promotoras de salud. Lo anterior, me permitió ir estableciendo relaciones cordiales y de confianza con la comunidad.

4.4 Cuarto principio: Introducir nuevas ideas a partir de las que ya existen en la comunidad

Una vez que se logró la meta, lograron plantear la conformación un grupo de promotoras comunitarias en salud. Las mujeres manifestaron que querían ser mujeres independientes, con derecho a tomar sus propias decisiones, tener acceso a servicios básicos de salud e influir sobre su destino; factores esenciales para lograr un desarrollo sostenible comunitario. Aunque reconocían, que por el momento, podían trabajar conmigo otros proyectos; pero su esperanza era que a mediano plazo ellas fueran capaces de trabajar por sí solas sin la ayuda de promotores externos.

Como agente externa comprometida con la comunidad en facilitar sus procesos autogestivos, requería tener una clara comprensión de sus problemas, fuerzas, amenazas y características. Para lograrlo necesitábamos realizar un diagnóstico comunitario. Ambas partes nos comprometimos a su elaboración. Acordamos que cualquier acción de desarrollo comunitario era un proceso “de” la gente y “por” la gente en vez de “para” la gente, lo que significó que el diagnóstico comunitario era “de” la comunidad, era un diagnóstico hecho “por” la comunidad y como tal, lo importante no era reunir información, sino la participación de la gente, para la organización y análisis desde diferentes ángulos de la información que ellas ya conocen.

4.5 Quinto principio: propiciar acciones con los recursos e ideas que existen en la comunidad y del agente externo

Bajo este principio se echo a andar el diagnóstico de El Lometón, utilizando la metodología de Evaluación Rural Participativa (ERP) propuesta en 1993 por el Instituto de Recursos Mundiales (WRI) y el Grupo de Estudios Ambientales (GEA, A. C.)¹¹⁷. En la que se considera a la participación popular como un ingrediente fundamental en la planeación de proyectos de desarrollo sostenibles económica, social y ambientalmente.

La Metodología ERP parte de que con frecuencia la solución de los problemas comunitarios se encuentra en la localidad, basta tan sólo integrar de forma sinérgica el conocimiento local con el conocimiento técnico para contribuir a identificar, desarrollar y promover estas soluciones. Además los problemas comunitarios están íntimamente relacionados con los intereses de las personas afectadas y por ende, las soluciones a estos problemas, para ser reales y duraderas, deberán negociarse con aquellos que inciden en ellos. La evaluación participativa comunitaria culmina una vez que la comunidad revisa, ratifica, prioriza los problemas y establece diferentes opciones para enfrentarlos.

La ERP fue diseñada para superar: escasa participación local, información insuficiente e irrelevante, visión parcializada, altos costos de estudios, datos cuantitativos en desmedro de lo cualitativo, ausencia de diferentes actores de la comunidad (especialmente de las mujeres).

¹¹⁷ WRI-GEA. 1993. El proceso de Evaluación Participativa: una propuesta metodológica. México.

La ERP se basa en la lógica de l@s propi@s productor@s, el carácter específico de sus problemas y de sus múltiples dimensiones con los conforman, en la divulgación de propuestas técnicas flexibles y el conocimiento experimental del campesino/a.

La ERP se aplica para definir actividades de gestión local y/o externa; profundizar sobre problemas o temas específicos; identificar áreas prioritarias de acción; dar seguimiento y evaluación de las actividades; y, obtener datos socio-económicos.

Los procesos claves de la metodología ERP son básicamente trabajar con base a la <<óptima ignorancia>>, es decir, nunca se supo todo, no se sabe todo y no se sabrá todo de una comunidad rural. Rescatar el conocimiento popular a través de un proceso investigativo multidimensional, esto es, indagando lo mismo en varias formas, con varios equipos multidisciplinarios y mixtos, con diferentes técnicas e información, tanto de eventos, procesos, gente y lugares. Identificando con ello, problemas y posibles soluciones en un proceso intensivo y semiestructurado. Donde el escuchar, dialogar y analizar con los y las campesinas es de vital importancia. Es por ello, que es necesario establecer con los y las participantes el conjunto de datos óptimos (pocos datos pero útiles), las bondades de partir de las observaciones, datos de campo y archivo, más no de ideas preconcebidas; definiendo además, la diversidad de situaciones a estudiar y posibles formas de utilizar los productos y resultados.

El primer paso para instrumentar la metodología ERP es conformar un Taller de Evaluación Rural Participativa (TERP). El TERP es un escenario creado en el ámbito de una comunidad para producir, analizar e intercambiar, en tiempos definidos puntos de vista sobre experiencias e información acerca de las necesidades locales, los problemas y la situación que guarda la comunidad, el proceso de transformación de la comunidad, las

alternativas que juntos, comunidad y promotores pueden encontrar para satisfacer necesidades locales y cómo contribuir al desarrollo.

Los y las integrantes del TERP son propuestos por la comunidad a través de una asamblea comunitaria, con la característica de ser actores de la comunidad (dirigentes, campesinos, amas de casa), de edades diferentes, hombres y mujeres, cuyas experiencias enriquecen el trabajo y donde la mirada de cada uno es crucial para comprender, diagnosticar, formular y ejecutar proyectos de acción comunitaria campesina.

La ERP contempla el desarrollo de 6 etapas: establecimiento de objetivos y compromisos entre comunidad y agente externo; obtención de la información primaria en la comunidad y con ella; sistematización de la información; clasificación y ponderación de problemas y oportunidades de solución; planeación de tareas para el mejoramiento comunitario y organización de la memoria del taller

Con base en lo anterior, en asamblea comunitaria, la gente de El Lometón identificó como principal objetivo “contar con una memoria escrita de la comunidad, en virtud de que no existía persona alguna que fuera receptora de la cultura local, ni documento que evidenciara el origen, desarrollo, recursos y potencialidades de la comunidad”. Los compromisos en la asamblea fueron los siguientes:

Por parte de la comunidad:

- Selección de un grupo de 8 mujeres que serían las interlocutoras con la comunidad para obtener la información necesaria.
- Conseguir ante la dirección de la Escuela Primaria un espacio para el desarrollo del taller.
- Trabajar por lo menos dos días a la semana.
- Aportar los recursos necesarios para elaborar la memoria.

Por parte de la agente externa:

- Capacitar al equipo de mujeres para elaborar el diagnóstico y,
- Puntualidad en el trabajo.

Una vez seleccionado el grupo de mujeres (a través del reconocimiento local por su trayectoria como personas capaces, responsables e interesadas por la problemática comunitaria), se procedió a capacitarlas en las diferentes técnicas para obtener información espacial, temporal y social de la comunidad. Para posteriormente crear los instrumentos correspondientes (mapas, transectos, diagramas, calendarios y entrevistas) que conformarían la memoria comunitaria. Estos instrumentos permiten identificar con una mirada, el sentido de relaciones diferenciales y de ubicación, asimismo facilitan al equipo y comunidad tener una visión de los problemas y oportunidades desde una perspectiva espacial.

Las mujeres de la comunidad obtuvieron la *información espacial* a través de la observación directa y de entrevistas informales con campesinos, ganaderos y amas de casa de diferentes edades. Los instrumentos que crearon fueron:

- Mapas esquemáticos: en el que dibujaron un mapa regional y uno comunitario, donde se ubican los recursos, actividades, problemas y oportunidades comunitarias. Se establecieron los límites geográficos y características de la región y de la comunidad. La información contenida en estos dos instrumentos es: orientación, caminos, poblaciones, servicios, recursos naturales, ríos, linderos, instalaciones educativas y sanitarias.
- Transectos: se realizaron cortes rectos o travesías a lo largo de la comunidad para captar y representar la mayor diversidad de ecosistemas y usos de suelo de la comunidad, en una representación que incluye un perfil del terreno con sus

accidentes físicos y variaciones altitudinales. La información recogida incluye la distribución de las tierras en la comunidad.

- Esquemas parcelarios: se dibujaron algunas parcelas y establos representativos de la comunidad, indicándose cómo se utiliza el terreno.

Datos temporales. Además de los datos acerca de las relaciones espaciales, el equipo de ERP recolectó y analizó información acerca de las conexiones en el tiempo de los diferentes factores que definen la situación regional. Se crearon tres instrumentos de información:

- Cronología: es una lista de eventos clave que la comunidad consideró importantes en su historia y permitió saber cómo han influido sobre sus recursos en el pasado. El equipo realizó principalmente el trabajo a través de entrevistas con l@s ancian@s de la comunidad.
- Líneas de tendencia: es una gráfica que permitió observar los cambios que se han suscitado a lo largo del tiempo en la comunidad, con la finalidad de aprender a distinguir cómo ve la comunidad los cambios a través del tiempo, en varios aspectos de su vida. Las líneas de tendencia que realizó el equipo fueron dos: migración y productividad de las tierras.
- Calendario estacional: es una matriz que ayuda a representar información diversa en un sólo marco común de tiempo. Compara las actividades del poblado, mes a mes, a lo largo de los distintos sectores productivos, identifica ciclos de actividad que ocurren periódicamente en la vida de la comunidad y ayuda a determinar periodos de problemas o de oportunidades que aparecen periódicamente dentro de un año normal. El calendario estacional diseñado de El Lometón incluyó actividades agrícolas, sociales, enfermedades humanas y el proceso migratorio.

Datos sociales. Incluye información de las instituciones y actores que intervienen en la vida comunitaria. El equipo ERP vació los datos sociales en dos instrumentos:

- Mapa institucional: permitió identificar 10 instituciones al interior de la comunidad, así como el análisis y la evaluación de sus actividades en función de su contribución al desarrollo comunitario.
- Entrevistas a unidades familiares: su propósito fue obtener información socio-económica, a través de un cuestionario elaborado por ellas mismas, para entender la amplitud de variaciones entre familias. En estas entrevistas el equipo tuvo la oportunidad de conversar con habitantes que no son considerados líderes o que no participan en grupos, entrevistándose tanto hombres como a mujeres. Se censaron sólo a 64 de los 90 hogares que conforman El Lometón.

Cabe señalar que, al término de cada instrumento de la etapa de recolección de información; el equipo de mujeres presentaba en asamblea comunitaria, los resultados obtenidos, con la finalidad de que la comunidad observara aciertos, carencias e incongruencias de información. Cuando se detectó alguna de éstas se procedió a la reelaboración del instrumento.

Una vez concluido este trabajo, se procedió a identificar los principales problemas y soluciones.

Cuando se procedió a ponderar cada uno de los problemas, se observó que el único problema viable, esto es, el único problema que podían enfrentar de maneras directa económica y socialmente a corto plazo era la ausencia de personal médico, a través de la formación de promotoras comunitarias.

4.6 Sexto principio: la investigación como proceso para obtener respuestas a un problema y donde la gente se queda con algún beneficio

Este proceso tuvo dos líneas de investigación: formación del equipo de promotoras comunitarias e identificación de los factores de riesgo que inciden en la población migrante para no practicar un sexo seguro y/o protegido.

Por lo que se refiere a la primera línea de investigación –aún en proceso- el equipo de promotoras asiste el primer viernes de cada mes a la Clínica Rural de Mesón Nuevo para capacitarse. Las acciones que realizan hasta el momento son:

- Capacitación de las mujeres en el uso de instrumentos básicos (baumanómetro, báscula, regla, tablas de nutrición) para obtener indicadores directos (tensión arterial) e indirectos (estatura, peso y talla) que permitan identificar problemas de desnutrición, obesidad e hipertensión en la población. Como resultado de esta capacitación se procedió a medir y pesar a tod@s l@s niñ@s menores de 6 años, así como a la población de 6 a 18 años, y más de 18 años. Aquellas personas a quienes se les diagnóstico algún problema de desnutrición, obesidad e hipertensión se les canalizó a la Clínica de Salud para su tratamiento.
- Capacitación en primeros auxilios. Se ha participado en la organización y desarrollo de las semanas nacionales de vacunación.

Es importante señalar que en esta línea de investigación no se tiene la sistematización de la práctica educativa.

Por lo que se refiere a la segunda línea de acción, la experiencia investigativa en temas relacionados con el SIDA durante los últimos 20 años ha subrayado la necesidad del uso de la metodología cualitativa que permite entender adecuadamente los patrones de transmisión del VIH, evaluar su impacto en diferentes comunidades y diseñar programas

de intervención socioeducativas de base comunitaria más efectivos. Si bien es cierto, que este tipo de metodologías presenta limitaciones en la generalización de resultados, ofrece ciertas ventajas en cuanto a la profundidad y flexibilidad, así como la posibilidad de describir aspectos no previstos y la posible utilidad de los resultados en la formulación de programas de desarrollo educativo.

Con la finalidad de identificar los factores de riesgo que inciden en la transmisión del VIH en El Lometón en cuatro poblaciones (migrantes, parejas sexuales de migrantes, hijos e hijas en edad potencial de migrar) y poder traducir estos factores de riesgo en necesidades básicas de aprendizaje que orienten propuestas educativas de corte preventivas, se utilizaron tres técnicas cualitativas con enfoque de género: grupos focales, capacitación participativa y entrevista en profundidad con informantes clave.

El tipo de muestreo que se utilizó para seleccionar a los participantes de los tres eventos antes mencionados fue el muestreo no probabilístico dirigido.

Los resultados obtenidos en esta segunda línea de investigación pueden apreciarse en el capítulo VI de la presente Tesis.

A continuación se mencionan las características de las técnicas de grupos focales y las de la capacitación participativa.

1. Grupos focales: los grupos focales son grupos que tienen por finalidad generar una conversación grupal no solamente para construir un tejido lingüístico de opinión sobre un tema, sino también posibilitar el que determinados sujetos hablantes, reunidos en un espacio, puedan recuperar fragmentos de voces individuales y de una memoria histórica colectiva. Se trata del tipo de lenguaje, subjetividad y racionalidad comprometida en la investigación con moradores y moradoras de los asentamientos rurales, y el tipo de problemática que se pretende

resolver con relación a los y las participantes e investigadores, para reconstruir la subjetividad en esta específica conversación grupal¹¹⁸. La técnica de grupos focales ha sido usada en las áreas de salud, educación, producción, comercialización de la producción, (economía y geografía), cultura, política y subjetividad. Los Grupos focales se validan como técnica durante la última década, en la medida en que fueron capaces de irse adecuando y transformando en un instrumento de construcción de realidad social, primero de la propia comunidad y segundo, para evaluar el estado del arte de la misma en las áreas antes mencionadas.

2. Capacitación Participativa: La metodología “capacitación participativa” se refiere a un tipo de desarrollo que cree en la posibilidad de que los promotores y promotoras capaciten a personas jóvenes y adultas para que adquieran conciencia sobre sus vidas de manera más activa, que les haga más fácil terminar con la cultura del silencio, y que les proporcione la confianza necesaria para expresar sus intereses individuales y colectivos, ayudándoles a entender la dinámica social y ayudándoles a identificar posibles alternativas de solución¹¹⁹.

Este tipo de capacitación tiene sus orígenes en la educación de personas jóvenes y adultas y guía su trabajo a través de los siguientes principios básicos: l@s capacitador@s son facilitadores de espacios para que l@s participantes piensen sobre su situación y articulen sus propios conocimientos y necesidades para saber y aprender más; la participación es esencial para la construcción de escenarios

¹¹⁸ Letelier, Celinda (1998) Uso y producción de focus groups en moradores de asentamientos rurales. En Neto Joao Pessoa. Qualidade de vida e Reforma Agrária na Paraíba. Conferencia organizada por Thomas Bamat y Genaro Leno. UNITRABALHO-UFPA. Brasil.

futuros de l@s participantes; transfiere poder a éstos; confía en el trabajo grupal y en la sostenibilidad de los programas.

La capacitación participativa se centra en las necesidades básicas de aprendizaje (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) del participante, lo que hace que el aprendizaje de éste sea completo, crítico y útil. Para ello, requiere de un ambiente donde le valoren sus experiencias, se sientan psicológicamente seguros y cómodos para olvidar lo que ya saben, prueben sus nuevas ideas y compartan sus experiencias. Al crearse estos ambientes, el o la participante puede desarrollar sus propias normas y valores y pueden asumir la responsabilidad de su propio aprendizaje.

La capacitación participativa no pretenden ser una panacea, es solo el comienzo por el que se facilita a individuos y comunidades a participar en programas educativos, donde los miembros aprenden los unos de los otros y participan democráticamente, que aún con la participación de personas analfabetas, el o la capacitadora participativa puede incorporar a todos en la discusión.

En cada sesión de capacitación participativa, se concentró el trabajo en los testimonios personales, incentivando a los participantes a hablar libremente sobre la problemática del VIH/SIDA y la migración internacional a través de la propia experiencia. Logramos que las personas superaran el miedo a extraños y su ansiedad acerca de asuntos considerados dentro de la esfera privada.

En este tipo de capacitación participativa, las personas están dispuestas a participar en programas que afectan sus vidas y su capacidad para gobernarse a sí mismos. La capacitación participativa es un modelo comprobado para alcanzar esas metas, ya que

¹¹⁹ Srivastava, O. y Tandom, R. (1987) *Participatory Training for Rural Development, Society for Participatory Research in Asia*. New Delhi.

los participantes en El Lometón enfrentaron el binomio migración-SIDA de forma directa, como un aspecto que afecta directamente sus vidas, tuvieron la disposición para hablar abiertamente en presencia de personas extrañas, y para actuar conjuntamente para la erradicación de esta pandemia, aún con la falta de autoridad y el miedo al castigo.

Cabe señalar que las tres variables que se cualificaron en el trabajo con grupos focales fueron: migración internacional recurrente hacia los Estados Unidos, factores de riesgo para contraer el VIH/SIDA y necesidades básicas de aprendizaje.

En los siguientes tres cuadros se puede apreciar la definición conceptual de estas tres variables, sus dimensiones de análisis, indicadores básicos y escalas de medición.

Cuadro no. 4.1 Definición operacional y cualificación de la variable Migración internacional recurrente hacia los Estados Unidos.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones (variables contenidas en la definición conceptual)	Indicadores (definición operacional)	Escala De Medición
Migración internacional recurrente hacia los Estados Unidos	Flujo de personas que han trabajado o buscado trabajo en los Estados Unidos por un día calendario o más al año en más de una ocasión y que, al menos una vez al año regresa a su comunidad de origen, manteniendo lazos afectivos y económicos con su núcleo familiar, y con la intención de regresar nuevamente a ese país.	Característica del flujo migratorio	Sexo	Nominal
			Edad	Intervalar
			Nivel educativo	Ordinal
			Lugares de destino	Nominal
			Ocupación	Nominal
			Experiencia migratoria	Nominal
			Status migratorio	Nominal
			Cruces fronterizos	Nominal
			Coyotaje	Nominal
			Uso de las remesas	Nominal
			Migración con familia	Nominal
			Percepción del migrante	Nominal
			Percepción de la migración	Nominal
			Causas de la migración	Nominal
			Expectativas de migrar	Nominal
			Cambios en los patrones sexuales de los migrantes	Nominal

Cuadro 4.2 Definición operacional y cualificación de la variable Factores de riesgo.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones (variables contenidas en la definición conceptual)	Indicadores (definición operacional)	Escala De Medición
Factores de riesgo	Todos aquellos elementos de orden económico, político y/o sociocultural que inciden en el migrante temporal recurrente para practicar un “sexo no protegido” con otra persona.	Demográfica	Edad	Intervalar
			Escolaridad	Ordinal
			Ocupación	Nominal
			Vida sexual	Nominal
		Mensajes alusivos al VIH/SIDA	Conocimientos epidemiológicos	Ordinal
			Principal medio de información	Nominal
			Retención de los contenidos de los mensajes	Ordinal
			Percepción de los grupos de riesgo	Nominal
			Percepción de una persona con VIH/SIDA	Nominal
			Conocimiento de una persona con VIH/SIDA	Nominal
			Aceptación de personas con VIH/SIDA	Nominal
			Tipo de apoyo brindado a una persona con VIH/SIDA	Nominal
		Transmisión del VIH/SIDA	Formas de transmisión	Nominal
		Prevención del VIH/SIDA	Medidas preventivas adoptadas ante el VIH/SIDA	Nominal
		Conocimientos, habilidades y uso del condón	Contacto físico con un condón	Nominal
			Uso del condón	Nominal
			- razones uso - razones no uso	Nominal
			Posibilidad de usar el condón con persona con historia sexual desconocida	Nominal
			- razones uso - razones no uso	Nominal
			Uso del condón de los/las vírgenes en futuras relaciones	Nominal
			- razones uso - razones no uso	Nominal

Continúa

Cuadro 4.2 Definición operacional y cualificación de la variable Factores de riesgo.

Continuación

Variable	Definición conceptual	Dimensiones (variables contenidas en la definición conceptual)	Indicadores (definición operacional)	Escala de Medición
Factores de riesgo	Todos aquellos elementos de orden económico, político y/o sociocultural que inciden en el migrante temporal recurrente para practicar un “sexo no protegido” con otra persona.	Comunicación y capacitación en torno al VIH/SIDA	Asistencia a eventos sobre VIH/SIDA • duración • lugar • institución convoc.	Nominal Intervalar Nominal Nominal
			Fuente principal con quien comparte dudas e inquietudes sobre sexualidad	Nominal
			Principal tema de interés para asistir a un taller educativo • persona confiable para impartirlo • horario	Nominal Nominal Nominal

Cuadro 4.3 Definición operacional y cualificación de la variable Necesidades Básicas de Aprendizaje.

Variable	Definición conceptual	Dimensiones (variables contenidas en la definición conceptual)	Indicadores (definición operacional)	Escala De Medición
Necesidades básicas de aprendizaje.	Conocimientos, habilidades, actitudes y valores requeridos por el ser humano para sobrevivir, desarrollar sus capacidades, vivir, trabajar en dignidad, participar en el desarrollo y mejorar la calidad de sus vidas, tener decisiones informadas y continuar aprendiendo. (World Conference on Education for all, 1990)	Conocimientos	Percepción y codificación de mensajes alusivos al VIH/SIDA	Nominal
			Transmisión del VIH/SIDA	Nominal
			Prevención del VIH/SIDA	Nominal
			Conocimientos, habilidades y uso del condón	Nominal
			Comunicación y capacitación en torno al VIH/SIDA	Nominal

Continúa

Cuadro 4.3 Definición operacional y cualificación de la variable Necesidades Básicas de Aprendizaje.

Continuación

Variable	Definición conceptual	Dimensiones (variables contenidas en la definición conceptual)	Indicadores (definición operacional)	Escala De Medición
Necesidades básicas de aprendizaje.	Conocimientos, habilidades, actitudes y valores requeridos por el ser humano para sobrevivir, desarrollar sus capacidades, vivir, trabajar en dignidad, participar en el desarrollo y mejorar la calidad de sus vidas, tener decisiones informadas y continuar aprendiendo. (World Conference on Education for all, 1990)	Habilidades	Percepción y codificación de mensajes alusivos al VIH/SIDA	Nominal
			Transmisión del VIH/SIDA	Nominal
			Prevención del VIH/SIDA	Nominal
			Conocimientos, habilidades y uso del condón	Nominal
			Comunicación y capacitación en torno al VIH/SIDA	Nominal
		Actitudes	Percepción y codificación de mensajes alusivos al VIH/SIDA	Nominal
			Transmisión del VIH/SIDA	Nominal
			Prevención del VIH/SIDA	Nominal
			Conocimientos, habilidades y uso del condón	Nominal
			Comunicación y capacitación en torno al VIH/SIDA	Nominal
		Valores	Percepción y codificación de mensajes alusivos al VIH/SIDA	Nominal
			Transmisión del VIH/SIDA	Nominal
			Prevención del VIH/SIDA	Nominal
			Conocimientos, habilidades y uso del condón	Nominal
			Comunicación y capacitación en torno al VIH/SIDA	Nominal

CAPÍTULO V TARÍMBARO: TIERRA DE SAUCES

Tarímbaro es una palabra de origen chichimeca que significa “lugar de sauces”. El municipio de Tarímbaro se localiza al norte del estado, en las coordenadas 19°48’ de latitud norte y 101°10’ de longitud oeste, a una altura de 1,860 metros sobre el nivel del mar. Limita al norte con Copándaro y Cuitzeo, al este con Álvaro Obregón, al sur con Morelia y Charo, y al oeste con Chucándiro. Su distancia a la capital del estado es de 12 kms.

Cuenta con una superficie de 258.57 Km², que representa el 0.43 por ciento del total del estado.

Su relieve está constituido por el sistema volcánico transversal y los cerros Tecolote, de Oro, de Tlacuache y la calle de Tarímbaro.

Su hidrografía está constituida por el río San Marcos, arroyos, manantiales de agua fría, represas y parte del lago de Cuitzeo.

Su clima es templado con lluvias en verano. Tiene una participación pluvial anual de 609.0 milímetros y temperaturas que oscilan de 2.5 a 25.1° centígrados.

En el municipio domina la pradera con nopal, huisache y matorrales diversos. Su fauna se conforma por coyote, tejón, zorrillo, tlacuache, conejo, liebre, gorrión, codorniz y golondrina. La superficie forestal no es maderable y está ocupada por matorrales espinosos.

Los suelos del municipio datan de los periodos cenozoico, terciario, cuaternario y plioceno; corresponden principalmente a los del tipo chernozem. Su uso es primordialmente agrícola y en menor proporción ganadero.

5.1 Población

La población relativa de Tarímbaro -con respecto al estado- ha permanecido casi igual desde 1950 al año 2000¹²⁰. En la década de los 50's su población representaba el 0.96% de la población total de Michoacán y para el año 2000 aumentó ligeramente al 0.99%.

En 1950 la población masculina representó el 50.15% y la femenina el 49.85%. Para el año 2000, el porcentaje de varones disminuye a 47.56% y el de mujeres aumenta a 52.44%. (véase cuadro 5.1)

Cuadro 5.1 Población total por sexo del Municipio de Tarímbaro 1950-2000.

Población total por sexo Municipio de Tarímbaro					
Año	Categoría	Total	Hombres	Mujeres	% respecto al Estado
1950	Estado	1 422 717	701 430	721 287	
	Municipio	13 696	6 868	6 828	1.0
1960	Estado	1 851 876	926 955	924 921	
	Municipio	18 032	9 116	8 916	1.0
1970	Estado	2 324 226	1 166 993	1 157 233	
	Municipio	20 413			0.9
1980	Estado	2 868 824	1 413 567	1 455 257	
	Municipio	25 503	12 744	12 759	0.9
1990	Estado	3 548 199	1 718 763	1 829 436	
	Municipio	33 871	16 658	17 213	1.0
1995	Estado	3 870 604	1 884 105	1 986 499	
	Municipio	36 637	17 949	18 688	0.9
2000	Estado	3 979 177	1 901 475	2 077 702	
	Municipio	39 368	18 725	20 643	0.9

Fuente: Elaboración propia con datos de los Censos Generales de Población y Vivienda VII, VIII, IX, X, XI, XII Resultados Preliminares; 1950-2000. Censo General de Población y Vivienda 1995. INEGI.

La tasa de crecimiento media anual para el periodo intercensal 1950-1995 fue de 2.21% y para Michoacán de 2.25%. Lo anterior se ha visto reflejado en el aumento de la

¹²⁰ INEGI. 2000. Censo General de Población y Vivienda 2000. Resultados Preliminares. México. pp. 167-178.

densidad poblacional del municipio, aunque se observa un decremento en el último periodo intercensal. Para 1950 la densidad era de 59.8 habitantes por kilómetro cuadrado, en 1960 de 78.8, en 1970 de 89.2, en 1980 de 111.4, en 1990 de 148.0, en 1995 de 160.0 y en el 2000 de 152.25. (véase cuadro 5.2 y 5.3)

Cuadro 5.2 Tasa de crecimiento media anual intercensal del Municipio de Tarímbaro 1950-1995.

Tasa de crecimiento media anual intercensal 1950-1995 Municipio de Tarímbaro		
Periodo	Categoría	Por ciento
1950-1960	Estado	2.7
	Municipio	2.8
1960-1970	Estado	2.3
	Municipio	1.2
1970-1980	Estado	2.1
	Municipio	2.3
1980-1990	Estado	2.1
	Municipio	2.9
1990-1995	Estado	1.8
	Municipio	1.6

Fuente: El municipio en cifras. Edición 2000. Gobierno del estado, CIDEM, CIESEM. Michoacán, 2000.

Cuadro 5.3 Densidad de población en Km2 del Municipio de Tarímbaro 1950-2000.

Año	Densidad de Población Expresada en habitantes por km2	
	Estado	Municipio
1950	23.8	59.8
1960	30.9	78.8
1970	38.8	89.2
1980	47.9	111.4
1990	59.3	148
1995	59.3	160
2000	64.7	152.25

Fuente: Elaboración propia con datos de los Censos Generales de Población y Vivienda VII, VIII, IX, X, XI, XII Resultados Preliminares; 1950-2000. Conteo General de Población y Vivienda 1995. INEGI.

Como se puede apreciar en el cuadro 5.4, la densidad poblacional del municipio de Tarímbaro a lo largo de 50 años ha sido mayor que de la de Michoacán.

Las tres localidades con mayor número de población en 1995 y que concentraron al 34.03% de la población total municipal fueron: Tarímbaro con 5 mil 012 habitantes

(13.68% de la población total municipal), Téjaro de los Izquierdo con 4 mil 197 (11.46%) y Cuto del Porvenir con 3 mil 256 (8.89%) respectivamente.

Para el periodo de 1950 a 1990, la población urbana aumentó y en consecuencia, la población rural disminuyó. (Véase anexo 5.4)

5.4 Población urbana y rural del Municipio de Tarímbaro 1950-2000.

Población urbana y rural Municipio de Tarímbaro 1950-1990				
Año	Urbana		Rural	
	Total	%	Total	%
1950	0	0	13 696	100.0
1960	0	0	18 032	100.0
1970	2 654	13.0	17 759	87.0
1980	3 888	15.2	21 615	84.8
1990	14 103	41.6	19 768	58.4

Fuente: elaboración propia con base en Censos Generales de Población y Vivienda VII, VIII, IX, X y XI; 1950-1990.

5.2 Vivienda

Para el año 2000, Tarímbaro contaba con 8 mil 439 viviendas particulares, con un promedio de 4.65 ocupantes por vivienda. Promedio que ha ido disminuyendo durante los últimos 30 años. (Véase cuadro número 5.5)

Cuadro 5.5 Viviendas habitadas, ocupantes y promedio de ocupantes del Municipio de Tarímbaro 1970-2000.

Viviendas particulares habitadas, ocupantes y promedio de ocupantes. Municipio de Tarímbaro 1970-2000.			
Año	Viviendas	Ocupantes	Promedio *
1970	3 274	20 413	6.2
1980	3 910	25 503	6.5
1990	6 073	33 871	5.6
1995	7 131	36 637	5.1
2000	8 439	39 254	4.65

Fuente: Elaboración propia con datos de los Censos Generales de Población y Vivienda IX, X, XI, XII Resultados Preliminares; 1970-2000. Censo General de Población y Vivienda 1995. INEGI.

Los principales materiales de construcción de estas viviendas –para el año de 1990- son similares a los del estado. Porcentualmente el material predominante en pisos fue el

siguiente: 46.1% cemento o firme; 25.9% madera mosaico u otros; 27.3% tierra y; 0.8% no especificado.

Por lo que corresponde al material predominante en paredes: 67.1% tabique, ladrillo, block o piedra; 29.3% adobe; 1.0% lámina de cartón; 0.9% otros materiales y no especificado; 0.8% madera; 0.3% embarre o bajareque; 0.4% lámina de asbesto o metálica, 0.2% carrizo, bambú o palma.

Cuadro No. 5.6 Viviendas particulares habitadas según material predominante en pisos, paredes y techos del municipio de Tarímbaro en 1990.

Viviendas particulares habitadas según material predominante en pisos, paredes y techos Municipio de Tarímbaro 1990				
Material predominante	Estado		Municipio	
	Absolutos	Relativos	Absolutos	Relativos
PISOS	663 496	100.0	6 059	100.0
Tierra	180 861	27.3	1 426	23.5
Cemento o firme	305 959	46.1	3 885	64.1
Madera, mosaico y otros	171 555	25.9	726	12.0
No especificado	5 121	0.8	22	0.4
PAREDES	663 496	100.0	6 059	100.0
Lámina de cartón	10 619	1.6	59	1.0
Carrizo, bambú o palma	6 928	1.0	11	0.2
Embarro o bajareque	7 694	1.2	18	0.3
Madera	80 076	12.1	50	0.8
Lámina de asbesto o metálica	2 730	0.4	26	0.4
Adobe	176 795	26.6	1 773	29.3
Tabique, ladrillo, block o piedra	369 227	55.6	4 064	67.1
Otros materiales	4 602	0.7	33	0.5
No especificado	4 825	0.7	25	0.4
TECHOS	663 496	100.0	6 059	100.0
Lámina de cartón	109 602	16.5	575	9.5
Palma, tejamanil o madera	19 289	2.9	32	0.5
Lámina de asbesto	82 685	12.5	603	10.0
Teja	185 545	28.0	2 577	42.5
Losa de concreto, tabique o ladrillo	253 819	38.3	2 210	36.5
Otros materiales	7 430	1.1	31	0.5
No especificado	5 126	0.8	31	0.5

Fuente: elaboración propia con datos del XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Michoacán. Resultados Definitivos Tabulados Básicos.

El material preponderante en techos es: 42.53% teja; 36.47% losa de concreto, tabique o ladrillo; 9.95% lámina de asbesto o metálica; 9.49% lámina de cartón; 1.02% otros materiales y no especificado; 0.53% palma o madera. (Véase cuadro No. 5.6)

A pesar de que la disponibilidad de agua entubada, drenaje y electricidad se ha venido incrementando en las viviendas de Tarímbaro de 1970 a 1995 (al igual que en Michoacán), aún persisten considerables rezagos. En el municipio, el agua entubada aumentó de 50.60% a 93.2%; el drenaje de 13.10% a 65.3% y en electricidad de 29.00% a 98.5%. (Véase cuadro no. 5.7)

5.7 Disponibilidad de agua, drenaje y electricidad en el Municipio de Tarímbaro de 1970 a 1995.

Año	Estado			Tarímbaro		
	Agua	Drenaje	Electricidad	Agua	Drenaje	Electricidad
1970	52.5	31.9	48.9	50.6	13.1	29.0
1980	66.7	42.1	68.5	74.0	18.2	74.6
1990	78.7	57.1	87.2	82.3	42.4	94.3
1995	87.7	71.2	93.7	93.2	65.3	98.5

Fuente: elaboración propia con datos del IX, X, XI Censos Generales de Población y Vivienda, 1970-1990. Michoacán Perfil sociodemográfico del XI Censo Generales de Población y Vivienda. Conteo general de Población y Vivienda 1995. INEGI. Para el servicio agua se incluyó dentro y fuera de la vivienda.

5.3 Servicios públicos

Según el Centro de Estudios Municipales, la cobertura de servicios públicos tales como: drenaje, pavimentación, alumbrado público, recolección de basura, rastro y panteones es deficitario. (Véase cuadro No. 5.8)

Cuadro No. 5.8 Cobertura de los Servicios Públicos del Municipio de Tarímbaro 1999, con base en las apreciaciones del H. Ayuntamiento de Tarímbaro es:

Servicio	Cobertura En porcentaje
Agua potable	85
Drenaje	55
Electrificación	90
Pavimentación	20
Alumbrado Público	70
Recolección de Basura	40
Mercado	ND
Rastro	2
Panteón	7
Cloración del agua	100
Seguridad Pública	100
Parques y jardines	ND
Edificios Públicos	ND
Simbología: N.D.= No disponible	

Fuente: Centro de Estudios Municipales, 1999.

5.4 Salud

En 1998 la población derechohabiente del municipio de Tarímbaro alcanzaba un total de 4 mil 410 personas y en su totalidad fue atendida por el IMSS. Ahora bien, la población abierta se calculaba en más de 34 mil personas¹²¹.

La demanda de servicios médicos en el municipio es atendida por: 9 Unidades Médicas adscritas a la Secretaría de Salud, 1 Clínica del IMSS y consultorios particulares, que atienden aproximadamente al 95% de la población, el resto no tiene acceso a este servicio.

Para atender a esta población de 34 mil 806 personas (95%), los servicios de salud disponían de 10 clínicas de primer nivel; 13 camas censables; 10 médicos generales y 12 enfermeras; 10 consultorios y en el año se proporcionaron 15 mil 520 consultas generales.

5.5 Marginación

El municipio de Tarímbaro tiene un grado de marginación medio. (Véase cuadros 5.9 y 5.10)

Cuadro Número 5.9 Grado de Marginación del Municipio de Tarímbaro, 1990.

Conceptos	Cifras
Inversión federal del ramo XXVI 1997	4 440 866
Índice de marginación CONAPO 1990:	-0.328
INDICADORES %	
Mayores de 15 años analfabetos:	18.8
Mayores de 15 años sin primaria completa:	57.4
Ocupantes en viviendas particulares	
Sin drenaje ni excusado:	44.6
Sin energía eléctrica:	5.7
Sin agua entubada:	16.6
Con hacinamiento:	66.5
Con piso de tierra:	24.3
Habitantes en localidades menores de 5 mil habitantes	100.0
Población ocupada con ingresos menores a 2 salarios mínimos:	68.9

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal (SNIM), 1998, CEDEMUN.

¹²¹ INEGI. 1999. Anuario Estadístico del Estado de Michoacán. Edición 1999, México.

Cuadro Número 5.10 Marginación y bienestar social

Tarímbaro				
Marginación				
Grado	Índice	Lugar a nivel:		
		Regional	Estatal	Nacional
Medio	-0.33	6	46	1,481

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal (SNIM), 1998, CEDEMUN.

5.6 Empleo y salarios

Para 1990, la población de 12 años y más ascendió a 22 mil 490 personas en el municipio de Tarímbaro, de las cuales el 34.2% se encontraba ocupada; el 60.1% era población económicamente inactiva; el 2.9% se registró como desocupada; y el 2.8% no especificada. La actividad económica y el ingreso dependen del 34.2% de la población económicamente activa. (Véase cuadro no. 5.11)

Cuadro No. 5.11 Población de 12 años y más por condición de actividad y sexo. Municipio de Tarímbaro 1990.

Población de 12 años y más por condición de actividad y sexo 1990									
Municipio de Tarímbaro									
Región	Población Total	Población Económicamente Activa				Población económica Inactiva		No especificado	
		Ocupada		Desocupada					
		Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Estado	2352414	715056	176817	24641	3640	338277	1015733	37704	40546
Tarímbaro	22490	6904	791	609	43	3070	10447	300	326

Fuente: elaboración propia con datos de Michoacán, Resultados definitivos Tabulados Básicos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. INEGI

Tarímbaro presenta para 1990, una mayor población ocupada en el sector primario, de acuerdo a la siguiente estructura económica: la ocupación en el sector primario representa el 51.19%, en el sector secundario el 21.86%, en el sector terciario el 21.99% y se registra como no especificado el 4.96%.

Las ramas de actividad que concentran el mayor número de población son la agricultura, ganadería, caza y pesca con 3 mil 939 personas; la construcción con 892; industria manufacturera con 754; comercio con 608, servicios personales de mantenimiento y

otros con 370 personas y servicios comunales y sociales con 228. El total considerado bajo este rubro fue de 7 mil 695.

El total de la población ocupada en 1990 de 7 mil 695 personas, se distribuye de acuerdo a su ocupación principal de la siguiente forma: trabajadores agropecuarios con el 50.60%, artesanos y obreros con el 14.45%, comerciantes y dependientes con el 5.95%, operadores de transporte con el 2.64%, ayudantes y similares con el 0.40%, oficinistas con el 2.29%, operadores de maquinaria fija con el 3.18%, trabajadores domésticos con el 2.25%, trabajadores de la educación con el 1.36%, trabajadores en servicio público con el 4.15%, trabajadores ambulantes con el 0.61%, funcionarios y directivos con el 0.19%, protección y vigilancia con el 1.9%, profesionales con el 0.58%, técnicos con el 0.96%, trabajadores del arte con el 0.27%, inspectores y supervisores con el 0.25% y no especificados con el 4.34%. (Véase cuadro no. 5.12)

Cuadro No. 5.12 Población ocupada por rama de actividad económica. Municipio de Tarímbaro 1990.

Población ocupada por rama de actividad económica, 1990 Municipio de Tarímbaro	
Rama de actividad	No.
Agricultura, ganadería, caza, pesca	3 939
Minería	20
Extracción de petróleo y gas	2
Industria manufacturera	754
Electricidad y agua	14
Construcción	892
Comercio	608
Transporte y comunicaciones	98
Servicios financieros	19
Administración pública y defensa	197
Servicios comunales y sociales	228
Servicios profesionales y técnicos	81
Servicios de restaurantes y hoteles	91
Servicios personales de mantenimiento y otros	370
No especificado	382
Total	7 695

Fuente: base de datos Fénix. CIDEM, 1995

Al igual que en el Estado, las tres ocupaciones más importantes son trabajadores agropecuarios, artesanos y obreros, comerciantes y dependientes, que en conjunto representan el 71.0%. (Véase Cuadro No. 5.13)

Cuadro No. 5.13 Población ocupada según ocupación principal. Municipio de Tarímbaro 1990.

Población ocupada según ocupación principal 1990 Estado de Michoacán y municipio de Tarímbaro			
Actividad	Estado	Total	%
Población ocupada	891 873	7 695	100.0
Profesionales	18 253	45	0.6
Técnicos	19 328	74	1.0
Trabajadores de la educación	32 362	105	1.4
Trabajadores del arte	5 948	21	0.3
Funcionarios y directivos	12 202	15	0.2
Trabajadores agropecuarios	300 400	3 893	50.6
Inspectores y supervisores	6 492	19	0.2
Artesanos y obreros	155 776	1 112	14.5
Operadores de maquinaria fija	19 479	245	3.2
Ayudantes y similares	30 516	310	4.0
Operadores de transporte	37 766	203	2.6
Oficinistas	45 645	176	2.3
Comerciantes y dependientes	87 081	458	6.0
Trabajadores ambulantes	18 021	47	0.6
Trabajadores en servicio público	33 888	319	4.1
Trabajadores domésticos	20 306	173	2.2
Protección y vigilancia	10 834	146	1.9
No especificado	37 576	334	4.3

Fuente: elaboración propia con datos de Michoacán, Resultados definitivos Tabulados Básicos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. INEGI

Cuadro 5.14 Población ocupada según nivel de ingreso mensual. Municipio de Tarímbaro, 1990.

Población ocupada según nivel de ingreso mensual 1990 Municipio de Tarímbaro				
Nivel de Ingreso	Estado		Tarímbaro	
	Total	%	Total	%
Totales	891 873	100.0	7 695	100.0
No recibe ingreso	104 533	11.7	1 347	17.5
Menos de 1 salario mínimo	151 798	17.0	1 520	19.8
De 1 a 2 salarios mínimos	278 601	31.2	2 435	31.6
Más de 2 y menos de 3 salarios mínimos	132 452	14.9	768	10.0
De 3 a 5 salarios mínimos	81 686	9.2	330	4.3
Más de 5 salarios mínimos	60 785	6.8	311	4.0
No especificado	82 018	9.2	984	12.8

Fuente: elaboración propia con datos de Michoacán, Resultados definitivos Tabulados Básicos. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. INEGI

Se observa un bajo nivel adquisitivo en la mayoría de población ocupada de Tarímbaro al igual que el estado, ya que ambas poblaciones reciben de 2 o menos salario de ingreso. (Véase Cuadro No. 5.14)

5.7 Agricultura

De acuerdo al VII Censo Agropecuario de 1991, Tarímbaro cuenta con 30 ejidos y comunidades agrarias; con una superficie de 13 mil 213 hectáreas; de las cuales 9 mil 228 se encuentran parceladas. La superficie laboral se divide en: 6 de riego, 8 de temporal, y el resto con riego y temporal.

Todas las unidades que comprenden la superficie de labor empleaban tecnología; a su vez, en 22 unidades se usa instalaciones; en 11 de ellas tienen crédito o seguro (8 tenían crédito y 3 utilizan crédito y seguro).

