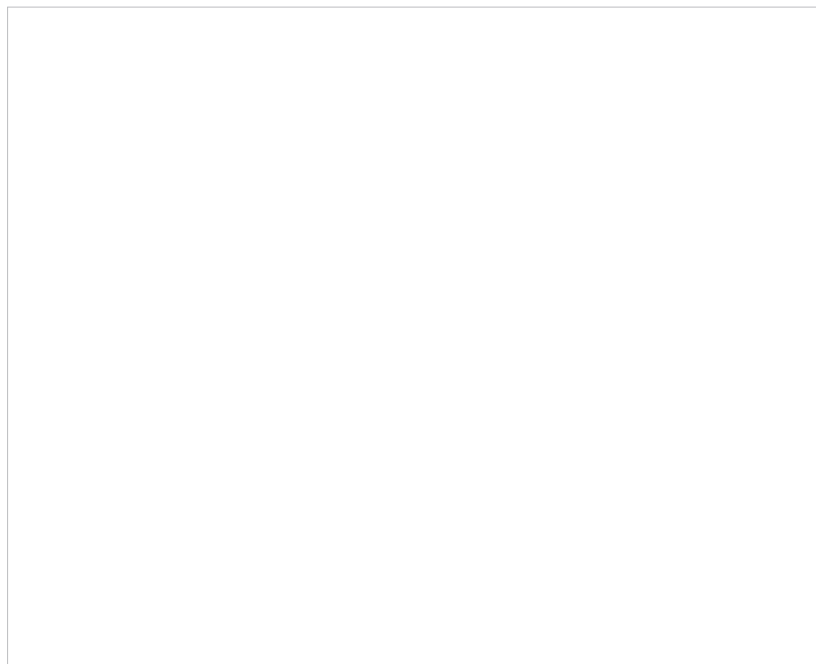


Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS
y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes

Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes



René Leyva
Marta Caballero

**Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS
y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes**

Primera edición, mayo de 2009

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655,
Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 978-607-7530-54-1

Agradecimientos

Este trabajo es producto del proyecto de investigación "Mujeres compañeras de migrantes y vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA", realizado con el apoyo del Fondo Sectorial Conacyt número 2003-057.

Los autores agradecen la valiosa colaboración de las mujeres compañeras de migrantes que participaron en el estudio, así como de las distintas autoridades estatales y municipales que facilitaron el contacto con la comunidad y el desarrollo de todas las fases de la investigación.

Agradecen también a la Secretaría de Salud del estado de Morelos por la apertura y apoyo para ingresar a las unidades de primer nivel de atención y entrevistar a los profesionales que ahí laboran, así como el apoyo técnico de Janette Flores Velázquez (estudiante de psicología del Centro Internacional de Estudios Superiores de Morelos, México) y Natasha Van Borek (estudiante de la maestría en Salud Pública de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Simon Fraser, Vancouver, Canadá); y a Mónica Esther Sánchez Rendón, por su imprescindible trabajo secretarial.

Índice

Presentación	11
1 Introducción	13
La migración y el VIH/SIDA en comunidades de origen	13
2 Contextos de vulnerabilidad: migración e ITS y VIH/SIDA	19
Vulnerabilidad social	20
Riesgo y confianza	23
Género, migración y VIH/SIDA	24
3 Metodología	27
Primera fase: contexto comunitario y vulnerabilidad al VIH	28
Segunda fase: información y opinión social sobre migración y VIH/SIDA	29
Tercera fase: salud sexual y reproductiva de las mujeres	30
4 Contexto social de las comunidades	33
La vida en dos localidades con alta migración a EUA	34
Comunidad rural	34
Comunidad urbana	39
5 Migrantes: estrategias familiares y cambios comunitarios ante la migración	45
Los que se van: significados de la experiencia migratoria	45
Cambios comunitarios ante la migración	47
Estrategias familiares frente a la migración	48
La vida del otro lado: afectividades y sexualidad	49
Opinión sobre los migrantes en las comunidades de origen	50
Conclusiones	53
6 Consecuencias de la migración en mujeres compañeras de migrantes	55
Material y métodos	55
Las que se quedan: caracterización	56
Cambios en las condiciones de vida de las MCM	58
Condiciones y calidad de vida	58
Contexto de la pareja	60
Contexto virtual	64
Tipologías según recomposición familiar (en familia y solas)	66
Opinión e imagen social de las MCM en las comunidades	67
Conclusiones	70

7. Percepción del riesgo y formas de respuesta ante ITS y VIH	71
Percepción de riesgo de ITS y VIH	72
Información sobre medidas de prevención de ITS	74
Formas de respuesta ante el riesgo de ITS y VIH	75
“Le pregunto si ha estado con otras mujeres en EUA”	75
Pedir al compañero “cuidarse mucho”	76
“Si quieres... pero ponte condón, así no”	76
Uso de servicios de salud	77
Conclusiones	78
8. Servicios de salud: prevención y atención de las ITS y el VIH/SIDA	81
Servicios de salud y atención de ITS y VIH/SIDA	82
Vigilancia epidemiológica de las ITS y el VIH/SIDA	82
La perspectiva médica sobre la vulnerabilidad y riesgo de ITS y VIH/SIDA	84
La prevención del riesgo y atención de ITS y VIH/SIDA	86
Pláticas para la prevención de ITS y VIH/SIDA	86
Diagnóstico y atención de ITS	87
Tratamiento para las ITS	88
Conclusiones	89
9. Búsqueda y acceso a servicios de salud	91
Reestructuración del grupo familiar; búsqueda y acceso a servicios de salud	91
Información preventiva sobre ITS y VIH/SIDA	93
Padecer una ITS, búsqueda y acceso a la atención	95
Conclusiones	98
Conclusiones	101
Anexos	
Anexo 1. Guía de entrevista a mujeres compañeras de migrantes	109
Anexo 2. Guía de entrevista a hombres y mujeres residentes de la comunidad	113
Anexo 3. Integrantes de la red de las mujeres compañeras de migrantes	115
Anexo 4. Guía de entrevista a migrantes de retorno	117
Anexo 5. Guía de entrevista a representantes de organizaciones sociales y gubernamentales de la comunidad	121
Anexo 6. Guía de observación de las comunidades	125
Anexo 7. Encuesta poblacional a comunidades	127
Anexo 8. Guía para revisión de expedientes clínicos ITS y procesos de embarazo	135
Anexo 9. Guía de entrevista a mujeres embarazadas	137
Anexo 10. Guía de entrevista a mujeres con alguna ITS	141
Anexo 11. Guía para prestadores de servicios tercera fase	145
Anexo 12. Guía de observación de los consultorios ginecoobstétricos de los centros de salud	147
Anexo 13. Guía de disponibilidad de medicamentos para la atención de ITS, embarazo y posparto en centros de salud	149

Presentación

René Leyva
Marta Caballero

Este libro es resultado de una investigación en el tema de vulnerabilidad social en salud. Los trabajos desarrollados en esta línea durante más de 10 años por diferentes investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) han llevado a constituir, a partir de 2008, la “Línea de investigación sobre salud y grupos vulnerables”, la cual se encuentra incluida en las áreas estratégicas de investigación del INSP.

Las investigaciones precedentes permitieron desarrollar los elementos conceptuales y metodológicos para el estudio de la movilidad poblacional y su relación con uno de los problemas emergentes de salud: el VIH/SIDA.¹ El tema del VIH en el marco de la migración internacional fue identificado como un problema estratégico, ya que permitía comprender la dinámica de movilidad poblacional y al mismo tiempo las condiciones específicas en que estos grupos transitan por diferentes países, se articulan en los lugares de destino y retornan a los lugares de origen.

Estos migrantes internacionales, en su mayoría indocumentados, son personas estigmatizadas y frecuentemente rechazadas por las sociedades de los países de tránsito y destino. A esta situación de estigma precedente se le ha agregado su potencial condición de *portador* del VIH, lo que ha sido un elemento adicional para reforzar y legitimar políticas antimigratorias, cuyo resultado más inmediato ha sido incrementar su vulnerabilidad social.^{2,3}

La desigualdad de género en el proceso migratorio es un elemento clave para comprender la composición y dinámica del mismo. En su mayoría, los participantes

son varones y las mujeres han incrementado su participación en condiciones de desigualdad numérica, pero también de desigualdad en las relaciones socioculturales. Son incluidas y consideradas por los migrantes varones como un grupo subordinado, que debería asumir los roles tradicionales asignados a la mujer: brindar servicios domésticos y sexuales a los migrantes, pero con la potencialidad de ser utilizada como pieza de cambio para facilitar el tránsito.⁴

El proceso migratorio no parece influir positivamente en el cambio de las relaciones de género. Más bien pareciera incrementar las desigualdades en el trayecto. Estos estudios abrieron nuevos interrogantes sobre los efectos de la migración en los lugares de origen, particularmente en las mujeres compañeras de migrantes (MCM), las que se quedan en la comunidad de origen. Una de las observaciones empíricas al inicio de la epidemia del VIH/SIDA en México fue la relación entre el retorno de migrantes mexicanos procedentes de Estados Unidos de América (EUA) y la ruralización y feminización del VIH/SIDA.⁵ Esta línea de análisis fue poco explorada y pronto abandonada.

Pero 25 años después de iniciada la epidemia en México,¹ y tomando como referencia la experiencia de investigación y los avances en el conocimiento teórico y metodológico del tema, se inició este estudio en busca de analizar la relación entre migración y vulnerabilidad al VIH en las mujeres compañeras de migrantes en comunidades urbanas y rurales de México, con alta migración hacia EUA.

Este análisis coloca a las MCM que se quedan en la comunidad como uno de los motores principales que

mueven el proceso migratorio y facilitan la reproducción social, económica y cultural en la comunidad. En México, el número de hogares donde la mujer es la jefa del hogar va en aumento (1 de cada 5). Se espera que este porcentaje sea mayor en las comunidades con alta migración hacia EUA. Sin embargo, esto no se registra así debido a que los integrantes del hogar asumen que el jefe es el varón que se encuentra fuera temporalmente.

El estudio del proceso migratorio debe incluir a las(os) que se quedan por sus efectos o como razón que justifica la migración. Sin embargo, la mayoría de los análisis se focalizan en el *héroe*, el varón migrante, dejando como actores secundarios a las mujeres y a otros participantes del proceso. Los resultados de investigación que contiene este libro presentan la perspectiva de las mujeres y su relación con la pareja migrante, en el contexto social que define las reglas personales y sociales de interacción, establece los alcances de la acción social *aceptable* para la mujer que se queda en la comunidad y reordena los cambios en los roles que la mujer asume pero que no dejan de ser cuestionados por la comunidad, la cual toma un rol de censor social.

Ante ello, la MCM desarrolla estrategias que le permiten enfrentar su nueva condición de mujer sola, pero no abandonada. La identificación y análisis de estas estrategias van configurando cambios importantes en las relaciones sociales en las comunidades estudiadas. Pero también, individualmente, las mujeres desarrollan capacidades para enfrentar las necesidades cotidianas, emocionales y de salud, de ellas mismas y de los integrantes de la familia.

De esta manera, las comunidades de origen viven procesos de cambio continuo, definido principalmente por la participación de las mujeres que se quedan. La crisis familiar y de pareja que implica el momento de

salida del varón migrante se transforma años más tarde en crisis por el retorno de la pareja. La salud sexual y reproductiva de la mujer tiene que ajustarse a dichos momentos de la dinámica migratoria. La búsqueda de servicios de salud, la demanda de uso de condón, la búsqueda de información sobre el comportamiento sexual de su pareja migrante, representan elementos significativos para la mujer, que le permiten manejar la relación sexual con su pareja.

En estas condiciones, las mujeres que se quedan en la comunidad de ninguna manera representan a las *nuevas penélopes*: son mujeres que enfrentan de manera activa los cambios que les impone la migración, en este caso de su pareja. Los diferentes capítulos de este libro contienen evidencia suficiente sobre las condiciones de vulnerabilidad de dichas mujeres, pero también las estrategias (a veces de supervivencia) que han desarrollado para enfrentarla.

Referencias

1. Bronfman M, Leyva R. "Migración y SIDA en México". En: Córdoba-Villalobos JA, Ponce-de León Rosales S, Valdespino J, eds. 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Cuernavaca, México: SSA-INSP-Censida, 2008:241-258.
2. Haour-Knipe M, Rector R. "Introduction". En: Haour-Knipe M, Rector R. Crossing borders. Migration. Ethnicity and AIDS. Social aspects of AIDS. Great Britain: Institute of Education, University of London, Taylor and Francis Publications, 1996:1-14.
3. Infante C, Leyva F, Caballero M, Guerrero C, Bronfman M. VIH/ SIDA y rechazo a migrantes en contextos fronterizos. Migración y Desarrollo 2003;3:45-53.
4. Caballero M, Leyva R, Bronfman M. Mujer, migración y violencia en la frontera sur de México. Mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México. Una aproximación desde la perspectiva de género (memoria). México, DF: Instituto Nacional de las Mujeres, 2007:100-107.
5. Magis C, Del Río Zolezzi A, Valdespino Gómez JL, García García ML. Casos de SIDA en el área rural de México. Salud Publica Mex 1995;37(6):615-23.

La migración y el VIH/SIDA en comunidades de origen

La magnitud y la complejidad crecientes de la movilización de personas de distintas regiones del mundo son dos características de la sociedad contemporánea. Se estima que más de 191 millones de personas viven fuera de sus países de origen.¹ Sin embargo, los procesos que viven las personas que se quedan en sus lugares de origen como parte de la dinámica migratoria han sido poco analizados.

La mayoría de estudios sobre migración y su relación con el VIH/SIDA ha tenido como protagonistas principales a los migrantes varones, dejando de lado a las mujeres compañeras de éstos que permanecen en su comunidad.^{2,3} Algunos de los aspectos explorados en los migrantes han sido su ajuste cultural al nuevo contexto social y laboral,⁴ los cambios en sus condiciones de vida,⁵ la adopción de prácticas sexuales de riesgo, el manejo de situaciones de riesgo para infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA,^{6,7} entre otros.

Desde principios del año 2000 se ha estudiado el proceso de migración relacionado con las condiciones en que ocurren la salida, el tránsito y la inserción social en los lugares de destino. La vulnerabilidad social se ha constituido en el eje de análisis para estudiar las trayectorias e interacciones sociales que ocurren en los diferentes contextos del proceso migratorio. En Centroamérica y México, los estudios muestran que las relaciones sexuales son un elemento clave para negociar el tránsito de indocumentados hacia Estados Unidos de América (EUA).^{8,9} Las mujeres migrantes indocumen-

tadas son vistas socialmente como mujeres *dispuestas y disponibles* para las relaciones sexuales, y se encuentran expuestas a riesgo de infección por ITS/VIH, ya que la mayoría tiene alguna experiencia sexual en condiciones de desigualdad durante el proceso migratorio.¹⁰

Sólo recientemente se ha puesto mayor atención sobre los efectos de la migración en las comunidades de origen. Una de las observaciones iniciales ha sido el cambio demográfico: viejos, niños y mujeres son los que se quedan.¹¹ También se han analizado los cambios culturales y económicos,^{12,13} los relacionados con la composición de los grupos, así como las relaciones familiares y comunitarias.^{14,15}

En este entorno, las mujeres que se quedan tienen que reajustar sus relaciones familiares y comunitarias a su nuevo papel de mujeres solas, lo que lleva a un reacomodo de roles y recomposición de redes de apoyo familiar y comunitario, tanto en el momento de salida como de retorno de su pareja.¹⁶

Desde la perspectiva psicológica, se ha reportado que la mujer que se queda vive situaciones de temor y tensión en las que las relaciones sexuales se consideran como “una obligación justa hacia sus compañeros, quienes sufren trabajando en EUA para mantener a la familia”,¹⁷ pero también como una respuesta ante la amenaza de ser abandonadas.

Tanto las mujeres que migran como las que se quedan en sus comunidades enfrentan diferentes situaciones de vulnerabilidad a ITS, unas relacionadas con las propias condiciones del proceso migratorio y otras con los cambios en las relaciones con su pareja y en el ámbito comunitario. Ambas situaciones se asocian

con la inequidad de género en las relaciones sociales y sexuales.¹⁸ No obstante, las mujeres que se quedan identifican a la familia como un espacio seguro.¹⁹

La migración puede acentuar las diferencias de género que prevalecen en México, donde se asignan a las mujeres roles de sumisión frente a la figura masculina, y cuya sexualidad debe vivirse con una función reproductiva inseparable de la maternidad.²⁰ En cambio, al hombre se le relaciona con actitudes de dominio y autoridad. Se le concibe como proveedor de recursos (migra en busca de ellos). En él la paternidad aparece como prueba de su masculinidad, entre otras aspectos.²¹ En este marco, las mujeres que se quedan tradicionalmente deben asumir el rol de *beneficiarias* de la migración.

Contrario a lo que se piensa, una proporción cada vez mayor de mujeres en México (21%) son las responsables del mantenimiento económico y social del hogar,²² y este porcentaje posiblemente sea mayor en comunidades con alta migración hacia EUA, hecho que lleva a replantear el rol tradicionalmente asignado a la mujer.

En México, 17.2% de las personas que viven con VIH/SIDA son mujeres,²³ aunque en algunas regiones del país se ha llegado a documentar que este porcentaje puede ser mayor.²³ La transmisión sexual es la forma predominante de diseminación de la infección (97.2%).²³ En regiones con alta intensidad migratoria se ha observado que hasta 20% de los casos de VIH/SIDA tenían antecedentes de haber migrado a EUA.²⁴ Los cambios en los comportamientos sexuales de los migrantes en los lugares de destino⁶ y las diferencias de género en las comunidades de origen pueden contribuir a que las mujeres compañeras de migrantes se encuentren en mayor riesgo de infección por ITS y/o VIH/SIDA que las otras mujeres en su comunidad.

El eje central del proyecto fue el análisis de las condiciones y las capacidades de respuesta social ante la migración en comunidades urbanas y rurales de México, enfocado en las mujeres compañeras de migrantes (MCM) que se quedan en la comunidad de origen.

En este sentido, decidimos trabajar con las MCM, no sólo porque las comunidades de origen progresivamente se van conformando por niños, ancianos y mujeres, sino como un reconocimiento a la capacidad de las mujeres de sostener y preservar el hogar y reproducir y modificar tanto la cultura como la economía de la comunidad, entre otros aspectos. También decidimos emplear el término “las que se quedan” como un con-

cepto multisémico que lo único que no significa es parálisis, dependencia, inactividad, inmovilidad, sino, por el contrario, una estructura organizada y dinámica de resistencia social con capacidad innovadora para hacer frente y dar respuesta al día-día de las necesidades de sus integrantes y de la comunidad, y simultáneamente conservar el vínculo con la pareja en la distancia.

La decisión de migrar representa un riesgo social para el que migra, pero también para quienes se quedan. En este proceso se invierten diversos recursos: emocionales, económicos y relacionales, con diversas expectativas que buscan mejorar la situación de la comunidad de origen, pero con resultados inciertos. Los migrantes consideran que como resultado de este proceso “se puede perder o ganar, pero es peor quedarse”. La valoración y la aceptación social del riesgo de migrar muestran el punto de partida y apenas se puede especular sobre la perspectiva del futuro para el grupo social involucrado en el proceso.

El tema del VIH/SIDA vinculado con la migración representa un gran desafío epidemiológico, cultural, social y de servicios de salud, entre otros aspectos. En las comunidades de origen, el imaginario social de los que se quedan ha logrado desarrollar las más diversas y novedosas formas de vida que experimentan los migrantes en los lugares de destino; la sexualidad aparece como uno de los ejes que también dan sentido a la migración. Haber migrado implica “haber vivido cosas diferentes”, haberse expuesto y manejado de forma exitosa diferentes retos que no están presentes en la comunidad de origen. Estas nuevas experiencias se van conformando como parte de los bienes de importación que los migrantes traen consigo en el momento de retorno.

Los migrantes tratan de mostrar a los integrantes de sus comunidades de origen los beneficios económicos y de vida relacionados con la migración, sus nuevas experiencias, las sexuales en primer término, si es posible. Con ello, las comunidades de origen van cambiando su perfil sociocultural y adoptan nuevas formas de interacción social que en otro contexto podrían ser generadoras de conflicto social.

Las nuevas relaciones sociales e interpersonales se van ajustando de manera gradual hasta que terminan por ser parte de las características de las comunidades migrantes. Las prácticas sexuales aparecen vinculadas con un contexto de rápido cambio social, donde los migrantes buscan transferir a su lugar de origen la experiencia sexual ganada en los lugares de tránsito y

destino. Esta experiencia está ligada a diferentes formas de comportamiento y consumo. Sin duda alguna, éste representa uno de los aspectos de mayor relevancia para comprender la manera en que se maneja la relación de pareja en la migración, pero también tiene un alto potencial para explicar el VIH/SIDA y otras ITS en las comunidades migrantes.

Los que se quedan no relacionan la presencia del VIH/SIDA en la comunidad con la migración. Son los migrantes quienes se perciben como una especie de *vector* que puede traer el VIH a su comunidad. Por el contrario, en las comunidades de tránsito y destino, la diseminación del VIH se ha vinculado con el proceso migratorio y se ha constituido como un factor adicional para el fortalecimiento de actitudes xenófobas y de políticas antimigratorias que representan un atentado a los derechos humanos.²⁵

Tomando como referencia este contexto social general, se desarrolló la presente investigación por un periodo de dos años, desde octubre de 2004 hasta agosto de 2006, en una comunidad urbana y en otra rural del estado de Morelos, México. La metodología empleada muestra cómo pueden complementarse de manera fructífera diferentes procedimientos cualitativos y cuantitativos para obtener, procesar y analizar la información. El proceso de acercamiento con la comunidad representó el aspecto clave que permitió establecer estrechos lazos de comunicación y colaboración con los diferentes actores sociales presentes en la comunidad.

La investigación se diseñó para desarrollarse en tres fases. En la primera se llevó a cabo un análisis documental de diversas fuentes (municipio, escuelas, centros de salud, iglesias) con el fin de contar con información que facilitara la comprensión de la situación actual de cada comunidad. Además, se llevaron a cabo entrevistas en profundidad y semiestructuradas a las MCM, a integrantes de la red social de las MCM, a representantes de organizaciones sociales, a residentes de la comunidad y a migrantes de retorno con quienes se entró en contacto. Todos recibieron una explicación del proyecto y accedieron a participar en el desarrollo del mismo, bajo consentimiento informado.

En la segunda fase se realizó una encuesta poblacional en una muestra representativa de viviendas, para ambas comunidades, para establecer la magnitud de la migración, obtener opinión, información, experiencia y conocimientos sobre los temas de migración y VIH/SIDA.

En una tercera fase se realizó el trabajo de campo en centros de salud, con autorización del Comité de Ética de los Servicios Estatales de Salud de Morelos. En estas unidades se procedió a realizar una revisión de expedientes clínicos de mujeres que hubiesen sido diagnosticadas con alguna ITS en los seis meses previos al estudio. A partir de esta revisión, se seleccionó una submuestra, que fue entrevistada como parte de un seguimiento de atención clínica del problema por el cual había acudido al centro de salud.

La diversidad de estrategias empleadas para obtener la información permitió generar una base de datos cualitativa y cuantitativa rica en temas y áreas de conocimiento comunitario y sobre las instituciones sociales, gubernamentales y de salud, en cuanto a la relación entre la migración y el VIH/SIDA desde diferentes énfasis y perspectivas.

Los diferentes capítulos del libro fueron elaborados buscando representar la perspectiva de los y las que se quedan ante el fenómeno migratorio y el VIH/SIDA. Para ello, se recurrió al trabajo etnográfico combinado con encuestas, con el fin de contar con información para analizar las características y condiciones socioculturales, económicas, políticas y de salud de ambas comunidades. Este análisis permite contextualizar las opiniones, percepciones, valoraciones y actitudes de residentes, autoridades, representantes sociales, médicos, enfermeras, entre otros actores clave, para comprender cómo se vive el proceso de migración y cómo se relaciona con el VIH/SIDA en la comunidad.

El eje conceptual sobre vulnerabilidad social y salud estructura los diferentes capítulos que integran el libro. Para ello, se dedica un capítulo a presentar el desarrollo conceptual para el estudio de la migración y su relación con el VIH/SIDA. Transitar desde los grupos de riesgo hasta los contextos de vulnerabilidad social representa una muestra sobre cómo los diferentes abordajes pueden influir de manera determinante en la forma de comprender los problemas de salud como hechos sociales, y contribuir a definir políticas apropiadas para su atención. Este recorrido conceptual ha llevado a colocar la atención no sólo en los comportamientos sexuales sino, sobre todo, en las condiciones sociales en que ocurren dichos comportamientos. En el capítulo mencionado se presenta un modelo conceptual para el estudio de la vulnerabilidad social en salud, en este caso del VIH/SIDA.

A partir de ello, se analizan las comunidades de origen como contextos sociales en los que se vive la mi-

gración como un proceso que responde a las necesidades de sus habitantes. La desigualdad social emerge como elemento común, tanto en la comunidad rural como en la urbana, siendo un factor que contribuye parcialmente a explicar la actitud social ante la migración.

En el siguiente capítulo se analiza la migración como un proceso que incluye no sólo al migrante sino a diferentes actores sociales. Se identifican cambios en las relaciones, comportamientos, consumos, así como en y entre los diferentes actores que contribuyen a caracterizar a las comunidades de origen. Se analiza desde la perspectiva de los que se quedan a los que migran, los cambios en el contexto comunitario relacionado con la migración.

Los siguientes capítulos analizan la perspectiva de las MCM. El cambio en sus condiciones de vida representa apenas una escasa referencia empírica sobre los procesos que viven y enfrentan por la migración de su pareja. Más adelante se elabora una tipología basada en sus características sociodemográficas que permite comprender e identificar la manera en que las MCM son vistas socialmente, así como las formas de control comunitario que regulan su comportamiento social y que influyen de manera determinante en la búsqueda y en la obtención de diferentes soportes sociales para el abordaje y resolución de diferentes problemas, entre ellos los de salud.

En el capítulo sobre percepción de riesgo y formas de respuesta al VIH/SIDA, las MCM exponen sus preocupaciones pero también sus capacidades de respuesta ante el mismo. Este análisis ha contribuido a mostrar la forma en cómo elaboran, procesan y responden las MCM al riesgo de VIH/SIDA desde una perspectiva social. La relación entre confianza y percepción de riesgo aparece como un binomio de relaciones no causales que estimula una reflexión sobre los procesos y conexiones que se establecen entre ambas categorías. Asimismo, se muestra cómo la noción de confianza permite a las MCM manejar la incertidumbre asociada con la migración de su pareja, pero también cómo la confianza representa una categoría que contribuye a la subordinación de la mujer ante su pareja migrante y la coloca en una condición de vulnerabilidad ante la ausencia de estrategias para el manejo de riesgo de transmisión de VIH.

En el capítulo sobre servicios de salud para la prevención y atención de ITS o VIH se presenta la forma en que se encuentran organizados y funcionan los servicios de salud de primer nivel de atención. Se

analiza la perspectiva de los prestadores de servicios de salud respecto de la migración y su relación con las ITS; el funcionamiento del sistema de vigilancia epidemiológica, y la práctica de atención médica y preventiva, en el marco de los recursos disponibles para brindar la atención.

En el capítulo sobre salud sexual y reproductiva se analiza el manejo de la sexualidad, el embarazo, el parto y la anticoncepción como parte de la dinámica que acompaña a los ciclos migratorios. El análisis muestra la influencia de proceso migratorio en el manejo de la sexualidad en un marco de relaciones de género con claros signos de inequidad. Embarazo, parto y anticoncepción aparecen como un antiguo proceso de control de la sexualidad de la mujer en ausencia de su pareja migrante. El núcleo de apoyo social se reformula y funciona como parte de dichos controles que reducen la capacidad de la MCM para buscar de manera independiente los servicios de salud que, desde su perspectiva, considere necesarios. Este capítulo se ve enriquecido cuando se analiza la perspectiva de los profesionales, como proveedores de servicios de salud en instituciones públicas o privadas, así como el punto de vista de proveedores comunitarios de salud (parteras, curanderos), quienes intervienen de forma importante en la definición de los procedimientos para el manejo de los problemas de salud de la mujer. Lo que consideran las MCM como sus necesidades de salud y lo que plantean los proveedores de salud no siempre coincide. Frecuentemente terminan sosteniendo opiniones encontradas sobre un mismo tema.

La migración y el VIH/SIDA terminan por ser parte de un fenómeno social que muestra cambios importantes en las condiciones de vida y en los perfiles de salud de las comunidades. Desde principios de 1980, en que se identificaron los primeros casos de personas viviendo con VIH/SIDA en México, emergió la preocupación sobre su relación con el fenómeno migratorio como parte de la explicación epidemiológica. Sin embargo, ni la migración lleva el VIH/SIDA ni el VIH/SIDA conduce a la migración.

Los diferentes capítulos que contiene este trabajo contribuyen con información novedosa para comprender los procesos y las condiciones bajo los cuales la migración se transforma en un riesgo para el migrante y para las MCM, pero también muestra la importante capacidad de respuesta social ante la adversidad que representan tanto el fenómeno migratorio como el VIH/SIDA en las comunidades de origen.

Referencias

1. OIM. Hechos y cifras. La migración en el siglo XXI, 2007. Disponible en: <http://www.iom.int/jahia/jsp/index.jsp> [consultado 2008 ene 22].
2. Gregorio GC Migración femenina. Su impacto en las relaciones de género. Madrid: Ediciones Nancea, 1998:285.
3. Brettell C, Simon R. "Immigrant women: An introduction". En Simon R, Brettell C, eds. *International Migration. The female experience*. New Jersey: Rowman & Allanheld, 1986.
4. Berry JW, Kym U. "Acculturation and mental health". En: Dasen PR, Berry WJD, Sartorius N, eds. *Health and cross-cultural psychology towards applications*. Newbury Park: CA Sage, 1988:207-238.
5. Tuirán R. "Migración, remesas y desarrollo". En: Consejo Nacional de Población. *La situación demográfica de México*. México, DF: Conapo, 2002.
6. Bronfman M, Minello N. "Hábitos sexuales de los migrantes a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH". En: Bronfman M, Amuchástegui A, Martina RM, Minello N, Rivas M, Rodríguez G. *SIDA en México. Migración, adolescencia y género*. México, DF: Colectivo Sol, 1995:253.
7. Martínez-Donate AP, Rancel MG, Hovell MF, Santibáñez J, Sipan CL, Izazola JA. HIV infection in mobile populations: the case of Mexican migrants to the United States. *Rev Pan Am J public Health* 2005;17(1):26-29.
8. Bronfman M, Leyva R, Negroni MJ, Rueda CM. Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action. *AIDS* 2002;16(3):42-49.
9. Castillo MA. "Migración y movilidad territorial de la población". En: Bronfman M, Leyva R, Negroni M, eds. *Movilidad poblacional y VIH/SIDA en México*. Cuernavaca, México: INSP, 2004:35-48.
10. Caballero M, Dreser A, Leyva R, Rueda C, Bronfman M. Migration, gender and Central America and Mexico. *Social Science XIV International AIDS Conference*. Barcelona: Monduzzi Editore, 2002:263-267.
11. Reynolds CW. "Will a free trade agreement lead to wage convergence? Implications for Mexico and the United States". En: Bustamante JA, Reynolds CW, Hinojosa R, comps. *US-Mexico relations: labor market interdependence*. Stanford, Carolina: Stanford University Press, 1992.
12. Durand D, Parrado EA, Massey D. Migradollars and development: a reconsideration of the Mexican case. *Int Migr Rev* 1996;30(2):3-30.
13. Lozano-Ascencio F. Discurso oficial, remesas y desarrollo en México. *Migración y desarrollo* 2003;1:1-15.
14. Poggio S, Woo O. Migración femenina hacia EUA. Cambio en las relaciones familiares y de género como resultado de la migración. México: Edamex, 2000:131.
15. Rivera-Sánchez L. Transformaciones comunitarias y remesas socioculturales de los migrantes mixtecos poblanos. *Migración y Desarrollo* 2004;2:62-81.
16. Bronfman M, Leyva F, Negroni M, Caballero M, Xibille C, Cuadra M et al. Migración, género y SIDA: contextos de vulnerabilidad. *Género y Salud en Cifras* 2003;1(3):8-12.
17. Salgado de Snyder N, Díaz-Guerrero R. "Enduring separation: the psychological consequences of Mexican migration to the United States". En: Adler LL, Glelen UP, eds. *Migration, immigration and emigration in international perspective*. London: Greenwood Publishers, 2002:177-189.
18. Mane P, Aggleton P. Gender and VIH/AIDS: what do men have to do with it? *Curr Sociol* 2001;49(6):23-37.
19. Barbosa R, Vilella W. "A trajetoria feminina da AIDS". En: Parker R, Galvao J, eds. *Quebrando o silencio. Mulheres e AIDS no Brasil*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 1996:17-32.
20. Rivas M. "Valores, creencias y significaciones de la sexualidad femenina. Una reflexión indispensable para la comprensión de las prácticas sexuales". En: Szasz I, Lerner S. *Sexualidades en México: algunas aproximaciones desde las ciencias sociales*. México DF: Colmex, 1996:137-154.
21. Liguori A, Lamas M. Gender, sexual citizenship and HIV/AIDS. *Cult Health Sex*, 2003;5(1):87-90.
22. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. XII Censo General de Población y Vivienda. México DF: INEGI, 2000.
23. Censida. Casos acumulados de SIDA por edad y sexo. Casos nuevos y acumulados de SIDA en adultos por categoría de transmisión y sexo. 15 de noviembre 2007. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>. [consultado 2008 ene 21].
24. Magis-Rodríguez C, Gayet C, Negroni M, Leyva R, Bravo-García E, Uribe P et al. Migration and AIDS in Mexico An overview based on recent evidence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2004;37:S215-S226.
25. Infante C, Leyva R, Caballero M, Guerrero C, Cuadra SM, Bronfman M. VIH/SIDA y rechazo a migrantes en contextos fronterizos. *Migración y Desarrollo* 2004;3:45-53.

2. Contextos de vulnerabilidad: migración e ITS y VIH/SIDA

René Leyva
Marta Caballero

En México y otros países de Latinoamérica, la migración se ha constituido en parte de los procesos sociales a través de los cuales se busca dar respuesta a diversas necesidades. Con la migración también han emergido nuevos fenómenos sociales, cuya influencia sobre el contexto de las sociedades de origen y destino se encuentra poco explorada, más allá de los importantes aportes económicos.

La importancia estratégica de los migrantes para las sociedades contemporáneas se expresa fácilmente en la contribución económica a los países o regiones de origen, tránsito y destino. Los migrantes mexicanos hacia Estados Unidos de América (EUA) se han convertido en el principal grupo económico de ingreso de divisas extranjeras a México. Entre 1990 y 2001 el monto de los recursos económicos enviados por los migrantes creció 3.5 veces, al pasar de 2 492 a 8 885 millones de dólares por año, cifra que equivalió a 5.6% del valor total de las exportaciones para 2001.¹ Esta cantidad fue ligeramente menor al ingreso por exportaciones de petróleo crudo (11 594 millones de dólares).

Para 2006, de acuerdo con datos del Banco de México, la migración se coloca dentro de las tres principales fuentes de divisas para el país, con una cifra de 23 054 millones de dólares.² En algunas regiones de destino, como California en EUA, los migrantes contribuyen de manera importante a sustentar el desarrollo económico de ese estado; sin embargo, son escasos los análisis sobre este tema.

La migración como fenómeno sociodemográfico tiene consecuencias en diferentes espacios sociales. En algunos países de destino el movimiento de población

ha sido de tal magnitud que ha llegado a rejuvenecer la composición de la pirámide poblacional, mientras que en los países de origen tiene un efecto inverso, sobre todo en las comunidades de donde proceden: en éstas, los que se quedan son mujeres, niños y ancianos,³ principalmente.

