

MIGRACIÓN Y SIDA EN MÉXICO Y AMÉRICA CENTRAL

Mario Bronfman

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Gisela Sejenovich

CONASIDA

Patricia Uribe

CONASIDA



ÁNGULOS DEL SIDA

Noviembre, 1998

Serie Ángulos del SIDA

Dirección Conjunta de la Serie
Griselda Hernández Tepichín
Carlos Magis Rodríguez

Consejo Editorial
Mario Bronfman Pertzovsky
Jorge Huerdo Siqueiros
Ana Luisa Liguori Hershcopf
Raquel Marchetti Lamagni
David Alberto Murillo
Samuel Ponce de León Rosales
Jorge Saavedra López
Ivonne Szasz Pianta
Patricia Uribe Zúñiga

Coordinación Editorial
Juana Valin Hebrard

Diseño y formación
Imagen Interactiva, SA de CV

Los contenidos de la presente publicación son responsabilidad exclusiva de los autores, por lo que la Secretaría de Salud, el CONASIDA, la Serie Ángulos del SIDA y el Consejo Editorial se deslindan de cualquier responsabilidad o compromiso con éstos.

El Consejo Editorial se reserva el derecho a rechazar la publicación de escritos que no reúnan los estándares mínimos de ética y calidad.

**Consejo Nacional para la Prevención
y Control del VIH/SIDA**

Dr. Juan Ramón de la Fuente
Presidente

Dr. Roberto Tapia Conyet
Coordinador del Grupo Técnico Interinstitucional

Dra. Patricia Urlbe Zúñiga
Coordinadora General

Presentación

Con este segundo número, CONASIDA continúa su serie de publicaciones abordando las diferentes problemáticas relacionadas a las enfermedades de transmisión sexual y al VIH/SIDA, analizando y exponiendo situaciones, así como sugerencias y recomendaciones sobre los múltiples y diferentes ángulos de la pandemia.

La infección por VIH aumenta y los casos de SIDA se multiplican día a día, así también sucede con los esfuerzos para contener la epidemia. Por esta razón cada vez se profundiza más en el estudio de los diversos componentes y factores que facilitan su transmisión.

Actualmente en México existen más de 37.000 casos de SIDA registrados y se estima que 150.000 personas ya se han infectado.

En general, sólo cuando se detectan seroprevalencias de VIH elevadas, en regiones geográficas o grupos humanos que comparten condiciones de vida o prácticas de riesgo, se visualiza la necesidad de un trabajo intenso y específico para detener la posibilidad del incremento de la epidemia.

Las condiciones económicas, sociales, políticas y la situación geográfica de México y de los países de América Central, originaron desde hace varias décadas, una elevada movilidad poblacional.

Los flujos migratorios al interior de México, así como los que atraviesan el país con el objetivo de llegar a Estados Unidos o Canadá, fueron y son objeto de estudio de diversas disciplinas, fundamentalmente por las condiciones de extrema pobreza en que se encuentran. Los motivos que originaron su expulsión del lugar de origen o la decisión de la búsqueda de una mejor calidad de vida son variados, pero en general presentan un común denominador: la violación de los derechos humanos. Por lo tanto, estas poblaciones migrantes, ya vulnerables desde su partida, están expuestas a infinitas situaciones de riesgo, en su tránsito por México y cuando cruzan las fronteras.

Las relaciones sexuales sin protección y la inyección intravenosa compartida se convierten en conductas de alto riesgo, ante la

exposición permanente, con graves situaciones violentas, como posibilidad de todos los días, sumadas a la gran deprivación afectiva que sufren cuando los migrantes viajan solos o solas.

Si bien México tiene calificada su epidemia como concentrada, como en la mayoría de los países de América Central, en Honduras existen elementos para identificarla como generalizada; por lo tanto, la probabilidad del incremento y diferenciación de la epidemia en los países de origen o en su traslado por México se convierte en nuestra realidad actual.

La literatura en México y América Central sobre la problemática compleja que involucra la infección por ETS/VIH/SIDA y su vinculación con la alta movilidad poblacional aún es escasa. Se recopila en esta publicación todos aquellos documentos oficiales y extraoficiales, académicos y no académicos, formales y no formales que se pudieron localizar hasta diciembre de 1997. Se ofrece toda la información registrada en diversos medios escritos que brinda un panorama sobre las legislaciones vigentes, la epidemiología regional, el conocimiento sobre ETS/VIH/SIDA entre los migrantes, las prácticas de riesgo, la prevención y los servicios de atención, así como los vacíos referentes a estos temas mencionados y las recomendaciones para realizar un aporte concreto en la contención de la epidemia.

Índice

	Introducción	II
	Resumen	15
	Metodología	17
CAPÍTULO I	la migración en América Central y México:	21
	Aspectos generales.	21
	La migración en América Central.	22
	La migración en México.	25
CAPÍTULO II	Legislación y normatividad vigentes.	33
CAPÍTULO III	El panorama epidemiológico del VIH/SIDA en la región.	43
	El VIH/SIDA en poblaciones migrantes en México.	45
	El VIH/SIDA en la población migrante en los Estados Unidos.	50
CAPÍTULO IV	Conocimientos sobre ETS/VIH/SIDA entre la población migrante.	53
CAPÍTULO V	Conductas de riesgo para contraer ETS/VIH/SIDA y uso del condón entre la población migrante.	59
CAPÍTULO VI	Prevención y asistencia en ETS/VIH/SIDA a poblaciones migrantes.	71
	Conclusiones y recomendaciones	79
	Bibliografía	89
	Bibliografía adicional	103
	Anexo	107



Introducción

México y América Central ocupan un espacio geográfico que se extiende al sur de los Estados Unidos de América (EUA). Si bien México se ubica en el norte del continente americano, su cercanía geográfica y cultural con los países del istmo centroamericano y los procesos sociales y políticos que les son comunes permiten considerar a este conjunto de países como una región delimitada. Uno de los procesos sociales que caracterizan a esta región es el importante flujo migratorio. La migración mexicana a los EUA se inicia desde el siglo pasado y últimamente se ha incrementado de manera notable. A su vez, la migración centroamericana, que hasta los setenta estaba restringida al interior del istmo, adquirió un nuevo patrón caracterizado por la aparición y el incremento posterior de la migración hacia el norte. Esta migración, al igual que la mexicana, tiene como destino final predominante los EUA aunque parte de ella se queda en México. Este país es, entonces, un país de expulsión de migrantes nacionales, país de tránsito de centroamericanos hacia los EUA y país de destino para algunos flujos de migrantes centroamericanos. La mayoría de los migrantes lo hacen por razones laborales aunque una parte no despreciable del flujo centroamericano migró por razones políticas. También son mayoría los migrantes indocumentados y los temporales que regresan a sus lugares de origen luego de una estancia de 6 a 8 meses en los lugares de destino. Las proyecciones y predicciones aseguran que este flujo no disminuirá en el futuro próximo manteniendo su actual dinámica.

El panorama epidemiológico del SIDA en la región destaca por la existencia de una epidemia consolidada en México que incluye varias subepidemias: en el norte del país con crecimiento de usuarios de drogas intravenosas (IDU), en el centro con el tradicional patrón homosexual y en el sur con crecimiento del patrón heterosexual. En América Central se cuenta con poca información sobre el estado actual de la epidemia. Sin embargo, los datos disponibles muestran un incremento consistente en las tasas de incidencia anual de SIDA,

particularmente en Honduras -con un patrón de predominio heterosexual- Belice, Panamá y El Salvador. La falta de información confiable obliga a ser cautelosos con estas afirmaciones ya que comunicaciones personales aseguran que la epidemia en Nicaragua es mayor de lo que los diagnósticos expresan. En todo caso, todos los flujos migratorios se dirigen a los EUA donde las tasas de prevalencia son mucho mayores, especialmente en los estados donde los migrantes desempeñan sus actividades laborales. El carácter indocumentado de la migración, la edad de los migrantes y el hecho de que viajen en su mayoría hombres solos, sumado al mayor riesgo derivado de las altas tasas de prevalencia, convierten a estos flujos en altamente vulnerables a las ETS y a la infección por VIH en particular. Algunas evidencias como el incremento de los casos de SIDA rural y el de mujeres afectadas en esas zonas comienzan a confirmar las hipótesis acerca del riesgo que estos flujos migratorios tienen para la diseminación del VIH/SIDA. Estas hipótesis fueron generadas a partir de evidencias obtenidas con respecto al cambio de los hábitos sexuales de los migrantes mexicanos a los EUA y la adquisición de prácticas de riesgo para la infección y posterior transmisión del VIH.

No existe en la región casi ninguna legislación que enfoque directamente la relación entre migración y SIDA. Una excepción es una norma de reciente elaboración en México que indica que la detección del VIH no puede ser causal de admisión o expulsión de extranjeros. El resto del material legal disponible es anterior a la aparición de la epidemia del SIDA y en su totalidad contiene prescripciones acerca de la facultad de los respectivos gobiernos para admitir a extranjeros en función de elementos como la “salubridad”, la “salud pública” o la “moral y buenas costumbres”. Esta manera de formular el problema deja abierto un gran espacio a la discrecionalidad de los funcionarios y podría ser aplicada para impedir la circulación de personas VIH positivas o sospechosas de serlo. Algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) han denunciado actos de este tipo en países de la región. Existen algunos documentos con peso político -la Declaración de la III Conferencia Iberoamericana de Jefes de Estado- o con peso moral -la Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos- que sugieren o recomiendan la creación de instrumentos legales específicos para proteger a las poblaciones migrantes de la

discriminación o la vulneración de sus derechos de tránsito por causas relacionadas al VIH/SIDA, pero estas recomendaciones aún no se han visto reflejadas en instrumentos jurídicos específicos.

Hay pocas evidencias del conocimiento que tienen los migrantes sobre aspectos relacionados a las ETS/VIH/SIDA. Cuando éstas existen, presentan un panorama poco alentador: los conocimientos son insuficientes o equivocados cuando no están directamente ausentes. Esta situación caracteriza en diferentes grados a los migrantes centroamericanos en México, a los mexicanos en su lugar de origen o a sus familias y a los mexicanos o “latinos” en los EUA. Resulta claro que la información de la que disponen no es suficiente o adecuada para adoptar comportamientos preventivos.

Lo anterior se refleja necesariamente en los comportamientos de riesgo. Todos los documentos encontrados que hacen referencia a esta problemática indican una alta prevalencia de prácticas de riesgo en todos los grupos de migrantes en los diferentes lugares en que fueron evaluados. Hay una mayor recurrencia al sexo comercial, se incrementa el número de parejas sexuales, se adoptan nuevas prácticas como el sexo oral y el anal, se inicia o se acentúa el sexo entre hombres, etc. Se hace notar también que durante la residencia en los EUA se incrementan también los comportamientos preventivos. Esto es especialmente notable al evaluarse el uso del condón. Si bien los niveles detectados son bajos, éstos son más altos que en los lugares de origen. Las diferencias en los niveles de uso que oscilan de un 25% a un 50% estarían indicando problemas en la medición o podrían ser evidencias de una práctica no consolidada. Esta última hipótesis se refuerza por el hecho de que la mayoría de los estudios revelan además de un bajo uso, un incorrecto uso del condón.

En cuanto a los servicios de prevención o de asistencia específica para migrantes, parece ser evidente que la documentación escrita subestima la densidad real de estas acciones. Aún así, hay documentos que evidencian la falta de recursos para proporcionar este tipo de asistencia y su oferta está, sin duda, muy por debajo de la demanda. Un problema adicional con las intervenciones y/o servicios de prevención y asistencia es que, en una proporción importante, sólo son experiencias piloto y en su gran mayoría no son evaluadas. Ninguno de los documentos revisados da cuenta de la existencia de

algún servicio sólidamente establecido y de un alcance considerable que haya sido evaluado. Este hecho hace casi imposible la generalización de experiencias y dificulta la selección de las mejores alternativas.

Para todos los temas analizados en el presente trabajo la constante fue la poca información disponible. Esta situación caracteriza casi absolutamente a América Central y parcialmente a México y a los migrantes en los EUA. El tipo de información obtenida se acerca más a la literatura de corte académico habiendo una ausencia casi total de “literatura gris”^{*} y de documentación oficial. Frente a este panorama, una primera recomendación apunta a la necesidad de producir información para documentar los diferentes niveles en los que hemos abordado el problema: desde la magnitud y las características de los flujos migratorios hasta la evaluación de las intervenciones que se realizan.

Otra carencia que debe ser subsanada es la ausencia de legislación específica que proteja a los migrantes de prácticas discriminatorias o restrictivas relacionadas con las ETS/VIH/SIDA. La posibilidad de elaborar este tipo de instrumentos depende de la existencia de un ambiente político y social que desestigmatice a la migración y disminuya los riesgos implicados en su ilegalidad.

El conjunto de recomendaciones adicionales que se hacen en el capítulo final está referido a mejorar o producir la información necesaria para conocer las características de la epidemia en las poblaciones migrantes, incrementar sus conocimientos útiles sobre el complejo ETS/VIH/SIDA, disminuir sus prácticas de riesgo y aumentar el uso del condón, incrementar los servicios preventivos y asistenciales y recopilar, sistematizar y evaluar las experiencias existentes.

Otro grupo de recomendaciones está destinado a mejorar la capacidad conceptual y metodológica de los que deben implementar las recomendaciones anteriores haciendo énfasis en la necesidad de conocer las características de las poblaciones migrantes, sus contextos socioculturales y las formas de abordarlos en proyectos de investigación, de educación o de intervención.

**El término “literatura gris” hace referencia a documentos administrativos informes técnicos, etc., que no tienen canales de distribución amplios destinados al público en general y por lo tanto, son de circulación restringida.*

Resumen

El presente trabajo tiene el propósito de revisar el material existente sobre la relación entre migración y SIDA en México y la región centroamericana. Dadas las características del ámbito geográfico que abarca el documento, los temas cuya relación se pretende analizar y el tipo de material que se propone revisar, es conveniente hacer una serie de precisiones que señalen con claridad los límites y las perspectivas del mismo.

En primer lugar, si bien México y gran parte de Centroamérica forman parte de una misma región político-cultural conocida como Latinoamérica, se ubican de hecho, en diferentes demarcaciones geográficas ya que México pertenece al norte del continente americano. Los efectos de esta realidad geográfica se han visto acentuados recientemente con la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte que incluye a México, los EUA y Canadá. Por esas dos razones, la histórico-cultural y la geo-económica, México se ha convertido en la bisagra entre ambas regiones. Este hecho es más que una expresión literaria y tiene implicaciones relevantes para el tema del trabajo: modifica los procesos migratorios, les da un carácter particular y por esa vía, incrementa el riesgo de transmisión del VIH.

En segundo lugar, el documento no pretende ser un trabajo sobre la migración o el SIDA en el espacio geográfico definido; es un análisis de la relación entre ambos procesos tal como aparece reflejada en la literatura existente y disponible. Sin embargo, resulta imprescindible, para una mejor comprensión de la relación, contextualizarla en el marco de los procesos migratorios y de la situación epidemiológica del SIDA. Por esta razón, se dedica parte del texto a la presentación de un somero análisis de estos aspectos.

En tercer lugar, era intención de los autores prestar especial atención a la "literatura gris" y a la literatura oficial sobre el tema. Adelantándonos, es necesario advertir al lector que el rescate de la "literatura gris" y de la documentación oficial en esta región es una tarea casi imposible. Ello se debe a la falta de una tradición en la generación de archivos en el sector público que sirvan de base para trabajos como el presente, así como a la gran rotación de funcionarios por no existir en los altos niveles de la administración pública el

concepto de “servicio civil de carrera”. En el caso de México y en varios países de Centroamérica, aún en los niveles inferiores de la administración pública, los cargos son denominados “de confianza” y sus ocupantes pueden ser libremente removidos por sus superiores. En general, eso es lo que sucede con los cambios de gobierno. Por estas razones se decidió incorporar al análisis la literatura académica aún cuando teníamos evidencias de que no abundaban estudios sobre la relación entre migración y SIDA. En un trabajo realizado hace algún tiempo (Bronfman y Ramírez, 1993) se revisaron las Memorias de los cinco congresos internacionales de SIDA realizados entre 1988 y 1992 y entre las varias decenas de miles de ponencias presentadas sólo 34 estaban dedicadas a la relación entre migración y SIDA y, de ellas, menos de 10 se referían a la migración en Latinoamérica. Sólo 6 hacían alguna alusión a la migración de mexicanos o caribeños a los EUA y ninguna se refería a Centroamérica.

En la descripción de la metodología se hace referencia a los mecanismos empleados y las gestiones realizadas para la obtención de éste y otro tipo de material, señalando las dificultades encontradas y las limitaciones que de ellas se derivan para el análisis.

El primer capítulo está destinado a ubicar al lector en las características que tiene el proceso migratorio en el área geográfica bajo análisis. En éste se intenta diferenciar la realidad de la región centroamericana de la de México.

El segundo capítulo está dedicado a presentar la legislación y la normatividad vigente en la actualidad que está directamente relacionada con la migración y el SIDA o que, habiendo sido elaborada antes del surgimiento de la epidemia, pudiera aplicarse a esta nueva realidad.

En el tercer capítulo dedicado a VIH/SIDA se utilizan los escasos datos existentes para la región centroamericana y se dedica mayor atención a los migrantes en México y a los migrantes mexicanos en los EUA.

El capítulo cuarto revisa la información existente sobre los conocimientos de las poblaciones migrantes con relación a las ETS/VIH/SIDA.

El quinto conjunta la información disponible sobre comportamientos de riesgo entre los migrantes y los hábitos reportados en cuanto a uso del condón mientras que el sexto capítulo

está dedicado a rescatar las experiencias documentadas por escrito en cuanto a servicios preventivos y asistenciales para los migrantes de México y Centroamérica.

Finalmente, se pretende realizar una revisión de los capítulos anteriores en términos de los principales vacíos identificados en diferentes niveles y las conclusiones y recomendaciones que se desprenden del análisis.

Metodología

Al comenzar este trabajo nos proponíamos hacer un análisis de la “literatura gris” y la documentación oficial existente sobre la relación entre los procesos migratorios y las ETS/VIH/SIDA. Sin embargo, desde el primer momento tomamos la decisión de agregar a la revisión el material académico que se hubiera producido sobre el tema. Esta decisión se tomó por varias razones que exponemos a continuación:

- a) como se señaló en la introducción, la falta de tradición y la inestabilidad y rotación de los funcionarios en los cargos públicos en la región dificultan el acopio de material documental;
- b) conociendo esta situación “por dentro”, podíamos prever que si nos limitábamos a la literatura gris y la documentación oficial tendríamos un material muy pobre e incompleto para el análisis;
- c) la experiencia en México y en parte de la región centro-americana indica que una gran parte de la literatura que se publica y se consume en los medios académicos es originada, financiada y utilizada por las agencias gubernamentales. Esta modalidad se acentúa en el caso del SIDA (Bronfman y Magis, 1995; en prensa) donde los académicos desempeñan temporalmente roles de funcionarios para luego volver a la academia.

El desarrollo de la búsqueda confirmó que se trató de una decisión correcta.

La búsqueda de material comenzó en el mes de septiembre y se prolongó hasta diciembre de 1997.

Los materiales recopilados incluyen resoluciones oficiales, Constituciones y Leyes, conclusiones y actas de reuniones nacionales, regionales e internacionales, trabajos académicos como artículos, libros o informes inéditos, artículos periodísticos, documentos administrativos de oficinas de gobierno o de otras oficinas interesadas en el tema, etc.

A medida que se iba reuniendo el material, lo fuimos clasificando en las categorías relevantes que organizan el capitulado de este trabajo. Como era previsible algunas estuvieron sobrerrepresentadas mientras que para otras no se consiguió ninguna información. Este hecho revela, más que una deficiencia en la búsqueda, la ausencia real de información y de documentación sobre el tema. En otras palabras, se puede afirmar que el tema de la relación entre migración y SIDA está en la agenda discursiva de la mayoría de los países de la región pero no en su agenda política y de investigación.

Se realizaron innumerables gestiones para obtener documentación oficial y extraoficial. Con esta finalidad se mantuvieron comunicaciones telefónicas con las autoridades de salud responsables de las áreas de ETS/VIH/SIDA en cada uno de los países así como con funcionarios de organismos internacionales.

En los contactos que establecimos se les informó a los interlocutores sobre las intenciones, características y contenido del trabajo que estábamos realizando, enfatizando en la importancia que tenía para la lucha contra el SIDA el que nos proporcionaran la información.

Se insistió reiteradamente, por vía telefónica y de manera personal, sin intermediarios, para lograr una comunicación directa con los responsables. Para apoyarla y darle más formalidad se envió la misma solicitud por fax a todos los funcionarios mencionados. La respuesta fue variada. En algunos casos no hubo ninguna respuesta, en otros se nos informaba que no había ningún material sobre el tema y en unos pocos casos la respuesta hacía referencia a algún material, por lo general no relacionado directamente con el tema.

La oficina de ONUSIDA en Guatemala a través del Dr. Angel Fulladolsa, en ese momento Asesor para Centroamérica, nos reportó que “el programa interpaíses para América Central trabaja con los grupos temáticos de ONUSIDA en los países de Panamá, Costa Rica, Nicaragua, El Salvador, Honduras y Guatemala. Con relación a estudios específicos con población migrante entre sus fronteras, la

cual tiene como objetivo final llegara los EUA, pasando por México, no tenemos una información o base de datos realmente objetiva que puedan utilizar”. Otro de los puntos que menciona el Dr. Fulladolsa en este fax dice: “la problemática de la población migrante y seroprevalencia del VIH como tema de investigación epidemiológica, es un objetivo importante en nuestro trabajo. En noviembre, iniciamos un proyecto de investigación epidemiológica al respecto, entre las fronteras de Guatemala y Honduras; también es nuestro propósito extenderlo a los demás países centroamericanos”.