Asimismo 29 unidades tienen como actividad principal la agricultura y uno la ganadería.

Las unidades de producción rural de Tarímbaro representan el 1.19% de las del Estado.

En el ciclo agrícola 95-96 se incorporaron al riego 1 mil 953 hectáreas del municipio de Tarímbaro

Para 1996, solicitaron beneficios del PROCAMPO 1 mil 977 productores , todos ellos fueron ratificados y beneficiados. El monto pagado por PROCAMPO fue de 4 millones 178 mil pesos.

5.8 Ganadería

Con base a la información proporcionada por el INEGI, en orden de importancia se cría ganado: bovino, porcino, equino, caprino, ovino y sobre todo aves de corral. El municipio es considerado como un gran productor de leche dentro del estado.

En 1991 las unidades de producción rurales en Michoacán con explotación de animales fueron 147 mil 596, siendo principalmente la cría y explotación de aves de corral con 106 mil 237 unidades, seguida por ganado equino con 98 mil 803, ganado bovino 81 mil 025 y ganado porcino con 52 mil 768 unidades. El municipio de Tarímbaro representó con relación al estado el 1.17% de las unidades de producción rurales con cría y explotación de animales, el 1.01% aves de corral, 0.01% ganado equino, 1.27% bovino y 1.46% porcino. En términos absolutos las unidades de producción fueron 1 mil 730, en aves de corral 1 mil 075, en ganado equino 1 mil 281, en ganado bovino 1 mil 033 y en ganado porcino 767.

En este mismo año la población ganadera predominante en Michoacán fueron aves de corral, bovinos y porcinos con 17 millones 050 mil 198, 1 millón 763 mil 189 y 1 millón 085 mil 190, respectivamente. La participación del municipio en la población ganadera del Estado fue la siguiente: 37 mil 318 en aves de corral, 10 mil 692 bovinos, 3 mil 997 porcinos y 3 mil guajolotes. Como se muestra la población de aves de corral y de bovinos es la de mayor importancia en el municipio.

Dentro de la producción ganadera en la entidad de acuerdo con su valor destaca el ganado bovino, que representó el 72.5%, seguido por el porcino con el 16.3%. En el municipio es poco importante la actividad ganadera en su conjunto si se le compara en relación con la estatal, debido a que representa tan sólo el 0.70% del total referido al Estado; sin embargo, al interior de la producción ganadera municipal destacan las mismas especies, es decir, la bovina y la porcina, con el 75.67% y el 10.72%, respectivamente.

En el Estado se sacrificaron 16 millones 194 mil aves, 408 mil porcinos, 254 mil bovinos, 126 mil caprinos y en número muy inferior los guajolotes, los ovinos y los equinos.

En Tarímbaro el número de sacrificios fue como sigue: 12 mil aves, 2 mil 997 guajolotes, 774 bovinos, 1 mil 210 porcinos, un mil caprinos y muy por debajo le siguen los ovinos.

La producción de carne en canal en el Estado fue de 36.7 mil toneladas de bovino, 35 mil de porcino, 23.6 mil de aves y el resto carece de importancia. En el municipio fue alrededor de 263 toneladas de porcino y 89 de bovino, careciendo el resto de importancia.

Según el valor de la producción, las especies más importantes en el Estado fueron el ganado bovino con 552.6 millones de pesos, el porcino con 555.7 y las aves con 224.7. En el municipio las más significativas fueron el ganado porcino con 4 millones 471 mil pesos, el bovino con 1 millón 691 mil y el resto se registran con cifras muy bajas.

Dentro del volumen de la producción de otros productos pecuarios se consideran la leche de bovino y caprino, las pieles, la lana, el huevo, la miel y la cera. En Michoacán destacó la producción de leche de bovino con 285 millones de litros, la de huevo con 19 mil 15 de toneladas, la de pieles con 2 mil 657 toneladas y la de miel con un mil 682 toneladas; las cifras de cera y lana son poco significativas. En el municipio también destacó la producción de leche de bovino con 6 millones 549 mil litros y el huevo con 102 toneladas; no se registró producción de pieles; y la cera, miel y lana son poco representativas.

5.9 Silvicultura

En el municipio de Tarímbaro la producción forestal es nula.

5.10 Industria

Las industrias establecidas en Tarímbaro son: embotelladora de refrescos, fábricas de láminas de cartón asfaltado, procesadora de cal y plantas trituradoras de piedra.

Las principales características de los establecimientos manufactureros en 1994 para el municipio de Tarímbaro fueron las siguientes:

- se censaron 38 unidades económicas,
- el personal ocupado total promedio fue de 519,
- las remuneraciones totales al personal ocupado fueron 6 millones 438 mil 300 pesos,
- los activos fijos netos ascendieron a la cantidad de 32 millones 443 mil 800 pesos,
- la formación bruta de capital fijo fue de 409 mil 500 pesos,
- la producción bruta total alcanzó los 42 millones 387 mil 600 pesos,
- los insumos totales llegaron a 34 millones 691 mil 400 pesos y
- El valor agregado fue de 7 millones 696 mil 200 pesos.

5.11 Comercio

Para 1996 el municipio de Tarímbaro registró 8 tiendas CONASUPO, 4 tianguis y 1 rastro mecanizado. No dispone de una central de abasto, ni con centros receptores de productos básicos, ni mercado público. Y para 1999, Tarímbaro sólo contaba con 1 bodega de Boruconsa con capacidad de 1 mil 900 toneladas.

5.12 Turismo

En el municipio se pueden apreciar monumentos arquitectónicos como: el Templo Parroquial de San Miguel Arcángel y el Exconvento Franciscano del siglo XVI;

Santuario de la Virgen de la Escalera, construido en 1571 y Exhacienda de Guadalupe de 1536. Además cuenta con una Zona arqueológica en el Cerro de la Mesa.

5.13 Transportes y comunicaciones

Vías de comunicación

Se comunica por la carretera federal No. 43 Morelia - Salamanca, la autopista México Guadalajara y caminos de terracería, además cuenta con teléfono, telégrafo, correo y autobuses foráneos de segunda clase.

Tarímbaro cuenta con 73.70 kilómetros de carreteras pavimentadas, que se clasifican en 28 kilómetros de troncal federal pavimentada, 12.10 alimentadoras estatales pavimentadas y en 33.60 caminos rurales revestidos.

5.14 Finanzas públicas

Para el año de 1994 el municipio de Tarímbaro tuvo ingresos por el orden de los 2 millones 905 mil pesos (equivalentes al 0.6 % del total estatal), derivados de los siguientes conceptos: participaciones federales 68.65%, impuestos 12.92%, aprovechamientos 11.12%, derechos 3.86%, contribuciones especiales 3.06% e ingresos extraordinarios con 0.3%. Como puede apreciarse existe una fuerte dependencia de las participaciones federales.

A su vez, los egresos totales para 1994 fueron de 2 millones 832 mil 200 pesos, conforme a los siguientes rubros: servicios personales el 38.25%, en obras públicas el 22.81%, en servicios generales el 16.84%, en subsidios y aportaciones el 11.67%, en materiales y suministros el 7.7%, en bienes muebles e inmuebles el 1.26% y en pago de la deuda pública el 1.46%. Sobresaliendo el predominio del gasto corriente, lo que deja al municipio prácticamente sin la posibilidad de realizar inversiones y muy poco margen para obra pública.

CAPÍTULO VI LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD EN LA IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DEL VIH/SIDA

El insumo para identificar los factores de riesgo de las familias rurales con experiencia migratoria ante el VIH/SIDA, fue la participación de la comunidad en 4 momentos clave: Taller de Evaluación Rural Participativa, grupos focales, entrevistas con informantes clave (agentes sociales que inciden con su práctica en el desarrollo comunitario) y la capacitación participativa.

Una vez identificado los factores de riesgo se traducirán en Necesidades Básicas de Aprendizaje (NEBA's) que permitan diseñar una propuesta de diseño curricular para la prevención del VIH/SIDA.

Lo anterior puede apreciarse en la siguiente figura:

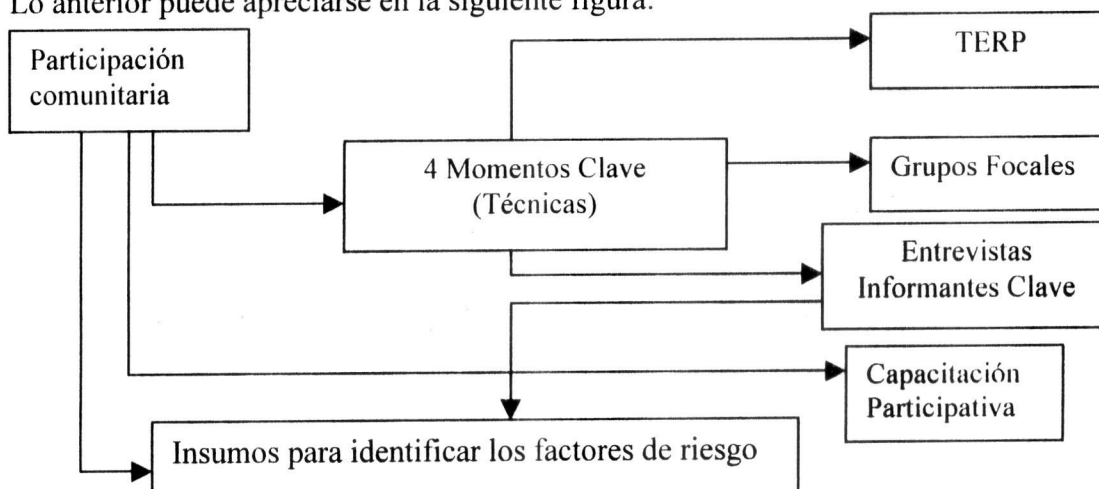


Figura No. 12
Mapa conceptual de la participación comunitaria en la identificación de los factores de riesgo.

Con base en el mapa anterior, el capítulo se estructura en cinco apartados, uno para cada momento y otro para la identificación de los factores de riesgo.

6.1 Diagnóstico comunitario

El diagnóstico comunitario participativo se llevó a cabo durante los meses de abril a julio del 2001, fue realizado por ocho mujeres, esposas de migrantes, quienes a través de la observación y la entrevista con los ancianos “tigres de la comunidad”, informantes clave y con l@s jef@s de los hogares, lograron levantar la información y la estructuraron en cuatro apartados que contienen la siguiente información:

- Primero.- información espacial. En esta dimensión se desarrollaron 4 instrumentos (dibujos), tales como: mapa regional, mapa comunitario, distribución de tierras y esquema parcelario.
- Segundo.- información temporal. Se desarrollaron 3 instrumentos: cronología de la comunidad, calendario estacional y líneas de tendencia.
- Tercero.- datos sociales. Se desarrollaron dos instrumentos: mapa de percepción de las instituciones y entrevistas a 64 de los 90 hogares existentes.
- Cuarto.- Clasificación y ponderación de problemas y oportunidades de solución.

La información obtenida, tal cual se estructuró por las participantes, se presenta a continuación:

6.1.1 Información espacial

La comunidad del Lometón pertenece al municipio de Tarímbaro, colinda con las poblaciones de: Santa Ana, Cuitzillo y Téjaro.

Los datos que pudimos recabar de los orígenes del Lometón es que su nombre significa LOMA, porque se encuentra ubicada en una lomita, aunque muy poco pronunciada.

Según nos informaron las personas mayores de esta comunidad, El Lometón se fundó

hace más o menos 115 años, donde vivían los trabajadores de la hacienda de “El Calvario”, pero por tiempos de la Revolución se repartieron las tierras de esta hacienda y se les dieron a algunos trabajadores.

De las personas que se tiene conocimiento y que fundaron esta comunidad fueron: Don Carlos Ramírez, Don Ramón Ramírez, Don Francisco Fraga, Don Petronilo Ramírez, Don Severiano Alonso, Don Diego Mora, Pedro Núñez, Mauro García y Macario Serrato.

La comunidad del Lometón, cuenta con aproximadamente 160 hectáreas de tierra de cultivo. De las cuales 90 hectáreas pertenecen a la pequeña propiedad y 70 hectáreas al ejido.

Las tierras son de riego, antes había lagunas en estos terrenos, actualmente ya no se cuentan con estos recursos, ahora se sustrae el líquido a través de pozos. La calidad de estas tierras es regular ya que algunas son tierras buenas y otras salitrosas. Las tierras salitrosas se tienen que preparar mucho con el excremento de las vacas para que la tierra se abone y pueda ser cultivada. Todas las tierras son cultivadas, aunque sale muy costoso trabajarlas, ya que se tiene que pagar cada riego, y, por ser agua de pozo sale muy costoso.

El cultivo de las tierras es un trabajo muy arriesgado, ya que, se le invierte mucho dinero y esfuerzo y algunas veces se pierde el cultivo por las inclemencias del tiempo como lo es las heladas o el granizo, lo importante de todo esto es que los hombres de esta comunidad son trabajadores y quieren a la tierra “Si una vez falla, haber si para la otra no” es su lema.

Hace algunos años la tierra era muy buena y se sembraban diferentes productos como: camote, jícama, jitomate, etc. Actualmente la calidad de las tierras esta decayendo y ahora lo que mas se cultiva es el maíz , alfalfa y avena.

La comunidad de El Lometón tiene más relación con el municipio de Tarímbaro, ya que ahí es donde recurre la mayoría de los habitantes por el servicio de registro de nacimientos y a arreglar diferentes documentos, también al servicio de panteón y algunos otros servicios. También se tiene relación con la comunidad de Téjaro, aunque en menor grado, ya que ahí se acude también a registrar los nacimientos de los niños, al registro civil y como a esa parroquia pertenece esta comunidad, se recurre ahí para solicitar los servicios religiosos necesarios. Otras comunidades con las que se tiene relación son Santa Ana, Magdalena, San Pedro. Con la comunidad de Cuitzillo casi no se tiene relación exceptuando nada más el hecho de que contraen matrimonio personas de esta comunidad con personas de esas comunidades y se tiene nada mas una relación de parentesco. Con Mesón Nuevo, la relación que se tiene es que ahí está la Clínica de Salud a la que pertenece esta comunidad.

Contamos con servicio de transporte muy escaso. Por tener sólo un camión, se tiene la oportunidad de salir a la ciudad de Morelia 3 veces, a las 7 y 10 de la mañana y 2 de la tarde. De la ciudad de Morelia al El Lometón entran a las 9 de la mañana y 2 y 4:30 de la tarde. El costo del pasaje es de 7 pesos por persona. También se pueden transportar bultos, pero por cada uno de estos se paga 7 pesos más.

Las localidades que circundan a la comunidad de El Lometón pueden observarse en el siguiente mapa:

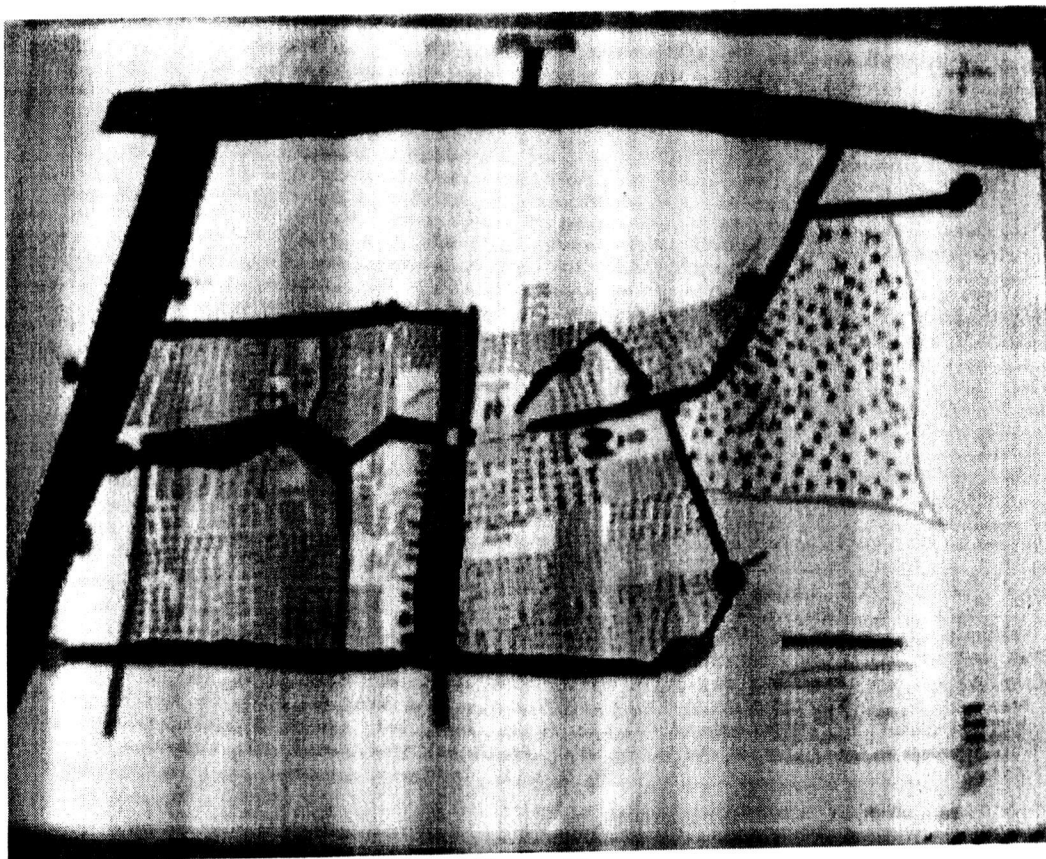


Figura 13
Mapa Regional de El Lometón (Fotografía: Imelda Herrera)

La comunidad de El Lometón cuenta con 90 viviendas de la comunidad. Todas las viviendas tienen servicio de agua entubada dentro del terreno y luz. Sólo 88 viviendas cuentan con servicio de drenaje, las personas que viven en esas dos viviendas defecan a ras del suelo.

En el mapa comunitario se dibujan cada una de las casas con el nombre del jefe o la jefa de hogar, así como las instituciones que existen en la comunidad: iglesia, jardín de niños y niñas, la escuela primaria, 2 Tiendas de abarrotes, un local de Alcohólicos Anónimos, el teléfono público, molino, pollería, casas del Encargado del Orden y del Comisariado Ejidal.

Dentro de las instalaciones del jardín de niños existen resbaladillas, pasamanos y volantines donde los niños y niñas pueden pasar un rato agradable. En la escuela primaria existe una cancha de basket ball donde juegan los jovencitos. Es importante señalar que estos son los dos lugares que existen para la recreación y el esparcimiento de la población.

La distribución espacial de las viviendas, los servicios y la tierra de labor aparecen en el siguiente mapa.

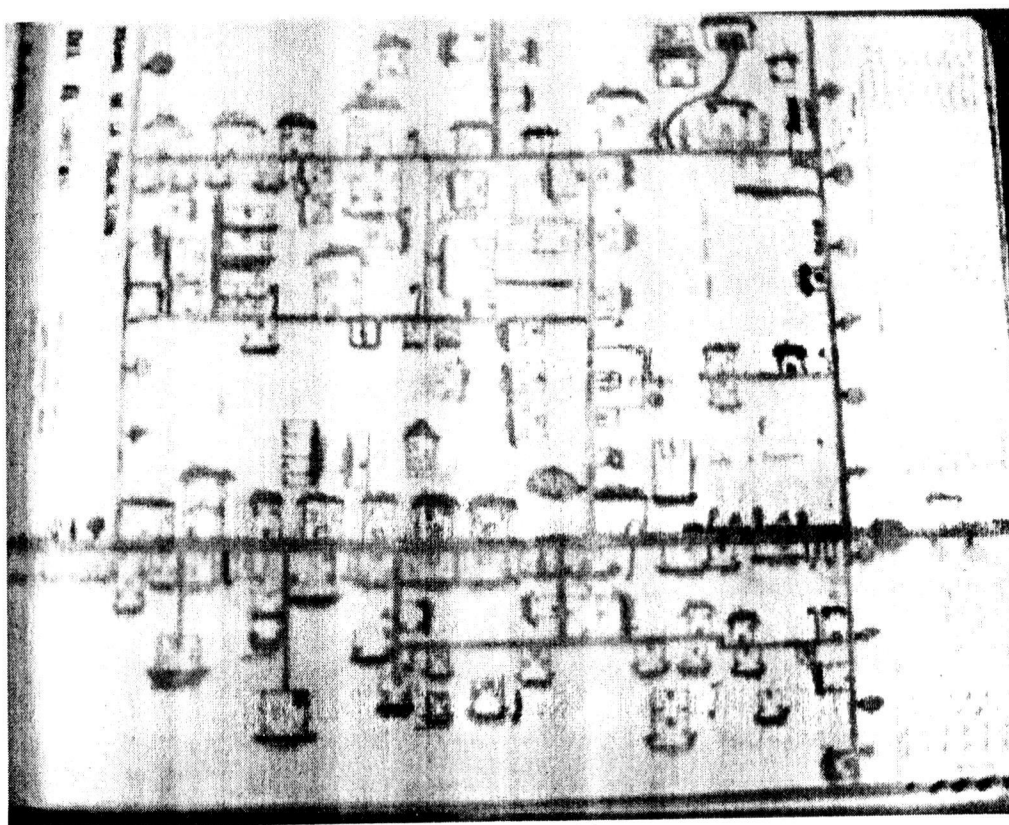


Figura No. 14
Mapa comunitario (Fotografía: Imelda Herrera)

Las tierras de la Comunidad del Lometón se encuentran divididas en 5 secciones: Bajío Grande, Bajío Chico, El Arenal, El Calvario y las Pilas.

La sección de El Arenal se divide en parcelas con medidas de aproximadamente 850 metros cuadrados cada una, la calidad de la tierra es buena.

En el Bajío Grande las parcelas son más pequeñas, miden 450 metros cuadrados aproximadamente cada una y tiene tanto tierras buenas como salitrosas.

En el Bajío Chico, Las Pilas y El Calvario las parcelas son aún más pequeñas, menos de 450 metros cuadrados cada una, se cuenta con tierras buena y salitrosas.

Por este motivo de la calidad de las tierras, desde los primeros dueños se decidió repartirse tierras del Bajío Chico y del Bajío Grande para que todo fuera equitativo, esto es, para que les tocara tanto tierra buena como salitrosa, de igual manera pasó en el Calvario, Las Pilas y El Arenal.

A lo largo de los últimos ochenta años, la tierra se ha ido vendiendo para emigrar a la ciudad o se ha ido heredando, pero se siguen trabajando.

Todas las parcelas cuentan con el mismo sistema de riego, tienen cajones de desagüe que pertenecen a 27 personas de la pequeña propiedad.

El ejido está conformado por 27 personas, de las cuales sólo 7 son originarios de la comunidad y 20 son de fuera.

En el plano parcelario, se pueden apreciar las cinco secciones antes mencionadas así como las grandes extensiones de tierra que pertenecen al fraccionamiento residencial que está en proceso de construcción “Paraíso Escondido”. Este terreno fue vendido a personas provenientes de la ciudad de Morelia.

Es importante señalar que la comunidad aún no se ha detenido a reflexionar sobre las posibles consecuencias que traerá la construcción de este fraccionamiento en cuanto el uso del recurso agua y del contraste con las formas de vida citadina de los futuros pobladores.

Una de las acciones que se han hecho para dar servicio a los nuevos pobladores del Fraccionamiento Paraíso Escondido es ampliar una de las dos tiendas de abarrotes, para

que funcione como minisuper. Aunque es importante comentar que dicho fraccionamiento tiene una área de locales comerciales para satisfacer las necesidades de sus socios.

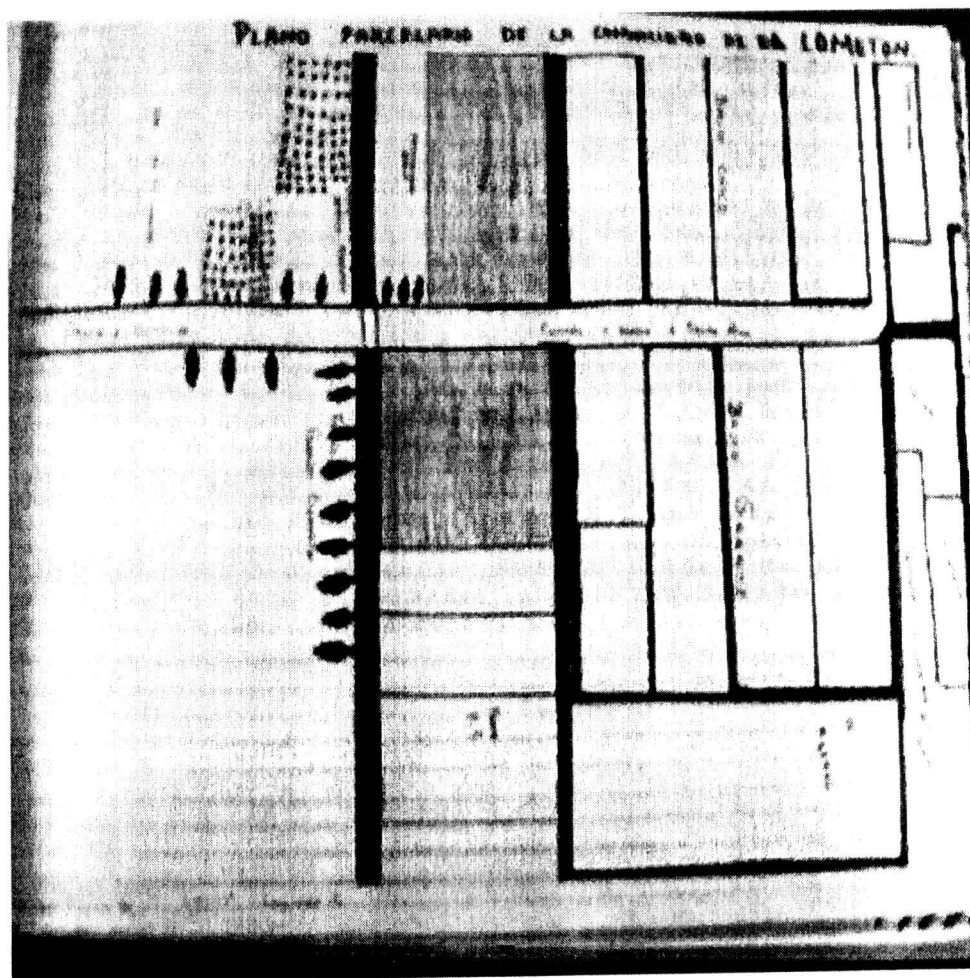


Figura No. 15
Mapa Distribución de Tierras (Fotografía: Imelda Herrera)

Como una forma de ejemplificar las características prevalecientes en las parcelas de El Lometón, se seleccionó la parcela de Don Ramiro Ramírez, quien es un campesino que tiene tanto tierras salitrosas como tierras buenas en su parcela.

Los dos tipos de tierra se preparan de igual manera, pero a la hora de la producción no da la misma cantidad de producto. La tierra buena da más maíz, la tierra salitrosa da

menos producción de maíz. Por este motivo, lo que él invierte en sembrar esta tierra algunas veces no es redituable para él.

Así como se enfrenta el señor Ramiro al problema de la baja de producción del maíz, existen otras personas en igualdad de situaciones, muchas veces preparan las tierras con el excremento de las vacas para lograr que haya un poco mas de producción.

En el siguiente mapa parcelario se puede apreciar la producción de maíz en terrenos con calidad de la tierra diferente: una parcela salitrosa y una buena.

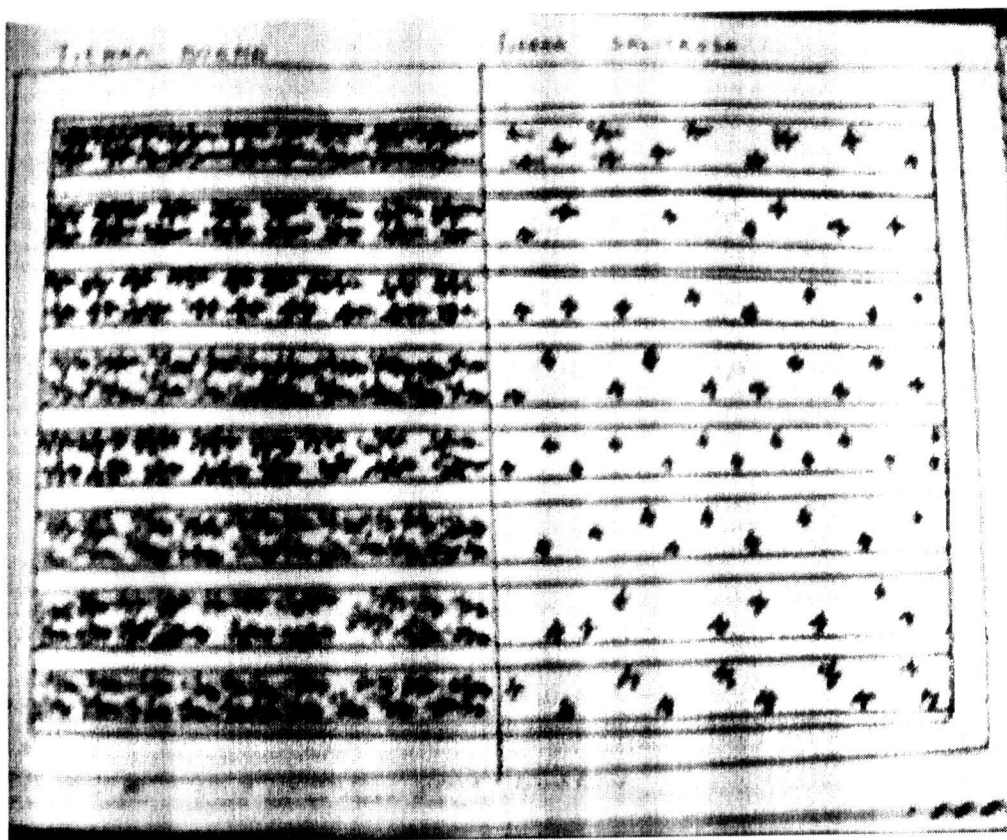


Figura No. 16

Mapa parcelario de la tierra de Don Ramiro Ramírez (Fotografía: Imelda Herrera)

También como una forma de caracterizar la segunda ocupación de los pobladores de la comunidad, hicimos el esquema del establo del señor Jesús Ramírez.

Una de las fuentes principales de trabajo de la población de El Lometón, es dedicarse a la producción de leche en los pequeños establos.

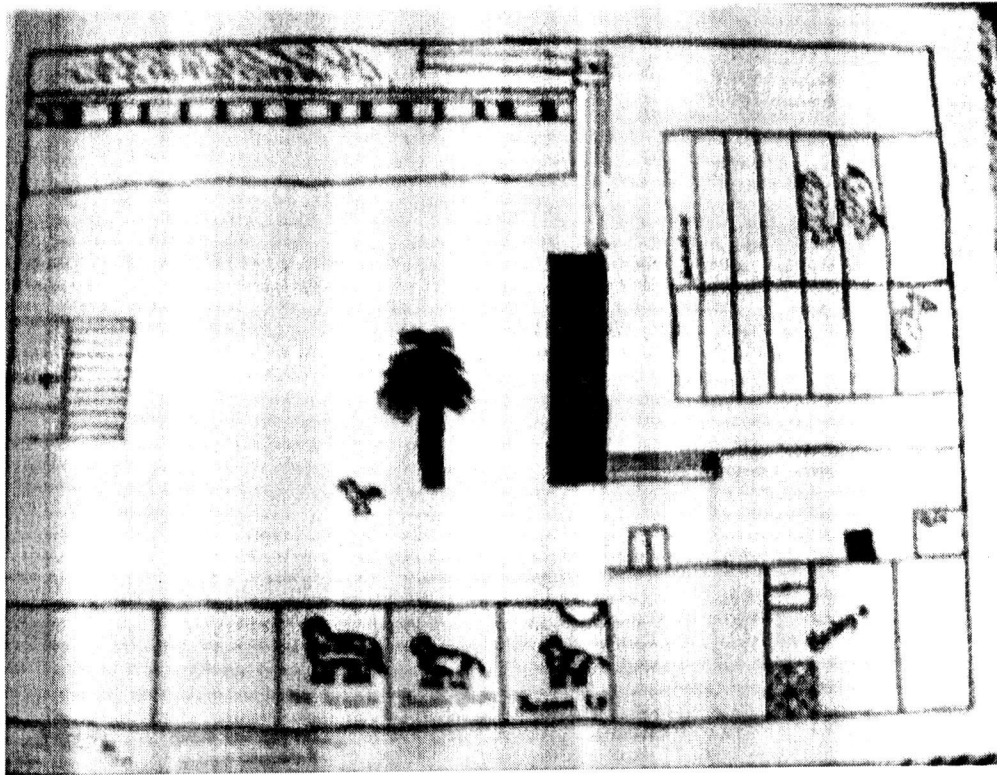


Figura No. 17

Mapa parcelario del establo de Don Jesús Ramírez (Fotografía: Imelda Herrera)

Los establos se enfrentan con las dificultades de que están carentes de todos los servicios de asistencia técnica para que haya una mejor producción de leche y mejores condiciones para los animales. Por lo tanto, los costos tan elevados de materias primas como son medicamentos, alimentos y materiales de construcción para tenerlas en buenas condiciones provocan que lo que se le invierte sea mucho más elevado que lo que producen, ya que el precio de la leche es mucho más bajo y muchas veces no alcanza para nada más que su propio mantenimiento. La producción de leche es vendida a intermediarios de la misma localidad.

Existe un periodo muy malo para la venta de leche, ya que los intermediarios a los que se les venden la leche -en temporadas de vacaciones escolares- tienen menos pedidos y, por este motivo, los productores salen afectados, ya que algunos intermediarios les dejan la leche y lo pagan a un precio mas bajo y por estas causas muchos de los hombres

emigran a Estados Unidos o a otros lugares en busca de trabajos mejores, para mejorar las condiciones de vida de su familia. Incluso muchas veces hasta la mujer tiene que emigrar. Los esposos dejan a los hijos con familiares mientras ellos consiguen trabajo.

6.1.2 Información Temporal

El Lometón se fundó en 1986 con nueve familias de trabajadores de la Hacienda del Calvario. A partir de esta fecha los acontecimientos históricos que recordamos como más importantes que se han suscitado en esta comunidad son principalmente los que se refieren al reparto de la tierra y la prestación de servicios.

En 1930 se crea el primer molino en la comunidad, el cual vino a ayudar a las mujeres en sus labores del hogar, reduciendo las horas que se dedicaban a la elaboración de las tortillas, puesto que antes las mujeres cocían el maíz, lo molían y empezaban a tortear en sus casas. El molino es especial para nosotras porque aparte de reducir las horas de trabajo, nos sirve como punto de reunión para platicar con otras mujeres sobre nuestras vidas cuando están moliéndonos el nixtamal. Así, “matamos dos pájaros de un tiro”, nos distraemos de nuestra vida cotidiana y podemos dedicarnos, ese tiempo que ganamos, en lo que nosotros queramos.

En 1936 se hizo entrega de los primeros ejidos y de 1945 a 1950 se hizo la repartición de las tierras de la pequeña propiedad. Para los habitantes de esta comunidad es muy importante este hecho, ya que permitió a nuestros abuelos y padres contar con tierra que nos permitiera estar siempre ligados a la naturaleza, darnos un trabajo que nos permitiera dar para comer y contar con algo propio. Algo que permitiera a nuestros hijos amar la tierra donde hemos nacido. Al platicar con los ancianos de la comunidad, no se pudo establecer con claridad como se dieron estos dos procesos, por lo que pensamos que sería importante dedicarnos a la tarea de buscar en las oficinas del municipio de

Tarímbaro los orígenes de nuestra comunidad para que nuestro diagnóstico quede completo.

En 1954 se hizo la primera capilla del pueblo. Antes se iba a la iglesia de Téjaro los domingos para asistir a misa. La segunda capilla, que es la que actualmente funciona, se construyó de 1987 a 1989, en el mismo terreno donde estaba la primera. Ahora ya contamos con una propia donde se oficia misa los domingos, así contamos con un servicio que nos permite conocer la palabra de Dios. Actualmente la iglesia no está terminada, le falta ponerle cantera a todo el frente. Las remodelaciones que se le han hecho a la iglesia han sido pagadas con los recursos de todos los que vivimos aquí. Gran parte proviene de la gente que está en los Estados Unidos. Para recabar el dinero que nos hace falta para poner la cantera, las mujeres y los hombres nos hemos organizado para que todos los fines de semana saquemos puestos para vender comida y con las ganancias que obtenemos las vamos juntando para lograr nuestro objetivo.

En 1970 se construyó la brecha que va a Tarímbaro, así se redujo el tiempo que hacíamos para ir al ayuntamiento a arreglar asuntos relacionados con los nacimientos de nuestros hijos, con las defunciones y otros asuntos importantes como el pago de servicios.

En 1972 se hicieron las primeras instalaciones de la luz. Con el servicio de la luz pudimos tener varias satisfacciones como el poder iluminar nuestras calles, contar con televisiones que nos permitieran tener contacto con el mundo y tener un rato de distracción.

En 1976 se construyó el pozo de agua que permitió tener un suministro para las tierras y las casas. Fue hasta 1987 cuando se introdujo el agua potable a las casas. Lo que nos permitió ahorrar tiempo y esfuerzo, ya que dejamos de acarrear agua a las casas para

hacer la comida, lavar los trastes, la ropa y bañarnos. Ahora contamos con agua pura en nuestras casas.

De 1987 a 1989 se metió el drenaje en la comunidad. Ya no se encharca el agua, ya no tenemos agua puerca, con ello, se bajaron las enfermedades en los niños como antes. Porque antes se nos enfermaban de diarrea y de la piel.

En 1990 tuvimos el servicio de teléfono, pues en este año se creó la caseta telefónica. Con este servicio empezamos a tener contacto con nuestros familiares que están en los Estados Unidos, ya que antes sólo teníamos comunicación a través de cartas. Con el teléfono podemos ahora hablar con ellos y sentirlos más cerca; si tenemos una urgencia nos la comunicamos más rápido.

Como se puede ver, El Lometón es una comunidad pequeña que esta poblada por 90 viviendas que cuentan con los servicios primarios, como son luz, agua potable, drenaje, contamos también con otros servicios como son escuela primaria y preescolar aunque somos pocos habitantes hemos puesto mucho interés en vivir en una comunidad digna. Así como contamos con los servicios primarios también requerimos de otros igualmente de necesarios como es un centro de salud donde nos visitara un médico por lo menos una vez a la semana ya que muchas personas no contamos con recursos para consultas particulares.

Estos acontecimientos históricos se pueden ver en el cuadro 6.1.1.

Ahora describiremos las actividades comunitarias a través del tiempo.

El principal cultivo de la comunidad es el maíz. En la segunda semana del mes de enero se prepara la tierra, se barbecha y se surca. De la tercera semana de febrero a la tercera de marzo se riega. La segunda quincena de abril y la primera de mayo se siembra. La segunda quincena de mayo se escarda. Se tablonea la última semana de mayo. Se fumiga

durante la segunda quincena de mayo y primera de junio. Se abona en julio. Si es necesario un segundo riego se aplica en la segunda quincena de septiembre. Se cosecha a partir de la segunda quincena de noviembre. La venta se hace en diciembre y enero.

Cuadro 6.1.1 Historia de El Lometón

Año	Hecho Histórico
1886	Fundación de El Lometón
1930	Fundación del primer molino
1936	Entrega de los primeros ejidos
1945-1950	Se hizo repartición de la pequeña propiedad
1954	Se hizo la primera capilla del pueblo
1970	Se hizo la brecha que va a Tarímbaro
1972	Se hicieron las instalaciones de luz
1976	Se hizo el pozo
1987	Agua potable
1987-1989	Se hizo el drenaje
1987-1989	Se hizo la iglesia
1990	Caseta telefónica
1992-1995	Drenaje comunitario.

Fuente: Elaborado por mujeres de la comunidad de El Lometón

Por lo que se refiere a la alfalfa. Se disquea la tierra la primera quincena de enero, se acuartela y se siembra la segunda quincena de enero. Se riega la última semana de enero, primera y tercera de febrero y primera de marzo. Hay un primer corte en la segunda semana de marzo y se vende la alfalfa. Si es necesario regar el cultivo, se vuelve a regar en la segunda quincena de abril y el último riego se hace en la segunda quincena de mayo. El segundo corte se hace en la segunda semana de junio y se vende la alfalfa.

Por lo que se refiere a las actividades agrícolas, podemos decir que este es un trabajo que requiere mucha dedicación y mucho tiempo. Pero esto no importa para los hombres de esta comunidad, ya que le tienen tanta fe y aprecio a esta tierra, que aún sin saber que producción dará, ellos trabajan y se esfuerzan casi todo el año.

Como ya habíamos dicho, que por ser un trabajo de casi todo el año, los únicos meses que tienen un poco más desocupados son los meses de enero, agosto y octubre. Que

esto puede variar dependiendo de cada persona, tiempo en que se siembre y temporadas de lluvia.

Y en las actividades sociales se puede apreciar que son muy pocas las que hay en esta comunidad. La principal se da en junio, es la fiesta del Corpus Cristhi, que es la fiesta del pueblo. En el mes de mayo se hacen todos los preparativos para la fiesta, se compran las telas para cambiar las cortinas de la iglesia y los altares de la comunidad, se compran las telas para los vestidos de las personas grandes, las niñas y la estudiantina. Se ve que se va a hacer de comer y se empieza a arreglar tratos con los de la banda que van a tocar. En esta fiesta del pueblo, muchos migrantes regresan al pueblo para disfrutar de la fiesta y reencontrarse con su gente. Los migrantes que están fuera mandan dinero para arreglar las calles, la iglesia con muchas flores, el pago de la banda y la comida. Durante los últimos tres años, la fiesta se graba por un profesional de Morelia que cobró en el año pasado 3 mil pesos. Aparte, el señor hace videos y los vende a 300 pesos cada película a las familias que lo quieran. Ninguna persona del pueblo que esté fuera de la comunidad se queda sin gozar de la fiesta. No tarda ni tres días en llegar un video a California o Illinois. El migrante que no vino, se lo mandamos el video por paquetería para que goce de la fiesta.

Además de la fiesta del pueblo, se preparan otras muy esporádicas, en los meses de enero se festeja el día de los Reyes Magos; en abril el día del niño; en mayo el día de las madres; en junio el día del padre, la clausura de las clases y la salida de los niños de sexto año; en septiembre es el inicio a clases y en diciembre las posadas. Los demás meses se tienen un poco más desocupados. Dentro de este aspecto social, quisiéramos agregar una observación, de una necesidad que consideramos también una necesidad básica, para la comunidad como lo es un centro recreativo o una plaza, en donde

pudiéramos los habitantes convivir y tener un rato de sano esparcimiento y fomentar en los jóvenes actividades sanas y que no busquen en los vicios distracción que necesita todo ser humano como necesidad primordial.

Respecto a las enfermedades más comunes en esta comunidad tenemos: la gripe, que se desarrolla en tiempo de invierno y esta enfermedad muchas veces se complica causando enfermedades mas graves., como lo es la pulmonía. Otra enfermedad grave es la diarrea, esta se presenta en el tiempo del mes de mayo y junio, debido al calor y a la humedad, esto sucede con el tiempo de lluvias, provocando muchas veces la deshidratación. Otra enfermedad poco frecuente, es la alergia que se presenta con cada cambio de clima, ya que no se combate muy fácilmente. Esto lleva a que estas familias tengan grandes gastos en medicamentos y considerando que algunas familias no cuentan con recursos suficientes para solventar otros gastos, vemos que es muy necesario un dispensario médico.

En cuanto a migración, es un problema muy serio en esta comunidad debido al gran índice de hombres y mujeres que han emigrado a los Estados Unidos. Esto sucede en la mayoría de las veces en el mes de enero, habiendo sus excepciones. Y regresan algunos en los meses de noviembre y diciembre y algunos en otros meses cuando les dan permiso en sus trabajos. Creemos que existe este problema a causa de los trabajos tan mal pagados que hay aquí, en la comunidad, ya que las necesidades que se tienen son muchas que casi siempre los ingresos no alcanzan y estas situaciones obligan al hombre a dejar a sus familias solas, con la responsabilidad de los hijos y esposas y parientes, ocasionando la desintegración familiar y muchas veces perdiéndose el cariño y el respeto, creando en los niños muchos conflictos emocionales y problemas de aprendizaje.