En estas comunidades, la migración tiene diversas consecuencias sociales. Una de ellas, y quizá la más inmediata, es el cambio en las relaciones sociales en los grupos familiares.⁴ Los momentos de salida y retorno de migrantes representan retos para el grupo familiar, el cual tiene que reacomodarse no sólo al contexto normativo social de la comunidad sino también a los cambios culturales y a las novedades de comportamiento que llevan y traen consigo los migrantes.

Toda vez que la mayor parte de los migrantes corresponden a varones jóvenes, algunos de los cuales tienen pareja en la comunidad de origen, es posible plantear que también dichas relaciones pueden ser modificadas como consecuencia del proceso migratorio. Por una parte, las mujeres compañeras de migrantes (MCM) que se quedan en la comunidad tienen que reajustar sus relaciones familiares y comunitarias a su contexto de mujer sola. Por otra parte, y en otro momento del proceso, el retorno de su pareja representa un reto para el reacomodo de sus roles y la recomposición de redes en la familia y en la comunidad.

Estudios pioneros con migrantes mexicanos han contribuido a generar evidencia científica sobre cambios en los comportamientos sexuales de los migrantes en los lugares de destino^{5,6} y sus potenciales consecuencias sobre la salud sexual y reproductiva de su pareja en la

comunidad de origen, que podrían ser un factor para la diseminación de infecciones de transmisión sexual.

Esta evidencia ha llevado a proponer análisis sobre la relación entre experiencia migratoria y prevalencia de VIH/SIDA en regiones de México con elevado índice de migración hacia EUA. De acuerdo con ello, hasta 1996, cerca de 25% de los casos de SIDA en México presentaban antecedentes de haber trabajado por largos periodos en EUA. Datos más recientes (2006-2007) en la frontera México-EUA muestran que del total de personas que viven con SIDA 3.4% son latinos.*

Esta forma de analizar la migración, a través de sus efectos sociales y de salud en las comunidades de origen y destino, representa un reto metodológico y conceptual, ya que se requiere tomar en cuenta los procesos asociados con las razones de la migración, así como con las formas de manejar el proceso y sus consecuencias para los diferentes actores sociales; no sólo del migrante. De esta manera, los significados e implicaciones de la migración comienzan a mostrar una diversidad de formas en las que se involucran y participan de diferente manera otros actores que hasta ahora aparecen como subordinados o poco relacionados con el proceso migratorio y el migrante mismo.

En este trabajo se aplican los conceptos de vulnerabilidad y riesgo social como categorías conceptuales que permiten llevar a cabo abordajes de carácter contextual e individual. Estas categorías han sido propuestas y aplicadas por diversos autores para el estudio y la comprensión de procesos sociales y de sus consecuencias en diferentes grupos de la sociedad.⁷⁻⁹ Vulnerabilidad y riesgo social corresponden a categorías que buscan vincular diferentes momentos, situaciones y niveles de complejidad para el análisis y comprensión de los fenómenos sociales. La vulnerabilidad hace referencia a cuestiones del contexto social, mientras que el riesgo se encuentra más relacionado con la condición social de los individuos. Con la aplicación de dichos conceptos no se busca dar un salto entre lo *macro* y *micro* social, sino contribuir a comprender en los diferentes espacios sociales cómo y en qué condiciones las personas son capaces de manejar y responder a las situaciones de

riesgo a las que se ven expuestas e involucradas en los distintos contextos sociales.

Vulnerabilidad social

La aplicación del concepto de vulnerabilidad al estudio del VIH/SIDA trata de ubicar la dimensión de la epidemia a nivel del contexto social, donde interactúan diversidad de grupos e individuos con trayectorias de vida y capacidades diferentes, para manejar las situaciones de riesgo a las que se ven expuestos.⁷

Las condiciones de vulnerabilidad hacen referencia a las condiciones sociales y políticas en que viven e interactúan diferentes poblaciones; en consecuencia, se esperaría que las políticas de reducción de la vulnerabilidad incidan sobre los procesos que determinan la desigualdad social, política y económica. A su vez, la desigualdad define la capacidad de los individuos para el ejercicio de sus derechos. En este sentido, Jonathan Mann¹⁰ planteó, desde las fases iniciales de la epidemia, que los grupos sociales vulnerables correspondían a aquellos que aun antes de la epidemia del SIDA eran ya estigmatizados y cuyos derechos eran los menos respetados.

En el caso del SIDA hay un claro recorrido del desarrollo conceptual, que va del riesgo a la vulnerabilidad, con implicaciones de política de salud y social. Las hipótesis epidemiológicas sobre la diseminación del VIH en el ámbito global plantearon que un incremento en el número de la población móvil y migrante, así como de las rutas de movilidad y migratorias, se relacionaba directamente con un aumento en la distribución del VIH en diferentes regiones del mundo.

Después de un corto periodo de vacilación sobre la etiología del SIDA, esta propuesta encontró sus fundamentos en los análisis epidemiológicos sobre la distribución de las enfermedades infecciosas, particularmente de aquellas cuya diseminación depende de la efectividad del vector o del portador para transmitir el agente infeccioso, en este caso el virus, a la población susceptible. El modelo de análisis permeó la manera de formular las estrategias de prevención, las cuales se basaron en la identificación de los llamados *grupos de riesgo*, los cuales fueron definidos como el *Club 4-H*, que incluía a homosexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitianos. Para éstos, se establecieron medidas especiales en EUA y se reforzaron las medidas de contención poblacional. Una muestra de ello es que al comienzo de la epidemia,

* Ruiz J, *et al.* VIH/SIDA en la frontera de Estados Unidos-México. X Congreso Nacional sobre VIH/SIDA y otras ITS. León, Guanajuato, México, noviembre de 2007.

numerosos países en el mundo incluyeron en sus leyes migratorias la obligatoriedad de pruebas de VIH para brindar visas de trabajo o residencia para extranjeros.¹¹

Sin embargo, ni los migrantes ni otros grupos de poblaciones móviles son vectores ni pueden ser considerados como sus equivalentes funcionales; pero el concepto, la manera de entender el proceso migratorio y la transmisión del VIH y sus consecuencias prácticas había sido incorporado al mundo científico y político hegemónico, y éstos contribuyeron a su diseminación y adopción por la sociedad de forma más rápida que la propia diseminación del VIH.¹² Así, el SIDA constituyó un elemento adicional para reforzar las actitudes xenófobas, racistas y discriminatorias que ya existían contra dichos grupos antes de la epidemia. En ese momento, la política se basó en *priorizar el bien general* en detrimento de los integrantes del grupo, considerado al mismo tiempo minoritario.

La movilización social de grupos organizados, en un marco de lucha contra el estigma y la discriminación social asociada con el SIDA, llevó a desarrollar y adoptar el concepto de *comportamiento de riesgo*, en el cual el riesgo es asociado con prácticas específicas. De esta forma, los comportamientos individuales son los que explican la diseminación del VIH y al mismo tiempo los alcances o límites de las políticas de prevención. Las características del individuo y del grupo dejan de ser cuestionadas, pero se profundiza hacia la orientación y la responsabilidad individual para *modificar* el comportamiento sexual, como la medida central para prevenir la transmisión del virus. Desde esta perspectiva, se deja de lado a las condiciones concretas en las cuales o por las que ocurren dichos comportamientos, es decir, las condiciones en las que se genera y reproduce el riesgo, como una probabilidad de infección. También se coloca en un plano secundario las relaciones e interacciones sociales que determinan el comportamiento sexual, y la capacidad para manejar las situaciones de riesgo.

Posteriormente, se ha avanzado en reconocer la capacidad de los individuos para contar con la información correcta sobre los procedimientos y los medios disponibles para prevenir la infección. Sin embargo, la información como medio para la acción preventiva encuentra importantes limitaciones relacionadas con las condiciones en que ocurren o se generan las situaciones de riesgo de transmisión del VIH o falta de acceso a los medios para afrontar estas contingencias. De esta forma, la capacidad individual se ve rebasada por las condicio-

nes del contexto, y es lo que lo que lleva a configurar la vulnerabilidad social al VIH/SIDA.

El concepto de vulnerabilidad social se ha empleado para hacer referencia a una relativa desprotección en la que se puede encontrar un grupo de personas (migrantes, pobres, jóvenes, mujeres, indígenas) frente a potenciales daños de salud o amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto en sus derechos humanos, en razón a menores recursos económicos, sociales y legales. En este sentido, se ha planteado que la vulnerabilidad social frente al SIDA equivale a aquella fracción de factores de riesgo para la infección por VIH, en la cual las acciones de carácter individual encuentran importantes limitaciones, ya sea por la falta de disponibilidad de acceso a los recursos de prevención, o bien, más grave aun, por la imposibilidad de ponerlos en práctica;¹³ ésta puede corresponder a lo que denominamos *fracción estructural del riesgo* de transmisión del VIH.

Los *contextos de vulnerabilidad* representan configuraciones socioculturales resultado de las interacciones entre los diversos actores sociales, políticos, económicos y de salud ante situaciones determinadas, en este caso su posición y acción ante el VIH en los lugares de origen, tránsito o destino de migrantes. De esta forma, los contextos de vulnerabilidad se encuentran determinados por las relaciones entre los diferentes actores sociales, por lo que la distinción entre riesgo y vulnerabilidad está lejos de ser una sofisticación semántica. Mientras que el riesgo apunta a una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y desigualdad social y exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política.⁹

En el caso de las poblaciones móviles y migrantes, y quizá de manera más general, las condiciones sociales y económicas son las que definen las características individuales en que ocurre la migración, y determinan las situaciones de riesgo al VIH. En este marco, es posible explicar el carácter específico de las situaciones de riesgo en contextos de vulnerabilidad, esto es, las condiciones en que se generan los riesgos tienen significados y consecuencias diferenciadas relacionadas con los contextos sociales y con la capacidad de respuesta o manejo, tanto a nivel general como individual. Esto explica por qué algunas personas expuestas a situaciones de riesgo viven consecuencias negativas de la exposición y otras no.

En este marco, Delor y Hubert⁷ proponen utilizar el concepto de vulnerabilidad para analizar aquellos

aspectos y condiciones en que ocurren y se reproducen las situaciones de riesgo. Según estos autores, la vulnerabilidad incluye tres dimensiones de análisis, consideradas desde el ángulo objetivo y subjetivo, y desde los significados individuales y colectivos. Para ello, sugieren considerar los siguientes elementos:

La trayectoria social o el proceso de desarrollo del curso de vida de cada individuo, cuyas etapas de transformación son compartidas por otros de condición similar. Considerar la trayectoria social de los individuos contribuye a comprender algunos comportamientos sexuales y riesgos asociados, así como la valoración que el individuo tiene sobre sus interacciones con los demás, y también sobre cuestiones sociales como de salud, entre las cuales se encuentra el VIH/SIDA.

La dimensión relacional o el tipo de interacciones que se producen cuando de las trayectorias sociales, al menos dos individuos se cruzan, ya que éstas dan cuenta de la mecánica de adopción de los distintos comportamientos de riesgo que los individuos pueden asumir a partir del estatus que adquieren durante las interacciones.

El contexto social, que delimita las condiciones de las distintas relaciones o encuentros entre trayectorias, definiendo las normas culturales y sociales del comportamiento sexual, como pueden ser los roles de género y los códigos de las subculturas (homosexual, la de los migrantes, la de los[as] trabajadores sexuales, la de los adolescentes), entre otros aspectos.

De esta manera, se puede considerar que una situación de vulnerabilidad puede enfrentarse desde una doble perspectiva: una externa, los factores de riesgo para los individuos; y otra interna, que se refiere a los medios para enfrentar dicha situación. En consecuencia, se defi-

nen tres coordenadas para el análisis de la vulnerabilidad para cada espacio-tiempo o problema, que aplicados a la vulnerabilidad ante el VIH se leerían así: la exposición a una situación de riesgo (los factores que incrementan el riesgo); la capacidad para movilizar y utilizar los recursos disponibles para enfrentar situaciones de riesgo, y la potencialidad de las estructuras sociales de soporte que permitirán hacer frente a las consecuencias de la situación de riesgo.

La información de las coordenadas de espacio-tiempo-personas y los elementos relacionales pueden ser sintetizados en la matriz que se presenta en el cuadro 1. De acuerdo con ello (en un análisis en el eje vertical), la trayectoria social, las interacciones sociales y el contexto social de un individuo definen la forma de exposición, las capacidades para el manejo de las situaciones de riesgo y las consecuencias del mismo. En un análisis del eje horizontal, la exposición y las capacidades para el manejo de situaciones de riesgo, así como las consecuencias de las mismas, pueden verse delimitadas o agravadas por las características de la trayectoria social de los individuos, la cual a su vez define las interacciones y los contextos sociales en que ocurren.

A partir de esta concepción, Delor y Hubert⁷ proponen el concepto de espacios o situaciones de vulnerabilidad, representados por el conjunto de elementos desfavorables que configuran un clima de inseguridad o condiciones específicas de vulnerabilidad que trascienden el ámbito del individuo. De esta forma, la vulnerabilidad es una condición social de desigualdad en la que confluyen diferencias interindividuales que pueden dar cuenta de la situación de riesgo que está viviendo un actor social. Esta vulnerabilidad está compuesta, a la vez, por diferencias de los distintos contextos a los que puede estar expuesto un individuo, en diferentes

Cuadro 1. Dimensiones de la vulnerabilidad y el riesgo social

Manejo de riesgos	Dimensiones de la vulnerabilidad		
	Trayectoria social	Interacciones sociales	Contexto social
Exposición			
Capacidades			
Consecuencias			

Fuente: Delor F, Huber M. Revisiting the concept of "vulnerability". Soc Sci Med 2000;50(11):1557-1570. Modificado por Leyva R, Caballero M

relaciones o puntos de su trayectoria vital, de forma que el proceso de vulnerabilidad se alimenta y es también resultado de dichas variaciones.

Riesgo y confianza

Las interacciones sociales encuentran un punto de intersección donde la valoración social del riesgo emerge como un aspecto central que define la forma de relacionarse, así como el manejo futuro de las consecuencias de las interacciones sociales. Un amplio recorrido teórico se ha desarrollado en torno al concepto de riesgo. Entre los autores principales en esta línea¹⁴⁻¹⁷ se pueden identificar varios elementos que permiten establecer el estudio del riesgo como un fenómeno social, a partir de establecer la forma en la cual los riesgos son conceptualizados, en términos de cómo se originan y a quiénes podrían afectar.

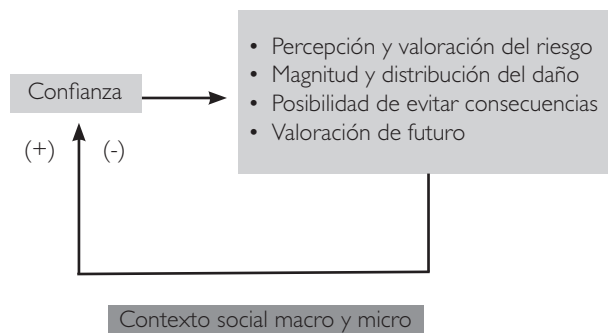
En el tema del VIH/SIDA, el riesgo de infección aparece como resultado de la puesta en juego de un conjunto de factores y condiciones que intervienen en las interacciones sociales. Sin embargo, y casi de manera contradictoria, ante tal complejidad aparece la confianza como un concepto y a la vez un medio para comprender y abordar las formas del riesgo social y su potencial manejo.¹⁶

De acuerdo con Luhmann,¹⁶ los problemas y las soluciones no adquieren su significado a partir de alguna propiedad esencial e invariable, sino de las posiciones particulares en un marco de posibilidades alternativas. De esta forma, “mostrar confianza es anticipar el futuro”;¹⁶ la confianza como acto social permite dar coherencia y significado a los actos presentes ante la creciente complejidad del futuro; hace posible “vivir y actuar con una complejidad más grande en relación con los sucesos”,¹⁶ y como consecuencia la confianza aumenta la tolerancia a la incertidumbre y a la exposición y manejo de riesgos.

Estos conceptos de orden general fueron elaborados por Luhmann¹⁶ como parte de una profunda reflexión sobre el accionar de las sociedades y los estados contemporáneos; sin embargo, su aporte teórico rebasa con mucho los aspectos macrosociales y permite un cierto nivel de *instrumentación* a nivel micro, interpersonal (figura 1).

El proceso migratorio se da en un contexto donde el riesgo y la incertidumbre son lo único permanente, tanto para el varón migrante como para las MCM,

Figura 1
Confianza en la pareja sexual para la prevención y manejo de riesgos de transmisión de VIH



Fuente: Leyva R. Proyecto mujeres compañeras de migrantes, 2008

pues nunca se sabe qué va a pasar, cuándo regresará el que se va, cómo le va a ir, cómo se manejará ni cómo responderá a las necesidades de los que se quedan. En este contexto la confianza emerge como el elemento que permite dar cohesión social ante el proceso migratorio, y favorecer el manejo de los riesgos, así como la continuidad de la relación de pareja en la distancia.

Las decisiones se enfrentan a una incertidumbre ante la cual sólo las expectativas de mejoría o de conservación de la situación actual justifican dicho proceso, ya que se reconoce que una proporción considerable de los resultados no dependen sólo de la acción individual, sino del contexto donde buscará su inserción social el migrante.

En el caso de la decisión de migrar, uno de los elementos clave que dinamizan este proceso es la expectativa de un futuro mejor. Cuando se decide migrar, se reconoce que la vinculación a este proceso implica exponerse a diferentes situaciones de riesgo, a pesar de lo cual la población sigue migrando. Hay una clara ventaja comparativa entre migrar y quedarse. El potencial beneficio parece ser mayor que los riesgos a los cuales podría exponerse el migrante, así como que las posibles consecuencias negativas, entre ellas los daños a la salud.

En este proceso se reconoce que la mayor parte de los casos de VIH/SIDA en migrantes se encuentran relacionados con cambios en sus prácticas sexuales, específicamente con el incremento de relaciones sexuales

ocasionales y sin condón. La decisión de usar condón como medio de prevención se encuentra determinada a su vez por otro conjunto complejo de factores que no siempre están claramente estructurados como parte de un esquema causal. Sin embargo, en determinados grupos de población, al parecer mayoritarios, la decisión de no usar condón como medio de prevención de VIH se encuentra relacionada con la confianza en la pareja. De esta forma, la confianza podría constituirse en un elemento clave para la contención de la transmisión del VIH en la población general, incluidos los migrantes. En este sentido, estudios realizados con distintos grupos de población móvil presentan la confianza en la pareja sexual como el principal motivo de no usar condón en la última relación sexual (figura 2).

Establecer la relación entre confianza y riesgo como parte de la dinámica social puede contribuir a ampliar las vías de exploración de temas complejamente vinculados como migración y VIH. Este hecho representa uno de los retos teórico-metodológicos de este trabajo. Sin duda alguna, se requiere que los análisis futuros sobre el tema avancen más allá de los datos mismos y muestren

las formas y los medios a través de los cuales se puede contribuir a explicar mejor estas relaciones.

Género, migración y VIH/SIDA

En este estudio, el concepto de *género* es una categoría para analizar las relaciones sociales, que van más allá de las funciones y atributos biológicos, que son relaciones construidas e histórica y culturalmente diferenciadas en términos del ejercicio del poder, y que definen la interacción social entre los actores.¹⁸

La vulnerabilidad al VIH en las MCM requiere ser contextualizada, como parte de los procesos sociales que se viven en las comunidades con elevada migración hacia EUA, de forma que se evite la esencialización de las mujeres como un grupo naturalmente vulnerable. Para ello, es necesario ubicar las dimensiones de género que contribuyen a explicar la condición femenina como un sujeto social vulnerable al VIH/SIDA.

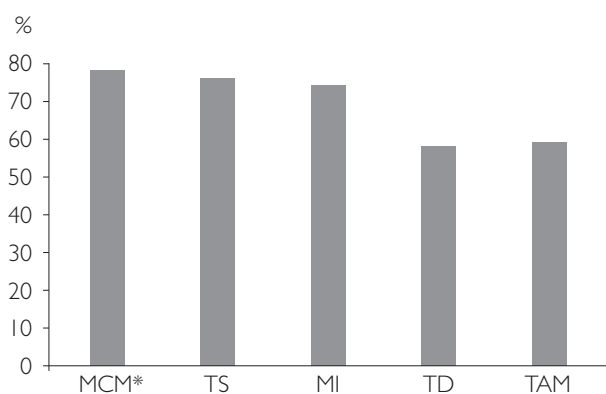
Las estadísticas mundiales y nacionales¹⁹ indican que las mujeres son cada vez más afectadas por el VIH/SIDA. La diferencia entre hombres y mujeres observada a inicios de la epidemia ha disminuido aceleradamente. A finales de 2007 había 33 millones de adultos viviendo con VIH, de los cuales casi 46.6% son mujeres (15.4 millones). Sin embargo, existen diferencias entre regiones y países. En los países subdesarrollados vive 95% de las personas con VIH, y dentro de ellos la epidemia se ha concentrado en las poblaciones más marginadas, en las periferias de las grandes ciudades y crecientemente en zonas rurales. En el África subsahariana, las mujeres representan 61% de las personas viviendo con VIH, en Latinoamérica son 25%, en el Caribe 43% y en Europa y EUA 20 por ciento.

En México, en 2008, las mujeres viviendo con VIH representaban, aproximadamente, 28.5% de la población infectada con VIH,²⁰ lo cual muestra un incremento de más de 13 puntos porcentuales respecto de 2003.

Herrera y Campero²¹ sintetizan factores asociados con el VIH/SIDA en mujeres en tres categorías: a) factores biológicos en relación con la zona de exposición durante la relación sexual, con la mayor carga viral en el semen y con la mayor susceptibilidad a las ITS de la mucosa vaginal; b) factores epidemiológicos que se encuentran asociados con patrones socioculturales de relaciones intergeneracionales: la mayoría de las mujeres se relacionan con hombres mayores, entre quienes existe

Figura 2

¿Por qué no usó condón en su última relación sexual? Confianza en la pareja sexual



MCM= Mujeres compañeras de migrantes

TS= Trabajadoras sexuales

MI= Migrante internacional en tránsito por México

TD= Trabajadoras domésticas en zonas fronterizas

TAM= Trabajadores agrícolas migrantes en zonas fronterizas

Fuente: Encuesta a mujeres compañeras de migrantes. Proyecto mujeres compañeras de migrantes, 2006. Encuesta sobre comportamiento sexual en grupos móviles, IMPSIDA, Tapachula, Chiapas, 2007

una mayor prevalencia de ITS y VIH, y en las parejas heterosexuales estables se generaliza el sexo desprotegido; c) factores sociales que determinan una relación de dependencia económica de sus parejas y pueden dificultar las posibilidades de acceso a información, servicios de salud, educación, trabajo asalariado con sueldo justo, o a decidir sobre su salud sexual y reproductiva, entre otros.

Estos elementos de vulnerabilidad se relacionan de manera compleja con otras condiciones socioculturales, como la pobreza, la adscripción étnica, las preferencias sexuales, y crean condiciones de vulnerabilidad diferenciales cuya comprensión requiere de contextualizar cada caso.

Al respecto, un estudio de diagnóstico entre mujeres que viven con VIH/SIDA en México²² encontró que 63% de ellas había tenido sólo una pareja sexual antes de ser diagnosticada positiva. El diagnóstico de VIH positivo de las mujeres es tardío, asociado muchas veces con ignorancia o negligencia médica. Y lo que es más trascendental, las autoras concluyen que la representación de la fidelidad femenina (confianza en la pareja, como una medida de protección contra el VIH) y la autopercepción de falta de poder en la toma de decisiones durante la relación sexual, crean las condiciones de vulnerabilidad para la mujer que la colocan en riesgo de contagio por el VIH.

En otro estudio²³ se documenta que 25% de las personas centroamericanas que migran hacia EUA son mujeres, la mayoría indocumentadas. De ellas, 60% tiene algún tipo de experiencia sexual en el trayecto según los contextos e interacciones durante el viaje (violación, sexo coaccionado, intercambio sexual de supervivencia, compañerismo), que las expone de manera diferencial al riesgo de infección por ITS y VIH/SIDA. Los autores identifican que la representación social de la mujer migrante corresponde a una mujer *disponible y dispuesta* a tener relaciones sexuales; pues al viajar de forma indocumentada y con escasos recursos económicos y sociales, se asume que el sexo puede ser su único recurso disponible, para su supervivencia, para facilitar el tránsito, pero también como parte de un comportamiento social esperado.

Son pocos los estudios que se han ocupado de darle peso a los factores socioculturales que contribuyen a crear espacios de vulnerabilidad ante VIH/ITS entre migrantes. Hirsch²⁴ concluye que, en general, las MCM reconocen que la migración de sus compañeros les re-

presenta riesgo ante ITS/VIH, pero a la vez manifiestan su compromiso con la fidelidad entre la pareja.

La identificación de las conductas de alto riesgo y los factores psicosociales asociados con estos comportamientos en MCM en EUA ha sido analizada por Salgado de Snyder y colaboradores,²⁵ quienes encontraron que este grupo poseía información sobre el VIH/SIDA y que se sentía en riesgo de infectarse como consecuencia de las prácticas sexuales con su pareja; también presentaban dudas sobre la fidelidad de su marido, pero carecían de capacidad de negociación en la relación sexual, sobre todo después de una larga ausencia.

Las condiciones de vulnerabilidad, la exposición y el manejo de riesgos sociales y de salud se encuentran fuertemente vinculados. Las poblaciones expresan su vulnerabilidad por el tipo de riesgos que enfrentan en su vida cotidiana y son vulnerables en función de su capacidad de respuesta para prevenir o manejar las consecuencias negativas a la salud. La vulnerabilidad es una condición social que expresa las desigualdades e inequidades entre y al interior de los grupos sociales. Sin embargo, aun entre los grupos en mayor desventaja social no todos sus integrantes son afectados con la misma frecuencia y gravedad ante los riesgos que se ven expuestos.

La capacidad de respuesta social, grupal e individual para comprender y evaluar los riesgos, movilizar recursos y redes sociales de apoyo, entre otros elementos clave, contribuyen a comprender por qué, a pesar de verse expuestos a los riesgos semejantes, algunas personas o grupos sufren las consecuencias negativas del mismo y otras no. El género, como categoría social, es parte de la dinámica que contribuye a definir las capacidades específicas y puede determinar las trayectorias y formas de interacción social que pueden incrementar o reducir la vulnerabilidad social en determinadas condiciones, como las que viven las mujeres compañeras de migrantes que se quedan en la comunidad.

Referencias

1. Lozano-Ascencio F. Discurso oficial, remesas y desarrollo en México. *Migración y Desarrollo* 2003;1:1-15.
2. Banco de México. Las remesas familiares en México. 02 de febrero, 2007. Disponible en: <http://www.banxico.org.mx/> [consultado 2007 nov 4].
3. Trejo K. Los olvidados de la migración. *Tonos Digital Revista Electrónica de Estudios Filológicos* 2006;11. Disponible En: <http://www.um.es/tonosdigital/znum11/secciones/recortes-sanjeronimo.htm>. [consultado 2007 dic 4].

4. Poggio S, Woo O. Migración femenina hacia EUA: Cambio en las relaciones familiares y de género como resultado de la migración. México: Edamex, 2000:131.
5. Bronfman M, Ramirez M. La relación migración y SIDA en las Conferencias Internacionales sobre SIDA, 1988-1992. *Acción en SIDA* 1993;18:13.
6. Bronfman M, Minello N. "Hábitos sexuales de los migrantes a los Estados Unidos: prácticas de riesgo para la infección por VIH". En: Bronfman M, Amuchástegui A, Martina RM, Minello N, Rivas M, Rodríguez G. SIDA en México: migración, adolescencia y género. México DF: Colectivo Sol, 1995:253.
7. Delor F, Huber M. Revisiting the concept of "vulnerability". *Soc Sci Med* 2000;50(11):1557-1570.
8. Aggleton P, Parker R. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 2003;57(1):13-24.
9. Bronfman M, Leyva R, Negroni M, Caballero M, Infante C, Cuadra SM *et al.* Migración, género y SIDA: Contextos de vulnerabilidad. *Género y Salud en Cifras* 2003;1(3):8-12.
10. Mann J. Las tribus del SIDA y los efectos civilizatorios de la solidaridad. *La Jornada*, 8 agosto 1996, suplemento "LetraS".
11. Fairchild AL, Tynan EA. Policies of containment: immigration in the era of AIDS. *Am J Public Health* 1994;84(12):2011-2022.
12. Bronfman M, Leyva R. "Migración y SIDA en México". En: Córdova-Villalobos JA, Ponce de León Rosales S, Valdespino JL. 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Cuernavaca, México: INSP, 2008:241-258.
13. Cáceres FC. "Dimensiones sociales y avances relevantes en la prevención del VIH/SIDA en América Latina y El Caribe". En: Izazola JA, ed. *El SIDA en América Latina y El Caribe: una visión multidisciplinaria*. México, DF: Funsalud, 1999:217-246.
14. Douglas M, Wildavsky A. *Risk and culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley: University of California Press, 1982.
15. Beck U. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Barcelona: Paidós, 1998:22-85.
16. Luhmann N. *Confianza*. México DF: Universidad Iberoamericana-Anthropos 1996:178.
17. Lupton D. "Risk and sociocultural theory". En: Lupton D, ed. *The United Kindom*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999:1-11.
18. Connell R, Ashenden D, Kessler S, Dowselt G. *Making the difference: schools, families and social division*. Boston: Allen and Unwin, 1982.
19. Onusida. Informe sobre la epidemia mundial de sida, 2008. Disponible en: http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008_Global_report.asp [consultado 2009 mar 26].
20. Censida. Personas con VIH por edad y sexo. Cifras al 14 de noviembre de 2008. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/cifras.html> [consultado 2009 mar 26].
21. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Publica Mex* 2002;44:554-564.
22. Kendall, T, Pérez-Vázquez H. Hablan las mujeres mexicanas VIH-positivas. Necesidades y apoyos en el ámbito médico, familiar y comunitario. México DF: Colectivo Sol, 2004:205.
23. Caballero M, Dreser A, Leyva R, Rueda C, Bronfman M. *Migration, Gender and HIV/AIDS in Central America and Mexico*. Bologna, Italy: Monduzzi Editore, 2002:263-267.
24. Hirsch JS, Higgins J, Bentley ME, Nathanson CA. The social constructions of sexuality: marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in a Mexican migrant community. *Public Health Matters* 2002;92(8):1227-1237.
25. Salgado de Snyder VN, Acevedo A, Díaz-Pérez M-J, Saldivar-Garduño A. Understanding the sexuality of Mexican-born women and their risk for HIV/AIDS. *Psychol Women Q* 2000;24:100-109.

3. Metodología

René Leyva
Marta Caballero,
Claudia Guerrero

El propósito general de la investigación fue analizar los contextos de vulnerabilidad a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y al VIH/SIDA para las mujeres que se quedan en sus comunidades de origen frente a la migración de sus compañeros hacia Estados Unidos de América (EUA). Se identifican factores comunitarios (sociales y culturales) que contribuyen a generar contextos de vulnerabilidad para estas mujeres; se analizan los procesos de interacción social que configuran los contextos de vulnerabilidad a ITS y VIH/SIDA y se indaga sobre la disponibilidad de los recursos sociales y gubernamentales a nivel comunitario, así como las estrategias para la atención de la salud que las mujeres ponen en marcha, en especial en lo que respecta a la atención de su salud sexual y reproductiva y de las ITS y VIH/SIDA.

En este trabajo, cuando se habla de método se concibe como la manera de enfocar, analizar y entender un problema específico para identificar respuestas. Se reconoce que la selección de un método, la utilización de un dato determinado así como su análisis dependen de un conjunto de fenómenos que los preceden. Tal es el objeto de estudio y la perspectiva teórica del investigador, entre otros.¹ Al respecto se ha planteado que el investigador dispone de diversos métodos de investigación, entre los que se propone el *histórico*, el *comparativo* y el *crítico-racional*;² sin embargo, la misma autora señala que, en esta diversidad de métodos, se distinguen dos perspectivas fundamentales: la cualitativa y la cuantitativa. Ambas difieren tanto en la estrategia seguida en la recogida de información como en su análisis, debido a su vinculación con distintas perspectivas paradigmáticas.

En esta investigación se utilizaron métodos cuantitativos y cualitativos, con una lógica de integración que no sólo reconoce el mérito de cada método en su respectivo ámbito, sino que se cree posible y fructífera su combinación complementaria para el estudio de muchos fenómenos sociales,³ y en especial, los relacionados con la salud de las poblaciones.

La utilización de métodos cualitativos tuvo la finalidad de entender los fenómenos sociales desde el punto de vista de los actores que los han vivido,⁴ además de caracterizar las variaciones en las prácticas y el comportamiento de los individuos, e identificar los motivos, valoraciones y apreciaciones subjetivas, así como la lógica de esas variaciones.⁵ Como ha señalado la bibliografía especializada,^{6,7} el valor de la investigación cualitativa no radica en la comprensión estadística de sus hallazgos, sino en la posibilidad de profundizar en la comprensión de los procesos sociales estudiados. Por otra parte, el método cuantitativo permitió obtener información para establecer la magnitud de los siguientes fenómenos en las comunidades de estudio: la situación migratoria en ambas comunidades, el tipo y la distribución de información sobre prevención y transmisión de ITS/VIH/SIDA, y las condiciones sociodemográficas de los integrantes de ambas comunidades.

El estudio se realizó en dos comunidades, una rural y otra urbana en el estado de Morelos, México, ambas con alto índice migratorio hacia EUA. El acceso del equipo de investigación en ambas comunidades se facilitó a través del siguiente procedimiento. Primero, el proyecto fue presentado a las autoridades estatales y jurisdiccionales de salud de Morelos con el fin de

obtener su aprobación y el apoyo institucional para realizar la investigación. Posteriormente, se presentó a las autoridades municipales y locales de salud (responsables de los centros de salud); una vez analizado con ellos, fue autorizado para iniciar. Paralelamente, se realizó una prueba piloto de los instrumentos que se emplearían, con el fin de ajustarlos a los contextos culturales locales.

Primera fase: contexto comunitario y vulnerabilidad al VIH

La primera fase se realizó del 4 de octubre al 19 de noviembre de 2004. El propósito fue identificar las características socioculturales de la población y la forma en que las mujeres compañeras de migrantes (MCM) perciben y manejan el riesgo de ITS y VIH/SIDA. Para ello, se aplicaron las siguientes estrategias:

- observación no participante con registros en diarios de campo
- descripción etnográfica de las comunidades
- entrevistas semiestructuradas a diferentes actores clave:
 - autoridades gubernamentales locales de salud
 - representantes de organizaciones sociales
 - hombres y mujeres residentes de la comunidad
 - familiares y/o miembros de la red de apoyo de las MCM
 - migrantes de retorno que se encontraban en la comunidad al momento del estudio
- Entrevistas en profundidad a MCM, las cuales se consideran el núcleo de los distintos informantes.

Los criterios para seleccionar a las MCM fueron que sus parejas hubieran migrado de la comunidad hacia EUA por primera vez o de forma subsiguiente, y que en el momento del estudio su compañero se encontrara en EUA o hubiera retornado a la comunidad en un periodo no mayor de cinco años. El acceso a las MCM se hizo por medio de tres vías complementarias entre sí: las autoridades municipales y locales de salud, con la participación de personas clave de la comunidad, en este caso los ayudantes municipales de las colonias. Los ayudantes municipales contactaron a MCM que

residían en diferentes áreas de la comunidad y facilitaron la comunicación con las y los investigadores.

Por otra parte, se asistió a las pláticas de salud organizadas por los centros de salud de las comunidades en donde se presentaron los objetivos del estudio, y se invitó a las MCM a participar en el mismo. Una vez que se entrevistaban a las MCM que reunían los criterios, se utilizó la técnica “bola de nieve” para encontrar a otras mujeres en la misma situación, a través de contactos interpersonales, con sus amigas y/o familiares.