Desde las oficinas en Tegucigalpa, Honduras, del Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (UNFPA) el Sr. Arie Hoekman envió una lista con bibliografía.

También hubo respuesta del Dr. Abel Víquez, Coordinador del Programa Nacional VIH/SIDA/ETS de Costa Rica, quien dijo que “en nuestro país no llevamos estadísticas específicas referentes al fenómeno migratorio, ni tampoco contamos con estudios en este campo”.

La Sra. Jacqueline Flentge, de la Sección de Salud de la Embajada Real de los Países Bajos, desde San José, Costa Rica nos envió su respuesta a la que adjuntó un informe del Instituto Latinoamericano en Prevención y Educación en Salud (ILPES) sobre el Proyecto de Camioneros y SIDA en Centroamérica, financiado por Holanda y coordinado por el ILPES.

Existen otros organismos internacionales como centros e institutos de Derechos Humanos, asociaciones de Demografía, Religiosas, de Desarrollo Social y ONG que tienen trabajo sobre ETS/VIH/SIDA con quienes nos comunicamos, pero no obtuvimos ningún material y a veces, ninguna respuesta. En el anexo se adjunta una lista de estas organizaciones.

Acudimos en México a oficinas de organismos nacionales que se ocupan de la problemática referida a la Salud, Población, Desarrollo Social, Migraciones, Relaciones Exteriores y Educación que colaboraron refiriendo antecedentes, bibliografía, conexiones y programas actuales sobre la problemática en cuestión.

La información académica se nutrió fundamentalmente de trabajos de investigación, tanto cualitativos como cuantitativos, que hacen alusión a la migración y las ETS/VIH/SIDA en la región. Para conseguirlos nos relacionamos de manera personal con las personas

más conocedoras del tema en instituciones académicas nacionales y por vía telefónica con las del exterior.

El listado de todo el material consultado se incluye en la bibliografía del presente documento.

Luego de la intensa búsqueda, muchas comunicaciones internacionales y locales para localizar funcionarios y especialistas, pudimos constatar que, aún recurriendo a fuentes poco convencionales y a mecanismos casi persecutorios de recolección de datos, los materiales existentes son pocos, lo que revela una falta de preocupación real sobre el tema.

Para la presentación del documento, tratamos de hacerle justicia a todos los materiales que llegaron a nuestras manos. Algunos no fueron incluidos en el texto, aunque están detallados en la bibliografía adicional, por ser irrelevantes o porque se duplicaban con otros.

El cuidado metodológico estuvo concentrado entonces, en una búsqueda exhaustiva de todo el material existente y su presentación para lograr que éste refleje el nivel actual de la discusión, de la preocupación y de las acciones en el tema.

La migración en América Central y México

Aspectos generales

Como señalamos anteriormente, la región bajo análisis comprende a países ubicados al sur del Río Bravo -límite sureño de los EUA- y que pertenecen al norte y al centro del continente americano. En el primer caso está México, mientras que la definición de Centroamérica requiere de mayores precisiones. En un trabajo reciente (Castillo y Palma, 1996) en el que se analiza la dinámica migratoria de esta región, los autores señalan que “para propósitos de este trabajo, entenderemos como países centroamericanos a cinco naciones (Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras y Nicaragua) que tienen algunas características específicas” y algunas diferencias importantes, sobre todo para el caso de Costa Rica. Entre las características comunes de estos países está “la brecha creciente entre la dinámica demográfica y la ausencia de cambios en los modelos de desarrollo”. De la combinación de estos dos elementos resulta una persistente e incrementada migración. En términos de estos autores se propone la hipótesis de “la relación entre el grado de precariedad de las condiciones de vida y la emergencia de la emigración como una opción de sobrevivencia”.

También se señala en ese texto, que la región centroamericana abarca geográficamente a Belice y Panamá aunque sus diferencias con el resto de los países son más notables: en el caso de Belice, por haber estado ligada como colonia al Reino Unido; en el de Panamá, por haber estado más relacionada con el norte de Sudamérica, era parte de Colombia. En nuestro caso, la búsqueda de información se extendió a todos los países que conforman geográficamente la región. Sin embargo, se pudo constatar que la diferencia señalada opera también en este sentido.

En cuanto a la migración, para todos estos países, incluyendo México, el destino principal son los EUA. Sin embargo, la

caracterización de la dinámica migratoria debe hacerse en forma separada ya que México es fuente de migrantes a los EUA, pero también, es lugar de destino de migrantes centroamericanos y lugar de paso de éstos hacia los EUA. De la misma manera, en Centroamérica el destino preferido por los emigrantes son los EUA pero existen corrientes migratorias al interior de la región que, en algunos casos, se deben a razones económicas, en décadas recientes a razones políticas, coincidiendo con la emergencia y la transmisión del VIH.

La migración en América Central

(Esta sección se apoya fundamentalmente en el libro de M. A. Castillo y S. I. Palma “La emigración internacional en Centroamérica: una revisión de tendencias e impactos”).

Los países centroamericanos experimentaron un cambio en su patrón migratorio hacia fines del decenio de los setenta. A partir de esa fecha se modificaron los volúmenes, las rutas, los orígenes y destinos, los motivos, la temporalidad, etc.; de las migraciones. Pero el cambio más notable tiene que ver con el incremento de los flujos extrarregionales. Sin embargo, este cambio no ha sido suficiente como para alterar las deficiencias de registro, información e investigación en el tema; que son escasas. Con la información disponible, se puede afirmar que los recientes flujos centroamericanos muestran rasgos de selectividad con relación al perfil de la población migrante. En la mayoría de los casos se trata de población masculina en edad activa, analfabeta, poco calificada y escolarizada, de origen rural, jefes de familia de bajos ingresos y pertenecientes a grupos relegados.

La característica general de estos flujos es que se dirigen “al Norte” y los destinos preferidos han sido los EUA, Canadá y México, en ese orden. Esta emigración se ha enfrentado a una oposición expresada en términos de políticas restrictivas por parte de los países receptores y de tránsito, lo que ha derivado en un incremento en la proporción de emigrantes indocumentados dentro del conjunto de la población migrante y un crecimiento paralelo de mecanismos para traficar con la población indocumentada.

Las modalidades que asumen los impactos de las emigraciones

están relacionadas con las características de las sociedades receptoras, sean países de destino final o de tránsito. Canadá, en contraste con México y EUA, ha desarrollado una política más flexible en la medida en que se formularon programas especiales para promover la integración de distintos grupos de inmigrantes. Para el gobierno de EUA, la inmigración centroamericana constituye una pequeña parte del gran volumen de flujos migratorios, aunque la proporción crece cuando se refiere a los indocumentados, y se asimila al conjunto de la población hispana en la que predominan los mexicanos. Esta población enfrenta grandes dificultades para acceder a los programas oficiales de vivienda, salud y educación; lo que se ha agravado recientemente con la Proposición 187 en el Estado de California. Los estudios realizados y la información disponible señalan que la gran mayoría de la población indocumentada vive en condiciones de pobreza y desigualdad si se la compara con el resto de la población.

Decíamos anteriormente que México no es sólo lugar de destino sino lugar de paso para la inmigración centroamericana. En México el tema central es la emigración de sus nacionales, por lo que la inmigración como problema, pasa a un segundo plano en la discusión sobre la migración. Sin embargo, hay que destacar que cuando en México se habla de inmigración, se hace referencia, automática y casi exclusivamente a la población de origen centroamericano. El matiz que debe introducirse es que esta población representa una proporción pequeña de la inmigración legal pero es casi la totalidad de la indocumentada. No hay datos confiables que permitan cuantificar su magnitud ni su impacto territorial aunque se sabe que esta constituida por nacionales de todos los países de la región con excepción de Belice y Costa Rica. Datos indirectos, como los asentamientos de refugiados en la frontera sur o el crecimiento de algunos núcleos urbanos en esa misma zona se asocian inmediatamente a una probable inmigración indocumentada que no aparece en los datos censales. El impacto territorial indirecto es producido por la población que se dirige hacia los EUA y que transita por el territorio mexicano para juntar fuerzas y recursos que la ayuden al logro de su objetivo principal. En este proceso muchas de las situaciones están asociadas al ejercicio del sexo comercial, en muchos casos por no profesionales o eventuales, y a las actividades que lo

rodean, lo que se constituye en un factor de riesgo importante para la distribución del VIH y de las ETS.

Un elemento central que no debe ser omitido, es la dimensión de los derechos humanos asociada a la migración. Este tema ha sido abordado en diversos trabajos pero conviene recordar que la mayoría de los procesos migratorios se inician por violaciones de diversos derechos humanos en los lugares de origen y van acompañados de otros tipos de violaciones a derechos humanos en los lugares de tránsito y de destino. La paradoja es que mientras México se ha quejado frecuentemente, y con razón, de las violaciones a que son sometidos sus nacionales en los EUA, existen innumerables evidencias de violaciones similares producidas en México contra los inmigrantes centroamericanos. Las políticas migratorias de los países de destino y de tránsito son, a veces, una respuesta a los procesos migratorios pero se constituyen ante todo, en un determinante para las modalidades que estos procesos asumen en la práctica. EUA y México han incrementado recientemente los requisitos respecto a los migrantes. Si bien tienen diferencias, ambos países comparten un endurecimiento generalizado en relación a los mismos. También existen diferencias al interior de cada uno de estos países, las que se hicieron más evidentes en los ochenta. En EUA se limitaba la aceptación de guatemaltecos y salvadoreños pero se abrió el país a los nicaragüenses que “huían” del régimen sandinista. En México se ha permitido la inmigración de trabajadores agrícolas y de refugiados pero se reforzaron y endurecieron las medidas de detección, detención y deportación de los que se dirigían a los EUA, coincidiendo con los deseos del gobierno de ese país.

Muchos son los impactos que las migraciones en la región tienen sobre los lugares de origen, los de tránsito y los de destino. Ellos no serán abordados por las características de este documento pero no puede dejar de mencionarse un elemento central para conceptualizar la relación entre migración y SIDA: la emigración -temporal o permanente, documentada o indocumentada- propicia modificaciones importantes en diversas esferas de la realidad que se expresan en cambios en el sistema de valores y en los patrones de comportamiento.

Otro elemento que no será objeto de análisis detallado es el papel que en este proceso tiene la globalización de la economía y el

redimensionamiento de los Estados. El resultado de estas tendencias conduce a un panorama negativo en las economías de la región centroamericana, frente a la cual, un recurso que ha mostrado una dinámica de crecimiento sostenido y una relativa independencia, es el ingreso de divisas por el envío de remesas por los emigrantes. En la medida en que esas condiciones de las economías persistan es previsible que las migraciones continúen o incluso, se incrementen.

En resumen, las tendencias actuales y el contexto social y económico de la región centroamericana permiten asegurar que más allá de las medidas restrictivas, las emigraciones centroamericanas tenderán a mantenerse en el futuro próximo.

La migración en México

La migración mexicana a los EUA es un fenómeno complejo y dinámico con viejas raíces históricas. Desde el establecimiento de la frontera entre ambos países en 1848 y sobre todo desde 1870, comenzaron los primeros flujos migratorios considerables de mano de obra. En la actualidad, una buena parte del flujo migratorio sigue estando económicamente motivado por las diferencias salariales y los desbalances en la oferta y demanda de fuerza de trabajo a ambos lados de la frontera y está sostenido por las redes familiares y sociales que conectan a los dos países.

Los dos gobiernos han enfocado esta migración al norte con políticas unilaterales y a través de programas temporales negociados bilateralmente, como el “Programa Agrícola Temporal” llamado “Programa Bracero” que existió de 1942 a 1964. Desde entonces, las principales políticas estadounidenses que han afectado el flujo migratorio emana de la Ley de Inmigración de 1965 y de la Ley de Reforma y Control de la Inmigración (IRCA) de 1986 que legalizó a unos dos millones de mexicanos en EUA bajo un “Programa para Residentes Antes de 1982” y un “Programa de Trabajadores Agrícolas Especiales” (SAW). Este programa también aplicó sanciones a los empleadores que a sabiendas, contrataran trabajadores indocumentados. Recientemente, el Congreso de los EUA adoptó la Ley de Reforma de la Inmigración Ilegal y de Responsabilidad del Inmigrante para reforzar el cumplimiento de las leyes en la frontera

y en el lugar de trabajo, facilitar la expulsión de extranjeros no autorizados e impedirles el uso de programas públicos. En EUA el debate sobre la migración se ha manejado frecuentemente, con un matiz alarmista. El estilo predominante ha sido el de presentar a los trabajadores no documentados como transgresores de la legislación migratoria, que ocupan puestos de trabajo que pertenecen a los ciudadanos estadounidenses. Como consecuencia de esta visión, sectores importantes del gobierno y de la sociedad estadounidense han propuesto detener el flujo migratorio adoptando medidas unilaterales como el reforzamiento de la vigilancia fronteriza y la construcción de muros, cortinas o bardas (J. Gómez de León y R. Tuirán, 1996). Estas medidas han fracasado en el pasado y generalmente producen efectos perversos. La recurrencia a este enfoque se da, paradójicamente, en un periodo de intensificación de las relaciones económicas entre México y los EUA, fomentadas en gran medida, por el Tratado de Libre Comercio de América del Norte.

La posición mexicana, puede resumirse en los siguientes puntos:

- a) la migración mexicana es un fenómeno laboral que depende de la demanda y de la oferta de trabajo en ambos países, los factores asociados a la demanda en EUA son tan importantes como los correspondientes a la oferta en México;
- b) el tema de la migración no debe ser tratado en forma aislada sino en su relación con otros aspectos económicos, especialmente los comerciales;
- c) los trabajadores mexicanos desempeñan en EUA actividades legítimas y no compiten con la fuerza de trabajo local;
- d) la migración mexicana origina costos para ambas partes que sólo pueden atenderse de manera conjunta;
- e) las medidas unilaterales, especialmente las policiales y represivas, no permitirán regular adecuadamente el flujo migratorio;
- f) México no puede detener el flujo con medidas represivas sin atentar contra su propia Constitución que garantiza el libre tránsito.

Tradicionalmente, hasta los 60, la migración de mexicanos a los EUA era un flujo de carácter circular compuesto por adultos y jóvenes; de origen rural que se internaban en los EUA y que regresaban a sus

lugares de origen después de seis a ocho meses de permanencia en el país del norte.

El decenio de 1980 mostró un aumento masivo de la migración mexicana autorizada, debido en gran parte, al programa de legalización. Durante el decenio de 1990 la migración autorizada desde México siguió siendo considerable a medida que los familiares de mexicanos legalizados obtenían el estatus de residentes permanentes. En 1996 más de 160 mil mexicanos se convirtieron en inmigrantes autorizados, siendo admitidos todos bajo categorías basadas en lazos familiares, excepto 5.300. Las consecuencias demográficas futuras de IRCA podrían ser considerables, con un número estimado de al menos 1 millón de familiares de personas legalizadas que reunirían los requisitos necesarios para solicitar su admisión en los EUA.

Las visitas temporales autorizadas entre México y EUA también son considerables. Los cruces fronterizos entre México y los EUA son de los más numerosos del mundo. Durante 1996 por ejemplo, hubo 280 millones de cruces a través de la frontera entre México y los EUA. El número exacto de entradas de mexicanos no autorizados a los EUA se desconoce, pero en 1995 se realizaron más de un millón trescientos mil detenciones de personas que intentaron entrar sin ser inspeccionadas en la frontera entre los dos países. Sin embargo, esta cifra refleja un registro de eventos no de individuos, pudiendo un individuo haber sido detenido y devuelto en varias oportunidades, como de hecho ocurre.

Si bien el patrón de flujo circular mencionado más arriba permanece en la actualidad, hubo una diferenciación regional del flujo, un incremento de migrantes de zonas urbanas y una diversificación ocupacional y sectorial de los mismos. Lo que se mantiene son los volúmenes cuantiosos y crecientes. En resumen, se puede describir a la migración mexicana a los EUA con las siguientes características:

- a) el flujo laboral sigue siendo predominantemente masculino y está formado por adultos y jóvenes en edad económicamente activa;
- b) la proporción de migrantes que no tenían trabajo en México se incrementó, aunque la mayoría de los que emigraron tenía trabajo;

- c) la mayoría provienen de zonas urbanas aunque últimamente se incrementó la proporción de migrantes de origen rural;
- d) el estado de California es el destino principal de los migrantes y junto con Texas, Illinois y Arizona concentran el 90% de la migración mexicana en los EUA;
- e) la mayoría tiene antecedentes de haber migrado anteriormente a los EUA;
- f) la mayoría no cuenta con documentos para entrar o para trabajar en los EUA;
- g) un número considerable de mexicanos regresa después de haber vivido un tiempo en los EUA.

El tema de la cantidad de mexicanos migrantes es también complejo y polifacético. Los esfuerzos de medición han chocado con dificultades de todo orden, especialmente metodológicas. Además, las cifras suelen estar muchas veces intencionalmente distorsionadas con fines políticos.

La migración incluye residentes permanentes y migrantes temporales, tanto autorizados como no autorizados. Los cálculos elaborados sobre la población nacida en México residente en los EUA, estiman que la población nacida en México que vivía en EUA alcanzó la cifra de 2.5 millones en 1980 y de 4.5 millones en 1990. Éstas representan alrededor del 3.6% y 5.4% respectivamente. En 1996 la población nacida en México y residiendo en los EUA se estimaba entre los rangos siguientes:

población nacida en México	7.0 - 7.3 millones
residentes autorizados	4.7 - 4.9 millones
residentes no autorizados	2.3 - 2.4 millones

Este número de migrantes nacidos en México representa aproximadamente el 3% de la población total de los EUA, alrededor del 40% de la población estadounidense de ascendencia mexicana y es equivalente al 8% del total de la población de México. Aproximadamente el 22% llegó en los últimos cinco años e incluye cerca de 500 mil que se han naturalizado ciudadanos estadounidenses. Estas cifras de población mexicana son adicionales a los 11 millones de ciudadanos nacidos en EUA de ascendencia mexicana existentes en 1996 (mexicanos-americanos).

Los efectos de la migración mexicana en los EUA en la actualidad pueden ser diferentes a los del pasado debido a las distintas circunstancias económicas y socio-políticas. Hay pruebas amplias de que desde mediados del decenio de 1970 la ganancia y el empleo de los trabajadores más instruidos creció con relación a los de los trabajadores menos calificados. Esto puede traducirse en una movilidad económica mucho más limitada para los migrantes de hoy, lo que junto con reducciones en las prestaciones de asistencia social y de atención de la salud, aumenta las dificultades de la integración y de la adaptación.

El Congreso de los EUA, motivado presumiblemente por la creencia de que los migrantes autorizados y no autorizados participan "excesivamente" en los programas de asistencia pública, aprobó disposiciones relacionadas con los migrantes como parte de la Ley para la Conciliación de la Responsabilidad Personal y las Oportunidades de Trabajo de 1996. Esta ley restringe el acceso a los programas de asistencia social incluso a los migrantes autorizados.

Al parecer, los migrantes mexicanos ocupan una especie de posición social intermedia entre los blancos nativos y los negros nativos. Por ejemplo, las encuestas mencionan a los blancos como los vecinos más deseables; a los negros como los menos deseables y a los "hispanos" en una posición intermedia. Se ha observado que en Los Ángeles, donde los hispanos son casi totalmente de origen mexicano, los blancos se oponen más a la integración de la vivienda con negros que con "hispanos".

De acuerdo con la Encuesta sobre las Prisiones Estatales de 1991, los mexicanos representan casi la mitad de los nacidos en el extranjero en las cárceles estatales. Sin embargo, esta representación excesiva puede reflejar diferencias de tratamiento en el sistema de justicia penal. Los migrantes, a lo largo de la frontera, tienen más probabilidades -de dos a cuatro veces- que los demás ciudadanos de ser arrestados, de encontrarse detenidos antes del juicio, de ser convictos y encarcelados. Además, los migrantes no autorizados tienen menos probabilidades de ser liberados de la cárcel antes del juicio.

Las comunidades fronterizas son entidades binacionales con muchos residentes en cada lado de la frontera, que tienen fuertes lazos familiares, comerciales y sociales con los del otro lado. El

volumen de los movimientos en ambas direcciones de la larga frontera entre México y los EUA es considerable. La gran mayoría de las personas que cruzan la frontera lo hacen para visitas cortas y a menudo compran productos en el otro lado.

Sin embargo, la relación fronteriza no está exenta de tensiones. Los delitos menores, el vandalismo y los vicios transfronterizos son una causa constante de preocupación en muchas comunidades de la frontera. Las ciudades de la frontera se quejan del efecto fiscal cuando los residentes del otro país tienen acceso a servicios públicos tales como la atención a la salud y la educación. El crecimiento de zonas pobres y no incorporadas en la frontera presenta dificultades para la salud pública y para el medio ambiente. Sin embargo en su mayor parte, los estados, ciudades y poblaciones vecinos han encontrado mutuamente ventajoso resolver las tensiones antes de que trastornen los lazos importantes que unen a sus comunidades.