El número de migrantes ha ido cambiando en la comunidad a través del tiempo, lo cual es producto no sólo de la falta de trabajos, sino también de la baja de la producción de nuestras tierras. Por eso a continuación analizamos dos situaciones o tendencias que se han ido agudizando: la fertilidad de la tierra y la migración.

La tendencia de la fertilidad de la tierra ha ido a la baja. Hace algunos años la calidad de la tierra y las condiciones climatológicas eran mejores que ahora. Por eso antes esta tierra no requería que se gastara mucho dinero para cultivarla, ni necesitaba semillas mejoradas.

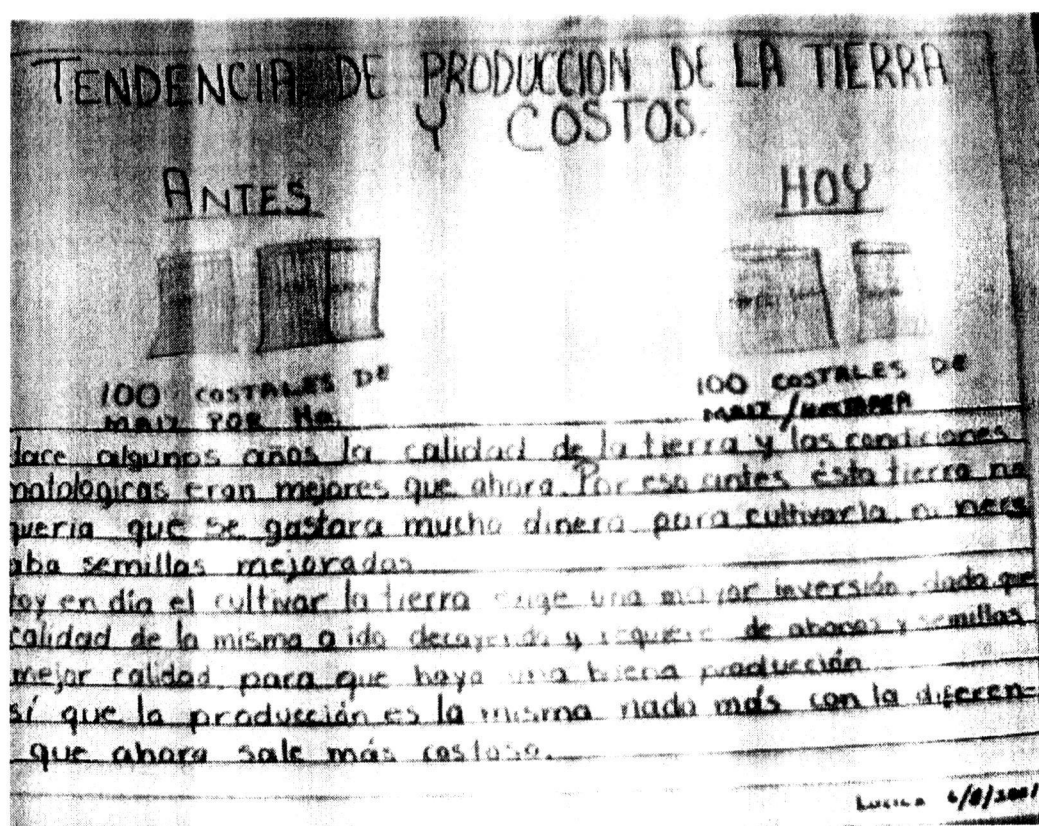


Figura No. 18

Línea de Tendencia de la producción del maíz (Fotografía: Imelda Herrera)

Hoy en día, el cultivar la tierra exige una mayor inversión, dado que la calidad de la misma ha ido decayendo o requiere de abonos y semillas de mejor calidad, para que haya una buena producción. Así que la producción es la misma nada más que con la

diferencia de que ahora es mas costoso. Antes se necesitaba para una hectárea de tierra 100 costales de maíz criollo. Ahora se necesitan, para sacar la misma producción, los mismos 100 costales de semilla pero mejorada, muchos abonos, fertilizantes, en fin, muchos agroquímicos y más mano de obra. En la figura 18 se muestra la tendencia de la fertilidad de la tierra.

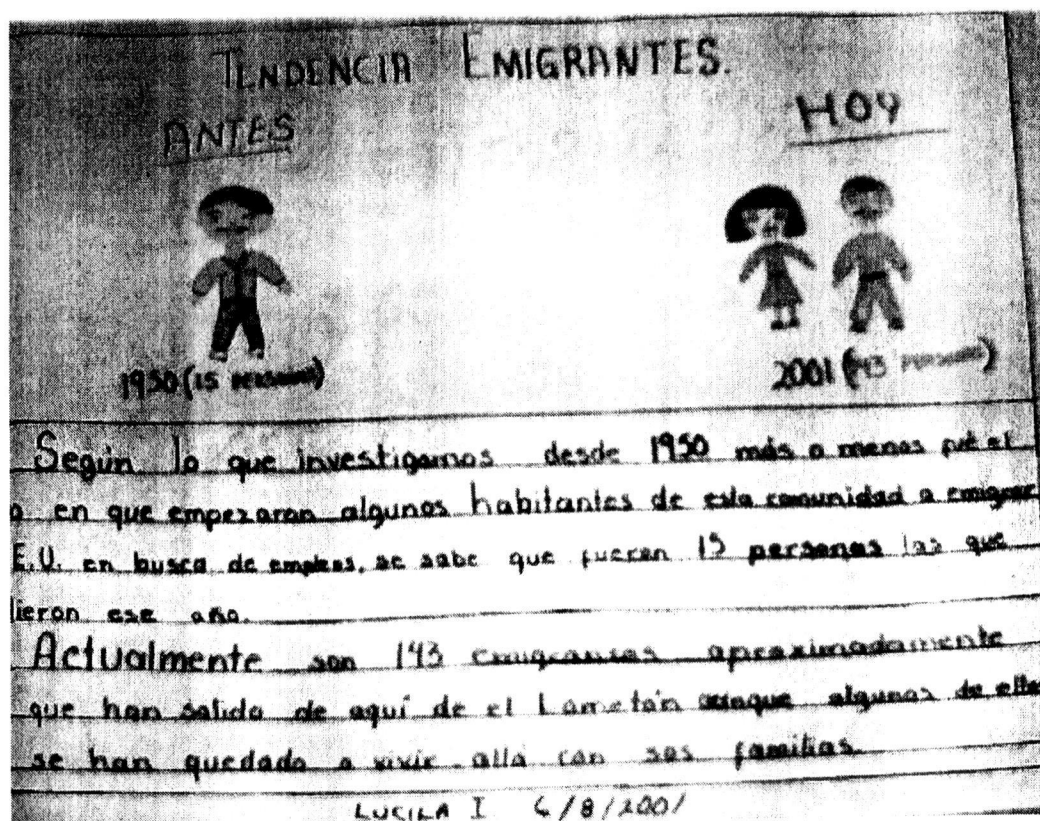


Figura No. 19

Línea de Tendencia de la migración (Fotografía: Imelda Herrera)

Por lo que se refiere a la tendencia de emigrantes, esta ha ido a la alza. Según lo que investigamos desde 1950, más o menos, fue el año en que empezaron algunos habitantes de esta comunidad a emigrar a los Estados Unidos en busca de empleo, se sabe que salieron 15 personas ese año. Actualmente son 143 emigrantes aproximadamente los que han salido de aquí de El Lometón, aunque algunos de ellos ya se han quedado a vivir allá con sus familias.

Algunos se han quedado en Estados Unidos porque han podido arreglar sus papeles, han podido conseguir trabajo estable y han logrado formar una familia allá. Lo anterior se puede observar en la figura 19.

6.1.3 Información sobre los aspectos sociales.

En la comunidad existen 10 instituciones que ayudan a promover el desarrollo comunitario. A cada una de ellas les dimos un orden, dependiendo de lo que la gente de esta comunidad piensa que contribuyen al desarrollo del pueblo. El orden de importancia fue el siguiente: primero la iglesia, después la escuela Primaria, el kinder, la tienda de abarrotes, el salón de Alcohólicos Anónimos, la casa donde se ubica el teléfono público, el Molino, la Encargatura del Orden, la casita donde se vende el pollo y El Comisariado Ejidal.

A la iglesia la pusimos en primer lugar, porque en ella aprendemos la palabra de Dios, conocemos lo que es el bien y el mal, aprendemos valores para convivir mejor entre nosotros.

La escuela primaria le dimos el segundo lugar porque ahí nuestros hijos e hijas, aprenden a tener conocimientos que les ayudarán en un futuro a valerse por sí mismos. Es una institución que da servicio de primero a sexto año. En esta escuela se realizan todas las asambleas comunitarias, porque la directora es una mujer valiosa que nos ha permitido hacer uso de sus instalaciones, tiene buen espacio, sonido y sillas adecuadas para estar un buen rato en las reuniones sin cansarse. Cuenta con tres salones, una cancha de basketball y un jardín muy amplio donde se desarrollan también las fiestas del pueblo.

El Kinder tiene el tercer lugar porque ahí los pequeños empiezan a hacer sus primeras letras, empiezan a tener el hábito por el estudio y empiezan a tener la responsabilidad de ir a clases todos los días.

La tienda de abarrotes está en el número cuatro porque nos vende los productos necesarios para hacer de comer y así no tenemos que ir seguido a Tarímbaro.

El número cinco lo tienen los Alcohólicos Anónimos porque en este local se ayuda a las personas a superar el problema del alcoholismo, que aunque no es un problema en la comunidad, ayuda para que no se convierte en un problema fuerte en un futuro.

El número seis lo obtuvo el teléfono público, porque es a través de él que podemos comunicarnos con nuestros seres queridos que no se encuentran en la comunidad.

El molino obtuvo el número siete porque ayuda a reducir el tiempo que invierten las mujeres en hacer las tortillas.

La Encargatura del Orden tuvo el número ocho porque realmente esta institución no tiene mucho que hacer en la comunidad, ya que nosotros no somos personas de mal, nos cuidamos y protegemos entre nosotros mismos porque la mayoría somos familiares o compadres, por eso vivimos felices sin conflictos.

La casita donde se vende el pollo ocupó el número nueve porque es un servicio que a pocos beneficia, ya que la gran mayoría de las casas tiene en su traspatio aves (gallinas y guajolotes) que se cuidan para obtener carne y huevo para el autoconsumo.

El último lugar lo obtuvo el Comisariado Ejidal porque los ejidatarios dijeron que con él o sin él, la vida en el campo ha sido la misma, no ha habido muchos beneficios.

En el siguiente mapa aparecen localizadas las diez instituciones que acabamos de describir:

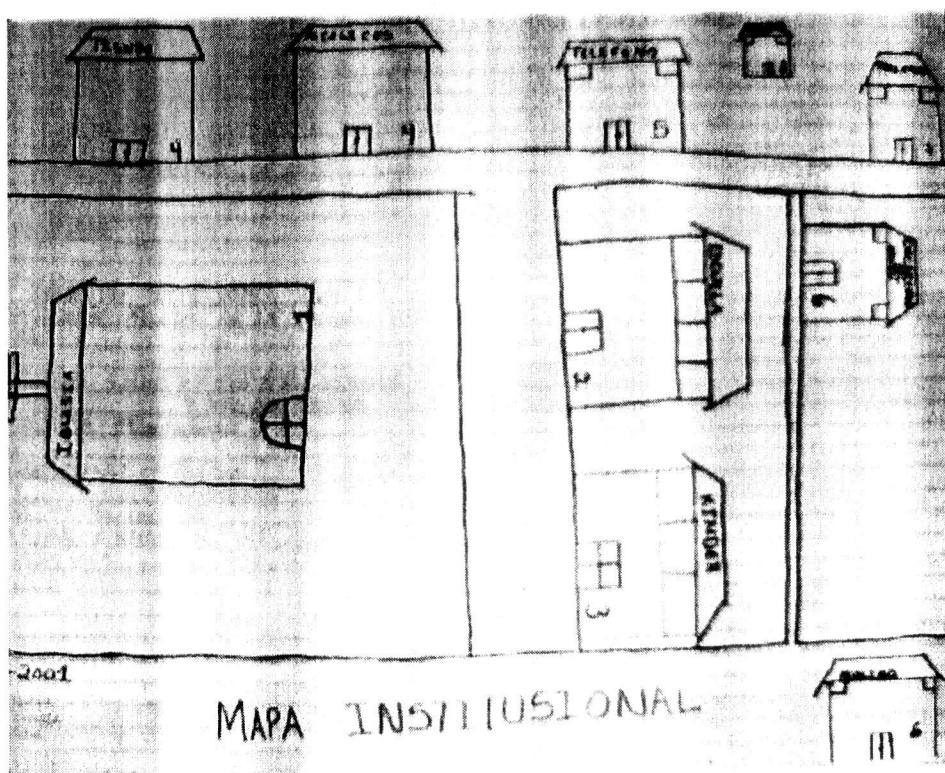


Figura No. 20
Mapa Institucional de El Lometón (Fotografía: Imelda Herrera)

En los siguientes dos dibujos tratamos de representar como están distribuidos los espacios que pertenecen a la iglesia y a la escuela primaria, que fueron las dos instituciones a quienes les dimos más reconocimiento.

Aquí tratamos de dibujar el altar, donde se ve el cuerpo de Cristo, que se venera principalmente en Junio de cada año.

Todos los arreglos florales, las cortinas y los manteles que están aquí dentro se cambian año con año, gracias a la cooperación de todos. Y lo hacemos para que siempre este presentable nuestra casa de oración.

La iglesia está abierta todos los días, a las seis de la tarde se reza el rosario. Y los domingos a las diez de la mañana se oficia misa.

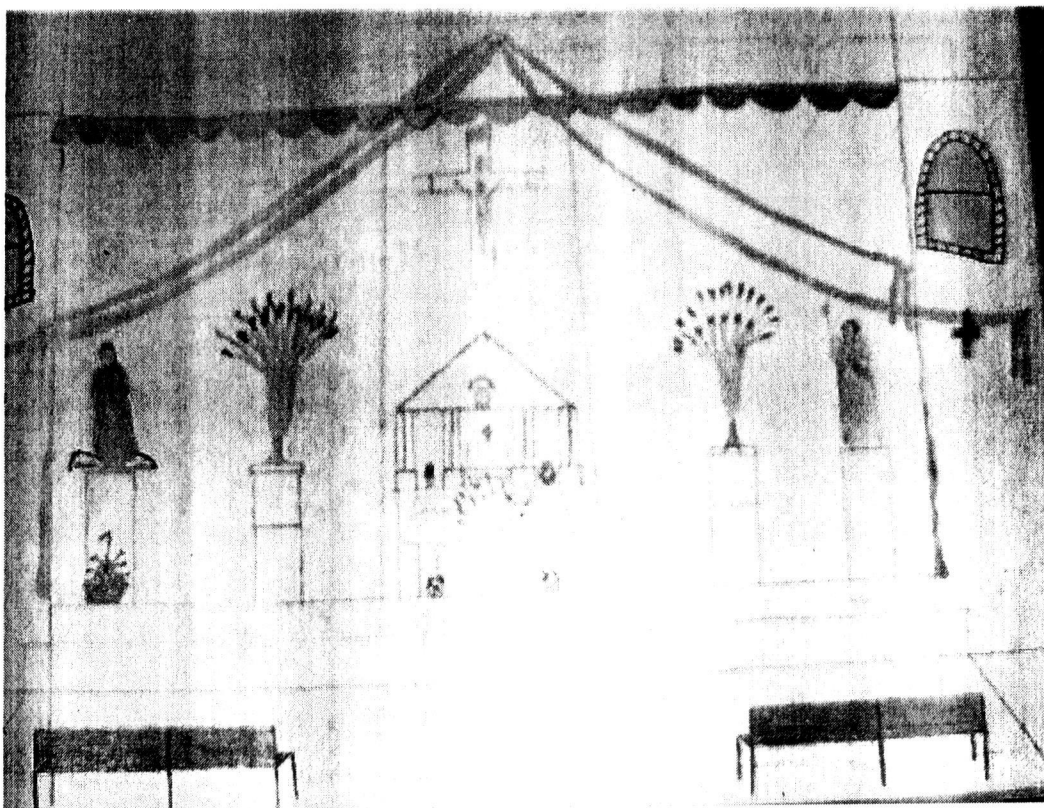


Figura No. 21
La Iglesia de El Lometón (Fotografía: Imelda Herrera)

También se dan cita en la tarde los jóvenes que pertenecen al coro de la iglesia para ensayar las canciones que se cantan durante la misa.

En la figura 22 se ve como está distribuido el terreno de la escuela primaria: las tres aulas, el jardín, la pila del agua y la cancha de basketball.

Se puede también ver el camino que lleva de la calle a los salones. Este caminito fue construido recientemente hace unos cuatro meses gracias al apoyo que da el Programa del Rezago Educativo de la Secretaría de Educación a todas las escuelas primarias rurales, lo que hizo que los niños en tiempo de lluvias no llenaran de lodo sus zapatos ni los salones.

Aunque no se pueda ver en el dibujo, esta institución cuenta con una parcela escolar con una superficie de 3 hectáreas, que hoy día se tiene plantada con alfalfa. Las utilidades

que se obtienen por rentarla a un particular son destinadas para las mejoras de la escuela, previo acuerdo de la mesa directiva de padres de familia. La mesa directiva de padres de familia junto con los papás y mamás, en asamblea comunitaria, deciden de acuerdo a lo que hay en caja, qué actividades se van a realizar, quién las va a realizar y cuanto va a costar.



Figura No. 22
Escuela Primaria Rural de El Lometón (Fotografía: Imelda Herrera)

Todos los niños y niñas ayudan a mantener limpia su escuela.

A continuación mostramos las características de la población que habitamos en El Lometón.

Con la finalidad de saber las características de la población, las mujeres que hicimos este diagnóstico con la ayuda de nuestra gente, hicimos un cuestionario para conocer cuántas

casas hay, cuántas personas vivimos en ellas, qué edad tenemos, a qué nos dedicamos, cuánta gente ha migrado a los Estados Unidos, cuánto ganan, en qué gastan y cuáles son nuestros principales problemas y posibles soluciones.

En El Lometón hay 90 viviendas. En la semana del 9 al 14 de julio del 2001 se lograron censar sólo 64 viviendas. En 26 casas no pudimos entrevistar a nadie porque no encontramos al jefe o a la jefa del hogar. Pensamos que con la información que obtuvimos de estas 64 casas podemos decir las características generales de nuestra comunidad. Los resultados que obtuvimos son los siguientes:

En estos hogares vivimos 306 personas, de los cuales 150 son hombres y 156 mujeres. Encontramos que hay más mujeres que hombres.

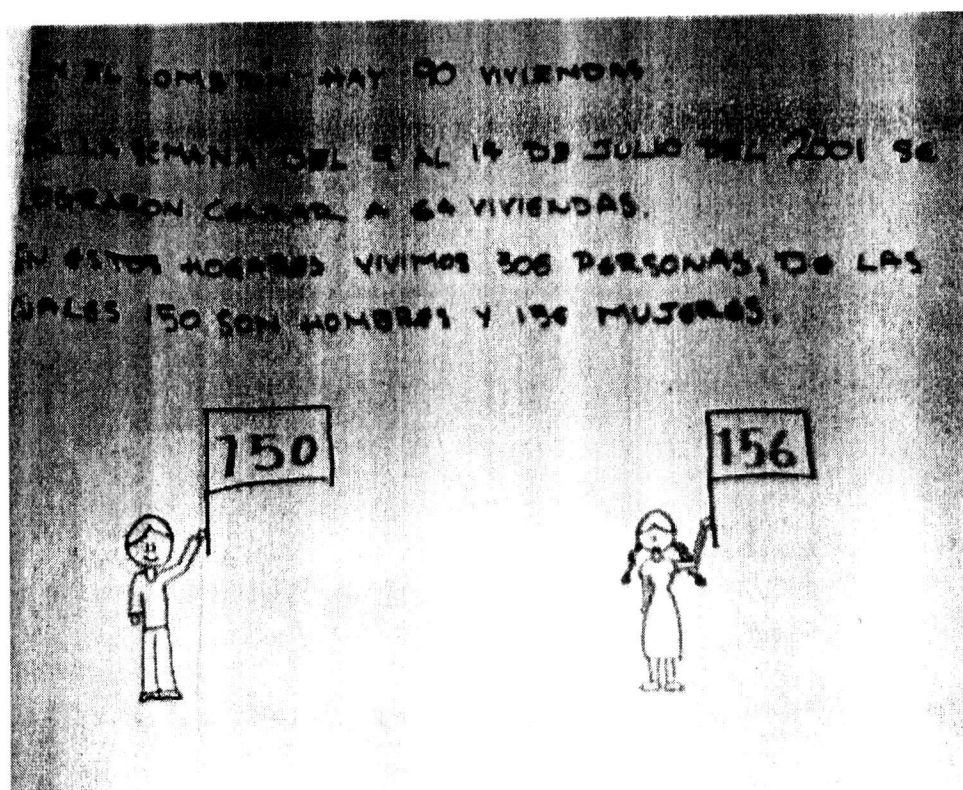


Figura No. 23
Población total por sexo (Fotografía: Imelda Herrera)

Con la ayuda de la Imelda Herrera, alumna de Chapingo, pudimos clasificar a todos los 150 hombres en grupos de edad.

De acuerdo a la información que obtuvimos en los cuestionarios, los hombres se agruparon en 16 grupos de edad, y aparecen en el cuadro 6.1.2.

Ordenamos en una lista desde el niño más pequeño hasta el hombre más grande. Después la cortamos a la mitad, lo que nos dio, que la mitad de los varones son jóvenes puesto que tienen menos de 24 años.

Después todos los hombres, los dividimos en población infantil, en edad productiva y en edad no productiva. Es así que tuvimos 39 infantes con edades entre los 0 y los 14 años. 100 adultos en edad de trabajar entre las edades de 15 y 64 años. 11 adultos mayores de 65 años de edad y más. También supimos que de estos 150 hombres 41 migran hacia los Estados Unidos.

Cuadro 6.1.2 Distribución de los varones por grupos de edad.

Edad (en años)	Número de personas	Acumulado
0-4	13	13
5-9	11	24
10-14	15	29
15-19	20	59
20-24	16	75
25-29	9	84
30-34	14	98
35-39	8	106
40-44	9	115
45-49	4	119
50-54	7	126
55-59	2	128
60-64	3	131
65-69	6	137
70-74	4	141
75-79	1	142
Hombres que no se supo la edad	8	150
Total	150	150

Fuente: Elaborado por mujeres de la comunidad.

Estos tres grupos los podemos ver en el siguiente dibujo:

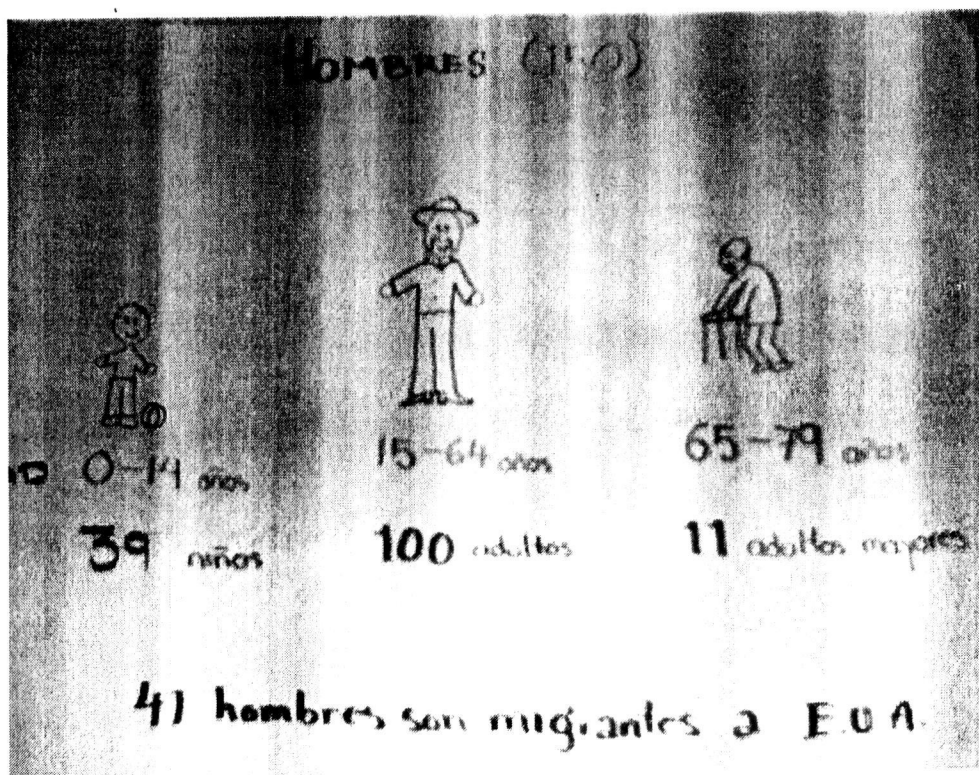


Figura No. 24

Población de varones por grandes grupos de edad (Fotografía: Imelda Herrera.)

Estos 150 hombres se dedican a:

- 76 al campo
- 27 son estudiantes
- 22 son empleados
- 11 son infantes, niños que no están en edad escolar
- 8 son obreros
- 3 lecheros
- 1 es jubilado
- 1 está incapacitado
- 8 no se tuvo información de su trabajo

Se vio que la mayoría de los hombres se dedican al campo.

A las 156 mujeres también las dividimos en diferentes grupos de edad, las cuales aparecen en el cuadro que sigue:

Cuadro 6.1.3 Distribución de las mujeres por grupos de edad.

Edad (en años)	Número de personas	Acumuladas
0-4	12	12
5-9	25	37
10-14	13	50
15-19	21	71
20-24	11	82
25-29	8	90
30-34	12	102
35-39	11	113
40-44	7	120
45-49	5	125
50-54	7	132
55-59	2	134
60-64	4	138
65-69	5	143
70-74	3	146
75-79	0	146
80-84	1	147
85-89	1	148
90-94	1	149
No especificaron	7	156
Total	156	156

Fuente: Elaborado por mujeres de El Lometón. 2001.

Hicimos la misma operación con las mujeres que con los hombres, las ordenamos de menor a mayor edad y vimos que más de la mitad de las mujeres son jóvenes porque se encuentran entre los 0 y 24 años de edad. También pudimos ver que seis mujeres están en los Estados Unidos.

Al comparar el número de hombres y mujeres migrantes, encontramos que hay más hombres que mujeres trabajando en los Estados Unidos. Se sabe que hay más hombres allá, porque la mayoría de los que se van son casados, pero se van solos, no se van

definitivamente, van por unos meses al año, regresan por pocos meses al año, por eso dejan a su esposa y sus hijos en la comunidad, porque si se los llevan ya no pueden ahorrar lo que esperaban para mejorar su vida.

También dividimos a las 156 mujeres en tres grupos, encontramos a 50 niñas menores de 15 años, 88 mujeres adultas entre los 15 y 64 años de edad y 18 mujeres mayores de 65 años y más. Esta situación la podemos ver en el siguiente dibujo.

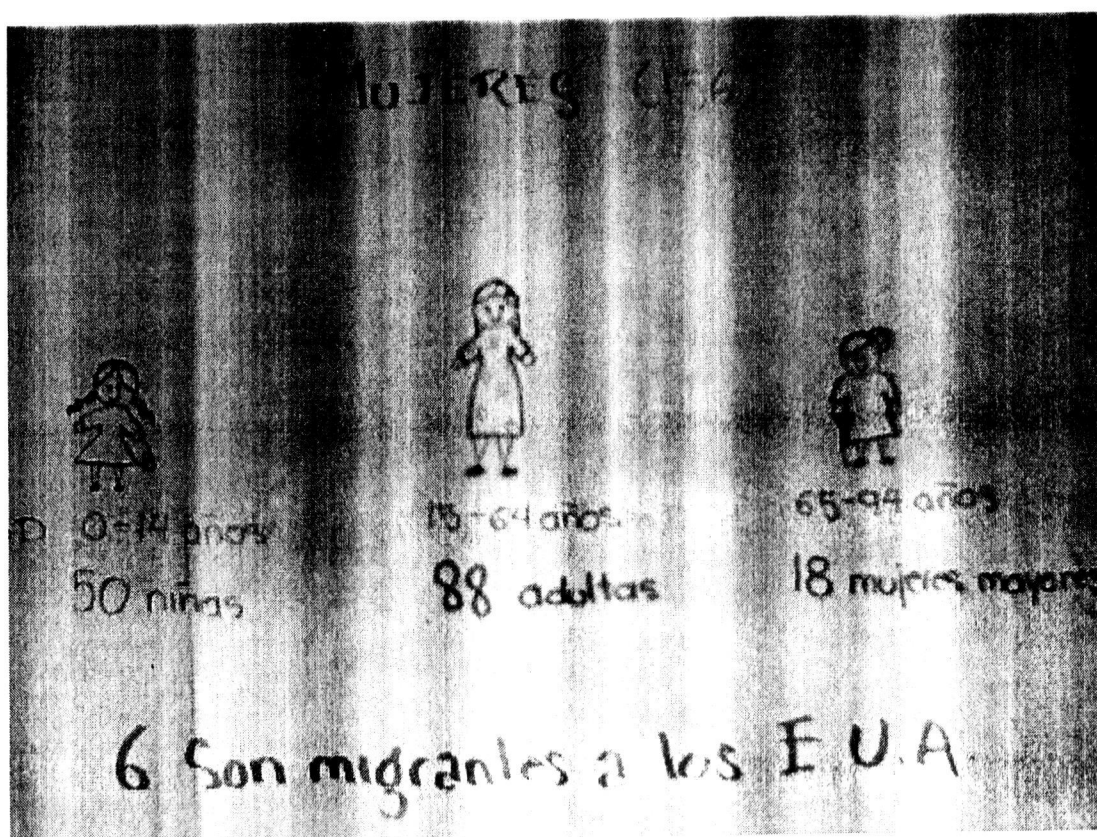


Figura No. 25

Población de mujeres por grandes grupos de edad (Fotografía: Imelda Herrera.)

Conocimos que la mayoría de las mujeres se dedican al hogar, trabajo que no es valorado por los hombres, ni tampoco es pagado, aunque se ocupe en estas labores la mayor parte de su tiempo.

- 108 son amas de casa
- 34 son estudiantes
- 10 son infantes, niñas que no están en edad escolar
- 1 es campesina
- 1 es empleada
- 1 es comercio
- 1 es jubilada

De las 217 personas mayores de 15 años que viven en El Lometón solo 97 reciben un salario. 93 son hombres y 4 son mujeres. Las mujeres que tienen ingresos se debe a la venta de su alfalfa, por su trabajo en una oficina de gobierno, por las ventas de su tienda y otra por su jubilación del seguro social.

Al sumar los salarios de estas personas y dividirlos entre las 97 personas, vimos que salario promedio que obtienen es aproximadamente de \$1,790 pesos al mes. Y que tres cuartas partes de del ingreso se gasta en la agricultura, alimentación, vestido, vivienda, educación y diversión. Una cuarta parte en se gasta en la salud (pago de doctor, medicina, laboratorio, etc).

6.1.4 Problemas y oportunidades de solución

Al preguntar en los 64 hogares censados cual era el principal problema que tenía la comunidad, obtuvimos siete, que por orden de importancia son: desempleo, los hombres reciben dinero por su trabajo y las mujeres no, ausencia de médicos, falta de escuelas que den estudios desde secundaria hasta una carrera profesional, los precios más altos de los alimentos en el área rural en comparación con los de la ciudad porque aumentan con el costo del transporte, la pobreza y servicio deficiente del transporte.

Para solucionar el problema del desempleo pensamos que se el gobierno debe invertir dinero en la creación de trabajos bien remunerados tanto para hombres como para mujeres dentro del municipio, sobre todo en la comunidad. Ya que en la localidad el pago por un jornal está en cincuenta pesos y eso no alcanza para mantener una familia. Sería bueno además que las mujeres que se dedican al hogar tuvieran un salario por su trabajo.

Para contar con los servicios de salud en la comunidad se debe pedir apoyo a las autoridades para que manden de planta a un doctor o doctora y una enfermera a la comunidad, y que ocupen el consultorio que construyó la comunidad, el cual se encuentra vacío.

Para tener más escuelas habrá que pedir a la Secretaría de Educación que apoye en la construcción de centros educativos y proporcionen los maestros y materiales educativos necesarios.

Para enfrentar el problema de la inflación y la pobreza sería a través de contar con una tienda rural de la Conasupo que vendiera productos a bajos precios, tener mejores salarios y aumentar los precios de venta del maíz, alfalfa y la leche.

Por último, para mejorar el servicio de transporte sería meter más corridas de camiones al día.

El número de personas que mencionaron estos problemas y soluciones aparecen en el siguiente cuadro:

Cuadro 6.1.4 Principales problemas y soluciones de la comunidad El Lometón, Tarímbaro. 2001

No.	Principal Problema	No.	Solución
25	Necesitamos un centro de salud donde podamos atender nuestras enfermedades	25	Pedir apoyo a las autoridades para tener personal medico que atienda la salud de las personas
17	El desempleo	31	Crear fuentes de empleo, no sólo para hombres sino también para mujeres
14	Sólo los hombres perciben dinero y las mujeres no por su trabajo		
3	No existen escuelas para que los niños y niñas que terminan la primaria sigan estudiando	3	Pedir apoyo para la creación de centros educativos
2	La vida cada día es más cara	2	Tener mejores ingresos
2	Pobreza	2	Crear fuentes de empleo con mejores salarios
1	Transporte	1	Meter más corridas de camiones

Fuente: Elaborado por mujeres de la comunidad.

Al darle varias vueltas y pensar en grupo y ya no de manera individual como se hizo en los cuestionarios, vimos que los problemas del desempleo, falta de escuelas y personal médico, bajos salarios, carestía, pobreza y transporte deficiente son muy difíciles de trabajar en un principio porque escapan a nuestras manos. Muchas veces hemos solicitado el apoyo de varias autoridades y no pasa nada, dicen que no hay presupuesto para hacer obras que nos ayuden a resolver nuestros problemas. Por eso decidimos trabajar como primer proyecto la capacitación de promotoras de la salud, ya que existen en la comunidad mujeres inteligentes, comprometidas con la comunidad y con deseos de capacitarse para mejorar la salud de las personas de El Lometón.

6.2 Factores de riesgo que inciden en la transmisión del VIH en poblaciones migrantes

Durante los meses de enero y febrero del 2001 se estableció contacto con la Maestra Irma Hernández Soria, Directora de la Escuela Primaria Rural Multigrado de la comunidad El Lometón, municipio de Tarímbaro para que nos apoyara en la sensibilización de l@s poblador@s de la comunidad y pudieran participar en la presente

investigación. La participación de la profesora era importante en virtud de que, la escuela es bastante valorada por la comunidad, cuenta con el prestigio de ser el principal medio informativo educativo confiable, además de ser el lugar donde se da cita la gente para realizar las asambleas comunitarias por contar con espacio suficiente para trabajar con grupos pequeños.

En febrero del mismo año, se elaboraron y entregaron oficios a cuatro poblaciones diferenciadas de esa comunidad (migrantes, parejas sexuales de los migrantes, hijos e hijas en edad potencial de migrar), invitándolos a la proyección de una película sobre migración y VIH/SIDA.

Es así que, de marzo a julio del mismo año, se desarrollaron en la comunidad un total de 7 grupos focales, con 89 participantes. Lo anterior, con la finalidad de identificar los factores de riesgo que inciden en la transmisión del VIH en poblaciones migrantes internacionales hacia los Estados Unidos en el área rural.

Cada uno de los grupos focales estuvo estructurado en cuatro fases:

1. *Inicio.*- Registro de los y las participantes, bienvenida y enunciación del objetivo de la sesión. Se dio inicio a la sesión exponiendo que el objetivo era platicar con los y las participantes en torno a una problemática que ha ido creciendo en el estado de Michoacán durante los últimos 15 años: el VIH/SIDA. Así como, generar espacios para compartir -juntos facilitadora y participantes- saberes, miedos, dudas y temores en torno a esta problemática.
2. *Proyección del video* “La vida sigue”, elaborado por el CONASIDA a cargo de la dirección de María del Carmen Lara, con una duración de 23 minutos. (Véase características del video en el capítulo 2 de esta tesis).

3. *Desarrollo*.- Una vez terminada la proyección, se invitó a l@s participantes a comentar sobre el video focalizándose en el binomio migración y VIH/SIDA.
4. *Conclusiones* sobre los factores que inciden en la transmisión del VIH/SIDA, así como invitarlos a una capacitación participativa posterior en torno a estos temas.

La técnica utilizada para analizar las respuestas de l@s participantes de los grupos focales fue el análisis de contenido. Entenderemos aquí por análisis de contenido “el proceso a través del cual las características relevantes del contenido de un mensaje son transformadas a unidades que permitan su descripción y análisis preciso”.¹²²

Tanto la información contenida en los registros de inscripción así como de las conversaciones establecidas entre la facilitadora y l@s durante el desarrollo de los grupos focales se cualificaron a través de cuatro líneas de investigación: perfil sociodemográfico de l@s participantes, caracterización del flujo migratorio, saberes de las familias rurales con experiencia migratoria hacia los Estados Unidos en torno al VIH/SIDA.

6.2.1 Perfil sociodemográfico de l@s participantes

De acuerdo con la información obtenida, los participantes presentan las siguientes características:

- Mayoritariamente estuvo conformado por varones (51.7%) y minoritariamente por mujeres (48.3%).
- La proporción de participantes por grupo poblacional fue de 43% para los varones jóvenes en edad potencial de migrar, 28% mujeres en edad potencial de migrar, 20% mujeres parejas sexuales y 9% migrantes varones.

¹²² Hernández Sampieri, Roberto et al. (1991) Metodología de la investigación. Edit. Mc Graw Hill, México. Pp. 301-316.

- La edad promedio fue de 41 años para los migrantes varones, 35 para sus parejas, 17 para las hijas y 19 para los hijos.
- La escolaridad de l@s participantes fue preponderantemente la primaria completa (62.9%). El 16% de l@s jóvenes tiene educación básica (primaria y secundaria completa) situación que no se presentó en el grupo de l@s adult@s. Cabe señalar que, en la comunidad sólo se presta el servicio educativo del nivel preescolar y primaria multigrado.
- La ocupación de los y las participantes fue:
 - Migrantes: 100% trabajadores agropecuarios.
 - Parejas sexuales de los migrantes: 100% amas de casa que participan en las actividades del campo.
 - Mujeres en edad potencial de migrar: 88% apoya en las labores del hogar y el 12.2% continúa estudiando.
 - Varones: el 31.6% continúa estudiando y el resto apoya a las labores del campo.

Lo anterior puede apreciarse en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 6.2.1.1 Aspectos sociodemográficos de los y las participantes. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Subcategorías de análisis	Migrantes		Parejas sexuales		Hijos/as en edad potencial de migrar		Total
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
No. De grupos focales realizados		1	1		2	3	7
No. De participantes		8 9.0%	18 20.2%		25 28.1%	38 42.7%	89 100%
Edad promedio de los/las participantes		41	35		17	19	
Escolaridad							
Primaria incompleta		1	3		0	2	6
Primaria completa		5	10		21	20	56
Secundaria incompleta		2	5		3	3	13
Secundaria completa		0	0		1	13	14

Fuente: Elaboración propia con base en la participación de los 89 personas que intervinieron en los Grupos Focales.

6.2.2 Caracterización del flujo migratorio internacional.

El flujo migratorio de la comunidad hacia los Estados Unidos de Norteamérica se inició a partir de los años cincuenta del siglo XX, a raíz de la repartición de las tierras que ahora conforman la pequeña propiedad, incorporándose a este flujo aquellos varones que no tuvieron el acceso a la tierra.

Los factores que han motivado a las personas de la comunidad a migrar a los Estados Unidos se centran básicamente en dos vertientes:

a) Debilidades de la región

- Incapacidad de la región por absorber productivamente al excedente de mano de obra. Fuerza de trabajo que se convierte en excedente y que es requerida por los patrones norteamericanos por la ventaja que representa su bajo costo en relación a los residentes.
- Minifundismo, baja productividad de la tierra durante los últimos años, bajos precios de venta de los productos del campo y los bajos salarios que imperan en la región no satisfacen las necesidades básicas de la unidad doméstica.
- Redes sociales consolidadas.

b) Oportunidades en los Estados Unidos

- Fuentes de empleo, mejores salarios, mayor diversificación de las fuentes de empleo y la posibilidad de trabajar tiempos extras.
- Ejercicio de los derechos humanos.
- Mayor poder adquisitivo de bienes y servicios producto del salario.
- Mayores oportunidades en todas las actividades de la vida, tales como: educación, servicios públicos, comodidades brindadas por los adelantos de la

tecnología y la ciencia, salud, centros de esparcimiento y ocio. Considerándose por ello, un país poderoso económicamente, moderno y desarrollado.

A pesar de que la migración es percibida por la comunidad de manera positiva, esta también tiene sus desventajas.

Se valora a quienes la llevan a cabo, pues éstos son considerados personas activas, con deseos de superación, con una disposición hacia el cambio, que no se conforman con las pocas oportunidades que les brinda la comunidad. Si bien es cierto que la familia logra tener más y mejores satisfactores, ésta situación tiene altos costos de sufrimiento, tanto para las personas que se van como para las que se quedan, a saber:

Para los que se quedan:

- La separación física del ser querido es vivida con dolor, implica soledad porque se rompe con la convivencia familiar, con una relación cotidiana de pareja y de familia.
- Generalmente el migrante varón es considerado como el jefe del hogar. El hecho de que no esté presente implica triples roles para la mujer: ser padre y madre a la vez; dedicarse a las actividades del hogar y al campo.
- La falta de la imagen paterna impacta negativamente sobre la conducta de l@s hij@s y su nivel de aprovechamiento escolar.

Para los que se van:

- Explotación y maltrato de los trabajadores en el vecino país. Existe una diferencia salarial para el mismo trabajo realizado entre los trabajadores migrantes ilegales y los ciudadanos norteamericanos.

- El cruzar la frontera norte implica una serie de peligros, destacándose la aprehensión de los migrantes por parte de la patrulla fronteriza.
- Xenofobia hacia los migrantes latinos.
- El hecho de ser ilegal no permite gozar de todos los derechos que tiene un ciudadano norteamericano, como seguro del desempleo, seguro de vida, entre otros.
- El estilo de vida americano es diferente a la que se vive en el campo mexicano: idioma diferente, grandes urbes, vida se vive con mayor rapidez, una cultura sexual más abierta, problemas de pandillerismo, alcoholismo y drogadicción.

A través del análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) con l@s participantes se realizó un balance entre los aspectos positivos y negativos de El Lometón y de los Estados Unidos. Predominan los aspectos positivos del país vecino sobre los de la comunidad. Situación que ha influido para que la migración internacional se haya perpetuado durante los últimos 50 años. El resumen del balance es el siguiente: A pesar de la convivencia cotidiana con la familia, el contacto cercano con la gente, la falta de discriminación y la tranquilidad con que se vive en la comunidad (17.8%). Son la falta de fuentes de empleo en la región, los bajos salarios, la vida cara en las áreas rurales, los factores que obligan a la gente a buscar trabajo en los Estados Unidos de Norteamérica (26.1%). Y, es precisamente Estados Unidos, el lugar para inmigrar porque lo consideran un país con mayores oportunidades en todas las actividades de la vida humana (45.4%). Aunque, el hecho de buscarlas tiene costos muy altos, tales como: el peligro de ser deportado a México por la patrulla fronteriza, explotación y malos tratos en los centros de trabajo (10.7%).

Lo anterior se puede apreciar en el Cuadro No. 6.2.2.1.