Para las MCM se optó por la técnica de la entrevista en profundidad para obtener su perspectiva del fenómeno. Esto es, cómo perciben y manejan sus relaciones con la familia, la comunidad y la pareja frente a la migración de esta última; cuál es su expectativa sobre el comportamiento sexual de su pareja a partir de su experiencia migratoria; cuál es su valoración sobre la experiencia migratoria de su compañero como factor de riesgo de transmisión de alguna ITS hacia su pareja y hacia ella misma; y cuáles son los recursos de información y negociación con su pareja que puede utilizar para la prevención de ITS/VIH/SIDA (anexo 1. Guía de entrevista a mujeres compañeras de migrantes).

Para el resto de informantes se aplicó la herramienta de la entrevista semiestructurada, más acotada y específica para cada grupo de interés. Mujeres y hombres residentes en la comunidad representan un grupo de personas heterogéneo entre 18 a 49 años. El propósito de la entrevista fue obtener información sobre cómo perciben la situación de la mujer compañera de migrante en la comunidad; cuáles son las percepciones o imaginarios sobre el VIH/SIDA e ITS, sus formas de transmisión y prevención; e identificar cuál es su percepción de riesgo de infección ante ITS/VIH/SIDA (anexo 2. Guía de entrevista a hombres y mujeres residentes de la comunidad).

Los integrantes de la red social de las MCM corresponden a un tercer grupo, el cual se comprende como parte de la red social de apoyo de la MCM. Está representando por cualquier persona integrante de la comunidad o institución que la MCM entrevistada primero refirió como quien la apoyaba en ausencia de su pareja. Este apoyo puede ser emocional o material o de otro tipo. El propósito de la entrevista fue obtener la perspectiva de los integrantes de la red social sobre el papel que juega la propia red familiar, sus mecanismos de activación, así como los tipos de respuestas a las

necesidades de la mujer (anexo 3. Integrantes de la red social de las mujeres compañeras de migrantes).

Los migrantes de retorno en la comunidad también fueron entrevistados y se consideró a todos aquellos integrantes de la comunidad que por cualquier motivo hubieran migrado hacia EUA, por un periodo de seis meses o más durante el año previo al estudio. El propósito de la entrevista fue obtener información sobre su experiencia migratoria, cambios en las relaciones con su pareja, su familia y la comunidad, así como identificar el tipo de información con que contaban para la prevención y sobre la transmisión de ITS/VIH/SIDA. Además, se buscó identificar las formas de interacción y los contextos sociales que pueden favorecer la transmisión y prevención de las ITS/VIH/SIDA en las comunidades de tránsito y destino (anexo 4. Guía de entrevista a migrantes de retorno).

Los representantes de organizaciones sociales y gubernamentales de la comunidad son un grupo estratégico que define la respuesta institucional a nivel comunitario y se encuentra constituido por los directivos locales de las distintas organizaciones con presencia en la comunidad. Entre éstos se incluyen representantes de organizaciones religiosas, directores de las escuelas primarias y de otro nivel escolar, responsables del centro de salud y del centro del DIF, trabajador(a) social de salud o DIF, promotor(a) de salud, representantes de partidos políticos, responsables de programas sociales gubernamentales (*Oportunidades*, *Vete Sano*, *Regresa Sano*). El propósito de la entrevista fue contar con las diferentes perspectivas de los representantes de organizaciones sociales y gubernamentales de la comunidad sobre los beneficios o problemas sociales ligados con la migración para las familias y la comunidad; sus percepciones sobre los hombres que migran, así como sobre los cambios de comportamiento de éstos que saben que se producen a partir de su experiencia migratoria; qué opiniones y actitudes tienen hombres y mujeres de la comunidad hacia las MCM; y cómo relacionan la migración con la salud de la comunidad y con la transmisión de ITS/VIH/SIDA (anexo 5. Guía de entrevista a representantes de organizaciones sociales y gubernamentales de la comunidad).

La información obtenida por medio tanto de las entrevistas en profundidad a las MCM como de las semiestructuradas al resto de informantes fue complementada a través de observación no participante, y el propósito fue obtener información sobre el contexto

sociocultural y la dinámica migratoria de la comunidad, para identificar las condiciones e interacciones sociales y rasgos culturales de la misma.

También se realizó una revisión documental en busca de información sociodemográfica, de salud y migración de cada comunidad, la cual sirvió como fuente de referencia para complementar el análisis etnográfico realizado sobre ésta. Para ello, se consultaron fuentes hemerográficas, archivos municipales, estudios comunitarios de los centros de salud y otras publicaciones. El número y tipo de informantes entrevistados, así como el tipo de información secundaria analizada se presenta en el cuadro 1.

Segunda fase: información y opinión social sobre migración y VIH/SIDA

Durante la segunda fase se realizó una encuesta poblacional, del 11 de abril al 17 de junio de 2005, en una muestra aleatoria de viviendas seleccionadas de forma bietápica, a partir de conglomerados definidos en relación con la distribución poblacional en la comunidad. El tamaño de la muestra se estimó con un intervalo de confianza de 95% y un error estándar de 5%; el tamaño de muestra fue de 750 entrevistados en cada comunidad.

Durante el trabajo de campo, en la comunidad rural se realizaron 614 entrevistas y en la urbana 763, a jefes de vivienda o residentes mayores de 18 años, para un total de 1 367 viviendas encuestadas. Las respuestas fueron codificadas y los cuestionarios fueron capturados, procesados y analizados por medio del software STATA.

La información obtenida corresponde a características sociodemográficas de los integrantes de la comu-

Cuadro 1. Fase I: entrevistas realizadas en la comunidad urbana y rural

	Comunidad	
	Rural	Urbana
Actores		
Mujeres compañeras de migrantes	28	32
Integrantes de la red social	10	9
Mujeres y hombres residentes en la comunidad	17	16
Migrantes de retorno	10	10
Representantes de organizaciones sociales y gubernamentales	10	11

nidad; migración (viviendas con integrantes en EUA o migrantes de retorno en la comunidad al momento de la encuesta); opinión sobre los beneficios o problemas que los migrantes llevan a la comunidad; atención de salud a la mujer (prevalencia de problemas de salud, formas de atención, cobertura por programas sociales gubernamentales y no gubernamentales); e información sobre prevención y transmisión del VIH/SIDA.

Tercera fase: salud sexual y reproductiva de las mujeres

Dos de los aspectos relevantes observados en la primera etapa de esta investigación fueron la diversidad y la complejidad de los perfiles migratorios y las estrategias familiares ante la migración del varón. Se identificó que no hay periodos establecidos de salida y retorno de migrantes en las comunidades estudiadas, sino que éstos son procesos permanentes en la comunidad, y que la intensidad del flujo depende de las características y condiciones socioeconómicas, así como de los apoyos con que cuentan los migrantes, tanto en el lugar de origen como de destino.

En estas condiciones, se reorientó la tercera fase del trabajo de campo hacia el estudio de la salud sexual y reproductiva de las MCM, y en específico se focalizó en el análisis de la historia de padecimientos alrededor de las ITS, así como en el proceso de embarazo, parto y puerperio. El propósito fue documentar, entender y analizar los procesos de búsqueda de atención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los padecimientos y procesos de atención, y su relación con la migración. Esta última fase inició el 9 de enero y finalizó el 14 de abril de 2006.

Para el desarrollo de la tercera fase, el proyecto fue presentado al Comité de Ética de los Servicios de Salud del estado de Morelos con el fin de tener acceso a los expedientes clínicos de los centros de salud de las dos comunidades estudiadas, donde se identificaron los registros de alguna ITS, o un proceso de embarazo. En esta fase se realizaron entrevistas a los proveedores de los servicios de salud y a las mujeres usuarias de los servicios de los centros de salud de ambas comunidades que hubiesen sido tratadas por una ITS o procesos relacionados con el embarazo y atención del parto.

El procedimiento empleado para la identificación de expedientes con registros de diagnóstico de ITS, así

como los de atención de embarazo y parto, se inició con la revisión de la hoja de registro diario de atención médica en un periodo de seis meses previos al estudio. En los registros de los servicios de salud se identificaron un total de 22 casos de ITS y 31 de embarazos en el centro de salud urbano, y 14 de ITS y 40 de embarazos en el rural.

De estos expedientes se seleccionaron algunas mujeres, según accesibilidad y residencia en la comunidad en el momento del levantamiento del trabajo de campo. Con la participación del personal de enfermería de los centros de salud se hizo una visita domiciliaria. El propósito de esta visita fue dar seguimiento al tratamiento médico realizado en el centro de salud, con el fin de conocer la información que se le proporcionó sobre su padecimiento, el acceso a los medicamentos prescritos, la adherencia terapéutica, así como su opinión sobre la calidad de la atención recibida. A las mujeres embarazadas se les preguntó sobre su vivencia del último embarazo y parto así como su opinión sobre las condiciones de atención en el centro de salud.

De este modo se entrevistó a 28 mujeres con una historia de ITS, y a 32 mujeres con un proceso de embarazo seis meses antes al levantamiento de la información. Las entrevistas fueron realizadas en condiciones de completa confidencialidad entre la entrevistadora y la informante. A todas las mujeres se les explicó el objetivo del proyecto y se solicitó su consentimiento informado tanto grabado como por escrito, dejándoles copia de la carta y teléfonos de contacto. No hubo rechazo para participar en el estudio y las entrevistas se realizaron en el domicilio de las mujeres, el día y la hora que les resultó más conveniente.

Por otra parte, se realizaron entrevistas semiestructuradas con proveedores de servicios de salud (médicos que brindan atención clínica y enfermeras que realizan visitas domiciliarias y trabajo de prevención en la comunidad) con el propósito de analizar desde su perspectiva la dinámica epidemiológica y las condiciones de atención de las ITS en los centros de salud, así como la atención del embarazo y parto en estas unidades. Las actividades realizadas en esta fase de la investigación de presentan en el cuadro 2.

Tanto las entrevistas en profundidad como las semiestructuras fueron analizadas tomando como base la aproximación interaccionista-simbólica.⁶ Dicha óptica retoma la dimensión del sentido subjetivo, rescata

Cuadro 2. Fase III: trabajo de campo

	Comunidad	
	Rural	Urbana
Informantes		
Mujeres embarazadas	17	15
Mujeres con ITS	16	12
Proveedores de servicios de salud	7	5
Expedientes		
Diagnóstico ITS	22	14
Embarazo/parto	31	40

la acción social y asume que los actores se relacionan entre sí y con los objetos que les rodean, en función del significado que tienen para ellos.

Las entrevistas realizadas se codificaron con la ayuda del software Atlas-ti.* El procesamiento y análisis de estos datos se realizó de acuerdo con las guías de entrevista y su contenido, incorporando nuevos conceptos y categorías conforme el material lo requería, y clasificando la información por códigos.⁸ Se realizaron *salidas* de todos los códigos desde Atlas-ti y se elaboraron carpetas con

* Muhr T. Scientific Software Development. Visual Qualitative Data Version. ATLAS Ti 4.2. PC / Windows 95. Berlin: Scolaris Sage Publications Software, 1997.

los reportes impresos de los grupos de entrevistados. De igual modo, se cuenta con la base de datos de todos estos reportes que corresponden a los códigos que aparecen en las guías de codificación.

La información que contiene este libro integra las tres fases del trabajo de campo y vincula la información cuantitativa con la cualitativa. Los capítulos se encuentran organizados desde una perspectiva que recupera la estructura temática de aproximación en el trabajo de campo, pero también del resultado del análisis de la totalidad de la información generada en esta investigación.

Referencias

1. Mercado MFJ. "El proceso de análisis de los datos en una investigación sociocultural en salud". En: Mercado-Martínez F, Robles-Silva L, comps. Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara, 2000:47-72.
2. Cea MA. Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis, 1996.
3. King G, Keohane RO, Verba S. El diseño de la investigación social. La inferencia científica en los estudios cualitativos. Madrid: Alianza Editorial Ciencias Sociales, 2000.
4. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Paidós, 1987.
5. Pope C. Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. Br Med J 1995;311:42-45.
6. Blumer H. Symbolic interactionism. Perspective and method. New Jersey: Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1969.
7. Maxwell JA. Understanding and validity in qualitative research. Harvard. Educ Rev 1992;62:279-300.
8. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, 2003.

4. Contexto social de las comunidades

Claudia Guerrero,
René Leyva
Ángel Zarco
Janette Flores

Las comunidades configuran contextos sociales de alta especificidad, en los cuales se establece una diversidad de interacciones que definen un perfil comunitario. Sin embargo, el concepto de comunidad o lo comunitario frecuentemente se encuentra poco definido o se incluye de forma implícita en la caracterización social para delimitar los espacios e interacciones que ocurren en estos ambientes. Esto dificulta la comprensión de la dinámica de los procesos sociales que se generan, reproducen o cambian como consecuencia de su relación con otros fenómenos internos y externos a la comunidad.

La *comunidad* y lo *comunitario* representan conceptos con significados diferentes, los cuales desde los estudios clásicos¹ se pueden considerar como referencia a espacios territoriales y poblacionales definidos de acuerdo con delimitaciones geopolíticas, sociales, económicas, culturales y de salud, entre otras categorías. En la comunidad, entendida como un espacio geosocial, convergen e interactúan diferentes actores (internos y externos)* sociales, políticos, económicos y de salud, entre otros, que proponen, analizan, implementan y evalúan (con diferentes procedimientos, recursos y

perspectivas) el desarrollo de acciones comunitarias que van modulando y modificando de manera temporal o permanente las relaciones comunitarias.

Los propósitos que buscan los diferentes actores no siempre tienen un carácter explícito ni se ubican como parte de una lista de prioridades comunitarias que tengan que ser atendidas y satisfechas.

Por su parte, lo *comunitario* define cierto sentido de apropiación, de formar parte, de compartir recursos, de sentirse representado como grupo social; de esta forma, lo comunitario expresa en cierto sentido las capacidades y retos de las comunidades, y contribuye a la vez que forma parte del desarrollo de la identidad sociocultural de la población, donde se representan los diferentes intereses de la misma.² En este marco, la salud como un valor social de la comunidad admite diferentes significados y prioridades³ en el grupo, y en consecuencia se traduce en diferentes formas de prácticas o acciones y programas comunitarios, algunas de las cuales se realizan en colaboración con agentes gubernamentales, profesionales de la salud y *de la comunidad*.⁴⁻⁶

Para los residentes de diferentes comunidades, el sida ha pasado a ser parte de los asuntos sociales más sensibles. Sobre el sida se ha tejido sinnúmero de significados que han llevado a desarrollar actitudes, comportamientos y prácticas que no siempre han contribuido a mejorar la capacidad de respuesta social para enfrentar la epidemia. De hecho, desde fases tempranas de la epidemia las actitudes de segregación y rechazo a las personas afectadas y de aquellas con las que compartían alguna *característica común* se convirtieron en barreras significativas para la conformación de una

* La característica que definen a un actor como interno o externo a la comunidad puede ser muy diversa, y no siempre está clara la delimitación. De manera formal se pueden establecer formas de pertenencia a la comunidad que adscriben a los individuos como parte de la misma, pero también puede haber una autoidentificación con la comunidad y se reclama la membresía a la misma.²

respuesta apropiada a las condiciones y necesidades de las comunidades (poblaciones y regiones) afectadas.⁷

En este capítulo describiremos los contextos sociales de la comunidad rural y urbana donde se realizó la investigación. Para ello, nos enfocaremos en aquellas particularidades que contribuyen a comprender el alto índice migratorio, así como la manera en que la migración ha influido en la transformación de la vida en dichas comunidades.

Este capítulo se elaboró a partir del análisis de la información obtenida de la observación no participante (anexo 6. Guía de observación de las comunidades) y de la revisión documental en la que se consultaron fuentes hemerográficas, archivos municipales, estudios comunitarios de los centros de salud y otras publicaciones. Con ello se sistematizó información sociodemográfica, de salud y migración de cada comunidad. Esta información sirvió como referencia para realizar el análisis etnográfico de las comunidades.

La vida en dos localidades con alta migración a EUA

Comunidad rural

Esta comunidad fue elegida por tratarse de una población que presenta un alto grado de intensidad migratoria

a Estados Unidos de América (EUA).^{*} La comunidad se ubica en la cuenca del río Chalma, al suroeste del estado de Morelos, en la región central de la República mexicana. Se ubica a 1 hora y media de la ciudad de Cuernavaca, a través de un recorrido por la carretera que la comunica con localidades del Estado de México (al norte y al poniente) y de Guerrero (al poniente).

La carretera cruza la comunidad. A lo largo de ella se ha establecido una amplia zona comercial, donde se desarrolla la vida pública de sus habitantes. Dada la irregularidad de la topografía del pueblo, los diferentes barrios o zonas habitacionales se distribuyen en lomas y barrancas. El centro de la comunidad cuenta con calles pavimentadas y la mayoría de los hogares cuenta con electricidad, drenaje y agua corriente, mientras que en las áreas periféricas pueden encontrarse calles sin pavimentar y hogares que no cuentan con los servicios básicos (cuadro 1).

^{*} Según estimaciones basadas en el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2000, de un total de 2 475 hogares en todo el municipio, 12.53% recibían remesas; 19.60% había tenido algún emigrante a EUA durante el quinquenio anterior; 3.72% contó con migrantes circulares en el quinquenio anterior; y 3.64% tuvo algún migrante de retorno durante el mismo quinquenio.⁸

Cuadro I. Perfiles sociodemográficos de las localidades estudiadas

Comunidad rural	Comunidad urbana
Cabecera municipal: 6 575 habitantes ¹	Zona metropolitana: 85 914 habitantes ²
48% de la población es económicamente activa (PEA) ²	35.7% de la pob. es económicamente activa (PEA) ²
28% PEA ocupada sector primario	61% PEA en comercio y servicios
55% PEA en servicios públicos y comercio ³	34% PEA en la industria constructora o cerámicas ³
61% PEA ocupada recibe de 0 hasta 2 smm ^{2*}	55.16% PEA ocupada recibe de 0 hasta 2 smm ^{2*}
10% pob. de 15 años y más no sabe leer ni escribir ²	9.8% pob. de 15 años y más, no sabe leer ni escribir ²
43% pob. de 15 años y más sin instrucción posprimaria ³	29% pob. 15 años y más completó la educación primaria ³
76% pob. sin acceso a seguridad social en salud ³	71% pob. sin acceso a seguridad social en salud ³
14% pob. nacida fuera de la entidad o país ³	38% pob. nacida fuera de la entidad o país ³

Fuentes:

¹Cortés GNJ. "Estudio de comunidad. Informe narrativo. Comunidad rural 1º de febrero 1999-31 de enero de 2000". Servicios de Salud de Morelos. Jurisdicción Sanitaria I. México: UNAM, 2000

²Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales resultados por localidad del XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México: INEGI, 2000.

³Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Morelos, Censo General de Población y Vivienda 2000. Datos por localidad rural y urbana. México: INEGI, 2004

* Hasta 8 dólares aproximadamente, cálculos de los autores con base en salarios mínimos vigentes entre 2005 y 2006 en la zona C a la pertenece Morelos, publicados por la Conasami. <http://www.conasami.gob.mx/Archivos/TABLA%20DE%20SALARIOS%20MÍNIMOS%20PROFESIONALES/2006.pdf>
<http://www.conasami.gob.mx/Archivos/TABLA%20DE%20SALARIOS%20MÍNIMOS%20PROFESIONALES/2005.pdf>

En 2002, esta comunidad contaba con poco más de 6 575 habitantes y alrededor de 1 250 familias.^{9,10} Según la encuesta realizada en esta investigación, la distribución de la población por grupos de edad muestra una comunidad en la que predominan los grupos jóvenes (cuadro 2).

En las entrevistas se identifica un predominio de hogares constituidos por familias nucleares (padres e hijos), además de coresidencia de varias familias, con lazo de parentesco, en diferentes viviendas ubicadas en un terreno propiedad de los padres del varón migrante.

La estructura de las casas de *tejamanil*, con techos de teja o palma y paredes de carrizo se observa únicamente en las zonas marginadas. Con la migración, uno de los primeros cambios visibles es la transformación de las viviendas y pasan de ser casas de *tejamanil* a casas de *material* (ladrillo y techo de cemento) “como las casas de la ciudad”. Este cambio en la vivienda representa uno de los indicadores de *éxito* del migrante.

P: ¿Sus hijos, de qué manera lo han beneficiado? R: Aquí la situación y lo económico, como vivimos; sí porque nuestra casita era como la que tenemos aquí abajo,

de lámina de asbesto, de cartón y ahora tenemos el techo de losa y mejoramos la casa (padre de migrante, 57 años de edad).

Respecto a la coresidencia, la denominada “familia extensa” se ha mantenido vigente, en parte debido al proceso migratorio. Las familias con uno o más migrantes se transforman en unidades domésticas en las que conviven padres o suegros con hijos, nietos y nueras. A la mujer compañera del migrante y a su familia se acostumbra *dejarla encargada* con la familia de los padres del migrante.

La población de esta localidad cuenta con un grado promedio de escolaridad menor a ocho años y casi 10% de la población de 15 años y más no sabe leer ni escribir.¹¹ Los datos de la población encuestada para esta investigación corroboran esta información, ya que 52.5% de ellos tiene seis o menos años de escolaridad (cuadro 3). En esta comunidad, que funciona como cabecera municipal de otras comunidades rurales periféricas, se concentran los centros educativos públicos: uno de educación preescolar, dos primarias, y una escuela secundaria; además de un centro de estudios de computación y una biblioteca pública municipal, que se encuentran en el edificio del ayuntamiento.

Esta centralización de recursos educativos en la cabecera municipal constituye un factor fundamental que facilita el acceso a los servicios educativos para los habitantes de las comunidades periféricas que no tienen capacidad de pago para transportar a sus hijos a estudiar a la ciudad capital.

La posibilidad de continuar los estudios se torna una situación crítica cuando los jóvenes concluyen el

Cuadro 2. Comunidad rural. Distribución de la población por grupos de edad y sexo

Grupos de edad	Varones		Mujeres	
	n	%	n	%
0-4	98	9.2	62	5.5
5-9	103	9.7	99	8.8
10-14	125	11.8	124	11.1
15-19	133	12.5	122	10.9
20-24	58	5.4	98	8.7
25-29	60	5.6	69	6.1
30-34	62	5.8	85	7.6
35-39	72	6.8	83	7.4
40-44	75	7.0	71	6.3
45-49	53	5.0	58	5.2
50-54	47	4.4	51	4.5
55-59	42	3.9	55	4.9
60-64	38	3.5	35	3.1
65-69	32	3.0	36	3.2
70≤	61	5.7	67	6.0
Total	1,059	100	1,115	100

Fuente: Proyecto “Mujeres compañeras de migrantes. Encuesta a población residente de comunidad urbana y rural”, 2005

Cuadro 3. Años de escolaridad de la población encuestada de la comunidad rural y urbana

Años de escolaridad	Comunidad rural %	Comunidad urbana %
1 a 5 años	31.8	23.6
6	20.6	19.5
7 a 9 años	26.7	30.5
10 a 12	13.8	17.1
13 a más	6.9	9.2

Fuente: Proyecto “Mujeres compañeras de migrantes. Encuesta a población residente de comunidad urbana y rural”, 2005

nivel básico de estudios, ya que en la comunidad no cuentan con escuelas de nivel de bachillerato ni superior. Para acceder a estos recursos educativos se requiere desplazarse, en autobús o taxi, o cambiar de residencia a Cuernavaca o Temixco.

La educación formal de la población también se ve afectada por el fenómeno migratorio. Las autoridades de varios centros educativos mencionaron que existen altos índices de deserción entre el alumnado, ya sea porque el mismo estudiante emigra o porque se reunirá con alguno de sus padres que se encuentra en EUA. La pérdida de estudiantes se ha convertido en una situación cotidiana, sobre todo cuando alcanzan el nivel máximo en las escuelas primarias (seis años) y las secundarias (en cualquiera de sus tres años de estudio). Al respecto, un profesor de la escuela primaria de la comunidad señala lo siguiente:

Precisamente el día de ayer vino una persona a dar de baja a su hija, que se la va a llevar a EUA. P: ¿Era el papá o la mamá? R: La mamá. Pidieron la oportunidad de llevársela. Y si no pasan, pues que la regresemos acá otra vez. Es muy frecuente que de repente los papás o los familiares que se quedan acá, de repente tienen la consigna de llevar a sus hijos que dejaron acá, llevarlos a EUA (profesor de escuela primaria, 51 años de edad).

Además, quienes logran obtener una carrera técnica o universitaria, necesitan migrar de la comunidad para conseguir empleo. De esta forma, la migración tanto regional como internacional es parte de la vida cotidiana. Un residente de la comunidad presenta su experiencia de búsqueda de empleo:

R: ¿A dónde me voy, ahorita?, yo a meter una solicitud de empleo, necesito ir a Cuernavaca. Y en Cuernavaca ya hay muchos profesionistas que también andan en lo mismo, que andan incurriendo en el comercio informal. Ya conocí a dos chavos ahorita que tienen su buena carrera y quieren poner una taquería, quieren poner una tienda (varón residente de la comunidad, ocupación talabartero, 32 años de edad).

Actividades económicas

La abundancia de recursos acuíferos (el río Chalma y varios manantiales) y el clima cálido que predomina en la región han permitido la explotación agrícola de este

territorio desde tiempos precolombinos, y ayuda a explicar la historia socioeconómica de esta localidad que ha estado ligada, en diferentes momentos, a movimientos migratorios regionales e internacionales.

El desarrollo de la industria azucarera fue determinante en la historia social y política local con impacto nacional. El crecimiento de esta industria, durante el siglo XVI, requirió de una importante cantidad de fuerza de trabajo, lo que condujo a migraciones internas provenientes de los estados vecinos (Guerrero y Estado de México). De esta manera se contó con fuerza de trabajo necesaria para el desarrollo y establecimiento de haciendas, trapiches e ingenios, así como el cultivo de otros productos.* A finales del siglo XIX y principios del XX, con la expansión del mercado mundial de azúcar, se produjo una nueva migración proveniente de los mismos estados del país.

Durante la Revolución de 1910, y como consecuencia del reparto de tierras entre 1921 y 1930, la producción cañera disminuyó notablemente en la región. Las tierras otorgadas a los ejidatarios a través de la Ley de Revalúo General de la Propiedad Raíz de 1909 carecían de acceso a los afluentes de agua, por lo que la mayoría de los campesinos tuvieron como única opción la agricultura de temporal. Por su parte, los antiguos propietarios de tierras que contaban con afluentes de agua cambiaron el cultivo de la caña hacia el arroz, cacahuete y producción de fruta.¹²

El cultivo de la caña en esta zona se abandonó en 1970, cuando el trapiche de la Hacienda de Santa Rosa, ubicada a las afueras de la comunidad, dejó de funcionar debido a diversos problemas e intereses que emergieron e hicieron del cultivo de la caña un proceso poco rentable económicamente.

En la actualidad, se estima que alrededor de 30% de la población económicamente activa se dedica principalmente a las actividades agrícolas. La mayoría siembra maíz, sorgo y cacahuete siguiendo el temporal; sin embargo, este tipo de cultivos se han sustituido

* Guerrero C, Zarco A. Cultura y migración en la comunidad rural. Etnografía de una comunidad morelense. Proyecto de investigación "Mujeres compañeras de migrantes y vulnerabilidad a ITS/ VIH/ SIDA". Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Financiado por Conacyt. René Leyva (investigador principal), Marta Caballero-García (coordinadora), Claudia Guerrero, Ángel Zarco (investigadores), 2005.

paulatinamente por su baja rentabilidad por otros como la floricultura para consumo nacional y de exportación. Las políticas agrocomerciales nacionales e internacionales como el Tratado de Libre Comercio no aparecen ni son identificadas por los agricultores como elementos de protección para el desarrollo económico local. El siguiente testimonio muestra la distancia de las políticas de comercio internacional respecto de los beneficios esperados en dichas comunidades.

P: ¿Usted cómo ve la oferta de trabajo aquí en la comunidad? R: Es muy baja, no hay, Aquí tiene uno que autoemplearse y si no puede autoemplearse pues está uno *ora* sí que amolado. P: ¿De qué puede trabajar alguien que no se puede autoemplear? R: Podría trabajar de campesino, pero aparte no le aseguran los cinco días de trabajo. Va a trabajar tres días, o dos... y luego colocarse en otro lado o esperar a que se incremente, *ora* sí que, la demanda de trabajo (talabartero, 32 años).

En menor escala, existen cultivos de riego de maíz, frijol, arroz, calabaza, pepino, cebolla y jitomate. Hace algunas décadas se comenzó a introducir el cultivo industrial de flores de ornato en la región, lo cual ha generado polémica entre la población, pues se argumenta que los empresarios de la floricultura, originarios del Estado de México, han comprado o rentan tierras debido al desgaste de las suyas y a la abundancia de agua en esta comunidad. Además, consideran que no retribuyen a la comunidad el desgaste y contaminación de sus recursos (agua y suelos), ni constituyen una fuente importante de empleo, puesto que muchos de ellos traen sus trabajadores. No obstante, la floricultura se ha constituido en una fuente temporal de empleo para algunos habitantes, principalmente mujeres.¹⁰

R: Necesitamos fuentes del trabajo aquí, el campo era una de las principales fuentes de trabajo; vienen los floreros a trabajar pero ya traen su gente, vienen del Estado de México. Se ve movimiento, pero muchos trabajadores no son de aquí, vienen y traen su gente de fuera, no consumen lo que aquí les da el pueblo (varón residente de la comunidad, 44 años de edad).

Otra fuente ya tradicional de ingresos para los habitantes de esta localidad es el cultivo y la venta de fruta. Parte de la población que posee terreno propio reserva una sección de la propiedad a un huerto de árboles

frutales, de los cuales existe gran variedad. Sin embargo, esta actividad ya no es rentable, debido a la disparidad entre los precios de compra de los acaparadores y los costos de producción; por ello, gran parte de la gente que tiene huertas ha dejado de cosechar.

R: Tenemos mango heavin, petacón, kent y antes era negocio. Para nosotros nomás se llegaba el día del mango, o sea marzo, abril y nos caía una buena cantidad de dinero. Estamos hablando de 10, 15, 20 hasta 30 mil pesos, pero ya no. Como ya hay bastante mango se bajó el precio. Entonces, aquí las huertas ya no son negocio (trabajador por cuenta propia: electricista y reparador de aparatos electrónicos, 59 años de edad).

En pequeña escala, como empresa familiar, las frutas y los diversos productos agrícolas de la comunidad se comercializan en el municipio y en ciudades cercanas. Recientemente un grupo de mujeres de la comunidad –varias de ellas compañeras de migrantes– creó una cooperativa de venta de productos elaborados con frutas cultivadas en la región, como estrategia económica frente a la escasez de empleo.

De acuerdo con la información obtenida, la mayor parte de los habitantes de esta localidad vive en una situación de precariedad económica en un escenario de laboral de escasez tanto para hombres como para mujeres. Esta situación los ha llevado a desarrollar estrategias familiares en las que combinan diferentes actividades económicas, y donde emerge la migración hacia EUA como una de las opciones laborales sobre las cuales se ha generado diferentes expectativas (cuadro 4).

R: Eso de los inmigrantes, pues sí es un gran problema aquí. Porque todas las cabezas de la familia, todas las titulares pues son mujeres. O sea, más que nada el problema aquí es el desempleo. Si hubiera más empleos más oportunidades, yo siento que no se irían tantas gentes. Como le digo mi esposo ya se va a ir también, pero pues porque le ha ido mal en el campo (enfermera auxiliar del Programa Oportunidades, 23 años de edad).

La dinámica socioeconómica de la localidad presenta –como la de muchas localidades rurales en México– un ciclo de escasez/abundancia que se vincula con la crisis agrícola y con otros elementos asociados a la marginación. Desde febrero hasta septiembre, la comunidad se ve afectada económicamente por los

Cuadro 4. Indicadores sobre migración a EUA de la comunidad urbana y rural

Clave de entidad o municipio	Municipio	Total de hogares	% Hogares que reciben remesas	% Hogares con emigrantes en EUA del quinquenio anterior	% Hogares con migrantes circulares del quinquenio anterior	% Hogares con migrantes de retorno del quinquenio anterior	Índice de intensidad migratoria	Grado de intensidad migratoria
018	Localidad urbana	21 472	9.94	7.55	0.69	1.03	0.10963	Medio
005	Localidad rural	2 475	12.53	19.60	3.72	3.64	1.53129	Alto

Fuente: Consejo Nacional de Población. Morelos: indicadores sobre migración a Estados Unidos, índice y grado de intensidad migratoria por municipio, 2000. Índices de intensidad migratoria México-Estados Unidos 2000. Colección Índices Sociodemográficos. México: Conapo, 2000:114

gastos que significan la siembra y la cosecha; mientras que los meses más prósperos son de octubre a enero, que corresponden a la comercialización de las cosechas y al retorno de los migrantes.*

Además del empleo en la agricultura —ya sea cultivando para su beneficio o como peones— los varones también se han incorporado a la construcción, a conducir taxis o a emplearse en los ámbitos comercial o de servicios. El 28% de la población económicamente activa se ocupa en el sector primario y 55% se emplea en servicios públicos y comercio (cuadro 5). Para las mujeres mayores de 12 años de edad, las actividades principales son la preparación y venta de alimentos, la limpieza de casas y la recolección de flor (temporal). Estas actividades las asumen como complementarias o secundarias, ya que se identifican como amas de casa, principalmente (cuadro 6).

Un ejemplo de ello es una mujer que cobra 20 pesos (menos de 2 dólares) por una docena de ropa lavada y planchada, quien se identifica como ama de casa. Además de la precariedad laboral para la mujer, se suma el hecho de que socialmente está mal visto que las mujeres casadas, con pareja, trabajen fuera del hogar, por lo que son pocas las mujeres que se exponen a la búsqueda de trabajo extradoméstico.

R. Las mujeres nada más a lo que se pueden dedicar, de alguna manera a, a este... a apoyar en las actividades del campo, ellas son las que llevan la comida, el almuerzo. Otras, se ha dado el caso, por ejemplo que ya estudian, no sé, estilistas, ya ponen su propio negocio. Por ejemplo, aquí estás viendo que venden gorditas, jugos, tacos de chivo, venden esto, venden lo otro... la mano de obra de la mujer es más barata (promotor de salud comunitaria, 30 años).

Servicios de salud

De acuerdo con datos de la encuesta, la cobertura de servicios de salud en la comunidad se distribuye de la siguiente manera: 4.4% tiene acceso a los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social, 15.8% cuenta con Seguro Popular, 7% tiene cobertura del ISSSTE, sólo 1.4% paga un seguro privado y 60.5% mencionó no tener ningún servicio de salud. Las decisiones sobre

Cuadro 5. Ocupación de los varones encuestados por tipo de comunidad

Sector de ocupación	Comunidad rural	Comunidad urbana
	%	%
No trabaja	0.0	3.1
Sector primario	47.8	10.1
Sector secundario	5.9	3.8
Sector terciario	39.3	68.1
Jubilado/pensionado	2.5	7.6
Estudiante	3.4	1.9

Fuente: proyecto "Mujeres compañeras de migrantes. Encuesta a población residente de comunidad urbana y rural", 2006

* Guerrero C, Zarco A. Cultura y migración en la comunidad rural. Etnografía de una comunidad morelense. Proyecto de investigación "Mujeres compañeras de migrantes y vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA". Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública de México. Financiado por Conacyt. René Leyva (investigador principal), Marta Caballero-García (coordinadora), Claudia Guerrero, Ángel Zarco (investigadores), 2005.

Cuadro 6. Ocupación de las mujeres encuestadas, localidad rural, 2005

Estudiante		1.8%
Ama de casa		78.0%
		Sector económico (%)
		Primario 1.6
		Secundario 0.2
		Terciario 17.7
Trabaja fuera del hogar	19.8%	

dónde y cómo resolver los problemas de salud, generalmente son tomadas por las madres de familia, con mayor razón cuando el esposo ha migrado.

La comunidad cuenta con un centro de salud que atiende a población sin seguridad social. El personal del centro de salud está compuesto por un médico pasante, un odontólogo pasante, tres enfermeras y un promotor de salud. Además, hay dos médicos dedicados exclusivamente a atender la población que se encuentra cubierta por el Programa Oportunidades.* El horario de servicio es de 8:00 a 18:00 horas, aunque en caso de emergencias los usuarios pueden recurrir a los médicos pasantes que residen en el centro de salud, de lunes a viernes.