La violencia en el trayecto hacia la frontera y en la frontera misma se cuenta entre los efectos más negativos de la migración entre los dos países. Está relacionada en gran parte, aunque no exclusivamente, con los movimientos no autorizados. Los migrantes son víctimas de una variedad de delitos, desde ataques y abandonos por parte de los “coyotes” -personas que facilitan el paso de “ilegales” cobrando altas sumas por ese servicio- hasta el robo, la violación e incluso el asesinato. El número de muertes registradas y no registradas que se relacionan con intentos por cruzar la frontera es preocupante.

También se han registrado incidentes de abusos a los derechos humanos por parte de funcionarios federales, estatales y locales de ambos países. Es claro que los indocumentados, por el hecho de serlo, están en una situación de enorme vulnerabilidad que los expone a abusos por parte de sus empleadores y de violaciones a sus derechos humanos. Recientemente, diversos sectores de la sociedad y del gobierno mexicano han insistido en la necesidad de revisar el problema de los indocumentados y en la conveniencia de formular una política explícita y activa en la materia.

Paralelamente, en los últimos cinco años ha habido un aumento en las iniciativas para formalizar el diálogo y las consultas bilaterales sobre migración, así como sobre otros temas de eminente preocupación fronteriza como la administración y manejo del agua y los problemas de salud en la frontera.

Los investigadores más serios y dedicados al estudio del problema migratorio entre México y EUA señalan la emergencia de una “nueva geografía de las migraciones”. En este nuevo modelo, que afectará los procesos migratorios internos en México, “la evolución de los procesos estructurales que están en la base de la migración internacional, incluidas las tendencias demográficas, permiten prever que el flujo hacia EUA seguirá siendo un fenómeno continuo y permanente” (Gómez de León y Tuirán, 1996).



II

legislación y Normatividad vigentes

Son muy escasos los documentos disponibles que hacen referencia explícita a la relación entre SIDA y migración y este problema en general, está ausente en los documentos oficiales. La mayoría de la documentación existente consiste en presentaciones en foros o artículos de corte periodístico que hacen referencia a prácticas que contravienen las disposiciones existentes. La legislación vigente deja un amplio espacio abierto a la interpretación de los funcionarios en turno con los riesgos que esta modalidad tiene para la vulneración de los derechos de los individuos afectados por el VIH/SIDA o sospechosos de estarlo.

Entre el material que revisamos estuvieron algunos pactos internacionales y regionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Convención sobre el Estatuto de los Refugiados, normas específicas tales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, las Convenciones sobre Asilo Territorial, Político y Diplomático; etc. Especial énfasis se le dio a la revisión de las Constituciones Nacionales de los países de la región; las Leyes de Migración y Extranjería, las Leyes de Población y Política Migratoria y a todos los documentos legales que regulan los movimientos de personas en México y la región centroamericana.

La Red Latinoamericana y del Caribe de Derechos Humanos y SIDA (LACCASO) con el propósito de actualizar los datos con relación al SIDA y el tránsito internacional, inició hace unos años, una revisión legislativa regional focalizada en varios países y cuyos resultados confirman lo que afirmamos más arriba: en general no hay una legislación específica que regule el tránsito de extranjeros y las ETS/VIH/SIDA. Sin embargo algunos países en sus leyes sobre migración, contemplan como causante de deportación o exclusión de extranjeros a quienes padezcan enfermedades calificadas como graves, crónicas y contagiosas tales como la tuberculosis, lepra,

tracoma y otras similares no sujetas a cuarentena. Resulta evidente que esta legislación, si bien, no es específica para el caso de ETS/VIH/SIDA, podría ser aplicada para estos casos.

La revisión de la documentación oficial sobre el tema nos permite coincidir ampliamente con las conclusiones del documento de LACCASO.

Un activista de LACCASO en Venezuela -el Dr. Edgar Carrasco- en un trabajo bien documentado señala que “en el tránsito internacional es un hecho que existe discriminación y estigmatización hacia algunas nacionalidades y etnias, lo que se agravó aún más con la epidemia del VIH/SIDA. En el Caribe por ejemplo, los haitianos continúan siendo considerados, en general, portadores del mal”. Recientemente, cuando EUA propuso a los países del área cuotas de refugiados haitianos, las reacciones gubernamentales y de la opinión pública fueron muy negativas criticando tal proposición. Sin embargo las pruebas serológicas a los refugiados haitianos se han practicado sin una causa justificada y con criterio de exclusión.

En ese mismo documento se señala que además de los pactos internacionales que tienen jurisdicción en América Latina y el Caribe, existe un conjunto de normas específicas para la región, tales como la Convención Americana sobre Derechos Humanos, las Convenciones sobre Asilo Territorial, Político y Diplomático, que regulan la admisión y tránsito de extranjeros en los países miembros. El artículo 22 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en lo que se refiere al Derecho de Circulación y Residencia, reconoce estos derechos a toda persona que se encuentre legalmente en el territorio de un Estado, pero en su apartado 3 restringe dichos derechos por varias causas y una de ellas es por motivos de protección de la salud pública. Asimismo, este derecho no es absoluto sino relativo y dependerá de lo que se considere riesgoso para la salud pública en cada uno de los países signatarios de la Convención, para otorgar el derecho de permanencia y circulación. No obstante estas regulaciones para extranjeros, resulta obvio que la Convención es mucho más benévola con los nacionales de un determinado país, puesto que garantiza para éstos la no-expulsión y el derecho a ingresar. Con relación a los extranjeros, los incisos 8 y 9 reconocen el derecho que éstos tienen a no ser expulsados o devueltos a otro país o al de

origen cuando su vida o su libertad personal peligren; también prohíbe expresamente la expulsión colectiva de extranjeros. Esta presentación contradictoria vuelve a dar un margen muy grande a la interpretación que cada Estado miembro tenga del término salud pública, creando condiciones propicias aunque no necesarias, para la vulneración del derecho de permanencia reconocido por la propia Convención.

El Asilo Político, Territorial y Diplomático es una institución del derecho internacional americano que reconoce el derecho que tiene un Estado, en ejercicio de su soberanía, de admitir dentro de su territorio a las personas que sean perseguidas por sus creencias, opiniones y filiación política o por actos que puedan ser considerados como delitos políticos. En este contexto queda claro que se trata de situaciones muy específicas y en ninguno de los textos mencionados se hace referencia a causas de exclusión por motivos de salud pública, lo que nos hace suponer que exámenes médicos y ciertas condiciones de salud no serán requeridas para el otorgamiento del asilo que requiere como requisito *sine qua non*, el ser perseguido político. Una vez más, la normatividad abre espacio para interpretaciones contradictorias.

En julio de 1993, en Brasil, en la Declaración de la III Conferencia Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, que en su numeral dos se refiere a los “desplazamientos humanos”, se formularon las Recomendaciones sobre SIDA. En su texto se insta a los Estados Iberoamericanos a eliminar todo requerimiento de pruebas serológicas de infección por VIH, para la obtención de cualquier tipo de visado (trabajo temporal o residente, transeúnte, turista, estudiante; etc.) ya desarrollar investigaciones sobre desplazamientos humanos y a establecer convenios bilaterales y multilaterales de asistencia en salud entre los países de la región iberoamericana. Hasta ahora estas recomendaciones no han sido formalizadas y no existe ningún país en América Latina y el Caribe que se haya pronunciado directamente sobre migración y SIDA. Si bien existen leyes en algunos países de América Latina y el Caribe que podrían facilitar la realización de pruebas serológicas para la detección del VIH, “estas leyes tienen poca aplicación en la práctica y las pruebas no se están exigiendo dentro de los exámenes médicos, como un requisito para visas de larga permanencia” (Carrasco, s/f). Inversamente, a pesar de que los

programas de inmigración selectiva -refugiados, retorno de nacionales, estudiantes, etc.- recomiendan no exigir pruebas serológicas, no existe certeza de que esta recomendación haya sido tomada en cuenta y hay denuncias periodísticas que indicarían una práctica contraria.

Se pueden mencionar varios ejemplos concretos y actuales de estas leyes migratorias que impulsan políticas prohibicionistas en los países centroamericanos y que contradicen los acuerdos internacionales firmados por ellos mismos. En la República de Guatemala, el Decreto Ley No. 22-86 del 10 de enero de 1986 en la Ley de Migración y Extranjería, capítulo V, apartado Prohibiciones y Discrecionalidad, artículo 67 dice que: “la Dirección General de Migración podrá suspender o prohibir el ingreso y permanencia de extranjeros por razones de orden público, interés nacional o seguridad del Estado, así como salubridad, moral y buenas costumbres” y en el capítulo 1.º concede vía ordinaria a los extranjeros que desean venir al país, siempre que cumplan con lo especificado en el inciso 3 que solicita certificado médico aunque no explícita sobre pruebas de detección relacionadas a las ETS/VIH/SIDA. El Decreto 54-95 declara al VIH/SIDA como “problema social de urgencia” pero no hace ninguna consideración respecto a su relación con la migración.

En Costa Rica la Ley General de Migración y Extranjería del 8 de abril de 1986, Título Primero, Artículo 21, dice que no se le otorgará la visa de ingreso a quienes tengan algunos impedimentos entre los que figuran: “salubridad o cualquier otro motivo, que se considere inconveniente para la seguridad o tranquilidad pública”. El Artículo 22 dice: “Las visas concedidas a los extranjeros no suponen su admisión incondicional en el territorio de la República. Cualquiera sea su categoría, los extranjeros no serán admitidos si se encuentran comprendidos en algunos de los impedimentos para ingresar”.

En el Título Tercero, Capítulo Primero, Artículo 53 señala que los extranjeros que desean obtener la categoría de residentes temporales deberán cumplir exámenes médicos, aunque no se especifica sobre las pruebas de detección de ETS/VIH/SIDA.

En el Título Cuarto, dice que: “no serán admitidos en el país, aún gozando de visa para tal propósito y podrán ser rechazados en el momento de pretender ingresar al territorio nacional, los extranjeros (...) afectados por enfermedad infectocontagiosa o transmisible que

pueda significar un riesgo para la salud pública”. En el Anteproyecto de Ley General sobre el VIH/SIDA no se hace especificación alguna sobre los migrantes.

En la Ley de Población y Política Migratoria de Honduras, del 25 de Septiembre de 1970, en su Capítulo VIII señala que: “no se permitirá la entrada al país a los extranjeros que se hallen en los casos siguientes: a) que padezcan de enfermedades calificadas como crónicas y contagiosas, tales como la tuberculosis, lepra, tracoma y otras similares, no sujetas a cuarentena”.

En la Constitución Política de la República de Panamá, del 11 de octubre de 1972, en su Reglamento de la Ley de Residentes Pensionados, en el Artículo 12 dice que: “el Estado podrá negar una solicitud de carta de naturaleza por razones de moralidad, seguridad, salubridad, incapacidad física o mental”.

Más adelante, en el Capítulo 1 de las Garantías Fundamentales, en su Artículo 20 señala que: “los panameños y los extranjeros son iguales ante la Ley, pero ésta podrá por razones de trabajo, de salubridad, moralidad, seguridad pública y economía nacional, subordinar a condiciones especiales o negar el ejercicio de determinadas actividades a los extranjeros en general”.

En la Ley No. 7, del 14 de marzo de 1980, en el desarrollo del Artículo 12 de la Constitución se expresa que: “el Consejo Nacional de Legislación decreta, que el órgano Ejecutivo podrá expedir carta de naturalización como panameño a los extranjeros que encontrándose en algunos de los casos previstos en el Artículo 10 de la Constitución Nacional la solicite, cumpliendo los trámites que establece la presente Ley, salvo la potestad discrecional que por razones de moralidad, seguridad, salubridad, incapacidad física o mental; conserva el Estado”.

En el Decreto Ejecutivo No. 62, del 4 de agosto de 1987, en el Reglamento de la Ley No. 9, en su Artículo 5 incluido en los requisitos para solicitar visa de turista pensionado, en el punto No. 4 dice: “certificado médico expedido por profesional idóneo para ejercer la medicina en el Territorio Nacional, haciendo constar que el solicitante no padece enfermedades mentales o infectocontagiosas”. Así también en los Artículos 10 y 11 referidos a las solicitudes para obtener la visa de rentista retirado se incluye entre los requisitos, en el punto 2 del último Artículo: “certificado médico expedido por profesional idóneo,

haciendo constar que el solicitante no padece enfermedades mentales o infectocontagiosas”.

Las personas que soliciten visa de Transeúnte deberán presentar al cónsul de Panamá, según el Decreto Ley No. 16, del 30 de junio de 1960, sobre Migración, en el Capítulo II Transeúntes punto B: “certificado de buena salud, expedido no más de treinta (30) días antes de la fecha de solicitud, en el que conste que el solicitante no padece de enfermedades infectocontagiosas ni mentales, certificado de vacuna contra la viruela o contra otras enfermedades que las circunstancias exijan”.

En el Artículo 18 del mismo Capítulo establece que: " los empresarios de establecimientos de espectáculos públicos tales como clubes nocturnos y salones de baile, podrán traer al país, previa autorización del Departamento de Migración del Ministerio de Gobierno y Justicia, artistas para que trabajen temporalmente en dichos establecimientos. Las personas que ingresen al país de conformidad con lo establecido en el presente Artículo deberán cumplir además con los requisitos que para los Transeúntes establece el Artículo II de este Decreto Ley. El Ministerio de Gobierno y Justicia podrá, en cualquier momento por razones de orden público, de moralidad o de salubridad, ordenar la salida del país de tales personas”.

En el Capítulo V, en su Artículo 26, dice que las solicitudes de visa de inmigrantes deberán contener los siguientes datos y documentos: “certificado de buena salud en el cual conste, por lo menos que no padecen enfermedades infectocontagiosas ni mentales”.

En la Ley de Extranjería de El Salvador, promulgada por Decreto No. 299, el 18 de febrero de 1986, el Capítulo IV Procedimiento, Jurisdicción y Competencia, en el Artículo 38 se menciona que la solicitud para obtener la calidad de salvadoreño por nacimiento deberá acompañarse de: “certificado de salud expedido por médico de reconocida honorabilidad, en el cual conste que no padece enfermedades infectocontagiosas”.

La Constitución Política de Nicaragua, del 19 de noviembre de 1986, prescribe que: “los extranjeros pueden ser nacionalizados, previa renuncia a su nacionalidad y mediante solicitud ante autoridad competente, cuando cumplieran los requisitos y condiciones que

establezcan las leyes de la materia” entre las que se incluyen las sanitarias.

En México se sancionó en 1993 la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección ‘por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, que en el inciso 6.3.4. indica que la detección “no deberá ser considerada como control para la rescisión de un contrato laboral, la expulsión de una escuela, la evacuación de una vivienda, la salida del país o ingreso al mismo tanto de nacionales como de extranjeros. En el caso de estos últimos, no será causal para negar residencia ni podrá ser utilizada para la deportación”.

Si bien Venezuela no se encuentra entre los países de la región centroamericana, consideramos pertinente señalar que en dicho país no existe una legislación que regule las situaciones de inmigración y otras referidas al SIDA. Pero dos viejas leyes podrían ser aplicadas al caso: la Ley de Extranjeros y su reglamento del año 1942 y la Ley de Inmigración y Colonización de 1966 que impiden el ingreso de extranjeros que padezcan enfermedades contagiosas o que comprometan la salud pública.

En resumen, resulta evidente que en la legislación vigente no aparecen precisiones sobre el VIH/SIDA que regulen las acciones a tomar con las personas que llegan a un país proveniente de otro, ya sea como turistas, migrantes temporales o definitivos. Sin embargo las Constituciones y Leyes de todos los países de la región enfatizan la posibilidad de impedir la entrada de un extranjero basados en razones de salubridad. Aún a riesgo de resultar reiterativos, las decisiones en la materia quedan en la esfera de los funcionarios que interpretan y aplican la ley.

Además de las normas jurídicas analizadas, hay otros materiales impresos sobre la migración y las ETS/VIH/SIDA en Centroamérica y México como productos de reuniones, consultas e informes de organismos internacionales y regionales interesados en el tema. Algunos de estos materiales contradicen la visión que acabamos de presentar. Por ejemplo, un informe de la Deutsche AIDS Hilfe/Berlín, de 1991, señala que en la Región Latinoamericana y del Caribe muchos países exigen la prueba serológica de anticuerpos contra el VIH a todos aquellos que soliciten visas de larga permanencia, como en Argentina, Belice, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, El Salvador, Paraguay, México y Uruguay. Otro grupo

de países, según este informe, a pesar de no exigirlo en forma expresa tienen una política no muy clara con relación al SIDA y el tránsito internacional. Ellos son Brasil, Haití, Honduras y Venezuela.

La Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y los Derechos Humanos efectuada en Ginebra, en septiembre de 1996, produjo un Informe del Secretariado General de Naciones Unidas. En él se menciona a grupos que pueden verse seriamente afectados y destaca a los migrantes, así como sus derechos a la libertad de circulación, a pedir asilo y a gozar de él. Uno de los mecanismos por el cual se afectaría a ciertos grupos es por la selectividad con que se presenta la epidemia. El documento identifica en esta situación a las mujeres, los niños, los pobres, las minorías, los indígenas, los migrantes, los refugiados y las personas interiormente desplazadas, los discapacitados, los presos, los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y los que se inyectan drogas; es decir los grupos que ya sufren de falta de protección de sus derechos humanos y discriminación o marginalización por su situación jurídica o ambas cosas. La falta de protección de sus derechos humanos inhabilita a estos grupos para evitar la infección o para hacer frente al VIH/SIDA, si ya están afectados por él.

Entre los derechos humanos relevantes para la relación entre la migración y el VIH/SIDA figuran el derecho a la libertad de circulación y el derecho a pedir asilo y a gozar de él. La transgresión de estos derechos incrementa la vulnerabilidad a la infección por VIH. Por ejemplo, muchos Estados no permiten a los migrantes estar acompañados por los miembros de su familia. La soledad resultante de esta situación de aislamiento puede aumentar la vulnerabilidad a la infección por el VIH, como se ha comprobado en investigaciones realizadas en la región (Bronfman y Minello, 1995). En el caso de los refugiados, las pruebas obligatorias como requisito para el asilo pueden tener como consecuencia que a los miembros de una familia que resulten VIH positivos se les niegue el asilo, pero se les conceda al resto, propiciándose así la ruptura de las estructuras familiares.

Más allá de estas descripciones, algunos trabajos proponen posturas claras para defender la no-discriminación, incluso por razones de salud pública. El argumento, muy sólido, señala que: “mientras la discriminación, la estigmatización y la violación de los derechos humanos continúen, la idea de que los infectados forman parte de

grupos especiales no dejará de existir y la percepción de riesgo de quien no se considere parte de estos grupos será nula o casi nula, aumentando la posibilidad de que se infecte.

Por su parte, los afectados se alejarán cada vez más de las medidas de prevención que se adopten y se volverán cada vez más renuentes a acudir a los sitios donde se les puede brindar ayuda por miedo a ser discriminados”(Rico et.al, 1995).



III

El panorama epidemiológico del VIH/SIDA en la región

La ausencia de información que caracteriza a gran parte de la región también se hace presente cuando se trata de tener datos epidemiológicos precisos. Una vez más, México -aún con sus deficiencias- presenta datos más confiables y actualizados que el istmo centroamericano. En el “Informe de la Epidemia Mundial del VIH/SIDA” producido por ONUSIDA, en diciembre de 1997, tampoco se presentan datos específicos para Centroamérica y los datos para esta región están incluidos en el conjunto de datos para América Latina.

En América Latina hay 1.3 millones de personas que viven con VIH/SIDA pero la región manifiesta una gran diversidad que se expresa en la coexistencia de distintas epidemias con dinámicas propias. Al menos tres pudieron ser identificadas y ellas guardan relación con los factores de riesgo asociados (Bronfman y Magis, 1996):

- a) predominio de la transmisión por contacto homosexual masculino en el área Andina y en México;
- b) predominio de la transmisión homosexual pero con un rápido incremento de usuarios de drogas intravenosas en el cono sur;
- c) predominio de la transmisión heterosexual en el Caribe y Honduras.

Sin lugar a dudas, Honduras es el país que en Centroamérica ha sido más afectado por la epidemia. Aún tomando en cuenta las deficiencias apuntadas en los datos, este país da cuenta de más de la mitad del total de casos reportados en toda América Central. Las causas de esta situación son variadas pero hay dos que deben ser destacadas. En primer lugar, la presencia de ciertos patrones culturales para los cuales la masculinidad implica tener varias parejas. Un estudio reciente muestra que el 76% de los hombres encuestados

mantienen varias relaciones sexuales, en forma paralela. En segundo lugar, aunque no hay ningún estudio publicado que lo respalde, está la presencia de causas más coyunturales como la instalación de las bases del Ejército de EUA en la década de los 80's, asociado a la guerra en Nicaragua, la gran actividad en Puerto Cortez y la proliferación de las maquilas -factorías textiles donde hay 12 mujeres por cada hombre- (Gómez Nadal, El País, 1997). Según información de las ONG cada día mueren cuatro personas por culpa de la enfermedad y la situación esta adquiriendo características "africanizadas" (Enoc Padilla, comunicación personal, SB).