Cuadro No. 6.2.2.1 Fortaleza, oportunidades, debilidades y amenazas que inciden en el proceso de la migración en la comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Fortalezas de la comunidad	Total	Oportunidades encontradas en EU	Total	Debilidades de la comunidad	Total	Amenazas enfrentadas en EU	Total
La convivencia con la familia.	15	Más oportunidades en todas las actividades de la vida.	8	La falta de fuentes de trabajo en la región	38	Discriminación hacia los latinos.	3
La tranquilidad con que se vive.	10	Más fuentes de empleo.	32	Bajos salarios	16	La explotación de los trabajadores latinos.	9
El contacto cercano con la gente	8	Mejores salarios.	7	La vida en el área rural es más difícil.	4	Peligros en el cruce de la frontera.	6
No existe discriminación	12	Mayor diversificación de actividades	7	Inflación	4	El ser ilegal no permite gozar de todos los derechos.	3
		Más derechos humanos	3	El valor del peso es muy pobre	4	Se vive una vida muy rápida.	2
		Mayor libertad	7			Hay mucha gente.	2
		Más centros recreativos	8			Maltrato en los centros de trabajo.	1
		Tener otro tipo de familia	3			Más riesgos y más cara la vida.	1
		Más moderno, más comodidad.	7				
		País avanzado	4				
		Poderoso económicamente.	3				
		No hay inflación	8				
		Menor devaluación	3				
		Se pueden trabajar horas extras.	7				
		El dólar vale más que el peso.	8				
Total fortalezas	45	Total oportunidades	115	Total debilidades	56	Total amenazas	27

Fuente: Elaboración propia con base en la participación de 89 personas que intervinieron en los Grupos Focales.

Nota: Cabe señalar que el número de frecuencias (253) no corresponde a igual número de participantes, sino que se hizo a través de la técnica Lluvia de Ideas y cada participante podía hacer una o más afirmaciones.

En estos 50 años de experiencia migratoria, el flujo ha mantenido similares características. Pues, en su mayoría lo constituyen varones, con una edad productiva y reproductiva entre los 18 y 45 años. Con estudios de primaria, casados, que se insertan en actividades que requieren de esfuerzo físico y poca capacitación como lo es la pizca de algún cultivo o la jardinería en las casas ("mejor conocida por los migrantes como la yarda").

Los estados receptores de estos migrantes han sido California, Illinois y Idaho. El hecho de ir sistemáticamente a trabajar a Estados Unidos durante medio siglo ha creado vínculos

y relaciones muy estrechos y consistentes entre El Lometón y los puntos de destino de aquel país. Como diría Durán (1991) un migrante llama al otro, el establecimiento de algunos en el extranjero sirve de cabeza de puente para que se instalen los demás.

Los migrantes que cruzan por primera vez la frontera norte no poseen documentos legales para hacerlo. Para poder cruzarla, se valen de los servicios de “los coyotes” o “polleros”, teniendo que pagar alrededor de 1,800 dólares. Los principales cruces fronterizos que utilizan son Tijuana, Reynosa y Matamoros. Se observa que a medida que van acumulando historia migratoria, existe la posibilidad de adherirse a las leyes de amnistía en la unión americana, los migrantes han podido legalizar su situación, esto es, obtienen un status legal. A pesar de lo anterior, en su mayoría, el flujo migratorio continua teniendo un status ilegal.

El promedio de estancia ha ido cambiando, de ser en un inicio de aproximadamente 8 meses (de marzo a octubre y regresando a la comunidad en los meses de noviembre a febrero) ha aumentado últimamente a dos años debido a los altos costos del coyotaje y las medidas más restrictivas de la patrulla fronteriza.

Los migrantes envían dinero (remesas) a su familia a través de las oficinas de TELECOMM. El monto varía en cada uno de los hogares, mismo que está en función del número de sus dependientes, ocupación del migrante en los Estados Unidos y su status migratorio.

- Los migrantes ilegales, con menos de cuatro dependientes, dedicados a la pizca de algún producto agrícola en las plantaciones envían en promedio 300 dólares al mes.

- Por el contrario, los migrantes con residencia, con más de cuatro dependientes, que se insertan en actividades de jardinería en las residencias americanas, envían en promedio 700 dólares mensuales.

El destino de estas remesas se destina básicamente a la satisfacción de las necesidades básicas de la familia (alimentación, vestido, educación, mejoras en la vivienda y pago de los servicios) y en menor porcentaje como complemento a las actividades agrícolas. Es por ello que, la migración es considerada como la principal alternativa de sobrevivencia de reproducción de la unidad doméstica, pues conforma aproximadamente el 40% de los ingresos de la comunidad.

A su vez, l@s participantes afirmaron que la migración se detendría si existieran en la comunidad mayores satisfactores. Mismos que pueden abordarse desde cuatro dimensiones: laborales, servicios públicos, gubernamentales y comunitarios.

- Laboral: diversidad de fuentes de empleo, suficientes y bien remuneradas (48.3%).
- Servicios públicos: mejorar el servicio de recolección de basura; instalar teléfonos públicos; construir centros comerciales, de salud y recreativos a bajos precios; mejorar la seguridad pública (24.7%).
- Gubernamentales: ser participante de los diferentes programas impulsados por los tres niveles de gobierno en torno a la economía familiar, organización campesina y desarrollo social comunitario. Así como, reorientar la política agropecuaria en beneficio de los campesinos (16.9%)
- Comunitarios: crear una cultura de solidaridad entre la gente de la comunidad (10.1%).

Como se puede apreciar el aspecto laboral está por encima de los tres restantes. Lo anterior se ve reflejado en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 6.2.2.3 Satisfactores ausentes en la comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Factor	Satisfactores	Frecuencia
Laboral	Fuentes de empleo suficientes	21
	Mejores salarios	18
	Mayor diversidad de las fuentes de empleo	4
Servicios	Más servicios públicos (recolección de basura, teléfono público, centros comerciales, centros de salud)	13
	Seguridad pública	6
	Centros de diversión	3
Gobierno	Más apoyo económico, político y social por parte del gobierno	10
	Mejores gobernantes, serios y responsables, con un compromiso hacia el campo.	5
Comunitario	Mayor solidaridad entre la gente de la comunidad	9
Totales		89

Fuente: Elaboración propia con base en la participación de 89 personas que intervinieron en los Grupos Focales.

Al indagar a l@s participantes si contarán con todas las facilidades para migrar hacia los Estados Unidos volverían a repetir la experiencia. Su respuesta fue un 66%, aunque de forma diferenciada por experiencia migratoria y sexo:

Migrantes:

- El total de los varones jóvenes repetiría la experiencia (100%).
- La mayoría de los varones adultos migraría nuevamente (75%)
- Sólo una de las dos mujeres parejas sexuales de los migrantes lo haría nuevamente (50%).

No migrantes:

- Pocas mujeres, parejas sexuales de los migrantes desearía incursionar en esta hazaña (12%).

- La gran mayoría de las y los jóvenes desearían hacerlo. Aunque la proporción en este grupo fue mayor en las mujeres que en los hombres (76% contra 64% respectivamente)

Lo anterior puede apreciarse en el siguiente cuadro donde aparecen las frecuencias simples de la pregunta sobre las expectativas de migrar hacia los Estados Unidos.

Cuadro No. 6.2.2.4 Expectativas de migrar hacia los Estados Unidos en la comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Experiencia migratoria	Migrantes varones	Parejas sexuales de los migrantes	Jóvenes		Total
			Mujeres	Varones	
Migrantes con deseos de repetir la experiencia	6	1	0	5	12
Migrantes sin deseos de repetir la experiencia	2	1	0	0	3
Subtotal	8	2	0	5	15
No migrantes con deseos de migrar	0	2	19	21	47
No migrantes sin deseos de migrar	0	14	6	7	27
Subtotal	0	16	25	33	74
Gran Total	8	18	25	38	89

Fuente: Elaboración propia con base en la participación de las 89 personas que intervinieron en los Grupos Focales.

Otro factor importante manifestado por l@s participantes es la vida sexual que mantienen los migrantes en los Estados Unidos. La gran mayoría de los cuatro grupos poblacionales menciona que sí existen cambios en su actividad sexual. Se pueden establecer mayor número de contactos en ese país, por múltiples razones: existe más libertad para expresar la sexualidad, hay menos censura por mantener más de una compañera sexual, las mujeres americanas participan más en el coito para obtener placer que las mujeres mexicanas, el estar sin sus esposas favorece el contacto con otras mujeres, el hecho de que sus esposas no estén viviendo con ellos impide que se den cuenta de sus contactos sexuales ocasionales, las relaciones ocasionalmente tienen la finalidad de buscar una satisfacción física más que el amor.

Los porcentajes correspondientes a las respuestas afirmativas en torno a los cambios en los patrones sexuales son diferentes para los cuatro grupos, aunque se afirma enfáticamente más en los varones que en las mujeres.

- Migrantes varones: 100%
- Hombres jóvenes: 92%
- Mujeres parejas sexuales de los migrantes: 83%
- Mujeres Jóvenes: 56%

Lo anterior, puede apreciarse en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 6.2.2.5 Percepción de los cambios en la vida sexual de los migrantes en Estados Unidos. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Percepción del cambio	Migrantes varones	Parejas sexuales de los migrantes	Jóvenes		Total
			Mujeres	Varones	
<i>Afirmativo</i>					
Las mujeres son más fáciles	2	5	3	9	19
Las mujeres americanas son más atractivas				3	3
La gente en EEUU es más promiscua		9		5	14
La gente de EEUU sabe dar más placer				5	5
No existe presión familiar para tener varias parejas		1	4	3	8
El estar solo requiere de una pareja	6			8	14
No importa el amor, solo satisfacerse			7	2	9
Subtotal	8 100%	15 83%	14 56%	35 92%	72 81%
<i>Negativo</i>					
No, porque respetan a su pareja		3			3
Subtotal		3 17%			3 3%
<i>No saben y/o no contestaron</i>			11	3	14
Subtotal			11 44%	3 8%	14 16%
Gran Total	8 100%	18 100%	25 100%	38 100%	89 100%

Fuente: Elaboración propia con base en la participación de 89 personas que intervinieron en los Grupos Focales.

Hubo tres mujeres que argumentaron que sus esposos practican sexo seguro, pues no creen que ellos sostengan relaciones extramaritales, puesto que existe un acuerdo tácito de fidelidad entre ellos. Además, el hecho de que en su mayoría los varones migrantes cuando están en los Estados Unidos vivan con familiares y amigos, creen que es un

factor que imposibilita a la pareja a mantener contactos inseguros con mujeres desconocidas. Lo anterior puede apreciarse en los siguientes dos comentarios:

“Ellos saben que nosotras acá los esperamos y les somos fieles, que no deben andar con otras allá, y saben que pueden pescarse una enfermedad fea por allá. Ellos están conscientes de ello, por eso no tienen relaciones con otras mujeres, mucho menos con prostitutas”.

“Mi marido se va con mis hermanos y con sus parientes, no creo que busque a ninguna mujer. Porque me lo dirían mis hermanos y tendríamos problemas. No, no lo creo, mi marido sí me es fiel.”

Lo anterior dio la pauta para cuestionar a las mujeres si creían que sus esposos y/o parejas sexuales son fieles, en su totalidad manifestaron afirmativamente.

Por último se preguntó a l@s participantes ¿creen ustedes que los hombres de la comunidad se protejan cuando tienen relaciones sexuales en Estados Unidos?

La gran mayoría argumentó que los largos periodos de estancia de los migrantes en Estados Unidos los impulsa a sostener relaciones casuales con otras mujeres, generalmente a través del pago a sexoservidoras o bien con las muchachas que laboran en los campos estadounidenses, situación frecuente durante los días de pago. Aunado al hecho que en estos días, al término de sus labores, los hombres toman y al estar alcoholizados se “envalentonan” y buscar satisfacer sus deseos sexuales. Aspecto que es fomentado y valorado por el grupo de pares. Creen que es durante estas prácticas donde pueden infectarse de alguna “enfermedad venérea” porque no usan condón. Lo anterior puede observarse en los siguientes comentarios:

Varones:

“A quien le dan pan que llore, si tienes la oportunidad de tener una mujer allá, la aprovechas, ni modo que si una mujer se te acerca le digas que no, eso no es de machos”.

“Como va a decirle que no a los cuates, que uno no puede aventarse un tiro con una mujer, después uno va andar de boca en boca de la gente”.

Mujeres:

“¡Qué van a hacer fieles los hombres!, entre más mujeres tengan se sienten mejor, eso es algo muy común, no es algo que se critique ni se vea mal.”

“Cuando nos casamos, las mujeres siempre vamos vírgenes al matrimonio, pero los hombres nunca, ya han tenido otras relaciones, aquí o allá, que importa el lugar”.

“El tener relaciones fuera del matrimonio con otras mujeres que se dedican a la prostitución pueden pegarles una enfermedad. Y luego pegárselas a sus parejas, ya que no usan condón. Bueno, yo creo que no usan, porque con nosotras no lo usan”.

Las participantes mujeres con experiencia sexual, tienen una doble concepción del comportamiento sexual de los hombres de la comunidad en los Estados Unidos. Los varones, “los otros”, los que no son su pareja son los infieles, sus parejas son fieles. Por lo tanto, el riesgo de contraer alguna enfermedad de transmisión sexual por sus relaciones no protegidas es percibido en las otras parejas, más no en la suya, ya que aducen que sus parejas practican un sexo seguro.

6.2.3 Saberes de las familias rurales con experiencia migratoria hacia los Estados Unidos en torno al VIH/SIDA.

Las categorías de análisis para esta variable de estudio fueron 7, a saber: vida sexual; concepción de lo femenino y masculino, percepción y codificación de mensajes alusivos al VIH/SIDA; formas de transmisión de la epidemia; medidas preventivas; conocimiento, habilidades y uso del condón; y, comunicación y capacitación en torno al VIH/SIDA.

a) Vida sexual

Existen diferencias en los cuatro grupos poblacionales en torno a su vida sexual:

- 100% de los migrantes varones manifestó haber tenido más de una pareja sexual.
- 94% de las mujeres parejas sexuales de los migrantes comenta tener sólo una pareja sexual.
- 88% de las mujeres en edad potencial de migrar dice ser virgen y el 12% ha iniciado una vida sexual. Por lo que se refiere a la vida sexual de estas últimas, el 66% es monógama y el 33% ha tenido más de una pareja sexual.
- 61% de los varones en edad potencial de migrar dice ser virgen y el 34% ha iniciado una vida sexual. Por lo que se refiere a la vida sexual de estos últimos, el 13% es monógamo y el 87% ha tenido más de una pareja sexual.

Lo anterior se puede apreciar en el siguiente cuadro 6.2.3.1. De este cuadro, se desprende que las personas que mantienen una vida sexual activa, más de la mitad ha tenido más de una pareja sexual a lo largo de su vida.

Cuadro No. 6.2.3.1 Vida sexual de los y las participantes. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Subcategorías de análisis	Migrantes		Parejas sexuales		Hijos/as en edad potencial de migrar		Total
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
Vírgenes					22 88%	23 61%	45 50%
Monógamos			17 94%		2 8%	2 5%	21 24%
Más de una pareja sexual		8 100%	1 6%		1 4%	13 34%	23 26%
Total		8 100%	18 100%		25 100%	38 100%	89 100%

Fuente: Elaboración propia con base en la participación de los 89 personas que intervinieron en los Grupos Focales.

Es importante resaltar que el inicio de la vida sexual de los varones no fue -casi en su mayoría- ni con sus esposas y/o novias. Situación que cambia para las mujeres parejas de migrantes, el total de ellas (18 mujeres) sí se iniciaron sexualmente con sus esposos, y sus prácticas eran normales, lo cual significa que son heterosexuales vía vaginal. Sin embargo, dos de ellas manifestaron que habían practicado el sexo oral y que era una forma más de experimentar el placer con sus compañeros. Aunque algunas tímidamente entre ellas se preguntaron: “¿qué es el sexo oral y qué es el sexo anal? Además, sólo tres mujeres dijeron experimentar placer en sus relaciones, mantener una comunicación abierta con sus parejas y tener una participación activa en la relación, aunque con la llegada de sus hijos hubo cambios en la expresión del deseo. La sexualidad de estas tres mujeres fue comentada al interior de sus grupos pares.

“Antes de que tuviera a mi primera hija, yo hacía el amor con mi marido a la hora que fuera, como fuera y donde fuera. Si yo quería gritar, gritaba. A mi marido siempre le ha gustado que yo sea como soy, que le diga lo que siento. A veces cuando íbamos en la carretera y le decía: Oye estoy como agua para chocolate, parqueate por ahí. Nos pasábamos para atrás y le dábamos duro.

Ahora con las dos niñas, lo hacemos cuando las niñas están dormidas. Sigo sintiendo rico, pero ya no le digo en voz alta lo que siento ... porque me pueden oír y me da pena.”.

“Cuando mi marido tiene ganas, me mira de una forma diferente, me dice cariñoso: qué, ¿crees que se me haga esta noche?. Me pongo muy bonita para esperarlo. Me pongo ropa coqueta. Cuando yo tengo ganas, también se lo digo. Lo acaricio, lo veo de forma coqueta y también le digo lo mismo: qué, ¿crees que se me haga esta noche?. Cuando no están mis hijas en la casa, también nos gusta hacerlo por el día”.

“Yo siempre le digo a mi esposo como me gusta. Yo si he disfrutado, yo se que es tener un orgasmo”.

Las 15 mujeres restantes, aunque en un principio fue difícil que comentaran sus saberes, poco a poco lograron romper el silencio. Llegando a la conclusión –el grupo de mujeres parejas sexuales de los migrantes- de que la sexualidad era para ellas “*entregarse al ser querido*” pero en los hombres es entendida de forma diferente. Para ellos la sexualidad es la satisfacción de una necesidad fisiológica, más que una expresión erótica, donde la mujer mantiene un papel pasivo y responde a las necesidades de sus maridos. Lo anterior puede apreciarse en los siguientes comentarios:

“El hombre sólo se preocupa por buscar su placer y no el de su esposa. No existen espacios de comunicación entre la pareja. Y en consecuencia, resulta difícil de pensar hablar con él sobre enfermedades sexuales y como poder protegerse”.

“¿Cómo creen que yo le diría a mi esposo que tengo ganas de estar con él!. Se imaginan, ¿qué creen que me dijera?. ¡No, jamás!, eso nunca se podría decir. Aunque me gustaría ser como estas tres...”

“Oiga y yo por qué no quiero estar con mi marido. A veces cuando se me arrima me hago la dormida. No siento nada cuando me lo hace. A mi ni me dice nada mi marido, sólo se me trepa, no me habla ni bonito, ni feo. ¿Esto es bueno o malo?.”

“Yo nunca he platicado con nadie de mis cosas. Hasta ahorita que estamos entre puras mujeres y nos juntamos para hablar de eso, me doy cuenta de que no tiene nada de malo hacerlo. Y de que aprendamos cosas diferentes.”

¿Por qué debo hacerlo?, si no siento nada. Pero tengo que hacerlo porque es una obligación.

b) Concepción de lo femenino y masculino

Se encontraron diferencias en el grupo de varones y mujeres en torno a la concepción de lo femenino y lo masculino.

Para el grupo de mujeres participantes, el autoconcepto estuvo conformado por 32 características: ser mujeres, regularmente de tez morena clara, delgadas, de cabello negro, estatura media, que se dedican al cuidado del hogar, la crianza de los hij@s, y además al trabajo productivo agropecuario en las parcelas o en los establos sin remuneración económica y sin valoración social, alegres, risueñas, amistosas, trabajadoras, responsables, que se quieren a sí mismas, con virtudes, serviciales y útiles. Pero a pesar de lo anterior, dijeron ser sabedoras de sus defectos, como el ser tristes anhelando la presencia de sus parejas migrantes, a veces miedosas para tomar decisiones importantes en su vida, que a veces por cuestión de las dobles cargas de trabajo (hogar y

parcela) se enojan o explotan cuando las cosas no salen como ellas quisieran, chillonas, inseguras, tímidas, impacientes y a veces conformistas con su rol social asignado de mujer. Les gusta participar en eventos educativos y sociales, aprender cosas nuevas, cocer prendas de vestir para sus hijos y ellas, bailar y ver TV. Señalaron que en estas pequeñas reuniones educativas ocasionales, tejen y entretejen sus vidas, deseando una mejor situación para ellas y los suyos.

A su vez, argumentaron que el trabajo doméstico; la atención, educación y salud de los hijos debería ser una tarea compartida por el hombre y la mujer. Pero que a la fecha estas actividades siguen siendo un terreno exclusivo de la mujer, aunque señalan que empiezan a educar a sus hijas e hijos con nuevos valores para que en un futuro cambie esta situación de inequidad.

Por su lado, los varones mencionaron menos rasgos que las mujeres en la conformación de su autoconcepto, sólo establecieron 16 rasgos que los caracterizan: ser hombres, altos, delgados, fuertes, morenos claros, guapos, trabajadores, madrugadores, inteligentes, honestos, que les gusta reunirse para tomar los fines de semana una cerveza, cumplidos y felices, que les gusta jugar fútbol y ver televisión.

La concepción o autoidentidad¹²³ que tuvieron de sí las mujeres y los varones participantes fue estructurada en cinco dimensiones: identidad genérica, aspectos físicos, roles sociales, rasgos personales e intereses personales. A su vez, se señala la valoración que hicieron los participantes para cada uno de los rasgos mencionados. Aspectos que se pueden ver en el siguiente cuadro:

¹²³ Entenderemos por autoidentidad la descripción de las características que son importantes para cada individuo. La autoidentidad puede evaluarse con la pregunta ¿quién soy yo?. Kimble, Charles et al. (2002) Psicología Social de las Américas. Prentice Hall, México.
Harter, S. (1993) Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. Basic Books, Nueva York.

Cuadro No. 6.2.3.2 Autoconcepto de los hombres y mujeres de El Lometón, Municipio de Tarímbaro, 2001.

Identidad de género	Valor	Aspectos físicos	Valor	Roles sociales	Valor	Rasgos personales	Valor	Intereses personales	Valor
Mujeres		Referentes a:							
Somos mujeres	+	Tez	+	Cuidado del hogar	+	alegre	+	participar en eventos educativos y sociales	+
		Peso	+	Cuidado de los hijos	+	risueña	+		
		Cabello	+	Trabajo productivo sin remuneración	-	amistosa	+	aprender cosas nuevas	+
		Estatura	+			trabajadora	+	cocer prendas	
						me quiero responsable	+	bailar	+
						sentirme querida	+	ver TV	+
						virtuosa	+		+
						servicial	+		
						útil	+		
						con defectos	-		
						enojona	-		
						triste	-		
						miedosa	-		
						chillona	-		
						insegura	-		
						tímida	-		
						impaciente	-		
						conformista	-		
Varones		Referentes a:							
Somos hombres	+	estatura	+	trabajadores	+	honestos	+	jugar fútbol	+
		complexión	+			borrachos	-	ver TV	-
		fortaleza	+			mujeriegos	-		
		tez	+			madrugador	+		
		belleza	+			inteligentes	+		
						cumplidos	+		
						feliz	+		

Fuente: elaboración propia con base en las respuestas de l@s participantes en los grupos focales. El Lometón 2001.

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, las mujeres adultas participan en el espacio público a través de incorporarse en actividades educativas no formales, tales como educación inicial y educación para la salud principalmente, que les permitan mejorar su calidad de vida. Sin embargo señalan la poca presencia de organizaciones que instrumenten dichas acciones en la comunidad. Sólo han trabajado la Secretaría de Educación en el Estado (SEE) a través del programa Educación Inicial (PRODEI) y el DIF con charlas sobre el reciclamiento de la basura. Por lo que se refiere a los varones, estos participan en los espacios públicos a través del trabajo, trabajo que debe ser

buscado fuera de la comunidad, generalmente en los Estados Unidos por carecer la comunidad de fuentes de trabajo.

c) Percepción y codificación de los mensajes alusivos al VIH/SIDA.

La percepción y codificación de los mensajes alusivos al VIH/SIDA se analizó a través de 8 dimensiones: conocimientos epidemiológicos del SIDA, principal medio de información, retención de los mensajes, percepción de grupos de riesgo ante la transmisión del VIH/SIDA, percepción de una persona seropositiva o caso, identificación de una persona, aceptación de las personas infectadas y tipo de apoyos que se le brindan al portador.

Los resultados obtenidos para cada una de las 8 dimensiones fueron los siguientes:

1. El total de l@s participantes han oído hablar del VIH/SIDA.
2. Los dos principales medios de información que promueven mensajes alusivos al VIH/SIDA son la televisión (64.0%) y la escuela (14.6%).
3. La retención de los contenidos de estos mensajes, en su mayoría ha sido baja, ya que, en el 47% de l@s participantes fue deficiente e incorrecta; en el 39% fue pobre pero correcta, y sólo en el 14% la información fue completa y correcta.
 - Bajo el concepto de *información deficiente e incorrecta* se clasificaron aquellos comentarios cargados de prejuicios y mitos. Ejemplos de ello son: “es una enfermedad que se adquiere en los prostíbulos, porque son las mujeres quien contagian a los hombres y que causa cáncer” o “eso sólo les da a los hombres que no creen en Dios”.
 - Dentro del concepto *información pobre pero correcta*, se incluyeron aquellos comentarios que presentaban poca información certera, de acuerdo al actual conocimiento científico que se tiene del VIH/SIDA.

Ejemplos clasificados en esta categoría son: *“es una enfermedad contagiosa y mortal”*, o *“es una enfermedad que aún no tiene vacuna para su cura”* o *“es una enfermedad contagiosa que se encuentra en casi todos los países del mundo y que no se cura”*.

- Por último bajo el concepto *información completa y correcta* se incluyeron todos aquellos comentarios que mencionaron al menos 6 características: qué es el VIH, el VIH causa el SIDA, el VIH afecta el sistema inmunológico, las tres formas de transmisión del VIH, cualquier persona está expuesta a contagiarse, el SIDA actualmente es una enfermedad incurable. A continuación se presentan dos comentarios que cumple con estas seis características: *“el SIDA es una enfermedad que no tiene cura y es causada por el virus de la inmunodeficiencia humana, que al entrar al cuerpo causa que el sistema inmunológico no funcione bien y no se pueda defender de las enfermedades. Uno se puede contagiar a través de una relación sexual con una persona infectada, o por sangre contaminada o a cuando nace alguien de una mamá infectada”*, o *“el SIDA es causado por un virus que le llaman el VIH, y se puede contagiar cualquier persona, hombre, mujer, niños, dicen que no respeta ni edad, ni posición económica. El SIDA es una enfermedad mortal que no tiene cura, que aún no hay nada que lo cure, por eso hay que cuidarse. Las formas en que uno se puede infectar son a través de una relación sexual, por meterle a uno sangre contaminada o de una mamá enferma a su hijo durante el embarazo o el alumbramiento*.

4. Los grupos más vulnerables a esta epidemia identificados por l@s participantes fueron: heterosexuales activos (27.0%), sexoservidoras (20.2%), homosexuales (15.7%), otros grupos poblacionales (31.4%), no saben (5.7%). Se clasificaron dentro del concepto *otros grupos poblacionales* a aquellos comentarios que hacían alusión a: ancianos, presos, personas con cáncer o drogadictos.
5. 52% de l@s participantes mencionan que la única fuente o forma para saber si una persona está infectada es a través del análisis químico sanguíneo para detectar los anticuerpos al VIH. En un 38% refieren fuentes erróneas como la apariencia física (decaimiento, dolor de cabeza) o a través de la revisión médica. En un 10% desconocieron las fuentes.
6. 65.2% de l@s participantes no han conocido y/o tenido contacto con una persona portadora de VIH/SIDA. El 19.1% manifiesta haber conocido a una persona enferma que vivía en la comunidad. El 15.7% de ell@s manejan información cargada de prejuicios y/o mitos. Ejemplos de los comentarios clasificados bajo el rubro de prejuicios y/o mitos son: *"no he tenido contacto con prostitutas por eso no conozco a nadie con SIDA"*, o *"no conozco mujeres sexys, por eso no sé como sea una persona con SIDA"*.
 - Las personas que dijeron haber conocido y/o tenido contacto con una persona infectada, comentaron que había sido una persona adulta homosexual, que había muerto abandonada porque fue rechazada por su familia y comunidad. Afirmación que se puede observar en la siguiente expresión: *"Pobrecillo, cuando la gente supo lo que tenía, nadie lo quería. Su propia familia ni un taco le daban. Al final de sus días, alguna gente creyente le dio de comer. Se murió como perrito."* El hecho de que

haya sido un homosexual el que se haya enfermo en el pueblo, se reflejó en las respuestas de l@s participantes al identificar al grupo con preferencias homosexuales, como el tercer grupo poblacional vulnerable para la transmisión del VIH.

7. 65% de l@s participantes dijo no discriminar a una persona portadora de VIH/SIDA, 28% manifiesta rechazo a este grupo de personas. La situación notablemente diferenciada en los grupos: en la población adulta el 80.7% manifestó rechazo contra el 9.5% de los jóvenes.
8. Del total de personas que dijo aceptar a una persona con VIH/SIDA, el apoyo que le brindaría sería básicamente de tipo moral (43.1%) o a través de consejos (24.1%). Cabe mencionar que sólo una persona dijo que los cuidaría (1.7%).

Los resultados anteriores para las ocho dimensiones de análisis sobre la percepción y codificación de mensajes alusivos al VIH/SIDA se pueden apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 6.2.3.3 Percepción y codificación de análisis de mensajes alusivos al VIH/SIDA. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Subcategoría de análisis	Migrantes		Parejas sexuales de migrantes		Hijos/as en edad potencial de migrar		Total
	M	H	M	H	M	H	
Conocimiento epidemiológico del SIDA							
Sí		8	18		25	38	89
No		0	0		0	0	0
Principal medio de información							
T.V.		8	15		16	18	57
Radio		0	0		1	1	2
Hogar		0	3		1	1	5
Escuela		0	0		4	9	13
Consultorio		0	0		2	3	5
Periódico y/o revista		0	0		1	3	4
Anuncios en la calle		0	0		0	2	2
Amigos		0	0		0	1	1
Retención de los mensajes							
Poca información pero incorrecta		7	6		15	3	42
Poca información correcta		1	11		9	24	35
Conocimiento correcto		0	1		1	11	12

Continúa

Cuadro No. 6.2.3.3 Percepción y codificación de análisis de mensajes alusivos al VIH/SIDA. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Continuación

Subcategoría de análisis	Migrantes		Parejas sexuales de migrantes		Hijos/as en edad potencial de migrar		Total
	M	H	M	H	M	H	
Percepción de grupos de riesgo							
No sabe		0	1		1	3	5
Homosexuales		8	5		0	1	14
Sexoservidoras		0	3		3	12	18
Jóvenes		0	1		1	1	3
Ancianos		0	1		1	1	3
A cualquier persona		0	5		5	0	10
Heterosexuales activos		0	0		11	13	24
Transfundidos		0	2		3	3	8
Presos		0	0		0	1	1
Cancerosos		0	0		0	1	1
Drogadictos		0	0		0	2	2
Percepción de una persona con VIH/SIDA							
Análisis clínico		0	3		18	25	46
Mito		8	13		3	10	34
No sabe		0	2		4	3	9
Conocimiento de personas con VIH/SIDA							
Si		0	3		2	12	17
No		8	11		19	20	58
Mito		0	4		4	6	14
Aceptación de personas con VIH/SIDA							
Aceptación		2	3		21	32	58
Rechazo		6	15		1	5	25
No sabe		0	0		3	1	6
Tipo de apoyo brindado al portador							
Económico		0	0		3	1	4
Moral		2	3		8	12	25
Cuidado personal		0	0		1	0	1
Acompañarlo al médico		0	0		0	1	1
Consejos		0	0		5	9	14
No saben		0	0		3	1	4
No contestaron		0	0		1	8	9

Fuente: Elaboración propia con base en la participación de 89 personas que intervinieron en los Grupos Focales.

d) Transmisión del VIH/SIDA

Pudimos observar que las formas de transmisión del VIH conocidas por l@s participantes son:

- A través de las relaciones sexuales con una persona infectada (56.2%),
- Transfusión sanguíneas y/o a través de un elemento punzo cortante infectado y/o a través de la madre (22.5%),

- No sabe (15.7%),
- Incorrecta a través de un mito (5.6%), tal como: “el estar internado en un hospital” o “por un mosco” o “en los baños”.

Lo anterior se puede apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 6.2.3.4 Formas de transmisión del VIH/SIDA. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Subcategoría de análisis	Migrantes		Parejas sexuales		Hijos/as en edad potencial de migrar		Total
	M	H	M	H	M	H	
Formas de transmisión							
No sabe		3	6		4	1	14
Relaciones sexuales		5	9		11	25	50
Trans. Sang. y/o art. Punzocort.inf.		0	0		3	2	5
Perinatal		0	0		0	0	0
Dos opciones anteriores		0	0		6	9	15
Tres opciones		0	0		0	0	0
Mitos		0	3		1	1	5

Fuente: Elaboración propia con base en la participación de 89 personas que intervinieron en los Grupos Focales.

e) Medidas preventivas.

Por lo que se refiere a las medidas preventivas conocidas por l@s participantes para evitar el contagio del VIH, más de una tercera (34.8%) hicieron referencia a una medida considerada de alto riesgo, a mitos como podrían ser el ingerir pastillas anticonceptivas, uso de dispositivo intrauterino o eyacular fuera de la pareja. Ejemplos de esta situación son los siguientes comentarios *“una forma para no contagiarse es eyacular fuera de la mujer porque ella es quien contagia al hombre”, “pues que cierren los prostíbulos”, “las mujeres pueden con las pastillas o con el aparato”*.

El 31.5% afirman que lo mejor es la práctica de sexo protegido usando el condón, 18% refiere la fidelidad, 2.2% la abstinencia, 13.4% no saben y/o no contestaron.

Cabe señalar que existen diferencias significativas en los 4 grupos poblacionales en torno a la especificación de las medidas preventivas.

- 75% de los varones migrantes hizo referencia a una medida de alto riesgo y sólo el 25% mencionó el condón.
- 89% de las mujeres parejas sexuales de los migrantes menciona a la fidelidad y sólo el 11% dijo ser el condón.
- 47% de los jóvenes en edad potencial de migrar manifiesta una medida de alto riesgo, 39% el uso del condón, 3% abstinencia, 11% no sabe.
- 40% de las mujeres jóvenes en edad potencial de migrar señala el uso del condón, 24% hace referencia a un mito, 24% no sabe, 4% abstinencia y 8% no contestó.

Como se puede apreciar en estos cuatro grupos es muy alto el porcentaje que refiere una medida de alto riesgo.

En el siguiente cuadro aparecen las frecuencias simples de las medidas preventivas conocidas por l@s participantes:

Cuadro No. 6.2.3.5 Medidas preventivas. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Subcategoría de análisis	Migrantes		Parejas sexuales		Hijos/as en edad potencial de migrar		Total
	M	H	M	H	M	H	
Medidas preventivas		1	2		10	15	28
Uso del condón		0	0		0	0	0
Sangre segura		0	0		0	0	0
Uso de agujas nuevas		0	0		0	0	0
Fidelidad		0	16		0	0	16
Dos opciones anteriores		0	0		0	0	0
Tres opciones		0	0		0	0	0
Cuatro opciones		0	0		0	0	0
Mitos		7	0		6	18	31
No sabe		0	0		6	4	10
Abstinencia		0	0		1	1	2
No contestaron		0	0		2	0	2

Fuente: Elaboración propia con base en la participación de 89 personas que intervinieron en los Grupos Focales.

f) Conocimiento y uso del condón

El análisis de los comentarios de los participantes con respecto al conocimiento y uso del condón, se realizó a través 9 dimensiones: 1) contacto físico, 2i) usos, 3 y 4) razones que manifiestan las personas sexualmente activa para usarlo o no con sus parejas estables, 5, 6 y 7) uso, razones de usar o no el condón en un futuro con parejas ocasionales, 8 y 9) razones de usar o no las personas vírgenes el condón en su iniciación sexual.

Los resultados obtenidos para cada una de las dimensiones son los siguientes:

1. 76.4% nunca ha tenido un condón entre sus manos con la finalidad de conocer sus formas, textura, color, sabor, dimensiones, etc.; sólo el 23.6% sí ha tenido contacto con él.
2. De las 44 personas activas sexualmente, sólo 4 han usado condón en sus relaciones (9%).
3. Las personas que usan condón son en su totalidad son mujeres y lo utilizan para prevenir un embarazo no deseado (75%) o una infección de transmisión sexual (25%).
4. De las 44 personas que han mantenido una relación sexual (49.4%), 40 de ellas (90.9%) nunca han utilizado el condón debido a que no saben utilizarlo (30%), porque sus parejas son fieles (20%), es mejor una relación sin barreras (17.5%), la falta de comunicación con su pareja (10.0%), el soporte material del condón es incómodo (7.5%), rompe el clima en el acto sexual (5.0%), es inseguro se puede quedar adentro (2.5%), asco al retirarlo (2.5%) y el no contestó (2.5%).

Las mujeres que dijeron haber usado condón, lo han utilizado más como método anticonceptivo, que como método antiséptico. Y que al usarlo, lo han hecho

inmediatamente antes de la eyaculación o cuando están menstruando, por lo que buena parte del juego erótico se hace sin protección con sus posibles riesgos que esto conlleva. Pero las mujeres también aducen insatisfacción con su uso porque se rompe y refuerza la negativa masculina a utilizar el preservativo. Ejemplo de ello, son las siguientes expresiones manifestadas:

“yo sí use una vez el condón cuando estaba menstruando, pero se me rompió, por eso ya no los uso. Sé que podrían ser buenos para no embarazarme y dejar de usar pastillas. Pero los condones que regalan en las clínicas de salud no sirven. Por eso mi esposo y yo decidimos no usarlos porque no tiene caso, si se rompen y me puedo embarazar.”

“Yo también he usado condones, pero sólo cuando me puedo quedar embarazada. Se lo pone antes de que se venga. Yo no tomo pastillas, para qué, si en un año, mi marido sólo está dos o tres meses aquí. Pero ahora que está duro cruzar la frontera, dice que se va a tardar más”.

Las 15 mujeres restantes sexualmente activas comentaron que no usan condones por el desconocimiento sobre su uso y además les daría vergüenza adquirirlos para poder conocerlos.

“En la televisión sale que el condón protege de las enfermedades provocadas por tener relaciones sexuales con personas infectadas. Pero nunca sale cómo es, cómo se pone, cómo puedes decirle a tu pareja que lo use, sin llegar a ofenderlo, porque se le está diciendo por debajito, pero sin decirle de frente que él tiene otras relaciones, que es infiel o de lo contrario, algo más peligroso, él puede pensar que uno le es infiel.”

“No lo uso, porque nunca he tenido uno en mis manos, no se cómo se usa, cómo es, si le puede lastimar al hombre traer una cosa apretada ahí. Sé que los regalan en la clínica de salud y que los venden en farmacias, pero a mi me daría vergüenza ir a pedir uno para conocerlo”.

“Yo no sé si se deje de sentir o no placer en las relaciones si se usa un condón. Mientras no tengamos un condón cerca y no lo usemos, no sabremos qué es, y qué se siente. En la televisión sale, pero yo creo que a la gente nos gustaría que nos dijeran como se usa, pero como la televisión la ve toda la familia podría ser ofensivo para algunas personas.”

5. Al cuestionar a l@s participantes ¿si estuvieran a punto de tener una relación sexual con una pareja ocasional donde desconocieran su historia sexual, usarían o no el condón?. El 86.5% respondió de manera afirmativa, el 11.2% no sabe y el 2.2% dijo que no.
6. La gran mayoría de las razones manifestadas por las personas que si usarían un condón con parejas ocasionales (85.7%) emitió respuestas de alto riesgo, ejemplo de ello sería utilizarlo a la hora de eyacular, que fue la aseveración con mayor número de frecuencias. Sólo el 14.3% comentó que lo usaría para no contagiarse él o contagiar a su pareja.
7. Sólo una tercera parte de las personas vírgenes estarían dispuestas a usar condón en su iniciación sexual.
8. Las principales razones que tienen las personas vírgenes para usar el condón en su iniciación sexual son: prevenir embarazos no deseados (46.7%) y evitar alguna infección de transmisión sexual (53.3%).

9. Las principales razones que manifestaron las personas vírgenes para no usar el condón en su iniciación sexual son: no sabrían como pedirselo a su pareja (20%), tienen la idea de que el condón es incómodo (20%), no saben como usarlo (16.7%), es mejor una relación sin barreras (13.3%), rompe el clima en el acto sexual (13.3%), se puede romper (10%), sus parejas son fieles (3.3%), No contestó (3.3%).

Los resultados de las anteriores dimensiones de las formas de transmisión se pueden apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 6.2.3.6 Conocimiento y uso del condón. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Subcategoría de análisis	Migrantes		Parejas sexuales		Hijos/as en edad potencial de migrar		Total
	M	H	M	H	M	H	
Contacto físico con un condón							
• Sí		0	3		6	12	21
• No		8	15		19	26	68
Uso del condón							
• Sí		0	3		0	1	4
• No		8	15		25	37	85
Continúa siguiente hoja ...							
Razones del uso del condón							
• Para no contagiarse de una ETS			0			1	1
• Método anticonceptivo			3			0	3
Razones del no uso del condón							
• Es mejor al natural		4	0		0	3	7
• Rompe el clima en el acto sexual		0	0		0	2	2
• Se puede quedar adentro		0	0		0	1	1
• Sus parejas son fieles		0	8		0	0	8
• Soporte material incómodo		3	0		0	0	3
• Falta de comunicación/pena		0	0		1	3	4
• Asco al retirarlo		0	0		0	1	1
• No saben usarlo		1	6		2	3	12
• No contestó		0	1		0	1	2
Uso del condón en personas que se desconoce su historia sexual							
• Sí		6	13		23	35	77
• No		0	0		2	0	2
• No se		2	5		0	3	10
Razones uso condón en personas que se desconoce su historia sexual							
• Para no contagiarse o contagiar		0	3		2	6	11
• Mito		6	10		21	29	66

Continúa

Cuadro No. 6.2.3.6 Conocimiento y uso del condón. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Continuación

Subcategoría de análisis	Migrantes		Parejas sexuales		Hijos/as en edad potencial de migrar		Total
	M	H	M	H	M	H	
Razones uso condón en personas que se desconoce su historia sexual							
• Para no contagiarse o contagiar		0	3		2	6	11
• Mito		6	10		21	29	66
Uso del condón de los/las vírgenes en sus futuras relaciones							
• Si					4	11	15
• No					18	12	30
Razones del porque no uso del condón de los/las vírgenes en futuras relaciones							
• Es mejor una relación sin barreras					1	3	4
• Rompe el clima en el acto sexual					2	2	4
• Se puede quedar adentro					2	1	3
• Sus parejas son fieles					1	0	1
• Soporte material incómodo					2	4	6
• Falta de comunicación/pena					6	0	6
• Asco al retirarlo					0	0	0
• No saben usarlo					3	2	5
• No contestó					1	0	1
Razones del porque sí uso del condón de los/las vírgenes en futuras relaciones							
• Anticoncepción					3	4	7
• Evitar contagios					1	7	8

Fuente: Elaboración propia con base en la participación de 89 personas que intervinieron en los Grupos Focales.

g) Comunicación y capacitación en torno al VIH/SIDA

Bajo este rubro, los comentarios de l@s participantes se analizaron desde 4 dimensiones: fuentes principales con quien comentan sus dudas e inquietudes sobre sexualidad, principal tema de interés que les gustaría abordar en un taller educativo, persona confiable para conducir el taller y horarios adecuados para desarrollar el taller.

1. La o las personas con quien comparten l@s participantes sus dudas e inquietudes sobre sexualidad y/o el SIDA son básicamente el grupo de amigos y amigas (74.2%), y en menor medida l@s educadores (18.0%), en familia (5.6%), otros (2.2%).