Entre los principales motivos para no hacer uso de los servicios del centro de salud se encuentra el tiempo de espera debido a la saturación del servicio; sin embargo, ante problemas percibidos como graves, el centro de salud se convierte en el primer lugar de referencia.

P: ¿Cuando se enferma alguien de tus hijos o de tu familia, tu mamá, en dónde se atienden? R: Pues si sus enfermedades son levecitas pues yo misma se las curo, o sea una gripita, les hago un tesito y con Vaporub. Si es algo más delicado, como infecciones fuertes, ya los llevo al doctor. P: ¿Al centro de salud o a otro? R: Depende, porque si los veo muy mal ya me voy a un particular y

si tienen alguna infeccioncilla ahí leve, pues sí (mujer residente, venta de tortillas, comunidad rural).

En el caso de problemas de mayor gravedad o que requieren otro nivel de atención (embarazo-parto-puerperio, lesiones, padecimientos crónicos o degenerativos, infecciones graves) recurren al hospital público de segundo nivel, que se encuentra ubicado a 15 kilómetros de la localidad. En la comunidad también existe un médico general y terapeutas tradicionales. En el caso del médico particular, los clientes saben que en ocasiones acepta el pago de la consulta a plazos. Los terapeutas tradicionales representan el recurso más accesible económicamente, aunque se perciben cada vez más relegados por la presencia de la medicina alópata. En la localidad también ejercen dos parteras capacitadas por la Secretaría de Salud, quienes atienden no sólo partos, sino también algunos problemas ginecológicos y distribuyen anticonceptivos. Una de las parteras reconocidas por el centro de salud afirma que atiende una gran cantidad de asuntos ginecológicos de mujeres que prefieren no acudir al centro de salud debido a varios factores: vergüenza, dificultad para acceder a la atención (a través de citas) o porque no están de acuerdo con los tratamientos.

En estas condiciones, la coexistencia de diferentes recursos para la atención de la salud en la comunidad rural representa otro de los elementos de cambio en la configuración de los patrones de búsqueda y utilización de los recursos disponibles. El contexto social y económico prevaleciente muestra restricciones y trato diferencial para las mujeres respecto de los hombres, aunque ambos comparten situaciones de precariedad laboral y económica. La deserción escolar de los jóvenes asociada con la migración representa una importante pérdida social; sin embargo, se ha constituido en la vía para mejorar las condiciones económicas de la familia que se queda en la comunidad.

Comunidad urbana

La comunidad urbana se ubica a 10 kilómetros al sur de la ciudad de Cuernavaca. Debido su cercanía, es considerada como parte de la zona conurbada. De hecho, la división territorial con Cuernavaca no es muy clara, más bien existe cierta continuidad e interdependencia social, económica, comercial y de servicios. Se comunica, al norte, a través de una autopista con Cuernavaca

* El Programa Oportunidades llevado por la Secretaría de Desarrollo Social ofrece apoyos económicos a familias de bajos recursos de acuerdo a los hijos que se encuentran escolarizados y el nivel de instrucción. La recepción de estas ayudas incluye una estrategia de educación en salud que compromete a las madres de familia a asistir a reuniones informativas mensuales (impartidas por un promotor de salud comunitario) y a acudir a controles periódicos para ellas mismas –como el Papanicolaou– y para sus hijos.

y la Ciudad de México y con el sur a comunidades del estado de Morelos y de Guerrero.

En la localidad habitan 85 914 personas, con una población mayoritariamente joven, 44% menores de 18 años de edad.¹¹ En su territorio se asientan varias colonias de estrato socioeconómico bajo y medio, que contrastan con algunos fraccionamientos residenciales de estrato socioeconómico medio-alto y alto. En la década de los setenta, como resultado de la migración interna de los estados de Guerrero, Puebla, Michoacán y el Estado de México se dio un intenso crecimiento poblacional en el municipio, dando lugar a la fundación de las varias colonias que hoy la conforman, y se eleva a rango de ciudad el 7 de marzo de 1990 (cuadro 7).

El municipio cuenta con una infraestructura educativa que incluye tres guarderías, 29 escuelas de preescolar, 41 escuelas primarias, cuatro secundarias y tres telesecundarias, dos bachilleratos y un Colegio Nacional de Educación Profesional –de nivel técnico–. A nivel profesional, se encuentra la Unidad de Ciencias Agropecuarias de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, un campus del Instituto Tecnológico de Educación Superior de Monterrey (una

de las universidades privadas más caras del país), y el Instituto de Investigación sobre Energía Solar, centro de investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México. Sin embargo, como una muestra del contraste sociocultural y económico que converge en el mismo territorio se encuentra la participación del Instituto Nacional para la Educación de Adultos, que imparte cursos de alfabetización para los adultos en la cabecera municipal.¹³

A pesar de esta amplia variedad y disponibilidad de centros educativos en esta comunidad, sus habitantes de 12 años y más tienen en promedio 6.8 años de asistencia a la escuela; casi 10% de la población de 15 años y más es analfabeta y sólo 30% de esta población ha completado la educación primaria.

Como en el caso de la comunidad rural, existe una alta tasa de deserción escolar entre adolescentes (cuadro 3). Sobre este tema y problemas relacionados con el acceso y la continuidad de los estudios, una trabajadora social de una escuela secundaria opina lo siguiente:

P: ¿Usted cómo ha visto la cuestión de la deserción aquí en la escuela? R: Porque el nivel económico está muy bajo, muchos niños pues ayudan a sus padres y dejan la escuela más el turno de la tarde, la mayoría son por niños que van a trabajar. P: ¿Y hay quienes deserten para irse con sus papás a EUA? R: Sí, a EUA sí, hay quienes se van... porque primero se va el papá y ya después manda por la familia (trabajadora social de una escuela secundaria, 44 años de edad).

La situación educativa en esta comunidad representa una clara muestra de las restricciones en las capacidades sociales para el ejercicio de los derechos ciudadanos. La ciudadanía aparece como un aspecto meramente formal sin relación con la posibilidad real del ejercicio de derechos. La disponibilidad de servicios públicos por sí misma no implica el acceso a éstos por los ciudadanos; de forma que a pesar de la amplia oferta de servicios educativos la población residente queda al margen de las posibilidades de hacer uso de los mismos.

Actividades económicas

Históricamente, el territorio donde se encuentra esta localidad, después de haber pertenecido al Marquesado del Valle, propiedad del conquistador Hernán Cortés, fue destinado a la producción intensiva de caña. La

Cuadro 7. Comunidad urbana. Distribución de la población por grupos de edad y sexo

Grupos de edad	Varones		Mujeres	
	n	%	n	%
0-4	106	7.8	107	6.9
5-9	159	11.8	146	9.4
10-14	173	12.8	167	10.7
15-19	139	10.3	162	10.4
20-24	122	9.0	142	9.1
25-29	93	6.9	125	8.0
30-34	97	7.2	138	8.9
35-39	83	6.1	90	5.8
40-44	78	5.7	85	5.4
45-49	67	4.9	82	5.3
50-54	55	4.0	83	5.3
55-59	44	3.2	52	3.3
60-64	42	3.1	58	3.7
65-69	44	3.2	47	3.0
70≤	44	3.2	64	4.1
Total	1 346	100	1 548	100

Fuente: Proyecto "Mujeres compañeras de migrantes. Encuesta a población residente de comunidad urbana y rural", 2005

Hacienda de la cual tomó el nombre esta comunidad tuvo su origen en el otorgamiento de una merced a don Francisco Barbero en 1755, quien fue ampliando su propiedad con la compra y explotación de tierras de los pueblos indígenas aledaños, hasta incluir a varios trapiches que conformaron la Hacienda.¹³

Después de casi tres siglos en que la Hacienda fue objeto de disputas agrarias y militares, el 8 de mayo de 1924, el Gobierno Federal la expropió y se dotó de tierra a los campesinos a través de la conformación de los denominados ejidos, que corresponden a unidades territoriales de propiedad colectiva. En 1933, los ejidos fueron integrados para conformar una nueva demarcación geopolítica, el municipio de Temixco.¹⁴

Desde principios de 1900, el cultivo de arroz avanzó paralelamente con el reparto agrario, y alcanzó grandes rendimientos en la década de los treinta, colocando a Morelos como uno de los principales productores del país, inclusive con capacidad para exportar parte de este producto.

En la actualidad, las actividades cotidianas y las formas de interacción entre los habitantes del municipio se encuentran vinculadas con los escasos espacios de producción agrícola, los servicios y el comercio. La población que se dedica al sector primario es 10.9%, el sector secundario que corresponde a industria y construcción 34%, y a los servicios y el comercio 61% (cuadro 5). En el sector agrícola, el municipio es conocido como productor de rosas, dejando atrás la caña y el arroz.

Sin embargo, progresivamente las tierras dedicadas a la producción agrícola se han ido vendiendo y en su lugar ha crecido de forma desordenada una importante industria de la construcción de viviendas. En la actualidad, la tierra de alto valor para la producción agrícola ha pasado a ser parte de intereses especulativos de la construcción.

Por otra parte, el municipio cuenta con diferentes minerales en el subsuelo. La extracción de arena, cal y cemento ha llegado a ser una actividad económica importante, lo que facilitó el desarrollo de la industria de la construcción, en la que trabaja un gran porcentaje de la población masculina. Al mismo tiempo, la abundancia de estos minerales ha dado lugar al desarrollo y la producción artesanal de cerámica, que desde tiempo atrás era parte de la actividad económica tradicional. Actualmente, esta actividad está en crisis debido a la importación masiva y sin regulación de productos de cerámica, que compite en precios con la producción

artesanal. Esta representa una muestra adicional del escaso interés gubernamental para desarrollar políticas de fortalecimiento a las capacidades locales de producción y comercialización. En su lugar, bajo los principios más primitivos del libre mercado, los artesanos están a punto de ser parte de un grupo laboral y cultural en extensión. Más recientemente, se han instalado talleres maquiladores de ropa que emplean principalmente mujeres.¹³ Las condiciones en que laboran y los sistemas de protección social son precarios, por lo que hay un alto recambio en la fuerza laboral empleada en estas empresas.

Además, existe una dinámica de movilidad poblacional cotidiana entre Temixco y Cuernavaca con propósitos laborales, de comercio o de estudio, principalmente. Las actividades comerciales representan una de las áreas de mayor participación laboral. En esta ciudad el tianguis, un gran mercado itinerante, se instala semanalmente sobre la única vía (carretera) que cruza la ciudad. Este tianguis tiene una gran afluencia de clientes de todo el estado y es el lugar donde se expenden numerosos productos de importación sin regulación alguna que compiten de forma desventajosa con la producción local. Además, en esta comunidad se cuenta con una gran diversidad de comercios y servicios, que en general pueden considerarse como de segunda o tercera calidad.

A pesar de la diversidad de potenciales fuentes laborales y de producción, los residentes entrevistados se enfrentan a grandes dificultades para conseguir trabajo en esta ciudad, y consideran que la mayor parte de los empleos corresponden a trabajos precarios, caracterizados como temporales, sin prestaciones sociales, salarios bajos y sin posibilidades de mejoría o ascenso.

P: ¿Qué opinas sobre las oportunidades de empleo aquí en la comunidad? R: Siento que ahorita está un poco escasa, y están muy solicitadas. No se encuentran tan fácilmente, porque yo simplemente quise trabajar en otros lados y piden y piden muchas cosas: recomendaciones, experiencia, mucho papeleo y es difícil encontrarlos (varón de 28 años de edad. Agente de seguridad privado).

En el caso de las mujeres, la posibilidad de combinar el trabajo por horas (el servicio doméstico, la venta ambulante o el lavado de ropa) con sus actividades como madres y esposas, les permite obtener ingresos y contribuir en la economía familiar. Sin embargo, quienes han estudiado la secundaria buscan insertarse

como empleadas en comercios, donde solicitan que sus trabajadores cuenten con un nivel de estudios de secundaria como requisito mínimo. No obstante, la mayoría de los entrevistados coincidieron que es mucho más fácil conseguir empleo para las mujeres, aunque su trabajo es peor pagado (cuadro 8).

P: ¿En qué trabajan aquí los hombres? R: Pues en nada, sólo por ahí una que otra chambita que sale, pero de todos, la que más trabaja es la mujer. P: ¿Y en qué trabajan las mujeres? R: En restaurantes, en taquerías, trabajan... para el hombre está muy difícil, mucha competencia, el sueldo es muy poco (varón de 62 años de edad. Minero jubilado).

La escasez de fuentes de trabajo, la baja escolaridad y los salarios bajos determinan que en muchos hogares, tanto el hombre como la mujer combinen varios empleos o busquen empleo en Cuernavaca, en otros lugares o migrar a EUA para poder sacar adelante a la familia (cuadro 4).

P: ¿Es fácil conseguir trabajo acá para los hombres? R: Es difícil, demasiado difícil. P: ¿Y los que consiguen en qué se emplean? R: Necesitan tener varios, varios, varios trabajos, no nada más uno. P: ¿Y para las mujeres? R: Es bien difícil, también, igual tener varios trabajos, en casa trabajo yo también, hago quehacer en las casas y vendo ropa y cualquier cosita que encuentre. Vendo cosas usadas y así. Yo paso de casa en casa ver si tienen estas cosas usadas, me las venden y yo las revendo (mujer, 33 años de edad. Comerciante de objetos usados).

Éstas son las condiciones de vida y laborales de las personas que residen en las comunidades llamadas urbanas de México. La oferta importante de servicios educativos, laborales y comerciales contrasta con la

Cuadro 8. Ocupación de las mujeres encuestadas, localidad urbana, 2005

Estudiante	3.55%		
Ama de casa	66.47%		
Trabaja fuera del hogar	29.78%	Sector económico %	
		Primario	0.20
		Secundario	0.99
		Terciario	27.81

precariedad laboral y educativa en la mayor parte de la población. Esta situación es parte del sustrato en que emerge la migración como una posibilidad real de mejorar la condición de vida.

Servicios de salud

En México, el acceso a los servicios de salud se encuentra claramente vinculado con la inserción laboral o la capacidad de pago. La población que cuenta con un empleo formal puede ser registrada y tener acceso a los servicios de diferentes instituciones de seguridad social. Sin embargo, toda vez que la mayoría del empleo tiene un carácter informal o precario, cada vez es mayor el número de personas que no tienen acceso a los servicios de salud de la seguridad social. El gobierno de México ha desarrollado iniciativas desde los noventa para generar servicios de salud para la población que por su condición socioeconómica no cuenta con acceso a la seguridad social ni a los servicios médicos privados.

De esta manera, la oferta y diversidad de servicios de salud en esta comunidad es mayor que la observada en la comunidad rural y su organización reproduce el modelo nacional, caracterizado por su alta segmentación, relacionada con grupos laborales o en situación de marginación social y pobreza. En la comunidad se ubica una clínica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y otra del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que ofrecen servicio médico a su grupo de derechohabientes (empleados de gobierno y trabajadores de empresas privadas, respectivamente). De acuerdo con los datos de la encuesta poblacional realizada para este estudio en 2005, la cobertura poblacional de estas instituciones se distribuyó de la siguiente manera: 25.9% en el IMSS, 5.9% en el ISSSTE; sólo 2.3% mencionó que cuenta con un seguro privado, y 6.1% se había inscrito al Seguro Popular (seguro gubernamental orientado para población de escasos recursos económicos). El 45.2% dijo no tener ninguna cobertura por alguna institución de salud, por lo que demandan los servicios médicos en 10 centros de salud de la Secretaría de Salud del estado de Morelos, donde se ofrece atención médica ambulatoria de primer nivel y servicios de atención primaria a la salud.

Los residentes de la localidad señalaron que ante las carencias de recursos técnicos y humanos en los centros de salud, tienen que buscar otras opciones que les

resuelvan sus problemas de manera oportuna, aunque éstos tengan un mayor costo. Entre las opciones más populares por su relativo bajo costo se mencionaron dos lugares donde acuden con mayor frecuencia: un consultorio ubicado en las instalaciones de la presidencia municipal (se ignora qué institución lo respalda) donde también se venden medicamentos “con descuento”, y las Farmacias Similares, cadena de farmacias extendida por todo el país, que además de vender medicamentos genéricos y productos cosméticos ofrece servicio de consulta médica y en algunos casos pruebas de laboratorio, a precios *populares*, bajo un sistema de *mercadeo* que busca llegar a los grupos sociales de menores ingresos económicos.

P: ¿Y entonces a dónde va, a dónde ha ido? R: De ahora que se pusieron las Farmacias Similares, ahí P: ¿Qué le ha parecido ahí la atención? R: Pues bien hasta ahorita bien, porque va uno y se alivia uno. P: ¿Y por qué no va al centro de salud? R: Pues sí es barato pero si se va muriendo no lo atienden luego, hasta que saque ficha, si no alcanzo hasta el otro día. No, no me funciona porque tiene uno que levantarse bien temprano a sacar ficha y si ya no alcanza se tiene que aguantar hasta para el otro día y mientras uno se siente mal, y así pues nos vamos ahí y ahí si la atienden a uno (mujer de 38 años de edad. Trabajadora doméstica).

En esta comunidad, la diversidad en la oferta de servicios de salud parece estar poco relacionada con facilidades de acceso a los mismos. Por una parte, se encuentra el sistema privado, cuya utilización depende de las capacidades de pago de la población usuaria y por otro lado el sistema público (instituciones de seguridad y de asistencia social) que impone formas de regulación de la demanda que se transforman en obstáculos y desincentivos para utilizar estos servicios.

La percepción de baja calidad de los servicios médicos en los centros de salud, asociadas con la falta de medicamentos, con su saturación o los procedimientos burocráticos establecidos para su funcionamiento parecen ser los principales elementos que desincentivan a la población para hacer uso de los mismos. En el caso de las instituciones de seguridad social, el acceso a las mismas se encuentra restringido al grupo específico de beneficiarios. Los problemas de funcionamiento definidos por la población corresponden a procedimientos

burocráticos que llevan a saturar las unidades de atención médica. Por ello, la mayor parte de la población que se autodefine como sin cobertura de servicios de salud, busca alternativas para atender sus necesidades de salud. La compra directa de medicamentos en las farmacias privadas o el uso de servicios médicos ligados a las farmacias ha emergido como una opción real de atención a la salud.

Los grupos de población en situación de precariedad económica no parecen presentar diferencias en cuanto a las facilidades de acceso a los servicios respecto a la comunidad rural. Tampoco parece haber ventajas entre las familias con migrantes en EUA y aquellas que no tienen, respecto del acceso a los servicios de salud disponibles en ambas localidades; aunque hay que resaltar que en el caso de la comunidad rural se observó una clara focalización en la cobertura del Programa Oportunidades en mujeres compañeras de migrantes en EUA, como se presentará en el capítulo correspondiente.

El contexto social en ambas comunidades muestra diferencias importantes en cuanto a las formas de cohesión social relacionada con el tema de la migración. Mientras que en la comunidad rural este fenómeno se encuentra claramente identificado con grupos familiares de migrantes, en la comunidad urbana este fenómeno aparece relativamente diluido, en el marco de mayor número y complejidad de las interacciones sociales.

Los contextos sociales estudiados representan unidades contrastantes de las condiciones sociales en México; sin embargo, presentan un elemento que las hace común: la importante desigualdad social y la precariedad en las condiciones de vida en la mayor parte de la población. Si bien en la comunidad rural hay una oferta limitada de servicios educativos y de salud respecto a la comunidad urbana, esto no representa ninguna ventaja para la mayoría de los habitantes de esta comunidad.

Referencias

1. Redfield R. The little community and peasant society and culture. University of Chicago Press, 1956.
2. Bauman Z. Identidad. Buenos Aires, Argentina: Editorial Losada, 2005:27-212.
3. Stolk EA, Pickee SJ, Ament AHJ, Busschbach JJ. Equity in health care prioritisation: an empirical inquiry into social value. *Health Policy* 2005;74(3):343-355.
4. Kerrigan D, et al. Intervenciones comunitarias y política gubernamental reducen el riesgo del VIH en la República Dominicana. Resumen de investigación de Horizons. Washington, DC: Population Council, 2004.

5. Callejas PS, Fernández MB, Méndez MP, León MT, Fábrega AC, Villarin CA, et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Rev Esp Salud Pública* 2005;79(5):581-589.
6. Benzaken A, Galbán García E, Gomez Sardinha JC, Pedrosa VL, Paiva V. Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil. *Rev Saude Publica* 2007;41(supl.2):118-126.
7. Bronfman M, Leyva R. "Migración y SIDA en México". En: Córdoba-Villalobos JA, Ponce-de León Rosales S, Valdespino JL, eds. 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Cuernavaca, México: INSP, 2008:241-258.
8. Consejo Nacional de Población. Morelos: indicadores sobre migración a Estados Unidos, índice y grado de intensidad migratoria por municipio, 2000. Índices de intensidad migratoria México-Estados Unidos 2000. Colección Índices Sociodemográficos. México: Conapo, 2000:114.
9. López León A, Steffen C. Ganadería y granos básicos en la Sierra Norte de Puebla. (Una lucha desigual). México: UAM-X, 1999.
10. Cortés GNJ. "Estudio de comunidad. Informe narrativo. Coatlán del Río. 1º de febrero 1999-31 de enero de 2000". Servicios de Salud de Morelos. Jurisdicción Sanitaria I. México: UNAM, 2000.
11. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Principales resultados por localidad del XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México: INEGI, 2000.
12. Ávila H. Aspectos históricos de la formación de regiones en el estado de Morelos (desde sus orígenes hasta 1930). México: UNAM-CRIM, 2002.
13. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de Morelos. "Estado de Morelos". En: Enciclopedia de los Municipios de México. Disponible en: <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/morelos/index.html> [consultado: 2007 ago 4].
14. Sánchez-Sámamo V. Historia general del municipio de Temixco. Cuernavaca, México: H. Ayuntamiento de Temixco, 1998.

5. Migrantes: estrategias familiares y cambios comunitarios ante la migración

Ángel Zarco
Claudia Guerrero
René Leyva
Janette Flores

El fenómeno migratorio ha llevado a la conformación de una compleja red social transnacional que opera como una de las respuestas más importantes para el manejo de las situaciones de adversidad social y familiar, pero también se ha constituido como un elemento clave, facilitador de la migración. De forma que se puede considerar como efecto pero a la vez incentivo que ha llevado a consolidar el propio movimiento migratorio hacia y en Estados Unidos de América (EUA).

Los migrantes indocumentados son un fenómeno en EUA. Emerge como un movimiento que busca regular su estancia en ese país. A esto se suma una importante presencia y presión política de personas de diferentes países del mundo (entre ellos, los denominados *latinos*), quienes después de vivir y trabajar *documentadamente* por años, por décadas a veces, han logrado obtener la ciudadanía estadounidense y progresivamente han logrado representar sus intereses en los gobiernos regionales en EUA, como en el caso de Nuevo México. A veces los intereses de ambos grupos de migrantes convergen en numerosas organizaciones sociales con importante presencia política y social, tanto en los lugares de destino como de origen.¹

Los avances en las telecomunicaciones han modificado la migración en sí, el salir de la comunidad, el tener a los suyos *del otro lado*; la vinculación entre los integrantes de las comunidades de origen y destino se ha facilitado a través del acceso y uso a nuevas tecnologías, como internet. Esta forma de comunicación se emplea, también, para establecer los contactos y facilitar los procesos para incorporar a nuevas personas o reincorporar a otras al proceso migratorio.

De esta manera, se van configurando las denominadas *comunidades transnacionales*, que corresponden a colectivos “formados por individuos o grupos de individuos, asentados en diferentes sociedades nacionales, que comparten referencias e intereses comunes –territoriales, religiosos, lingüísticos– y utilizan redes transnacionales para consolidar la solidaridad más allá de las fronteras nacionales”.²

En las localidades estudiadas no se distingue una dinámica migratoria predominante, ni un perfil especial de migrante, así como no se puede hablar de una forma única en la que las mujeres compañeras de migrantes, la familia y comunidad responden al fenómeno migratorio, sino más bien de una diversidad de estrategias, que a su vez puede considerarse como causa y efecto del fenómeno migratorio.

En este capítulo se presentan las estrategias individuales, familiares y comunitarias puestas en práctica en las comunidades de origen ante la migración de sus integrantes. Para ello, se analiza la información documental, las entrevistas con migrantes de retorno (12 en la comunidad rural y 10 en la urbana) y con representantes comunitarios y del gobierno de ambas comunidades (siete de la comunidad rural y cinco de la urbana).

Los que se van: significados de la experiencia migratoria

La experiencia migratoria se vive de forma diferenciada, de acuerdo con la comunidad de origen, sea la rural o la urbana. Los varones migrantes de la localidad rural tienen un promedio de edad de 43 años. Sólo uno nació

en el Estado de México, los demás habían nacido en la comunidad o en otros municipios del estado de Morelos. Sobre su escolaridad, la mitad tenía primaria incompleta y la otra mitad había cursado la secundaria. La mayoría eran casados y tenían tres hijos en promedio.

Antes de la migración, los entrevistados trabajaban en el comercio, la agricultura o eran empleados de limpieza en algunas dependencias gubernamentales o comercios. En general, el trabajo agrícola se combina con otras actividades laborales, frecuentemente informales e inestables, y como parte de esta búsqueda de opciones laborales aparece la de migrar a EUA. Los migrantes entrevistados en esta localidad habían viajado entre 1 y 10 veces a EUA. Durante sus primeras estancias, la mayoría de los entrevistados trabajaron casi de manera exclusiva en el campo; sin embargo, en sus siguientes viajes se incorporaron como obreros en fábricas o en la construcción. Los más jóvenes prefieren no trabajar en los campos agrícolas y buscan trabajos como empleados en tiendas u otros dentro del sector servicios o como obreros en fábricas, lo que frecuentemente los lleva a ubicarse en lugares más urbanos.

Por su parte, los migrantes de la localidad urbana tienen una edad promedio de 45 años. A diferencia de la comunidad rural, sólo dos entrevistados son oriundos del lugar y a excepción de dos de ellos, el resto había estudiado la secundaria. La mayoría eran casados y tenían tres hijos en promedio. Durante su estancia en la comunidad se dedicaban al comercio informal, se desempeñaban en diversos oficios, pero que no representaban un ingreso fijo (principalmente la albañilería), o estaban sin empleo. Sobre sus viajes a EUA, estos entrevistados tenían menor frecuencia de movimientos a EUA (en promedio dos veces) que los de la comunidad rural. Las actividades laborales en las que se vinculan *del otro lado* son las relacionadas con la construcción, el mantenimiento de casas o como empleados en diversos comercios.

El momento en que toman la decisión de *probar* en EUA es cuando a nivel personal y familiar se vive una crisis económica, por lo que quedarse y seguir en la comunidad donde viven ya no es una salida. La misma decisión genera crisis emocionales, contradicciones, pero es tal el proceso que se desencadena paralelamente en la comunidad, que ya no les permite dar marcha atrás; es una especie de presión social respecto a la partida, está *bien* hacerlo, es *normal* hacerlo. Los vecinos

y los integrantes de la familia empiezan a preguntar: ¿cuándo se va?

[...] conseguir dinero y quién me apoyara por allá. Un amigo con 1 000 dólares, otro con otros 1 000. Yo acá sacaré para el pasaje para irme y también sacar un poco de valor para dejar a mi familia y arreglarme. Es bien desastroso, cada vez que te vas tu mujer llora, tu mamá llora. Sientes feísimo en despedirte de los hijos y la mujer y la familia. En realidad sí, me armo de valor, de mucho valor (MR-CO4 Talabartero y comerciante, 32 años).

Una vez que se ha dado la experiencia migratoria, todos los entrevistados coinciden en mencionar las dificultades y los sufrimientos que implica cruzar la frontera y sobrevivir el viaje. Asimismo, cuando esto se logra, consideran que la vida en EUA no es fácil.

R: He cruzado por Tijuana, por Agua Prieta, Sonora, y por Caborca, es lo más feo, tres días y tres noches, cuatro noches. P: Caminando. R: Sí, sin parar, de la chingada. Llegué bien flaquísimo, tragas casi agua de esa de lodo, hay muertos, encontramos cráneos. Esta mochilita quisieras mandarla a la goma, casi no pesa, después de tantos días, tú quieres salir, la dejas. Quieres dormirte un rato y con el pinche friazo en diciembre: no te duermes, te cuajas, tienes que seguir caminando. Y ahí vas, ahí vas. Quiero que sepas que ya cuando ves el cerro sientes que ya la hiciste y cuando llegas ahí, está la migra; por poquito y nos agarra (MR-CO8 Curtidor de pieles, 38 años).

Los riesgos vividos en el proceso de cruce fronterizo forman parte de las conversaciones cotidianas entre los migrantes y con los residentes de la comunidad, de forma que migrar se ha convertido en una especie de rito de paso,* una cierta prueba de masculinidad combinada con un sentido de aventura, de “vivir la

* Los ritos de paso son formas en las que los seres humanos indican la transición de un estatus social al siguiente. Incluyen ceremonias privadas que conmemoran hitos personales, como el paso de la niñez a la adolescencia, y celebraciones colectivas que marcan ciclos (comunitarios, estacionales). Según Gennep³ constan de tres etapas: separación, estado transicional de liminalidad e incorporación.

experiencia para que no me platiquen”. Al respecto, un varón migrante, de 29 años de edad, empleado del área de mantenimiento, dice:

R: Yo me iba a ir hace como cuatro años, tenía ganas de irme porque yo sabía que era bonito, ¿no? Entonces yo decía: pues voy a ir para ver cómo es trabajar allá. Para que no me platiquen, así sabes qué, yo ya lo viví. Eso fue lo que me animó, y me animé pues a irme y nos fuimos, nos fuimos, sí. (MR-CO9 Empleado de área de mantenimiento de una institución pública, 29 años).

A los migrantes también se les reconoce y concede un cierto prestigio social en las comunidades estudiadas, de forma que si en *pláticas de hombres* sale el tema de haber migrado a EUA ellos se transforman en los actores centrales del relato. Esto los convierte en narradores de historias de otros migrantes y comparten con orgullo el haber cruzado la frontera norte. Esta situación también se vive a nivel familiar, donde los migrantes aparecen como *hombres que se van a luchar*, a un espacio imaginario llamado *El Norte*.

Cambios comunitarios ante la migración

A pesar de que no es posible hablar de un patrón migratorio en estas localidades, en la comunidad rural se observó una tendencia entre los migrantes a emprender el viaje hacia “los Estados” [Unidos] en la época de más calor –a partir de marzo– o después de haber cosechado (quienes tienen la posibilidad de trabajar el campo), y de regresar a la comunidad en noviembre o diciembre. Esta dinámica migratoria podría comprenderse como una estrategia económica de algunas familias frente a la escasez de empleo y por tanto de percepciones en la comunidad rural, y el regreso relacionarlo con la época de mayor frío en EUA, cuando la actividad agrícola se paraliza. En esta localidad se identificaron principalmente tres estados en donde, a decir de los entrevistados, se estaban conformando comunidades de personas originarias de esa localidad: Carolina del Norte, Carolina del Sur y Houston. A pesar de que es cada vez más frecuente la migración de mujeres, podría decirse que en esta localidad se trata todavía de un fenómeno predominantemente masculino, en donde la mayoría de los hombres entrevistados en la comunidad había migrado alguna vez a EUA; inclusive el hecho de ser varón lleva implícito el ser migrante alguna vez en su vida.

En el ámbito comunitario rural hay una mayor participación de los migrantes en los asuntos comunitarios a diferencia de la comunidad urbana, donde una vez se han ido, crece la desvinculación con la comunidad. Entre los migrantes rurales entrevistados expresan una mayor identificación con las prácticas culturales locales y un mayor arraigo al origen. Si bien como ya mencionamos no se identificaron dinámicas de ida y retorno regulares, en dicha localidad existe un periodo que los habitantes identifican como de regreso de algunos migrantes a la comunidad: entre los meses de diciembre y febrero. Esto tiene que ver no únicamente con motivos económicos sino también con la necesidad de pasar las fiestas de fin de año (Nochebuena, Año Nuevo y Reyes con los hijos) con su familia y en *el pueblo*, y porque participar en la fiesta patronal (que se celebra el 6 de enero en honor a *Las tres personas*), les permite reafirmarse como miembros de la comunidad y les otorga cierto prestigio. En dicho festejo, los migrantes juegan un papel fundamental pues frecuentemente se organizan entre los que están de vuelta para sufragar los gastos de la música de banda, los cohetes y juegos pirotécnicos de la fiesta, así como para los disfraces utilizados durante la Mojiganga o *Día de los locos* (desfile carnavalesco con títeres gigantes en febrero). Lo anterior puede significar cambios en la estructura político-religiosa de la comunidad, desde el momento en que aparece la figura del migrante como alguien que forma parte importante de la fiesta patronal aunque no esté presente en la comunidad; y como *grupo* que se organiza para aportar recursos a la festividad.

Por su parte, en la comunidad urbana el crecimiento demográfico en las últimas décadas del siglo XX tiene que ver con que históricamente ha sido un territorio en el que se han establecido poblaciones provenientes de otras regiones del país; así en el año 2000 las personas nacidas en Guerrero, Estado de México y Distrito Federal eran casi 27% del total de población en el municipio. En la actualidad, 36.7% de la población residente en la zona urbana nació fuera de la entidad, incluso del país. El 1.2% de estos inmigrantes nacieron en otro país, mientras que los inmigrantes nacidos en Guerrero, Estado de México y el Distrito Federal sumaban 77% del total de inmigrantes, porcentaje que representa 27% de la población total municipal.⁴ La localidad urbana que estudiamos es una comunidad expulsora de migrantes, pero es también una comunidad constituida básicamente por población migrante. Los habitantes

de la localidad que buscan mejorar sus condiciones de vida sin salir del país emigran principalmente hacia el Distrito Federal, Puebla y el Estado de México.

La mayoría de las personas que migran de la localidad urbana son indocumentadas, tal como sucede en la otra localidad estudiada. Sin embargo, en contraste con los testimonios de los entrevistados en la localidad rural, en la urbana, la migración parece favorecer una distensión de las relaciones con quienes se quedan; se encontraron más casos de migraciones definitivas, algunos de los cuales implicaban el abandono de la familia. A decir de los entrevistados en esta localidad, es cada vez menos frecuente que quienes forman una nueva familia en EUA mantengan lazos afectivos y materiales con su familia original o con la comunidad de origen, a diferencia de lo reportado por los entrevistados en la localidad rural: contactos más frecuentes y envío de divisas entre el migrante y su familia, a pesar de los años de permanencia en EUA. También se encontraron casos de mujeres migrantes que en un principio se encargaban de sus hijos y que después de un tiempo los dejaron a cargo de la familia consanguínea o de la pareja, generando la construcción de nuevas estrategias familiares ante su ausencia.

Pensamos que la condición de esta localidad como urbana frente a la localidad rural estudiada explica, en parte, las diferencias en el tipo de vínculos que se establecen entre las personas que han migrado y quienes se quedan en la localidad de origen, así como las distintas dinámicas migratorias predominantes en cada localidad. Según esta hipótesis, el mayor arraigo a la tierra en las poblaciones rurales, congruente con un sentido de identificación con la comunidad, da sentido a vínculos más estrechos y difíciles de desconfigurar con la distancia que implica la migración. En el horizonte de expectativas tanto de quienes se quedan como de quienes se han ido, está el que estos últimos vuelvan, con lo que es más frecuente el retorno.

Además hay que añadir en este punto que en la localidad urbana los festejos de barrio o de la ciudad constituyen actualmente más una estrategia comercial y política, que una celebración cívico-religiosa que involucre la movilización de recursos y relaciones comunitarias, como aun puede considerarse que sucede con las fiestas patronales en la localidad rural estudiada.