El resto de los países de Centroamérica presentan datos mucho menos confiables por lo que no tiene sentido focalizar la atención en ellos; en cambio vale la pena rescatar las tendencias. Según ellas la mayoría de los casos se localizan en las capitales o en las grandes ciudades y las tendencias epidemiológicas muestran que la epidemia se está moviendo hacia las generaciones más jóvenes y a grupos específicos de la población. Al igual que en otras regiones hay un incremento de la transmisión heterosexual y por lo tanto, un aumento de mujeres y de niños infectados. Lo que cuenta de manera fundamental para la relación entre migración y SIDA es que han comenzado a reportarse casos de SIDA en el ámbito rural y que hay un incremento importante del sexo comercial en las rutas internacionales que conectan a los países de la región entre sí y a éstos con México y los EUA. Este hecho responde al aumento de las comunicaciones en general y al tráfico comercial en particular (Epi Fact Sheet, 1997).

Si bien ONUSIDA afirma que Guatemala, El Salvador, Panamá y Nicaragua están en una fase temprana de la epidemia (Epi Fact Sheet, 1997), por lo menos para este último país la falta casi absoluta de información podría estar ocultando una epidemia de mayor envergadura.

En México se encuentran presentes, aunque en grados diversos, los tres modelos que identificamos para América Latina. En las grandes ciudades predomina la transmisión homosexual; en el noroccidente -frontera con los EUA- ha ganado importancia el uso de drogas intravenosas y en la frontera sur están presentes algunos de los factores responsables del fenómeno centroamericano de la

heterosexualización (Bronfman y Magis, 1996). En diciembre de 1997 se habían reportado en todo el país 33,632 casos acumulados. Esta cifra, corrigiendo la subnotificación superaría los 53,000 casos y las proyecciones para el año 2000 estiman que habrá entre 69,000 y 74,000 casos (SIDA/ETS, 1997). En los comienzos de la epidemia no había casos de SIDA rural pero en la actualidad ya constituyen más del 5% del total de casos y este fenómeno está inevitablemente asociado a la migración (Bronfman y Minello, 1995), constituyéndose en un indicador del impacto creciente que la migración está teniendo en la modificación de las tendencias epidemiológicas. Ese porcentaje se distribuye desigualmente en el país habiendo estados como Hidalgo y Zacatecas donde los casos rurales superan al 20% del total de casos (Magis, Loo y del Río, 1997). Las propias autoridades de salud han reconocido este hecho y el Secretario de Salud señaló recientemente que: “los trabajadores migrantes se infectan en los EUA, a su regreso diseminan el VIH y la mayoría de ellos no saben que están infectados”. (The News, 1997).

El VIH/SIDA en poblaciones migrantes en México

Reiterando lo que se afirmó más arriba, hay una ausencia casi absoluta de información para la región centroamericana. En México, en cambio, diversas investigaciones permiten tener un panorama general de las condiciones migratorias, algunas de las cuales generan el escenario propicio para la multiplicación del VIH. Además, hay algunos estudios que hacen referencia a aspectos de la transmisión del VIH en grupos espeáficos de migrantes.

La frontera sur de México limita con Guatemala y Belice. Es a través de esta frontera por donde circulan los migrantes centroamericanos que se dirigen a los EUA y los refugiados, que sobretodo en los 80's ingresaron a México. Gran parte de ellos carecen de la documentación que legalice su situación. La ilegalidad migratoria determina condiciones de marginación y explotación que se vinculan a la falta de acceso a los servicios sociales y de salud. Las situaciones de origen de los migrantes se caracterizan a su vez, por la violencia, el deterioro de las estructuras sociales y culturales del

grupo de pertenencia y la violación sistemática de los derechos humanos (Farías y Jenkins, 1991).

La investigación específica sobre SIDA en la frontera sur de México es muy incipiente. Algunos pocos estudios realizados en mujeres dedicadas al sexo comercial en diversas ciudades del estado de Chiapas identificaron que la mayoría provenían de América Central y si bien, no se localizaron anticuerpos positivos para VIH, el 37% presentó ETS, siendo las más frecuentes la condilomatosis, candidiasis, trichomoniasis, gonorrea y sífilis. (Pérez López *et al.*, 1991). Otros estudios confirman la presencia de distintas variedades de ETS que se han ido incrementando hacia 1993 (Uribe y Bronfman, s/f).

En la actualidad se encuentran en desarrollo un conjunto de proyectos en esta región que pretenden cuantificar las prevalencias de VIH y ETS, diseñar y aplicar estrategias preventivas, caracterizar la dinámica social asociada al sexo comercial e identificar situaciones específicas en los diferentes grupos asociados a dicha dinámica. Estos proyectos están en ejecución y si bien, es prematura la presentación de datos, puede afirmarse que en un plazo cercano se dispondrá de información y experiencia que en este momento están absolutamente ausentes. A este enriquecimiento contribuirán también algunos estudios que comenzaron a desarrollarse en los países de América Central. Por ejemplo, una investigación sobre camioneros o trailereros (*truck-drivers*) apoyada por el gobierno de Holanda que se lleva a cabo en casi todos los países de la región (CONFESIDA/ILPES, 1996) y otros proyectos que se están iniciando en la región como una investigación epidemiológica en la frontera entre Honduras y Guatemala (Fulladolsa, comunicación escrita, 1997).

A diferencia de lo que ocurre en el sur, la migración de mexicanos hacia los EUA ha sido muy estudiada a lo largo del tiempo y algunos trabajos han sido dedicados a analizar el impacto y las consecuencias que esta migración tiene en la transmisión del VIH/SIDA.

Un primer dato importante que orientó los primeros trabajos sobre el tema es la diferencia en las tasas de incidencia del SIDA en ambos países (Bronfman, 1988). A ello hay que sumarle que el grueso de los migrantes temporales mexicanos a los EUA se dirige a los estados que concentran las tasas más elevadas dentro de la Unión Americana. Para diciembre de 1991, la OMS señalaba para EUA 199,406 casos con una tasa de 809 por millón, mientras que para México la

tasa era de 119 con 9,239 casos. Dentro de los EUA, los estados más afectados eran California, Texas, Nueva York, Nueva Jersey y los cuatro, junto con Florida e Illinois están incluidos entre los seis que reciben el mayor flujo migratorio ya que concentran un 72.2% de la inmigración total de mexicanos (Warren, 1990). Además de esta importante coincidencia, en 1988 aproximadamente el 30% de los casos de SIDA en EUA se localizaban en estados de la frontera sur, en zonas de atracción o paso de migrantes (Bronfman, 1989). Además, el VIH/SIDA estaba y sigue estando sobrerrepresentado en las zonas expulsoras de migrantes.

Otro elemento que dió lugar a las primeras investigaciones estuvo relacionado con las características demográficas de los migrantes. La composición por edad y sexo del flujo migratorio mostraba que la mayoría eran personas jóvenes, con una edad promedio cercana a los 26.2 años y que el 84.3% se encontraba comprendido entre los 15 y los 34 años. En relación con la composición por sexo, los hombres constituían el 89.1% del total. Este perfil era bastante coincidente con el de los casos de SIDA registrados en México para estas variables (Boletín Mensual SIDA/ETS, 1992).

Esta coincidencia no permitía por sí sola afirmar ninguna relación causal entre ambos fenómenos; pero otros datos permitían suponer que había una alta probabilidad de que los migrantes incrementaran sus prácticas de riesgo en función de que:

- a) el 58.3% de los migrantes son solteros y el resto viaja, en gran parte, sin sus esposas o compañeras;
- b) al llegar se enfrentan a una sociedad con costumbres sexuales más "abiertas" que las de su lugar de origen;
- c) se trata de un grupo en la edad de mayor actividad sexual;
- d) su receptividad a las campañas educativas y preventivas habituales contra el VIH/SIDA es baja por sus condiciones de vida, su bajo nivel educativo y su desconocimiento del inglés.

Entre los casos de SIDA en México se ha mantenido en forma constante un 10% que registra antecedentes de residencia en los EUA. Este grupo se diferencia claramente del conjunto de enfermos registrados en el país y su perfil demográfico se asemeja al de los migrantes temporales: la proporción de hombres es mucho mayor y el grupo de 25 a 44 años está sobrerrepresentado. También se incrementa la proporción de usuarios de drogas intravenosas acercándose

así al patrón epidemiológico de los EUA. Pero lo más notable es el cambio en la composición ocupacional de estos grupos: a partir de 1987 ha venido incrementándose en forma notable la proporción de asalariados no manuales, obreros, artesanos, campesinos y trabajadores agrícolas que en abril de 1989 ya daban cuenta del 44% de los casos con antecedentes de residencia en los EUA (Bronfman, 1990).

Nuevas evidencias sobre la relación entre migración y SIDA fueron aportadas más recientemente. La primera persona afectada por el SIDA en zona rural se conoció en 1986, tres años después del primer caso de SIDA informado en la Ciudad de México. Una proporción del 25% de los casos rurales tiene antecedentes de migración temporal a los EUA contra 6.1% de los casos urbanos. La distribución global por sexo muestra importantes diferencias significativas, con una proporción de 21.3% de casos femeninos en áreas rurales, comparado con una proporción de 14.4% de casos femeninos en áreas urbanas. Existe una mujer por cada cuatro hombres con SIDA en el área rural y seis hombres por cada mujer en el medio urbano. Las tasas de prevalencia en hombres son, en promedio, casi tres veces y medio más altas que las tasas en mujeres. El patrón de transmisión rural en este momento no representa un problema significativo por el número de enfermos, pero es importante señalar que es un patrón diferente al que México ha enfrentado en los últimos 10 años. Tiene la posibilidad de ganar importancia en el futuro, ya que no se prevé que disminuya su principal componente: la migración a los Estados Unidos. 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 (Magis *et. al.* , 1995).

En un trabajo dedicado a revisar el impacto de la epidemia entre las mujeres, se señala que la tendencia a la ruralización de la epidemia, asociada a la migración interna y sobre todo internacional -de trabajadores temporales hacia los EUA- puede resultar en efectos demográficos y sociales de gran impacto. Según datos recientes sobre los casos de SIDA en el ámbito rural se ha identificado que los sitios de residencia son localidades pequeñas de áreas tradicionalmente expulsoras de mano de obra agrícola temporal hacia otras regiones

del país y sobre todo, a los EUA. Es importante resaltar que la forma de transmisión dominante entre los casos rurales en hombres es la heterosexual con 28%, seguida de las prácticas bisexuales con 26% de los casos. De acentuarse la tendencia a la ruralización de la epidemia en México, asociada a la migración interna e internacional, las mujeres sufrirán un impacto aún mayor en las áreas rurales por dos motivos: en primer lugar, sus condiciones de desventaja en la gran mayoría de las áreas rurales en México son todavía más acentuadas que en las áreas urbanas del país, por lo que la posibilidad de hablar con sus parejas sobre cualquier aspecto de su sexualidad incluidas prácticas sexuales fuera de la relación es menor, y por lo tanto, la capacidad para negociar la adopción de medidas preventivas es también más reducida. En segundo lugar, el tamaño de las localidades de residencia habitual de estos casos puede permitir que la diseminación interna produzca prevalencias relativamente altas en poco tiempo con impactos económicos, demográficos y sociales potencialmente devastadores (Del Río-Zolezzi et al., 1995).

Otro problema asociado a la migración es el incremento en el uso de drogas inyectables. Un trabajo realizado sobre el tema enfatiza este problema y señala que: “el que este fenómeno se dé principalmente en ciudades fronterizas del norte de la república y debido a la gran migración hacia los EUA nos lleva a pensar en que sea un foco de expansión de la epidemia del SIDA, tanto localmente como hacia otras regiones del país” (Ruiz Badillo et al., 1997).

Hay algunos estudios locales sobre la relación entre migración y SIDA realizados principalmente en lugares de alta expulsión migratoria. Pineda et al., (1992) en un trabajo sobre Michoacán, señalan que las áreas del Estado de mayor migración a los EUA fueron las más afectadas por el VIH/SIDA, el 39% de los casos tenía antecedentes de residencia en los EUA. En las conclusiones se afirma que la población campesina masculina en edad reproductiva y económicamente activa es altamente vulnerable a la infección por el VIH es la que más emigra y los casos con factor de riesgo sexual son casos de importación.

La certeza sobre el impacto de la migración en la difusión del SIDA está reforzada por declaraciones de funcionarios del sector salud a los medios de información y por notas realizadas por periodistas serios. Como ejemplo de este tipo de documentos se pueden citar las

declaraciones aparecidas en un periódico nacional que dice: “el fenómeno de la migración en Zacatecas ha genera’do la ruralización del SIDA entre los habitantes de estas zonas. En el marco del Día Mundial contra el SIDA, un investigador planteó que a diferencia de otras entidades del país, donde la enfermedad se presenta en las áreas urbanas, en Zacatecas se ha detectado un incremento de casos en las zonas rurales debido principalmente al flujo migratorio de zacatecanos hacia los EUA” (CRÓNICA, 2 de diciembre de 1997. Guillermo Correa Pacheco, corresponsal en Zacatecas).

El VIH/SIDA en la población migrante en los EUA

La otra cara del problema puede ser vista a partir de los trabajos realizados sobre la población de migrantes latinos en los EUA. También en este rubro se repite la misma constante: no hay información sobre centroamericanos y la que se refiere a “latinos” o “hispanos” puede asimilarse a mexicanos, ya que éstos constituyen la gran mayoría.

Dos estudios cualitativos realizados en Watsonville (Bronfman y Minello, 1995) y en Los Ángeles (Bronfman y Rubin-Kurtzman, en prensa), muestran que el impacto de la migración se refleja evidentemente en la modificación de los hábitos sexuales y en la adopción de prácticas de riesgo para diseminación del VIH.

Organista y Balls Organista (1997) hicieron una revisión de la literatura existente en este tema y citando a otros autores, presentan algunos datos interesantes. En primer lugar, afirman que los migrantes se han convertido en otro “grupo de alto riesgo”. Señalan las dificultades para cuantificar el número exacto de migrantes en sus diferentes tipos por las divergencias entre las fuentes pero identifican sus características socioeconómicas: bajos ingresos, baja educación, predominantemente de sexo masculino, aunque un tercio son mujeres o niños y uno de cada cuatro son indocumentados. También confirman las dificultades para hacer estimaciones de prevalencia de VIH. En los estudios que refieren se registran tasas muy diferentes, desde un 13% en un estudio de Jones et al. en Carolina del Sur, hasta un 0% en un trabajo de López y Ruiz en el norte de California. En cuanto al conocimiento sobre el SIDA, éste parece ser alto, aunque no homogéneo y persisten mitos importantes. El uso del condón

también registra altibajos y parece que las estrategias seguidas para incrementarlo no han sido muy exitosas. Finalmente proponen una serie de prioridades para la investigación y para intervenciones preventivas. Sobre estos últimos aspectos no insistiremos en esta parte pues serán retornados en los siguientes capítulos de este trabajo.

Con relación a esta población -los migrantes en EUA- las notas periodísticas han sido abundantes. Los principales periódicos han publicado artículos fundamentados que contribuyen a conformar un panorama más adecuado del problema. A modo de ejemplo reseñamos un artículo reciente aparecido en una publicación del Instituto PANOS en enero de 1997.

Según el último informe del New York Health Department, los mexicanos ocupan el octavo lugar en términos absolutos por casos de SIDA (161) reportados para marzo de 1996, entre los grupos de inmigrantes. Sin embargo, se encuentran en el segundo lugar, después de los haitianos, en términos de casos acumulados por cada 100.000 habitantes.

El riesgo al que está expuesto un inmigrante al contraer el VIH está en relación directa con el lugar de destino. Muchos trabajadores son usualmente hombres con un nivel mínimo de escolaridad que laboran en granjas en los EUA, y que tienen contacto con trabajadoras sexuales. Pero en Nueva York, el estado con más casos de SIDA en la Unión Americana, las posibilidades se multiplican.

El paso de las pequeñas localidades a las grandes ciudades no sólo abre nuevos horizontes económicos sino una nueva gama de oportunidades sexuales. Varios inmigrantes mexicanos en Nueva York coinciden en señalar que las condiciones de vida en la ciudad son duras. Unos comienzan a tomar y acuden a las casas donde se practica el sexo comercial de Queens, por ejemplo, donde mujeres de diversas nacionalidades los reciben en los cuartos de azoteas o detrás de tiendas disfrazadas de zapaterías. Otros, de camino al trabajo se encuentran con mujeres drogadictas. "A ellas no les importa", señala Rogelio Pérez, poblano, residente en Nueva York, "infectan a los demás con tal de que le dé 3 dólares para el crack".

Según Pérez, algunos inmigrantes mexicanos también tienen relaciones sexuales con otros hombres y otros recurren al comercio sexual como último recurso para ganar unos dólares extras.

Muchos inmigrantes son VIH positivos y no lo saben. Regresan a

sus pueblos de vacaciones o para las fiestas patronales e infectan a sus parejas sexuales, o acuden al sexo comercial local donde la enfermedad se transmite a las trabajadoras sexuales del pueblo.

“En muchos lugares ni siquiera saben de qué se están muriendo”, señala el Cónsul José Antonio Lagunas, encargado de la Oficina de Comunidades Mexicanas en el Extranjero, del Consulado de México en Nueva York. Lagunas fue de los primeros en detectar la magnitud del problema, ya que por su oficina pasan todos los casos de los mexicanos que mueren en Nueva York y las áreas cercanas.

IV

Conocimientos sobre ETS/VIH/SIDA entre la población migrante

En varias partes de este texto se insistió en las características de los migrantes y en la ausencia generalizada de información. Una vez más hay que insistir en la imposibilidad que hubo para conseguir la información de Centroamérica sobre el estado de los conocimientos de la población en general y de los migrantes en particular con relación a ETS/VIH/SIDA. Hay evidencias indirectas de que algún material existe para la población en general pero no hay ninguna que apunte a datos sobre conocimiento entre los migrantes. Un reporte producido por una misión de evaluación enviada a Centroamérica por los gobiernos de Noruega, Países Bajos y Suecia señala que: “muchísima información ha sido transmitida a través de los medios de comunicación de masas. No se ha realizado ninguna evaluación acerca del impacto de estas campañas, pero ha habido críticas al contenido excesivamente simbólico de los mensajes y hacia estrategias destinadas a incrementar el conocimiento antes que a cambiar comportamientos”.

Las condiciones en que se encuentran los diferentes tipos de migrantes permiten imaginar su acceso limitado a las actividades educativas que les permitirían informarse, sensibilizarse y concientizarse respecto al riesgo de contraer ETS/VIH/SIDA. Como se verá más adelante, existen algunos intentos aislados para informar a las poblaciones móviles -migrantes, turistas o refugiados- pero en general hay muy poca información sobre el nivel de conocimientos que estas poblaciones tienen sobre ETS/VIH/SIDA.

En la frontera sur de México, resultados parciales de un estudio sobre salud de las mujeres guatemaltecas refugiadas en Chiapas (ACNUR, mimeo, 1992) que incluyó temas relacionados al conocimiento que ellas tenían respecto a sexualidad, embarazo, algunas enfermedades y planificación familiar en una muestra del

20% de la población femenina de los campamentos de refugiados de esa región, se encontró que un 62% de las mujeres mencionadas tiene su primer embarazo antes de los 17 años y un 11% antes de los 15. Las encuestadas percibían ese hecho como un riesgo para su salud y explicaban su ocurrencia por la falta de información ya que desconocen el vínculo entre las relaciones sexuales y el embarazo. El 55% no conoce la existencia de los métodos de planificación familiar y sólo un 0.7% mencionó conocer el condón.

En otra investigación realizada entre trabajadoras sexuales y sus clientes, que incluyen migrantes y trailereros en Chiapas, con el objeto de diseñar una intervención, se reportó que “la primera evidencia fue la desinformación de la población estudiada en relación con el uso del condón y con muchos aspectos de la sexualidad humana”. En el caso de las trabajadoras sexuales, esta desinformación llegaba al extremo de que las pruebas periódicas a las que eran sometidas tenían un efecto inesperado: al brindar una falsa apariencia de seguridad promovían el no uso de medidas preventivas (Uribe y Bronfman, 1997).

Sobre la población que migra hacia los EUA, hay varios estudios que evalúan su nivel de conocimientos, aunque hay que destacar que la mayoría de estos trabajos no tenían esa evaluación como su objetivo principal. Estos estudios se han hecho en territorio mexicano, otros en los EUA y algunos en ambos lados de la frontera con fines comparativos.

Un estudio patrocinado por CONASIDA de México tenía como objetivo evaluar el impacto de una intervención educativa en localidades de dos estados -Morelos y Guanajuato- de donde salen migrantes temporales a diferentes estados de los EUA, principalmente a California y Florida. Para ello se hizo un estudio basal que midió el nivel de conocimientos, en el que se entrevistaron a 76 personas. La conclusión a la que arribaron los investigadores es que el conocimiento “es bajo, desigual y mezclado con mitos y prejuicios. La vía de transmisión más identificada es la sexual, en menor medida la sanguínea y mínimamente la perinatal. Las mujeres creen que las personas con mayor riesgo son los hombres con prácticas promiscuas. La migración es clave en el nivel de conocimientos. Hay diferencias en información y percepción de riesgo de acuerdo con el sexo y la edad. El abordaje de temas de sexualidad es difícil y conflictivo. Los

varones gozan de “autorización” social para hacerlo entre ellos, pero las mujeres no. Las jóvenes poseen un conocimiento escolarizado, deficiente, fragmentado y poco socializado; las casadas son el grupo con menor información y tienen menos posibilidades de tener control sobre la modificación de prácticas de riesgo ya que padecen un drástico aislamiento, no poseen espacios propios de socialización y no tienen identidad social. La disposición para recibir información sobre VIH/SIDA es total. Las fuentes de información más mencionadas fueron la televisión y la escuela”. Como sucede en la mayoría de los casos, los conocimientos se incrementaron con la intervención. Concluye el informe: “el SIDA está muy lejos de ser conceptualizado como un problema público en el medio rural; resulta prioritario brindar información básica sobre VIH/SIDA. Hablar de sexualidad representa virtualmente una transgresión por lo que es importante realizar estrategias educativas específicas y adecuadas a esta población”.