- Al preguntar sobre los principales temas que les gustaría abordar a l@s participantes en un taller educativo, éstos mencionaron 13 temas, entre los que se encuentran: ventajas y desventajas del uso de anticonceptivos (15.7%), infecciones de transmisión sexual (11.2%), comunicación sexual en la pareja (10.1%), el SIDA (9.0%), aborto (9.0%), homosexualidad (7.9%), sexualidad (7.9%), pornografía (7.9%), erotismo (6.7%), inicio de las relaciones sexuales (6.7%), uso del condón (3.4%), prostitución (3.4%) y, eyaculación precoz (1.1%). Cabe señalar que existen diferencias significativas en tres de los cuatro grupos poblacionales de estudio. Para los migrantes varones el tema principal fueron las infecciones de transmisión sexual, para las mujeres parejas sexuales de migrantes los métodos anticonceptivos, para las hijas en edad potencial de migrar la pornografía.
- El o la conductora más confiable para facilitar los trabajos del taller educativo es en orden de importancia: una persona conocida, capacitada y confiable como serían las promotoras y/o promotores locales (32.6%), agente educativo externo capacitado (31.5%), médico o médica de la localidad (19.1%) y un educador o educadora de la escuela local (16.9%).
 - Es importante resaltar que si bien es cierto que se le otorga mayor peso a las promotoras locales, ésta figura está ausente en la comunidad. Lo anterior puede apreciarse en el siguiente comentario:

“No existen promotoras de salud en la comunidad para hablar con ellas sobre enfermedades venéreas. Pero si las hubiera nos gustaría tratar con ellas sobre estos temas porque a ellas si les entenderíamos, porque hablan como nosotros. No que a veces cuando vamos con los doctores dicen que tenemos enfermedades que les ponen unos nombres redifíciles

de pronunciar y nos quedamos igual. Sabemos que estamos malos, pero no sabemos de qué”.

Aunque se menciona que los docentes y médicos de la comunidad son conductores confiables para desarrollar un taller educativo, la capacitación que brindarían éstos no sería tan efectiva, porque desconfían de las instituciones por el exceso de programas que promueven y/o porque los profesionales desconocen los saberes comunitarios y utilizan un lenguaje técnico y/o la superioridad que muestran sobre los otros. Ejemplo de ello, son los siguientes comentarios:

“Los médicos de la clínica de Mesón Nuevo y la directora de la primaria de la comunidad son personajes que si confiamos en ellos para que nos capaciten”.

“Una campaña a través de la clínica no tendría mucho resultado, porque siempre andan promoviendo algún programa y la gente ya no les hace mucho caso.”

“Los doctores siempre nos informan, sabemos que saben mucho pero nosotras nada más oímos, es difícil que les comentemos nuestras dudas, porque nunca nos preguntan que necesitamos, por eso se nos hace difícil que podamos platicar como ahorita lo hacemos”.

“Los doctores se muestran como si lo supieran todo, que todo lo hacen bien, como si fueran diferentes a nosotros”.

- El horario más adecuado para recibir esta capacitación sería preferentemente por la tarde (76.4%), después por la mañana (14.6%) y por último en la noche (9.0%).

Cabe distinguir que el total de las mujeres parejas sexuales de los migrantes así como que la gran mayoría de los jóvenes en edad potencial de migrar señalan que

los mejores horarios para insertarse en un taller educativo son las tardes, una vez que hayan concluido con las labores del hogar y/o las tareas escolares. No así los migrantes varones, quienes mencionaron que dada sus largas jornadas de trabajo en el campo lo ideal sería por las noches. Ejemplo de lo anterior son los siguientes comentarios:

Migrantes varones:

- *“A nosotros nos gustaría más por la noche porque ya hemos terminado nuestro trabajo y así podríamos asistir sin ninguna preocupación. Pondríamos más atención, porque ya no hay nada que nos distraiga.”*

Mujeres parejas sexuales de migrantes

- *“Creo que una solución podría ser que se sigan dando las pláticas aquí en la escuela, pero de preferencia por la tarde para las mujeres y por la noche, para que los hombres asistan.”*
- *“Nos gustaría que la plática para los hombres se las diera una mujer, para que ella les platique que nosotras somos como una plantita que necesita agua y cuidados para crecer. Que necesitamos que nos quieran y que nos traten bien, que podamos expresar nuestros deseos, sin que nos juzguen”.*

Jóvenes en edad potencial de migrar

- *“Lo mejor es por las tardes una vez que hayamos terminado con las tareas de la escuela y haber ayudado en las labores de la parcela.”*

Los comentarios vertidos por l@s participantes sobre las cuatro dimensiones en torno a la comunicación y capacitación en torno al VIH/SIDA, se pueden apreciar en el siguiente cuadro:

Cuadro No. 6.2.3.7 Comunicación y capacitación en torno al VIH/SIDA. Comunidad de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Subcategoría de análisis	Migrantes		Parejas sexuales		Hijos/as en edad potencial de migrar		Total
	M	H	M	H	M	H	
Fuente principal con quien comenta dudas e inquietudes sobre sexualidad							
Padres/hijos		0	3		1	1	5
Educadores		1	2		4	9	16
Amigos		7	13		19	27	66
Otros		0	0		1	1	2
Principal tema de interés para abordar en un taller educativo							
ETS's		5	0		2	3	10
SIDA		2	0		3	3	8
Homosexualidad		0	0		3	4	7
Aborto		0	0		3	5	8
Métodos anticonceptivos		0	8		3	3	14
Sexualidad		0	4		2	1	7
Uso del condón		0	0		0	3	3
Inicio de las relaciones sexuales		0	0		2	4	6
Eyacuación precoz		0	0		0	1	1
Prostitución		1	0		1	1	3
Erotismo		0	3		3	0	6
Comunicación de pareja		0	3		3	3	9
Pornografía		0	0		0	7	7
Persona confiable para conducir el taller educativo							
Promotor/a de la comunidad		2	6		6	15	29
Médico/a de la localidad		0	5		5	7	17
Educador/a de la comunidad		0	2		3	10	15
Agente educativo externo		6	5		11	6	28
Horario adecuado para la capacitación							
Matutino		0	0		6	7	13
Vespertino		0	18		19	31	68
Nocturno		8	0		0	0	8

Fuente: Elaboración propia con base en la participación de 89 personas que intervinieron en los Grupos Focales.

6.3 Prácticas de desarrollo comunitario en relación al VIH/SIDA

Con la finalidad de conocer si -dentro de las diferentes prácticas de desarrollo comunitario- se abordan contenidos alusivos al VIH/SIDA con los cuatro grupos poblacionales de estudio, se realizaron una serie de entrevistas con preguntas abiertas, dirigidas a 14 agentes sociales que inciden, a través de su práctica educativa, en El Lometón.

Cada una de las entrevistas se centró en nueve temáticas: importancia del VIH/SIDA como problema de salud en Michoacán, factores que influyen en él, percepción del binomio migración-sida, aceptación de una persona infectada por la comunidad, discriminación de género de una persona infectada, alternativas de solución e instituciones promotoras que pueden llevarlas a cabo, contenidos educativos a ser abordados y práctica comunitaria de los agentes en torno al VIH/SIDA.

Las entrevistadas presentan las siguientes características:

- 9 son docentes de educación básica; una de ellas es de educación primaria de la localidad y el resto son de nivel secundaria aledaños a la localidad en estudio.
- 1 es promotora del Programa de Educación, Salud y Educación (Progresas)
- 1 es encargado del orden
- 3 médicos (2 son de las clínicas de salud Mesón Nuevo y uno es médico particular).

El análisis que se realiza a continuación es el resultado solamente de 13 entrevistadas, en virtud de que uno de ellos dijo desconocer lo que era el VIH/SIDA y las acciones comunitarias realizadas en torno a él.

El 100% de los agentes sociales mencionó que el SIDA en Michoacán representa un grave problema de salud pública, por ser una enfermedad mortal con altos costos sociales debido a la discriminación social que sufre el portador (familiar y grupal) y por los altos costos económicos que representa su tratamiento. Originado por la falta de información adecuada y/o por la falta de protección y/o por mantener relaciones sexuales de alto riesgo con personas infectadas en los Estados Unidos. A excepción de uno de los entrevistados, el cual tipificó la transmisión del VIH propia de los grupos

homosexuales, aduciendo que éstos mantenían relaciones promiscuas que atentaban contra la moral social.

Cuadro No. 6.3.1 Características de los agentes sociales que inciden con su práctica en el desarrollo comunitario. El Lometón, Municipio de Tarímbaro, 2001.

Tipo de agente	No.	Sexo		%
		Masculino	Femenino	
Docentes	9	5	4	64.3
Promotora Progresista	1	0	1	7.15
Encargado del orden	1	1	0	7.15
Personal Médico	3	2	1	21.4
Total	14	9	5	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas con informantes clave.

En el siguiente cuadro aparecen las razones de los agentes comunitarios por las cuales ha aumentado el VIH/SIDA en la población de estudio.

6.3.2 Razones de los agentes comunitarios por las cuales se ha incrementado el VIH/SIDA en Michoacán. El Lometón, Municipio de Tarímbaro, 2001.

Razones	No.	%
Falta de información adecuada	5	38.5
Falta de protección	2	15.4
Mantener relaciones de alto riesgo con personas infectadas en los Estados Unidos	5	38.5
Relaciones promiscuas entre homosexuales	1	7.6
Total	13	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas con informantes clave.

Al indagar con l@s entrevistad@s si consideraban que la migración hacia los Estados Unidos ha aumentado el número de casos de VIH/SIDA en la región, la gran mayoría respondió afirmativamente (76.9%) argumentando lo siguiente: los hombres mexicanos en ese país al involucrarse en una cultura más libre, sin censura por mantener múltiples relaciones sexuales, y al practicar relaciones riesgosas con parejas ocasionales desconocen sus antecedentes sexuales, asumen una conducta no protegida, incrementan con ello el riesgo de contagio al VIH y a su regreso a las comunidades de origen, infectan a su pareja. En su minoría expresaron desconocer esta relación, pero afirman

que la enfermedad seguirá aumentando mientras sea un tabú hablar con la población en torno a la sexualidad (23.1%).

Se hizo patente que el VIH/SIDA ha causado estragos en la comunidad de estudio, donde la sociedad demostró un profundo rechazo hacia un varón enfermo, al igual que en su propio seno familiar. En su mayoría creen que el rechazo social hubiera sido mayor si la persona enferma hubiera sido mujer. debido a las siguientes razones:

- Socialmente se le permite al varón tener múltiples relaciones; a la mujer se le sanciona esta actitud (61.5%).
- Independientemente de que una mujer sea portadora o no del VIH/SIDA, la cultura ha fomentado la discriminación de la mujer. La socialización brindada en las comunidades rurales es machista, se valora más al hombre que a la mujer, por ello la mujer sería más vulnerada (44.4%).

Por ello -argumentan l@s entrevistad@s-, deberían redoblar esfuerzos para capacitar a la población en torno a esta enfermedad. La gran mayoría de los agentes sociales (92.3%) menciona que la sensibilización cara a cara es el propuesta pedagógica más efectiva para enfrentar la pandemia, porque la información que se ofrece en los medios masivos es generalizada, no existen mensajes diferenciados para el área rural y grupos de edad diferente. Sólo uno de ellos, manifestó que las campañas en televisión, prensa escrita o radio son mejores por los grandes volúmenes que tienen acceso a estos medios.

Los agentes sugieren que para lograr una mayor efectividad de los contenidos educativos en las propuestas educativas contra el VIH/SIDA, éstos deben girar en torno a lo que es el SIDA, cómo se trasmite y cómo tener sexo protegido y/o sexo seguro. En virtud de que la mayoría de la población rural no está enterada de la gravedad de la enfermedad (69.2%), no perciben el riesgo de infección en ellas (7.7%), las campañas no sensibilizan

por carecer de un lenguaje claro (7.7%), informan lo qué es el VIH/SIDA pero nunca cómo mantener una actitud positiva y preventiva para negociar el uso del condón (7.7%) y dejan a un lado el desarrollo de las habilidades necesarias para tener un sexo protegido (7.7%).

De acuerdo a la experiencia profesional de l@s entrevistad@s, sugieren que las instituciones promotoras encargadas de las acciones de sensibilización debe ser las más confiables y reconocidas por la comunidad; esto es, principalmente por las educativas (64.3%) y del sector salud (30.8%). Debiendo llevarse a cabo en forma coordinada e interinstitucional para optimizar los recursos humanos, materiales y financieros, ya que en época de crisis debe planificarse mejor cualquier actividad educativa. Reconocen que las acciones deben ser permanentes, principalmente con los padres y madres de familia, por ser estos quienes cumplen un papel educativo al interior de la familia (84.6%), con la población estudiantil joven (7.7%) y después a la población en general (7.6%).

Al indagar con los agentes comunitarios sobre su práctica concreta en torno al VIH/SIDA en El Lometón, sólo uno de ellos (un médico) mencionó que realiza acciones de prevención con personas de la comunidad, en la consulta médica, pero sólo con aquellas que así lo han solicitado. Las doce personas restantes, no llevan a cabo ninguna acción de prevención porque:

- Los docentes que laboran en esa comunidad no han sido capacitados (46.1%)
- El sector salud no realiza acciones de prevención al interior de las escuelas, debido a que sus centros de trabajo están alejados de la comunidad (30.7%).
- No existe interés de las instituciones educativas por abordar esta temática (7.7%)
- A la gente no le interesa esta temática y no han solicitado ninguna charla a la clínica de salud (7.7%)

- Como en la comunidad no hay niños con beca progresiva, es por eso que no se ha dado ninguna capacitación en la comunidad (7.7%)

Es importante resaltar que los docentes de nivel secundaria si han realizado charlas, aunque de manera esporádica con los estudiantes, sobre lo que es el sida, sus formas de transmisión y uso del condón.

6.4 La capacitación participativa

Con la finalidad de satisfacer algunas de las necesidades detectadas en l@s participantes durante los grupos focales, se desarrollaron una serie de capacitaciones participativas para los cuatro grupos poblacionales meta.

Los contenidos educativos abordados fueron los siguientes:

- Breve panorama del VIH/SIDA a nivel mundial, nacional, estatal y municipal.
- Qué es el SIDA.
- Características del VIH.
- Formas de transmisión: sanguínea, perinatal y sexual.
- Prácticas de riesgo.
- Etapas de desarrollo de la infección: ventana, infección, enfermedad y muerte.
- Costos sociales y económicos de la enfermedad.
- Medidas de prevención: sexo seguro y sexo protegido.
- El condón: recomendaciones y pasos para su uso.
- Mitos sobre la transmisión del VIH.
- Derechos humanos de los portadores del VIH/SIDA.
- Atención del paciente en el hospital y en la casa.

Centrándose básicamente en dos situaciones: cambio en los mitos en torno al condón, habilidades para su uso y los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA.

6.4.1. Mitos relacionados con el condón

Al mostrarles a l@s participantes condones para varones de varios colores, olores, sabores, texturas y marcas diferentes existentes en el mercado y la existencia de uno para mujeres; se manifestaron –de forma diferenciada en las cuatro poblaciones meta- una serie de mitos, entre los más frecuentemente citados se encontraron los siguientes:

Varones migrantes:

- *“Habemos hombres que calzamos muy grande y esa cosita es muy chiquita para nosotros”.*
- *“Hay hombres que a la hora de venirse tiran un chisquetazo muy grande (líquido seminal) que no cabe en esa bolsita”.*
- *“Es puro plástico, con el condón no se siente. Como dicen, es como comerse una paleta con la papel”.*
- *“Para que usamos condón, si con las mujeres que nos metemos, se revisan cada mes en Salubridad, esas están limpias”.*

Varones jóvenes

- *“Si se pone el gorrito, aprieta, y uno se siente incómodo, por eso se quitan las ganas”.*
- *“Quienes compran condones son promiscuos”*

Mujeres parejas sexuales de los migrantes:

- *“Pero eso está muy delgadito, yo creo que se rompe si se frota”*

Mujeres jóvenes

- *“Yo he oído que el condón se queda dentro de la mujer”*
- *“Me daría pena ir a comprar a la farmacia uno de esos gorritos y más irlo a pedir a la clínica de salud”*

Después de socializar las características de los condones, se procedió al desarrollo de habilidades para usarlo correctamente y aumentar su eficacia. En cada uno de los grupos se trabajó en parejas. A cada pareja se le obsequiaron varios condones y un pepino (dildo); se buscó que el dildo tuviera proporciones más grandes que los reales, con la finalidad de persuadir a las personas de que el condón -a pesar de tener una apariencia pequeña y frágil- se amoldaba al dildo sin romperse y resistía la frotación. Cada una de las parejas ensayó los pasos recomendados varias veces para apreciar la eficacia de éste. Una vez desarrolladas las habilidades para el uso del condón, se observó que, el problema de l@s participantes ya no radicaba en el conocimiento del uso del condón, ni en la sensibilidad, ni en la vergüenza para adquirirlos. Ahora el problema radica en cómo podrían negociarlo con su pareja sin entrar en conflicto. Esto es, cómo adquirir actitudes positivas y valores en torno a la comunicación de la pareja. A continuación se mencionan los comentarios vertidos por grupo poblacional:

En el grupo de varones migrantes:

- *“Y ahora como se lo digo a mi esposa, como le digo que he tenido otras relaciones y no me he protegido. Y que con el condón nos podemos proteger de ahora en adelante”.*

En el grupo de varones jóvenes en edad potencial de migrar:

- *“¿Cómo le decimos a las mujeres que queremos usar condón con ellas, sin que piensen que nosotros pensamos que ellas pueden estar contagiadas, por eso es que les pedimos que usen condón?”.*

En el grupo de mujeres parejas sexuales de los migrantes:

- *“La mayoría de los programas de planificación familiar están dirigidos hacia las mujeres y quien tiene el poder de decidir si usa el condón es el hombre”.*

- *“Después de esta plática, ya sabemos cómo se usan, cuántos tipos hay, que no se rompen si los sabemos utilizar, que no importa si el hombre dice que calza grande y ancho, ya vimos que entra bien en un pepino que es más grande y ancho que el órgano del hombre. Pero, ahora cómo le digo a mi marido que lo usemos, no vaya a pensar que pienso que el me es infiel o de que yo le soy infiel. Y si me dice que me ha puesto el cuerno, yo que sentiría y que haría...”*
- *“Miren muchachas, lo malo del condón es que es para hombres, ya nos dijeron que hay para mujeres pero que no está a la venta en el municipio, entonces ¿qué podemos hacer las mujeres para cuidarnos?, porque siempre el cuidado de la salud es de las mujeres, los métodos anticonceptivos están hechos para nosotras. Siempre son las mujeres las que salimos perdiendo, nosotras tomamos pastillas, nosotras cuidamos a los niños, el hombre nada más se limpia y ya”*
- *“Y ahora cómo le digo a mi esposo que me gustaría que usara condón para que no me contagie si es que ha tenido otras relaciones sin protegerse”*

En el grupo de mujeres jóvenes en edad potencial de migrar:

- *“¿Cómo podemos iniciar una relación sexual con nuestras futuras parejas? ¿Cómo podemos establecer una buena comunicación, donde le digamos a nuestra pareja que use condón, sin que se llegue a molestarse con nosotros y no nos malinterprete de que ya hemos tenido otras relaciones? ¿Cómo decirle que sabemos que el hombre nunca llega virgen al matrimonio y que hemos tenido otras relaciones? ¿Cómo podemos aprender a cuidarnos juntos?”*

Cabe señalar que el grupo de mujeres parejas sexuales de los migrantes, buscaron una alternativa de solución culturalmente aceptada y que podría ser exitosa:

- “Los maridos que están ahorita en el pueblo ya saben que asistimos a una charla del sida, los que no están les podemos escribir y comentarles lo que vimos en estas reuniones. Además, podemos dejar a la vista el cuadernito que nos dieron sobre qué es el sida, para que lo lean y tengamos un motivo para hablar de esta enfermedad y podamos protegernos.”
- “Yo creo que para que toda la familia esté informada y nos protejamos todos, este tipo de charlas deberían de darse a todos las personas de la familia. Ahora lo que se debe hacer es que se invite a los hombres a una plática como estas y los motiven para que no tengamos problemas cuando pidamos que nos protejan”.

6.4.2 Derechos humanos de los portadores de VIH/SIDA

Cuando se hablo de que los derechos fundamentales que tiene todo portador de VIH/SIDA, se observó que l@s participantes que estuvieron en contacto con una persona portadora de VIH/SIDA y/o ligadas a éstos con algún parentesco, pidieron que se sensibilizara a la gente de la comunidad para que no se estigmatizara y fuera rechazada socialmente, como se había hecho en la comunidad.

- *“Creo que una persona con sida es igual a otra que tiene cáncer o alguna enfermedad difícil como es la tuberculosis o algo por el estilo. Tienen derecho de ser cuidados por la gente, y no tienen que ser rechazados por la comunidad. Porque de por si ya sufren con su enfermedad y más sufrirían por ser tratados como criminales.”*
- *“Ahora que sabemos que el sida no se contagia por saludarse, ni por platicarles, ni por convivir cerca de ellos. Sería bueno que en una comunidad como esta, que ha habido un caso de sida se hablen de los derechos que tienen las personas*

enfermas y no se dejen abandonadas a su suerte, sin el cariño de los suyos y de su comunidad”.

Al término del evento una mujer pidió llorando ser escuchada en privado, comentando que su vida era igual a la mostrada en el video “la vida sigue”. Que su padre había falleció de sida y que lo había contraído en los Estados Unidos. Desconocía la forma de transmisión, pero que no le importaba cuáles habían sido los motivos, puesto que el había sido un buen esposo y un buen padre. Mencionó además que nadie en la comunidad sabía que había muerto de sida porque estaban seguros -en la familia- que la gente lo rechazaría al igual que habían rechazado a la otra persona portadora de sida en la comunidad. Que los costos sociales y económicos de una familia con un portador de VIH/SIDA eran muy altos.

- *“Mi padre duró casi nueve años con la enfermedad. Se le detectó en Estados Unidos. Pero en los primeros años cuando se presentaba alguna infección en los pulmones, al tomar el tratamiento que le daba el médico particular lograba vencer sus problemas. Pero desgraciadamente en los últimos dos años se fue agravando, hasta que murió. El murió en mis brazos. Yo fui su hija consentida, no me importó gastar todo lo que tenía y endrogarme con tal de que su tratamiento fuera completo. Siempre le dije que lo quería mucho, pero me siento muy mal de no habérselo dicho mucho más veces... Mucha gente me dijo que creían que mi padre podría tener el SIDA, pero yo les dije que cuando habían visto que el SIDA les diera a los hombres que les gustaban las mujeres, que el no era joto, y sino era joto no le podía dar esa enfermedad, y además que no duraban tantos años como mi papá, que su problema era de los pulmones, que tenía hongos en los pulmones por tanto insecticida que se utilizaba en los*

campos de Estados Unidos. Mi papá estuvo yendo al norte y regresando al pueblo durante 27 años. Mi mamá no le guarda rencor, además ella siempre estuvo con él dándole fuerzas. Afortunadamente mi madre en la prueba que le hicieron en COESIDA no salió positiva. Nueve meses han pasado y no puedo sobreponerme, no tengo ganas de nada, estoy muy triste. Cuando mi papá murió yo estaba embarazada, mi niño tiene menos de un año y siento que no le dado el cariño que necesita como se los di a mis otras hijas. Ahorita mi marido tiene unas semanas que se fue al norte a trabajar para poder pagar todas las deudas que tenemos. Me da mucho miedo que mi marido le vaya a pasar algo parecido a lo de mi papá. Pero antes que él se fuera platicamos mucho y quedamos en que nos íbamos a cuidar mucho los dos. Que nuestros hijos nos necesitaban para crecer, mientras se pueden valer por sí mismos. Mi madre sufre mucho la pérdida de mi padre. Sufrimos todos por tener que guardar un secreto que nos lástima mucho por dentro...”

6.4.3 Evaluación de la capacitación participativa

El hecho de haber trabajado con dos técnicas cualitativas –grupos focales y capacitación participativa- a lo largo del evento con los cuatro grupos poblacionales meta, reportó resultados diferentes.

Cuando se trabajó con grupos focales, fue más difícil que l@s participantes expresaran sus saberes, por el hecho de que en esta técnica, la persona facilitadora del grupo permanece al margen de los comentarios y sólo focaliza éstos hacia las variables de estudio. Y al sentirse l@s participantes en desigualdad de condiciones con respecto a la facilitadora, se perciben como “objetos” de estudio y no como sujetos participantes de un proceso investigativo.

Por el contrario, en la capacitación participativa, el hecho de crear un espacio de diálogo de saberes entre iguales, esto es, entre facilitadora y participantes desde una situación de horizontalidad, la percepción cambió, l@s participantes se percibieron como parte del proceso y como sujet@s de acción, lo cual permitió que expresan más abierta y libremente sus saberes.

A su vez, los resultados obtenidos a través de la técnica de la capacitación participativa nos reportó resultados diferentes a los encontrados por CONASIDA a través de las investigaciones del Doctor Mario Bronfman y su equipo de investigadores en 1995 sobre “El sida en México: migración adolescencia y género”.¹²⁴

- a) La sexualidad no es considerada por las mujeres como un tema tabú, íntimo y confinado a la esfera privada. Discutir, hablar y compartir información con ellas, no resulta difícil ni ofensivo. Sino todo lo contrario, siempre y cuando se generen espacios de diálogo entre los investigadores/as y las participantes; se aleje el o la facilitadora del evento en proporcionar información previamente estructurada y alejada a las necesidades, expectativas e intereses de las participantes.
- b) La capacitación participativa centró el aprendizaje no sólo en los conocimientos, sino también en el nivel de conciencia y las habilidades. Esto hace que el aprendizaje sea completo, crítico y útil.
- c) En este tipo de sesión se concentró en sacar a la luz los testimonios personales, incentivar a las participantes a hablar libremente y humanizar la problemática del VIH/SIDA y la migración internacional a través de la identificación personal con

¹²⁴ Bronfman, Mario et al. (1995) El SIDA en México: migración adolescencia y género. Editorial Información Profesional Especializada. México.

el tema. Superando el miedo a las personas extrañas y su ansiedad acerca de asuntos considerados dentro de la esfera personal e íntima.

- d) Los mensajes de las campañas de prevención son claros y entendibles por la población rural, pero insuficientes, ya que su carácter unidimensionales emisor-receptor los imposibilita a una realimentación, son más bien informativos, estandarizados, por su propia estructura no permiten entrar en diálogo ni responden a sus dudas, temores, miedos y ansiedades.
- e) No existe una visión fatalista en las mujeres participantes con respecto a las acciones preventivas consideradas eficaces para prevenir la enfermedad. No se asume, este grupo, que las posibles alternativas de solución para la prevención del VIH/SIDA sea azarosa al igual que otros eventos de la vida; y que el cuidarse carece de sentido. Por el contrario, se observa que en los procesos socializadores, la sociedad ha impuesto estándares distintos para cada uno de los sexos en lo que a fidelidad conyugal se refiere. En el varón es permitido tener relaciones fuera del matrimonio; incluso en algunos medios éstas se fomentan pero de manera clandestina y sin protección. Lo cual conduce en muchos casos, a la no protección de la mujer, siendo su principal práctica de riesgo el tener relaciones con sus esposos o pareja estable. En otros casos, la mujer no puede exigir fidelidad al hombre y/o negociar el uso del condón (sexo protegido), debido a la desigualdad de género traducida en desventajas en los campos sexual, educativo, económico, legal. Aunado a lo anterior, el negar el placer a la mujer en las relaciones sexuales, la falta de diálogo, la violencia y el alcoholismo son factores de riesgo para adquirir las mujeres el VIH/SIDA. Más bien, las normas sociales y las representaciones culturales establecen patrones de conductas diferentes para

cada uno de los sexos, que se traducen en desventajas para las mujeres con respecto a los hombres en distintas esferas de la vida social. La desigualdad en los roles genéricos tradicionales, desemboca en la dependencia y falta de poder social de las mujeres, lo que en el contexto del VIH/SIDA tiene consecuencias graves. Además muchas mujeres no conocen las prácticas sexuales de sus compañeros fuera de los límites de la propia relación de la pareja, por lo que no tienen conciencia de estar en riesgo. Y para aquellas que sí tienen alguna percepción de estar en riesgo es difícil negociar la adopción de medidas que las protejan de un eventual contagio. Es decir, las diferencias de género determinan las desigualdad y desventajas que hacen a la mujer más vulnerable a la infección del VIH/SIDA. Más que sean las mujeres fatalistas lo que necesitan las mujeres es empoderarse y mejorar su autoestima, porque ellas creen en los cambios, y además las políticas reproductivas y de transmisión sexual están dirigidas hacia los hombres, reproducen el falocentrismo patriarcal a la que se ha visto dominadas la mujer a lo largo de la historia. El género, la cultura y el poder son los factores que no permiten a las mujeres tener un sexo seguro con su pareja.

- f) El hecho de haber convivido en la comunidad con una persona portadora del VIH/SIDA no convierte a la enfermedad en algo real capaz de darle a cualquiera. Por el contrario, al estigmatizar a los homosexuales como grupos de riesgo aleja a las personas heterosexuales para verse con iguales posibilidades de contagio, dado que también asumen conductas riesgosas.

Resultados que concuerdan con los estudios de Mario Bronfman:

- a) En la población existe una clara división de roles según el sexo. Las funciones de cuidado de la salud, protección y atención son asignadas a las mujeres.

- b) Los hombres parecen no tomar en cuenta el placer de las mujeres. Preocuparse por la mujer en las relaciones sexuales –en el nivel de salud, no en el del placer– resulta difícil porque altera de alguna manera su status quo.
- c) La infidelidad masculina es vivida con gran dolor por las mujeres. En caso de que el compañero usara condón, puede ser interpretado por las mujeres como prueba de la existencia de relaciones extramaritales, creando desde la perspectiva de la relación de pareja más problemas de los que proviene.
- d) Las mujeres expresan su sexualidad más a través del amor que del deseo, resulta altamente contradictorio cuidarse de quien se conoce y se quiere. La asociación entre amor y confianza es muy fuerte, y en tanto cuidarse signifique y sea interpretado como una pérdida de confianza, la prevención no será puesta en práctica.
- e) En muchas participantes el peligro se ubica en los “otros”, no existe un reconocimiento del riesgo en sí mismas, lo que se traduce en la falta de necesidad de cuidado.
- f) El condón se ha utilizado más como un método de prevención de embarazos que de precaución sanitaria.

6.5 Identificación de los factores de riesgo

Con base en los resultados obtenidos en el trabajo de campo, se identifican como factores de riesgo que inciden en la transmisión del VIH por vía sexual en poblaciones rurales con experiencia migratoria de la Región del Bajío Michoacano y que han favorecido el incremento de casos del VIH/SIDA en la región de estudio, los siguientes:

El comportamiento socialmente aceptado para los varones y las mujeres es diferente:

Al varón:

- Se le permite tener relaciones fuera del matrimonio y/o antes de casarse.
- Sus relaciones casi siempre son clandestinas, sin preocuparse por mantener una doble protección (protegerse él y proteger a su pareja), situación que se agrava cuando el hombre se encuentra en estado de ebriedad.
- La gran mayoría de los varones sexualmente activos no negocian el uso del condón (sexo protegido) con su(s) pareja(s) sexual(es) ocasional(es) y/o estable(s), en virtud de percibir el riesgo de contraer el VIH sólo en los otros y/o en las otras (homosexuales y sexoservidoras, principalmente) y no en ellos. En virtud de que las personas infectadas con el VIH no pueden ser detectadas y/o identificadas a simple vista.
- Algunos varones tienen una actitud negativa hacia el condón porque creen –dada su apariencia física frágil y tamaño más pequeño en relación con su pene - que disminuye el placer sexual porque el soporte material elástico es muy delgado, es pequeño y oprime su pene y/o puede romperse fácilmente y/o el receptáculo para el semen es pequeño para contener su líquido seminal, que este puede salirse del condón.

La mujer

- La aparición del VIH/SIDA en grupos conformados principalmente por hombres homosexuales, drogadictos intravenosos y sexoservidoras, ha fomentado que la atribución social de las mujeres con parejas estables y/o mujeres amas de casa sobre esta enfermedad se adjudique sólo a los grupos considerados “vulnerables” y no a toda la población. Situación que favorece que se hayan sentido o se sientan falsamente seguras, que no se informen y no se protejan.

- El hecho de que socialmente le sea permitido al varón tener relaciones sexuales fuera del matrimonio, se traduce en la mujer a participar en una situación riesgosa, sin saberlo ella para la transmisión sexual del VIH, siendo su principal “práctica de riesgo” el tener relaciones sexuales con su esposo o pareja estable.
- En la mayoría de los casos, debido a la desigualdad de género existente en la comunidad, inhibe o delimita el exigirle fidelidad a su pareja y/o a negociar el uso del condón (sexo protegido).
- El uso del condón como medida preventivas está más en función de la prevención de embarazos que a la prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Existe la creencia en algunas mujeres que el uso de métodos anticonceptivos orales y/o mecánicos la protegen contra la infección de enfermedades de transmisión sexual. El uso de métodos anticonceptivos más seguros posibilita que las mujeres ejerzan la sexualidad sin amenaza de un embarazo no deseado. Sin embargo, al insertarse en una cultura sexual se les refuerzan valores y comportamientos que intervienen negativamente en el proceso de negociación de prácticas sexuales más seguras, como el uso del condón. El uso del condón en mujeres esterilizadas es casi nulo.
- El trabajo doméstico; la atención, educación y salud de los hijos siguen siendo un terreno exclusivo de la mujer, más no del hombre.

En hombres y mujeres

- El condón tiene una connotación negativa en la mayoría de los hombres y las mujeres, por falta de un contacto físico adecuado con él, que le permita a través

del desarrollo de habilidades sobre su uso, eliminar los mitos que se tienen respecto a él.

- Existe la creencia en algunos varones y en algunas mujeres que el uso de métodos anticonceptivos y orales y/o el coitus interruptus impide la transmisión del VIH.

En hombres y mujeres jóvenes

- Las acciones de prevención se limitan a evitar el embarazo, dejando a un lado las consideraciones de las infecciones de transmisión sexual.
- Existe la creencia de que el uso de métodos anticonceptivos y orales y/o el coitus interruptus impide la transmisión del VIH.
- La información que reciben de los grupos pares es errónea y cargada de prejuicios y mitos.

Para las cuatro poblaciones

- La falta de acceso a espacios de diálogo en la comunidad con profesionales de la salud y/o educativas que les puedan resolver sus dudas, los hace más vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual..

Por lo que se refiere a las campañas diseñadas e impulsadas por los medios masivos de información, se identifican los siguientes factores de riesgo:

- Los spots educativos difundidos en la radio y en la televisión son estandarizados para una población en general.
- Omiten características específicas para diferentes grupos poblacionales. Esto es, se invisibiliza las diferencias sociales impuestas para hombres y mujeres, así como, para un público con mayor nivel educativo de la ciudad contra uno de menor escolaridad, como son los del área rural.

- Son de corte informativo y no formativo, repitiendo lo que la gente ya sabe, esto es, que el SIDA es una enfermedad mortal.
- Dada su unidimensionalidad, no permiten a los escuchas o televidentes tener una realimentación.

En relación a l@s promotores de la salud (médicos y/o docentes):

- Si bien es cierto que, las conferencias internacionales de educación y los planes y programas de educación básica nacionales señalan incorporar como eje transversal el derecho a la salud y la prevención del VIH; es un derecho que todavía no se ha ejercido ni en los docentes, ni en los alumnos.
- La gran mayoría de l@s promotores de base comunitaria en el área rural no ha tenido una capacitación para ser agentes de cambio en torno al VIH/SIDA. Lo cual hace que reproduzcan, en la población meta, sus falsas creencias, mitos, miedos y temores, lo que causa barreras para comprender y saber cómo evitar y prevenir el VIH.
- La falta de profesionalización de su práctica profesional y de un enfoque de género impide desarrollar y/o adecuar propuestas de intervención socioeducativa de acuerdo a las necesidades básicas propias de las poblaciones diferenciadas (hombres-mujeres; jóvenes-adultas; padres-madres/hij@s, población migrante o con deseos de migrar). Lo cual influye de manera negativa en el desarrollo de competencias básicas significativas para su vida cotidiana y en disminuir los riesgos de contraer VIH/SIDA.
- El modelo médico imperante en la región privilegia la atención curativa en consultorio en vez de la preventiva.

- Los docentes y personal médico circunscriben su práctica profesional sólo a su centro laboral, sin ir más allá de éste, sin establecer nexos con el entorno social, como si el centro laboral fuera una isla.

En los programas educativos cara a cara

- Los programas educativos cara a cara al difundir solamente información básica sobre el SIDA y el papel protector del condón, no ha implicado en la práctica concreta de los educandos su uso. Lo anterior, se ve reforzado por los mensajes poco claros de los medios de comunicación, dirigidos a un sector social que no es precisamente el de mayor riesgo: las mujeres amas de casa.
- Al no permitir la reflexión entre las mujeres sobre su vulnerabilidad, e incluso en algunas veces, son presentadas como reservorio y vector de la transmisión de la infección a sus compañeros sexuales e hijos, las víctimas son transformadas en culpables. Esta perspectiva errónea confunde y colabora a que los hombres no comprendan la responsabilidad que tienen en la prevención del VIH/SIDA. Esta confusión de conceptos alienta a aquellas estrategias de intervención e investigaciones pensadas para proteger sólo a los hombres más que a las mujeres. Lo cual impide que los programas desarrollen servicios encaminados a satisfacer las necesidades de las mujeres y logren protegerse a sí mismas.

CAPÍTULO VII MODELO PARTICIPATIVO PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN FAMILIAS CON MIGRACIÓN ARRAIGADA HACIA LOS EEUU

Antes de traducir en una propuesta educativa los factores de riesgo que inciden en la transmisión del VIH por vía sexual de las poblaciones rurales con experiencia migratoria en Necesidades Básicas de Aprendizaje, se hace necesario explicitar dos situaciones: qué entendemos por este concepto y la metodología utilizada para traducir los factores en Necesidades básicas de Aprendizaje (NEBA's).

7.1 Necesidades Básicas de Aprendizaje (NEBA's), modelo teórico y status dentro de la educación a nivel mundial

La Conferencia Mundial de Educación para Todos (Jomtien, 1990), el Foro Mundial sobre la Educación (Dakar, 2000) y la 46ª Reunión de la Conferencia Internacional de Educación (Ginebra, septiembre 2001) giran en torno al concepto de Necesidades Básicas de Aprendizaje¹²⁵ con la finalidad de buscar y promover las mejores estrategias para alcanzar una educación de calidad para todos y todas durante toda la vida y a través de todas las actividades en las que participan los seres humanos; y estar en la posibilidad

¹²⁵ Se entiende por Necesidades Básicas de Aprendizaje aquellos contenidos básicos de aprendizaje, tales como conocimientos, habilidades, actitudes y valores requeridos por el ser humano para sobrevivir, desarrollar sus capacidades, vivir, trabajar en dignidad, participar en el desarrollo y mejorar la calidad de

de progresar juntos en la construcción de una educación pertinente para alcanzar todos los derechos y el desarrollo humano.¹²⁶

Estos espacios de reflexión y análisis internacionales muestran que la educación constituye una fuente de esperanza en cuanto derecho humano, cuya realización permitirá contribuir a movilizar los otros derechos y el desarrollo humano, y, para ello, la capacidad de vivir juntos es una condición imprescindible.

El *concepto de educación para vivir juntos* en los albores del siglo XXI, significa al mismo tiempo «*querer y saber cómo vivir juntos*».

Querer y saber cómo vivir juntos conlleva conocimientos: debido a que la intolerancia y el rechazo son con frecuencia el producto del miedo que se alimenta de la ignorancia y de las injusticias intolerables en el acceso a los derechos y al desarrollo humano. Por lo tanto, es necesario aprender a descubrir y a conocer a los demás (pueblos, generaciones, sexos, clases sociales y grupos de personas, sus culturas, necesidades, aspiraciones, sufrimientos, religiones, tradiciones y motivaciones). Para conseguirlo también habrá que aprender a conocerse mejor a sí mismo (reconocer sus propias fuerzas y debilidades). También se debe ejercer el derecho a la información, a los conocimientos y métodos para aprender durante toda la vida y en el marco de todas las experiencias.

Querer y saber vivir juntos implica afectividad y emociones, que en combinación con los conocimientos pertinentes, permiten la construcción de valores, actitudes y comportamientos que no forman parte del bagaje natural de las personas. Hay que aprender, en consecuencia, el respeto de sí mismo y la autoestima, que están en la base

sus vidas, tener decisiones informadas y continuar aprendiendo (World Conference on Education For All, 1990).

¹²⁶ PNUD (2000) Informe Mundial sobre el Desarrollo Humano 2000. Universidad De Boeck, París.

de toda posibilidad de aceptación de los demás, del respeto y de la empatía frente a ellos para ser capaz de ejercer la solidaridad. El respeto de sí mismo y la autoestima permitirán recurrir a la escucha, al diálogo y a la solución de los conflictos así como a la cooperación, más que al enfrentamiento.

Querer y saber vivir juntos es pues un desafío personal y social, que se debe construir incluyendo la renovación de la idea del bien común, de las reglas que rigen la vida en común, los derechos y las responsabilidades de todos y de cada uno. *Querer y saber vivir juntos* significa la capacidad de «hacer juntos», de poner en marcha proyectos comunes para mejorar la vida diaria y edificar un futuro mejor.

Pero ¿Cuáles son las necesidades educativas básicas para aprender a vivir juntos en los inicios del siglo XXI, en un mundo globalizado? Y sobre todo en poblaciones especiales (migrantes) en contextos específicos (en una pandemia de sida). Donde se tiende a explicar que el SIDA se propaga por falta de información sobre los métodos de contracepción, pero hay que señalar también que se extiende por falta de capacidad de vivir juntos: cuidarse y respetarse para respetar más a los demás. Este aspecto debería estar en el centro de las orientaciones de una educación preventiva para atacar hoy el SIDA y construir mañana una salud mejor y una mejor calidad de vida para todos.¹²⁷

En estas conferencias se identifican 7 necesidades de aprendizaje *para vivir mejor juntos*, a saber:

- El desarrollo de la capacidad de hacer frente a los cambios rápidos derivados de todos los ámbitos de actividad humana, de forma democrática que permita una participación equitativa en el desarrollo humano.

¹²⁷ UNESCO (2000) Informe Mundial sobre Educación 2000. El derecho a la educación: hacia la educación para todos durante toda la vida, Paris, Ediciones UNESCO.

que afectan, en particular, a las comunidades pobres o aisladas, a las minorías étnicas, a los migrantes, a las mujeres y a las niñas.

Ser capaz de satisfacer las necesidades educativas para *vivir mejor juntos*, es preciso desarrollar una oferta educativa diferente. Tanto en el Foro Mundial sobre la Educación de Dakar y como en el Informe Mundial de la Educación para todos en 2000 se insistió en la necesidad de desarrollar la calidad de la educación, dimensión íntimamente unida al acceso, la igualdad y la equidad. Numerosos factores de diferente naturaleza juegan un papel importante en el mejoramiento de la calidad; entre los cuales se destaca la importancia de «organizar los contenidos de la educación para alcanzar las necesidades y los valores de la sociedad»: *«Los cambios económicos, sociales y otros que han afectado a la sociedad en los últimos años, obligaron a reexaminar los conocimientos, las competencias y los valores necesarios para triunfar en la vida»*¹²⁸.

Se trata pues de garantizar, por un lado, una oferta educativa no sólo «para todos» sino «de calidad para todos». En el marco de la promoción de los derechos y del desarrollo humano, la calidad de la educación se puede definir como la capacidad de aprender a vivir juntos, tanto en términos de los logros para saber y querer vivir juntos como en términos de las condiciones y de los procesos que contribuyen a dichos logros.