Estrategias familiares frente a la migración

La participación de la familia como soporte básico para la migración de alguno de sus integrantes constituye uno de los aspectos centrales en la definición de las condiciones en que se desarrolla el proceso migratorio. La mayor parte de las personas de estas localidades que se van *al norte* lo hacen sin visado ni permiso de trabajo. Esto implica numerosos gastos relacionados con el viaje hasta la frontera, la conexión y pago por los servicios del *coyote** para cruzarla, y los gastos de supervivencia mientras se consigue trabajo. Mientras todo esto ocurre la familia tiene que soportar emocional y económicamente este proceso. De esta manera, se desencadena una estrategia para desarrollar redes de apoyo en el lugar de origen, tránsito y destino.

Los entrevistados calculaban los costos del viaje en alrededor de 20 000 pesos mexicanos (2 000 dólares americanos en 2005), lo que incluía el transporte hasta la frontera y el pago al *coyote*. Puesto que esta suma resulta una cantidad que las familias no tienen disponible, la estrategia más común es pedir dinero prestado y complementarlo con ahorros propios. Para esto se recurre a miembros cercanos de su red social, parientes o amigos en la comunidad o en EUA. De esta forma, se paga el viaje y se promete y compromete a reintegrar los recursos durante los primeros meses de trabajo *allá*. En general, durante los primeros seis meses de trabajo los ingresos tienen que ser suficientes para su manutención personal, mandar dinero a su familia y pagar la deuda adquirida para realizar el viaje. En ese periodo de pago de la deuda, la mujer compañera del migrante, que se queda en la localidad de origen, tiene que generar sus propias estrategias para responder a las diferentes necesidades familiares.

Una vez en EUA, una estrategia común es aprovechar a personas o parientes que puedan *echarle la mano*,

* Individuo que guía a las personas por los caminos para cruzar la frontera, esquivando a los agentes migratorios estadounidenses. Arregla todo (transporte, sobornos, alojamiento) para trasladar a los migrantes hasta el lugar de destino. Es un traficante de personas. A decir de los migrantes, en 2005 un *coyote* podía cobrar hasta 2 000 dólares americanos por llevarlos hasta el lugar de destino.

lo que puede incluir dejarle vivir en su casa, prestarle dinero para pagar el *coyote* o para sobrevivir mientras el recién llegado se establece o encuentra trabajo. En los eventos de migrantes no exitosos (que no consiguieron trabajo para cubrir los gastos anteriormente mencionados), la opción que queda es regresar. Nuevamente, la familia tiene que soportar con recursos adicionales la reinserción del migrante a las actividades económicas y sociales en la comunidad. Esto con el fin de estar en condiciones de realizar otro intento de migrar.

R: ¿Cómo le diré?, Se va uno y tiene que durar uno mucho tiempo, o sea, porque cómo paga uno el *coyote*, tiene que estar uno pagando y tiene que estar uno mandando dinero pa' cá para la familia, ¿verdad? Y pues no, no se puede uno venir así de pronto, sí y hasta que paga uno. P: Se devuelve R: Sí, hasta que ahorra uno poco dinero, ajá (MR-CO2 Campesino de 34 años).

En estas condiciones, los costos y los riesgos relacionados con la migración indocumentada dificultan las posibilidades de volver con frecuencia a las comunidades de origen, por lo que los periodos de permanencia en los lugares de destino tienden a alargarse.

La vida *del otro lado*: afectividades y sexualidad

Los varones refirieron que con la distancia y con el tiempo sin convivencia cotidiana, la relación con sus esposas cambia: “nunca más sería lo mismo”. Cada quien se ha acostumbrado a hacer su vida por separado y cuando tienen la oportunidad de estar juntos se genera una especie de incompreensión que los lleva a “estar juntos porque así lo estuvieron”, y a tener relaciones sexuales por compromiso, inclusive las parejas con años de convivencia mencionaron haber interrumpido su vida sexual definitivamente o tener encuentros esporádicos.

Entre los migrantes de retorno entrevistados, identificamos dos estereotipos con los que se representa al varón migrante, y que definen, al menos en el plano discursivo, su comportamiento sexual y actitud frente a los riesgos en los lugares de destino. Por un lado estarían los *honrados* (desde una definición católica), aquellos *que aguantan* los sufrimientos que implica la condición migratoria y se *sacrifican* por el bienestar de su pareja o familia. Entre éstos, la masculinidad se afirma y fortalece su rol de proveedor; los convierte en una

especie de héroes tanto para su mujer como frente a la comunidad. Este ideal –como protector de su familia y mujer– implica tener una actitud prudente frente a los riesgos, un comportamiento sexual caracterizado por la abstinencia; a pesar de que en *el norte* existen *tentaciones* como mujeres, alcohol, juego o drogas.

P: ¿Usted cree que su experiencia de migración afectó de alguna manera su vida sexual? R: No, o sea, dependiendo. Muchas veces he planteado la situación y leía revistas y todo lo que te manejan en EUA. Cuando estás solo, pues vas con las mujeres, bares y casas de citas; pero pues yo trataba de compensarlo en estarle hablando a mi esposa o sea motivarnos el uno al otro. Nos llevamos bien con mi esposa, y hemos tratado de no poner siempre el sexo como una base del matrimonio. Es algo que tiene que estar como todo, pero no es la base (MR-CO9 Empleado de área de mantenimiento de una institución pública, 29 años).

En el otro extremo están los migrantes *cabrones*. Hacen lo que quieren, incluyendo el relacionarse sexualmente con otras mujeres.

P: ¿Usted me decía que fue muy mujeriego allá? R: Yo sí. P: ¿O sea, vivió con varias mujeres, tuvo muchas aventuras, cómo le hizo? R: Pues te diré, no muchas, pero algunas 500 o 1 000, yo creo más. P: ¿Y con cuántas mujeres vivió allá? R: Vivir, vivir, viví con siete mujeres... Tuve dos hijos; cuándo voy a saber de tantas (MR-CO7 Funcionario del gobierno municipal en el momento de la entrevista, 53 años).

En este grupo, los hombres no toman en cuenta los riesgos vinculados con las relaciones sexuales, y tienen relaciones sexuales sin condón.

R: Pues mire, aquí yo tengo un camarada, que no le da miedo ir así a las cantinas, bueno con las mujeres así, públicas, ¿me entiende? P: No se protegen. R: Sin protegerse (MR-CO13 Albañil y carpintero, por cuenta propia, 65 años).

Pero hay que destacar que en ambas poblaciones existe la percepción de que *el norte* es un lugar donde hay más riesgos de VIH/SIDA. Éstos los perciben relacionados con un ambiente más relajado, con costumbres *diferentes*, más liberales, donde “no hay valores morales”:

Ahorita si tú tienes relaciones sexuales fuera de tu casa, si no usas un preservativo, te estás arriesgando a cualquier problema de éstos. Entonces, si tienes alguna experiencia allá es más abierta, porque sabes, es un país donde hay gente de todo el mundo. Sí, que no sabes cómo, vamos, puedes adquirir una infección sexual, cualquier enfermedad venérea, en un baño público; pero para en mi mente si algún día tenía una relación siempre era tener un preservativo (MR-TEX6 Hombre 64 años, residente de EUA que cada seis meses va allá a trabajar).

La mayoría de los entrevistados tenía conocimientos acerca de las infecciones de transmisión sexual (ITS), aunque no se consideraban en riesgo de adquirir una. No obstante, hubo quien manifestó haber tenido alguna en el transcurso de su vida. Además, todos los entrevistados tenían información acerca del condón y de que su uso previene de las ITS o el VIH/SIDA. Algunos dijeron haber obtenido esta información de los medios de comunicación, principalmente la televisión.

La información sobre ITS y VIH/SIDA era correcta aunque coexistía con mitos: “Con SIDA se deshace la sangre” (funcionario del gobierno municipal, 53 años); o que las ITS se transmiten “intercambiando saliva o algo así” (hombre de 37 años, trabaja en la construcción). No obstante, algunos de los entrevistados reportaron haber contraído ITS alguna vez en su vida (gonorrea o chancro), pero no se percibían en riesgo de infectarse. Las estrategias para buscar atención médica en dichos casos no siempre incluían los servicios de salud. Lo que hacían era preguntar a los amigos y comprar penicilina; tampoco acudían a la farmacia a comprar el medicamento: mandaban a niños. Los migrantes entrevistados expresaron que las personas que pueden adquirir alguna ITS o VIH/SIDA son los usuarios de drogas intravenosas, las trabajadoras sexuales, los homosexuales, las mujeres amas de casa, los jóvenes, y hasta los borrachos porque “ya están hasta perdidos, que no saben ni cómo llegan a sus casas”.

Opinión sobre los migrantes en las comunidades de origen

En la encuesta realizada en ambas localidades se indagó sobre la percepción social de la población sobre el fenómeno migratorio y los migrantes.

Beneficios a la comunidad. El 20.3% de la muestra en la localidad rural estuvo de acuerdo en que los migrantes aportaban beneficios a la comunidad, lo mismo que 19.2% de la población encuestada en la localidad urbana. Esto se puede deber a que los beneficios observados por la migración en la comunidad rural son más evidentes, pues los vínculos familiares y comunitarios son más estrechos y la llegada de remesas más frecuente. Además, para el migrante de la comunidad urbana su principal razón para migrar es el beneficio individual y familiar, y sus remesas se destinan a la familia y no a mejoras comunitarias ni a festividades, como en la comunidad rural.

No causan problema. Tanto en la comunidad rural (85.8%) como en la urbana (80.8%) creen que los migrantes no son fuente de problema en lo absoluto. Esto puede relacionarse con los discursos de los testimonios, en que para los habitantes de las dos localidades migrar es algo positivo y da beneficios a las familias, además es un fenómeno común, normal, la válvula de escape de muchos de ellos.

Conozco gente que viene de allá y se vuelven a ir [...] y sé que se van porque es muy diferente y pues el dinero que mandan acá lo aprovecha la familia para salir adelante, construir sus casas, vivir un poquito mejor y para darles a los niños más estudio (MHR-TEX13 Varón).

Y se van porque no tienen en dónde trabajar, no tienen dónde sembrar una mata de maíz, no tienen. Y se van pues para luchar y hacerse de una casita, un terrenito, y el que se va y se queda su mujer y es cuidadosa, ahorrativa, pues se compran su terrenito (MHR-TEX7 Varón).

La experiencia migratoria. Contradictoriamente las poblaciones encuestadas perciben que *la pasan mal* pero que *les va mejor* en EUA (80%) que si se hubieran quedado en México. Ese *pasarla mal* se concreta tanto en el camino hacia EUA lleno de peligros cada vez mayores, hasta una vez que llegan *allá* porque están solos, sin su familia, las condiciones de trabajo son duras, escasea el tiempo libre, no tienen servicios de salud, les falta libertad, pues por el miedo de ser agarrados por las autoridades migratorias y policiales no salen a la calle, y además pueden toparse con la discriminación y el racismo.

Algunos de ellos cuentan que es un poco mejor la vida en cuestión económica, pero que sí extrañan a la familia o extrañan la vida que llevaban aquí; porque allá son muy estrictos en algunas cosas que aquí las hacen con facilidad como beber en la vía pública, tener licencia de manejar. Además, no pueden andar con la libertad que andan aquí en la calle, porque llega migración y les pide los papeles y los que no los tienen, van de regreso (MHR-TEX14 Varón).

Mi cuñado dice que los negros y los mexicanos tenían antes muy buena relación, tal vez por las mismas carencias económicas, pero con los *anglos* es otra cosa. Los mexicanos tienen la misma discriminación que los negros pero poco a poquito los mexicanos se han ganado su lugar en EUA a base de esfuerzo, de trabajar. Pero si se van los mexicanos, los pinches gringos se mueren de hambre, son bien huevones, *mano*, la mera neta. Porque los restaurantes están repletos de mexicanos, mal pagados, pero al menos están mejor pagados que aquí (MHR-CO15 Varón).

Y el que *les va mejor* tiene que ver con conseguir dinero para vivir mejor ellos y los suyos, pero también el tema de conseguir otra mujer, y tener nuevas parejas sexuales.

No obstante, en un plano más cotidiano, encontramos discursos frente a la migración y sobre los migrantes menos polarizados, ambiguos en muchos casos. Respecto del análisis de esta parte de la información queremos resaltar que la experiencia comunitaria alrededor de la migración en los dos contextos estudiados ha generado una imagen social de los migrantes que se vuelve cada vez más opaca, que brilla en los casos en los que el proceso migratorio fue exitoso y si cumple con las expectativas sociales de su grupo de origen. Pero debido a que las condiciones de esa vida son cada vez más complicadas y complejas, migrar tiende a convertirse en una opción definitiva para el varón, quien sabe que esta opción lo llevará a una reestructuración familiar y de la comunidad de origen, no siempre vista con luz. Así, en una misma familia o localidad, las personas, desde su experiencia particular, perciben una cara u otra de la migración.

Cambian en EUA, ya no serán los mismos. En la localidad rural, debido a sus dimensiones y a la intensidad y lo estrecho de los vínculos sociales, el regreso de alguien

que estuvo en los EUA es notorio. Las transformaciones tanto del físico, como de las costumbres se perciben en la interacción cotidiana. Sin embargo, cuando preguntábamos a los integrantes de la red social de algún migrante si notaban algún cambio en su familiar, la respuesta era negativa: “sigue siendo el mismo”. Son los migrantes externos a esas familias quienes sí han cambiado su imagen, su manera de hablar, sus carros, sus costumbres, y mencionaron algunos elementos de lo que podría llamarse una *subcultura de la migración*:

R: Sí, se identifican la gente que viene de por allá; en primer lugar, pues ya vienen con su gorrita, porque bueno, aquí sí la usamos, pero no tanto, como por allá. Yo soy de por aquel rumbo también, entonces conozco que son otras formas de actuar en cuanto, por ejemplo, yo notaba una gran diferencia cuando llegué allá, pues los jóvenes se reúnen y anda una colonia a otra y había pandillerismo, y había cosas por el estilo; acá no, acá en esta región era más sano, o sea, pero ya se están dando aquí también, en los bailes que traen, la ropa, los pantalones, su forma de vestir (ROS-CO5 Maestro de primaria, 51 años).

Un rasgo constantemente mencionado por los residentes de la localidad rural fue que los migrantes regresan con orgullo por haber resistido la experiencia de migrar, que regresan llenos de *cosas para los suyos*, pero *sangroncitos*, sin hablarles a los conocidos. Esta actitud irrumpe aparentemente con el universo de valores de la comunidad, fundamentado más en la humildad y reciprocidad, donde devolver el saludo es algo importante:

P: Cuando ellos regresan a la comunidad, ¿cómo los ves tú, cambiados en algo, igual, cómo los ves? R: Pues cambian mucho. Hay personas que llegan muy cambiadas, hay gentes que tratan de humillar a otras personas de “No, que porque tú no has ido y esto y lo otro”, o sea, ya se creen, se quieren sentir superiores, y sin embargo, siguen siendo lo mismo, simplemente porque ellos ya conocieron y ya tienen como una aventura que contar (MHR-CO12 Mujer residente de 19 años).

En la localidad urbana, a pesar de que existe una relativa dispersión de los vínculos sociales, la percepción de los residentes sobre los migrantes respecto a su actitud activa es similar:

P: ¿Y usted qué opina de las personas así que, después de un tiempo en EUA regresan aquí, los ve diferentes, cambian en algo? R: Pues mucha gente sí. De que se sienten muy crecido, muy *chocosos* porque tienen carro, se siente pues ya más orgullosos y pues yo eso lo veo mal, porque luego, por ejemplo, si usted se va de mojada, y no tiene, y sí le dan un rincón, y va desorientada que no tiene familia, que no tiene quién le consigán un trabajo pues sí se lo consiguen. Nomás que muchos vienen con buenas botas, con buena ropita, se hacen crecidos también y muy fachosos y digo yo, pues, que cuando se les acaba se quedan en la misma (MHR-TEX7 Mujer de 68 años, comerciante).

Hay quienes explican estas actitudes de rechazo a los conocidos por parte de los migrantes como el reconocimiento de ascenso en la escala social; nosotros le sumaríamos una posible adopción de otro sentido de lo social, que niega lo comunitario.

P: ¿Usted nota que la gente ve a los migrantes que regresan como con prestigio, con importancia o los rechaza de alguna forma? R: Pues a veces se combinan las cosas, porque algunos de los que han llegado a irse y mejoran su calidad de vida, pues ya no miran al país como siempre, o sea ya lo toman más indiferente a la anterior como estaban cuando antes de irse, ya se llegaron con billete dicen “No, yo ya traigo dinero” y ya o hasta se cambian de lugar, ya no se quedan de donde eran sino se pasan a otra colonia, a otro lugar donde no los conozcan (MHR-TEX14 Hombre de 30 años, policía municipal).

Pareciera que cuando una persona y su familia cruzan el umbral de haber estado en *el norte*, es muy difícil volver a la comunidad de origen y resignarse a la vida que tenían anteriormente. Los familiares de los migrantes notan que ni unos ni otros se habitúan fácilmente a compartir la vida y a la comunidad; de esta manera se viven diferencias en nivel y estilos de vida, y en parte, esto explica que el proceso migratorio pueda convertirse en definitivo.

R: Lo que he visto es que la gente que hace dinero en EUA regresa para hacer una casa mucho mejor de la que tenía o mejor. Si no tenía ninguna, veo que regresan con la idea de tener algún negocio, te puedo mencionar algunos ejemplos, veo que es muy usual que digan “Yo vengo para quedarme” y están dos, tres años y se regresan.

P: ¿Como que no se acomodan? R: Ya no, ya no y aparte de que la misma mujer ya no se acostumbra con el esposo que venga, ya no, ella está buscando en qué fecha se va a ir porque ya, como que ya no hay ese matrimonio, ya están separados de tanto tiempo y ya como que el carácter, las costumbres, su forma de pensar y todo ha cambiado, ya estás junto de él o lo recibes y todo porque es tu esposo, pero realmente que digan “Espero a mi esposo”, ya no, ya no es lo mismo (ROS-TEX9 Funcionaria del municipio, 37 años).

Pero dejan a sus familias y las abandonan. El beneficio económico para la familia es con todo el aspecto más valorado, el que otorga legitimidad a los sufrimientos que acarrea el proceso para sus miembros. Sin embargo, para muchos de los entrevistados la desintegración del grupo familiar consecuencia de la partida del varón constituye una cicatriz que no deja de ser dolorosa e imborrable. Esto lo pasaría a la parte de abandono y desintegración de la familia, como se ve adelante.

P: ¿Y entonces en esa manera lo han beneficiado sus hijos? R: Aquí la situación y lo económico, cómo vivimos, sí porque nuestra casita era como la que tenemos aquí abajito, de lámina de asbesto, de cartón y ahora más o menos ya. P: ¿Y cómo cree que ha afectado el hecho de que no estén aquí ellos? R: Bastante, por una parte por la familia. Porque pues, abandonan a sus hijos, y pues como *aborita* pues, por decir Erick va a llegar, va a ver a su bebida todavía chiquita, pero el otro a la mejor, quién sabe, si vaya a venir pronto y ya cuando venga el niño ya esté más grande. P: ¿Ya no lo va a conocer? R: Pues es difícil que después quieran recuperar el cariño de un hijo (IRS-CO9 Hombre de 57 años, obrero).

En la localidad urbana la población también percibe como un problema trascendente la desintegración de la familia cuando alguno o ambos padres se van por largas temporadas –de años– dejando a sus hijos a cargo de algún familiar, a veces totalmente, lo que se convierte en un problema serio para quienes se quedan a cargo.

R: Podríamos encontrar cosas muy buenas en la migración, y uno, y yo creo que es el motivo mejor que puede existir, son las remesas que mandan los mexicanos radicados en EUA. Creo que es la única cosa bondadosa que nos dan ellos. De lo malo yo creo que podemos hablar de muchísimas cosas, pero es la desintegración

familiar: muchísimas familias de muchísimos hombres que se van a EUA o se va el hombre y la mujer y dejan aquí a los hijos, los dejan con la abuelita, con el tío, con la tía, prometiendo que en uno o dos mes van a mandar por ellos y no mandan nunca, no mandan nunca, se les olvida. No sé cuál sea el ambiente de allá cuando te vas allá a trabajar pero total que se te olvidan los hijos, los dejan pero es allá el hombre obviamente la necesidad a ella de una pareja, sino empieza a buscar una pareja y al rato ya no manda ni siquiera dinero para la esposa que dejó, para los hijos ni nada, entonces también eso nos está perjudicando mucho (ROS-TEX37 Funcionaria del municipio, 37 años).

El fracaso de la migración. El fracaso de un migrante es percibido como generador de problemáticas sociales. Después del esfuerzo familiar que implicó el proceso, muchas personas no se explican cómo no se obtuvieron los resultados esperados:

P: ¿Cómo ve a los hombres que se van al norte y regresan?

R: Pues unos sí, como todos, regresan a su casa de malillas, como que cambian por allá. Digo malillas porque luego vienen y ya ven a su señora como de mala gana, algo así. Otros no, otros vienen y común y corriente como si no hubiera pasado nada. Otros no regresan, sí así hay unos que vienen como se van, no certifican allá, nomás están chupando, porque hay unos que vienen que dan lástima cuando vienen aquí, todos bien delgados y enfermos, bien tirados. Yo digo que si hacen el esfuerzo de ir hay que ir pero... (ROS-CO4 Miembro del comisariado ejidal, 54 años).

Para quienes han observado a través de una experiencia cercana o desde su rol social el fracaso, EUA representa un espacio de otredad, donde se ubican los peores males sociales, lo peligroso, en donde los migrantes pueden *perderse*, y adoptar vicios diversos:

P: ¿Y en qué sentido usted dice que no es bueno que se vayan, por qué no es bueno que se vayan? R: Pierden la vida, sí, muchos se olvidan de su familia, muchos se van a las drogas, a la perdición, es triste (ROS-CO7 Trabajadora social de escuela secundaria, 44 años).

R: Yo creo que más bien traen problemas, la verdad. Viene mucho la droga, vienen muchas enfermedades, sida. Vienen con una idea equivocada, porque ellos mismos

invitan a los demás muchachos de aquí y les llenan la cabeza de cosas. Por ejemplo a mis hermanos, llegaban y les decían “Pues que vete a EUA, que allá te pagan bien”, que no sé qué, que “Cuando quieras yo te echo la mano”. Se fueron y ¿cuál? Pues ni quién les echara la mano, sufrieron mucho al principio. *Ahorita* ya están trabajando pero al principio sí sufrieron mucho. Llegan, pero llegan no con la idea de radicar aquí, de “Ya traigo dinero, pongo un negocio aquí y trabajo aquí”. Yo digo que no llegan con esa idea, llegan con la idea de regresarse otra vez a EUA, y hay algunos que ya ni llegan (ROS-CO4 Miembro del comisariado ejidal 54 años).

Como hemos tratado de ilustrar, la imagen del migrante –sobre todo en la comunidad rural– está compuesta por elementos aparentemente contradictorios. Por un lado, son percibidos como el sostén de la vida familiar, como un beneficio, pero al mismo tiempo se les identifica con problemas y conflictos que se viven en las comunidades. Un aumento en el consumo de drogas ilegales, en el alcoholismo y la proliferación del comercio sexual son algunos de los fenómenos que los entrevistados en esta comunidad perciben como vinculados con la migración. En la localidad urbana estos problemas sociales no se asocian directamente con los migrantes, tal vez debido a que éstos no representan un grupo tan compacto y tan reconocido como en la localidad rural, sino un sector disperso entre el resto de los habitantes de la ciudad.

Los movimientos migratorios actuales desterritorializan las comunidades y las identidades grupales. La migración transnacional ha sufrido cambios que modifican nuestro entendimiento de las comunidades de origen como lugares tradicionales respecto de las de destino, en espacios más cosmopolitas, en los que convergen múltiples fenómenos globales, que las complejizan a través del fenómeno migratorio.⁵ A nuestro modo de ver esta desterritorialización y cosmopolitismo que trae consigo la migración transnacional se experimenta en las dos localidades estudiadas.

Conclusiones

La investigación realizada en estas dos localidades con alto índice migratorio refleja la complejidad de los procesos migratorios transnacionales contemporáneos. Los resultados nos ofrecen panorámicas desterritorializadas

y cosmopolitas, aunque al mismo tiempo tradicionales –como en la localidad rural–, en las que el fenómeno migratorio matiza el sentido de los demás procesos sociales. Nos queda clara la necesidad de realizar una *etnografía multisituada*⁶ en función de obtener una perspectiva más completa de dichos procesos.

Es evidente que todos los migrantes y sus familias comparten una condición de vulnerabilidad social, misma que les ha conducido hacia la decisión de emigrar. Con cada viaje, esa condición, y la de quienes están a su alrededor, se reformula desde la posición que cada actor tiene en la comunidad y en la estructura social. En los dos contextos estudiados se articulan múltiples referentes sociales y culturales con los que cada actor construye el sentido de su vida desde una perspectiva que va transformándose con sus experiencias.

La migración, tanto para los protagonistas varones como para sus compañeras y familias, conlleva una situación de incertidumbre y de ambigüedades, tal como lo reflejan sus testimonios. No obstante, también revelan expectativas sociales y nociones culturales que guían sus formas de actuar desde los roles sociales asignados, hasta el mismo significado de migrar, el *aquí* y el *allá*, la familia, la comunidad, la sexualidad, sus vulnerabilidades, en donde al menos en la comunidad urbana ya se vislumbran cambios en los comportamientos de las mujeres, que ya no *se quedan* a cuidar a sus hijos, sino que los encargan a familiares cercanos, y migran con sus compañeros o ellas solas también.

La valoración social de los migrantes en los lugares de origen es contradictoria entre beneficios y daños

sociales: “la pasan mal pero les va bien”. El proceso migratorio se asocia con la expectativa de mejorar las condiciones de vida aunque se pague un costo social muy alto.

En el campo de la sexualidad confluyen la normatividad social de género, nociones culturales sobre salud-enfermedad, el cuerpo, y un código moral socialmente prescrito. En este capítulo hemos descrito la forma en la que la experiencia migratoria contribuye a la configuración de masculinidades desde donde los varones migrantes hacen una valoración y gestión de los riesgos relativos a la sexualidad. En este sentido es que consideramos que los testimonios aquí presentados aportan elementos para la comprensión de cómo se configuran contextos de vulnerabilidad a ITS y/o VIH/SIDA para las mujeres compañeras de migrantes.

Referencias

1. Velasco-Ortiz L. El regreso de la comunidad: migración indígena y agentes étnicos. Los mixtecos en la frontera México-Estados Unidos. México: Colmex-Colef, 2002.
2. Kastoryano, R. Immigration, communautés transnationales et citoyenneté. *Revue Internationale des Sciences Sociales* 2000;165.
3. Genep AV. The rites of passage. Chicago, EUA: Universidad de Chicago, 1964.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Principales resultados por localidad del XII Censo General de Población y Vivienda 2000. México: INEGI, 2000.
5. Gledhill J. “El reto de la globalización: reconstrucción de identidades, formas de vida transnacionales y las ciencias sociales”. En: Mummert G, ed. *Fronteras fragmentadas*. México: El Colegio de Michoacán/CIDHEM, 1999:23-54.
6. Marcus G. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. *Annu Rev of Anthropol* 1995;24:95-117.

6. Consecuencias de la migración en mujeres compañeras de migrantes

Marta Caballero
Sandra Catalina Ochoa-Marín
René Leyva

En este capítulo se analizan las principales consecuencias que tiene la migración entre las mujeres compañeras de varones migrantes, sus familias y hogares. Se quiere identificar los factores comunitarios (sociales y culturales) pero también familiares y de pareja que contribuyen a generar contextos de vulnerabilidad social y de salud para las mujeres compañeras de migrantes (MCM) que residen en localidades de origen. Lo anterior plantea la necesidad de primeramente caracterizar a las sesenta MCM que se entrevistaron durante la primera fase de esta investigación. En este apartado se identifican quiénes son estas mujeres de manera particular (grupos de edad, escolaridad, estado civil, número de hijos, ocupación, adscripción de programas), pero también qué representan en su pareja y su familia constituida, bajo su propia perspectiva de MCM.

En el segundo apartado se exploran los cambios en las condiciones de vida que estas mujeres dicen haber tenido después que sus compañeros han ido a trabajar a Estados Unidos de América (EUA). Estos cambios tienen que ver con cuestiones tan tangibles como la vivienda, la alimentación diaria y/o el vestido, pero también se analiza lo que denominamos *contexto de la pareja*, es decir, cómo estas mujeres viven el tener una pareja desde la distancia durante largos periodos de tiempo, y cómo es el momento en que el compañero retorna a la vida de pareja, familiar y comunitaria. En este punto es importante rescatar lo que las mujeres saben de la vida de sus compañeros en EUA, así como los imaginarios que se crean alrededor de lo que es la vida en *el otro lado*.

En el tercer apartado se analiza la reestructuración en la composición de la familia de la mujer compañera de migrante de acuerdo a la presencia o ausencia del varón en la comunidad. En términos generales, entre las mujeres entrevistadas se pueden caracterizar dos tipologías generales pero no únicas que se dan en el momento en que el compañero se va a EUA: una de integración de la mujer a su familia (sea la de origen o la política), y otra de mujer sola. Caracterizar y analizar estas dos categorías lleva a estudiar a la mujer en un contexto que va más allá de la pareja como es el de la familia y el de la comunidad.

El último apartado está dedicado a analizar la imagen y opinión social de las MCM en las comunidades, es decir, qué piensan los distintos miembros de la comunidad de este grupo de mujeres, cómo son consideradas, fortalezas y vulnerabilidades, pero también, cómo se ven ellas a sí mismas como MCM.

Material y métodos

Este capítulo se elaboró a partir del análisis de la información obtenida en la primera etapa de investigación. Para profundizar en la caracterización, vivencias y significados que le dan las mujeres al hecho de ser MCM, se acudió a los datos cualitativos recabados a partir de la “Guía de entrevista a mujeres compañeras de migrantes” aplicadas en las dos comunidades de estudio (anexo 1). El material generado fue de 60 entrevistas en profundidad (28 en la comunidad rural y 32 en la urbana) aplicadas a mujeres cuya pareja hubiera migrado

de la comunidad hacia EUA por primera vez o subsecuentemente en un periodo no superior de cinco años, y que en el momento de la entrevista su compañero pudiera estar presente o ausente en la comunidad. Para dar cuenta de estas vivencias, procesos e interacciones, se consideró relevante tomar en cuenta el factor de temporalidad, presuponiendo que el hecho de haber sido compañera de migrante de manera reciente (de cinco años a la fecha de la realización de la entrevista) ampliaría las posibilidades para recordar con mayor detalle las experiencias. El análisis de la información para este capítulo se hizo con base en las siguientes temáticas de la Guía de entrevista: perfil sociodemográfico de la entrevistada; experiencia con respecto a la migración; rol femenino y redes sociales, y vivir la pareja.

Asimismo es importante saber cuál es la imagen que tiene en las comunidades de residencia este grupo de mujeres para conocer su integración o posible estigmatización bajo el supuesto de que la migración de la pareja deja a la mujer desprovista de la protección social que le proporciona el vínculo de la pareja masculina. Ante ello, la mujer tiene que rehacer sus relaciones sociales, crear nuevas redes sociales o fortalecer las anteriores en virtud del nuevo estatus que la comunidad le otorgue a partir de su situación de mujer sola. Desde este nuevo estatus social, la mujer interactuará con mujeres o con hombres de la comunidad. Es probable que su condición de mujer sola la presente como disponible¹ ante los varones que residen en la comunidad, y éstos ejerzan diferentes niveles de acoso sexual hacia ella. En estas circunstancias, las mujeres con parejas migrantes quedarían en condiciones de mayor vulnerabilidad respecto de las mujeres con compañeros no migrantes. Unas de las posibles consecuencias negativas podrían ser la estigmatización de la mujer con compañero migrante por los miembros de su comunidad, y el debilitamiento de sus redes de apoyo. En este punto es importante conocer y analizar la imagen y opinión que tienen los miembros de las comunidades estudiadas sobre este grupo de mujeres; para ello, se obtuvieron y analizaron, por un lado, las frecuencias simples de algunas de las preguntas contenidas en las dos encuestas poblacionales que se levantaron en cada una de las comunidades (anexo 7. Encuesta poblacional a comunidades); y por otro, para darle profundidad y sentido al tema, se estudiaron las respuestas generadas sobre este tema en entrevistas semiestructuradas a distintos informantes realizadas en la primera etapa de la

investigación: hombres y mujeres residentes (HMR), red de organizaciones sociales (ROS), e integrantes de la red social (IRS) (anexos 2, 3 y 5).

Las que se quedan: caracterización

Yo digo que sí [soy buena esposa] porque, pues, aquí lo he estado esperando hasta que él diga: “Ya ora sí me voy a quedar definitivamente aquí”.

(MCM-CO9)

Las mujeres que denominamos en esta investigación mujeres compañeras de migrantes (MCM) son las auténticas protagonistas, sujeto y objeto de este estudio. Las definimos desde el escritorio (en el protocolo) como aquellas mujeres cuya pareja hubiera migrado de la comunidad hacia EUA por primera vez o subsiguiente, mientras ellas se quedaban en la comunidad de origen. Pero también las encontramos en *campo* autopercibidas como tales, mujeres cuyos esposos, compañeros de vida, y/o padres de sus hijos, se habían ido a trabajar al *otro lado* para tener mejores oportunidades de empleo y en consecuencia, hubiera una mejora en el proyecto de pareja y de familia. Además eran identificadas por la comunidad como una figura *de la vida cotidiana y normal* dentro de las familias de las dos comunidades estudiadas.

Hay que señalar que cada una de las historias de las sesenta MCM que entrevistamos en profundidad, es un relato individual, particular y único. La trayectoria migratoria del marido de Elvia (20 años yendo y viendo de EUA, y ya con *Green Card*) hace de ella una de las mujeres entrevistadas con mayor experiencia “siendo MCM” en comparación de, por ejemplo, la joven Lilia, quien apenas está en las primeras idas y regresos de su marido, y que además acaba de ser madre por primera vez y sin su pareja presente. O Carmen, que hace más de 10 años que su marido no regresa pero ella lo sigue considerando su pareja porque mes con mes le manda dinero para ella y su único hijo. O Marina que se considera *dejada* porque su marido los ha desatendido durante años afectiva y económicamente pero su suegro los ha acogido en su casa. O Eugenia, madre de tantos hijos como las veces que ha regresado su compañero a casa (siete). O Azucena que conoció a su compañero en una de sus visitas a la comunidad, se casó y al mes,

él se regresó a EUA solo, “porque allí no es vida pa’ las mujeres”.

A pesar de que las historias particulares las diferencian, también tienen rasgos comunes que las definen. O al menos que nos ayudan a caracterizarlas para conocerlas mejor. Son datos que nos dan ciertas pinceladas de quién son las MCM que compartieron sus historias con nosotros/as.

Una buena parte de estas MCM entrevistadas (73%) nacieron fuera de las comunidades de estudio y provenían en su mayoría de comunidades rurales de estados cercanos. Esta migración se da en general en edades tempranas por decisión de sus progenitores, por lo que relacionan su pertenencia al lugar de residencia actual. A pesar de ello, el fenómeno de la migración internacional ha estado presente a lo largo de su historia familiar, protagonizada por padres, hermanos, tíos o primos que se “iban al norte” a trabajar.

Marina, una de las MCM más jóvenes entrevistadas con dos hijos chicos a su cargo, y *desatendida* por su esposo recuerda:

Mi mamá sufrió y pasó por lo que yo estoy pasando, porque mi papá se fue a EUA y nunca regresó. Se nacionalizó, pero él sí mandaba dinero [...] y de repente, venía y las cosas como si nada, el mismo amor por mi madre, y venía y se iba otros tres años y regresaba y lo perdonaban y volvía y así como si fueran una pareja estable y realmente no lo son. ¿Cómo puedes vivir 22 años así de tu vida? Por eso yo no quiero nada a medias, o sea, o es mío, me pertenece a mí, o no, porque eso de andar compartiendo, como que no (MCM-CO25).