Una investigación realizada en Los Ángeles entre migrantes mexicanos llegó a conclusiones igualmente pesimistas. Se afirma allí que “los bajos niveles de educación formal, las altas tasas de analfabetismo - alrededor del 10% - y el deficiente manejo del inglés, influyen en el comportamiento sexual de los migrantes, ya que reduce la eficacia de las campañas educativas convencionales; limita su capacidad para leer material educativo o para asimilar la información verbal y los priva de la información oportuna que facilitaría una prevención adecuada”. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, todos los entrevistados “saben que el SIDA es una enfermedad. Las intensas campañas educativas lograron un impacto y todos refieren haber recibido alguna información pública sobre el SIDA. Las principales fuentes de información son los medios, especialmente la televisión, las escuelas, los programas de educación para adultos y las iglesias”. Pero cuando se analiza el contenido de la información que poseen, ésta resulta ser insuficiente. “A pesar de que la población migrante vive en un contexto de extensa cobertura informativa, tiene un conocimiento fragmentado de las situaciones específicas en las que el SIDA puede ser adquirido”(Bronfman y Rubin-Kurtzman, en prensa).

Otro estudio realizado entre migrantes mexicanos temporales a los EUA concluye que: “las mujeres conocen qué es el SIDA y cómo

se transmite. Las respuestas recogen gran parte de los mensajes que en estos últimos años se han intentado transmitir. Ellas señalan que el SIDA se puede contagiar teniendo relaciones con alguna persona infectada, compartiendo una jeringa, por transfusiones, por tener relaciones por el recto, por hacerse tatuajes, etc. Cambian las verbalizaciones, el orden de los mecanismos de transmisión, el énfasis en uno o varios de ellos, pero básicamente el nivel de información resulta aparentemente adecuado y suficiente” (Bronfman y Minello, 1995).

Las fuentes de información más mencionadas eran la televisión -canales en español en los que son frecuentes los programas sobre SIDA-, las personas que dan pláticas sobre el SIDA y la escuela. La migración los expone a informaciones, tanto personales como por los medios masivos de comunicación, que aumentan su nivel de conocimientos compensando en parte, el incremento de los riesgos.

Esta exposición a la información también se da en su lugar de origen -Gómez Farías, Michoacán- ya que muchos hogares captan los programas de televisión que veían en los EUA. Debe destacarse que la comunicación se refuerza cuando entre quienes transmiten el mensaje hay personas que señalan ser enfermos o estar infectados.

En los temas relacionados con la sexualidad la mayor parte de las mujeres confían, como fuente de conocimientos, en lo que les dicen sus esposos y/o compañeros, en sus amigas y, a veces, en sus padres o madres. Este punto debe tenerse presente, en tanto parecería que una de las vías para inducir el posible cambio a prácticas de menor riesgo estaría dada no sólo por los medios masivos de comunicación -que sirven, por supuesto, para informar y sensibilizar sobre el problema- sino por los familiares más cercanos y a veces por sus pares.

En cuanto a la información que los migrantes varones tienen sobre el SIDA podría esperarse, a priori, que fuera muy buena. En los EUA se habla mucho sobre SIDA y los migrantes están expuestos a pláticas sobre la enfermedad y los cuidados necesarios para evitar el contagio, no solamente en la televisión sino también en los campos de trabajo, en los lugares donde viven y en las escuelas a las que concurren muchos de ellos. Sin embargo, la información presenta algunas lagunas o deformaciones, hay dudas o mitos sobre la transmisión -algunos hablan del riesgo de los besos o de compartir los trastes de

cocina-, se mantienen prejuicios a cerca de los “grupos de riesgo” y no hay mención sobre la transmisión madre-hijo.

Es importante destacar, ya que hay suposiciones de lo contrario, que la preferencia sexual no parece incidir en una mayor o menor información. Sin embargo, entre los varones heterosexuales está muy acentuada la idea de que son las trabajadoras sexuales las que transmiten el VIH.

Para los varones migrantes, la televisión continúa siendo un medio de información creíble y además, confían en sus mayores, a veces en sus pares, en los médicos, en las “personas preparadas” y en los sacerdotes.

Para los homosexuales, en cambio, sus compañeros guys son la fuente más confiable de información sobre el SIDA.

El trabajo antes citado de Organista y Balls Organista (1997) menciona las investigaciones que acabamos de reseñar e incluyen algunas otras. La mayoría concuerda con el patrón descrito: los migrantes disponen de información sobre los principales mecanismos de transmisión pero entre un tercio y la mitad de ellos aún creen en que la picadura de mosquitos, los besos, los baños públicos y otros contactos casuales pueden ser igualmente efectivos en la transmisión. Otros estudios confirman la hipótesis de que los migrantes tienen menos conocimientos que los blancos americanos y las mujeres menos que los hombres.

Contradiendo todos estos hallazgos, un estudio de López y Ruiz (1995), encuentra en una muestra en el norte de California que el 21% de los entrevistados nunca oyó hablar del SIDA.

En resumen, las evidencias sobre el conocimiento relacionado con el SIDA muestran una situación contradictoria: hay información pero en muchos casos ésta va de la mano con contenidos incorrectos. Parecería haber un sincretismo entre la información que ayuda a prevenir con la que ayuda a confundir. No hay evidencia, en cambio, de estudios profundos y rigurosamente realizados entre los migrantes de la región que evalúen la utilidad real del conocimiento que los migrantes tienen. Un tema diferente, que será discutido más adelante, es el de la dificultad -a veces, la imposibilidad- de aplicar los conocimientos que se tienen aún cuando éstos sean los correctos.



V

Conductas de riesgo para contraer ETS/VIH/SIDA y uso de condón entre la Población Migrante

Se sabe que el conocimiento detallado de las características del SIDA y de los mecanismos de transmisión no garantiza, por sí solo, que se eviten los comportamientos de riesgo. Si a ello se le suman las evidencias que aportan los estudios existentes presentados en los capítulos anteriores -en especial respecto a las condiciones de vida de los migrantes y a sus conocimientos específicos sobre ETS/VIH/SIDA- es de esperar que las conductas de riesgo sean una constante en estas poblaciones. Una vez más, no se ha podido obtener información para la población migrante de Centroamérica, con la excepción de los pocos estudios que se hicieron en el sur de México con trabajadoras sexuales, que en una gran proporción provienen de los países de esa región. Tampoco hay muchos estudios en México sobre los migrantes -internos e internacionales- y la mayor parte de la información disponible corresponde a los migrantes latinos en los EUA que como ya se señaló son en su mayoría mexicanos. La falta de información sobre los migrantes internos en México fue denunciada en un documento preparado por el Programa Nacional con Jornaleros Agrícolas donde se afirma que los estudios en torno al SIDA y la migración “raramente se han enfocado al trabajador agrícola que se emplea dentro de las fronteras de nuestro país”. A pesar de ello “la conducta sexual de los jornaleros migrantes en las zonas de atracción es más conocida y se ha observado que incluye en muchos casos, en especial en el de los hombres solos, actividades de alto riesgo en términos de la transmisión del SIDA. La alta incidencia del alcoholismo, las condiciones de alojamiento de los hombres solos, que unidas a lo anterior propician la producción de encuentros de carácter homosexual, el sexo comercial, y

paradójicamente, algunas prácticas de atención a la salud que implican la aplicación de medicamentos por medio de inyecciones que en muchos casos, se aplican con la misma jeringuilla”. El único trabajo que conocemos donde se analiza la ‘migración interna fue realizado entre obreros de la construcción en la ciudad de México (González Block y Liguori, 1992). Si bien el objetivo central del trabajo fue indagar en la cultura sexual de este sector laboral, los autores señalan que el hecho de estar compuesto por migrantes temporales que vienen solos y que habitan juntos en el mismo espacio en el que trabajan, los lleva a prácticas homosexuales sin protección. Magis et *al.*, (1995) nos dan una idea indirecta de la presencia de prácticas de riesgo entre los migrantes mexicanos cuando comparan los casos rurales con los casos urbanos de SIDA. En primer lugar, encuentran que en los rurales aumenta la proporción de bisexualidad y cuando seleccionan a los que tienen antecedentes de residencia en los EUA, se incrementa la probabilidad de que los factores de riesgo sean haber usado drogas inyectables o haber tenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo comercial. Un estudio realizado entre usuarios de drogas inyectables en Tijuana, ciudad fronteriza con los EUA en la que se registra la mayor cantidad de pasos internacionales del mundo, se encontró que el 92% comparte jeringas y el 35% son hombres bisexuales. Además, los hombres reportan un bajo uso del condón en relaciones vaginales o anales (17%) y las mujeres directamente no lo usan. La prevalencia de VIH en esta población fue del 1.5%, aunque es de hacer notar que la prueba de detección fue voluntaria, por lo que es probable que esa cifra subestime la prevalencia real. Si bien este grupo no puede ser directamente categorizado como migrante, la dinámica de esa ciudad fronteriza, donde se concentran los migrantes a la espera de poder cruzar a los EUA está fuertemente determinada por la migración.

Otra investigación realizada en México intenta identificar y cuantificar las conductas de riesgo entre mujeres casadas o unidas con trabajadores migrantes a los EUA (Salgado de Snyder *etal.*, 1996). Se entrevistó a una muestra de 100 mujeres que habitan en comunidades rurales. La mayoría tenía alguna información sobre el SIDA y una de cada tres se consideraba en riesgo de contraer la infección debido a la actividad sexual extramatrimonial de sus maridos, de la cual tenían sospechas. Pero aún así, la gran mayoría

no hacía nada para prevenir el riesgo de infección. Salgado concluye que se trata de un grupo altamente vulnerable a la infección e identifica cuatro factores de riesgo entre estas mujeres:

- a) tienen contacto sexual no protegido con sus esposos migrantes incluyendo sexo anal;
- b) carecen de información suficiente y adecuada, especialmente en lo que se refiere a medidas preventivas;
- c) se adhieren incondicionalmente a los roles tradicionales de género dictados por la cultura local que implican sumisión y obediencia a la autoridad del marido;
- d) usan inyecciones como un método habitual para enfrentar problemas de salud que son aplicadas por un inyeccionista que no usa jeringas desechables. Esta práctica es especialmente riesgosa ya que en otro trabajo (Hayes-Bautista y Matsui, 1990) se reportó que muchos trabajadores indocumentados que se enferman en los EUA regresan sin diagnóstico a sus comunidades y buscan los servicios del inyeccionista para curar sus dolencias.

En Organista y Balls Organista (1997) se hace referencia a investigaciones que muestran para los migrantes latinos, una alta frecuencia de uso del sexo comercial, el uso de jeringas compartidas con fines medicinales y una creciente práctica de sexo entre hombres. Las mujeres latinas tienen un riesgo relativo entre 8 y 11 veces mayor que las no latinas de contraer el VIH como resultado de tener relaciones sexuales no protegidas con “parejas de alto riesgo”.

En varios de los trabajos utilizados en este documento (Organista y Balls Organista (1997), Salgado de Snyder (1996), Magis *et al.*, (1995) se menciona como fuente de información un estudio realizado hace unos años, en una ciudad expulsora de población en México -Gómez Farías, Michoacán- y una receptora en EUA -Watsonville, California- con el objetivo de evaluar el impacto que la migración tenía en la modificación de los hábitos sexuales de los migrantes mexicanos indocumentados (Bronfman y Minello, 1995). Esta investigación utilizó una estrategia cualitativa en la que se combinaron observación etnográfica, entrevistas a informantes claves y entrevistas a profundidad. Se entrevistaron hombres de diferentes preferencias sexuales -heterosexuales, homosexuales y bisexuales- y mujeres en Gómez Farías y en Watsonville.

De la comparación entre lo reportado como prácticas sexuales en

el lugar de origen y en el de destino resulta evidente que durante el proceso migratorio se producen cambios importantes que deben ser tomados en cuenta por su posible impacto en la transmisión del VIH. Estos cambios tienen lugar de manera diferenciada entre los hombres con diferentes preferencias sexuales y entre las mujeres. Podría afirmarse, de manera muy general, que los heterosexuales aprenden nuevas posiciones en el coito vaginal pero también prácticas de mayor riesgo como el sexo anal y el oral. Otro tanto ocurre con las mujeres, especialmente las que migran solas. Los hombres migrantes encuentran que las parejas femeninas en EUA son más experimentadas y están más dispuestas a participar en encuentros no tradicionales.

Los varones homosexuales, en algunos casos inician las prácticas derivadas de esta preferencia sexual en los EUA o bien la ejercen con mayor libertad que en su lugar de origen. Dos factores concurrentes pueden estar coadyuvando a este desarrollo: por un lado, el hecho de llegar a una sociedad que “tolera” más fácilmente esta elección y por el otro, el sentirse más “libre” del control social y familiar. Los homosexuales entrevistados han tenido en general múltiples parejas: compañeros de trabajo, desconocidos, amigos. Algunos prefieren “gabachos” -nombre que los mexicanos dan a los estadounidenses- otros, a los mexicanos, entre otras razones por el temor al SIDA, que en el imaginario de los entrevistados y de manera muy generalizada, es una enfermedad de los estadounidenses y no de los mexicanos. Las preferencias varían: algunos penetran, otros son penetrados, pero la mayoría ha tenido múltiples experiencias. Todos coinciden en que esta diversidad fue conocida y aprendida en EUA, donde los roles entre los homosexuales están menos estereotipados que en México (Carrier, 1989).

Un grupo que debe ser tomado especialmente en cuenta es el de los hombres que no se autodefinen como homosexuales ni son percibidos por “los otros” como tales, pero que tienen sexo con otros hombres. La evidencia obtenida permite suponer que esta práctica se deriva del estado de soledad y aislamiento y la consiguiente privación afectiva. De las entrevistas en Gómez Farías y de la observación efectuada es posible concluir que esta última práctica -el sexo entre hombres- no la conservan los migrantes en su retorno; en cambio eso no ocurre con las otras prácticas, especialmente el

sexo oral, y en menor medida el anal, que son solicitados por los migrantes a sus parejas durante su estadía en México. Otra situación de alto riesgo fue identificada a partir de información indirecta y confirmada con la observación etnográfica. Los migrantes reciben su pago semanal en cheques. Dado su carácter de indocumentados, su poco o nulo conocimiento del sistema bancario americano y su aislamiento en los fields -nombre con el que se designa genéricamente a los campos donde desarrollan sus tareas agrícolas- no pueden abrir cuentas o canjear los cheques en los bancos. El único lugar en donde les canjean los cheques es en la cantina. En este escenario se junta la disponibilidad de dinero con la de alcohol. El tercer personaje que completa el panorama de riesgo es la trabajadora sexual drogadicta que se instala en los alrededores de las cantinas. Se trata de mujeres que ofrecen sus servicios sexuales por el equivalente al costo de una dosis de droga inyectable, por lo que son más baratas que el resto, siendo por ello requeridas por los migrantes. Resulta obvio el impacto potencial que esta práctica puede tener en la transmisión del VIH. También este hallazgo constituye una clara demostración de que las medidas más eficaces para la prevención del SIDA no se limitan a los aspectos sanitarios o comportamentales.

El alcohol juega un papel importante, más allá del que habitualmente se le atribuye como liberador de inhibiciones. En el caso de los migrantes que tienen sexo con hombres y no se definen como homosexuales, el argumento habitual que justifica ese encuentro es el haber estado alcoholizado, bajo el supuesto de que un hombre en estas condiciones no es responsable de sus actos -no es él, es otro-.

La estrategia de investigación utilizada -comparar a los migrantes en su destino migratorio con sus pares en el lugar de origen y entrevistar a las mujeres obteniendo información sobre el comportamiento de los migrantes antes y después del proceso migratorio- permite concluir que el riesgo frente al SIDA se incrementa con la migración.

Los migrantes están expuestos a campañas de información instrumentadas por agencias del gobierno y de las organizaciones no gubernamentales. Éstas se presentan en los medios de comunicación, en campanas gráficas, a través de pláticas en los lugares de trabajo y de estudio, en idioma inglés y español, etc. Se puede

decir que en California, la densidad de la información sobre el SIDA es alta. En Gómez Farías se encuentra más gente con poca o nula información, especialmente las mujeres. Persisten algunos mitos y algunas verdades distorsionadas que podrían ser corregidas con campañas más intensas y consistentes. Sin embargo, al igual que lo que se ha observado en otros estudios, esta información resulta insuficiente para la adopción de medidas preventivas y el evitar prácticas directamente relacionadas con el riesgo de adquirir el VIH. Salvo algunos casos con comportamiento coherente y consistente, la mayoría de los que afirmaban tomar medidas para prevenir el SIDA siempre señalaban la existencia de excepciones en la aplicación de tales medidas. Así, una trabajadora sexual nos refería que ella siempre usa condón salvo cuando se trata de un cliente “conocido, casado y limpio”. En las respuestas de los entrevistados se pueden encontrar muchas evidencias de este tipo que se constituyen en prácticas de riesgo.

Otra investigación sobre el papel de la migración en la modificación de los hábitos sexuales se realizó en la ciudad de Los Ángeles donde se concentra la mayor cantidad de mexicanos en los EUA (Bronfman y Rubin-Kurtzman, en prensa). Esta investigación concluye que a pesar de que las condiciones materiales de vida entre los migrantes mexicanos son en alguna medida mejores en los EUA que en México, las condiciones emocionales y afectivas son sensiblemente peores. La experiencia migratoria en Los Ángeles es solitaria, alienante e infeliz. La precaria situación económica de algunos migrantes los compele a intercambiar relaciones sexuales por comida, refugio y dinero, ejerciendo lo que se ha dado en llamar “sexo de supervivencia”.

Los cambios en la conducta sexual de los migrantes a Los Ángeles que incrementan el riesgo de adquirir el VIH/SIDA, incluyen la multiplicidad de parejas, el sexo con otros hombres, el sexo oral y una mayor recurrencia a trabajadoras del sexo comercial. A pesar de que la mayoría de las mujeres migrantes tienen un solo compañero, no confían en ser las únicas compañeras de éste. El consumo de alcohol y el uso de drogas entre los hombres migrantes es frecuente. A pesar de ello, pocos utilizan drogas intravenosas.

Las conclusiones de este estudio señalan que el riesgo de infección en Los Ángeles se incrementa porque:

- a) Los Ángeles es la ciudad más grande de California, uno de los estados con la más alta prevalencia de VIH/SIDA;
- b) dado que la migración amplía el “horizonte sexual” de los migrantes, particularmente entre los hombres, las actitudes tradicionales frente a las relaciones sexuales se relajan. Esta flexibilización combinada con el hecho de que los migrantes en Los Ángeles están constantemente expuestos a oportunidades de intercambio sexual de bajo costo económico y social, lleva a cambios en el comportamiento sexual que incluyen la adopción de prácticas de alto riesgo que eran menos frecuentes en México.

Finalmente, un libro reciente dedicado a los migrantes latinos en EUA recopila un conjunto de investigaciones y análisis de datos secundarios de indudable valor para esclarecer el panorama con relación a las prácticas de riesgo (Mishra, Conner y Magaña; 1996). En el capítulo introductorio confirman que “poco es lo que se sabe sobre el impacto de la epidemia del VIH/SIDA entre los migrantes” y hacen una descripción detallada de las condiciones de habitación que son el contexto condicionante para dichas prácticas: *“Most farmworkers live in unregistered, temporary, make-shift encampments. The few registered housing units comprise primarily of rental housing in the general market or housing sheds provided by growers that border the agricultural fields. It is not uncommon for six or more single farmworkers to crowd into an apartment”*. Una de las investigaciones realizadas con proveedores de servicios de salud a migrantes confirman esta relación: *“Nearly all the providers interviewed drew an association between the highly stressful living environments, and the high rates of alcohol use and sexual intercourse. They were of the opinion that sex, particularly among single farmworking men, occurred with sex workers and/or multiple sexual partners”*. Con relación a las mujeres de los migrantes, la experiencia de los proveedores de servicios mostraba que la falsa idea de que si eran fieles no estaban en riesgo, las llevaba a tener prácticas de sexo anal y relaciones sexuales no protegidas desconociendo el riesgo de sus parejas, y llegan a la conclusión de que las definiciones culturales de los patrones de relación incrementan los riesgos de infectarse y ponen límites a las posibilidades de prevención (Skjerdal *et al.*, 1996).