Pero es más difícil comprobar si la educación ha permitido a los individuos la construcción de logros relativos a los aspectos emocionales y referidos a la voluntad. Los resultados obtenidos por la investigación sobre los logros de aprendizajes no parecen ser aún suficientemente utilizados. Por ello, se señala la importancia del

currículo adecuado. El currículo se manifiesta como una de las fuentes más importantes de orientación a las que los Estados pueden acudir para asegurar el desarrollo humano deseado. Es entonces perfectamente comprensible que las cuestiones relativas al currículo acaparen, el centro de la reflexión, del debate y de las políticas educativas en el mundo entero. ¿Qué hay que enseñar? ¿De qué manera se deben organizar los procesos educativos? ¿Cómo se deben combinar todas las necesidades educativas para vivir mejor juntos? ¿Cómo avanzar en países que tienen tantas diferencias entre sí?

El currículo se concibe al mismo tiempo como un contrato entre lo que la sociedad espera de la educación y lo que los responsables admiten que aquella ofrezca en términos de contenidos de enseñanza y de marco pedagógico, y como herramienta de trabajo.

Por lo que los currículos deben promover la participación de todos los actores sociales en los procesos de definición del currículo. Donde la formación de «competencias¹²⁹», la identificación de ciertos contenidos básicos, el establecimiento de normas («estándares») acerca de dichos contenidos, la búsqueda de una reforma que favorezca las prácticas pedagógicas inter y multidisciplinarias en lugar del fraccionamiento disciplinar abusivo, y la promoción de un nuevo marco pedagógico son prioritarios en este siglo.

Todavía se cuenta con datos insuficientes para valorar cómo la educación contribuye a formar para vivir juntos.

¹²⁸ UNESCO (2000) Foro Mundial sobre Educación. Informe Final. Dakar. p. 20.

¹²⁹ Se entiende por «competencia» la capacidad que tienen las personas de «crear y pensar al mismo tiempo que valorar»; las competencias producen desarrollos que favorecen la creatividad y los valores unidos al objetivo de vivir juntos, incorporando tanto la promoción de las capacidades para hacer frente a la vida cotidiana como las habilidades intelectuales superiores.

El diálogo sobre las cuestiones de los contenidos educativos, de las estrategias de aprendizaje y de los métodos de enseñanza está todavía demasiado limitado y, sobre todo, sus metodologías son poco creativas tanto en el interior de cada país como entre los países y regiones del mundo.

7.2 Metodología utilizada para traducir los factores en Necesidades básicas de Aprendizaje (NEBA's)

Con la finalidad de hacer más fácil la tarea de traducir los resultados obtenidos en el trabajo de campo en una propuesta educativa, se necesitó diseñar una estrategia metodológica que nos permitiera tener un panorama general sobre las necesidades básicas en torno al VIH/SIDA de las familias rurales con experiencia migratoria hacia los Estados Unidos. La estrategia metodológica utilizada fue la siguiente:

1. Reestructuración de los contenidos de los comentarios emitidos por los participantes en los grupos focales¹³⁰ en ejes temáticos con cuatro dimensiones (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) de abordaje de acuerdo a lo establecido por el concepto de Necesidades Básicas de Aprendizaje (NEBA's).
2. Derivado de lo anterior, se construyeron tres ejes temáticos: mensajes alusivos al VIH/SIDA, medidas preventivas y comunicación en torno a esta pandemia.
3. Se diseñó una matriz que nos permitiera identificar los puntos críticos a ser considerados en la elaboración de la propuesta “Modelo participativo para la prevención del VIH/SIDA en familias rurales con migración arraigada hacia los Estados Unidos”, la cual se presenta en el punto 7.3 de este trabajo.

¹³⁰ Cabe señalar que los comentarios se analizaron a través de siete categorías: concepción de lo femenino y masculino; percepción y codificación de mensajes alusivos al VIH/SIDA; formas de transmisión de la epidemia; medidas preventivas; conocimiento, habilidades y uso del condón; y, comunicación y capacitación en torno al VIH/SIDA.

Con base en el punto 1 y 2 la matriz se conformó por lo tanto de 3 filas (ejes temáticos) y 4 columnas (dimensiones de las NEBA's). A su vez, cada una de las columnas se subdividió en 4 grupos poblacionales (migrantes, esposas y/o parejas sexuales de los migrantes, hijos e hijas en edad potencial de migrar). Lo cual nos da un total de 48 celdas, resultado de multiplicar $3 \times 4 \times 4 = 48$.

4. A cada celda se le asignó un puntaje arbitrario máximo de 4 puntos, de acuerdo con la siguiente escala.

7.2.1 Escala para ponderar la matriz de Necesidades básicas de Aprendizaje.

Eje temático	Requisitos por dimensión	Puntaje por grupo
Mensajes alusivos al VIH/SIDA	Conocimientos: - No. de personas que ha oído hablar sobre el VIH/SIDA - No. de personas que menciona algunas de las tres formas de transmisión (sexual, perinatal, sanguínea) Las frecuencias obtenidas en estos 2 conocimientos se sumarán y se dividirán entre 2 para obtener una sola calificación.	0 = 0 personas 1 = 1 a 25% del grupo 2 = 26 a 50% del grupo 3 = 51 al 75% del grupo 4 = 76 a 100% del grupo
	Habilidades: - No. de personas que manifestaron habilidad para distinguir y retener mensajes adecuados sobre el VIH/SIDA, esto es, que no hayan hecho uso de algún prejuicio o mito sobre este tema. - No. de personas que manifestaron percibir el riesgo al VIH en ellas. - No. de personas que manifestaron habilidad para identificar la forma para detectar a una persona portadora (prueba de anticuerpos) Las frecuencias obtenidas en estas 3 habilidades se sumarán y se dividirán entre 3 para obtener una sola calificación	Igual al anterior
	Actitudes: -No. de personas con actitudes positivas hacia una persona portadora.	Igual al anterior
	Valores: - No. de personas que manifestaron solidaridad con una persona portadora (económica, moral, cuidados personales, acompañamiento, consejería)	Igual al anterior
Medidas preventivas	Conocimientos: -No. de personas que mencionaron al menos una medida de prevención confiable(condón, sangre segura, no compartir agujas, fidelidad mutua).	Igual al anterior

Continúa

7.2.1 Escala para ponderar la matriz de Necesidades básicas de Aprendizaje.

Continuación

Eje temático	Requisitos por dimensión	Puntaje por grupo
Medidas preventivas	<i>Habilidades:</i> - No. de personas que dijeron tener habilidades para hacer uso correcto del condón con parejas ocasionales.	Igual al anterior
	<i>Actitudes:</i> - No. de personas que tuvieron una actitud positiva hacia el uso del condón en relaciones sexuales futuras con parejas ocasionales.	Igual al anterior
	<i>Valores:</i> - No. de personas que mencionaron como valor el autocuidado y el cuidado de la pareja ante el VIH.	Igual al anterior
Comunicación sobre el VIH	<i>Conocimientos:</i> - No. de personas que identificó a los principales medios usados para difundir mensajes alusivos.	Igual al anterior
	<i>Habilidades:</i> - No. de personas que manifestaron tener habilidades para comentar sobre el sida con la familia.	Igual al anterior
	<i>Actitudes:</i> - No. de personas con actitud positiva hacia la capacitación sobre el VIH/SIDA	Igual al anterior
	<i>Valores:</i> - No. de personas que manifestaron a la comunicación de pareja como un valor	Igual al anterior

Fuente: Elaboración propia.

Cabe señalar que para obtener el porcentaje para cada una de las celdas se realizó la siguiente operación: $\text{puntaje obtenido} = (\text{suma de frecuencias obtenidas por grupo/no. de participantes}) \times 100$.

El número de participantes por grupo es el siguiente:

Migrantes varones = 8 participantes

Mujeres esposas y/o parejas sexuales de migrantes = 18 participantes

Mujeres jóvenes en edad potencial de migrar = 25 participantes

Hombres jóvenes en edad potencial de migrar = 38 participantes

- Incorporar en la matriz diseñada, los puntajes obtenidos por eje temático y dimensión para cada grupo poblacional.

6. Los resultados obtenidos de la matriz se contrastaron con los siguientes supuestos:

- i. A menor puntaje, menor eficacia de los medios masivos de comunicación en sus campañas educativas en pro de la prevención del VIH/SIDA. A mayor puntaje mayor eficacia de éstas.
- ii. A menor puntaje, menor presencia y/o eficacia de la práctica educativa de los agentes comunitarios en pro de la prevención del VIH. A mayor puntaje mayor presencia y/o eficacia de la práctica de éstos.
- iii. A menor puntaje, el grupo presenta mayores necesidades de aprendizaje. A mayor puntaje ha desarrollado más competencias básicas (menos necesidades).
- iv. A menor puntaje, el grupo está más expuesto a situaciones riesgosas para contraer alguna infección de transmisión sexual. A mayor puntaje, el grupo cuenta con mejores estrategias para evadir las situaciones riesgosas.
- v. Por lo tanto, al no haber una propuesta educativa formal o informal acorde a las necesidades básicas de aprendizaje presentes en las familias rurales con tradición migratoria, el número de casos de VIH/SIDA seguirá aumentando, lo cual se traducirá en altos costos sociales y económicos para el portador, la familia y el estado.

Con base en lo anterior, se presenta a continuación, la ponderación de la Matriz de Necesidades Básicas de Aprendizaje para las cuatro poblaciones meta.

Cuadro No.7.2.2 Diseño de una Matriz para ponderar las Necesidades Básicas de Aprendizaje de los cuatro grupos poblacionales meta.

Ejes temáticos	Puntaje Máximo obtenido por dimensión de las Necesidades Básicas de Aprendizaje																Total
	Conocimientos				Habilidades				Actitudes				Valores				
	Grupo poblacional				Grupo poblacional				Grupo poblacional				Grupo poblacional				
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	
1 Mensajes alusivos en torno al VIH/SIDA	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
2 Medidas preventivas	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
3 Comunicación en torno al sida	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	64
Total por grupos	48				48				48				48				192
Simbología: Grupo A=Migrantes varones, B=Mujeres esposas y/o parejas sexuales, C= Hijas en edad potencial de migrar y D= hijos en edad potencial de migrar.																	

Simbología: Grupo A=Migrantes varones, B=Mujeres esposas y/o parejas sexuales, C= Hijas en edad potencial de migrar y D= hijos en edad potencial de migrar.

Fuente: elaboración propia de acuerdo a las características que marca el concepto de Necesidades Básicas de Aprendizaje.

Al traducir los saberes de las familias rurales con experiencia migratoria hacia los Estados Unidos en Necesidades Básicas de Aprendizaje (NEBA's) apreciamos que:

Las campañas educativas promovidas a través de los medios masivos de comunicación no han sido exitosas para modificar la conducta en torno al VIH/SIDA de las familias del área rural en virtud de que sólo han potenciado la información (conocimientos) en sus mensajes y además de que éstos no son del todo claros.

Si bien es cierto que en los planes y programas de los agentes sociales (médic@s, educadores y promotor@s del PROGRESA) contemplan la vinculación con la comunidad para abordar contenidos acerca del VIH/SIDA, esta ha sido nula en la comunidad de estudio, ya que solo limitan su práctica a sus centros de trabajo y/o con su población meta. Aunque hay que resaltar que los centros educativos de nivel secundaria si han trabajado esta temática y de ahí que los grupos de jóvenes en edad potencial de

migrar que tienen acceso a este nivel presentan menos NEBA's que aquellos que no han tenido acceso.

Con base en los puntos anteriores, se observa que los integrantes de las familias rurales se exponen a situaciones riesgosas para contraer alguna infección de transmisión sexual como es el VIH. Por lo que al no existir una propuesta educativa acorde a las NEBA's de la población en estudio, existe la probabilidad de que el número de casos en esta área siga aumentando, lo cual se traducirá en altos costos sociales y económicos para la población portadora, su familia y el estado.

Lo anterior se desprendió de los siguientes análisis:

Al traducir los saberes de cada uno de los cuatro grupos poblacionales en NEBA's, observamos las siguientes características:

- Ninguno de los grupos poblacionales alcanzó a cubrir ni el 50% de los contenidos educativos básicos para prevenir el VIH/SIDA. El puntaje obtenido fue 92 de 192 máximos.
- El tema menos abordado (eje temático) es el de las medidas preventivas (conocimiento de por lo menos alguna medida preventiva eficaz (condón, sangre segura, no compartir agujas, fidelidad mutua; habilidades para usar correctamente el condón; actitud positiva al uso del condón en futuras relaciones sexuales con parejas ocasionales donde desconocen su historia sexual; y, valor de la autoprotección y protección de la pareja ante el VIH). El puntaje obtenido fue 28 de 64 puntos máximos.
- De las cuatro dimensiones de las NEBA's (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) las dos con menor incidencia en la población son, el fomento de las habilidades (para discriminar y retener mensajes adecuados, percibir el riesgo en

ellas, identificar la única fuente de detección del VIH, uso correcto del condón, establecer una comunicación con la familia en torno al VIH) y los valores (solidaridad hacia una persona portadora, autoprotección y protección a la pareja, comunicación con la pareja ante el VIH). El puntaje obtenido fue 10 y 14 respectivamente de 48 puntos máximos para cada dimensión.

- Existen diferencias por grupos de edad. El grupo de jóvenes (hijos e hijas en edad potencial de migrar) tiene mayores contenidos educativos frente al VIH/SIDA que el grupo de adultos (migrantes varones y sus parejas sexuales). El puntaje obtenido fue de 55 contra 41 de 96 puntos máximos para cada uno de estos grupo de edad.
- Existen diferencias por género al interior de los grupos de edad. Los hijos en edad potencial de migrar cuentan con más contenidos educativos frente al VIH/SIDA que los migrantes adultos varones. A su vez, las hijas en edad potencial de migrar cuentan con más contenidos educativos frente al VIH/SIDA que las mujeres parejas sexuales de migrantes. Se aprecia también una mayor reflexión en los dos grupos de mujeres frente a esta problemática que en los dos grupos de hombres.

A continuación se describen las NEBA's para cada uno de los 4 grupos poblacionales en orden descendente, en función del grado de riesgo que tienen de contraer el VIH.

- Los migrantes varones, con una edad promedio de 41 años y una escolaridad promedio de primaria completa, sexualmente activos con más de una pareja sexual, es el primer grupo que se expone a situaciones riesgosas. A pesar de haber oído hablar en diferentes medios masivos de comunicación del SIDA

como una enfermedad mortal; los contenidos de los mensajes no les han sido significativos para ellos, pues no los han utilizado en su vida cotidiana.

En la dimensión conocimientos: desconocen en su gran mayoría cómo las diferentes formas de transmisión y las medidas preventivas para no contagiarse.

En la dimensión de habilidades: carece de habilidades para discriminar y retener mensajes correctos, para percibir el riesgo en él, identificar al análisis de anticuerpos para detectar a un portador de VIH, hacer uso del condón y establecer una comunicación en torno a este tema con su familia.

En la dimensión actitudinal: la actitud hacia una persona portadora del VIH es más bien negativa, aunque existe una buena disposición de usar el condón en sus próximas relaciones sexuales con parejas ocasionales, así como de participar próximamente en eventos de capacitación al respecto.

En la dimensión de valores: no se han fomentado en este grupo los valores de: comunicación de pareja; autoprotección y protección a la pareja frente al VIH/SIDA; y, solidaridad (económica, moral, cuidados personales, acompañamiento) con un portador de VIH.

- Las esposas y/o parejas sexuales de los migrantes, con una edad promedio de 35 años y una escolaridad promedio de primaria completa, sexualmente activas mayoritariamente con una sola pareja sexual en su vida, es el segundo grupo que se expone a situaciones riesgosas.

En la dimensión conocimientos: la mitad del grupo desconoce las diferentes formas de transmisión. La medida preventiva utilizada preferentemente por las mujeres es la fidelidad, fidelidad que no es compartida por su compañero sexual (como pudo observarse en el punto anterior).

En la dimensión de habilidades: los mensajes difundidos por los medios masivos no les han sido significativos, ya que no perciben el riesgo en ellas, así como poder identificar a través del análisis de anticuerpos a un portador de VIH.

En la dimensión actitudinal: la actitud hacia una persona portadora del VIH es más bien negativa y a la capacitación sobre infecciones de transmisión sexual, pero tienen una buena disposición de usar el condón en sus próximas relaciones sexuales con parejas ocasionales.

En la dimensión de valores: ha sido poco el fomento hacia los valores de: comunicación de pareja; autoprotección y protección a la pareja frente al VIH/SIDA; y, solidaridad (económica, moral, cuidados personales, acompañamiento) con un portador de VIH.

- El grupo de hijas en edad potencial de migrar, con una edad promedio de 17 años y una escolaridad promedio de 6 años y más, sexualmente inactivas en su mayoría; es el tercer grupo expuesto a situaciones riesgosas.

En la dimensión conocimientos: mayoritariamente conocen las diferentes formas de transmisión y las medidas de protección.

En la dimensión de habilidades: los mensajes difundidos por los medios masivos no han les sido significativos, ya que no perciben el riesgo en ellas; el hecho de no haber tenido contacto con un condón, les ha impedido desarrollar destrezas para utilizarlos en sus futuras reacciones sexuales.

En la dimensión actitudinal: tienen actitudes positiva hacia una persona portadora del VIH y al uso del condón en sus próximas relaciones sexuales, pero en menor grado hacia capacitación en estos temas.

En la dimensión de valores: en su mayoría manifiestan solidaridad hacia los portados de VIH, pero desgraciadamente poco se ha desarrollado el valor en torno a la comunicación de pareja; la autoprotección y protección a la pareja frente al VIH/SIDA.

- El grupo de hijos en edad potencial de migrar, con una edad promedio de 19 años y una escolaridad promedio de 6 años y más, 40% han iniciado su vida sexual, con más de una pareja sexual en su vida, es el cuarto grupo expuesto a situaciones riesgosas.

Presentan iguales características que el grupo de las hijas, para los tres ejes temáticos y las cuatro dimensiones de las NEBA's, con la diferencia de que los jóvenes sexualmente activos si han desarrollado las habilidades para usar correctamente el condón.

El análisis realizado para el total de los cuatro grupos poblacionales y al interior de cada uno de ellos, pudo hacerse gracias a las siguientes Matrices de Necesidades Básicas de Aprendizaje.

Cuadro No. 7.2.3 Matriz de Necesidades Básicas de Aprendizaje de las familias de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Ejes temáticos	Puntaje Máximo obtenido por dimensión de las Necesidades Básicas de Aprendizaje																Total
	Conocimientos				Habilidades				Actitudes				Valores				
	Grupo poblacional				Grupo poblacional				Grupo poblacional				Grupo poblacional				
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	
1 Mensajes alusivos en torno al VIH/SIDA																	
Frecuencias	4	9	13	22	0	3	8	12	2	3	21	32	2	3	17	23	33
Porcentaje	50	50	52	58	0	17	32	32	25	17	84	84	25	17	68	61	
Ponderación	2	2	3	3	0	1	2	2	1	1	4	4	1	1	3	3	
2 Medidas preventivas																	
Frecuencias	1	18	10	15	0	3	0	1	6	13	23	35	0	3	2	6	28
Porcentaje	13	100	40	39.5	0	17	0	3	75	72	92	92	0	17	8	16	
Ponderación	1	4	2	2	0	1	0	1	3	3	4	4	0	1	1	1	

Continúa

Cuadro No. 7.2.3 Matriz de Necesidades Básicas de Aprendizaje de las familias de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Continuación

Ejes temáticos	Puntaje Máximo obtenido por dimensión de las Necesidades Básicas de Aprendizaje																Total
	Conocimientos				Habilidades				Actitudes				Valores				
	Grupo poblacional				Grupo poblacional				Grupo poblacional				Grupo poblacional				
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	
3 Comunicación en torno al sida																	
Frecuencias	8	8	25	37	0	3	1	1	8	4	8	11	0	3	3	3	31
Porcentaje	100	100	100	98	0	17	4	3	10 0	22	32	29	0	16 7	12	8	
Ponderación	4	4	4	4	0	1	1	1	4	1	2	2	0	1	1	1	
Total por grupo	35				10				33				14				92
Simbología: Grupo A=Migrantes varones, B=Mujeres esposas y/o parejas sexuales, C= Hijas en edad potencial de mejorar y D= hijos en edad potencial de mejorar.																	

Simbología: Grupo A=Migrantes varones, B=Mujeres esposas y/o parejas sexuales, C= Hijas en edad potencial de migrar y D= hijos en edad potencial de migrar.

Fuente: elaboración propia de acuerdo a los comentarios vertidos por los 89 participantes de los grupos focales.

Cuadro No. 7.2.4 Matriz de Necesidades Básicas de Aprendizaje para migrantes varones de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Ejes temáticos	Puntaje obtenido por dimensión de las Necesidades Básicas de Aprendizaje				Puntaje Total
	Conocimientos	Habilidades	Actitudes	Valores	
1 Mensajes alusivos en torno al VIH/SIDA					4
Frecuencias	4	0	2	2	
Porcentaje	50	0	25	25	
Ponderación	2	0	1	1	
2 Medidas preventivas					4
Frecuencias	1	0	6	0	
Porcentaje	13	0	75	0	
Ponderación	1	0	3	0	
3 Comunicación en torno al SIDA					8
Frecuencias	8	0	8	0	
Porcentaje	100	0	100	0	
Ponderación	4	0	4	0	
Total por grupo de migrantes varones	7	0	8	1	16

Fuente: elaboración propia de acuerdo a los comentarios vertidos por los 8 migrantes en los grupos focales.

Cuadro No. 7.2.5 Matriz de Necesidades Básicas de Aprendizaje para esposas y/o parejas sexuales de migrantes de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Ejes temáticos	Puntaje Máximo obtenido por dimensión de las Necesidades Básicas de Aprendizaje				Puntaje Total
	Conocimientos	Habilidades	Actitudes	Valores	
1 Mensajes alusivos en torno al VIH/SIDA					7
Frecuencias	9	3	3	3	
Porcentaje	50	17	17	17	
Ponderación	2	1	1	1	
2 Medidas preventivas					9
Frecuencias	18	3	13	3	
Porcentaje	100	17	72	17	
Ponderación	4	1	3	1	
3 Comunicación en torno al sida					7
Frecuencias	8	3	4	3	
Porcentaje	100	17	22	16.7	
Ponderación	4	1	1	1	
Total por grupo de mujeres esposas y/o parejas sexuales de migrantes	10	3	5	3	21

Fuente: elaboración propia de acuerdo a los comentarios vertidos por las 18 mujeres parejas sexuales de migrantes en los grupos focales.

Cuadro No. 7.2.6 Matriz de Necesidades Básicas de Aprendizaje para hijas en edad potencial de migrar de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

Ejes temáticos	Puntaje Máximo obtenido por dimensión de las Necesidades Básicas de Aprendizaje				Total
	Conocimientos	Habilidades	Actitudes	Valores	
1 Mensajes alusivos en torno al VIH/SIDA					12
Frecuencias	13	8	21	17	
Porcentaje	52	32	84	68	
Ponderación	3	2	4	3	
2 Medidas preventivas					7
Frecuencias	10	0	23	2	
Porcentaje	40	0	92	8	
Ponderación	2	0	4	1	
3 Comunicación en torno al SIDA					8
Frecuencias	25	1	8	3	
Porcentaje	100	4	32	12	
Ponderación	4	1	2	1	
Total por grupo de hijas en edad potencial de migrar	9	3	10	5	27

Fuente: elaboración propia de acuerdo a los comentarios vertidos por 25 hijas en edad potencial de migrar en los grupos focales.

Cuadro No. 7.2.7 Matriz de Necesidades Básicas de Aprendizaje para hijos en edad potencial de migrar de El Lometón, Tarímbaro, 2001.

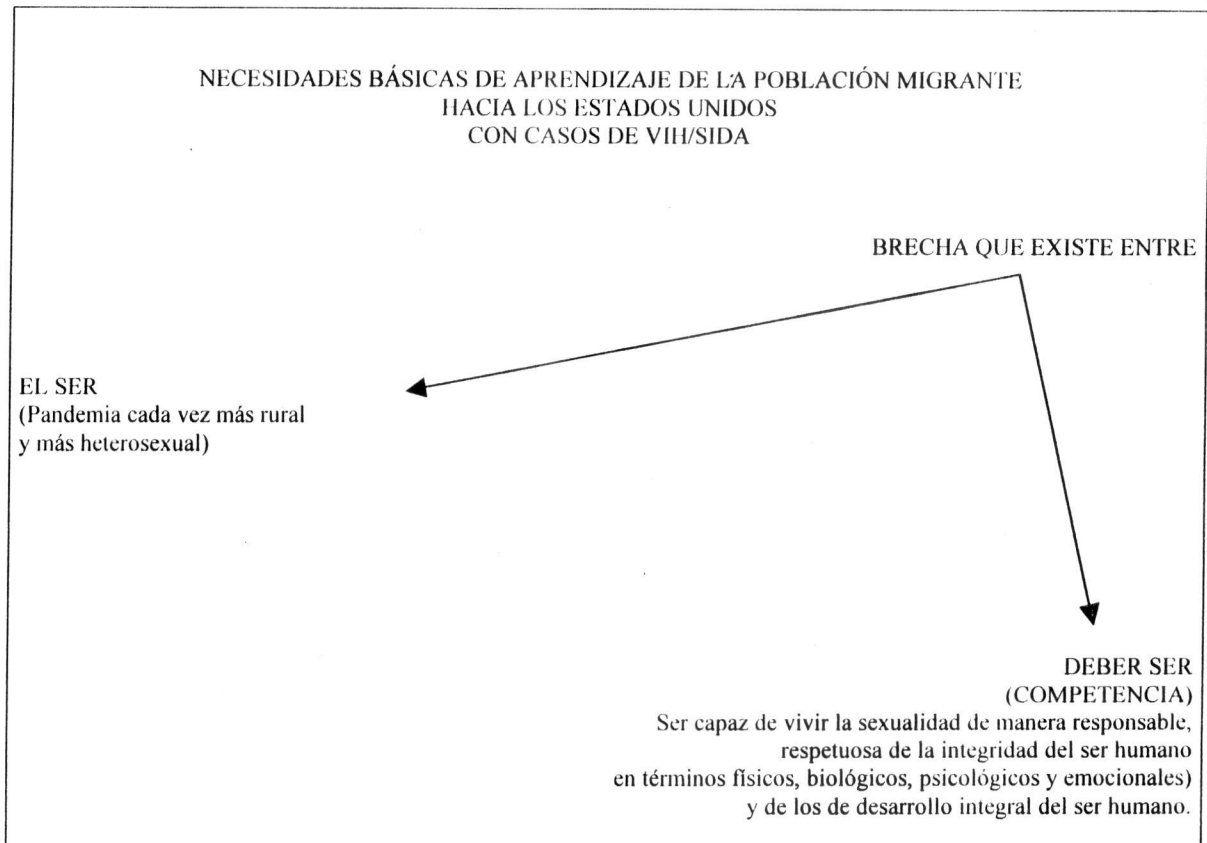
Ejes temáticos	Puntaje Máximo obtenido por dimensión de las Necesidades Básicas de Aprendizaje				Total
	Conocimientos	Habilidades	Actitudes	Valores	
1 Mensajes alusivos en torno al VIH/SIDA					12
Frecuencias	22	12	32	23	
Porcentaje	58	32	84	61	
Ponderación	3	2	4	3	
2 Medidas preventivas					8
Frecuencias	15	1	35	6	
Porcentaje	40	3	92	16	
Ponderación	2	1	4	1	
3 Comunicación en torno al sida					8
Frecuencias	37	1	11	3	
Porcentaje	98	3	29	8	
Ponderación	4	1	2	1	
Total por grupo de hijos en edad potencial de migrar	9	4	10	5	28

Fuente: elaboración propia de acuerdo a los comentarios vertidos por los 38 hijos en edad potencial de migrar en los grupos focales.

7.3 Propuesta “Modelo participativo para la prevención del VIH/SIDA en familias con migración arraigada hacia los Estados Unidos”

Con la finalidad de hacer sostenible social y económicamente la propuesta de diseño curricular “Modelo participativo para la prevención del VIH/SIDA en familias con migración arraigada hacia los Estados Unidos”, ésta sienta sus bases en reconocer y aprovechar el potencial de la comunidad, precisamente por ello, tiene como finalidad contribuir a la formación del equipo local de promotoras de desarrollo comunitario de salud de El Lometón. La propuesta pretende satisfacer las NEBA's frente al VIH/SIDA detectadas en la población en estudio, esto es, desarrollar competencias básicas, tal como aparece en el siguiente mapa conceptual.

Cuadro 7.3.1 Mapa conceptual: Traducción de las NEBA's en Competencias Básicas de Aprendizaje.



Fuente: elaboración propia.

7.3.1 Introducción

El equipo de promotoras comunitarias de El Lometón son pieza clave en la promoción de la salud sexual así como en la prevención de la pandemia del SIDA, por lo que resulta imprescindible que cuenten con una propuesta que les ayude a promover la reflexión y les facilite actuar como multiplicadoras en su comunidad. En virtud de que el tema de la sexualidad conserva en cierta medida su carácter de tabú, es necesario abordarlo desde varias dimensiones: conocimientos, habilidades, actitudes y valores, esto es desde las Necesidades Básicas de Aprendizaje. En consecuencia, se ha diseñado la presente propuesta con una intención básicamente pedagógica, de modo que las promotoras

comunitarias de esta localidad aprendan los adelantos en materia de salud sexual al mismo tiempo que las pone en práctica en su comunidad.

7.3.2 Principios básicos de la propuesta

Tal como se ha expresado anteriormente, se trata de una propuesta curricular, es decir, un conjunto de contenidos que han de ponerse a disposición de un grupo de personas con fines educativos o de actualización profesional.

Cuando hablamos de currículum estamos pensando por lo menos en cinco elementos¹³¹:

1. Una o varias finalidades que se desean alcanzar.
2. Una detección de necesidades.- base para construir un marco de referencia. En éste se incluyen necesidades sociales y profesionales desde una perspectiva histórico-social.
3. Una población destinataria.- poseedora de una práctica profesional, misma que le permite incorporar contenidos y orientaciones temáticas, así como problemas concretos.
4. Un conjunto de contenidos organizados a través de objetos problemáticos o de transformación.
5. Un proceso de evaluación, que se efectúa directamente en el campo, a través de un programa inicial.

En el caso particular de esta propuesta, los insumos que aportaron los elementos principales son los siguientes:

- Finalidades: ofrecer la oportunidad de ampliar los saberes de las promotoras; reflexionar sobre su quehacer cotidiano y sobre otras formas de mirar los problemas a los que se enfrenta y enfrentará día con día en la interacción con las

personas de la comunidad. Las promotoras tienen como finalidad central a dichas personas; que éstas se sientan escuchadas y atendidas con calidad.

- Detección de necesidades, realizado a lo largo del trabajo de campo, utilizando diversas técnicas cualitativas con enfoque de género: TERP, Grupos Focales, Entrevistas con informantes clave y análisis de contenido.
- Por lo que respecta a l@s destinatari@s, éstas serán las promotoras comunitarias. El valor formativo de esta propuesta será mayor en la medida que las destinatarias hagan suyos los contenidos, a través del proceso de capacitación que actualmente están llevando con el personal médico y paramédico de la Secretaría de Salud en Michoacán (SSM).
- Esta consideración nos lleva directamente al tercer elemento que conforma un diseño curricular: los contenidos. Éstos no son una simple lista de temas ordenados de alguna manera, sino que se contextualizan en relación con los problemas concretos, ya sea de carácter teórico, metodológico o práctico.

A su vez, la propuesta curricular tiene tres niveles de organización: epistemológico, psicológico e institucional.

En el nivel epistemológico incluye la interdisciplinariedad. Dentro de este contexto, los objetos problemáticos (ejes temáticos) se miran desde diferentes ciencias y disciplinas, por lo que tienen una cobertura en términos de construcción de contenidos más amplia e integrada.

En el nivel psicológico pretende integrar el contenido de manera que sea posible su articulación; esto significa que los ejes temáticos se presentan como objeto de la realidad que ha de integrarse a través de la conjugación o convergencia de

¹³¹ Díaz-Barriga, A. (1989) Didáctica y currículum. Nuevo Mar, México.

varias ciencias y técnicas que permitan emitir un conjunto de respuestas científicas¹³².

El enfoque psicológico es de carácter constructivista, el conocimiento se construye y no sólo se repite o copia, de manera que es la propia realidad la que define y orienta las prioridades de reflexión del sujeto pedagógico (facilitado/a-educando).

En este sentido, los ejes temáticos presentan información, habilidades, actitudes y valores relevantes; a través de problemas, dudas, preguntas, y sobre todo, con la flexibilidad de confrontar, conformar y confirmar un conjunto de saberes a través de procesos de análisis, reflexión y autoevaluación. Los ejercicios y dinámicas que se aborden ofrecen una riqueza de experiencias que facilitan la construcción de contenidos significativos, esto es, se pueden aplicar a la vida cotidiana para resolver una problemática determinada.

En el nivel institucional, las promotoras comunitarias de salud en virtud de que trabajarán con diferentes grupos poblacionales (adultos-jóvenes, mujeres-hombres), plantean una gran diversidad de realidades concretas. Esta propuesta, trata de ofrecer orientaciones generales, amplias y flexibles que la hagan viable en diferentes contextos y condiciones.

Para concluir, esperamos que la propuesta permita satisfacer las siguientes intencionalidades:

- integrar los saberes que posee el sujeto/a en la apropiación de los nuevos contenidos.

¹³² Villarroel, C. (1995) La evaluación del aprendizaje en la enseñanza superior. Universidad Central de Venezuela, Caracas.

- Propiciar una formación teórica-técnica vinculada a las necesidades que la realidad social concreta les presenta en el terreno de la salud sexual.

Finalmente, la propuesta incluye la evaluación como proceso, esto es, contempla evaluar sus diferentes momentos:

- El diseño de la propuesta, desde el marco teórico, contenidos y materiales.
- La aplicación de la misma, esto es, su desarrollo.
- Su impacto a corto, mediano y largo plazos en la población en lo referente a la salud sexual.

7.3.3 De la organización de los contenidos educativos por eje temático.

A continuación se presenta la organización de los contenidos educativos de la propuesta por eje temático:

Cuadro No. 7.3.3.1 Propuesta de organización de contenidos educativos por eje temático para la prevención del VIH/SIDA en familias rurales con experiencia migratoria.

Eje temático	Contenidos Educativos			
	Conocimientos	Habilidades	Actitudes	Valores
1. Mensajes alusivos en torno al VIH/SIDA	La sexualidad en épocas del sida, en poblaciones migrantes. Conocimiento epidemiológico del SIDA a nivel planetario: costos sociales y económicos. Síndrome: signos y síntomas. Qué es un virus y su relación con el Sistema inmunológico. El VIH y el sistema inmunológico. Medio propicio del VIH (semen, fluidos vaginales y sangre). La prueba de anticuerpos. Etapas de la persona infectada: ventana, infección, enfermedad, muerte.	Habilidad para discriminar y retener mensajes correctos. Habilidad para reconocer los cambios del sistema inmunológico ante diferentes enfermedades. Habilidad para percibir el riesgo en uno mismo. Habilidad para identificar la prueba de laboratorio de anticuerpos como la única fuente para detectar el VIH.	Actitudes positivas hacia una persona portadora del VIH. Actitud positiva hacia el ejercicio de una sexualidad con equidad	La salud como valor universal. Valoración de la sexualidad, comprendiéndola como inherente al ser humano desde el nacimiento a la muerte, donde el ejercicio de la genitalidad es una más de sus expresiones. Empatía y solidaridad con los otros en situaciones especiales (moral, moral, cuidado personal, acompañamiento).

Continúa

Cuadro No. 7.3.3.1 Propuesta de organización de contenidos educativos por eje temático para la prevención del VIH/SIDA en familias rurales con experiencia migratoria.

Continuación

Eje temático	Contenidos Educativos			
	Conocimientos	Habilidades	Actitudes	Valores
1. Mensajes alusivos en torno al VIH/SIDA	Formas de transmisión del VIH: sexual, sanguínea y perinatal. Principales situaciones riesgosas: relaciones sexuales con múltiples parejas sin protección; alcoholismo, y drogadicción. Mitos sobre la transmisión del VIH			
2. Medidas preventivas	Medidas preventivas para el VIH : Fidelidad compartida, uso del condón, sangre segura, riesgo de compartir agujas contaminadas, madre sana. El condón femenino y masculino: características, uso y eficacia. El condón y los lubricantes a base de agua. Mitos sobre la prevención	Habilidades en la comunicación para exigir sangre segura en una transfusión. Habilidad para usar correctamente el uso del condón. Habilidad para negociar el uso del condón.	Actitud favorable hacia la prevención. Actitud * positiva hacia el sexo seguro y/o protegido. Actitud positiva hacia el ejercicio de una sexualidad con equidad. Actitud positiva hacia las preferencias sexuales de los otros. Disposición a planificar los actos de la vida que comprometen a la sexualidad. Disposición a un embarazo no deseado. Actitud positiva frente a la maternidad y paternidad responsable. Actitud de las futuras madres y/o donadores para efectuarse una prueba de anticuerpos.	Responsabilidad con uno mismo y los demás en el ejercicio de la sexualidad (protección y protección de la pareja). Valoración y respeto al propio cuerpo y al del otro. Equidad de género.

Continúa

Cuadro No. 7.3.3.1 Propuesta de organización de contenidos educativos por eje temático para la prevención del VIH/SIDA en familias rurales con experiencia migratoria.

Continuación

Eje temático	Contenidos Educativos			
	Conocimientos	Habilidades	Actitudes	Valores
3. Comunicación en torno al VIH/SIDA	Fuentes confiables para establecer procesos de diálogo en torno a la sexualidad.	Habilidad para romper la cultura del silencio genérica, esto es, abrir espacios de comunicación entre las mujeres para pasar de la esfera privada a la pública, el diálogo sobre el VIH. Habilidad para establecer una comunicación familiar en torno a las infecciones de transmisión sexual.	Actitud positiva frente a la maternidad y paternidad responsable. Actitud positiva hacia la participación en espacios educativos formales, no formales e informales, en torno al VIH/SIDA.	La educación y los procesos de la salud pública. La comunicación familiar y de pareja en torno al VIH. Equidad de género.

7.3.4 Retos del educador y educadora comunitarios rurales ante la propuesta educativa

A principios de la década de los años 90, las acciones de educación comunitaria tienden a difundirse con mayor rapidez por todos los países de la región, como una forma de contrarrestar los efectos negativos de la denominada "década perdida". Expresados como: decremento del Producto Interno Bruto (PIB) en un 10%, crecimiento de la deuda externa a 429 mil millones de dólares, inflación galopante, deterioro real del ingreso en un 70%, el 46% de la PEA se encuentra en condiciones de desempleo y subempleo, aumento del 60% al 62% de la población en condiciones de pobreza, la caída de los indicadores sociales -como salud, vivienda y educación-, fuertes procesos de urbanización, la fuga de capitales hacia el exterior, reprivatización de las actividades económicas, el adelgazamiento del estado consecuencia de las políticas de ajuste, la globalización de la economía y el deterioro ambiental (CEPAL,1991).

Ante esta situación, la educación de personas jóvenes y adultas en el futuro podría girar en torno a cuatro escenarios, dependiendo del rumbo que tome la historia de la Región.

1. Si "[...] la crisis continua más o menos con las características de la "década perdida". Y si se consolidan las ideologías que proponen que la sociedad no se puede cambiar y que asumen que siempre habrá la presencia [...] de un sector rico y moderno y otro pobre y atrasado. La educación de adultos sólo puede ser entendida como una educación para la sobrevivencia [...]
2. Si [...] los resultados de las políticas de ajuste estructural, empiezan a superar las dificultades económicas y los salarios recuperan su capacidad de compra, se generan nuevos empleos, la economía crece, etcétera [...]. La educación de adultos probablemente debería canalizarse a un esfuerzo descomunal de capacitación de mano de obra para los nuevos puestos de trabajo y contribuir a la incorporación de los sectores más atrasados a las exigencias de la modernidad.
3. Si el proyecto neoliberal no resulta y sigue en permanente crisis, lo que provoca continuos explosiones sociales [...], que se expresan en acciones callejeras violentas [...] la educación de adultos tendría la visión de canalizar y potenciar la energía social de los sectores que protestan.
4. Si la política de ajuste fracasa y con ella el modelo neoliberal. Ante la tensión social de los Estados Nacionales -para poder sostenerse-, optan por abrir de manera el juego político, lo que implica la consolidación de la democracia real y ya no sólo la formal [...] La educación de adultos [...] podría jugar el papel de preparar a los ciudadanos para la participación y la democracia". (Aguilar, Rubén; 1991; 58-59).

Bajo este último escenario -el de la participación- comienzan a gestarse proyectos de educación comunitaria en la Región. Los agentes educativos que participan en esta práctica social se enfrentan, ante nuevos campos de acción, interlocución, debate,

coordinación y gestión nunca antes vistos. Mismos que presentan nuevos retos que requieren ser tomados en cuenta en el diseño curricular para su formación y en pro de un verdadero acompañamiento de los sujetos sociales en la viabilización de sus proyectos político-pedagógicos, no sólo para la prevención de enfermedades de transmisión sexual o del VIH, sino de cualquier tipo de proyectos de base comunitaria.

Los retos cotidianos que enfrentan los agentes comunitarios, en la búsqueda por reorientar la participación de y con las personas jóvenes y adultas, en la construcción de los espacios cotidianos significativos son principalmente:

- Del monólogo al diálogo de saberes: Una de las principales necesidades educativas, en la formación del agente comunitario, es el reconocimiento de la crisis económica, política, social, ambiental y de los cambios consecuentes que ello provoca y que vivimos a nivel local, nacional e internacional. Porque "hasta ahora sólo nos hemos dedicado a transformar el mundo, lo que debemos hacer ahora es conocerlo" (Mariño; 1991), conocerlo para transformarlo, esto es, transformar no es insistir para que la gente acepte un proyecto determinado, como lo es el de la prevención de las ETS/VIH/SIDA, sino hacer una puesta en común para recrear la propuesta de transformación, realimentándola desde la lectura popular y del cambio social que viven las comunidades rurales con tradición migratoria arraigada.

Y esa lectura popular sólo puede darse a través del diálogo de saberes, entendiendo por ello"[...] un proceso formativo ligado a la construcción de un sujeto social independiente que participa y se adueña (ejerce un nuevo estilo de poder) de su propia historia (conocimientos, saberes, cultura) y destino (utopía). El diálogo de saberes no se genera, habitualmente, desde las identidades, sino

desde las disensiones de los interlocutores, siendo una práctica privilegiada para resolver diferencias, buscar consensos y aprender a practicar la democracia. (Ghiso, Alfredo; 1993). Esto es, retomar los conocimientos, actitudes y comportamientos de la población diferenciada en contextos específicos y ponerlos en la mesa de discusión y no partir de la ausencia de saberes y creencias de la población meta.

- De la planeación de la práctica educativa a la planeación participativa estratégica: La planeación de la práctica educativa cobra sentido, cuando se pasa de la reconstrucción de la relación pasado-presente a la construcción de una relación presente-futuro, esto es, "construir una realidad, a partir de la capacidad social para determinar un curso viable a los procesos de cambio, en función de los diferentes proyectos de cada uno de los sujetos sociales que coexisten e interactúan en la sociedad" (Méndez, Ana María; CREFAL; 1994). Esto es, la planeación de acciones sanitarias para prevenir enfermedades de transmisión sexual, en comunidades rurales con experiencia migratoria arraigada hacia los Estados Unidos, deberá ser realizada por los integrantes que conforman el núcleo familiar, desde los migrantes, esposas y/o parejas sexuales, hij@s en edad potencial de migrar, así como l@s agentes comunitari@s educativas que participan en la zona.

De ahí que la planeación de proyectos socioeducativos cobra importancia en la formación de los agentes educativos. Ya que es en este proceso que, comunidad y agente educativo -a través del diálogo de saberes-, intercambian los supuestos que poseen en torno a las causas que originan las desigualdades sociales que les afectan (autodiagnósticos); construyen la visión de futuro e intencionalidades que

orientarán sus acciones; definen los contenidos educativos que darán sentido a su participación; delimitan los compromisos específicos en los trabajos grupales para la búsqueda de soluciones, negocian la toma de decisiones para la acción colectiva, identifican los recursos y materiales disponibles en el medio, así como las formas de ir sistematizando y evaluando la práctica educativa.