Algunas inclusive son la segunda generación de MCM en su familia: sus madres o alguna tía o sobrina, inclusive hermana ya lo habían sido, por lo que se vive de una manera *natural* en el contexto en el que viven, y son pocas las que como Marina se revelan contra una situación preestablecida, y de lo que se supone es ser MCM.

La edad de las mujeres es un factor a tener en cuenta a la luz de los resultados, ya que en términos generales, se dividen en dos grupos: las que tiene entre 21 y 39 años de edad, y las que tienen más de 40 años. Esto tiene relación más que con el número de hijos, con la edad de los hijos; las mujeres del primer grupo de edad tienen todavía a su cargo hijos/as menores, en comparación

con las mujeres entrevistadas de más de 40 años, quienes tienen entre su prole, hijos y/o hijas con edad *suficiente* como para cuidar al resto de sus hermanos/as, y ayudar a la madre en determinadas tareas relacionadas con el cuidado y el hogar. Además, es importante en términos de la reestructuración que se produce en la familia de estas mujeres una vez que su compañero se va a EUA; las mujeres que se quedan solas son las que pertenecen a este segundo grupo: mujeres de más de 40 años y con hijos/as mayores; y las mujeres que se integran a su familia de origen o a la política son las más jóvenes y con hijos todavía pequeños. Además entre las más mayores ya se ve un proceso de *antigüedad*, de experiencia siendo MCM, de autodefinición, de roles, de sentimientos, de estrategias, inclusive.

Es importante destacar no tanto el estado civil de estas mujeres, ya que estar casada o en unión libre no hace diferencias en el tipo de compromisos entre la pareja y las familias, sino la continuidad del vínculo de pareja que guardan con sus compañeros a pesar de la migración, ya que el varón vive largos periodos lejos del núcleo familiar. Esto se da así porque la mayoría de los compañeros varones son migrantes indocumentados: pagan a un *coyote* por un viaje que se ha vuelto cada día más peligroso y donde el éxito no está asegurado, hecho que hace alargar sus periodos de estancia en EUA, y en donde no hay ciclos fijos de ida y retorno. Rosalinda, una mujer cuyo compañero ha ido a EUA en cuatro ocasiones, explica:

Nosotros somos bien pobres y nacieron todos nuestros hijos en casitas de varitas como las de allá abajo [...] y ésos fueron sus intentos de él para irse al *norte*, que sufrió mucho para irse al *norte* porque se fue, lo agarraron, lo metieron a la cárcel, lo volvió a intentar, lo volvieron a agarrar y ya se vino y ya pagó el dinero que debía aquí y se volvió a regresar, y se volvió a *endrogar*, porque es de puro dinero que piden prestado como *ora* las primeras veces que se fue (MCM-CO23).

En los relatos de estas mujeres también hablan sus parejas y explican las dificultades por las que tienen que pasar ellos hasta llegar a su destino final. En términos generales, las mujeres saben poco de ese camino al *norte*, y de la vida en EUA de sus parejas y familiares, como veremos más adelante, pero tienen la noción que *el paso* hacia el otro país “no es fácil”.

En cifras, 76% de ellas está casada y en su mayoría con quien ha sido su única pareja afectiva y sexual en su vida; y el 21% vive en unión libre, y hay tres casos entre las mujeres entrevistadas, de mujeres que se autodefinen como *dejadas*.

Otro tema a destacar es el de la ocupación de estas mujeres y su relación con la migración del compañero. Algo más de la mitad de las mujeres entrevistadas se dedican exclusivamente al cuidado del hogar y los hijos, por lo que dependen justamente de las remesas que mandan sus compañeros de EUA. En las dos comunidades estudiadas se observa una fuerte división del trabajo intrafamiliar, bajo un entendido social y cultural en que la mujer en pareja se dedica a la “esfera doméstica” y el compañero a la “esfera pública”, presuponiendo que él es el proveedor del hogar casi en exclusividad. En estas parejas en que el varón migra, se busca una mejoría en el interior de la familia que se cree no se va a alcanzar en la comunidad de origen. Cuando a las mujeres no “les alcanza” con lo enviado, es entonces cuando tienen que trabajar vendiendo comida preparada, ropa, o en el servicio doméstico, tres de las ocupaciones más usuales entre las mujeres entrevistadas que ejercen trabajo extradoméstico (43%). Hay que destacar en este punto de la manutención y economías familiares, que estas mujeres, en su mayoría (73%), reciben el apoyo del programa *Oportunidades* que se implementa en comunidades con índices de pobreza con la idea de beneficiar a las familias en salud, educación y nutrición, y es efectuado por varias secretarías de Estado, entre ellas la de Salud y la de Educación. Las familias beneficiarias reciben una ayuda económica por cada hijo/a que estudie, además de que este programa compromete a las madres de familia a asistir a pláticas de salud, donde se les orienta sobre prevención de enfermedades y promoción de la salud, en pro de una cultura saludable. Es de destacar entonces cómo las dos comunidades seleccionadas para esta investigación tienen un alto índice de migración, es decir, son comunidades expulsoras, y además son comunidades en donde se implementa un programa de este tipo para combatir la pobreza de su población (cuadro 1).

Cambios en las condiciones de vida de las MCM

*Por eso le digo que es tan difícil hacerla aquí,
la verdad; por eso se van para el norte,
porque aquí el dinero de allá pos vale más*

(MCM-CO3)

Condiciones y calidad de vida

La decisión de migrar se da en el momento en que la pareja ya forma una familia y pasan dificultades económicas para mantener a los hijos. El varón en su papel de proveedor es quien toma la decisión e informa a la mujer y ésta no la cuestiona, porque a pesar de sus sentimientos encontrados, sabe que pesa el argumento de mejora familiar. Se desea otra vida para los hijos, mejor de la que tuvieron ellos como hijos, y la comunidad no da las oportunidades y condiciones laborales. Entre las parejas más jóvenes, las compañeras ya dicen que la decisión se tomó entre los dos, viendo las dificultades económicas.

En la comunidad rural se habla de un *abaratamiento* de los productos, de un mercado competitivo en el que no pueden participar y en el que es difícil *abrirse camino* como antes, de una crisis en el sector agropecuario que como pequeños productores les afecta; Elvira, una de las mujeres de más edad, recuerda y argumenta:

Mi marido es agricultor; él sembraba tomate, jitomate, calabacita, maíz y frijol, pues tiene una parcela, gracias a Dios, tenemos una parcela herencia de mi suegro y la casa, pero en realidad pues a pesar de que tenemos eso no podemos mantener ya aquí a los hijos, y por eso, se tuvo que ir [...] él decidió cuando quebró una empresa aquí en Tetecala [...] Estábamos bien, no estábamos ricos ni millonarios pero gracias a Dios no nos quebrábamos la cabeza ni estábamos pensando: ‘Ay, los hijos, o cómo le vamos hacer para el pasaje’. No, porque nos daban todo: fumigante, la raya para los peones, era como trabajar para ellos. Pero quebró la empresa, y nos vinimos abajo nosotros (MCM-CO2).

Cuadro I. Perfil sociodemográfico de las mujeres compañeras de migrantes entrevistadas según recomposición familiar

	Solas		En familia		Total %	
	n=29	48.33%	n=31	51.66%	n=60	%
Edad						
20 años o menos	--	--	2	6.4%	2	3.33
21-29 años	4	13.8%	10	32.2%	14	23.33
30-39 años	8	27.6%	13	41.9%	21	35
40-49 años	12	41.3%	5	16.1%	17	28.33
50 y más años	5	17.2%	1	3.2%	6	10
Lugar de nacimiento						
Lugar de residencia	11	37.9%	5	16.1%	16	26.66
Fuera del lugar de residencia	18	62.06%	26	83.9%	44	73.33
Escolaridad en años de estudio						
Menos de 6 años	10	34.4%	10	32.2%	20	33.33
6 años de estudio	10	34.4%	6	19.3%	16	26.66
Entre 7 y 9 años de estudio	5	17.2%	11	35.4%	16	26.66
10 años y más	4	13.7%	4	12.9%	8	13.33
Estado civil						
Casada	21	72.4%	25	75.75%	46	74.19
En unión libre	8	27.5%	5	15.15%	13	20.96
Separada / divorciada	--	--	3	9.09%	3	4.83
Número de hijos						
Sin hijos	--	--	1	3.2%	1	1.66
1-2	9	31.03%	8	25.8%	17	28.33
3-5	16	55.1%	14	80.6%	30	50
6 o más	4	13.8%	8	25.8%	12	20
Ocupación						
Exclusiva al hogar	18	62.06%	16	51.6%	34	56.66
Hogar y trabajo extradoméstico	11	37.9%	15	48.3%	26	43.33
Programa Oportunidades						
Sí	21	72.41%	23	74.19 %	44	73.33
No	6	20.68%	6	19.35 %	12	20
No hay datos	2	6.89%	2	6.45 %	4	6.66
Lugar de residencia						
Rural	16	55.1%	12	38.7%	28	46.66
Urbano	13	44.8%	19	61.2%	32	53.33

Fuente: Proyecto "Mujeres compañeras de migrantes y vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA", 2006

Debido al tipo de migración indocumentada de los varones de estas dos comunidades, el dinero que se gana en EUA tiene un orden de gasto; primero se pagan los gastos de mantenimiento que el varón tiene en la localidad de destino, después ahorra para pagar la

deuda que ha generado su viaje. La compañera en sus relatos poco sabe de los detalles de la transacción que tuvo que hacer para pasar del *otro lado* pero ella sabe que durante un tiempo no recibirá dinero porque hay que pagar primero esa deuda. En un segundo momento el

dinero que queda después de pagar el gasto de él ya es enviado a la mujer, y le sirve para la manutención diaria de alimentación, vestido, y gastos varios de los hijos. Y posteriormente en esa misma estancia o progresivas, la pareja se va haciendo de bienes materiales para finalizar con la compra de un terreno y la construcción de la casa. Valentina, de 36 años y con un hijo dice:

P: ¿Usted piensa que sí valió la pena que él se fuera a EUA? R: Pues en estos 14 años, antes no teníamos nada, casi no teníamos ni en qué dormir, andábamos durmiéndonos en el suelo y pues ahora sí ya tengo, cuando menos mi estufa, mi ropero, mi cama, y pues ya hicimos algo, pero antes creo no teníamos nada, mi ropa la tenía yo colgada nada más (MCMCO22).

Esta progresión del gasto de las remesas enviadas a sus parejas se ve más en las mujeres con mayor experiencia migratoria de sus parejas, pero también de manera transversal entre los relatos, por la comparación de unas mujeres y otras, según grupo de edad y número de veces que el esposo ha ido hacia los EUA.

En el gasto y envío de dinero las mujeres evidencian dos temas fundamentales. Por un lado, el *saber ahorrar*; todo esto es posible si el compañero que ya tomó la decisión de migrar, lo hace y trabaja del *otro lado*, es además ahorrador: no pierde su objetivo que es el de mejorar la vida de su familia en la comunidad de origen.

Él decidió irse para allá pues según que por allá iba a hacer dinero quién sabe qué tanto, pero no. Y es que sí se gana un poquito más que aquí pero el que sabe ahorrar, el que no, pues es igual que aquí (MCM-CO6).

Cinthya, con 49 años y tres hijos a su cargo, habla más abiertamente del *varón ahorrador*. Ella combina tres tipos de trabajo para mantenerse, pues no cuenta con quincena ni con un dinero seguro por parte de su esposo que va y viene de EUA. Para ella lo que pueda enviar su compañero es un extra con el que no se puede contar “si llega, qué bien”. Sus condiciones de vida han cambiado por su propio trabajo, no como consecuencia de la migración de su esposo.

El segundo aspecto que sobresale en los relatos de las MCM entrevistadas es el de las adicciones de los esposos en EUA, que es en sí un tema de investigación pero que salió en los relatos como algo que *afecta* a la economía de estas familias.

Pues él según se fue para a ver si compraba algo y para componer nuestra casita, porque él aquí a puro trabajar de campesino, pues la verdad, que no la hacía. Pero de nada sirve que se fue *por allá*, no hemos hecho nada porque la bebida no lo deja (MCM-CO7).

Elisa, una mujer compañera de migrante de 38 años, con cuatro hijos a su cargo, explica ya después de tener confianza, cuál es su verdadera angustia: el alcoholismo de su esposo.

La mejora económica es el motor que impulsa a estas familias, y en concreto, al varón a migrar de México, pero son complejos los factores que intervienen en el éxito o no de esa meta finalmente. Bárbara explica con detalle:

Antes teníamos una casa de lámina, andábamos rentando primero, después compramos con sacrificios el terreno y después teníamos una casita de lámina y la fuimos haciendo poco a poco, según el dinerito que nos iba cayendo [...] inclusive mi esposo luego se trae una televisión, una grabadora, microondas, o sea, tenemos aparatos de que luego, él trae de allá y los muebles que a veces hemos comprado aquí, pues un refrigerador porque no se lo puede traer de allá (MCMTEX32).

Cómo se tomó la decisión, en qué momento se tomó, bajo qué circunstancia se van hacia el *otro lado*, las relaciones intrapareja e intrafamiliares, condiciones laborales, son algunos factores que traspasan el alcanzar o no *el sueño del migrante*.

Contexto de la pareja

Entre las mujeres entrevistadas prevalece la idea que la unión y/o el matrimonio es parte de su identidad femenina, y que su papel en esa unión de desarrolla en la casa y en el cuidado de los demás, en especial de la pareja y los hijos. La separación entre mundo privado y mundo público es obvia, así como la distinción y complementariedad de los papeles entre varones y mujeres.

Él sale a trabajar y aquí ora sí que comida nunca le falta, que diga él que yo siempre ando en la calle, tampoco, que ande mal vestida o que a él lo traiga mal vestido, o sea no, para los niños tampoco, que diga él: ‘Ay, los encuentro bien mugrosos’, *pues* no (MCMTEX14).

Esta visión naturalista y tradicional es la que justifica el discurso sobre la migración del varón y necesidades económicas pues el esposo es el proveedor nato, quien debe de salir de la comunidad para buscar mejores condiciones de trabajo y, en consecuencia, de vida para su familia.

En este contexto en que no hay una convivencia continua entre los dos miembros de la pareja por las idas y regresadas de los varones, de ausencia y de presencia en el hogar del compañero, la pareja se mantiene si logra conservar dos aspectos; por un lado, la comunicación con visitas a la comunidad de origen del migrante, llamadas telefónicas, cartas y fotografías, entre otras. En la comunidad rural ha habido un cambio reciente con la llegada de los celulares a los hogares. Las cartas y envíos de paquetes con otros familiares o vecinos era la comunicación más directa que había entre la pareja y la familia. Los paquetes podían contener desde fotografías hasta ropa o algunos regalos pequeños. Victoria, una mujer de 46 años, con tres hijos ya mayores (12, 20 y 25 años) recuerda:

Hace unos años me tenía que esperar un mes, 20 o 25 días a que llegaran las cartas para saber de él, era muy angustiante, y también para él porque me decía: ‘¿Sabes qué?, para mí es muy preocupante que no sé nada de ustedes’; pero ahora gracias a Dios, pues con esto del celular nos habla cada ocho días, y es que en la colonia que vivimos es muy pobre y no hay línea, pero con el *cel*, ya (MCM-CO4).

En estas condiciones, se generan estrategias que buscan mantener una pareja funcional, de no ruptura. De esta forma, las mujeres reciben semanal, o quincenalmente, llamadas telefónicas de sus compañeros; esta comunicación usualmente es unidireccional, ya que en su mayoría estas mujeres no saben dónde establecer contacto con ellos, ni siquiera en situaciones de emergencia.

P: ¿ Florencia, cada cuándo hablas con tu esposo? R: Pues a veces cada ocho días, cada 15, a veces cada mes P: ¿Y usted sabe el número de teléfono de su esposo o él la llama a usted? R: Él me llama pues, yo no [...] Porque, bueno, una, no sé su número de teléfono, y la otra, pues hasta que él me llame, sí (MCM-CO9).

Es frecuente que en los relatos de las mujeres entrevistadas haya vacíos cuando se le pregunta sobre la vida de los compañeros en EUA; así como desconocen el número telefónico al que llamar en caso de emergencia, por ejemplo, tampoco saben los lugares de residencia o de trabajo, ingresos ni horarios de trabajo de sus compañeros.

Las estrategias anteriores corresponden a aspectos materiales que median para la conservación de la relación de pareja a distancia; no obstante, hay otros de carácter simbólico cuyo valor social es importante. Desde la perspectiva de las mujeres la relación de pareja en situación de migración se sostiene porque hay *buenos esposos y/o buenas esposas*. Este concepto define el comportamiento de ambos, ya que al *buen esposo* lo definen en términos de brindar apoyo económico y proveer los recursos para el sostenimiento del hogar por un lado, y por otro, que ellos no las abandonen. Paulina, una mujer de 30 años con estudios medios y un hijo de cinco años, comenta al respecto:

[Es un buen esposo] porque me cuida, me ayuda. Si le pido algo no me dice luego luego que sí, siempre me dice: ‘Espérate un poquito’, o, ‘Déjame ver’; porque yo sé que tiene gastos y a veces no le va muy bien, porque no se crea, esto de ir a EUA no es ir y traerse las bolsas de dinero, no, no es así. A él le cuesta mucho ganar ese dinero y no es nada más *mi burro que me trae dinero* como muchas los consideran a sus esposos, no, él ha sido muy buena persona conmigo, no nos descuida, nos cuida y se preocupa (MCM-CO17).

La migración ha cambiado el mismo concepto de matrimonio o unión entre estas mujeres; matrimonio basado en el principio tradicional (y desigual) de división y complementariedad del trabajo intrafamiliar, diferenciado entre lo que hace el varón y lo que aporta la mujer, y en el que ahora, el papel del compañero se reduce a ser proveedor de dinero enviado desde *el norte*. Pero entre algunas de las mujeres entrevistadas, las del grupo con mayor edad y mayor experiencia en la migración de sus parejas, prevalece la idea de que ese envío de dinero no es suficiente con el paso del tiempo porque en toda relación de pareja es necesario el contacto directo, los afectos, el acercamiento, el estar juntos en la vida cotidiana. Son mujeres que han cuidado y visto crecer

a sus hijos prácticamente solas, sin su pareja a un lado, y además en la resistencia de esa ausencia en momentos como la adolescencia, o complicaciones familiares. Carmela, de 49 años, con tres hijos, dos de ellos ya con su marido en EUA, dice:

Porque dicen por ahí que con que no te falte *pa* comer ya es más que suficiente, y yo digo que es su obligación darnos pero no *nomás* es eso. No nada más es puro darnos de comer o dame dinero, no [...] Es importante que convivan, que esa no fue mi suerte, pero a mí me hubiera gustado convivir con mi esposo, salir con mis hijos, y que él conviviera con ellos; que yo me coma un plato de frijoles pero comidos bien a gusto, tranquila, con la familia ahí junta, serían mejor (MCM-CO1).

Todas las mujeres entrevistadas consideran que son MCM porque con su pareja a pesar de la distancia mantienen comunicación y el envío de dinero, inclusive esto ya es una manera de comunicación. Entre las mujeres entrevistadas, nos encontramos con tres *abandonadas*, un fenómeno ya descrito en la literatura, sobre las *mujeres dejadas* a causa de la migración del varón, cuestión que conlleva otro tipo de problemática relacionada con la migración, cuyo objeto no era el de esta investigación pero que sale prácticamente en todos los relatos de las mujeres.² El compañero es un *buen esposo* para estas mujeres también si es fiel. Fátima lo concreta con la siguiente frase:

Yo a él lo considero un buen esposo, y sí le doy las gracias a Dios que me hubiera tocado este marido, a pesar de que ha sido borracho, sí, pero no ha sido mujeriego ni desobligado (MCM-CO16).

En el discurso se le perdona todo al compañero pero no el tener otra pareja en EUA, inclusive el formar otra familia allá; pero en la práctica, las mujeres saben que “no pueden hacer nada en contra de esta situación” si es que se da en su vida, y viven pensando en que es una posibilidad. Estrella, una mujer de 36 años con siete hijos y embarazada, que vive exclusivamente de las remesas que su esposo le manda, habla de ese temor constante, cada vez que él se va; Isabel, por su parte, 49 años pero con 30 de experiencia migratoria de su esposo, entra en confianza y dice:

Le digo que se van y allá se casan y ya no vienen, muchos ya no regresan ni por su familia; pero el mío ya regresó, y a veces una se queda pensando, triste, pues ya se fue y ya no regresa [llora] pero él me dijo que iba a regresar pronto, que nomás se iba por unos meses, él me lo dijo, ni modo que no cumpliera, ni modo que allá se quedara (Estrella, MCM-TX21).

Pues *ora* sí le voy a ser franca, pues *aborita* él se porta bien conmigo, nada más que cuando él estaba más joven tuvo una mujer como unos cuatro años, y en esa época yo sufrí mucho. Pero *aborita* él ya cambió con eso de que estudia a la virgen y la *Biblia* [...] y yo en todo lo que él me dice que haga pues yo lo obedezco y que si él se quiere cambiar, pues yo siempre tengo su ropa arreglada, sus comidas a la hora que él viene. Yo sí he sido bien cumplida. Yo pienso que por ese lado, nunca le he fallado (MCM-CO21).

El abandono en las tres mujeres que entrevistamos se da cuando dejan de tener comunicación por dos vías: el compañero no llama por teléfono, ni se sabe de él en EUA, y además deja de mandar dinero semanalmente, o quincenalmente o cada mes. Es entonces cuando la mujer con el paso de los meses, y de los años, empieza a saber por otras fuentes que él ha rehecho su vida afectiva y familiar *allá*. Amanda de 36 años, con seis hijos a su cargo, dice:

Y ya se fue pal *otro lado* y yo me quedé un año y siete meses y sin mandarme dinero, y yo ahí con mis papás, porque de primero sí me mandaba como 1 000, 1 200 pesos cada ocho días o cada 15 pero ya últimamente ya no supe de él y de esto ya hace casi como cinco años, hasta que hace unas semanas le mandó a mi chiquito 500 pesos, de tanto años, ¿usted cree? (MCM-TX7).

Por su parte, la *buen esposa* es la que atiende al compañero, hace la comida, tiene la ropa lista, asea la casa, y cuida a los niños en ausencia y presencia del compañero; pero también es quien es fiel a su esposo. La fidelidad/infidelidad afectiva y/o sexual es un tema recurrente en los discursos de las mujeres en el momento en que hablan sobre su vida de pareja y la migración de su compañero hacia EUA.

En general, las mujeres dicen saber la fecha de regreso de su compañero por llamadas o avisos que manda desde EUA; es el momento en que se preparan para recibirlo de distintas maneras, desde el aseo del hogar, ropa para los hijos, cortes de pelo, y como se verá, inclusive con una visita previa al centro de salud para proveerse de algún método anticonceptivo. El sentimiento es de nerviosismo y de felicidad en la mayoría de ellas pero más de *alivio* porque van a tener en quién apoyarse, la parte de la pareja que les faltó y que tuvieron que suplir por meses o años, sobre todo en relación con los hijos/as; Paulina, una mujer de 30 años con un hijo de cinco a su cargo, comenta:

Yo me siento muy bien cuando mi marido está, porque para mí es muy pesado servir de padre y de madre, porque ya ve que los hijos a uno de que quieren, lo obedecen y de que no, no, porque no es igual si están los esposos (MCM-CO17).

Pero dicen saber, *a ciencia cierta*, que con la llegada del esposo van a tener mucho más trabajo en casa, pues además de sus tareas diarias, deben atenderlo y hacer las cosas “al modo de él”. Elisa, una mujer de 38 años con cuatro hijos a su cargo, dice:

Ahora que ya tiene dos años por allá, pues ya casi no lo extrañamos tanto porque se busca al principio, pero *ahorita* ya no, y ya me acostumbré solita con mis hijos y nada más [...] y cuando viene me siento rara, porque ahora me voy a lavar a la hora que llegue y nadie me dice nada, pero estando él aquí, pues tengo que andar a las carreras, y la comida temprano y tenerle que lavarle y plancharle (MCM-CO7).

La llegada del compañero a la comunidad y al hogar, es motivo de sentimientos encontrados entre la alegría y el nerviosismo de volver a ver y relacionarse con el compañero. Hay un proceso en estas mujeres en ausencia del esposo, un *acostumbrarse* a estar solas, a vivir solas, a hacer crecer a los hijos solas, a resolver problemas solas, de *hacerse a la idea* que van a estar solas. Victoria, una de las mujeres entrevistadas con más experiencia siendo mujer compañera de migrante nos habla de este proceso:

Y un día él tomó la decisión de irse porque la vida acá está muy difícil; la primera vez que él se fue me puse

muy, muy triste; no comía, no dormía, porque sentía una gran responsabilidad para mis hijos por el hecho de estar yo aquí sola y de que el hombre se va a un país tan lejano que no es México [...] ahora que tengo más uso de razón digo: ‘Dios, ¿cómo he podido sobrevivir con esa ausencia de mi pareja, no?’; porque sí hace falta para tomar decisiones para tus hijos, para cuando hemos estados enfermos, por ejemplo (MCM-CO4).

Y en ese *acostumbrarse* en otras mujeres las lleva sentir que al regreso de su compañero, con los días, prefieren estar de nuevo solas. En este momento vivido, no se puede hablar de que la mujer en ausencia del esposo se ha *empoderado* porque cuando regresa, se reacomodan los papeles, y además ella no reivindica el rol de cuidado pleno que ella tiene en ausencia del compañero, sino que acata esa redistribución de una u otra forma. A pesar de esto y según sea la relación que lleven entre esposos, las mujeres dicen estar contentas al recibir al compañero después de un largo periodo sin verlo pero que después de una temporada, ya *les molesta*. Florencia, de 44 años y cuatro hijos, nos dice entre risas:

Pues yo me siento mejor cuando estoy sola porque, él es muy *corajiento*; y nosotros ya estamos acostumbrados a vivir solos yo y mis hijos y a su llegada me siento incómoda [...] yo digo que como ya no vive una con ellos, se desacostumbra una de ellos (MCM-CO9).

Además a su regreso hay un reacomodo no sólo en el número de tareas que la mujer realizaba en ausencia del esposo, sino en comportamiento y tomas de decisión, que muchas veces pueden llevar a desencuentros entre la pareja llevando a peleas, discusiones, y en algún caso, inclusive a violencia física. Olivia, una mujer joven de 27 años con dos hijos de siete y nueve, recuerda y afirma:

A mí me da igual si él está aquí o allá; en realidad yo siento que yo a él ya no lo quiero y ya nada más estamos juntos por los niños, ya no estamos por amor, porque uno se sienta bien con la otra persona, no [...] porque hemos tenido muchos problemas y viene de tiempo atrás. Cuando estuve en Houston para visita, él me quiso pegar, me insultó delante de mi familia y después me dijo que él no había dicho nada, y es puro celos porque quiere que le diga todo el tiempo que lo quiero y que lo amo, pero yo no voy a ser hipócrita al estarle diciendo lo que en realidad ya no siento (MCM-TX22).

La vida social de las mujeres en la comunidad es otro punto a considerar. Así, estas mujeres viven largos periodos del año y de sus vidas sin la presencia de la pareja por lo que se puede hablar de cambios de actitudes y comportamientos de la misma mujer cuando está o cuando no está su esposo, o marido o compañero. La vida social inclusive cambia. En su ausencia, unas dicen tener una vida más activa socialmente: salen a fiestas, tienen mayor contacto con las vecinas y amigas. Sus tiempos son *más libres*. Para otras, es tiempo de resguardarse en casa, de vida en el interior del hogar para “no dar qué hablar”. Eulalia de 41 años, con seis hijos (10, 14, 15, 18, 20 y 22 años) y ama de casa, dice al respecto:

Quando él está, nos la pasamos bien, pues vamos a fiestas, a comer, y cuando él no está casi no salgo. Cuando él está es otra cosa, ya nos vamos, cerramos la puerta y ahí vamos que si a cenar. Uno ya no se cuida de la gente (MCM-CO3).

En cambio, con la presencia del compañero el comportamiento de las mujeres es distinto; se espera que sean *más recatadas*, que no salgan solas a una fiesta, que lo hagan con sus hijos y junto a su esposo, inclusive que reduzcan su interacción con el resto de la comunidad; “de hecho, las mujeres casadas ya no pueden vestir igual que las solteras” (MCM-CO03). La mujer casada que sigue vistiendo como soltera, generalmente es mal vista por la comunidad.

Contexto virtual

En este apartado se recogen los imaginarios de las mujeres sobre la vida en EUA, y sobre las condiciones de vida de sus compañeros mientras se encuentran *allá*. Se decidió utilizar el término virtual ya que, aunque, la mayoría de las mujeres no han vivido en EUA, construyen un imaginario sobre la vida en el *otro lado*. Sólo dos de las sesenta mujeres entrevistadas han estado por una temporada; no obstante, la mayoría de las mujeres entrevistadas han elaborado ese imaginario a partir de la interacción con otras compañeras de migrantes, de sus familiares migrantes, y de los relatos de sus compañeros cuando hablan por teléfono o regresan.

De esta forma, consideran que la “vida allá es muy dura” para sus compañeros, ya que éstos deben trabajar por muchas horas seguidas; en consecuencia,

“no pueden salir; la vida de ellos es del trabajo a la casa y de la casa al trabajo” (MCM-C08). Esta situación la explican por la constante amenaza de ser identificados por la *migra* y de ser deportados a México, debido a su condición de migrantes indocumentados. Isaura, una mujer joven de 20 años con dos hijos dice:

P: ¿Y le ha platicado cómo es la vida allá, de lo que hace más, así como su día cotidiano? R: Pues sí, como llegando, se va a lavar su ropa, se hace de comer, ¿qué más hace?, y barre su cuarto P: ¿Y qué hacen cuando no tienen trabajo? R: Cuando no tienen trabajo pues nada más están en la casa porque no pueden salir P: ¿No salen? R: No, no salen P: ¿Por qué dice que no pueden salir? R: Porque los vayan a agarrar P: ¿Está muy fuerte la vigilancia de migración? R: Sí, bueno a salir de ahí del pueblito donde están, saliendo sí; pero ahí donde están está tranquilo pero ya si salen más allá, sí (MCMTEX14)

Pero el objetivo ha sido ir a trabajar, tener empleo que en la comunidad de origen no encuentran o está mal pagado, por lo que el viaje, las penurias, la falta de libertad de movimientos, y las condiciones de vida, todo se pone en una balanza y sale positivo. Gardenia, una mujer joven de 24 años, con dos hijos dice:

Pues dice él que se vive mejor, pero que estás como si estuvieras en una jaula de oro porque prácticamente no puedes salir, todo el tiempo te la pasas encerrado del trabajo a la casa, en una rutina muy pesada que sí tiene sus ventajas, pero también sus desventajas y, de hecho, no le gusta vivir allí (MCM-CO24).

También tienen la idea que la vida allá es muy costosa, “al igual que ganan en dólares, gastan en dólares”; aun así, consideran que sus compañeros ganan más de lo que pudieran obtener en las comunidades de origen en un trabajo remunerado.

Quando él llega a venir aquí o llega a mandar videos de allá, pues yo me doy cuenta de los lugares, de los comentarios de todo lo que sucede allá, es muy bonito pero pues la verdad, como para ir, no; iría de paseo y todo sí, porque para que mis hijos conozcan también, pero al igual no me agrada así que digas tú para vivir, no [...] Pues ahora sí que como él dice aquí te rinde porque estamos en México, te rinde de tal manera el

dólar, pero allá pues te enfermas y ahora sí que todo es en dólar y pues no te rinde igual, pero al igual, hay más posibilidades allá que aquí, de esparcimiento, de todo (MCMTEX15).

Ellas también expresan preocupación en su mayoría por la dolarización de los migrantes, con el paso del tiempo de ellos *allá* hay un desprendimiento mayor con la comunidad y la cultura de la cual provienen. En este punto están mal vistos los migrantes que no reconocen sus orígenes, pero esto se da en los otros, no en su esposo o compañero. Victoria hace este comentario al respecto:

Mi marido me dice que ahí hay mucha gente racista, mismos mexicanos que ya empezando a tener su dinero, sus dólares, *sus verdes*, empiezan a cambiar, a sentirse grandes, poderosos; pero como dice mi marido, es ahora porque al rato, ya no tienen nada. Bueno, al menos mi pareja nunca ha cambiado, él siempre ha tenido sus pies muy bien en firmes en la tierra; y como su esposa puedo decir que nunca ha cambiado, ni se deja la melena larga, ni se viste como *cholo*, nada (MCM-CO4).

También imaginan que las casas en las que viven tienen más servicios públicos (alumbrado, basura, limpieza) y están en mejores condiciones que en sus comunidades de origen. Zenaida, una mujer de 34 años, con cuatro hijos a su cargo y su mamá comenta lo que sabe de EUA por su marido:

R. Pues la vida por allá no tiene nada de emocionante ni fuera del otro mundo, es común y corriente como aquí, simplemente que allá hay más facilidad de tener digamos algún lujo. Es todo P: ¿Cómo qué lujos? R: Pues sí, porque por ejemplo aquí, si usted ve mi casa el piso está rústico, feo, digamos, sin pintar, sin nada y allá pues la mayoría de las casas tienen alfombra, piso bien hecho o sea no hay ni una casa que esté en obra por decirlo así (MCMTEX13).

Los compañeros por lo general viven con otros migrantes, formando redes de apoyo, en un mismo departamento para abaratar costos de vivienda, mantenimiento, y comida. Son por lo general todos varones compartiendo también las tareas domésticas. Las mujeres tienen conocimiento que su pareja cuando está en

EUA hace este tipo de tareas pero que en su casa, de regreso, no las realizan por considerarlo trabajo femenino y “de ella”. Elvia nos dice:

Cuando vienen vuelven a ser los mismos machos, porque luego me dice: ‘Son bien *huevo*nas tus hijas, allá tenemos bien aseada y bien limpia la cocina y todo’; y yo le digo: ‘Bueno, viejo, entonces ayúdanos, pues, tu demuéstalo’; y dice: ‘Yo aquí vine a descansar’. Aquí ya no hace nada y sólo quiere que le vuelva a lavar, a planchar, a hacerle de comer y a atenderlo (MCM-CO2).

También son otros miembros de la familia los que acogen a los migrantes que van a EUA sin su pareja, o bien en la misma casa o departamento o cerca de ellos. La familia y otros migrantes de la misma comunidad entablan redes de apoyo en necesidades de la vida cotidiana o emergencias que el migrante puede tener. Eulalia, una mujer de 41 años, con seis hijos a su cargo, también habla del control que se genera en algunas ocasiones:

Él dice que ni para ir a un baile tiene libertad por la *migra* y por mi cuñada [se ríe] pues le pone su hora de llegada y: ‘Que te quiero tener aquí’, dice mi cuñada; ‘Y que a mi no me gusta que andes por allá en la calle y a las 10 ya cierro la puerta’. Y es que ella es muy estricta, y ella siempre lo cuida porque es el único hermano que tiene y allá viven juntos (MCM-CO3).

Esto quedó mayormente reflejado en los testimonios de las MCM de la comunidad rural. Los migrantes de la comunidad urbana parece que las redes son otras en el lugar de destino, relacionadas con el ser mexicanos pero no necesariamente con ser de la misma comunidad.

La familia es lo que une a estos migrantes con la comunidad y con el sentimiento de pertenencia a su país, México. Son varones que por ello van y regresan a unos ritmos y periodos no establecidos, pero sí periódicamente. El distinto concepto de familia en EUA también sobresale en los testimonios de las mujeres compañeras cuando hablan de *esa vida allá*, de lo que se imaginan en EUA. También respecto a las relaciones de pareja, consideran que *allá* las “parejas son inestables” y fácilmente hay ruptura, que “hay más divorcios y no hay compromiso con el matrimonio” (MCM-CO17). Isabel, a diferencia de Paulina, da la explicación en términos de contraste cultural y de género:

R: Él me ha platicado que allá la vida no es muy bonita que porque es muy liberada, la vida, la mujer. P: ¿Cómo?
 R: Que es muy, ¿cómo le dijera?, que allá la mujer es muy liberada y que pues allá manda la mujer y todo, y a él eso no le gustaba (MCMCO21).