Magaña (1996) reporta que todos sus entrevistados mantienen relaciones con trabajadoras sexuales, muchas de las cuales son IDU y

que muchas veces comparten las agujas generando un nuevo mecanismo de transmisión entre *milk brothers* “hermanos de leche”, agravado porque nunca o casi nunca usan condones. Este mismo patrón -el no uso del condón- se da entre las trabajadoras sexuales de las cantinas y los bares típicos que frecuentan los migrantes (Ayala et al., 1996). Las que lo usan, cuando lo usan lo hacen para evitar embarazarse o prevenir las ETS en general, que son evidentes por sus repercusiones físicas. Pero en general, predominan los argumentos para no usarlos. Entre éstos el principal es el económico -no pueden arriesgarse a perder un cliente- aunque están presentes otros mecanismos asociados a la relación limpieza-infección, -un cliente limpio no está infectado y no amerita el uso del condón- o la percepción de que sus clientes habituales -no están en riesgo pues no son usuarios de drogas intravenosas ni tienen sexo con otros hombres-. El dato más relevante en términos de prácticas de riesgo aportado por un estudio en trabajadoras sexuales de la frontera entre Ciudad Juárez (México) y El Paso (EUA) es el alto consumo de drogas: el 100% de las de El Paso y el 60% de las de Ciudad Juárez eran consumidoras (Ferreira-Pinto et al., 1996). Tampoco este grupo usaba regularmente el condón, pero los autores lo atribuyen a la escasa información que tienen sobre VIH/SIDA en general y sobre el uso del condón en particular. Identifican un patrón según el cual estas trabajadoras sexuales no tienen dinero para pagar el condón y si lo tuvieran preferirían destinarlo a comprar drogas.

La importancia que el condón tiene como la medida preventiva más eficaz hace que las consideraciones sobre su uso estén presentes en la mayoría de las investigaciones reportadas o sean su objetivo principal. El patrón generalizado en las conclusiones de casi todos los trabajos, es la presencia de un gradiente: casi todos conocen el condón, algunos menos saben de sus posibilidades preventivas, muchos menos tienen la información adecuada acerca de su uso correcto, la minoría lo usa y sólo unos pocos lo hacen correctamente. Por esta razón, los estudios cuantitativos que muestran prevalencias en el uso del condón, que son los más numerosos y difundidos deben ser tomados con muchas reservas. Organista y Balls Organista revisan trabajos en los que las cifras varían de manera notable. En uno (Bletzer, 1990) un 74% lo considera un método efectivo de prevención y en otro ese porcentaje baja al 57% (Schoonover Smith, 1988). Otra

investigación (Organista et al., 1995) encuentra que dos tercios de los entrevistados no tenían un conocimiento adecuado sobre el uso correcto del condón. Cuando se trató de medir el uso se encontraron porcentajes muy altos de no uso: 50% (CDC, 1992), 64% (López y Ruiz, 1995) y 75% (Lafferty, 1991). En la mayoría de los estudios este patrón no tiene diferencias para la gran mayoría de las variables por las que fue analizado. El único predictor de mayor uso aparece en algunos trabajos y es el estado civil: los migrantes casados o unidos usan más el condón que los solteros.

En el trabajo de Gómez Farías-Watsonville (Bronfman y Minello, 1995) se pudo concluir que en cuanto al condón, también se conocen sus cualidades preventivas pero su uso está muy ligado a la anticoncepción. Este hecho sumado a la idea -real o falsa- de que impide una satisfacción total en la relación sexual, hace que su uso sea muy restringido. Los que más se niegan a usarlo son los hombres y este dato lo reportan tanto ellos mismos como las mujeres. Éstas señalan que su capacidad de negociación para solicitarle a su compañero que use condón es casi nula. Sin embargo, en varias de las entrevistas se puede leer que ellas mismas rechazan su uso por las mismas razones que le atribuyen los hombres. A pesar de que casi la totalidad de las mujeres migrantes entrevistadas identificaron al condón como la medida de prevención adecuada para evitar el contagio del VIH por relaciones sexuales, ninguna lo usa regularmente. La mayoría de las mujeres sólo usa el condón excepcionalmente: como anticonceptivo en situaciones especiales en que no pueden utilizar otros métodos o como medida higiénica durante la menstruación. Como puede observarse, las razones para el uso del condón no están asociadas al riesgo de infección por VIH. Por lo tanto, puede inferirse que cuando se lo usa es inmediatamente antes o cerca del momento de la penetración, por lo que buena parte del juego erótico se realiza sin protección. En todo caso, los esfuerzos realizados en materia de información para asociar al condón con la prevención del SIDA y las ETS no han desplazado el mensaje de años, en el sentido de que el condón es básicamente, un anticonceptivo.

Entre los hombres, al igual que en el caso de las mujeres migrantes, el conocimiento sobre los medios de prevención no se traduce en una conducta consecuente. El uso del condón es tan variable que, de hecho, no puede hablarse de un hábito. Las diferencias en el uso

según preferencia sexual no fueron muy claras. Entre los varones homosexuales es difícil encontrar una respuesta consistente. Otros mantienen un patrón de no-utilización por diversas causas entre las que figuran la pérdida de sensibilidad y la incorformidad de la pareja.

Los hombres heterosexuales y bisexuales también varían mucho en su respuesta. Unos pocos los usan de forma constante, un grupo importante lo usa de vez en cuando -si traen lo usan y si no, no- o lo usan dependiendo de la pareja. La mayoría no los usa, ya sea por incomodidad, por pérdida de sensación, porque sólo tiene relaciones con su esposa o tiene “confianza” porque conoce a su pareja o simplemente, porque no han reflexionado al respecto.

En este grupo incluso, se presentó en varias entrevistas una visión fatalista que rechaza su uso por considerarlos una protección inútil.

Aún así, es entre los hombres migrantes donde se incrementa el uso del condón como medida de prevención, lo que hace suponer que aunque muy lentamente la migración tiene cierto efecto positivo sobre la utilización del condón.

En el trabajo realizado en Los Ángeles (Bronfman y Rubin-Kurtzman, en prensa) se confirmó que muchas mujeres rechazan el uso del condón con sus maridos porque consideran que si les tienen confianza su uso es innecesario. Creen que hacerlo es una evidencia de desconfianza mutua y aceptan lo que sostienen sus compañeros en el sentido de que el condón disminuye las sensaciones físicas durante el acto sexual. Las mujeres también señalan que el condón como anticonceptivo, no es confiable -mensaje que se usó durante muchos años a favor de los otros métodos anticonceptivos- y esta imagen se generaliza para cualquier función que se le atribuya al condón.

En resumen, la información disponible nos permite concluir que a pesar del tiempo transcurrido desde el inicio de la pandemia sigue prevaleciendo entre los migrantes una variedad de comportamientos de riesgo junto con un bajo e incorrecto uso del condón. En los pocos casos en que se realizó una comparación entre población migrante con poblaciones similares que no han migrado, aparece un fenómeno contradictorio: hay un incremento de los comportamientos de riesgo pero también hay un aumento en la cantidad y calidad de la información y en el uso de medidas preventivas. Esta conclusión, sin embargo, debe ser tomada con

reservas porque la evidencia empírica que la sostiene es aún débil.

Cuando la comparación se hizo entre los migrantes y los habitantes de los lugares de destino, las ventajas tanto en información como en uso de medidas preventivas, fueron para estas últimas. Este hecho era previsible ya que los migrantes tienen una situación social sensiblemente inferior a la de todos los grupos de las sociedades a las que llegan. También en este caso los datos son insuficientes y los diseños utilizados para las comparaciones presentan debilidades metodológicas.

El panorama global es de ausencia de información con algunos estudios que cubren parcialmente aspectos del problema para el caso de los migrantes mexicanos a los EUA. La falta de información es casi total para los procesos de migración interna en México y para todos los tipos de migración en Centroamérica. Esta ausencia de información no impide desarrollar políticas generales ya que la existente es suficiente para comenzar a implementar programas, pero dadas las características tan particulares que la distribución del VIH/SIDA tiene en cada subgrupo de población, resulta imprescindible contar con información concreta y actualizada para el diseño de programas específicos.



VI

Prevención y asistencia en ETS/VIH/SIDA a poblaciones migrantes

El resultado de la búsqueda de documentación sobre prevención y asistencia -ya sea en programas regulares o intervenciones puntuales- resultó aún más pobre que en los temas anteriormente tratados. Es lógico suponer que ésto refleja la ausencia real de ese tipo de acciones. Sin embargo, nuestra experiencia personal nos indica que existen algunos programas, especialmente asistenciales que funcionan de manera permanente pero que no son reportados bajo ningún formato escrito. Estos programas fueron detectados en algunos estados de la Unión Americana y son llevados a cabo por organizaciones sin fines de lucro con una alta dosis de voluntarismo y compromiso. Por tratarse este documento de un análisis de la literatura en sus diferentes tipos -“gris”, oficial y académica- estas experiencias no aparecen reflejadas, pero sería importante llevar a cabo una evaluación de las mismas ya que constituyen una porción importante de la respuesta social que por lo general es la más sensible en términos culturales, y por lo tanto, la más eficaz.

En Centroamérica a pesar de los múltiples intentos realizados, sólo pudimos identificar un proyecto cuya población-objetivo son los trailers a larga distancia y sus asistentes/acompañantes. Se trata de un proyecto que tiene un componente de investigación y de cuyos resultados se tiene previsto derivar una intervención para la prevención de ETS/VIH/SIDA. Los organismos ejecutores son la Confederación Centroamericana de ONG de lucha contra el SIDA (CONFESIDA) y el Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud (ILPFS) de Costa Rica y cuentan con equipos en cada uno de los países en los que se lleva a cabo el proyecto: Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá.

La meta de este proyecto es controlar la expansión del VIH/SIDA y las ETS a lo largo de las rutas de transporte de los países

centroamericanos, promoviendo la adopción de prácticas sexuales más seguras en los conductores de larga distancia. Esta campaña de prevención de ETS/VIH/SIDA en camioneros centroamericanos pretende educar a los conductores y sus asistentes acerca de los riesgos de la infección, promover el uso del preservativo entre los conductores y sus asistentes, desarrollar e implementar sistemas apropiados de distribución de condones para los conductores y sus asistentes y formar una red de apoyo que refuerce las actividades de educación, diagnóstico y tratamiento en esta población.

La atención especial a los trailereros de larga distancia -que recorren todos los países del área centroamericana, México y llegan a los EUA- es más que necesaria para reducir la infección y transmisión de ETS y VIH y prevenir la aparición de nuevos casos de SIDA. La implementación de este proyecto beneficiará “a las parejas sexuales oficiales y no oficiales de los participantes” (Proyecto: Campaña de prevención del VIH/SIDA y ETS en camioneros centroamericanos, 1996). En México se ha iniciado recientemente un proyecto similar, financiado por USAID, que permitirá completar el panorama regional.

En cuanto a servicios asistenciales para los migrantes en la región centroamericana no fue posible encontrar ninguna evidencia de su existencia. La única mención indirecta se encuentra en la comunicación que nos envió el Coordinador del Programa Nacional de ETS/VIH/SIDA de Costa Rica donde señala que “no existen agencias en nuestro país o lugares que presten servicios para abordar la problemática de la epidemia entre los migrantes específicamente, estos casos son atendidos dentro del Sistema de Seguridad Social, el que en Costa Rica cubre al 99% de la población”. Esta referencia confirma la ausencia de servicios asistenciales específicos para migrantes.

En México la preocupación ha sido mayor, por lo menos en cuanto a indagar sobre las características del problema y probar acciones específicas con poblaciones migrantes.

Como la infección por VIH es un problema en ascenso en América Central, especialmente en Honduras, desde donde llegan la gran mayoría de migrantes al sudeste de México, el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CONASIDA) intenta desde hace varios años, identificar intervenciones beneficiosas y efectivas que puedan ser utilizadas en esta región para evitar el incremento de la

infección del VIH. El grupo preferido hasta ahora para este tipo de acciones, por estar en permanente contacto con poblaciones móviles y por estar él mismo compuesto por migrantes, ha sido las trabajadoras sexuales y sus clientes. En un proyecto de investigación-intervención sobre “Migración, Comercio Sexual y ETS/VIH/SIDA, en la Frontera Sur de México” financiado por el Programa Global de SIDA de la Organización Mundial para la Salud se identificaron los factores que podrían favorecer o que se constituyen en obstáculos para las posibles intervenciones. Las poblaciones estudiadas fueron, además de las trabajadoras sexuales -93% de las cuales son migrantes indocumentadas de América Central que permanecen en la zona alrededor de tres meses- sus clientes que incluyen: trailereros, militares, agentes aduaneros y de seguridad local; todos los cuales son parte de poblaciones móviles. Las conclusiones señalan que cualquier estrategia de prevención debe involucrar a las autoridades locales y de salud de la región. Debido a la alta movilidad poblacional, las intervenciones no sólo deben orientarse a los actores directamente involucrados sino que también deben ser depositadas en puntos fijos de la zona como aduanas, centros botaneros, bares y otros sitios donde los trailereros y los militares se reúnen. Como resultado de este trabajo se probaron intervenciones piloto en dos ciudades, Tuxtla Gutiérrez y Comitán y actualmente se inició una estrategia educativa que incluye a todos los grupos en Ciudad Hidalgo, ciudad fronteriza de México con Guatemala. La evaluación de la intervención realizada -que consistió, además de información, en talleres para incrementar la autoestima y la organización- arroja resultados positivos: seis meses después de aplicada hubo una significativa disminución en la prevalencia de ETS entre las trabajadoras sexuales.

Tampoco en la frontera sur de México se logró identificar material escrito que reporte la existencia de programas asistenciales eventuales o permanentes con relación al VIH/SIDA salvo los controles regulares que se les exige a las trabajadoras sexuales para permitirles el ejercicio de su profesión. Como es bien sabido, estos controles tienen una eficacia limitada y cuando se detecta a una trabajadora sexual VIH positiva, ésta se “clandestiniza”, para poder seguir trabajando o se traslada a otro lugar con el mismo fin.

La frontera norte mexicana presenta otras particularidades y ha merecido una mayor atención a lo largo del tiempo. El tamaño del

flujo migratorio y las evidencias de los riesgos que el retorno de esos migrantes implicaba para la transmisión del VIH son las razones principales de esta temprana preocupación (Bronfman, 1988). El CONASIDA ha estado promoviendo y se ha involucrado en varias acciones tendientes a intervenir en el desarrollo de la epidemia. Los Informes Anuales dan cuenta de esta labor. En uno de ellos (Informe CONASIDA, 1994) se reporta la creación de un Centro de Atención a Migrantes Mexicanos a partir de un convenio firmado entre la Secretaría de Salud y la de Relaciones Exteriores para dar apoyo e información a los migrantes mexicanos en EUA. Este centro comenzó a funcionar en el Consulado Mexicano en Los Ángeles pero no hay evidencia posterior sobre sus actividades ni evaluación de su funcionamiento. En el informe siguiente (Informe CONASIDA, 1995) se reitera la existencia del Centro pero sigue estando ausente una información más detallada. En el informe de 1996 (Informe CONASIDA, 1996) se indica que en el marco del convenio, al que se suman los consulados mexicanos en EUA, se inició la capacitación de promotores para que en el contexto de la idiosincracia del migrante puedan abordar su relación con los servicios de salud.

Como resultado de la investigación de Bronfman y Minello (1995) que fue finalizada en 1992 se derivaron una serie de acciones educativas destinadas a la población migrante. La más importante fue la realización de una telenovela de tres capítulos titulada “Si fuéramos ángeles” o “La vida de todos los días”. Se preparó un guión relativamente simple que combinaba situaciones cotidianas con testimonios en un marco levemente humorístico y en su realización intervinieron cinco actores. Fue exhibido en ciudades de alta expulsión de migrantes en México y en las de destino frecuente en los EUA, en diciembre de 1992, a través de canales de cable con una audiencia potencial de 22 millones de personas y una audiencia real estimada en 6 millones de televidentes. El impacto fue medido por los métodos habituales de medición de ratings y a través del cambio en la frecuencia de llamadas a las Spanish-AIDS Hotlines en los EUA (Bronfman et al. 1993). Tanto estas últimas como los consulados mexicanos en los EUA reportaron un incremento sensible en las llamadas, muchas de las cuales mostraron su satisfacción con la telenovela y solicitaron que se mantuvieran este tipo de programas.

La evaluación más específica, el impacto del programa en la modificación de prácticas, no se realizó.

Otro video generado por la misma investigación fue una telenovela de un sólo capítulo bajo el título “La vida sigue...” -realizado por la cineasta Maricarmen de Lara con apoyo de la Fundación MacArthur y la Organización Panamericana para la Salud- destinado a mujeres de migrantes en México. Se ha utilizado en campañas educativas muy circunscriptas y se ha distribuido con un instructivo, para su aplicación en comunidades rurales. Hay información de que ha sido utilizado con buenos resultados en diversos lugares de México, pero no hay ningún reporte escrito que de testimonio de esta actividad.

Para completar la información que permita el diseño de intervenciones en el área rural se realizó -con auspicio de CONASIDA y del Instituto Nacional de Salud Pública- una investigación entre mujeres de poblaciones rurales con altas tasas de migración (Loya et al., (1), 1997) para tener elementos que permitan diseñar intervenciones utilizando material gráfico. El material diseñado fue probado en una intervención educativa (Loya et al., (2), 1997) que consistió en un rotafolio presentado en una reunión comunitaria, el video “La vida sigue...” y una historieta. La evaluación mostró que los materiales manejados grupalmente -rotafolio y video- no fueron exitosos debido a la dificultad de esta población para tratar grupalmente temas referidos a la sexualidad y asistir a eventos colectivos con ese contenido. La historieta fue más exitosa en términos de información pero como “los posibles cambios ocurren a un ritmo lento, es importante dirigir de manera repetida los mensajes”.

El Instituto Panos (SIDA: Crónica mensual, enero 1997) reporta otro esfuerzo hecho por el consulado mexicano en Nueva York en coordinación con la ONG Hispanic Children and Family Committee llamado “Proyecto Gol”. Un grupo de especialistas concurre durante dos meses a un campo deportivo de Manhattan donde juega la liga mexicana de soccer y donde se reúnen varios miles de migrantes mexicanos a los que se les dió información y se les repartieron condones. Un esfuerzo similar comenzó en México en los campos deportivos de los lugares de donde provienen la mayoría de esos migrantes. Según el reporte “todavía es difícil saber

qué efectos ha tenido el Proyecto Gol. Sus consecuencias sólo se sentirán a largo plazo”.

Además de estos esfuerzos que se realizan por parte de instituciones mexicanas o conjuntamente con otras de los EUA, hay noticias de muchos programas generados en los mismos EUA. Como ya lo hemos señalado, de la mayoría no hay información escrita aunque algunos si están documentados. Mishra y Conner (1997) describen un programa de educación preventivo diseñado específicamente para trabajadores agrícolas titulado: “Tres hombres sin fronteras” -*Three Men without Borders*- que incluía una fotonovela y una radionovela. Se apoyan en evidencias de investigación para justificar que el programa sea totalmente en español y apoyan la elección de la novela en cuatro argumentos:

- a) es un abordaje que supone el bajo nivel de instrucción de la audiencia y que utiliza dibujos para contar una historia;
- b) el argumento incorpora los estilos de vida y los comportamientos en salud;
- c) se trata de un medio que es culturalmente sensible y que el público puede leer de una sola vez; y
- d) garantiza una amplia distribución ya que una fotonovela puede ser compartida y leída por varias personas. Su impacto fue medido a través de un diseño cuasi-experimental que mostró, como suele ocurrir en casi todos los estudios piloto, un cambio importante en el grupo experimental comparado con el grupo control.

Otro esfuerzo por mexicanizar las acciones fue realizado en Los Ángeles por el L. A. County STD Program que utilizó un grupo de Mariachis especialmente entrenado que transmitía en sus canciones mensajes preventivos. También en este caso se logró un incremento en la recordación de los mensajes preventivos, un aumento en la demanda de condones y una mayor aceptación para consejería sobre ETS/VIH/SIDA *in situ* (Rulnick et al., 1995).

Finalmente, la *National Commission to Prevent Infant Mortality* en un trabajo especialmente dedicado a la epidemia del SIDA entre los migrantes (HIV/AIDS: *a growing crisis among migrant and seasonal farmworkers families, s/f*) reporta la existencia de varios programas federales de salud a disposición de los migrantes. Sin embargo cuando se los describe en detalle, ninguno está especialmente orientado al

SIDA ni tienen la obligación de atender a infectados por VIH o enfermos por esta causa. Además, como el mismo documento lo reconoce “desafortunadamente, aún tomados en conjunto, los programas federales que sirven a migrantes y a trabajadores agrícolas estacionales están incapacitados para llegar a todos los que lo necesitan y algunos sólo atienden a una pequeña proporción de la población (...). Más aún, a pesar de que los programas Migrant Health, Migrant Education y Migrant *Head Start* ofrecen de una u otra forma, servicios de prevención de VIH estos esfuerzos no cubren las necesidades. Los presupuestos de estos programas son muy limitados y el financiamiento no está específicamente dirigido a la educación sobre VIH ni a su detección y tratamiento”.

Como señalamos al comienzo de este apartado, la información disponible sobre programas preventivos o asistenciales para la población migrante es escasa. En la mayor parte de los casos se trata del relato de ensayos limitados o pruebas de instrumentos o estrategias, que a pesar de los resultados exitosos que reportan, no son extendidos a grupos más amplios de población. En muchos casos las acciones no son evaluadas por lo que resulta difícil ir construyendo una estrategia sólida con instrumentos suficientemente probados. Resulta evidente que en este aspecto se encuentra probablemente, el déficit más importante en cuanto a la protección de los migrantes con respecto a las ETS/VIH/SIDA.