- De la planeación curricular generalizada a una específica para grupos diferenciados en contextos específicos: Todo programa y/o proyecto de educación de personas jóvenes y adultas deberá incluir un componente para la salud. Y dentro de éste, los contenidos tendrán que poner mayor énfasis en promover actividades que ayuden a construir las habilidades, las actitudes y valores necesarios para practicar un sexo protegido, así como mencionar que el peligro de contraer ETS/VIH/SIDA no sólo se ubica en poblaciones consideradas con prácticas de alto riesgo (sexo servidoras, homo-bisexuales, drogadictos, hemofílicos, etc.); sino que cualquiera de nosotros tiene probabilidad de contraerlas.

Todas las acciones de prevención que se desprendan del programa y/o proyecto, deberán brindar una atención diferenciada a la población, de acuerdo a la edad, sexo, experiencia y cultura del educando.

- De la unidimensionalidad a la multidimensionalidad de los contenidos educativos:

¿Qué tipo de necesidades básicas de aprendizaje (conocimientos, habilidades, actitudes y valores) necesitamos intercambiar y vivir para tener una participación efectiva dentro de los cambios de las demandas sociales de las comunidades rurales con tradición migratoria arraigada?.

El intercambio de experiencias debe ser integral, en torno a estos cuatro contenidos que dinamizan la práctica educativa.

Si bien es cierto que existen muchos programas para la prevención del SIDA y otras ETS que se enfocan sólo a dar información biomédica (el virus que causa el SIDA, el sistema inmunitario, signos y síntomas del SIDA, o su tratamiento), se sabe que este tipo de conocimientos no es suficiente para que la gente adopte comportamientos sanos, positivos, para prevenir VIH/SIDA/ETS, ellos necesitan motivación para actuar y destrezas para poner el conocimiento en práctica, y esto sólo puede darse en un espacio de sensibilización, de análisis y reflexión desde un contexto de la migración binacional y no descontextualizado. Ya que, como dice Hugo Zemelman: uno de los supuestos que se tienen sobre la realidad social es el de la multidimensionalidad- donde se refiere a que "es preciso captar el fenómeno como síntesis de los múltiples dinamismos -dimensiones- y reconocer al interior de cada uno de ellos ritmos temporales particulares" (Zemelman y Valencia; 1990; PP. 91-92), esto es: cada una de las dimensiones cobra sentido, en función de los otros.

- El SIDA como problema social y no íntimo: Trascender el tema de la sexualidad, considerado como un tabú, algo íntimo y propio de la esfera privada; a llegar a la consideración del tema como un problema de carácter social y comunitario. Esto es, trascender el SIDA como problema social y no ínfimo, requiere forzosamente identificar los conocimientos, actitudes, creencias y mitos sobre estos tópicos, por grupo poblacional en la comunidad. Por ello, pasar de lo íntimo a lo social, cobra sentido si se analizan otras dimensiones. Todo plan de acción deberá

incorporar contenidos que permitan analizar el contexto social, las presiones e influencias que impone la sociedad que los rodea para migrar.

Un argumento muy común contra los programas educativos sobre ETS/VIH es que, el exponer este tipo de información sobre sexo a los jóvenes, es estar empujándolos a involucrarse en actividades sexuales. Sin embargo, en una revisión detallada de 23 programas estadounidenses se reveló lo contrario; los jóvenes que recibieron educación específica sobre SIDA estaban menos propensos a tener relaciones sexuales, y aquellos que si las tuvieron, lo hacían con menos frecuencia y se protegían¹³³.

- Del protagonismo a la búsqueda de la memoria colectiva: métodos y criterios de evaluación y sistematización. Dado que el diálogo de saberes se alimenta de la sistematización, es en función de ésta que se habrá de invertir más para que se generen espacios para los intercambios de experiencias no sólo para describirlas sino también, para analizarlas, generalizarlas e interpretarlas y manejar conceptos más globales, sin los cuales no hay un tipo de formación posible, pues ellos son indispensables para producir un conocimiento colectivo sobre nuestra práctica e innovarla. Se tiene entonces que formular visiones más globales sobre nuestros trabajos y a partir de ellos, superar el intercambio acrítico de experiencias, como estilo aún dominante en los procesos de profesionalización de la práctica educativa. (Palominos et al; 1991).

Si bien es cierto que la planeación de las acciones de prevención de VIH/SIDA parten de organizaciones del estado o de la sociedad civil organizada, éstas

¹³³ Kirby, D. et al. 1994. School based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. Public Health Reports, USA. Pp 109, 339-360.

deberán ser paulatinamente retomadas por la comunidad y por los diferentes grupos poblacionales a quien dichas acciones van dirigidas; una vez que estos últimos hayan pasado por un proceso de sensibilización, reflexión y acción renovada -de manera conjunta entre agentes externos (promotores-as-) y comunidad-, sobre la problemática abordada. Esto es, se deberá pasar de la responsabilidad de la planeación estratégica del agente externo a la corresponsabilidad de los diferentes grupos sociales que integran la comunidad, lo cual significa planear participativa y estratégicamente las acciones comunitarias.

- De la identificación aislada de las necesidades básicas del educador y educando a la identificación integral del sujeto pedagógico. Como se pudo apreciar en el capítulo referente al estado del conocimiento sobre educación-migración y SIDA, generalmente identifican y/o analizan las características y necesidades básicas de uno de los componentes del sujeto pedagógico, esto es, les interesa satisfacer las necesidades ya sea del educador o del educando, de forma separada, aislada, pero en escasa medida consideran al binomio como tal. Adriana Puiggrós define al sujeto pedagógico, como el vínculo que existe entre educador y educando y, además, menciona que el sujeto pedagógico es la única mediación inimaginada entre la sociedad y los sistemas reguladores del pensamiento y la conducta de las nuevas generaciones¹³⁴. De esta manera, preguntarse por las necesidades básicas de aprendizaje de las personas jóvenes y adultas del área rural con tradición migratoria arraigada -donde la relación

¹³⁴ Puiggrós, A. 1990. Imaginación y crisis de la educación latinoamericana. CONACULTA-Alianza Editorial Mexicana, México. pp. 47-48.

migración y SIDA es más alta que la del promedio nacional-, significa preguntarse forzosamente, también, por las necesidades básicas de los/as promotores/as de salud comunitaria en su práctica educativa cotidiana. Mucho se ha cuestionado en foros académicos -aunque poco se ha hecho al respecto-sobre la calidad de la educación impartida por educadores/as, que no han tenido un trabajo previo respecto a su propia sexualidad y, aunado a ello, deficiente preparación en el tema, con poca información didáctica especializada.

Lo anterior, nos remite a plantearlos cuál sería entonces el currículo producto de las necesidades planteadas por la sociedad y por el grupo poblacional meta.

Entendemos por currículo "los contenidos, objetivos, métodos y criterios de evaluación, no limitándose a la instrucción, incluyendo las relaciones y aprendizajes sociales (currículo-no escrito). En este contexto, los contenidos curriculares serían el conjunto de discursos (verbales y no verbales) que entran en juego en el proceso de enseñanza-aprendizaje, incluyendo: las informaciones y conocimientos previos que tienen tanto alumnos como maestros -en nuestro caso promotores/as y población migrante- y los que se construyen a lo largo del proceso educativo en la interacción de unos con otros; los contenidos en planes y programas de estudio, así como en materiales curriculares y en tareas de clase; los procedimientos utilizados para enseñar y aprender; la organización del espacio que se ocupa; el clima que se genera; y el conocimiento resultante de la interacción entre todos estos elementos". "La decisión sobre qué (y cómo) enseñar debe tener en cuenta y conciliar: lo que el alumno quiere y necesita, lo que la sociedad quiere y necesita de ese individuo, lo que ese conocimiento

particular requiere para poder ser enseñado, y lo que el alumno está en capacidad de aprender de acuerdo a su propio desarrollo".¹³⁵

De las propuestas educativas comunitarias para la prevención del SIDA, qué y cómo se enseña, qué quiere la sociedad y el individuo sólo es posible a través de desarrollar procesos comunicativos más efectivos entre los/as educadores/as comunitarios/as y la población meta, para identificar necesidades de formación, generar valores consensados en torno a la participación, el autocontrol, la continuidad, y, con todo ello, la construcción de proyectos de vida individuales y colectivos alternativos, esto es, encaminados a la sostenibilidad de las acciones. Entendiéndose por participación, las acciones realizadas por las personas involucradas en un proyecto específico y que inciden en la totalidad de los procesos que éste contiene; por autocontrol, el hecho de que el proyecto de educación comunitaria generalmente empiece con la iniciativa de unos agentes educativos externos a la comunidad, pero la ejecución debe llevar rápidamente a una situación en que los propios miembros de la comunidad asuman el control de todos los procesos involucrados en los proyectos; por optimización de los recursos, el desarrollo de la capacidad de los participantes del proyecto para maximizar el uso de los recursos existentes en la comunidad; y por continuidad se concibe el papel que asume la propia comunidad cada vez más importante y de mayor profundidad en la fijación de metas a corto, mediano y largo plazo.

- De la legislación como palabra muerta al conocimiento, apropiación y uso de ella. Existen una serie de políticas educativas, derivadas de recomendaciones

¹³⁵ Torres, R. 1994. ¿Qué enseñar (y cómo es necesario aprender). Necesidades Básicas de Aprendizaje y contenidos curriculares. Instituto Fronesis. Quito, Ecuador. pp. 12-14.

vertidas en las diferentes cumbres mundiales realizadas en las últimas cinco décadas, leyes e incluso, normas subjetivas que viabilizan u obstaculizan la transformación de la utopía en realidad material.

Existe la urgente necesidad de llevar el derecho escrito, emanado por la ley, a un derecho de facto, esto es, como instrumentos al servicio del hombre y no como una realidad predeterminada en manos de otros. Debemos reconocer, que la sociedad en su conjunto, tiene que encontrar formas adecuadas para presionar a las instancias gubernamentales, para que éstas cumplan los acuerdos firmados en las diferentes cumbres y foros internacionales.

La normalización de las relaciones en la sociedad es un hecho que debe potenciarse en un escenario educativo para la participación y la democracia.

- De la gestión institucional a la co-gestión interinstitucional: Debido a los bajos recursos aplicados a la educación de personas jóvenes y adultas, se hace necesario el establecimiento de relaciones de cooperación y coordinación con instituciones gubernamentales y no gubernamentales -locales, regionales, nacionales e internacionales- que operan programas sociales en ese espacio geográfico. El establecimiento de estas relaciones es otra necesidad que enfrentan los agentes educativos, para desarrollar una capacidad de manejar procesos, maximizar los recursos disponibles, administrar eficientemente, tomar decisiones adecuadas y saber instrumentarlas; bajo un modelo y estilo más sano y democrático del que actualmente se desarrollan estas relaciones. Ya que las estrategias del gobierno federal, estatal y sociedad civil organizada, por sí solas, son y serán insuficientes ante la magnitud del problema debido a los bajos recursos aplicados a la educación sexual de personas jóvenes y adultas.

- Del enfoque sexista al enfoque de género. Para que la participación e integración de hombres y mujeres en la sociedad se procese de manera equitativa, los procesos de enseñanza-aprendizaje deban contemplar la equidad. De ahí que se deba incluir la perspectiva de género en la formación de educadores/as, para que realmente contribuya al cambio de actitudes necesarias para alcanzar una sociedad más justa.

Reconocer la necesidad de integrar esta perspectiva dentro de la formación de agentes educativos, es de vital importancia, ya que son éstos -los/as educadores/as- quienes sin una perspectiva de género tenderán a reproducir roles y estereotipos de subordinación, y con ello soslayar las necesidades y saberes de las mujeres

Desde la perspectiva masculina, debemos pasar de la concepción negativa de utilizar condón porque impide satisfacción total en la relación sexual, reforzando la idea del uso del condón como método antiséptico y no sólo anticonceptivo. Ya que la ausencia de signos externos por infección de VIH dificulta la posibilidad de diferenciar a una persona sana de una infectada.

Desde la perspectiva de la mujer -en el marco de relaciones de poder entre los sexos-, si el uso del condón representa un "no placer" en su o para su pareja, no existe la exigencia del uso del condón. Bajo este argumento es necesario reforzar en la mujer el hecho de que brindarle placer al otro implica necesariamente vivir el placer desde ellas mismas; paralelamente reforzar la idea de las implicaciones que en materia de salud conlleva el sexo protegido.

- De la responsabilidad del agente externo a la corresponsabilidad agente externo-comunidad: si bien es cierto que, la planeación de las acciones de prevención del

VIH/SIDA parten de organizaciones del Estado o de la sociedad civil organizada, éstas deberán ser paulatinamente retomadas por la comunidad y por los diferentes grupos poblacionales a quienes dichas acciones van dirigidas; una vez que éstos últimos hallan pasado por un proceso de sensibilización-reflexión-acción renovada –de manera conjunta entre agentes externos (promotores/as) y comunidad- sobre la problemática abordada.

- Del activismo a la sistematización de la práctica social. La sistematización-evaluación de los impactos sociales de las prácticas sociales para la prevención del VIH/SIDA se convierte en un reto insoslayable, dado que el reconocimiento de las mismas ofrece la posibilidad de socializar y traducirlas en un currículum alternativo en donde el área de la salud sea una necesidad básica de aprendizaje de las personas jóvenes para seguir viviendo y no se aborde simplemente como un espacio curricular concreto para responder a la temática como campo emergente derivada de los diferentes protagonistas socioeducativos.

Los retos antes mencionados pudieran mostrar un panorama desalentador para los y las educadoras de personas jóvenes y adultas, en el diseño y desarrollo de propuestas educativas de base comunitaria en comunidades rurales con una tradición migratoria. Sin embargo, es, justamente el reconocimiento de ellos el inicio para diseñar propuestas más efectivas y reducir los costos sociales y económicos que ha causado la pandemia del VIH/SIDA. Partiendo de la identificación de los diferentes retos a los que se enfrentan los educadores, es posible trazar escenarios futuros viables y efectivos, que nos permitan

lograr los objetivos del desarrollo humano, tal como lo menciona el Informe 2000 del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo¹³⁶: vivir una vida larga y saludable.

¹³⁶ PNUD. 2000. Informe sobre Desarrollo Humano 2000. Editorial Mundi-Prensa Libros. Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica.

CAPÍTULO VIII CONCLUSIONES

El fenómeno migratorio México-Estados Unidos obedece a una interacción entre dos economías diferentes, donde históricamente Estados Unidos ha ocupado mano de obra barata y México la ha proporcionado a partir de excedentes de fuerza de trabajo, es decir, la existencia de oferta y demanda de fuerza de trabajo en un contexto de mercado binacional que consolida el fenómeno.

La migración es una acción selectiva, que no es una opción que esté al alcance de toda la población. Los datos que se han obtenido de los migrantes a través de diferentes investigaciones al respecto, refieren que éstos son personas que se encuentran en la etapa más productiva y reproductiva de la vida (jóvenes), pertenecientes a un estrato socioeconómico que no es el más bajo, con un nivel de escolaridad superior a la media nacional (rasgo cuya tendencia parece irse acentuándose cada vez más, lo que equivale decir que son personas con una mayor calificación para el trabajo), además en el momento de migrar tienen algún tipo de empleo y ven la migración como una alternativa que les permite mejorar el aspecto económico; se ocupan en empleos que requieren de poca calificación de mano de obra y desarrollan tareas rutinarias, con pocas posibilidades de ascenso en la escala laboral o de capacitación en el trabajo. Consecuentemente, uno de los factores que determinan la migración es la diferencia salarial entre los lugares de origen y los lugares de destino, factor que está interrelacionado con la existencia de la tradición

migratoria del lugar de origen que se traduce en redes de apoyo que facilitan la migración y reducen los riesgos del fracaso.

Por otro lado, en cuanto al impacto socioeconómico, las remesas enviadas por los migrantes a sus familias en las localidades de origen, son utilizadas para cubrir las necesidades familiares inmediatas (alimentación, vestido, transporte, vivienda, etc.) para la reproducción del propio sistema social. Son pocos los casos en los que tales recursos son destinados a alguna inversión que les permita dejar de depender de la migración. Por el contrario, se observa una perpetuación de la misma, es decir, que el capital humano del migrante en su comunidad de origen ha sido subutilizado y que los beneficios que le reporta su inserción en el mercado de trabajo, no le alcanzan para cubrir sus necesidades básicas de forma satisfactoria.

Ahora bien, por lo que se refiere a los impactos en la conducta sexual del migrante, a pesar de la existencia relativa de fuentes documentales confiables sobre migración-ETS/SIDA, se logró un avance significativo en la identificación de los hábitos y prácticas sexuales en las poblaciones migrantes en un contexto binacional. La comparación de lo manifestado entre el lugar de origen y destino permite concluir que, durante el proceso migratorio se producen importantes cambios, tales como: aumento del número de parejas sexuales en el hombre por soledad y/o sobrevivencia; la existencia de una desinformación generalizada sobre los temas vinculados a la sexualidad; la concepción que tienen algunos hombres sobre las relaciones entre varones no es considerada como homosexualidad; entre otras.

El SIDA en México, de acuerdo al comportamiento histórico, presenta un patrón cada vez más heterosexual y rural. La transmisión sanguínea oficialmente se encuentra bajo control. Pasó de ser una epidemia de hombres homosexuales y mujeres transfundidas, a ser cada vez más un padecimiento de transmisión heterosexual. Desde el primer caso

reportado de SIDA en México, de 1983 a 1997, ha ido escalando su posición hasta ubicarse dentro de las principales causas de mortalidad en las poblaciones en edad productiva. En 1988, en el grupo de 25 a 34 años, fue la décima octava causa de muerte, en tanto que en 1997 ocupó el cuarto lugar. Para los hombres –de ese mismo grupo de edad y periodo de observación- pasó de la décima primera causa a la tercera. De igual forma sucedió con las mujeres, el SIDA que no aparecía dentro de las 20 causas de mortalidad en 1988, ocupa el noveno lugar en 1997.

La epidemia de SIDA en el área rural es más reciente que la urbana y presenta un crecimiento exponencial que, a diferencia de la que se conoce para las ciudades, todavía no amortiguó su crecimiento y se da en un grupo social con condiciones de vida más precarias. En México, es a finales de los ochenta cuando se comienza a señalar la importancia de los casos entre trabajadores agrícolas que habían laborado temporalmente en EEUU. La edad promedio para los casos rurales fue de 33.5 años, muy similar a los 35.8 de los casos urbanos. La distribución global por sexo muestra importantes diferencias significativas, con una proporción de 21.3% casos femeninos en áreas rurales comparado con una proporción de 14.4% mujeres de áreas urbanas. Existe una mujer con SIDA por cada cuatro hombres en el área rural, contra una mujer por cada seis hombres en el medio urbano. Las tasas de prevalencia en hombres son casi tres veces y medio más altas en promedio que las tasas en mujeres.

La mayoría de los casos rurales en México no son derechohabientes de alguna institución privada o pública de salud, es así que la Secretaría de Salud reporta mayor proporción de casos rurales que el Instituto Mexicano del Seguro Social. Del total de casos, la mayoría han fallecido.

A pesar de que el SIDA en México se ha ruralizado y que proporcionalmente una cuarta parte de la población afectada pose la característica de haber migrado hacia los Estados Unidos. No existe ninguna investigación que verse sobre las necesidades, expectativas e intereses de esta población con respecto a una propuesta educativa para la prevención del VIH/SIDA. Existe un consenso en la comunidad científica de que los modelos educativos cara a cara, diseñados con base a las Necesidades Básicas de Aprendizaje de los sujetos NBA's (conocimientos, habilidades, actitudes y conocimientos) y utilizando la metodología de la sensibilización-reflexión-acción favorece el cambio de comportamientos. Se observa que dentro de las políticas públicas instrumentadas desde 1985 a la fecha encaminadas a la prevención del VIH por OG y ONG, sólo se potencia una de las dimensiones de las NBA's. Y que, a pesar de que se sostenga que las intervenciones cara a cara son mejores estrategias para la prevención de la pandemia en la sociedad, éstas no están siendo instrumentadas como este problema social lo amerita. Y creemos que esto no se lleva a cabo, no sólo por falta de recursos humanos y económicos, sino sencillamente porque hasta ahora el modelo de salud instrumentado en México está centrado en la curación y no en la prevención.

Con base en los resultados obtenidos en el trabajo de campo, se identifican como factores de riesgo que inciden en la transmisión del VIH por vía sexual en poblaciones rurales con experiencia migratoria de la Región del Bajío Michoacano y que han favorecido el incremento de casos del VIH/SIDA en la región de estudio, los siguientes:

- El comportamiento socialmente aceptado para los varones y las mujeres es diferente.
- El condón tiene una connotación negativa en la mayoría de los hombres y las mujeres.

- Existe la creencia en algunos varones y en algunas mujeres que el uso de métodos anticonceptivos y orales y/o el coitus interruptus impide la transmisión del VIH.
- Las acciones de prevención se limitan a evitar el embarazo, dejando a un lado las consideraciones de las infecciones de transmisión sexual.
- La información que reciben de los grupos pares es errónea y cargada de prejuicios y mitos.
- La falta de acceso a espacios de diálogo en la comunidad con profesionales de la salud y/o educativas que les puedan resolver sus dudas, los hace más vulnerables a las enfermedades de transmisión sexual.
- Los contenidos educativos difundidos en la radio y televisión son estandarizados para una población en general. Omiten características específicas para diferentes grupos poblacionales. Son de corte informativo y no formativo. Dada su unidimensionalidad, no permiten a los escuchas o televidentes tener una realimentación.
- Los planes y programas de educación básica nacionales señalan como eje transversal el derecho a la salud y la prevención del VIH; derecho que todavía no se ha ejercido ni en los docentes, ni en los alumnos.
- La gran mayoría de l@s promotores de base comunitaria en el área rural no ha tenido una capacitación para ser agentes de cambio en torno al VIH/SIDA.
- La falta de profesionalización de su práctica profesional de los agentes sociales y del enfoque de género impide desarrollar y/o adecuar propuestas de intervención socioeducativa de acuerdo a las necesidades básicas propias de las poblaciones

diferenciadas (hombres-mujeres; jóvenes-adultas; padres-madres/hij@s, población migrante o con deseos de migrar).

- El modelo médico imperante en la región privilegia la atención curativa en consultorio en vez de la preventiva.
- Los docentes y personal médico circunscriben su práctica profesional sólo a su centro laboral.
- Los programas educativos cara a cara al difundir solamente información básica sobre el SIDA y el papel protector del condón, no ha implicado en la práctica concreta de los educandos su uso. Al no permitir la reflexión entre las mujeres sobre su vulnerabilidad, e incluso en algunas veces, son presentadas como reservorio y vector de la transmisión de la infección a sus compañeros sexuales e hijos, las víctimas son transformadas en culpables. Esta perspectiva errónea confunde y colabora a que los hombres no comprendan la responsabilidad que tienen en la prevención del VIH/SIDA. Esta confusión de conceptos alienta a aquellas estrategias de intervención e investigaciones pensadas para proteger sólo a los hombres más que a las mujeres. Lo cual impide que los programas desarrollen servicios encaminados a satisfacer las necesidades de las mujeres y logren protegerse a sí mismas.
- Por último, una propuesta educativa que retome las Necesidades Básicas de Aprendizaje permitirá erradicar la pandemia del VIH/SIDA.

BIBLIOGRAFÍA

Ajzen I. and Madden T. 1986. Prediction of goal -directed behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral control. Journal of Experimental Social Psychology, No. 22. USA.

Alba, F. 1993. El Tratado de Libre Comercio y la emigración de mexicanos a los Estados Unidos. In: Revista de Comercio Exterior. Vol. 43, Núm. 8, Agosto de 1993. Banco de Comercio Exterior, México.

Amar, D. 1992. Aprender participando. En Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Volumen 13, Número 4, Francia.

Anaya L. 1997. Subestimación de la incidencia de SIDA en México debida al retraso en la notificación. In: Revista del Instituto Nacional de Salud Pública, Vol. 3, No. 2, mayo-julio, México.

Anderson, S. 1994. Respuestas comunitarias frente al SIDA. In: Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Organización Mundial de la Salud. Volumen 15, número 1, Francia.

Arizpe, L. 1985. Campesinado y Migración. Secretaría de Educación Pública, México, 1985.

- Aubel, J. y K. Samba-Ndure. 1996. Reflexiones sobre la sostenibilidad de los proyectos de salud comunitaria. In: OMS. Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Volumen 17, número 1, Francia.
- Banco de México. 1983-1997. Indicadores Económicos, Carpeta Mensual y Sistema de Información Electrónica. In: INEGI, Sistemas de Cuentas Nacionales de México. Diferentes años.
- Bandura, A. 1989. Perceived Self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. In: Mays, V., Albee, G. and Schenider S. (Eds.). Primary Prevention of AIDS: Psychological Approaches. Newbury Park, Sage.
- Becker, M. 1974. The health belief model and personal health behavior. Health Educational Monographs No. 2. USA.
- Biplab, D. 1982. La migración rural-urbana y el desarrollo rural. In: Poblaciones en movimiento: una perspectiva comparada de la dinámica de migración interna. Ed. UNESCO, París.
- Boletín MUSS A.C. 1994. Primera época, no. 2, noviembre, Morelia, Michoacán, México.
- Bronfman, M. 1992. Migración y SIDA en México. In: SIDA: un reto binacional. Conferencia Binacional sobre el SIDA en nuestras comunidades. Perspectiva de México/Estados Unidos. Centro de Estudios de Salud Latina. University of California, Los Angeles.
- Bronfman, M. y M. Ramírez. 1993. La Relación migración - SIDA en las Conferencias Internacionales sobre el SIDA 1988 – 1992. In: CONASIDA. Acción en SIDA. Enero-Marzo, México.

- Bronfman, M. et al. 1995. SIDA en México: migración, adolescencia y género. CONASIDA-Información Profesional especializada, S.A. de C.V., México.
- Bronfman, M. y J. Rubin-Kurtzman. 1995. Comportamiento de los inmigrantes mexicanos temporales a Los Ángeles; trabajo presentado en la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica, México.
- Bustamante, J. 1987. Visión desde el límite. La migración de los indocumentados. In: El Cotidiano, Núm. especial 1, México.
- Bustamante, J. 1993. La migración de México hacia Estados Unidos: un enfoque sociológico. El Día, 13 y 14 de octubre de 1993, México.
- Bustamante, J. 1996. In: Diario El Excelsior 22 de enero de 1996, México.
- Calvo, L. 2000. En Diario El Universal, 10 de mayo, México.
- CDC. 1992. Update: acquired immunodeficiency syndrome - United States, 1991. Morbidity and Mortality Weekly Report.
- CDC. 1997. Update-HIV/AIDS and women in the United States. Fact sheet prepared by the CDC. July, USA.
- CDC. 1998. HIV/AIDS Surveillance Report, USA.
- COESIDA. 1995. Panorama Epidemiológico 1985-1994 de Casos de SIDA con antecedentes migratorios a los Estados Unidos de Norteamérica, México.
- CONAPO. 1984. Encuesta en la frontera norte a trabajadores indocumentados devueltos por autoridades de los Estados Unidos de Norteamérica, México.
- CONAPO. 1987. Michoacán Demográfico. Breviario 1985. México, D. F.
- CONAPO. 1994. La población de los municipios de México 1950-1990. México, D. F.
- CANAPO. 1997. Migración indocumentada a los Estados Unidos: devoluciones realizadas por la patrulla fronteriza. Boletín Año 2, julio-agosto, México.

- CONASIDA. 1995. Informe de labores. Enero-Diciembre, México.
- CONASIDA. 1995. Revista SIDA/ETS. Noviembre-Diciembre, 1995, Vol. 37, No. 6, México.
- CONASIDA. 1996. Situación epidemiológica del SIDA. Separata de la Revista SIDA-ETS. Datos actualizados para el 1er. Trimestre, 1996; vol. 2, Núm. 1, México.
- CONASIDA. 1997. Registro de Investigaciones Mexicanas sobre SIDA, Versión 3.0 CONASIDA. México.
- CONASIDA. 1999. Notificación Inmediata de Casos de SIDA. Actualizada al primer trimestre de 1999, México.
- CONASIDA. 1999. Estadística de casos de SIDA en México al primer trimestre de 1999. En <http://www.aids-sida.org/frmaces.html>
- CONASIDA. 1988. El Día Nacional de información sobre el SIDA. Gaceta CONASIDA. México.
- CONASIDA. 1992. Plan de Medios 1992-1994, CONASIDA. Documento de circulación interna 1992.
- Cornelius, W. 1989. La demanda de fuerza de trabajo mexicana en Estados Unidos. In: Bustamante, J. y W. Cornelius. Flujos migratorios mexicanos hacia Estados Unidos. Fondo de Cultura Económica, México.
- CREFAL. 1988. Migración, estructura de la economía familiar y cambio productivo. Monografías y ensayos No. 2, OEA-CREFAL, México.
- De Shutter, A. 1981. Investigación participativa: una opción metodológica para la educación de los adultos. CREFAL, Colección Retablos de Papel, México.
- Delors J. et al. 1996. La educación, encierra un tesoro, Informe de la UNESCO París, Ediciones UNESCO y Odile Jacob, Francia.

- Díaz, A. 1989. Didáctica y currículum. Nuevomar, México.
- Douglas, M. et al. 1988. Regreso a Aztlán. Versión mimeografiada, México.
- Durand, J. 1991. Les llueve sobre mojado. Academia Jalisciense de Derechos Humanos. Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente, México.
- Elkins, D. 1997. Sostenibilidad de programas de SIDA. India.
- Espinosa, M. 1986. Evaluación de proyectos sociales. Humanitas, Argentina.
- Fernández, M. 1990. El desafío de la interdependencia: México y Estados Unidos. Fondo de Cultura Económica, México.
- Figuerola, J. 1998. La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones. In: Lerner, S. Varones, sexualidad y reproducción. El Colegio de México, México.
- Fishbein M. And I. Ajzen. 1975. Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Reading, M. A., Addison-Wesley, USA.
- Fondo Mexicano para la Educación y el Desarrollo, A.C. 2000. Boletín Año V número 41, octubre, México.
- Fonseca, O. 1988. De Jaripo a Stockton California: un caso de Migración en Michoacán. In: Calvo, T. y G. López (Coords.). Movimientos de población en el occidente de México. El Colegio de Michoacán- Centre d'Etudes Mexicaines et Centramericaines, México.
- Foucault, M. 1979. La historia de la sexualidad. Londrews, Allen Lane.
- Freyre, P. 1985. Pedagogía del oprimido. Siglo XXI, México.
- Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA. 1999. Estadísticas Mundiales al 1º. De diciembre de 1998. En www.super.net.mx/fundavrisa/estadistica/cifrasmundiales.
- García y Griego, M. y M. Vereá Campos. 1988. México y Estados Unidos frente a la migración de los indocumentados. Miguel Ángel Porrúa, Librero editor, México.

- GEA. 1995. Metodología de Evaluación Rural Participativa, México.
- Gómez C. y M. Gender. 1996. Culture, and power: Barriers to HIV-prevention strategies for women. The Journal of Sex Research, USA.
- González de la Rocha, M. 1993. El poder de la ausencia: mujeres y migración en una comunidad de los Altos de Jalisco. In: Las realidades regionales de la crisis nacional. El Colegio de Michoacán, México.
- González Madrid, M. 1999. ¿A qué llamamos políticas públicas?. In: Revista Iztapalapa de Ciencias Sociales y Humanidades, Año 19, Núm. 46, julio-diciembre, México.
- Gwyneth, J. y R. Widdus. 1991. Los programas contra el SIDA en un periodo de transición. In: Revista Internacional de Desarrollo Sanitario. Volumen 12, número 3, Francia.
- Hernández, R. et al. 1991. Metodología de la investigación. Edit. Mc Graw Hill, México.
- Herrera, J. y B. Abba-Bernstorff. 1997. Migración y SIDA: Binomio impostergable en la agenda del educador comunitario. Ier. Congreso Internacional sobre Migración. Guanajuato.
- Herrera, J. y P. Romero. 1999. La evolución de la migración internacional. In: Revista Semestral de la Escuela de Economía. UMSNH. Año 4, No. 6 julio-diciembre 1999, México.
- Ickovics, R. 1992. Women and AIDS in the United States: epidemiology, natural history, and mediating mechanisms. Health Psychology, USA.
- INEGI. Anuario Estadístico del Estado de Michoacán. Ediciones varias. México.
- INEGI. 1991. XI Censo General de Población y Vivienda, 1990. Michoacán Resultados Definitivos Tabulados Básicos Tomo I, México.

- INEGI. 1996. Censo de Población y Vivienda 1995. Resultados definitivos, Tabulados Básicos. Michoacán. Tomo I. México.
- INEGI. 1999. Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno Num. 15. Aguascalientes, México.
- INEGI. 2000. XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Resultados Preliminares. México.
- INEGI-SINU. 2000. Perfil Estadístico de la Población Mexicana: una aproximación a las desigualdades socioeconómicas, regionales y de género. 2ª. Reimpresión, México.
- Instituto Nacional de Salud Pública. 1995. Revista Salud Pública de México. Noviembre-Diciembre, Vol. 37, No. 6, México.
- Izazola, J. et al. 1996. Revista Salud Pública de México. Marzo-abril, México.
- Izazola, J. 1997. Las campañas preventivas ¿Dirigidas a la población general o a grupos específicos?. In: VI Congreso Nacional sobre SIDA. Del 29 al 31 de octubre, México.
- Jiménez, C. 1992. Reflexiones teóricas: metodología sobre acciones colectivas. In: Revista de Sociología Rural, No. 2. Editorial Sociología Rural Universidad Autónoma Chapingo, México.
- Kirby, D. Et al. 1994. School based programs to reduce sexual risk behaviors: a review off effectiveness. Public Health Reports, USA.
- Kline, E. 1992. Minority women and sexual choice in the age of AIDS. Social Science and Medicine, USA.
- Lagroye, J. 1994. Sociología Política. Editorial. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, Argentina.

- Lamas, M. 1998. Sexualidad y género: la voluntad del saber feminista. In: Szasz, I. y S. Lerner (comps.). Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. El Colegio de México, México.
- Letelier, C. 1998. Uso y producción de focus groups en moradores de asentamientos rurales. In: Neto João Pessoa. 1998. Qualidade de Vida e Reforma Agrária na Paraíba, Conferencia organizada por Thomas Bamat y Genaro Ieno. UNITRABALHO/UFPb.
- López, C. y S. Zendejas. 1988. Migración Internacional por regiones en Michoacán. In: Calvo, T. y G. López (Coords.). Movimientos de población en el Occidente de México. El Colegio de Michoacán-Centre d'Etudes Mexicaines et Centramericaines, México.
- López, G. 1986. La casa dividida. Un estudio de caso sobre la migración a Estados Unidos en un pueblo michoacano. El Colegio de Michoacán, Asociación Mexicana de Población, A.C., México.
- Luna, G. 1995. SIDA, Diagnóstico y tratamiento. Galo editores, primera edición, México.
- Luna G., et al. 1996. Estudio prospectivo: SIDA, manejo y seguimiento; dos años de experiencia del Hospital General de Zona 1 Gabriel Mancera, IMSS, abstract, XVI Congreso Nacional de Medicina Interna, Zacatecas, México.
- Magis, C. et al. 1995. Casos de SIDA en el área rural en México. Revista Salud Pública de México, noviembre-diciembre, Vol. 37, No. 6, México.
- Massey, D. et al. 1991. Los ausentes. El proceso social de la migración internacional en el occidente de México. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, Alianza Editores, México.

- Maticka-Tyndale E. 1991. Sexual scripts and AIDS prevention: Variations in adherence to safer-sex guidelines by heterosexual adolescents. *Journal of Sex Research*, No. 28. USA.
- Meny, I. y J. Thoening. 1992. Las políticas públicas. Edit. Ariel. Colección Ariel Ciencia Política, Barcelona.
- Minello, N. 1998. De las sexualidades. Un intento de mirada sociológica. In: Szasz I. y S. Lerner (comps.). *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. El Colegio de México, México.
- Natalli, S. 1995. Evolución y perspectiva de la migración mexicana a los Estados Unidos. In: *Revista Quorum*. Instituto de Investigaciones Legislativas, No. 33, marzo-abril, México.
- Núñez, M. 2002. Charo: la feminización de la pobreza. Universidad Autónoma de Chapingo, México.
- OMS/OPS/ UNICEF. 1995. Educación en salud en las escuelas para prevenir el SIDA y las ETS. Manual para planificadores. Serie OMS sobre SIDA, No. 10, 1995.
- ONUSIDA-OMS. 1998. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA, junio, Ginebra, Suiza.
- Organización Internacional para las Migraciones. 2000. Estado de la migración en el mundo en 2000, Ginebra, Suiza.
- Pantin, G. 1989. A mole cricket called Servol: the early years of an educational and community development project. Fundación Bernard Van Leer. The Hague, The Netherlands.
- Pantin, G. 1984. The Servol Village". Fundación Bernard Van Leer. The Hague, The Netherlands.

- Pérez de Cuellar, J. et al. 1996. Nuestra diversidad creadora: Informe de la Comisión Mundial de la Cultura y del Desarrollo. Ediciones UNESCO, Paris.
- Periódico La Reforma. 1996. Sección C Cultura, Jueves 11 de julio de 1996. Página Central.
- Pieck, E. 1995. La importancia de la capacitación para el autoempleo en el medio rural: las motivaciones de los participantes. In: Revista Interamericana de Educación de Adultos. CREFAL, No. 1, Volumen 3, México.
- Pineda, E. et al. 1994. Metodología de la Investigación: manual para el desarrollo de personal de salud. Serie Paltex para Ejecutores de Programas de Salud No. 35. Organización Mundial de la Salud-organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. USA.
- Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000.
- PNUD. 2000. Informe sobre Desarrollo Humano 2000. Editorial Mundi-Prensa Libros. Nueva York, Estados Unidos de Norteamérica.
- Puiggrós, A. 1990. Imaginación y crisis de la educación latinoamericana. CONACULTA-Alianza Editorial Mexicana, México.
- Rico, B. et al. 1997. Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina. Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Rogers, R. 1992. The politics of migration in the contemporary World. In: Revista International Migration. Quarterly Review, Vol. XXX 1992. Second International Conference on Migration and Health. Brussels, 29 June-1 July 1992.
- Rubin, G. 1986. El tráfico de mujeres: notas sobre la 'economía política' del sexo. En Nueva Antropología, Vol. III, núm. 30, México.

- Rubio, L. et al. 1998. Psicología social: orientaciones teóricas y ejercicios prácticos. McGraw Hill, España.
- Ruz, M. 1996. El cuerpo miradas etnológicas. In: Szasz I. y S. Lerner. Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad. El Colegio de México, México.
- Secretaría de Programación y Presupuesto. 1983. X Censo General de Población y Vivienda 1980, México.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social. 1982. Los trabajadores mexicanos en Estados Unidos, CENIET, México.
- SEDESOL. 1996. Regiones agrícolas de Michoacán:1996. Morelia, México.
- Snider, M. 1993. "AIDS top killer of young adults in 64 cites". In: Revista USA Today, USA.
- Sontag, S. 1988. El SIDA y sus metáforas, Londres, Allen Lane.
- Srivastava, O. and R. Tandon (eds.). 1987. Participatory Training for Rural Development, Society for Participatory Research in Asia, New Delhi.
- STyPS-CONAPO. 1998. Encuesta sobre Migración en la Frontera Norte de México (EMIF), México.
- Szasz, I. 1998. Los hombres y la sexualidad: aportes desde la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México. In: Lerner, S.. Varones, sexualidad y reproducción. El Colegio de México, México.
- Tamayo, J. y Á. Lozano. 1991. Identificación de regiones expulsoras de mano de obra en el estado de Zacatecas. Ponencia presentada en el Seminario sobre la Migración Internacional y el Desarrollo Económico de México. Zacatecas, México.

- Torres, R. 1994. ¿Qué enseñar (y cómo es necesario aprender). Necesidades Básicas de Aprendizaje y contenidos curriculares. Instituto Fronesis. Quito, Ecuador.
- Triandis, H. 1980. Values, attitudes and interpersonal behavior. En H. E. Howe y M.M. Page (Eds): Nebraska Symposium on motivation. Lincoln, Nebraska, University of Nebraska Press.
- UNESCO. 2000. Informe Mundial sobre Educación 2000. El derecho a la educación: hacia la educación para todos durante toda la vida, Ediciones UNESCO, Paris.
- Uribe, Z. y M. Bronfman. 1996. Migration, Commercial Sex and HIV infection: Problems and posible interventions. Trabajo presentado en la XI Conferencia Internacional sobre SIDA en julio de 1996, Vancouver, Canadá.
- Valdepino, J. et al. 1992. Mujer y SIDA: Epidemiología. El Colegio de México, México.
- Varkevisser, C., et al. 1995. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud. Volumen 2 Parte 1. Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo, Canadá.
- Velázquez, R. 1995. Las migraciones internacionales: futuro incierto de la población mundial. In: Revista de Relaciones Internacionales No. 67, Julio-Septiembre, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México.
- Villarroel, C. 1995. La evaluación del aprendizaje en la enseñanza superior. Universidad Central de Venezuela, Venezuela.
- Wayne, C. 1979. La migración ilegal mexicana a los Estados Unidos. In: Alba, F. (comp.). Indocumentados: mitos y realidades. El Colegio de México, México.
- Weeks, J. 1998. Sexualidades contemporáneas: tres conferencias. In: Szazs I. y S. Lerner. Sexualidades en México, algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. El Colegio de México, México.

World Conference on Education for all. 1990. Meeting basis learning Needs: a vision for the 1990s. Background document. 5-9 March 1990, Jomtien, Thailand.