Tipologías según recomposición familiar (en familia y solas)

Yo me siento sola cuando no está. Pero es hacerse a la idea que por un buen tiempo voy a estar sola.

(MCM-CO5)

La migración del compañero hacia EUA lleva a una reorganización en la composición de la familia de acuerdo a la presencia o ausencia del varón en la comunidad. En estas comunidades se pueden caracterizar dos tipologías generales pero no únicas en referencia a los cambios que se dan en el grupo familiar cuando el compañero de las mujeres se va: una de integración de la mujer a su familia (sea la de origen o la política) y otra de mujer sola (cuadro 2).

La primera además tiene que ver con el parentesco y el cambio de residencia, es cuando la mujer en el momento en que su compañero deja la comunidad, se traslada a casa de su familia de origen (padres o hermanos/as), o con la familia política (en la mayoría de los casos, con los suegros), normalmente por decisión del compañero quien considera que estarán más *protegidos*

en su ausencia. En esta tipología se encuentran el 51.6% de las mujeres, y corresponde a las mujeres más jóvenes que tienen hijos/as menores de 16 años (cuadro I); los hijos pequeños son la razón principal de esta decisión, ya que la familia atenuará las obligaciones de la vida cotidiana cuando se tienen hijos pequeños.

La *mayor protección* se materializa en intercambios o ayudas concretas a varios niveles de bienes y servicios: materiales (alimentación, vestido y calzado de los hijos); económicas (préstamo de dinero mientras el compañero no le manda); en tiempo y espacio dados (alojamiento en el hogar de los familiares o préstamo de un cuarto en el mismo terreno); ayuda y asistencia de los hijos pequeños o compras o cocinar y/o aseo; en convivencia social y apoyo moral y protección (acompañamiento en determinadas ceremonias o rituales), y de información (consejos y orientaciones). Las mujeres lo perciben como un acto de intercambio y solidaridad entre los miembros de la nueva familia. Se sienten protegidas y saben que tienen el respaldo de un grupo de personas amplio, que les darán apoyo, lo que la hace una red estable, además de ser accesibles por la cercanía física ya que todos viven en el mismo espacio y comunidad.

Pero esta *protección* supone también un mayor control de la familia en torno a decisiones, actividades, movimientos, distribución de las remesas enviadas por el compañero desde EUA, e inclusive, en las formas de vestir y peinarse, así como en las interacciones de la propia mujer y sus hijos con la comunidad, ya que las decisiones no se hacen de manera individual sino que

Cuadro 2. Tipología según recomposición familiar e implicaciones en los procesos de búsqueda de servicios de salud

Tipología	Recomposición familiar	Implicaciones para la búsqueda de servicios de salud
Integración a su familia o la del compañero	Mayor protección y control familiar: Menor libertad Interiorización y reproducción del control familiar	Mayor capacidad de respuesta a problemas de salud La familia se convierte en un mecanismo de control que limita su libertad de decisión para la búsqueda y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva
Condición de mujer sola	Responsabilidad total de la familia (economía, hijos cuidados y educación, otros familiares) Red social limitada, débil y no permanente: Mayor libertad Control social Estigmatización (disponible y dispuesta)	Menor capacidad de respuesta a problemas de salud Mayor libertad de decisión para acudir a servicios de salud sexual y reproductiva

Fuente: Proyecto "Mujeres compañeras de migrantes y vulnerabilidad a ITS/VIH/SIDA", 2006

prevalecen los intereses del grupo familiar. Azucena, una de las MCM más jóvenes entrevistadas, cuenta su experiencia al respecto:

A mi esposo no le gusta mucho ir a fiestas, pero a mí sí me gusta ir a los bailes. P: Entonces ahora que no está él, ¿lo puedes hacer? R: Pues no mucho, porque la suegra que me tocó es muy *cabrona* y nada más me anda cuidando donde quiera que voy (MCM-CO12).

En algunas de estas mujeres, sobre todo entre las más jóvenes, se da una interiorización y reproducción de ese control familiar, y el deber ser y hacer de las mujeres que se quedan; así aparecen expresiones como “así se debe” o “así está bien”. Además, las mujeres también autocontrolan sus movimientos si es que saben que van a ser cuestionadas por su compañero, la familia y/o la comunidad frente a la vigilancia o presión social.

Por otro lado, se encontró que 48.3% de mujeres permanecen solas junto con sus hijos en el hogar que han conformado con su pareja, cuando ésta migra hacia EUA (cuadro I). Por lo general, estas mujeres son de mayor edad, con hijos/as de más de 16 años que generalmente brindan apoyo a su madre. En la mayoría de estos casos, la familia de origen y a veces también la política, residen fuera de la localidad o no mantienen buenas relaciones con la mujer. Eva, una mujer de 40 años con cinco hijos, el mayor de 20 y el menor de 8, relata experiencias pasadas:

Nunca tuve problemas económicos cuando él se iba para allá, no, ni de salud, gracias a Dios, pero sí que su familia contaba chismes de mí, y luego le decía a él que yo nomás andaba en la calle, que yo me gastaba el dinero y no sé qué más, o sea le inventaban cosas, y ya él me llamaba y en lugar de estar platicando contento empezaba a ver todos los chismes y sí se enojaba. Había veces que él llamaba y le decía yo por señas a mi hija que le dijera que yo no estaba (MCM-TX30).

Cuando el compañero se va, estas mujeres tienen que asumir la responsabilidad total de la familia en aspectos como el económico (administra el dinero que el compañero manda, el que ella gana con su trabajo extradoméstico y, si es el caso, el que recibe del Programa Oportunidades); el cuidado y la educación de los hijos/as; e inclusive se puede hacer cargo de otros familiares como sus padres o suegros. La red de

apoyo de esta mujer es, por lo general, restringida a un número pequeño de personas, y relacionada con la amistad, lazos afectivos, vecinos/as pero la frecuencia de los intercambios es esporádica, además de inestable pues no puede contar con esa ayuda o intercambios en toda ocasión. Fátima, una mujer de 49 años, con seis hijos a su cargo, dice:

Aquí en esta colonia, como decía mi abuelita y con perdón tuyo, no hay quién te haga un favor porque aquí estamos todos jodidos; no hay quién tenga dinero, no hay quién al tener una grave necesidad, yo diga: ‘Pues voy con fulano a que me preste dinero’, no hay eso aquí (MCM-CO16).

A pesar de esta situación les da mayor libertad de movimientos y un mayor poder de decisiones porque nadie está controlando ni juzgando sus entradas y salidas, tiempos, vestimenta, relaciones.

Opinión e imagen social de las MCM en las comunidades

Se van los maridos y las dejan solas con todo y su familia. Y se quedan a sufrir pues ellas tienen que trabajar para sacar a sus hijos adelante, para que no les haga falta un taco con frijoles, o con lo que Dios socorra, pero tienen que trabajar

(HMR-CO1)

En este punto, es importante rescatar tanto la imagen que tienen las propias MCM como la opinión que generan en la comunidad. Las mujeres entrevistadas manifiestan que la vida cambia sin su pareja pero que no se detiene. La vida cotidiana de estas mujeres se llena de actividades como el cuidado y atención de los hijos y el hogar, a veces el trabajo extradoméstico. Eugenia, una mujer de 38 años, con siete hijos, el mayor de 23 y el pequeño de cuatro, dice:

Cuando él está aquí, pues los problemas los enfrentamos entre los dos, y ahorita cuando pasa algo, yo soy la que ando de arriba para abajo, haciendo de padre y de madre (MCM-TX15).

Esto las lleva en su mayoría a manifestar tener mayor fortaleza que otras mujeres cuyos maridos o compañeros sí están en la comunidad con ellas, en familia. Esa

fortaleza se expresa con el *tener aguante* o el soportar las situaciones que se les vayan presentando porque la migración del compañero y su ausencia es algo que no pueden cambiar, saben que es para mejorar, por lo que tienen que *aguantar* y hacerse de *robustez*. Tomasa, una mujer de 38 años con tres hijos a su cargo y viviendo con su suegra, dice:

Sí se siente una sola, que se extraña a la persona, pues, más que nada, pero yo pienso que si él decidió irse, uno tiene que comprender y estar aquí, pues, aguantar más que nada (MCM-TX11).

Por lo general las mujeres a pesar de manifestar esa fortaleza, con una práctica enfocada en la acción, también encontramos pasajes en los testimonios de tristeza, soledad y desamparo cuando no está su compañero. Esta situación de desprotección se acentúa en los momentos de crisis o emergencias como enfermedad de los hijos o de ellas mismas, y en momentos de celebraciones familiares.

Su comportamiento y sus interrelaciones dicen estas mujeres que también cambian en ausencia del compañero, reajustándose a lo que se espera de ellas, ya que “se deben de cuidar de que no hablen mal de ellas” porque “les inventan chismes”, y constantemente se ven afectadas tanto su reputación, como la de su familia y su compañero. En estas condiciones la mujer se encuentra sin su pareja en una autorregulación de acciones y movimientos dentro de la comunidad. Fátima, una mujer de 49 años con seis hijos a su cargo, dice al respecto:

Los chismes aquí llegan donde están ellos; si se hacen supuestamente cosas ocultas y se hicieron ocultas, se sabe. Eso corre, tu marido se da cuenta [...] y por lo mismo que uno sabe de ellos por la gente que llega de allí y dice: ‘Pues fíjate que fulano por allá vive con otra vieja’, o que ‘La vieja de fulano, no se qué’, sí, así es (MCM-CO16).

Las MCM se ven a ellas mismas como mujeres cuya “vida cambia pero tiene que seguir”, “debo hacer lo mismo: cuidar de mi hogar y de mis hijos”, “tengo mayores responsabilidades”, “Me veo sola y desamparada”, “no tengo a quién contarle las cosas”, “se siente una más respetada y segura cuando la pareja está”, “debo aguantar la situación”, “debo cuidarme de qué dirán”.

Marian, una mujer de 35 años, casada cuatro hijos y ama de casa, dice:

A mí desde la primera vez que se fue mi marido, me decían: ‘No, pues ahora ya se fue tu marido, y ya anda sola por allá’; y es que no pueden ver a una sola en la calle [...] e inventaban chismes pues entre la familia, con la familia que a una no la pueden ver, y por eso precisamente no me gusta que se vaya él, porque cuando viene ya puros problemas con la familia, y que le dicen ellos, y ahí tiene los malos tratos pa la mujer, sí (MCM-TX33).

La opinión de los otros es interesante rescatar tanto con los datos de la encuesta, como en los relatos de distintos actores (integrantes de la familia, hombres y mujeres residentes de la comunidad, representantes de organizaciones sociales y prestadores de servicios de salud). Por un lado hay una opinión alrededor de atributos positivos acerca de estas mujeres que rescatan su capacidad para enfrentar las nuevas condiciones ante la migración de su compañero; el 74% de los residentes de las dos comunidades encuestados creen que trabajan más para resolver sus problemas, pero a la vez tienen mayores responsabilidades (80% de los encuestados) como el cuidado de los hijos y el hogar, inclusive el trabajo extradoméstico. La migración del compañero no trae beneficios inminentes para estas mujeres pues trabajan más que otras y tienen alta probabilidad de ser abandonadas y/o olvidadas.

Las pobres mujeres aquí andan esperando a que les manden algo para mantener a sus hijos, unos sí mandan otros no, y ya se abren paso ellas, como Dios les da a entender para poder mantener a sus niños (IRS-CO5 Pablo, suegro de una MCM).

Pues yo eso que se vayan y las dejen, lo veo mal porque me imagino que ellos se van a EUA, y ellas se quedan con dos, tres, cuatro hijos [...] y es que las mujeres tienen que vivir con sus maridos, porque eso es el matrimonio: ‘casados es casa de dos’; no es casa para que se separen (MHR-CO 08 Mujer residente de la comunidad rural).

En algunas ocasiones la mujer se queda sola sin el apoyo del marido y el marido allá le pone los cuernos o ya no regresa, y la deja económicamente muy mal. Entonces la

mujer tiene que batallar para sacar adelante a los hijos y si es que el marido es responsable, pues le manda dinero suficiente como para tener a sus hijos bien; pero no todas las mujeres cuentan a veces con esa fortuna de que el hombre les mande el dinero, sino al contrario, pierden el apoyo del marido y a veces el marido regresa y quiere que la casa siga como si nada (HMR-TX13).

Por otro lado, también se relaciona a las MCM con atributos negativos como el de mujeres *solas*, *desprotegidas* y *tristes*, en desventaja porque no tienen pareja, lo que a veces las coloca como mujeres en incapacidad para enfrentar su nueva condición de mujer sola. La cuestión económica es un tema que sobresale en los testimonios de *los otros*, mujeres que no tienen más dinero por el hecho de que su pareja se ha ido al *otro lado* (algo más de 50% de los encuestados opina que no tienen más dinero que otros), y que dependen casi por completo de las remesas. Una mujer de la comunidad opina:

Las mujeres [cuando sus maridos se van] cambian para mal; porque empiezan a ver de dónde sacan el dinero para alimentar a sus hijos porque no es fácil mantener a su familia, la educación, mantener su hogar, no es fácil y empiezan a ver dónde hallar dinero fácil, vendiéndose, vendiendo su cuerpo o descuidando a su familia (MHR-TX2).

Aquí, dos temas aparecen interrelacionados: por un lado el que son vistas como mujeres que al estar solas en la comunidad buscan otras parejas, sea en el imaginario de *los otros*, para solventar problemas económicos o afectivos (41% cree que se consiguen otro compañero en ausencia del suyo); y por otro, que por el hecho de ser mujeres solas, otros varones de la comunidad las buscan (43%):

Mire, hay unas que se van sus esposos y ya en seis meses tienen a otro, se buscó a otro y aunque tengan niños; y otras no, fíjese que son bien fieles y esperan hasta que venga su marido, cinco, cuatro años (IRS-TX4 Aurelio).

Depende de la mujer, pero en las tardes las ven solitas y les hablan, pues para tener otra relación pero no todas las mujeres ceden a ellos, pero sí las molestan, como saben que no tienen esposo y van de borrachos, y les hablan, a lo mejor hasta es su compadre, su amigo (MHR-CO3).

Se puede decir que tanto las imágenes positivas de mujeres trabajadoras, como las negativas como mujeres *busconas* se dan en un contexto determinado y expresan las normas sociales del ser mujer o ser varón, de los comportamientos permitidos y los que no, y expresan lo que la comunidad espera de las mujeres sin pareja (45% de los encuestados piensa que la mujer, en general, debe de obedecer al hombre, teniendo en cuenta que 70% de la población encuestada era mujer). Maribel, residente de la comunidad urbana, dice al respecto:

Y a veces es que buscan a otros porque su marido les deja de enviar y ya se vuelven libertinas y mal ejemplo para sus hijos, porque sí es triste, muy triste, eso [...] se van a buscar la destrucción, a abandonar a los hijos, sin cariño, a veces hasta les buscan padrastros y los maltratan, los pegan, y es una vida amarga y de ahí es que viene concluyendo tanta delincuencia aquí, tanto muchacho con desamor que anda en la calle, que anda en la perdición (HMR-TX5).

A partir de esto, los *otros* entrevistados configuran un consenso sobre el comportamiento esperado de las mujeres compañeras de migrante, *las que se quedan solas*, y dictan una serie de indicaciones sobre lo que deben y no deben hacer para que no se hable mal de ellas, marcando los límites de su comportamiento relacionado con su propia persona, la interacción con los demás, e incline su sexualidad. Lo que deben hacer está relacionado con “ser padre y madre”, “dedicarse al hogar y a sus hijos”, “estar encerradas en su casa”, “salir siempre acompañadas con sus hijos, padres o suegra”, “esperar a que su marido vuelva”, “comportarse como si estuviera su marido”, “se deben dar a respetar”. Una mujer residente de la comunidad urbana dice al respecto:

Pues la gente siempre quiere ver que no salgan [las MCM]; la gente siempre está viendo o busca de qué hablar; debe darse a respetar, no dar de qué hablar y cuidarse mucho (IRS-TX7).

Lo que “no debe de hacer” está relacionado con: “no salir a la calle”, “no debe arreglarse ni vestirse bien”, “no debe de dar de qué hablar”, “no ir a fiestas”, “no salir de noche”, “no meterse con ningún varón”, “no loquear en la calle”, “no debe andar en malos pasos”, “no debe de hacer relajo con los hombres”. Una médica de la comunidad rural dice:

Lo que quiere la comunidad es verlas encerradas a piedra y lodo, y que se dediquen solamente a sus hijos [...] si está sola la mujer, tiene que estar en su casa, no tiene por qué estar saliendo ni tan temprano ni tan tarde (ROS-CO8).

Las MCM tienen una gran presión social sobre lo que se espera de ellas; *los otros* entrevistados creen que estas mujeres siempre tienen que cuidar su imagen ante la comunidad, hasta el punto que dicen que muchas de ellas optan por salir poco para protegerse del qué dirán. A pesar de ese cuidarse y de mantenerse en el orden que se dicta, fácilmente su imagen puede resultar dañada, porque la comunidad y/o la familia y/o el compañero están permanentemente vigilando y controlando su comportamiento.

Conclusiones

El proceso migratorio en estas comunidades redefine las relaciones familiares y comunitarias que inciden sobre la capacidad de las mujeres para abordar sus necesidades sociales. En este capítulo se han identificado dos tipologías de recomposición familiar las cuales no tienen un carácter espontáneo ni responden a una libre decisión de la pareja, sino que se encuentran condicionadas por la disponibilidad y el acceso a recursos familiares y comunitarios para responder a la salida del varón migrante. En estos cambios también influyen las relaciones de inequidad de género al interior de la familia, que marcan la vigilancia, el comportamiento de la mujer cuando su pareja sale de la comunidad y el control de la sexualidad de las compañeras de migrantes.

Si bien en las comunidades se pueden identificar estos dos grupos de mujeres, no son excluyentes para un mismo grupo familiar ni para una misma mujer. De esta manera, en diferentes momentos la mujer puede incorporarse a la familia o manejar sola el proceso migratorio de su compañero, tener hijos pequeños es

un condicionante para buscar apoyos familiares más cercanos y constantes.

En ambas comunidades las mujeres perciben diferentes formas de control social que limitan su capacidad de relacionarse con los integrantes de la comunidad, formas que están mediadas por la inequidad de género y por los roles tradicionales diferenciales entre mujeres y varones. Aun así, una parte importante de estas mujeres han asumido la responsabilidad de conducir el hogar y de proveer los recursos materiales y económicos para el funcionamiento del mismo.

La imagen social de las MCM es un elemento que regula la comunicación y la interacción de estas mujeres con la familia, la comunidad y las instituciones, y define un nuevo rol social asociado con el proceso migratorio de su compañero. La imagen forma parte de la construcción de género, de las normas, las creencias y los comportamientos atribuidos al ser mujer³ y cumple funciones controladoras y normatizadoras sociales del comportamiento de la mujer.

Las mujeres que se quedan en la comunidad se vuelven *visibles*, es decir, pasan a estar bajo la mirada de los otros, la cual regula su comportamiento ajustado a la imagen social esperada en la comunidad. En el caso de las MCM este estudio además de lo anterior ha identificado formas de control familiar y social que regulan el comportamiento de las mujeres en la comunidad. La imagen social resulta una manera de expresar el comportamiento esperado de estas mujeres.

Referencias

1. Caballero M, Dreser A, Leyva R, Rueda C, Bronfman M. Migration, gender and Central America and Mexico. Social Science XIV International AIDS Conference. Barcelona: Monduzzi Editore, 2002:263-267.
2. Fagetti A. "Mujeres abandonadas: desafíos y vivencias". En: Barrera D, Oehmichen C, eds. Migración y relaciones de género en México. México: Gimtrap-UNAM, 2000:119-134.
3. Liguori AL, Lamas M. Gender, sexual citizenship and HIV/AIDS. *Cult Health Sex* 2003;5(1):87-90.

7. Percepción del riesgo y formas de respuesta ante ITS y VIH

Sandra Catalina Ochoa-Marín
René Leyva

Las mujeres que se quedan en las comunidades de origen viven la migración como un proceso contradictorio. Por una parte, la migración refuerza las diferencias de género pero, por otra, genera la posibilidad de desempeñar roles de género no tradicionales para las mujeres. Esto podría relacionarse con la capacidad de las mujeres para enfrentar nuevas situaciones asociadas con la migración de su pareja, entre ellas las de su salud sexual. Se esperaría que las capacidades para valorar, percibir y manejar situaciones de riesgo fueran diferenciadas según las condiciones sociales de las mujeres que se quedan en las comunidades.

El riesgo en salud se ha estudiado desde diversas perspectivas teóricas, una de las cuales es la epidemiológica, que busca la asociación entre la exposición a determinadas circunstancias y la aparición de un evento adverso para la salud, también comprendido como una probabilidad de que ocurra un daño a la salud; esta corriente se centra en el individuo y busca identificar, medir y predecir la ocurrencia del fenómeno en la población.¹ Por otro lado, desde las ciencias sociales, como la sociología y la antropología, el riesgo se entiende como una construcción histórica y social, por lo que el concepto de riesgo es diferente según la cultura y el contexto en el que se estudie.² Al respecto, para autores como Douglas y Lupton^{3,4} el riesgo es construido y compartido históricamente y no puede estudiarse fuera de las interacciones sociales, las normas y el contexto social y cultural. El riesgo se comprende como parte de los fenómenos socioculturales que pueden influir para generar potenciales consecuencias para la sociedad, los grupos o las personas y que requieren ser valoradas en

función de los beneficios o daños que pueden presentarse en el futuro como consecuencia de haber asumido el riesgo. De esta forma, la sociedad, grupos y personas valoran y aceptan determinados riesgos a los que se exponen ante potenciales efectos en el futuro. Desde esta perspectiva la migración, especialmente la indocumentada, representa un riesgo que es asumido por las personas y grupos ante la posibilidad de obtener recursos que podrían contribuir a mejorar su condición de vida. A su vez, la migración conlleva otros riesgos asociados con las condiciones en que ocurre el proceso indocumentado. Como se ha señalado en otros capítulos, la mayoría de los migrantes cambian sus comportamientos sexuales en Estados Unidos de América (EUA), lo cual los expone a situaciones de riesgo de contagio por VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), entre otros que tienen relevancia para la vida de los migrantes en los lugares de destino, pero también para el retorno a sus comunidades de origen.

En este capítulo se analiza la relación entre percepción de riesgo de *enfermarse* por una ITS y las formas de respuesta que las mujeres compañeras de migrantes (MCM) ponen en práctica, como una medida que, desde su perspectiva, las protege o previene la exposición al riesgo o el manejo de sus consecuencias negativas. En este trabajo, el concepto *formas de respuesta* se comprende como las acciones concretas realizadas por las mujeres para enfrentar o reaccionar ante la posibilidad de *sentirse* en riesgo de contraer una ITS relacionada con la migración de su pareja a los EUA. Estas respuestas expresan la capacidad de las mujeres para manejar una situación específica de riesgo en un contexto social y de

relaciones de pareja marcadas por importantes diferencias de género.

La información utilizada para elaborar este capítulo proviene de 60 entrevistas en profundidad a MCM, de las cuales 28 residían en la comunidad rural y 32 en la comunidad urbana; se les informó sobre el propósito del estudio y se obtuvo su consentimiento informado. Las entrevistas fueron realizadas por mujeres investigadoras, en lugares que las MCM sugirieron como espacios seguros para preservar la confidencialidad (su casa o el centro de salud); las entrevistas fueron grabadas y procesadas en el software Atlas-Ti versión 4.2.* Las características sociodemográficas de las entrevistadas se presentan en el cuadro 1.

Se realizó el análisis de discurso⁵ de la información obtenida en las entrevistas, comparando los datos de acuerdo con tres características sociodemográficas: zona de residencia de las mujeres (urbana/rural); convivencia (solas/en casa de padres o suegros) y tipo de trabajo (doméstico exclusivamente/doméstico más extradoméstico), ya que se consideran elementos de la estructura social relacionados con la capacidad social de las mujeres para reaccionar ante situaciones que pueden percibir como adversas a su salud.

Percepción de riesgo de ITS y VIH

Las ITS y el VIH están presentes como parte de los problemas sociales y de salud en la comunidad, y las mujeres entrevistadas relacionan estos problemas con dos situaciones: la existencia de cantinas y bares donde hay prostitución femenina, y la migración masculina a EUA. Sobre la prostitución, una mujer residente de la comunidad rural la plantea de la siguiente manera:

Pues, aquí hay muchos lugares así donde hay muchas mujeres que se dan a la vida alegre y pues por lo regular los hombres son, yo no digo que el mío, verdad, sino que otros hombres y por lo regular la que sale pagando el pato, como dicen por ahí, es la mujer (MCM-C024).

* Muhr T. Scientific software development. Visual qualitative data version. ATLAS Ti 4.2 PC/Windows 95. Berlin. Scolari Sage Publications Software. Strategies World Development 26 (1). Londres. Elsevier Science, 1997.

Cuadro 1. Características sociodemográficas de las mujeres entrevistadas

	Comunidad		Número	Porcentaje
	Urbana	Rural		
Edad				
20 años o menos	1	1	2	3
21-29 años	9	4	13	22
30-39 años	13	9	22	37
40-49 años	5	10	15	25
50 y más años	4	4	8	13
Lugar de nacimiento				
Lugar de residencia	3	16	19	32
Fuera del lugar de residencia	29	12	41	68
Escolaridad en años de estudio				
Menos de seis años	15	10	25	42
Seis años de estudio	6	5	11	18
Entre seis y nueve años de estudio	10	8	18	30
Nueve años y más	1	5	6	10
Número de hijos				
Sin hijos	0	1	1	1
1-2	5	10	15	25
3 y 5	22	12	34	57
Más de 6	5	5	10	17
Ocupación				
Exclusiva al hogar	16	19	35	58
Hogar y trabajos extradomésticos	16	9	25	42
Residencia				
Padres /suegros	20	12	32	53
Solas	12	16	28	47
Pareja al momento del estudio				
Presente	9	6	15	25
Ausente	23	22	45	75

Fuente: Proyecto Mujeres compañeras de migrantes y vulnerabilidad a ITS/VIH/ SIDA. Entrevistas en profundidad. 2005

De acuerdo con su testimonio, éste es un problema en el cual participan los “otros hombres”, no su pareja. En el discurso aparece por una parte el tema de la fidelidad, son los otros hombres los que acuden y tienen relaciones con las trabajadoras sexuales; y por otra parte, el estigma a las trabajadoras sexuales, a quienes considera como portadoras o transmisoras de ITS. Para la entrevistada, los varones acuden sanos a los lugares

de prostitución, ahí son infectados y las consecuencias negativas las viven en las mujeres de la comunidad. Las mujeres de la comunidad emergen como víctimas de este proceso.

Dos aspectos son relevantes en este discurso para el desarrollo de acciones de prevención. Primero que considera la prostitución como un asunto de “los otros y las otras”, y segundo que los varones de la comunidad se encuentran sanos. Así las cosas, la mujer entrevistada no tendría por qué adoptar medidas de prevención de transmisión de ITS, ya que ni su pareja ni ella se relacionan con la prostitución.

Respecto de la migración, de manera general, las entrevistadas identifican dos situaciones que desde su perspectiva están relacionadas con las ITS en la comunidad. Por una parte, mencionan que algunas mujeres tienen otras parejas sexuales mientras su pareja está en EUA, y por otra que los varones migrantes tienen relaciones sexuales con otras mujeres mientras están en EUA. Sobre esta última situación hubo un mayor énfasis en las entrevistas. De acuerdo con las entrevistadas, en EUA las relaciones sexuales se dan fácilmente, sin que exista de por medio el matrimonio; opinan que las mujeres de EUA son libertinas y que están dispuestas a tener relaciones sexuales desde temprana edad y con distintas parejas. Consideran que esto facilita a los migrantes tener relaciones sexuales de manera relativamente fácil con otras mujeres en EUA.

En este marco general de las comunidades, se observó un predominio de mujeres, 53% ($n=32$), que contestaron sentirse en riesgo de contraer alguna ITS o VIH, 33% ($n=20$) no se sentía en riesgo, y 8% ($n=5$) a veces sí y a veces no se sentía en riesgo, por ser mujer compañera de migrante. En 5% ($n=3$) de estas mujeres no se obtuvo este dato.

Se buscó identificar algún perfil sociodemográfico de las mujeres relacionado con la percepción de riesgo de ITS. Para ello, se analizó la información de acuerdo al lugar de residencia (comunidad urbana/rural), escolaridad, ocupación, y tipo de convivencia (cuadro 2), pero no se identificó predominio respecto de estas características.

En el discurso se pudo identificar que *sentirse en riesgo* estaba relacionado con la confianza en la pareja; de forma que las mujeres que confían en su pareja, en su mayoría, expresaron que no se sentían en riesgo; por el contrario, las mujeres que no confían en el comportamiento sexual de su pareja se perciben en riesgo.

Para las mujeres que se perciben en riesgo, éste se expresa como *temor o preocupación* atribuido a la posibilidad de que sus compañeros tengan relaciones sexuales con otras parejas mientras están fuera, debido a la *naturaleza sexual* pero también al comportamiento sexual más liberal de las mujeres de EUA, como se ha anotado anteriormente.

Cuadro 2. Características sociodemográficas de las mujeres compañeras de migrantes y percepción de riesgo

Percepción de riesgo	Residencia		Escolaridad		Ocupación		Convivencia	
	Urbana (n=32)	Rural (n=28)	Menos de seis años (n=25)	Más de seis años (n=35)	Trabajo doméstico (n=35)	Trabajo doméstico y extradoméstico (n=25)	Sola (n=28)	Acompañada (n=32)
Mujeres que se perciben en riesgo (n=32)	18	14	7	25	13	19	15	17
Mujeres que unas veces sí y otras no se perciben en riesgo (n=5)	1	4	3	2	5	0	2	3
Mujeres que no se perciben en riesgo (n=20)	11	9	13	7	15	5	10	10
Mujeres sin dato (n=3)	2	1	2	1	2	1	1	2

Una mujer es muy fácil de que controle lo que es su sexualidad, la reprima; pero los hombres, no... (MCM-CO25).

No obstante, consideran que el riesgo no es exclusivo de las MCM, ya que se puede dar aun cuando la pareja esté en la comunidad.

R: Una señora de acá así le pasó, se enfermó de *eso* y estaba aquí su esposo. Yo pienso que donde quiera es lo mismo, más que todo está en que ellos también no se metan con cualquier mujer pues (MCM-CO11).

Las mujeres que no se perciben en riesgo, “confían en su compañero”, creen que sus compañeros les son fieles y que no tienen relaciones sexuales con otras mujeres en los EUA:

Yo pienso que le tengo confianza a mi marido y él me ha contado que por allá no se ha metido con ni una. Pero una no sabe, una no anda por allá. Pero yo le tengo confianza y yo siento que no. Cuando él llega me siento protegida, no temo a que yo vaya a tener una infección por él (MCM-C019).

Sin embargo, algunas de las entrevistadas mencionaron que sus parejas pueden tener relaciones sexuales en EUA, y a pesar de ello, mencionaron confiar en su pareja.

Para otras mujeres entrevistadas la percepción de riesgo es variable y ambivalente; algunas veces dicen sentirse en riesgo y otras no. Esto puede corresponder a una expresión de la incertidumbre que vive la mujer frente al riesgo de contraer ITS o VIH, la cual puede cambiar en el tiempo. De esta forma, una mujer puede sentirse en riesgo en determinados momentos y en otros no; sin embargo, para las propias mujeres entrevistadas está poco claro a qué le atribuye sentirse o no en riesgo. El siguiente testimonio representa un ejemplo de esta situación:

Voy a pedirle a mi esposo que use condón, porque pues tú no puedes saber, porque la gente te puede dar una cara pero no te van a decir: “Sí, ya me metí con una mujer”. Obviamente que se pusiera él condón, P: ¿Tú desconfías? R: Pues a veces sí, pero desconfianza mucha no, nada más a veces (MCM-TEX14).

Otras mujeres no perciben que las ITS/VIH sean un problema en la comunidad, debido a que no han conocido a nadie que tenga una de estas infecciones y perciben que estas infecciones ocurren en otros lugares u otras localidades, pero no en la comunidad donde residen.

P: ¿Cree que el VIH/SIDA es un problema en esta comunidad? R: No, yo pienso que no. P: ¿Por qué? R: Porque pues yo no, no he sabido que haya aquí nadie con sida. P: Ni un caso R: Así que le estén diciendo así “Fulanito tiene sida”, no. P: ¿Y aquí todo se sabe? R: Sí, es un pueblo chico (MCM-C01).

Información sobre medidas de prevención de ITS

De las mujeres entrevistadas todas, menos tres, tenían conocimiento sobre la forma de transmisión de las ITS/VIH y la forma de prevenirlas. El condón fue la forma más mencionada para protegerse contra las ITS, así como sólo tener relaciones sexuales con su pareja.

Yo digo que usando el condón y no teniendo parejas fuera de la casa (MCM-C028).

Aunque las mujeres saben del uso del condón, como medida efectiva para evitar las ITS/VIH, en la práctica muy pocas lo han usado y cuando lo han usado sólo ha sido como método de anticoncepción y no como medida de protección de las ITS.

P: ¿Normalmente usan condón? R: Normalmente, no.

P: ¿Lo han usado alguna vez? R: Sí.

P: ¿Por qué motivos? R: Yo, para no embarazarme (MCM-CO5).

En estas condiciones la situación de riesgo de VIH es todavía una condición que la viven otros, que es un asunto ajeno a la comunidad. Por otra parte, la percepción de riesgo de transmisión del VIH con la pareja se valora en función de la confianza. Ambas situaciones son elementos que se constituyen en obstáculos culturales, en un marco de inequidad de género, para la adopción del condón como medida de prevención.

Formas de respuesta ante el riesgo de ITS y VIH

La mayoría de las mujeres que se perciben en riesgo despliegan una serie de estrategias como formas de respuesta para manejar la relación sexual con su pareja migrante. Estas formas de respuesta no se corresponden siempre con la percepción de riesgo, ya que mujeres que respondían no sentirse en riesgo de ITS/VIH, adoptaban formas de respuesta frente al momento del retorno de su compañero.

En general, las formas de respuesta son de carácter reactivo y buscan dar certidumbre o protección a la mujer, se utilizan simultáneamente y no son necesariamente excluyentes entre sí, es decir, la misma mujer utiliza varias de ellas. Estas incluyen estrategias de búsqueda de información del comportamiento sexual de la pareja, negociación con la pareja para usar condón y la búsqueda de atención de servicios de salud (cuadro 3).

“Le pregunto si ha estado con otras mujeres en EUA”

Preguntar sobre el comportamiento sexual de su pareja en EUA representa un reto para la mujer en contextos sociales en que predominan estereotipos machistas. La respuesta esperada por la mayoría de las mujeres es

que “ellos siempre van a negar que tuvieron relaciones sexuales”.

A veces las personas que están allá no son sinceras con sus esposas. Yo no pienso que la persona que esta allá te va a venir a decir: “¿Sabes qué?, anduve con fulana”, de menso te dice; entonces tú no puedes saber, ellos tratan de decirte lo que tú quieres saber simplemente nada más porque si tú le haces las preguntas pues ellos no te dicen (MCM-CO10).

Aun así, el abordar este tema con su pareja disminuye la incertidumbre y les da confianza. Es frecuente que esta pregunta sea motivo de enojo por parte de ellos, por lo que algunas mujeres no se atreven a insistir ni profundizar en el tema.

Le pregunto y luego me dice, bueno él hasta se molesta porque le pregunto. Le digo: “No ves que más vale prevenir” “¡No mujer –dice– cómo vas a creer! Yo por allá, no, no. Yo no estoy malo ni he estado malo” (MCM-CO16).