Conclusiones y recomendaciones

Ha quedado claro a lo largo de este trabajo, la profunda relación que tiene la migración en México y Centroamérica con la situación económica y con los fenómenos políticos que caracterizan a la región. Estas características estructurales también están asociadas y definen en gran medida, la relación entre los procesos migratorios y los riesgos de transmisión de ETS/VIH/SIDA. Resulta evidente entonces, que una primera consideración apunta a la necesidad de producir cambios estructurales que a su vez, modifiquen la magnitud y los patrones de los flujos migratorios. Sin embargo, no profundizaremos en este tipo de cambios pues escapan al nivel de análisis que fue planteado para este documento. En otras palabras, estamos asumiendo al macrocontexto como escenario e imaginando que en un plazo razonable, permanecerá sin modificaciones de importancia.

A lo largo del texto y en cada uno de los capítulos se enfatizó en un hecho generalizado: la ausencia de material escrito en cantidad suficiente sobre la relación entre migración y SIDA. Esta situación no resultó una sorpresa ya que para los que trabajan en el tema, esa ha sido siempre una carencia y una demanda. Resulta difícil de explicar la inconsistencia entre las declaraciones públicas y las afirmaciones en diferentes foros de funcionarios, políticos e investigadores y su práctica. Al tiempo que se reconoce verbalmente la importancia de los movimientos poblacionales, especialmente las migraciones laborales o políticas para la distribución del VIH/SIDA, hay ausencia de investigaciones, datos, normas, políticas y acciones que respalden y den concreción a esa preocupación. Esta afirmación muy general tiene lógicamente matices que deben ser señalados para que no quede la imagen de que nos estamos moviendo en un terreno en el que nada se ha hecho. Señalar estos matices es lo que intentaremos hacer en este apartado.

El primer aspecto donde encontramos diferencias en la densidad de la información es el referido al estudio de las migraciones en sí mismas. La migración de mexicanos a los EUA ha sido estudiada y documentada abundantemente y de alguna manera u otra, ha sido

objeto de políticas tanto en el país de origen como en el de destino. Estas políticas han estado dominadas por su carácter unilateral, aunque hay ejemplos en el pasado de acuerdos bilaterales. Las tendencias más recientes hacen pensar que se está avanzando hacia la formulación de políticas bilaterales que contemplen todos los aspectos del fenómeno, aunque no se puede predecir la velocidad con la que estas medidas entrarán en vigor, ni siquiera se puede asegurar que serán puestas en práctica. Mientras tanto, las medidas policiales y restrictivas en el país de destino han determinado que la mayor parte del flujo migratorio sea indocumentado. Este hecho tiene consecuencias importantes ampliamente documentadas, para generar situaciones que favorecen la adopción de prácticas de riesgo para la transmisión del VIH al tiempo que restringen la utilización por los migrantes de los servicios, incluso de aquellos a los que tienen derecho.

En el caso de la migración centroamericana el panorama es más grave pues hay una carencia casi absoluta de información sólida sobre la magnitud, dirección y características de los flujos. Algunos pocos estudios han dado información indirecta, pero poco es lo que se ha sistematizado sobre su situación en los lugares de origen, de tránsito y de destino. También en este caso, las medidas restrictivas en los países de tránsito y de destino orillan a los migrantes a la ilegalidad.

En lo que hay un acuerdo generalizado es que dadas las actuales condiciones socioeconómicas de América Central y de México y los modelos económicos que estos países han adoptado para enfrentar las crisis, el enorme flujo de migrantes -en sus diversos tipos- no disminuirá y probablemente, aumentará. Debe hacerse énfasis en que se trata de un fenómeno que involucra a varios millones de personas que se desplazan en varias direcciones anualmente.

De esta caracterización resulta obvio que hay vacíos a varios niveles que deben ser cubiertos. En primer lugar, debe estimularse la realización de investigaciones que documenten la magnitud y las características de los flujos de migrantes centroamericanos a México y a los EUA. Paralelamente, tomando en cuenta la magnitud actual y potencial de los flujos y su inevitabilidad, se debe generar un ambiente que permita disminuir la ilegalidad de la migración. Esto implica un intenso trabajo político-técnico a través del cual se logre convencer a los tomadores de decisión de los riesgos que generan para la salud

pública de todos los actores involucrados, las medidas restrictivas.

Para la primera prioridad planteada es posible apoyarse en la metodología utilizada por varias de las investigaciones realizadas en México y EUA que han permitido cuantificar con una reducida variabilidad, su magnitud y sus características. Para la segunda en cambio, no hay disponibles en la región experiencias replicables, por lo que se requiere una alta dosis de creatividad.

Una situación parecida ocurre con los datos epidemiológicos sobre ETS/VIH/SIDA. Hay una carencia casi absoluta en América Central mientras que en México los datos existentes a nivel agregado son relativamente confiables. Se desprende de ello la urgente necesidad de mejorar los sistemas de registro en los países de Centroamérica. Sólo conociendo las características de la epidemia en cada país se podrán tener parámetros que permitan evaluar el impacto de la migración en su dinámica.

Más grave es la situación en cuanto a información sobre ETS/VIH/SIDA en las poblaciones migrantes. No hay ninguna información en América Central, existe información dispersa y muy localizada sobre migrantes centroamericanos en el sur de México y se incrementa con relación a los migrantes mexicanos que retornan a México desde los EUA y sus comunidades al igual que entre los migrantes mexicanos en EUA. Las evidencias existentes, mencionadas en el capítulo correspondiente de este trabajo, apuntan a una relación consistente entre la migración y el VIH/SIDA. Hay datos que permiten suponer que la ruralización y parcialmente, la feminización de la epidemia están asociadas a la migración. Igualmente, el incremento del uso de drogas inyectables como factor de riesgo en la frontera norte de México está asociado a la migración así como a la adopción de prácticas de riesgo por los migrantes. Esta información, aunque escasa y dispersa, justifica la necesidad de implementar acciones específicas. Sin embargo, en forma paralela se debe generar información sobre la presencia y dinámica de la epidemia en diferentes poblaciones móviles. Aún conociendo los problemas y las limitaciones que los caracterizan, se podría utilizar la metodología de los estudios centinela para los que ya se ha acumulado una buena experiencia en el ámbito mundial y específicamente, en México. Para identificar el impacto de la migración en sus diferentes tipos, sobre los hábitos sexuales y la adquisición de prácticas de riesgo para

contraer el VIH es imprescindible realizar estudios con metodologías cualitativas entre los diferentes grupos de migrantes. En este aspecto deberá buscarse un equilibrio entre las posibilidades de llevar a cabo y financiar muchos estudios muy particularizados y la necesidad de información muy específica para el diseño de intervenciones culturalmente sensibles. Lo que debe quedar claro es que tienen poca utilidad los estudios cuyos datos sólo pueden desagregarse a un alto nivel de generalidad. Para la realización de esos estudios ya existe una experiencia valiosa acumulada en México que ha dado resultados consistentes y científicamente rigurosos. Un mecanismo intermedio para favorecer la expansión de estos estudios a otros grupos migratorios sería la implementación en instituciones académicas y del sector público de cursos para capacitar a investigadores en la investigación sobre sexualidad en poblaciones móviles. Esta estrategia tendría, además de la capacitación, el propósito de darle a este tema la legitimidad y el prestigio necesarios para que sea incorporado a las agendas de investigación.

El tema que unifica a todos los países analizados es el de la legislación y la normatividad vigente que hace referencia a la relación entre migración y SIDA. En ninguno de los documentos analizados se encontraron indicaciones positivas referidas a la necesidad de seguir las indicaciones tan consensuadas internacionalmente sobre la inconveniencia de aplicar pruebas de tamizaje a grupos especiales de población. Si se viera “el vaso medio lleno” podría decirse que tampoco hay normas que prescriban la aplicación de estas pruebas. Sin embargo, hay razones para no ser optimistas:

- a) la legislación existente en todos los países da indicaciones generales sobre la causal de “salubridad”, “salud pública” o “moralidad” para impedir la entrada o para extender visas;
- b) hay un amplio margen para la discrecionalidad de los funcionarios encargados de aplicar la ley;
- c) hay evidencias de que estos funcionarios son proclives en general, a la adopción de medidas restrictivas;
- d) hay evidencias de que en algunos países se ha exigido la realización de pruebas y se ha actuado en función del estatus serológico resultante.

Por estas razones consideramos que en el ámbito de la dimensión legal-normativa es imprescindible sancionar normas explícitas que

prohiban la exigencia de pruebas serológicas y que protejan de esta exigencia a todos los viajeros y especialmente a los migrantes. No conocemos de la existencia de procesos similares que pudieran identificarse como “mejores prácticas” en los cuales apoyar una gestión efectiva para el logro de esta urgente necesidad. Sin embargo, podemos imaginar que la mejor manera de lograr el objetivo sería a través de un mecanismo regional con la presencia y presión de los organismos internacionales especializados.

En cuanto a los conocimientos que las poblaciones migrantes tienen sobre ETS/VIH/SIDA, no existe documentación suficiente como para poder hacer afirmaciones definitivas. Los estudios realizados, que en una época dominaron la escena de la investigación en SIDA a pesar de sus limitaciones nunca identificaron a los migrantes como subgrupo. En Centroamérica no hay ninguna información referida al nivel de conocimiento entre los migrantes. En México se han hecho algunas investigaciones en localidades de alta expulsión migratoria y entre grupos de poblaciones móviles o relacionadas con poblaciones móviles. En todos los casos se ha observado una especie de “sincretismo” entre información correcta, información errada y falta de información. El balance de esta combinación es que resulta en un bagaje de información disponible que no es útil para prevenir el riesgo de infección. La situación parece mejorar entre los migrantes mexicanos en los EUA donde están expuestos a una mayor densidad informativa. Sin embargo, también entre éstos aunque en menor medida, se presenta el mismo patrón que acabamos de describir. De este panorama se derivan recomendaciones en dos niveles. El primero tiene relación con la falta de información, en el que consideramos necesario incrementar las campañas de información a nivel general para que sirvan de “paraguas” informativo y mantengan una “densidad” informativa suficiente, tomando en cuenta que es necesario diseñar mensajes específicos que atiendan a las características socio-culturales de las poblaciones migrantes, de sus familias y a sus dificultades específicas para implementar medidas de protección. Muchos mensajes con estas características han sido creados y difundidos pero su evaluación se ha restringido a una experiencia piloto o directamente no se ha hecho. Sin embargo, consideramos que hay varias experiencias mencionadas

en el texto que pueden formar parte de un reservorio de “mejores prácticas”.

Un segundo nivel se refiere a la medición de los conocimientos sobre ETS/VIH/SIDA entre la población migrante y sus familias. Para poder calificar los niveles de información existentes en cuanto a su cantidad y su calidad se deben diseñar instrumentos que permitan diferenciar claramente cuándo los individuos poseen la información adecuada y cuándo la información es un arsenal inútil. En otras palabras, no se trata de repetir entre los migrantes una nueva serie de estudios CAP -conocimientos, actitudes y prácticas- sino de comprender los significados que tienen los conocimientos disponibles y la medida en que estos conocimientos influyen en sus comportamientos.

La migración que estamos analizando es siempre una migración desde un lugar de origen con niveles inferiores de información y de sofisticación en el comportamiento a los que existen en el lugar de destino. También es siempre -con la sola excepción de los migrantes hondureños- una migración desde lugares con tasas de prevalencia de VIH/SIDA inferiores a los lugares de destino. La combinación de estos factores contradictorios da lugar a ciertas compensaciones. Eso aparece claramente en el caso de los migrantes mexicanos a los EUA que adoptan prácticas de mayor riesgo pero también incrementan sus conductas preventivas y su nivel de información. Resulta difícil saber cuál es el balance final aunque por las derivaciones epidemiológicas comentadas anteriormente -ruralización, feminización, etc.- pareciera que es negativo. No hay información disponible, salvo algunos pocos estudios puntuales e inferencias a partir de datos epidemiológicos sobre los migrantes centroamericanos ni sobre los migrantes internos en México. Entre las pocas afirmaciones que se pueden realizar a partir de los estudios existentes es que algunas de las prácticas que los migrantes mexicanos incorporan a su repertorio durante su estancia en los EUA las conservan a su regreso, incrementando el riesgo de la transmisión. Por el contrario, aquellos que empezaron a usar condón durante su estancia migratoria no lo siguen haciendo a su retorno porque sería equivalente a confesar a sus parejas estables su infidelidad. Todos los estudios realizados con migrantes mexicanos o “latinos” en EUA muestran, con variación en las cifras, el mismo patrón caracterizado

por:

- a) uso más frecuente del sexo comercial que en sus lugares de origen' -entre los hombres-;
- b) adopción de nuevas prácticas sexuales como sexo oral y sexo anal -ambos sexos-;
- c) prácticas sexuales entre hombres que incluyen penetración sin identificación de identidad homosexual;
- d) mayor diversidad de parejas sexuales -ambos sexos-;
- e) iniciación en el uso de drogas inyectables -ambos sexos pero con tasas bajas-.

En los estudios en los que se ha podido hacer comparaciones también se observa un incremento en el uso del condón, aunque permanece en niveles muy bajos y una mejor información aunque conservando las características de “sincretismo” señaladas anteriormente.

Resulta obvio que es imprescindible mantener una campaña permanente que brinde información clara sobre las prácticas de riesgo haciendo énfasis en que el riesgo reside en cada evento. Igualmente resulta fundamental insistir en el uso del condón como la práctica preventiva más adecuada enfatizando igualmente las condiciones del correcto uso. En ambos casos, las campañas deben ser específicas para los migrantes atendiendo a sus condiciones de existencia particularmente difíciles y a sus características socioculturales. Existe una buena cantidad de experiencias entre las que seguramente están las “mejores prácticas”, pero resulta imposible afirmar cuáles son por carecer casi todas, de una evaluación rigurosa o ser sólo experiencias piloto.

Este punto nos permite pasar al último tema considerado: el de los recursos existentes, tanto preventivos como asistenciales. Es en el que menos material encontramos y ello sin lugar a dudas, es un buen indicador de la ausencia de acciones y servicios pero nos consta la existencia de muchas acciones que no han sido documentadas por escrito entre las que se cuentan muchas que podrían ser identificadas como “mejores prácticas”. En Centroamérica comienza a vislumbrarse la posibilidad de acciones preventivas entre población migrante y en México comienzan a sistematizarse y generalizarse las experiencias aisladas de los últimos años. Hasta el momento se puede afirmar que hay muy pocas estrategias preventivas entre los migrantes

y sus familias y hay una falta absoluta de servicios asistenciales específicos para estas poblaciones. En los EUA la situación es un poco mejor, aunque hay evidencias de que es absolutamente insuficiente tanto en el ámbito de la prevención como de la asistencia. Tomando en cuenta esta realidad sería muy importante realizar un relevamiento que rescate las experiencias existentes, las sistematice y permita evaluarlas para identificar las más efectivas y facilitar su replicación. Mientras ésto se realiza resulta urgente incrementar los servicios de atención a los migrantes en sus diferentes etapas: en el lugar de origen, en el de tránsito y especialmente, en el de destino.

El conjunto de recomendaciones sugeridas a partir de los vacíos identificados necesitan como precondition que el tema de la relación entre migración y SIDA esté presente en la agenda política y en la de investigación. Para lograr lo primero, es importante realizar una tarea constante de cabildeo con las autoridades de los Programas Nacionales y con las autoridades de salud construyendo y transmitiendo los argumentos a los que son sensibles: las consideraciones prácticas, el impacto en la dinámica de la epidemia, los riesgos futuros pero sobre todo los del presente, el rédito político-administrativo. Los organismos internacionales podrían jugar un papel de primera importancia en esta tarea debido a que las autoridades son por lo general, sensibles a la presión internacional.

Para lograr que el tema se incorpore a la agenda de investigación, de donde ha estado extrañamente ausente, es fundamental ofrecer financiamientos y reconocimiento académico. Una vez más los organismos internacionales deberían participar tratando de convencer a las agencias financiadoras de que destinen parte de sus recursos a este tema porque se ubica en la intersección de un conjunto de preocupaciones actuales: los efectos de la globalización, la vigencia de los derechos humanos, los impactos ambientales, la equidad de género, etc. Por otra parte, se debería lograr que en las publicaciones académicas sobre SIDA y en las que existen sobre migración -además de otras menos específicas- hubiera una sección reservada a estudios sobre la relación entre migración y SIDA. Con ello se resolverían dos de las principales preocupaciones de los académicos: la del financiamiento de sus proyectos y la de la difusión de sus resultados. Esta preocupación por la agenda académica surge del convencimiento de que las acciones fundamentadas en información sólida, rigurosa

y profundamente trabajada resultan ser las que tienen mayores posibilidades de ser exitosas si a ellas se les suma la experiencia y la intuición de los tomadores de decisión y el conocimiento y las vivencias de los activistas.

Si bien se pueden imaginar muchos mecanismos para comenzar a crear este “ambiente” favorable al tema, uno posible sería la creación en cada uno de los países de la región de un Grupo de Trabajo con pocas personas que representen la diversidad mencionada: académicos, activistas y funcionarios de las áreas de salud, población, relaciones exteriores y educación. Al convocar a este grupo se debe garantizar que cada uno de sus integrantes esté convencido de que la relación entre migración y ETS/VIH/SIDA es de fundamental importancia en todas sus dimensiones, estén personalmente comprometidos a aportar a la comprensión y solución de los problemas derivados de esa relación y tengan la mayor representatividad posible en las esferas de las que provienen.



BIBLIOGRAFÍA

Artículos de revistas

Black B. HIV/AIDS prevention strategies cross borders.
Cross - fertilization. AIDS CAPTIONS. USA, 1996.

Bletzer K. Knowledge of AIDS/HIV infection among migrant
farmworkers. AIDS and public policy journal Vol. 5. USA, 1990.

Bronfman M, Magis C. Tercermundización, depauperación y
ruralización. La evolución del SIDA. Demos. Carta demográfica
sobre México 1996. México, 1996.

Bronfman M, Ramírez M. La relación migración-SIDA en las
Conferencias Internacionales sobre el SIDA (1988-1992). Acción en
SIDA No 18. México, 1993.

Bronfman M. El SIDA en México. Demos. Carta Demográfica sobre
México 1990. México, 1990.

Carrier J. Sexual Behavior and Spread of AIDS in México. Medical
Anthropology Vol. 10. Gordon and Breach Science Publishers, Inc.
USA, 1996.

Centers for Disease Control. HIV infection, syphilis and
tuberculosis screening among migrant farmworkers-Florida 1992.
Morbidity and mortality weekly report Vol. 41. USA, 1992.

Cortes D, Rogler Ll, Malgady R. Biculturalidad among puerto rican
adults in the United States. American Journal of
Community Psychology Vol. 22, No. 5.
USA, 1994.

Chavez L. The power of the imagined community: the
settlement of undocumented mexicans and Centran Americans in
the United States. American Anthropologist. USA, 1994.

Del Río Zolezzi A, Liguori A, Magis C, Valdespino J, García M, Sepúlveda J. La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México. Salud pública de México Vol. 37, No. 6. México, 1995.

Espin O. Psychological impact of migration on latinas. Implications for psychotherapeutic practice. Tufts University. Psychology of women. USA, 1987

Fernández P, Schauffler R. Divided fates: immigrant children in a restructured U.S. economy. Johns Hopkins University Department of Sociology. Immigrant children in a restructured U.S. economy. International Migration Review Vol. 28, No. XXVIII. USA, s/f.

Kleniewski N. Immigration and urban transformations. State University of New York, Geneseo. Urban Affairs Quarterly. Book Review Essay. USA, 1994.

Lafferty J. Self-injection and needle sharing among migrant farmworkers. American journal of public health Vol. 81. USA, 1991.

Liang Z. Social contact, social capital, and the naturalization process: evidence from six immigrant groups. Social Science Research. USA, 1994.

Logan J, *et al.* Ethnic economies in metropolitan regions: Miami and Beyond. Social Forces. USA, 1994.

Magis C, Del Río Zolezzi A, Valdespino J, García M. Casos de SIDA en el área rural en México. Salud pública de México Vol. 37, No 6. México, 1995.

Magis C, Loo E, Del Río C. La epidemia de SIDA en México. Análisis Global 1981-1986. Gaceta Médica de México Vol. 132, No 5. México, 1996.

Organista K, Balls Organista I Migrant laborer and AIDS in the United States: a review of the literature. AIDS Education and Prevention Vol. 9, No. 1. The Guilford Press. USA, 1997.

Pérez A, et *al.* Prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y relación con otras enfermedades transmitidas sexualmente en un grupo de prostitutas en Huixtla, Chiapas. *Investigación Clínica*. México, 1991.

Portes A, Sensenbrenner J. Embeddedness and immigration: notes on the social determinants of economic action. *Johns Hopkins University. American Journal Sociology* Vol. 98, No 6. USA, 1993.

Rico B, Uribe P, Panebianco S, Del Río C. El SIDA y Los Derechos Humanos. *Salud Publica de México* Vol. 37, No 6. México, 1995.

Salgado V, et *al.* AIDS: risk behavior among rural mexican women married to migrant workers in the United States. *AIDS Education and prevention* Vol. 8, No 2. The Guilford Press. USA, 1996.

Schoonover L. Ethnic differences in knowledge of sexually transmitted diseases in north american black and mexican american farmworkers. *Research in nursing and health* Vol. 11. USA, 1988.

Stetson V, Narcisse-Prudent M. Improving NGO collaboration in AIDS prevention in rural Haiti. *Save the Children. AIDS CAPTIONS. Family Health International* Vol. 1, N° 2. USA, 1994.

Valdespino J, García M, Del Río Zolezzi A, Loo E, Magis C, Salcedo R. Epidemiología del VIH/SIDA en México; de 1983 a marzo de 1995. *Salud pública de México* Vol. 37, No 6. México, 1995.