Zazueta, C. et al. 1982. Los trabajadores mexicanos en Estados Unidos: resultados de la Encuesta Nacional de Emigración a la Frontera Norte del País y a los Estados Unidos. Secretaría del Trabajo y Previsión Social-Centro Nacional de Información y Estadística del Trabajo. Cuaderno de Análisis No. 3, México.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Estado Actual de Casos de VIH/SIDA
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

Estado Actual	Casos Acumulados Enero al 30 de septiembre de 1999				Casos Acumulados De 1985 al 30 de septiembre de 1999			
	Masc.	Feme.	Total	%	Masc.	Feme.	Total	%
Seropositivos	35	20	55	27.78	295	136	431	24.12
Casos	79	15	94	47.47	371	70	441	24.68
Fallecidos	41	8	49	24.75	789	126	915	51.20
No documentados								
TOTAL	155	43	198	100.00	1455	332	1787	100.00

Fuente: Registro Estatal de casos de Sida.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos Acumulados de VIH/SIDA por grupo de Edad y Sexo
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

Grupo Etareo	Casos Acumulados de 1985 al 30 de septiembre de 1999						Tasa por 10,000 Hab.			Razón Masc./Fem.
	Masculino		Femenino		Total		Masc.	Fem.	Total	
	No.	%	No.	%	No.	%				
-1	6	0.41	9	2.71	15	0.84	1.30	2.01	1.65	1:2
1-4	7	0.48	9	2.71	16	0.90	0.36	0.49	0.42	1:1
5-9	5	0.34	6	1.81	11	0.62	0.20	0.25	0.22	1:1
10-14	4	0.27	1	0.30	5	0.28	0.15	0.04	0.10	4:1
15-19	47	3.23	22	6.63	69	3.86	2.08	0.97	1.53	2:1
20-24	173	11.89	55	16.57	228	12.76	9.27	2.84	5.99	3:1
25-29	294	20.21	62	18.67	356	19.92	19.27	3.81	11.30	5:1
30-34	296	20.34	54	16.27	350	19.59	22.94	3.88	13.05	5:1
35-39	226	15.53	35	10.54	261	14.61	20.73	3.00	11.57	6:1
40-44	142	9.76	29	8.73	171	9.57	15.97	3.01	9.24	5:1
45-49	69	4.74	14	4.22	83	4.64	2.59	1.78	5.52	5:1
50-54	70	4.81	17	5.12	87	4.87	11.86	2.61	7.02	4:1
55-59	49	3.37	7	2.11	56	3.13	9.87	1.27	5.34	7:1
60-64	21	1.44	3	0.90	24	1.34	4.96	0.63	2.67	7:1
65 y más	18	1.24	2	0.60	20	1.12	1.96	0.17	0.96	9:1
No documentados	28	1.92	7	2.11	35	1.96				4:1
TOTAL	1455	100.00	332	100.00	1787	100.00	7.49	4.52	4.52	4:1

Fuente: Registro Estatal de casos de Sida.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH por Ocupación y Sexo en mayores de 15 años
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

Ocupación	Masculino			Femenino			Total		
	Casos	%	Tasa	Casos	%	Tasa	Casos	%	Tasa
Trabajadores del arte y el espectáculo	32	2.23	60.50	1	0.33	15.17	33	1.90	55.48
Trabajadores del servicio Público	135	9.42	61.69	6	1.95	4.99	141	8.10	41.60
Profesionales	101	7.05	73.26	2	0.65	4.47	103	5.92	56.42
Oficinistas	37	2.58	18.75	2	0.65	0.77	39	2.24	8.54
Trabajadores de la educación	88	6.14	63.59	5	1.63	2.69	93	5.34	28.73
Técnicos	35	2.44	34.27	1	0.33	0.52	36	2.07	18.62
Comerciantes y dependientes	137	9.56	23.74	9	2.93	3.06	146	8.39	16.76
Trabajadores y protección y vigilancia	23	1.61	21.76		0.00		23	1.32	21.22
Ayudantes y similares	208	14.52	74.77	6	1.95	23.23	214	12.30	70.12
Funcionarios y directivos	6	0.42	6.18		0.00		6	0.34	4.91
Trabajadores ambulantes	11	0.77	8.11	1	0.33	2.24	12	0.69	6.65
Artisanos y obreros	130	9.07	9.49	3	0.98	1.58	133	7.64	8.53
Operadores de Transporte	45	3.14	12.05		0.00		45	2.59	11.91
Desempleados	67	4.68	27.18	6	1.95	16.47	73	4.20	25.77
Jubilados, pensionados e incapacitados	11	0.77	3.77		0.00		11	0.63	2.84
Inspectores y supervisores	6	0.42			0.00		6	0.34	
Trabajadores Agropecuarios	200	13.96	6.93	5	1.63	4.10	205	11.78	6.82
Dedicados al hogar	1	0.07	0.62	173	56.35	2.23	174	10.00	2.20
Trabajadores domésticos	1	0.07	17.06	8	2.61	4.05	9	0.52	4.43
Estudiantes	54	3.77	7.59	3	0.98	0.4	57	3.28	3.90
Otras ocupaciones	37	2.58	14.06	64	20.85	56.11	101	5.80	26.76
Se desconoce	68	4.75	25.95	12	3.91	10.54	80	4.60	21.29
Total	1433	100.00	16.65	307	100.00	2.9	1740	100.00	9.07

Fuente: Registro Estatal de casos de Sida.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos Nuevos de SIDA/VIH por año de notificación
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

Año	Casos	Tasa de Incidencia (100,000 Hab.)	Razón de Masculinidad	Porcentaje de casos en Mujeres
1985	13	0.40	13:0	
1986	2	0.06	2:0	
1987	14	0.42	14:1	7.14
1988	36	1.06	11:1	8.33
1989	57	1.66	6:1	14.03
1990	74	2.01	3:1	22.97
1991	109	2.93	4:1	20.18
1992	122	3.24	5:1	15.57
1993	166	4.38	5:1	18.07
1994	149	3.89	4:1	20.13
1995	201	5.21	5:1	16.41
1996	216	5.56	6:1	14.35
1997	194	4.96	3:1	22.68
1998	232	5.90	4:1	21.55
1999	202	5.11	4:1	21.78
1985-1999	1787		4:1	18.57

Fuente: 1991-1995 proyecciones del Centro de Población y Salud/SSM
Tasa por 100,000 habitantes.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos Acumulados de SIDA/VIH según categoría de transmisión por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

Jurisdicción	Homosexual		Bisexual		Heterosexual		Transfusión		Hemofílicos		Drog. I.V.		Don. Remun.		Otros		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Morelia	185	27.17	120	17.62	268	39.35	24	3.52	9	1.32	6	0.88			69	10.13	681
Zamora	23	9.62	35	14.64	111	46.44	30	12.55	1	0.42	4	1.67			35	14.64	239
Zitácuaro	16	13.68	18	15.38	50	42.74	8	6.84		0.00	2	1.71			23	19.66	117
Pátzcuaro	24	16.33	22	14.97	69	46.94	4	2.72	4	2.72	4	2.72			20	13.61	147
Uruapan	54	26.34	31	15.12	84	40.98	11	5.37	2	0.98	4	1.95			19	9.27	205
La Piedad	12	13.79	12	13.79	40	45.98	11	12.64	1	1.15	2	2.30			9	10.34	87
Apatzingán	24	16.00	23	15.33	85	56.67	3	2.00	1	0.67	2	1.33			12	8.00	150
L. Cárdenas	35	22.58	32	20.65	67	43.23	4	2.58	1	0.65	2	1.29			14	9.03	155
Jurisd. No Docu.	4	66.67													2	33.33	6
Total	377	21.10	293	16.40	774	43.31	95	5.32	19	1.06	26	1.45			203	11.36	1,787

Fuente: Registro Estatal de Casos de SIDA.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Categorías de Transmisión en Casos de SIDA/VIH Pedrátricos
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

Categoría de Transmisión	No. de Casos Acumulados De enero al 30 de sep. de 1999			No. de Casos Acumulados De 1985 al 30 de sep. de 1999					
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Transfusión				3	14.29	1	4.17	4	8.89
Hemofílico				6	28.57			6	13.33
Subtotal Trans. Sanguinea				9	42.86	1	4.17	10	22.22
Homosexual									
Heterosexual									
Subtotal Trans. Sexual									
Perinatal	3	4	7	12	57.14	23	95.83	35	77.78
Subtotal Perinatal	3	4	7	12	57.14	23	95.83	35	77.78
Subtotal	3	4	7	21	95.45	24	96.00	45	95.74
No documentados				1	4.55	1	4.00	2	4.26
TOTAL	3	4	7	22	100.00	25	100.00	47	100.00

Fuente: Registro Estatal de Casos de SIDA

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH en Adultos por categoría de transmisión y sexo
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

Categoría de Transmisión	No. de Casos Acumulados De enero al 30 de sep. de 1999			No. de Casos Acumulados De 1985 al 30 de sep. de 1999					
	Masculino	Femenino	Total	Masculino	%	Femenino	%	Total	%
Homosexual masculino	35		35	377	28.91			377	23.56
Bisexual masculino	25		25	292	22.39			292	18.25
Heterosexual	76	38	114	526	40.34	246	83.11	772	48.25
Subtotal de la trans. Sexual	136	38	174	1195	91.64	246	83.11	1441	90.06
Transfusión	4	1	5	45	3.45	49	16.55	94	5.88
Exdonadores remunerados				0	0.00				
Hemofílicos				13	1.00			13	0.81
Drogadictos IV				25	1.92	1	0.34	26	1.63
Exposición ocupacional				1	0.08			1	0.06
Subtotal Transf. Sanguínea	4	1	5	84	6.44	50	16.89	134	8.38
Homosexual drogadicto IV				8	0.61			8	0.50
Bisexual drogadicto IV	1			17	1.30			17	1.06
Subtotal IV	1	0	1	25	1.92			25	1.56
	141	39	180	1304	91.00	296	96.42	1600	91.95
No documentados	11		11	129	9.00	11	3.58	140	8.05
TOTAL	152	39	191	1433	100.00	307	100.00	1740	100.00

Fuente: Registro Estatal de Casos de SIDA

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos Acumulados de SIDA/VIH en Hombres, por categoría de transmisión y por grupo de edad
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

Grupo Etareo	Homosexual		Bisexual		Heterosexual		Transfusión		Hemofílicos		Drogas I.V.		Don. Remu		Exp. Ocup		Homo/D.I.V.		Bisexual/D.I.V.		Perinatal		No documentados		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
-1							1	16.67													5	83.33			6	100.00
1-4																					6	85.71	1	14.29	7	100.00
5-9							1	20.00	3	60.00											1	20.00			5	100.00
10-14							1	25.00	3	75.00															4	100.00
Subtotal							3	13.64	6	27.27											12	54.55	1	4.55	22	100.00
15-19	19	40.43	6	12.77	10	21.28	4	8.51	7	14.89													1	2.13	47	100.00
20-24	54	31.21	42	24.28	59	34.10	3	1.73	2	1.16	6	3.47					2	1.16	1	0.58			4	2.31	173	100.00
25-29	82	27.89	54	18.37	105	35.71	4	1.36	2	0.68	8	2.72					4	1.36	7	2.38			28	9.52	294	100.00
30-34	79	26.69	54	18.24	110	37.16	9	3.04	1	0.34	7	2.36					2	0.68	4	1.35			30	10.14	296	100.00
35-39	59	26.11	50	22.12	94	41.59					4	1.77							4	1.77			15	6.64	226	100.00
40-44	38	26.76	38	26.76	46	32.39	5	3.52							1	0.70			1	0.70			13	9.15	142	100.00
45-49	10	14.49	15	21.74	26	37.68	6	8.70															12	17.39	69	100.00
50-54	15	21.43	16	22.86	26	37.14	5	7.14															8	11.43	70	100.00
55-59	8	16.33	9	18.37	27	55.10	3	6.12	1	2.04													1	2.04	49	100.00
60-64	6	28.57	2	9.52	7	33.33	2	9.52															4	19.05	21	100.00
65 y mas	3	16.67	4	22.22	9	50.00	1	5.56															1	5.56	18	100.00
Subtotal	373	26.14	290	20.32	519	36.37	45	3.15	19	1.33	25	1.75			1	0.07	8	0.56	17	1.19	12	0.84	118	8.27	1427	100.00
No documentados	4	14.29	3	10.71	9	32.14																	12		28	100.00
TOTAL	377	25.91	293	20.14	528	36.29	45	3.09	19	1.31	25	1.72			1	0.07	8	0.55	17	1.17	12	0.82	130	8.93	1455	100.00

Fuente: Registro Estatal de casos de Sida.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos Acumulados de SIDA/VIH en Mujeres, por categoría de transmisión y por grupo de edad
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

Grupo Etareo	Heterosexual		Transfusión		D.I.V.		Perinatal		No documen.		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
-1							9	100.00			9	100.00
1-4							9	100.00			9	100.00
5-9			1	16.67			4	66.67	1	16.67	6	100.00
10-14							1	100.00			1	100.00
Subtotal			1	4.00			23	92.00	1	4.00	25	100.00
15-19	17	77.27	4						1	4.55	22	100.00
20-24	45	81.82	6	10.91					4	7.27	55	100.00
25-29	54	87.10	6	9.68					2	3.23	62	100.00
30-34	45	83.33	9	16.67							54	100.00
35-39	31	88.57	4								35	100.00
40-44	17	58.62	9						3	10.34	29	100.00
45-49	10	71.43	4								14	100.00
50-54	11	64.71	6								17	100.00
55-59	7	100.00									7	100.00
60-64	3	100.00									3	100.00
65 y más	2	100.00									2	100.00
Subtotal	242	74.46	49	15.08			23	7.08	11	3.38	325	100.00
Subtotal Grupos	242	74.46	49	15.08			23	7.08	11	3.38	325	100.00
No documentados	4	57.14	1	14.29	1	14.29			1	14.29	7	100.00
TOTAL	246	74.10	50	15.06	1	0.30	23	6.93	12	3.61	332	100.00

Fuente: Registro Estatal de casos de Sida.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos acumulados de SIDA/VIH por institución notificante
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

Institución Notificante	Casos Acumulados Enero al 30 de septiembre de 1999				Casos Acumulados De 1985 al 30 de septiembre de 1999			
	Masc.	Feme.	Total	%	Masc.	Feme.	Total	%
S.S.M.	108	38	146	73.74	897	239	1136	63.57
I.M.S.S.	26	2	28	14.14	357	62	419	23.45
I.S.S.S.T.E.	16	3	19	9.60	88	14	102	5.71
PARTICULAR	5		5	2.53	113	17	130	7.27
TOTAL	155	43	198	100.00	1455	332	1787	100.00

Fuente: Registro Estatal de casos de Sida.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos Acumulados de SIDA/VIH según categoría de transmisión por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

Jurisdicción	Exp. Ocup		Homo/D.I.V.		Bisexual D.I.V.		Perinatal		No Documentados		Total	%
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Morelia	1	0.15	3	0.44	6	0.88	12	1.76	47	6.90	681	100.00
Zamora			1	0.42	2	0.84	8	3.35	24	10.04	239	100.00
Zitácuaro					1	0.85	3	2.56	19	16.24	117	100.00
Pátzcuaro			1	0.68	3	2.04	3	2.04	13	8.84	147	100.00
Uruapan			2	0.98	3	1.46	2	0.98	12	5.85	205	100.00
La Piedad			1	1.15			1	1.15	7	8.05	87	100.00
Apatzingán					1	0.67	3	2.00	8	5.33	150	100.00
L. Cárdenas					1	0.65	3	1.94	10	6.45	155	100.00
Jurisd. No Docu.									2	33.33	6	100.00
Total	1	0.06	8	0.45	17	0.95	35	1.96	142	7.95	1,787	100.00

Fuente: Registro Estatal de Casos de SIDA.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

JURISDICCIÓN SANITARIA N° 1 MORELIA

Jurisdicción Sanitaria N° (municipios)	No. de casos acumulados de enero al 30 de septiembre de 1999	No. de casos acumulados de 1985 al 30 de septiembre de 1999	Tasa por 10,000 Habitantes	Por ciento del total de casos acumulados *	Por ciento estatal **
Alvaro Obregón	1	5	2.26	0.73	
Copandaro		2	1.94	0.30	
Cuitzeo	1	5	1.78	0.73	
Charo		4	2.2	0.59	
Chucandiro		3	3.30	0.14	
Huandacareo		2	1.36	0.30	
Indaparapeo		5	3.01	0.73	
Maravatio	5	23	3.44	3.38	
Morelia	53	579	10.56	85.02	
Querendaro		5	3.51	0.73	
Santa Ana Maya					
Tarimbaro	2	22	5.86	3.23	
Tzitzio	1	2	1.68	0.30	
Zinapécuaro	9	24	4.4	3.52	
Subtotal	72	681***	7.84	100.00	38.11

*Jurisdicción sanitaria. ** Estatal.

Fuente: Expedientes clínicos y formatos de notificación y estudios clínicos de Sida.

*** Nota: Suma de casos vivos, fallecidos y seropositivos.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

JURISDICCIÓN SANITARIA N° 1 MORELIA
CASOS VIVOS

Jurisdicción Sanitaria N° (municipios)	No. de casos acumulados de enero al 30 de septiembre de 1999	No. de casos acumulados de 1985 al 30 de septiembre de 1999	Tasa por 10,000 Habitantes	Por ciento del total de casos acumulados *	Por ciento estatal **
Alvaro Obregón	1	1	0.45	0.60	
Copandaro					
Cuitzeo					
Charo		2	1.1	1.19	
Chucandiro					
Huandacareo					
Indaparapeo		1	0.60	0.60	
Maravatio	1	2	0.29	1.19	
Morelia	22	149	2.71	88.69	
Querendaro		1	0.7	0.60	
Santa Ana Maya					
Tarimbaro	2	5	1.33	2.97	
Tzitzio	1	2	1.68	1.19	
Zinapécuaro	3	5	0.91	2.97	
Subtotal	30	168	1.93	100.00	38.10

*Jurisdicción sanitaria. ** Estatal.

Fuente: Expedientes clínicos y formatos de notificación y estudios clínicos de Sida.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

JURISDICCIÓN SANITARIA N° 1 MORELIA
FALLECIDOS

Jurisdicción Sanitaria N° (municipios)	No. de casos acumulados de enero al 30 de septiembre de 1999	No. de casos acumulados de 1985 al 30 de septiembre de 1999	Tasa por 10,000 Habitantes	Por ciento del total de casos acumulados *	Por ciento estatal **
Alvaro Obregón		3	1.35	0.90	
Copandaro		1	0.97	0.30	
Cuitzeo		2	0.71	0.60	
Charo					
Chucandiro		1	1.10	0.30	
Huandacareo		1	0.68	0.30	
Indaparapeo		3	1.81	0.90	
Maravatio	3	15	2.24	4.49	
Morelia	15	281	5.12	84.13	
Querendaro		4	2.81	1.20	
Santa Ana Maya					
Tarimbaro		13	3.46	3.89	
Tzitzio					
Zinapécuaro	3	10	1.83	2.99	
Subtotal	21	334	3.84	100.00	36.50

*Jurisdicción sanitaria. ** Estatal.

Fuente: Expedientes clínicos y formatos de notificación y estudios clínicos de Sida.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

JURISDICCION SANITARIA N° 1 MORELIA
SEROPOSITIVOS

Jurisdicción Sanitaria N° (municipios)	No. de casos acumulados de enero al 30 de septiembre de 1999	No. de casos acumulados de 1985 al 30 de septiembre de 1999	Tasa por 10,000 Habitantes	Porcentaje del total de casos acumulados *	Porcentaje estatal **
Alvaro Obregón		1	0.45	0.56	
Copandaro		1	0.97	0.56	
Cuitzeo	1	3	1.07	1.67	
Charo		2	1.10	1.12	
Chucandiro		2	2.20	1.12	
Huandacareo		1	0.68	0.56	
Indaparapeo		1	0.60	0.56	
Maravatio	1	6	0.89	3.35	
Morelia	16	149	2.71	83.24	
Querendaro					
Santa Ana Maya					
Tarimbaro		4	1.06	2.23	
Tzitzio					
Zinapécuaro	3	9	1.65	5.03	
Subtotal	21	179	2.06	100.00	41.53

*Jurisdicción sanitaria. ** Estatal.

Fuente: Expedientes clínicos y formatos de notificación y estudios clínicos de Sida.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

JURISDICCIÓN SANITARIA N° 2 ZAMORA

Jurisdicción Sanitaria N° (municipios)	No. de casos acumulados de enero al 30 de septiembre de 1999	No. de casos acumulados de 1985 al 30 de septiembre de 1999	Tasa por 10,000 Habitantes	Por ciento del total de casos acumulados *	Por ciento estatal **
Briseñas		3	2.81	1.26	
Cotija		5	2.26	2.09	
Chavinda		2	1.44	0.84	
Chilchota		8	2.73	3.35	
Ecuandureo	1	10	5.63	4.18	
Ixtlan		6	3.45	2.51	
Jacona	3	19	4.22	7.95	
Jiquilpan		17	4.18	7.11	
Marcos Castellanos		1	0.87	0.42	
Pajacuaran	1	4	1.84	1.67	
Purépero		2	1.23	0.84	
Regules					
Sahuayo	4	25	4.16	10.46	
Tangamandapio	3	9	3.80	3.76	
Tangancicuaro		11	2.93	4.60	
Tingüindin		3	2.27	1.26	
Tocumbo	1	5	3.83	2.09	
V. Carranza		8	3.11	3.35	
Villamar		3	1.24	1.26	
Vista Hermosa		7	3.47	2.93	
Zamora	11	91	5.65	38.07	
Subtotal	24	239***	3.75	100.00	13.37

*Jurisdicción sanitaria. ** Estatal.

Fuente: Expedientes clínicos y formatos de notificación y estudios clínicos de Sida.

*** Nota: Suma de casos vivos, fallecidos y seropositivos.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

JURISDICCION SANITARIA N° 3 ZITÁCUARO

Jurisdicción Sanitaria N° (municipios)	No. de casos acumulados de enero al 30 de septiembre de 1999	No. de casos acumulados de 1985 al 30 de septiembre de 1999	Tasa por 10,000 Habitantes	Porcentaje del total de casos acumulados *	Porcentaje estatal **
Angangueo		1	0.90	0.86	
Aporo		2	7.24	1.71	
Contepec	1	3	1.08	2.56	
Epitacio Huerta	1	3	1.76	2.56	
Cd. Hidalgo	3	23	2.19	19.66	
Huetamo	2	26	5.29	22.22	
Irimbo		2	1.74	1.71	
Juárez					
Jungapeo		4	2.47	3.42	
Ocampo					
San lucas	1	8	3.82	8.84	
Senguio					
Susupuato		3	3.30	2.56	
Tiquicheo		2	1.12	1.71	
Tlalpujahuá		2	0.84	1.71	
Tuxpan		5	2.39	5.28	
Tuzantla		3	1.61	2.56	
Zitácuaro	4	30	2.5	25.64	
Subtotal	12	117---	2.28	100.00	6.55

*Jurisdicción sanitaria. ** Estatal.

Fuente: Expedientes clínicos y formatos de notificación y estudios clínicos de Sida.

*** Nota: Suma de casos vivos, fallecidos y seropositivos.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.
JURISDICCIÓN SANITARIA N° 4 PÁTZCUARO

Jurisdicción Sanitaria N° (municipios)	No. de casos acumulados de enero al 30 de septiembre de 1999	No. de casos acumulados de 1985 al 30 de septiembre de 1999	Tasa por 10,000 Habitantes	Porcentaje del total de casos acumulados *	Porcentaje estatal **
Acutzio		4	3.89	2.72	
Ario de Rosales		15	4.52	10.20	
Carácuaro					
Coeneo	2	8	2.59	5.44	
Erongaricuaró		4	2.98	2.72	
Huaniqueo		3	2.11	2.05	
Huiramba		1	1.49	0.68	
Villa Jiménez		4	2.06	2.72	
Lagunillas		4	7.23	2.72	
Villa Madero					
Nocupetaro					
Panindicuaró		4	1.68	2.72	
Pátzcuaro	4	19	2.56	12.93	
Quiroga		2	0.81	1.36	
Salvador Escalante		8	2.30	5.44	
Tacambaro	7	17	2.93	11.57	
Turicato	1	11	2.93	7.48	
Tzintzuntzan	1	6	4.75	4.08	
Zacapu	3	37	5.26	25.17	
Subtotal	18	147---	2.90	100.00	8.23

*Jurisdicción sanitaria. ** Estatal.

Fuente: Expedientes clínicos y formatos de notificación y estudios clínicos de Sida.

*** Nota: Suma de casos vivos, fallecidos y seropositivos.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.
JURISDICCION SANITARIA N° 5 URUAPAN

Jurisdicción Sanitaria N° (municipios)	No. de casos acumulados de enero al 30 de septiembre de 1999	No. de casos acumulados de 1985 al 30 de septiembre de 1999	Tasa por 10,000 Habitantes	Por ciento del total de casos acumulados *	Por ciento estatal **
Charapan		2	1.68	0.98	
Cheran		1	0.60	0.49	
Gabriel Zamora		6	2.86	2.93	
Nahuatzen	2	7	3.05	3.41	
Nvo. Parangaricutro		1	0.68	0.49	
Nuevo Urecho					
Paracho		4	1.25	1.95	
Periban		4	2.25	1.95	
Los Reyes	4	33	5.93	16.09	
Tancitaro		3	1.28	1.46	
Taretan	2	9	6.33	4.39	
Tingambato		2	1.87	0.98	
Uruapan	11	132	5.46	64.39	
Ziracuaretiro	1	1	0.81	0.49	
Subtotal	20	205 ***	4.06	100.00	11.47

*Jurisdicción sanitaria. ** Estatal.

Fuente: Expedientes clínicos y formatos de notificación y estudios clínicos de Sida.

*** Nota: Suma de casos vivos, fallecidos y seropositivos.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.

JURISDICCION SANITARIA N° 6 LA PIEDAD

Jurisdicción Sanitaria N° (municipios)	No. de casos acumulados de enero al 30 de septiembre de 1999	No. de casos acumulados de 1985 al 30 de septiembre de 1999	Tasa por 10,000 Habitantes	Por ciento del total de casos acumulados *	Por ciento estatal **
Angamacutiro		1	0.55	1.15	
Churintzio		3	2.62	3.45	
J. S. Verduzco		4	1.23	4.60	
Morelos		2	1.44	2.30	
Numaran		1	0.87	1.15	
Penjamillo		4	1.49	4.60	
La Piedad	5	35	3.87	40.22	
Puruandiro	1	16	2.02	18.39	
Tanhuato		5	3.24	5.75	
Tlazazalca		4	2.98	4.60	
Yurécuaro	2	10	3.67	11.49	
Zinaparo		2	3.37	2.30	
Subtotal	8	87 ***	2.51	100.00	4.87

*Jurisdicción sanitaria. ** Estatal.

Fuente: Expedientes clínicos y formatos de notificación y estudios clínicos de Sida.

*** Nota: Suma de casos vivos, fallecidos y seropositivos.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.
JURISDICCION SANITARIA N° 7 APATZINGÁN

Jurisdicción Sanitaria N° (municipios)	No. de casos acumulados de enero al 30 de septiembre de 1999	No. de casos acumulados de 1985 al 30 de septiembre de 1999	Tasa por 10,000 Habitantes	Por ciento del total de casos acumulados *	Por ciento estatal **
Aguillilla	1	6	3.10	4.00	
Apatzingán	8	64	5.69	42.67	
Buena Vista		9	2.23	6.00	
Coalcomán		3	1.43	2.00	
Churumuco		1	0.60	0.67	
La Huacana		8	2.02	5.33	
Mujica	5	44	10.32	29.33	
Parácuaro		8	3.32	5.33	
Tepalcatepec	1	7	2.49	4.67	
Subtotal	15	150 ***	4.36	100.00	8.39

*Jurisdicción sanitaria. ** Estatal.

Fuente: Expedientes clínicos y formatos de notificación y estudios clínicos de Sida.

*** Nota: Suma de casos vivos, fallecidos y seropositivos.

SECRETARIA DE SALUD DE MICHOACAN
COESIDA

Casos de SIDA/VIH por Jurisdicción Sanitaria
Michoacán de 1985 al 30 de septiembre de 1999.
JURISDICCIÓN SANITARIA N° 8 LÁZARO CÁRDENAS

Jurisdicción Sanitaria N° (municipios)	No. de casos acumulados de enero al 30 de septiembre de 1999	No. de casos acumulados de 1985 al 30 de septiembre de 1999	Tasa por 10,000 Habitantes	Por ciento del total de casos acumulados *	Por ciento estatal **
Aquila					
Arteaga		6	2.33	3.87	
Coahuayana		3	2.00	1.94	
Chinicuila					
Lázaro Cárdenas	29	146	9.73	94.19	
Tumbiscatio					
Subtotal	29	155 ***	6.72	100.00	8.67
E S T A T A L (MICHOACÁN)					
Subtotal	198	1781	4.51	99.66	
No Documentados		6		0.34	0.34
Total	198	1787 ***	4.52	100.00	100.00

*Jurisdicción sanitaria. ** Estatal.

Fuente: Expedientes clínicos y formatos de notificación y estudios clínicos de Sida.

*** Nota: Suma de casos vivos, fallecidos y seropositivos.

Anexo 3.4.1

Casos acumulados de VIH/SIDA por grupo de edad
Región Morelia de 1985 a 1999

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 15 años	19	2.7
15 años y más	674	96.3
No especific.	7	1.0
TOTAL	700	100.0

Fuente: Elaboración propia. Base de datos
VIH/SIDA, Jurisdicción Sanitaria No. 1
S.S.M. Morelia

Anexo 3.4.2

Casos acumulados de VIH/SIDA de 15 años
y más por status migratorio

Región Morelia de 1985 a 1999

Status Migratorio	Frecuencia	Porcentaje
Especificado	569	84.4
No Especificado	105	15.6
TOTAL	674	100.0

Fuente: Elaboración propia. Base de datos

VIH/SIDA, Jurisdicción Sanitaria No. 1

S.S.M. Morelia

Anexo 3.4.3

Casos acumulados de VIH/SIDA de 15 años
y más por experiencia migratoria
Región Morelia de 1985 a 1999

Experiencia Migratoria	Frecuencia	Porcentaje
Si	373	65.6
No	196	34.4
TOTAL	569	100.0

Fuente: Elaboración propia. Base de datos
VIH/SIDA, Jurisdicción Sanitaria No. 1
S.S.M. Morelia

Anexo 3.4.4

Casos acumulados de VIH/SIDA de 15 años
por status migratorio
Región Morelia de 1985 a 1999

Status Migratorio	Frecuencia	Porcentaje
Migrante internacional	130	34.9
* a E.E.U.U.	128	
* a otros países	2	
Migrante nacional	177	47.5
* Frontera Norte	150	
* al interior del país	27	
Migrante estatal	66	17.7
TOTAL	373	100.0

Fuente: Elaboración propia. Base de datos
VIH/SIDA, Jurisdicción Sanitaria No. 1
S.S.M. Morelia

Casos acumulados de VIH/SIDA en personas de 15 años
y más por grupos de edad, por status migratorio

Grupo de edad	Migrante estatal	Status Migratorio				Total
		Migrante regional		Migrante internacional		
		Interior del país	Frontera norte	E.E.U.U.	Otros países	
15-19	1	2	1	1		5
20-24	20	13	4	14		51
25-29	16	35	6	20		77
30-34	13	28	2	23	1	67
35-39	9	21	7	30		67
40-44	4	21	3	15		43
45-49	2	12		7		18
50-54		10	1	8	1	20
55-59	1	3		6		10
60-64		4		3		7
65 Y MAS		1	2	2		5
No Especificado			1	2		3
Total	66	150	27	128	1	373

Fuente: Elaboración propia. Base de datos VIH/SIDA, Jurisdicción Sanitaria No. 1, S.S.M.

Anexo 3.4.6

Casos acumulados de VIH/SIDA por grupo de edad y sexo
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Grupo de edad	Masculino	Femenino	Total
15-19	1		1
20-24	13	1	14
25-29	19	1	20
30-34	22	1	23
35-39	30		30
40-44	15		15
45-49	4		4
50-54	8		8
55-59	5	1	6
60-64	3		3
65 Y MAS	2		2
No especificado	2		2
Total	124	4	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Anexo 3.4.7

Casos acumulados de VIH/SIDA por grupo de edad y ocupación
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Grupo de Edad	Ocupación																TOTAL
	Serv. Pers.	Profesional	Oficinistas	T. Educació	Técnicos	Comerciant	Vigilancia	Ayudantes	T. Ambulant	Artesanos	Transporte	Desemplead	Agropecuaria	Ama de cas	Estudiante	No especif.	
15-19													1				
20-24	2		1		1			4		3			1		2		1
25-29		1				3		4	1	2		2	6		1		2
30-34	1		1	3		1	1	4		3		2	5	1		1	2
35-39	4	3			2	3		7		2	1	2	5			1	2
40-44	1	2	1		1	3		1		2	1		5			1	3
45-49	1		1					1					2			1	1
50-54	1					1	1	1					4				
55-59						1		1		3				1			
60-64	1												2				
65 Y MAS						1	1										
NO ESPECIFICADO											1		1				
TOTAL	11	6	4	3	4	13	3	23	1	15	3	6	28	2	3	3	

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Anexo 3.4.8

Casos acumulados de VIH/SIDA por grupo de edad y ocupación en Hombres
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Grupo de edad	Ocupación															Total
	Serv. Pers.	Profesional	Oficinistas	T. Educació	Técnicos	Comerciant	Vigilancia	Ayudantes	T. Ambulant	Artesanos	Transporte	Desemplead	Agropecuaria	Estudiante	No especif.	
15-19													1			1
20-24	1		1		1			4		3			1	2		13
25-29		1				2		4	1	2		2	6	1		19
30-34	1		1	3		1	1	4		3		2	5		1	22
35-39	4	3			2	3		7		2	1	2	5			30
40-44	1	2	1		1	3		1		2	1		2		1	15
45-49	1		1					1					1			4
50-54	1					1	1	1					4			8
55-59						1		1		3						5
60-64	1												2			3
65 Y MAS						1	1									2
NO ESPECIFICADO											1		1			2
TOTAL	10	6	4	3	4	12	3	23	1	15	3	6	28	3	3	124

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA por grupo de edad y ocupación
 en Mujeres mayores de 15 años con el antecedente migratorio
 a Estados Unidos de Norteamérica Región Morelia
 de 1985 a 1999.

Grupo de edad	Ocupación			TOTAL
	Serv. Pers.	Comerciante	Ama de Casa	
20-24	1			1
25-29		1		1
30-34			1	1
55-59			1	1
TOTAL	1	1	2	4

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción
 Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA por categoría de ocupación y año de notificación
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Ocupación	Año de Notificación														Total
	85	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	
Serv. Pers.	0	0	1	0	3	2	1	3	0	0	0	0	0	1	11
Profesional	0	0	1	1	0	2	1	0	0	1	0	0	0	0	6
Oficinistas	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	4
T. Educación	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3
Técnicos	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0	4
Comerciante	0	0	1	0	0	3	2	0	1	1	2	1	1	1	13
Vigilancia	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	3
Ayudantes	1	0	1	1	3	2	3	2	4	2	2	1	1	0	23
T. Ambulante	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Artesanos	0	0	3	0	1	0	2	1	3	1	1	1	0	2	15
Transporte	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	3
Desempleado	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1	6
Agropecuario	1	2	1	2	1	2	1	2	3	2	3	2	3	3	28
Ama de casa	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
Estudiante	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3
No especif.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	3
Total	2	2	8	6	10	12	16	12	16	10	10	6	7	11	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Anexo 3.4.11

Casos acumulados de VIH/SIDA por categoría de transmisión y sexoaño de notificación
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Categoría de transmisión	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Homosexual	23		23
Heterosexual	54	3	57
Bisexual	30		30
Bisex + DIV	3		3
Hetero + transf	5		5
Hetero + DIV	4		4
Homo + DIV	2		2
No especif.	3	1	4
TOTAL	124	4	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción
Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA por categoría de transmisión y ocupación
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999

Ocupación	Categoría de Transmisión								Total
	Homosexual	Heterosexual	Bisexual	Bisex + DIV	Hetero + transf	Hetero + DIV	Homo + DIV	No esp.	
Serv. Pers.	4	4	1	1	0	0	0	1	11
Profesional	2	2	2	0	0	0	0	0	6
Oficinistas	2	1	1	0	0	0	0	0	4
T. Educación	2	1	0	0	0	0	0	0	3
Técnicos	1	2	1	0	0	0	0	0	4
Comerciante	5	4	3	0	0	0	1	0	13
Vigilancia	0	2	0	0	1	0	0	0	3
Ayudantes	2	9	8	2	1	1	0	0	23
T. Ambulante	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Artisanos	0	10	3	0	0	1	0	1	15
Transporte	1	1	1	0	0	0	0	0	3
Desempleado	1	2	1	0	0	1	1	0	6
Agropecuario	2	16	6	0	3	0	0	1	28
Ama de casa	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Estudiante	1	0	2	0	0	0	0	0	3
No especif.	0	1	0	0	0	1	0	1	3
Total	23	57	30	3	5	4	2	4	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Anexo 3.4.13

Casos acumulados de VIH/SIDA por institución notificante y sexo
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

INSTITUCIÓN NOTIFICANTE	HOMBRE	MUJER	TOTAL
CERESO	1	1	2
COESIDA	1		1
IMSS	21	1	22
ISSSTE	4		4
PARTICULAR	13	1	14
SSA	84	1	85
TOTAL	124	4	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA por institución notificante y ocupación
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Ocupación	Institución Notificante						Total
	CERESO	COESIDA	IMSS	ISSSTE	PARTICULAR	SSA	
Serv. Pers.	0	0	4	0	1	6	11
Profesional	0	0	2	0	0	4	6
Oficinistas	0	0	1	1	0	2	4
T. Educación	0	0	0	1	0	2	3
Técnicos	0	0	2	0	0	2	4
Comerciante	1	0	2	0	1	9	13
Vigilancia	0	0	1	0	0	2	3
Ayudantes	0	0	5	0	2	16	23
T. Ambulante	0	0	0	0	0	1	1
Artesanos	1	0	3	0	0	11	15
Transporte	0	0	0	0	0	3	3
Desempleado	0	0	0	0	1	5	6
Agropecuario	0	0	0	2	7	19	28
Ama de casa	0	0	1	0	1	0	2
Estudiante	0	0	1	0	1	1	3
No especif.	0	1	0	0	0	2	3
Total	2	1	22	4	14	85	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA por institución encargada y sexo
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

INSTITUCIÓN ENCARGADA	HOMBRE	MUJER	TOTAL
IMSS	31	1	32
ISSSTE	4		4
PARTICULAR	1		1
SSA	88	3	91
TOTAL	124	4	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA por institución notificante y ocupación
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Ocupación	Institución Encargada				Total
	IMSS	ISSSTE	PARTICULAR	SSA	
Serv. Pers.	7	0	0	4	11
Profesional	3	0	0	3	6
Oficinistas	1	1	1	1	4
T. Educación	1	2	0	0	3
Técnicos	3	0	0	1	4
Comerciante	2	0	0	11	13
Vigilancia	1	0	0	2	3
Ayudantes	6	0	0	17	23
T. Ambulante	0	0	0	1	1
Artesanos	4	0	0	11	15
Transporte	0	0	0	3	3
Desempleado	1	0	0	5	6
Agropecuario	1	1	0	26	28
Ama de casa	1	0	0	1	2
Estudiante	1	0	0	2	3
No especif.	0	0	0	3	3
Total	32	4	1	91	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA por evolución y grupo de edad
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Grupo de edad	Evolución de los casos			TOTAL
	SERO POSITIVO	CASO	DEFUNCION	
15-19			1	1
20-24	3	5	6	14
25-29	2	11	7	20
30-34	4	5	14	23
35-39	4	10	16	30
40-44		4	11	15
45-49		3	1	4
50-54		4	4	8
55-59	1	1	4	6
60-64			3	3
65 Y MAS			2	2
NO ESPECIFICADO	1		1	2
TOTAL	15	43	70	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA por evolución y grupo de edad en Hombres.
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Grupo de edad	Evolución de los casos			TOTAL
	SERO POSITIVO	CASO	DEFUNCION	
15-19			1	1
20-24	3	5	5	13
25-29	2	10	7	19
30-34	3	5	14	22
35-39	4	10	16	30
40-44		4	11	15
45-49		3	1	4
50-54		4	4	8
55-59	1		4	5
60-64			3	3
65 y más			2	2
No especificado	1		1	2
TOTAL	14	41	69	124

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Anexo 3.4.19

Casos acumulados de VIH/SIDA por evolución y grupo de edad en Mujeres.
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Grupo de edad	Evolución de los casos			TOTAL
	SERO POSITIVO	CASO	DEFUNCION	
20-24			1	1
25-29		1		1
30-34	1			1
55-59		1		1
TOTAL	1	2	1	4

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Anexo 3.4.21

Casos acumulados de VIH/SIDA por año por periodo de notificación
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Período	Período de Notificación					Total
	85-87	88-90	91-93	94-96	97	
Casos	4	24	40	36	24	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA por evolución y ocupación.
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Ocupación	Evolución de los casos			TOTAL
	SERO POSITIVO	CASO	DEFUNCION	
Serv. Pers.	0	4	7	11
Profesional	1	1	4	6
Oficinistas	0	2	2	4
T. Educación	1	0	2	3
Técnicos	1	2	1	4
Comerciante	2	4	7	13
Vigilancia	0	1	2	3
Ayudantes	2	5	16	23
T. Ambulante	0	1	0	1
Artisanos	1	6	8	15
Transporte	1	1	1	3
Desempleado	0	4	2	6
Agropecuario	3	8	17	28
Ama de casa	1	1	0	2
Estudiante	2	1	0	3
No especif.	0	2	1	3
Total	15	43	70	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Anexo 3.4.22

Casos acumulados de VIH/SIDA por año de notificación y categoría de transmisión.
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Categoría de transmisión	AÑO DE NOTIFICACION														Total
	85	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	
Homosexual			2	1	4	5	2	3	2	1	1	1		1	23
Heterosexual		2	5	1	1	2	6	7	8	3	6	3	6	7	57
Bisexual	2		1	2	1	4	7	2	3	2	1	1	1	3	30
Bisexual + DIV					2				1						3
Hetero + transf.				1		1	1		2						5
Hetero + DIV										3	1				4
Homo + DIV										1	1				2
No especif.				1	2							1			4
TOTAL	2	2	8	6	10	12	16	12	16	10	10	6	7	11	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA por categoría de transmisión y ocupación.
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Ocupación	Categoría de transmisión								Total
	Homosexual	Heterosexual	Bisexual	Bisex + DIV	Hetero + trans	Hetero + DIV	Homo + DIV	No esp.	
Serv. Pers.	4	4	1	1	0	0	0	1	11
Profesional	2	2	2	0	0	0	0	0	6
Oficinistas	2	1	1	0	0	0	0	0	4
T. Educación	2	1	0	0	0	0	0	0	3
Técnicos	1	2	1	0	0	0	0	0	4
Comerciante	5	4	3	0	0	0	1	0	13
Vigilancia	0	2	0	0	1	0	0	0	3
Ayudantes	2	9	8	2	1	1	0	0	23
T. Ambulante	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Artesanos	0	10	3	0	0	1	0	1	15
Transporte	1	1	1	0	0	0	0	0	3
Desempleado	1	2	1	0	0	1	1	0	6
Agropecuario	2	16	6	0	3	0	0	1	28
Ama de casa	0	2	0	0	0	0	0	0	2
Estudiante	1	0	2	0	0	0	0	0	3
No especif.	0	1	0	0	0	1	0	1	3
Total	23	57	30	3	5	4	2	4	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Anexo 3.4.24

Casos acumulados de VIH/SIDA por categoría de transmisión y sexo.
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Categoría de transmisión	Hombres	Mujeres	Total
Homosexual	23		23
Heterosexual	54	3	57
Bisexual	30		30
Bisexual + DIV	3		3
Hetero + transf.	5		5
Hetero + DIV	4		4
Homo + DIV	2		2
No especif.	3	1	4
TOTAL	124	4	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA por municipio.
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999

Municipio	Casos	Porcentaje
Alvaro Obregón	3	2%
Apatzingán	1	1%
Copándaro	1	1%
Cuitzeo	2	2%
Chucándiro	1	1%
Huandacareo	1	1%
Indaparapeo	2	2%
Maravatio	3	2%
Morelia	85	66%
Puruándiro	3	2%
Queréndaro	3	2%
Tarímbaro	14	11%
Tzitzio	1	1%
Zinapécuaro	5	4%
No esp.	3	2%
Total	128	100%

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA por municipio y sexo.
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

Municipio	Hombres	Mujeres	Total
Alvaro Obregón	3		3
Apatzingán	1		1
Copándaro	1		1
Cuitzeo	2		2
Chucándiro	1		1
Huandacareo	1		1
Indaparapeo	2		2
Maravatio	3		3
Morelia	82	3	85
Puruándiro	3		3
Queréndaro	3		3
Tarímbaro	13	1	14
Tzitzio	1		1
Zinapécuaro	5		5
No esp.	3		3
Total	124	4	128

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Anexo 3.4.27

Casos acumulados de VIH/SIDA del Municipio de Morelia por ocupación.
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

OCUPACION	CASOS	PORCENTAJE
Serv. Pers.	10	11.8
Profesional	6	7.1
Oficinistas	4	4.7
T. Educación	2	2.4
Técnicos	4	4.7
Comerciante	8	9.4
Vigilancia	3	3.5
Ayudantes	14	16.5
T. Ambulante	1	1.2
Artesanos	12	14.1
Transporte	3	3.5
Desempleado	4	4.7
Agropecuario	8	9.4
Ama de casa	1	1.2
Estudiante	3	3.5
No especif.	2	2.4
Total	85	100

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM

Casos acumulados de VIH/SIDA del Municipio de Tarímbaro por ocupación.
mayores de 15 años con el antecedente migratorio a Estados Unidos de Norteamérica
Región Morelia de 1985 a 1999.

OCUPACION	CASOS	PORCENTAJE
Comerciantes	1	7.1
Ayudantes	2	14.3
Artesanos	1	7.1
Agropecuarios	9	64.3
Ama de casa	1	7.1
Total	14	100

Fuente: elaboración propia con base en los datos de la Jurisdicción Sanitaria No. 1, SSM