Artículos periodísticos

Correa G. *El Nacional*. La Crónica de Hoy. La migración hacia EUA genera casos de SIDA en zonas rurales de Zacatecas. México, 2 de diciembre, 1997.

Gómez Nadal P. *El País*. Internacional. América. Honduras sufre de SIDA y falsa masculinidad. México, 19 de octubre, 1997.

Reuters The News. Secretary says migrants bring AIDS back home from U.S. USA, February 4, 1997.

Uribe P, Bronfman M. La Jornada. Letra S No 12. Frontera Sur: comercio sexual y prevención del VIH. México, 3 de julio, 1997.

Capítulos de libros

Ayala A, Carrier J, Magaña R. The underground world of latina sex workers in cantinas. In: AIDS crossing borders. The Spread of HIV Among Migrant Latinos. WestviewPress. A Division of Harper Collins Publishers, Inc. USA, 1996.

Bronfman M, López S. Perspectives on HIV/AIDS. Prevention among immigrants on the US - Mexico Border. In: AIDS crossing borders. The Spread of HIV Among Migrant Latinos. WestviewPress. A Division of Harper Collins Publishers, Inc. USA, 1996.

Bronfman M, Minello N. Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los EUA. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En: SIDA en México. Migración, adolescencia y género. CONASIDA. Información Profesional Especializada S.A. de C.V. México, 1995.

Bronfman M, Rubin Kurtzman J. Comportamiento sexual de los migrantes mexicanos temporales a Los Ángeles. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En: CRIM, UNAM, SOMEDE. Serie Investigación Demográfica en México. La Población de México al Final del Siglo XX. México, diverso y desigual. Enfoques Sociodemográficos Vol. 4. Primera parte. Sexualidad y salud reproductiva. México, 1998.

Castillo M. Tendencias recientes de la migración internacional en Centroamérica. En: La emigración internacional en Centroamérica. Una revisión de tendencias e impactos. FLACSO. Guatemala, 1996.

Farías I Refugio y salud mental en América Central. En: Farías P, Miranda R. Experiencias de refugiados centroamericanos: Perspectivas de salud mental en refugiados, desplazados y migrantes. Federación Mundial de Salud Mental, El Colegio de la Frontera Sur y Centro de Investigaciones en Salud de Comitán. San Cristóbal de las Casas, Chiapas. México, 1994.

Ferreira J, Ramos R, Shedlin M. Mexican men, female sex workers and HIV/AIDS at the US - Mexico border. In: AIDS crossing borders. The Spread of HIV Among Migrant Latinos. WestviewPress. A Division of Harper Collins Publishers, Inc. USA, 1996.

Mishra S, Conner R, Magaña R. Introduction. In: AIDS crossing borders. The Spread of HIV Among Migrant Latinos. WestviewPress. A Division of Harper Collins Publishers, Inc. USA, 1996.

Skjerdal K, Mishra S, Benavides S. A growing HIV/AIDS crisis among migrant and seasonal farmworkers families. In: AIDS crossing borders. The Spread of HIV Among Migrant Latinos. Westview Press. A Division of Harper Collins Publishers, Inc. USA, 1996.

libros

Bronfman M, Amuchástegui A, Martina R, Minello N, Rivas M, Rodríguez G. SIDA en México. Migración, adolescencia y género. CONASIDA, Información Profesional Especializada S.A. de C.V. México, 1995.

Castillo M, Palma S. La emigración internacional en Centroamérica: una revisión de tendencias e impactos. FLACSO, Programa Guatemala. Guatemala, 1996.

Gonzalez M, Liguori A. El SIDA en los estratos socioeconómicos de México. Perspectivas en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México, 1992.

Mishra S, Conner R, Magaña R. AIDS crossing borders. The Spread of HIV Among Migrant Latinos. WestviewPress. A Division of Harper Collins Publishers, Inc. USA, 1996.

Sepúlveda J, et al. SIDA, Ciencia y Sociedad en México. Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Salud Publica. Fondo de Cultura Económica. México, 1989.

Otros documentos

Almaguer T. Chicano Men: a cartography of homosexual identity and behavior. USA, s/f.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados (ACNUR). Conclusiones provisionales sobre las encuestas realizadas en los campamentos de refugiados sobre la salud de las mujeres. Chiapas. México, s/f.

Buchanan L. AIDS: the role of the board. Department of Sociology. Christopher Newport College. USA, 1990.

Carrasco, E. Migración y VIH/SIDA. ACCSI - LACCASP. Venezuela, s/f.

Deutsche Aids. Hilfe/Berlin. Alemania, 1991.

Escobar A. Mexico-USA migration after the year 2000: factors leading to change. CIESAS Occidente. México, s/f.

Flentge, Jacqueline. Sección Salud. Embajada Real de los Países Bajos. San José, Costa Rica. Carta enviada por correo con fecha: 3/10/97.

Fulladolsa, Angel. Asesor de ONUSIDA en Centroamérica. Sede en Guatemala. Fax emitido el 21/10/97.

Gómez de León J, Tuirán R. La migración mexicana hacia EUA: continuidad y cambio. Consejo Nacional de Población (CONAPO). México, 1996.

Gondrie P, Andersson L, Heldahl E. Evaluation mission medium-term plans for AIDS prevention and control in Central America 1993 - 1995. Presented to the governments of Norway The Netherlands Sweden. Central America, 1995.

Hayes D, Matsui O. Immigration and AIDS. Internal report of the Chicano Studies Center. University of California. Los Angeles. USA, 1990.

Hoekman, Arie. Coordinador Proyecto RLA/96/P15. Plan 2000. Integración de información socio-demográfica para el Desarrollo Local. Tegucigalpa, Honduras. Fax emitido el 25/9/97.

López R, Ruiz J. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type 1 and syphilis and assessment of risk behaviors among migrant and seasonal farmworkers in Northern California. Unpublished manuscript, prepared for Office of AIDS, California Department of Health Services. Los Angeles. USA, 1995.

Loya M, Ortíz R, Silva S. Más vale prevenir... Historieta para migrantes mexicanos a EUA. CONASIDA. SSA. México, 1997.

Madrigal J, et al. Campaña de prevención del VIH/SIDA y ETS en camioneros centroamericanos en Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Costa Rica y Panamá. Confederación centroamericana de ONG de lucha contra el SIDA (CONFESIDA), Instituto latinoamericano de prevención y educación en salud (ILPES). Costa Rica, 1995/1996.

Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. Comisión de Derechos Humanos. Periodo No 53 de Sesiones. Tema 9 A) Del Programa Provisional: Segunda Consulta Internacional sobre VIH/SIDA y los Derechos Humanos. Informe del Secretariado General. Ginebra. Suiza, 1996.

National Commission to Prevent Infant Mortality. HIV/AIDS: a growing crisis among migrant and seasonal farmworkers families. USA, s/f.

ONUSIDA, OMS. Vigilancia mundial del VIH/SIDA y de las ETS. Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. Diciembre, 1997.

Osorno G. VIH amenaza aspiraciones de inmigrantes mexicanos en Estados Unidos. SIDA: Crónica mensual. Instituto Panos. Washington. EUA, 1997.

Oviedo J. Problemas de salud en los inmigrantes mexicanos en la Costa Noroeste de los EUA. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México, s/f.

Ramos R, Benedicto R. Strengthening HIV prevention partnerships along the United States - México Border. U.S. - México Border Health Association. USA, s/f.

Secretaría de Desarrollo Social. Programa Nacional con Jornaleros Agrícolas. El SIDA y la migración de los Jornaleros Agrícolas. Coordinación Estatal Michoacán. México, s/f.

SSA, CONASIDA. SIDA - ETS Vol. 3, No 3. México, 1997.

SSA, CONASIDA. SIDA - ETS. Situación epidemiológica del SIDA y las ETS. Datos actualizados hasta el cuarto trimestre de 1997 Vol. 4, No.4. México, 1997.

SSA, Epidemiología, CONASIDA. Boletín mensual SIDA/ETS. México, 1992.

SSA, Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades, CONASIDA. Informe de Labores CONASIDA 1996. México, 1997.

SSA, Subsecretaría de Servicios de Salud, CONASIDA Informe de Labores CONASIDA 1994. México, 1995.

SSA, Subsecretaría de Servicios de Salud, Dirección General de Epidemiología, CONASIDA. Informe de Labores CONASIDA 1995. México, 1996.

UNAIDS. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. Belize, 1997. cfr (www.unaids.org).

UNAIDS. Epidemiological Fact Sheet. on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. Costa Rica, 1997. cfr (www.unaids.org).

UNAIDS. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. El Salvador, 1997. cfr (www.unaids.org).

UNAIDS. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. Guatemala, 1997. cfr (www.unaids.org).

UNAIDS. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. Honduras, 1997. cfr (www.unaids.org).

UNAIDS. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. Nicaragua, 1997. cfr (www.unaids.org).

UNAIDS. Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted diseases. Panama, 1997. cfr. (www.unaids.org).

UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STD Surveillance.
HIV/AIDS STD Epi Fact Sheet. Caribbean, Latin caribbean, Central America and Mexico, December 1997.

Viquez, Abel. Coordinador del Programa Nacional de VIH/SIDA/ETS. Ministerio de Salud. Caja Costarricense del Seguro Social. San José, Costa Rica. Fax emitido el 14/10/97.

WHO. UNAIDS. The current global situation of AIDS. 29 de Noviembre, 1996.

Presentaciones en conferencias y congresos

Bronfman M, *et al.* Migración México - EUA y el riesgo de propagación del virus de la inmunodeficiencia humana. Primer Congreso Internacional de Educación y comunicación en SIDA. Ixtapa, Zihuatanejo. México, 1988.

Bronfman M. Migración y SIDA en México. XVII Reunión de la Latin American Studies Association. Miami. EUA, 1989.

Castillo M, *et al* Los transmigrantes centroamericanos en su ruta hacia el Norte. Academia Mexicana de Derechos Humanos A.C.; Coordinación de Humanidades UNAM; Center for refugee Studies, Univ. York; Hemispheric Migration Project. Conferencia Preparatoria para la Conferencia Internacional sobre Integración Económica, Políticas Migratorias y Derechos Humanos en América del Norte. México, 1991.

Loya M, Ortiz R, Silva S, Magis C, Uribe P. Efectos de una intervención educativa para prevenir el VIH/SIDA en población migrante rural. CONASIDA. XI Congreso latinoamericano de ETS. V Conferencia Panamericana de SIDA. Lima. Perú, 1997.

Loya M, Ortiz R, Silva S, Magis C, Perez S, Bronfman M. Estrategias educativas para la prevención del VIH/SIDA en población migrante rural. CONASIDA. XI Congreso latinoamericano de ETS. V Conferencia Panamericana de SIDA. Lima. Perú, 1997.

Murilo F, et al. La Tuberculosis Pulmonar como evento centinela entre migrantes. Estudio de casos de las regiones mixtecas de Oaxaca y del Soconusco de Chiapas en México. Libro de Resúmenes del VII Congreso Latinoamericano de Medicina Social. Economía, Ciudadanía y Derecho a la Salud. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Buenos Aires. Argentina, 1997.

Pineda T, Loeza B, Heredia R, Vázquez N, Hernández V. Perfil del michoacano emigrado a los EUA y el impacto de la epidemiología del VIH/SIDA en la región. III Congreso Nacional de Investigación sobre Salud. México, 1992.

Ruiz A, Magis C, Ortiz R, Bravo M, Loya M, Lozada R. Estudio sobre prácticas de riesgo de infección para VIH/SIDA en inyectores de drogas de la ciudad de Tijuana. VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. México, 1997.

Rulnick S, Perez G, Todorof Ch, Richwald G. Using mariachis to deliver HIV education and prevention messages to recent immigrants in los Angeles Country. V Congreso Nacional sobre SIDA. México, 1995.

Uribe P, Bronfman M, Sejenovich G, Rodríguez S, Halperin D, Ortiz V, De Caso L, Del Río C. Migration, commercial sex and HIV Infection and possible interventions. Congreso Internacional sobre SIDA. Vancouver. Canadá, 1996.



BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL

Artículos de revistas

Cárdenas M. Migración y SIDA en México. Salud pública de México Vol. 30, No. 4. México, 1988.

Del Río C, Panebianco S. HIV/AIDS and Human Rights. Canadian HIV/AIDS Policy & Law Newsletter Vol. 3, No. 1. Canadá, 1996.

Guendelman S, Silberg J. The health consequences of maquiladora work: women on the US - Mexican border. American Journal Of Public Health Vol. 83, No 1. USA, 1993.

Salgado V. Estrés psicosocial en la mujer migrante y su relación con malestar psicológico. Salud Y Mujer. Instituto Mexicano de Psiquiatría. La Psicología Social en México Vol. IV. México, 1992.

Artículos Periodísticos

El Financiero. Sociedad Reconocer la violencia intrafamiliar como problema social, piden. Un problema agudo el rezago de la mujer indígena. México, 8 de septiembre, 1997.

El Financiero. Sociedad. Aumenta la violencia contra "ilegales" centroamericanos en la frontera sur. México, 8 de septiembre, 1997.

Bellinghausen H. La Jornada. Infecciones, desnutrición, frío y cerco policíaco-militar, el contexto de 8 mil tzotziles. Polhó, Chiapas. México, 30 de diciembre, 1997.

Capítulos de libros

Casillas R. Redes sociales y migraciones centroamericanas en México. En: Bovin P Coordinador. Las fronteras del Istmo. Fronteras y sociedades entre el sur de México y América Central. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. Centro Francés de Estudios Mexicanos y Centroamericanos. México, 1997.

Libros

Gallo J. El folKlor médico de Cuba. Enfermedades sexuales. Etnología. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana. Cuba, 1993.

Viquez A, Elizondo J. VIH/SIDA en Costa Rica: situación actual y proyecciones futuras. Ministerio de Salud. Caja Costarricense de Seguro Social. San José. Costa Rica, 1997.

Otros documentos

Consejo Nacional de Migración. Migración Internacional. Boletín editado por el Consejo Nacional de Población No 1. México, 1988.

Estudio binacional, México - Estados Unidos sobre Migración. Reporte del Estudio Nacional Sobre Migración. Versión previa a su publicación. México, 1997.

Food And Agriculture Organization Of The Unite Nations (Fao). The impact of HIV/AIDS and the need for on rural households/ communittes and the need for multisectoral prevention and mitigation strategies to combat the epidemic in rural areas (with special emphasis on Africa). 1997.

Herrera J, Abba B, Pérez A. Regionalización y SIDA: migración - SIDA: binomio impostergable en la agenda del(a) educador(a) comunitario(a). Seminario - Taller sobre migración rural y SIDA en México: Salud Y Migración. México, s/f.

MEXFAM. Cuando el SIDA llegó al pueblo. Casos de la vida clínica. México, 1994.

Organización Panamericana de la Salud. Oficina de Asuntos Jurídicos. Consulta Regional sobre SIDA. Derechos Humanos, Ética y Derecho. 1990.

Secretaría de Relaciones Exteriores. Programa Paisano Bienvenido a casa. No pongas en riesgo a tu familia. México, s/f.

Secretaría de Relaciones Exteriores. Programa para las Comunidades Mexicanas en el extranjero. PONTE TRUCHA! Con el SIDA. México, s/f.

Secretaría de Relaciones Exteriores. Programa para las Comunidades Mexicanas. Seminarios de actualización. Adicciones. VIH/SIDA. Violencia doméstica. Aspectos psicológicos y socioculturales de los migrantes en el extranjero. México, s/f.

SSA, CONASIDA, RIUS. Todo lo que tu querías saber del SIDA. México, slf.

Presentaciones en conferencias y congresos

Casillas R. y López S. Un acertijo de nuestros días; esquemas de salud para poblaciones migrantes. IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina. Cocoyoc. México, 1997.

Castillo M. La migración femenina a dos ciudades principales de la República Dominicana. Centro de Estudios Sociales de El Colegio de México. Seminario: Distribución y Movilidad Territorial de la Población y Desarrollo Humano. San Carlos de Bariloche. Argentina, 1994.

Herrera I, Bernstorff A. ETS en migrantes a los Estados Unidos y sus esposas: el caso de Sta. Mónica Ozumbilla. Encuentro sobre migración México - EUA y nuevas leyes. Guanajuato. México, 1997.



Anexo

Coordinadores generales o Jefes de Programas Nacionales

Dra. María Elena Avalos Aragón

San Salvador, El Salvador.

Tel. 503 - 221 0994 fax. 221 5150

Dr. Luis Villanueva

Ciudad de Guatemala, Guatemala.

Tel. 502 - 251 6054

Dr. Roberto Pao Kraudy

Managua, Nicaragua.

Tel. 505 - 2 - 289 4402

Dra. Maritza Ortega de Barrientos

Panamá, Panamá.

Tel. 507 - 262 2010 fax. 202 1819

Dr. César Nuñez

Tegucigalpa, Honduras.

Tel. 504 - 373155 fax. 383270

Dr. Jorge Polanco

Belice, Belice.

Tel. 501 - 2 30778

Dr. Abel Víquez

San José, Costa Rica.

Tel. 506 - 380 01 95 fax. 231 65 02

Dr. Luis Martínez

Santo Domingo, República Dominicana.

Tel. 1 - 809 - 688 58 10 fax. 686 76 97

Organismos Oficiales Internacionales

ONUSIDA, República Dominicana
Dr Ernesto Guerrero
Tel. 1 - 809 - 537 63 19 fax. 530 76 9.2

ONUSIDA, Guatemala
Dr. Angel Fulladolza Forment
Tel. 502 - 332 20 32

OPS, Belice
Amalia del Riego
Tel. 501 - 2 45536 / 30917/44885/ 33946144852

U.N., Tegucigalpa, Honduras
Arie **Hoekman**
Tel. 504 - 580071

OPS, Washington
Dr. **Zacarias, Dr. Castillo y Dr. Loyola**
Tel. 1 - 202 - 974 3130 / 974 33 27

Centros y Organismos no oficiales

Instituto Centroamericano de la Salud
Dra. Karin Slowing Umaña
Guatemala, Guatemala.
Tel. 502 - 254 0232.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos
Srta. Natalia Dobles
San José, Costa Rica.
Tel. 506 - 234 0404.

Embajada Real de los Países Bajos
Jackeline Flentge
San José, Costa Rica.
Tel. 506 - 1490 fax. 296 2933

El Productor SRL

San José, Costa Rica.
Gabriela Rodríguez
Tel. 506 - 255 0733

Asociación de Demografía Costarricense

San José, Costa Rica.
Tel. 506 - 227 32 58

Hermanas Oblatas del Santísimo Redentor

Tecún Umán, Guatemala.
Tel. 502 - 776 8125

Fraternidad Sanpedrana de lucha contra el SIDA

San Pedro Sula, Honduras.
Carlos López
Tel. 504 -5312

Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova

Tapachula, Chiapas.
Amparo Lenardutzi
Tel. 52-962 - 55686

COMUSIDA

Tijuana, Baja California, México.
Emilio Velázquez
Tel. 66 - 855553

“Letra S” La Jornada

México, D.F.
Arturo Díaz Betancourt
Tel. 52-5-5387400

BUSCA

México, D.F.
Chicara Yonome
Tel. 52-5-5168604

Secretaría de Salubridad y Asistencia
Coordinación general de vigilancia epidemiológica

México, D.F.

Dr. Jorge Oviedo

Tel. 52-S-5843420

Secretaría de Relaciones Exteriores

Programa para las Comunidades Mexicanas en el Extranjero

México, D.F.

Ministro Francisco Roux

Tel. 52-5-52362686/1 174386

CONASIDA

Estudios Cualitativos

México, D.F.

Lic. Martha Loya

Tel. 52-5-594 9130.

Instituto Nacional de Psiquiatría

México, D.F.

Dra. Nelly Salgado

Tel. 52-S-6552811 ext. 201

Sin Fronteras

México, D.F.

Lic. Fabianne Benet

Tel. 52-S-554 6335/5546480

FLACSO

México, D.F.

Dr. Rodolfo Casillas

Tel. 52-5-5631 7246

ACNUR

México, D.F.

Tel. 52-5-2801383

Coordinación Estatal de SEDESOL

La Paz, Baja California Sur, México.

Lic. Ramiro Serna

Tel. 52 -3 12 -52441

Centro de la Mujer, Tía Juana
Tijuana, Baja California Sur, México.
Tel. 52 - 66 - 346656

Coalición Pro Defensa del Migrante
Mexicali, Baja California Norte, México.
Tel. 52 - 65 - 548413

Centro de Investigaciones en Salud de Comitán
Comitán, Chiapas, México.
Tel. 52 - 963 - 23816

El Colegio de la Frontera Sur
San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.
Tel. 52 - 967 - 81883/85

El Colegio de la Frontera Norte
Tijuana, México.
Dr. Roberto Ham
Tel. 52 - 66 - 133535



Este trabajo fue realizado en el marco de un proyecto conjunto de la Intemational Organitation for Migration (IOM) y ONUSIDA (UNAIDS).

•

Una versión anterior del mismo fue presentada el 2 de marzo de 1998 en el taller Migration Pattems in the context of HIV/AIDS organizado por la IOM/UNAIDS en la sede de la IOM en Ginebra y publicada en la revista Intemational Migration. Vo1.36 No. 4 U.K. 1998.

Se agradece a la Comisión Mexicana para la Cooperación con Centroamérica por el apoyo financiero otorgado para la impresión de esta publicación.