Ante esta reacción del compañero, la actitud de la mujer es no volver a preguntar, confiar y terminar con la iniciativa para obtener información. Otras mujeres a pesar de que les gustaría preguntar no lo hacen por

Cuadro 3. Percepción de riesgo y formas de respuesta en mujeres compañeras de migrantes*

Forma de respuesta	Se perciben en riesgo (n=32)	Percepción de riesgo a veces sí y a veces no (n=5)	No se perciben en riesgo (n=20)	Total (n=60)
Confianza exclusiva en su pareja	10	3	11	24
Confianza más pedirle que se cuide, el uso de condón, preguntarle por sus parejas sexuales en EUA	6	0	2	8
Preguntarle al compañero por sus parejas sexuales en EUA	6	1	0	7
Preguntarle por sus parejas sexuales en EUA y pedirle que vaya al centro de salud para ser revisado por el médico y hacerse exámenes	1	0	0	1
Preguntarle por sus parejas sexuales en EUA y pedirle el uso del condón	0	1	0	0
Pedirle al compañero que vaya al centro de salud para ser revisado por un médico y hacerse exámenes	5	0	1	6
Pedirle al compañero que vaya al centro de salud y pedirle el uso del condón	1	0	0	1
Pedir al compañero el uso del condón	2	0	0	2
Pedir al compañero el uso del condón y pedirle que se cuide	3	0	0	3
Pedirle que se cuide	4	1	0	5
No hacer nada	3	0	0	3

* Una mujer puede tener más de una estrategia simultáneamente

temor a que su compañero piense que es ella la que ha tenido relaciones sexuales con otros hombres, es el caso de la siguiente mujer:

P: ¿Piensa si alguna vez su esposo, en EUA, tenga relaciones sexuales con otras mujeres? R: Pues la verdad sí, sí me preocupa eso. P: ¿Y has hablado con tu esposo? R: Pues no, no le he dicho, precisamente ayer le estaba comentando a una señora, que yo vi un caso en la televisión que el señor iba [a EUA] y tenía sida, luego quisiera decirle a mi esposo que si se le llega a ofrecer que use protección. Pero a la vez me da pena con mi esposo, porque va a pensar que yo también ya ando aquí, eso es lo que me detiene (MCM-TEX18).

La inequidad en las relaciones de género tiene una clara muestra en la forma de preservar la relación de pareja subordinada a lo que diga el varón, quien sí puede tener relaciones con otras parejas en EUA, mientras que esto es una situación impensable para algunas MCM que se quedan en la comunidad. El cuestionamiento de la mujer al comportamiento sexual de su pareja de todas maneras expresa cierta capacidad para enfrentar situaciones que para ella representan malestar y que son valoradas como situaciones de riesgo a su salud, sobre todo ante la posibilidad de transmisión de VIH. A pesar de que esta búsqueda de información y este inicio de diálogo no prosperaron, se puede considerar como una búsqueda de cambio en las relaciones de pareja que en otras condiciones sociales no emerge.

Pedir al compañero “cuidarse mucho”

Otra manera de obtener información y pedir cierto comportamiento sexual de la pareja en EUA es solicitar al compañero “cuidarse mucho”. Esta recomendación se hace antes de emprender el viaje y cuando hablan por teléfono con ellos, a manera de consejo o solicitud. Con ello tratan de expresar que no tengan relaciones sexuales con otras mujeres y en caso de que sucediera, que se protejan de alguna enfermedad utilizando el condón.

Yo siempre le he dicho: “Si vas a tener relaciones, ten cuidado o prevenete”. No sé, porque uno nunca sabe, aunque tú creas que es la persona perfecta. P: ¿Tú crees que si tu esposo hubiera tenido una relación sexual allá hubiera utilizado condón? R: Pues no sé, yo se lo decía que lo utilizara pero no sé (MCM-C024).

Esta demanda también se combina con aspectos religiosos como bendecir al esposo al momento de partir de la comunidad “para que no cometa errores” (relaciones sexuales con otras mujeres) en EUA.

Yo nada más le digo: “¡Cuidate mucho!”, y lo lleno de bendiciones y ya hasta ahí nada más. Y ya él está grande, pues ellos ya saben, ya si cometen errores con alguien o se lleguen a juntar con una mujer [...] y no cuidarse pues ya es problema de ellos, que ya saben de las enfermedades (MCM-C027).

Esta solicitud de cuidarse mucho implica una cierta aceptación o conocimiento de que es muy probable que sus parejas vayan a tener relaciones sexuales con otras parejas. En este caso les solicitan que, si llega a ocurrir, se cuiden y utilicen el condón como una forma de protegerse de las ITS/VIH. También forma parte de los referentes culturales religiosos, que representan un componente importante para el manejo de la incertidumbre del proceso migratorio. El tema de la religión como parte de los procesos para valorar los riesgos representa parte de las situaciones que pueden ser novedosas y con alto impacto para incorporar el condón como parte de las prácticas de protección. Esto a pesar del predominio de la iglesia católica que rechaza el uso del condón como medio de prevención de ITS.

“Si quieres... pero ponte condón, así no”

Solicitar el uso de condón para tener relaciones sexuales, como forma de respuesta ante el riesgo de ITS, posiblemente es la forma de respuesta que genera mayores conflictos en la pareja. Sólo cuatro de las mujeres entrevistadas dijeron que les solicitaban a su pareja el uso del condón antes de iniciar nuevamente su vida sexual. Algunas de estas mujeres para facilitar la negociación compran los condones en las farmacias o los piden en el centro de salud. Sin embargo, es frecuente que los varones se niegan a utilizarlos, porque desde su perspectiva “no necesitan”, ya que dicen que no han tenido relaciones sexuales con otra mujer o que no les gusta utilizarlo porque “no sienten igual”.

Por otra parte, el uso del condón en la pareja en la mayoría de los casos es señal de desconfianza hacia la pareja y sólo es admitido cuando se usa para prevenir embarazos, es el caso de los siguientes testimonios:

P: ¿Y han usado alguna vez el condón? R: Él nunca, nunca, nunca. Yo usaba pastillas, inyecciones, pero él nunca, nunca se puso un condón. P: ¿Y eso por qué? R: Pues como yo me controlaba, él no necesitaba controlarse. P: ¿Y cuando iba a estar contigo sexualmente no te preocupaba que te infectara de una enfermedad de esas? R: Ay, sí, sí me preocupaba. P: ¿Y qué hacías con esa preocupación, le decías a él, o qué hacías para protegerte? R: Yo sí le decía, luego hasta yo los compraba. Luego le decía yo: “¡Si quieres... pero ponte condón, así no! P: ¿Y él siempre aceptaba? R: Decía no, que no se siente igual y que quién sabe qué. Decía: “Yo te lo juro que yo no me meto con nadie por allá” (MCM-CO15).

El uso de condón en la mayoría de estas mujeres es motivado por la necesidad de anticoncepción, es decir, cuando no se puede utilizar otro método. Las mujeres que respondieron no haber utilizado el condón con su pareja, consideran que no es necesario ya que ellas estaban planificando. De cualquier forma, la exigencia de usar condón representa una de las más claras formas de empoderamiento de la mujer en las relaciones con su pareja. Este representa un elemento que no puede ser secundario en el contexto migratorio, ya que las mujeres que exigen el uso de condón tienen una clara representación de que su pareja se ha expuesto a riesgo de transmisión del VIH y que en consecuencia es necesario utilizar un medio para prevenir que sea infectada.

Uso de servicios de salud

El uso de servicios de salud incluye la búsqueda de diversos servicios de atención médica, que van desde la consulta clínica, hasta la revisión ginecológica y la realización de exámenes de laboratorio, tanto para ella como para él. La búsqueda de atención médica puede ocurrir a la llegada de la pareja de EUA o cuando se regresa; trata de asegurar que el varón no trae algún problema de salud sexual o que la mujer no ha quedado con alguna infección.

De esta manera, algunas mujeres pidieron a su pareja “que vaya al médico para que lo revisen o les realicen estudios”, antes de tener relaciones sexuales. Ante esto la mayoría de los varones dice que no es necesario porque “vienen limpios”, y les piden a las mujeres que tengan confianza en ellos.

P: ¿Y qué haces ante esa preocupación? R: Yo hablo con él o hago como una sobrina que tengo; ella también tiene su compañero por allá [...] Ella, llega y lo manda a que se haga estudios y le dice: ¡Yo para acostarme contigo, yo tengo que tener estudios! P: ¿Y tú también haces eso? R: Yo sí le he dicho a mi esposo. P: ¿Cuándo ha venido? ¿Y él qué dice? R: Él me dice que para qué se los va a hacer, que él no me engaña con ninguna mujer: “¡Yo te lo prometo!” Y hasta me está insistiendo que él no, y que jamás haría eso (MCM-C023).

En el caso de los varones que aceptan acudir al centro de salud para que les realicen estudios, las mujeres desconocen el tipo de exámenes o revisiones médicas y los resultados de los mismos; sin embargo, el hecho de que su pareja acuda al centro de salud, les genera confianza y seguridad para reanudar las relaciones sexuales con su pareja.

Por otra parte, una vez que ellos regresan a EUA o han tenido relaciones sexuales sin protección, algunas mujeres acuden al centro de salud para que las revise el médico por el temor de haber contraído alguna enfermedad, pero sin que sus compañeros lo sepan por temor a que se molesten. Esta forma de respuesta quizás represente una de las medidas que tienen las mujeres ante el fracaso de otras, que para ellas puede significar protección y confianza.

R: Pues sí, inclusive cuando teníamos relaciones yo después a los tres, a los dos días yo venía al centro de salud. Yo le decía al doctor: “Es que mi esposo acaba de llegar de EUA, y mañana yo no quiero, no quiero enfermarme”. R: ¿Pero le decías a tu esposo, le contabas de eso? R: No, no, porque él se molestaba (MCM-TEX6).

El retorno de la pareja migrante aparece como una irrupción a la seguridad en la vida sexual de la mujer que se queda en la comunidad. En algunas mujeres, el retorno de su pareja incrementa la incertidumbre, ahora ante la posibilidad de quedarse infectada con alguna ITS o VIH. De nuevo, la inequidad en las relaciones de género aparece como un elemento clave que impide a la mujer manejar las situaciones que percibe como potencial riesgo para su bienestar y salud. También se constituye en un obstáculo que limita la búsqueda oportuna de servicios de salud y sólo puede hacerlo una

vez que su pareja ha retornado a EUA o a escondidas por temor a sufrir represalias.

Conclusiones

La percepción de riesgo a ITS y VIH de las mujeres entrevistadas se expresa como temor, incertidumbre, desconfianza y angustia, asociados con cambios en las relaciones afectivas vinculadas con la migración de la pareja. Esta forma de experimentar el riesgo detona diversas estrategias que responden a la nueva relación de pareja y buscan manejar la incertidumbre y el temor que experimentan, tanto en los momentos de salida como en los de retorno del compañero, en un marco de clara y acentuada inequidad en las relaciones de género.

Los resultados muestran que la confianza en la pareja influye en la percepción de riesgo y puede constituir un elemento de vulnerabilidad a las ITS/VIH, ya que las mujeres que confían en su pareja no se perciben en riesgo y en consecuencia, no despliegan estrategias para manejarlo.

La confianza en la pareja se construye culturalmente como un atributo femenino, y representa un valor importante en la interacción hombre-mujer, especialmente en contextos donde las mujeres tienen escaso acceso a recursos de apoyo social y económico. En estos contextos sociales el cumplimiento de las normas de comportamiento sexual femenino se encuentra vigilado por el entorno comunitario y genera formas de control,⁶ que contribuyen a preservar la desigualdad de género en las relaciones de pareja.⁷ La adopción del rol de *buena esposa* es parte de las expresiones del cumplimiento de normas en las que se asume la confianza en sus compañeros como parte de los comportamientos socialmente aceptados.

Las mujeres encuentran en la confianza a su pareja una forma de mitigar su temor ante la posibilidad de ruptura o abandono, a pesar de que perciben la posibilidad de que sus compañeros tengan otras parejas sexuales en EUA. De acuerdo con Luhmann,⁸ la confianza provee cierta seguridad y permite anticipar el manejo del futuro, lo cual puede contribuir a reducir, en estas mujeres, la percepción de riesgo y a brindarles cierta estabilidad y continuidad en la relación de pareja; pero las expone al riesgo de ITS/VIH.

Cuando las mujeres perciben el riesgo, manejan de manera diferente la relación de pareja ante la migración, y elaboran formas de respuesta para el manejo del riesgo

de ITS, entre las que se identificaron: la búsqueda de información sobre el comportamiento sexual de su pareja, la negociación para el uso de condón y la búsqueda de servicios de salud. De esta forma, el comportamiento sexual de la mujer no responde únicamente a normas y valores^{9,*} sino también a condiciones materiales de vida y a las opciones de acceso a recursos que tienen condicionados por el proceso migratorio en el que están insertas.

Los servicios de salud promueven como medida efectiva para la prevención de ITS y VIH el uso del condón, lo cual puede contribuir a facilitar la negociación con la pareja en aquellas mujeres que se perciben en riesgo. Sin embargo, en el grupo de mujeres que no se perciben en riesgo, esta medida encuentra una gran resistencia en la pareja, ya que su relación se basa en la confianza. Al respecto, diversos estudios han mostrado que la demanda de uso de condón por un integrante de la pareja genera desconfianza en el otro; por lo que ni mujeres ni varones contemplan la posibilidad de plantearlo como una medida útil para la prevención de ITS/VIH.¹⁰ Cuando se da la posibilidad de plantearlo, el uso de condón depende de la aceptación del varón.^{11,12} En este sentido los servicios de salud deberían reformular la promoción del uso de condón como un elemento que contribuya a fortalecer la comunicación y también la confianza en la pareja.

Sin embargo, ¿cómo incorporar la confianza en la pareja como un elemento clave para la promoción y adopción de respuestas efectivas, como el uso de condón? ¿Cómo crear un ambiente apropiado en los servicios de salud confiables para las mujeres, que facilite el proceso de búsqueda y atención oportuna para ITS? Para encontrar respuestas apropiadas se deben tomar en cuenta las normas sociales y el contexto migratorio en que están insertas estas mujeres, como elementos que modulan las formas de respuesta de las mujeres a las ITS. Esto permitiría el diseño de estrategias preventivas y de atención a la salud desde la perspectiva de las mujeres y de los servicios de salud, ajustados con los contextos sociales teniendo en cuenta la responsabilidad de la comunicación del riesgo,¹³ sin alarmar a las mujeres,

* Paiva P. The sexual subset: Societal vulnerability, gender and empowerment. International Conference on Reconciling Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health. Del 14 al 17 de abril 1996, Río de Janeiro, Brasil.

pero favoreciendo la adopción de medidas preventivas ante el riesgo.

Se estima que cada año migran 350 mil mexicanos en busca de trabajo a EUA¹⁴ y que este fenómeno es una realidad que enfrentan otros países de Latinoamérica.¹⁵ La composición de estos movimientos poblacionales es predominantemente masculina y aunque se reporta un incremento de la incorporación de las mujeres, son éstas las que en su mayoría se quedan en las comunidades de origen. El estudio del proceso migratorio ha tenido como protagonista a los varones; sin embargo, las mujeres que se quedan en las comunidades de origen también forman parte de este proceso y viven consecuencias relacionadas con cambios en las relaciones de pareja, familia, y en las relaciones con la comunidad.

Las formas de respuesta identificadas en este estudio expresan las capacidades de las mujeres para manejar los cambios en su entorno social y el desarrollo de estrategias para el mantenimiento de su salud sexual y reproductiva que tienen alta potencialidad para ser incorporadas en los programas de atención primaria en salud, con énfasis especial en la prevención de las ITS.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud del mundo 2002 - reducir los riesgos y promover una vida sana. Ginebra: OMS, 2002.
2. Luhmann N. Sociología del riesgo. México: Triana Editores, 1988:35-75.
3. Douglas M, Wildavsky A. Risk and culture. An essay on the selection of technological and environmental dangers. Berkeley: University of California Press, 1982.
4. Lupton D. "Introduction: Risk and sociocultural theory". En: Lupton D, ed. Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives. Cambridge: Cambridge University Press, 1999:1-11.
5. Iñiguez L, Antaki C. Análisis del discurso. *Anthropos Huellas del Conocimiento* 1998;177:59-66.
6. Le Blanc G. Canguilhem y las normas. Buenos Aires: Nueva Visión, 2004:112.
7. Castañeda X, Brindis C, Castañeda CI. Nebulous margins: sexuality and social constructions of risk in rural areas of Central Mexico. *Cult Health Sex* 2001;3(2):203-219.
8. Luhmann N. Confianza. México DF: Universidad Iberoamericana-*Anthropos* 1996:178.
9. Szasz I, Figueroa JG. "Sexuality, gender relations and female empowerment". *Female Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*. April 21-24 Lunch. Suecia, 1997.
10. Hirsch JS, Higgins J, Bentley ME, Nathanson CA. The social constructions of sexuality: marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in a Mexican migrant community. *Public Health Matters* 2002;92(8):1227-1237.
11. Gupta GR. Gender, sexuality, and HIV/AIDS: the what, the why, and the how. *Can HIV AIDS Policy Law Rev* 2000;5(4):86-93.
12. Williams SP, Gardos PS, Ortiz-Torrez B, Tross S, Ehrhardt A. Urban women's negotiations strategies for safer sex with their male partners. *Women and Health* 2001;33(3/4):133-148.
13. Forde OH. Is imposing risk awareness cultural imperialism? *Soc Sci Med* 1998;47(9):1155-1159.
14. Consejo Nacional de Población. Índice de intensidad migratoria México-Estados Unidos. México: Conapo, 2000:17-18.
15. Leyva R, Caballero M, Bronfman M. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA. Experiencias en Centroamérica, y México. Cuernavaca, México: INSP, 2004.

8. Servicios de salud: prevención y atención de las ITS y el VIH/SIDA

Frida Quintino
René Leyva

En este capítulo se analiza la respuesta de los servicios de salud a la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA, con particular énfasis en las características y condiciones de atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. El trabajo de campo se focalizó en los centros de salud de los Servicios de Salud del estado de Morelos, debido a que la mayoría de las familias que cuenta con algún migrante no se encuentran cubiertas por las instituciones de seguridad social. De acuerdo con los datos de la encuesta realizada en ambas comunidades, sólo 28.6% de la población en la comunidad rural y 40.4% de la comunidad urbana cuenta con acceso a los servicios médicos de alguna institución de seguridad social.

En primer lugar, se describe la oferta de servicios de atención médica en los sistemas público y privado. En segundo lugar, se analiza la situación de las ITS y el VIH/SIDA mediante una revisión de los datos del sistema de vigilancia epidemiológica en los ámbitos estatal y municipal. Posteriormente, se analiza la percepción e información del personal de salud (médicos, enfermeras y promotores) sobre las condiciones sociales relacionadas con la transmisión de ITS y la demanda de atención por parte de las mujeres compañeras de migrantes. Por último, se caracterizan las acciones que forman parte de los programas de prevención de riesgos a la salud sexual y reproductiva, y de atención médica de las ITS desarrolladas por las unidades de primer nivel de la Secretaría de Salud. Dicho apartado incluye una caracterización de las estrategias, los espacios destinados para las intervenciones y los recursos materiales empleados. Además, se incluyen elementos

de la práctica médica, los procedimientos de manejo y la prescripción de tratamiento para los casos de ITS identificados entre los diferentes actores involucrados –de manera directa e indirecta– en la dinámica de movilidad poblacional.

Este capítulo se elaboró mediante el análisis de la información obtenida en la primera y en la segunda etapa del proceso de investigación cualitativa. Para documentar la disponibilidad de materiales, el desempeño y la organización de los servicios de salud relacionados con la prevención y atención de las ITS/VIH/SIDA, se acudió a seis fuentes de información:

- El material etnográfico recopilado por el proyecto, particularmente el apartado correspondiente a servicios de salud.
- Datos recabados mediante las guías de observación de los consultorios ginecoobstétricos y de disponibilidad de medicamentos (anexos 12 y 13).
- Normas técnicas del sistema de salud nacional, estatal y municipal.
- Datos provenientes del sistema de vigilancia epidemiológica estatal y local.
- Datos de la encuesta poblacional aplicada en las dos comunidades, particularmente el apartado que corresponde a los conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA.
- Entrevistas semiestructuradas aplicadas a personal de salud (10 en la comunidad rural y nueve en la urbana). Éstas se encuentran distribuidas de la siguiente manera: médicos de los centros de salud (7); enfermeras de los centros de salud (5); promo-

tores de los centros de salud (2); directivos de salud municipal (2), y médicos privados (3).

El análisis de esta información se hizo con base en las siguientes categorías: perfil sociodemográfico y laboral del entrevistado; opinión sobre la frecuencia de ITS en diferentes grupos de la población; vulnerabilidad y riesgo de las mujeres compañeras de migrantes; programas de ITS/VIH/SIDA desarrollados por la organización; actividades de prevención en la comunidad, y procedimientos de manejo del caso de una ITS en hombres y mujeres.

Servicios de salud y atención de ITS y VIH/SIDA

El municipio rural cuenta con siete centros de salud de la Secretaría de Salud que brindan atención de primer nivel y un hospital de segundo nivel, ubicado a 15 kilómetros de la cabecera municipal, el cual funciona desde el año 2000. La mayoría de los habitantes del municipio que requieren atención hospitalaria por enfermedades crónico-degenerativas, atención del parto, cáncer cervicouterino y VIH/SIDA, entre otros problemas de salud, acuden a dicho hospital. Además, hay tres médicos generales que brindan consulta privada (pago por servicio) ubicados en la cabecera municipal.

El municipio cuenta con 10 centros de salud en los que se ofrecen servicios de consulta externa y medicina general; una unidad clínica del ISSSTE y otra del IMSS. No se cuenta con datos publicados sobre el número de médicos ni clínicas privadas.

Los centros de salud de la Secretaría de Salud en ambos municipios cuentan con médicos generales y en servicio social, odontólogos pasantes, enfermeras pasantes y tituladas y promotores de salud. En estas unidades se asignan médicos y enfermeras para atender específicamente a la población inscrita en el Seguro Popular y el Programa Oportunidades.

En el país, todos los servicios de salud públicos y privados deben conocer y aplicar las normas que regulan^{1,2} la atención de la salud sexual y reproductiva, en las cuales se incluye la prevención, la atención y el control de ITS y el cáncer cervicouterino. Estas normas tratan de homogenizar los procesos y la calidad de la atención, así como los recursos que deben disponer las unidades de salud para la atención de las necesidades de la población. Además, como parte del sistema de

vigilancia epidemiológica, se incluyen los temas de ITS/VIH/SIDA, que corresponden a problemas de salud para los cuales se exige reporte obligatorio de casos, así como del seguimiento clínico y epidemiológico de los mismos con el fin de responder a estos problemas y establecer estrategias específicas para su prevención.

Vigilancia epidemiológica de las ITS y el VIH/SIDA

Durante casi dos décadas, los servicios de salud del estado de Morelos han registrado altas tasas de incidencia de ITS. De acuerdo con datos de la Dirección Nacional de Epidemiología,³ Morelos presentó las siguientes prevalencias: virus de papiloma humano (1.9), herpes genital (1.4), chancro blando (1.3), sífilis adquirida (1.0), gonorrea (0.4) y linfogranuloma venéreo (0.1), todas por 100 mil habitantes. En cuanto al VIH/SIDA, se habían registrado 2 416 casos acumulados de sida y se habían diagnosticado 496 personas con VIH, entre 1995 y 2006.⁴

En los centros de salud de las comunidades estudiadas se corroboró el funcionamiento del programa de vigilancia epidemiológica de ITS/VIH/SIDA, el cual forma parte del Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE-SINAVE). El personal de salud entrevistado en los centros de salud indicó que los casos nuevos son registrados diariamente en los formatos especiales para después ser enviados al nivel jurisdiccional donde se concentra y envía la información estatal. Si una persona utiliza los servicios médicos más de una vez (subsiguiente) por el mismo problema, ya no se reporta al SUIVE; los médicos sólo lo registran en la hoja diaria que permite elaborar el reporte de la situación epidemiológica de las ITS en la comunidad.

Durante el trabajo de campo se revisaron los registros de vigilancia epidemiológica de los centros de salud correspondientes a 2005. En el centro de salud de la cabecera municipal rural se registraron 63 casos de candidiasis y 30 de tricomoniasis urogenital; y en el centro de salud de la cabecera municipal urbana se registraron 35 casos de ambas ITS (17 de candidiasis y 18 de tricomoniasis) en este periodo.⁵ A pesar de contar con estos datos, los centros de salud no están en posibilidad de estimar la tasa de prevalencia de ITS porque desconocen los denominadores poblacionales. No obstante que se cuenta con una descripción formal

del flujo de la información epidemiológica así como de datos epidemiológicos sobre ITS.

Desde la perspectiva de los profesionales de salud que prestan sus servicios en el sector público y privado, en los dos municipios estudiados existe un subregistro importante de los casos de ITS, incluso de VIH/SIDA. “Este problema es más grave de lo que en un primer momento pensamos, las estadísticas oficiales no nos dicen mucho sobre la expansión real de las ITS” (médica, centro de salud, municipio urbano). De acuerdo con sus testimonios, algunos factores que influyen negativamente para contar con un registro confiable de la información epidemiológica son:

- La falta de control sobre los frecuentes casos reincidentes de ITS.
- La frecuente pérdida del seguimiento de casos derivada de la canalización a las instancias de segundo nivel de atención.
- La carencia de un cuestionario especial para las personas que presentan una ITS.
- La desvinculación de los datos registrados en los servicios médicos privados con el registro epidemiológico de la Secretaría de Salud.
- La importante movilidad poblacional en ambos municipios.

Los testimonios del personal de salud muestran que, en ambos municipios, se han detectado casos de personas con virus de papiloma humano (VPH); sin embargo, frecuentemente éstos no se incorporan a los registros epidemiológicos por la pérdida de seguimiento del caso. De igual manera, los médicos privados han diagnosticado casos de sífilis, gonorrea y herpes genital, pero ninguno de ellos envió la información epidemiológica correspondiente para su notificación y seguimiento apropiado. No obstante, en opinión de un médico privado la información epidemiológica pudiera mejorarse substancialmente:

Sería excelente que hubiera capacitación y un programa donde la Secretaría de Salud nos obligara, como médicos particulares, a la participación en la generación de datos estadísticos, que se nos diera un formato mensual obligatorio donde reportemos todos los casos de ITS (médico, sector privado, municipio rural).

Respecto a la situación del VIH/SIDA, la revisión documental indica que el contexto urbano estudiado figura entre los seis municipios que registran el mayor número de casos acumulados de sida en la entidad.⁶ Lo anterior coincide con algunos testimonios del personal de salud, donde se indicó una prevalencia de VIH/SIDA mayor a la registrada oficialmente, ya que en los registros epidemiológicos de los centros de salud de este municipio sólo se reportó un caso de VIH durante 2005.⁵

Hemos tenido muchos casos, ahora trato a cuatro que clínicamente tienen sida, pero ha habido muchos otros que probablemente ya murieron (enfermera, centro de salud, municipio urbano).

En el municipio rural, de acuerdo con registros oficiales de 2005, no hay casos de VIH/SIDA; sin embargo, algunos informantes que prestan servicios de salud en el sector privado indicaron la detección de casos en personas originarias de la cabecera municipal y de las localidades aledañas.

En el municipio sabemos de dos casos de VIH, una persona ya falleció, al revisar los números me doy cuenta que no se registran los casos (médica, sector privado, municipio rural).

Aquí también tenemos sida, hemos detectado tres casos [...] una señora era ama de casa, su esposo frecuentaba a las trabajadoras sexuales y fue migrante [...] otra mujer de 22 años era trabajadora sexual [...] y un señor ya de edad (médico, sector privado, municipio rural).

De acuerdo con el artículo 129 de la Ley de Salud del Estado de Morelos del año 2000,⁷ la notificación de casos de VIH/SIDA debe realizarse ante las autoridades sanitarias más cercanas, las cuales se encuentran definidas en el artículo 4º de la misma ley, e incluyen al gobernador, al ayuntamiento y los Servicios de Salud del estado. En los centros de salud de los municipios estudiados se respeta este procedimiento de notificación mediante la canalización de los casos confirmados de VIH al hospital general y la entrega de la información epidemiológica a la Jurisdicción Sanitaria y al ayuntamiento.

Por su parte, los médicos privados reportaron que no cuentan con hojas de referencia y contrarreferencia

para canalizar este tipo de casos a las instancias de la Secretaría de Salud, así que se limitan a describir la sintomatología y solicitar que se dé seguimiento mediante un oficio dirigido al ayuntamiento o en la propia receta médica. A continuación se ejemplifica este proceso de notificación empleado por un médico privado:

Cuando esta señora ama de casa llegó (al consultorio), tenía unas manchitas, una candidiasis oral; se le mandó una Elisa y salió positiva, defensas por debajo de 4 000, entonces se le canalizó a la Secretaría de Salud, previa carta a la presidencia municipal (médico, sector privado, municipio rural).

El proceso de registro epidemiológico y de atención de VIH/SIDA representa uno de los retos para el sistema de salud. Estos problemas de salud se encuentran estrechamente relacionados con comportamientos sociales sobre los cuales hay un claro estigma, el cual puede estar influyendo en la búsqueda de atención apropiada, pero también dificultando la labor de vigilancia epidemiológica. Esto último implica la identificación y seguimiento de contactos, en este caso sexuales, los cuales se encuentran en un marco de privacidad de la persona afectada.

En estas condiciones, el manejo de las ITS y las políticas de control se encuentran en un terreno que va más allá de lo médico (diagnóstico y tratamiento) y que implica actuar en el marco de contextos e interacciones sociales, que requieren respetar la privacidad y preservar y proteger la confidencialidad de la información de las personas afectadas. En este sentido, la notificación epidemiológica de los casos debe apegarse estrictamente a la norma. Sin embargo, en la práctica el personal de salud no identifica que este proceso pueda tener implicaciones negativas sobre la preservación de la confidencialidad de la condición de salud de las personas que viven con VIH/SIDA, en tanto se ajusta a los preceptos indicados en la normatividad estatal de salud. No obstante, desde nuestra perspectiva esta situación coloca a las personas afectadas en una condición de desprotección jurídica.

La perspectiva médica sobre la vulnerabilidad y riesgo de ITS y VIH/SIDA

Las MCM representan uno de los grupos de usuarios de los servicios de salud; sin embargo, no existen procedimientos específicos de registro que permitan contar

con estadísticas sobre la demanda de atención por dicho grupo. El personal de salud de ambas comunidades cuenta con referencias sobre la condición migratoria de sus parejas, debido a la interacción cotidiana en el centro de atención. A partir de ello, afirman que “la gran mayoría de las mujeres que acude a los servicios de salud tienen su esposo en Estados Unidos de América (EUA) o su familia allá” (médica, centro de salud, municipio rural).

Para el personal de salud, un punto de referencia para identificar a las mujeres compañeras de migrantes es el sistema de registro del Programa Oportunidades. Con base en estos datos, en el área urbana, se estima que “son como mínimo 70 mujeres de un total de 550” (médico, centro de salud, municipio urbano).

Algunos médicos privados que cuentan con expedientes clínicos donde incluyen antecedentes migratorios también reconocieron la presencia de este grupo. “De las mujeres que vienen, un porcentaje alto tiene al esposo o un familiar en EUA; en general, la comunidad está muy vinculada con la migración” (médico, sector privado, municipio rural).

La interacción cotidiana con estas mujeres, permite a los profesionales contar con ciertos elementos para identificar e interpretar la relación entre migración y condiciones de salud, particularmente entre las MCM. En términos generales, el personal de salud entrevistado considera que la migración tiene una estrecha relación con la alta tasa de incidencia y reincidencia de ITS entre las mujeres compañeras de migrantes.

En los servicios públicos y privados de salud se mencionó que es frecuente la demanda de atención médica, diagnóstico y tratamiento de estas mujeres por molestias derivadas de infecciones de transmisión sexual, principalmente, candidiasis, tricomoniasis y VPH. Estos médicos han identificado la presencia de casos de ITS recurrentes y han observado que la demanda de atención parece acentuarse en el periodo de retorno y/o partida de los migrantes.

Luego, luego que él se va, la señora se siente mal y acude al centro para la atención médica; ellas tienen que acudir a su tratamiento y casi siempre vienen solas (médica, centro de salud, municipio rural).

La presencia de ITS ha generado un paulatino reconocimiento del riesgo que pueden enfrentar las mujeres ante el VIH/SIDA. Los médicos privados de

las comunidades que registran los antecedentes migratorios de las personas atendidas mencionaron dos mujeres compañeras de migrantes que requirieron la aplicación de la prueba Elisa: “una con resultado VIH positivo y una indeterminado”. A decir de los médicos, ambas mujeres fueron canalizadas al centro de salud; no obstante de que no cuentan con capacidad para brindar el diagnóstico confirmatorio, atención médica ni tratamiento; por lo que las pacientes tuvieron que ser re-referidas al Programa de VIH, en la jurisdicción sanitaria (en Cuernavaca) y posteriormente las refirieron al hospital general del municipio. En este proceso de referencia de casos para su atención, se interrumpió el seguimiento médico en el ámbito local, y los médicos del centro de salud desconocen cuál es la situación de atención de estas dos personas, tampoco se tiene información sobre la situación de salud de su pareja.

Al esposo de esta señora le gustaba mucho meterse a los prostíbulos, porque tenemos varios, inclusive también el señor radicó en EUA. Yo creo que fue él quien la *contaminó*. Cuando ella salió positiva, se dejó con el señor; quién sabe dónde quedó el señor, y como ella también fue canalizada perdimos su caso (médico, sector privado, municipio rural).

A decir de los profesionales, un factor de riesgo para la diseminación de ITS y VIH/SIDA en estos contextos de alta migración es el bajo nivel de conocimientos sobre estas infecciones en la mayoría de la población, y la insuficiencia de estrategias preventivas. Esta perspectiva en cierta medida coincide con los datos de la encuesta poblacional aplicada en las dos comunidades estudiadas durante la primera fase del proyecto.

Creo que la alta presencia de ITS en la comunidad se debe a la falta de educación, las limitaciones de la cultura sexual. En este municipio todavía es escasa la labor informativa y de orientación, son limitadas las campañas de uso del condón y los hombres no están dispuestos al uso de este método (médico, sector privado, municipio rural).

Respecto a la información sobre VIH en las MCM, los resultados de la encuesta poblacional muestran que 85% de la población sabe que se pueden transmitir infecciones a través de las relaciones sexuales, pero sólo

40% identificó al uso del condón como la principal estrategia para la prevención de ITS; 7% reportó que la mejor forma de evitar la transmisión de ITS es la abstención de las relaciones sexuales; y 7% consideró que la mejor estrategia para evitar ITS es el ejercicio de la sexualidad sólo con su pareja estable.

En cuanto a la percepción de riesgo ante las ITS/VIH/SIDA, se obtuvieron datos que muestran el alejamiento manifestado por la población ante estos padecimientos, ya que 30% de las personas reportó que no tenía ninguna posibilidad de adquirir estas infecciones y sólo 8.5% consideró que su probabilidad era alta.

El estudio permite observar que el personal de salud reconoce que la migración ha permitido la reproducción socioeconómica de las comunidades urbanas y rurales de Morelos; e identifica que este fenómeno de la vida cotidiana está estrechamente relacionado con las condiciones de salud de la población femenina. Desde su punto de vista, la dinámica migratoria genera un conjunto de cambios culturales que inciden en la vida de pareja y el ejercicio de la sexualidad. Esta situación se combina con la permanencia de la limitada educación en materia de salud sexual y reproductiva.

Los profesionales de la salud consideran que un efecto negativo de contar con una pareja migrante es “la exposición constante a las infecciones de transmisión sexual”. Desde su perspectiva, la migración puede ampliar el margen que tienen los varones para establecer contacto con diversas parejas sexuales, ya sea con sus compañeras que permanecen en los lugares de origen, con otras parejas en EUA y/o con trabajadoras sexuales. Además señalan que convergen distintos factores de riesgo a ITS y VIH/SIDA, tales como el mismo contexto donde los varones migran desde muy jóvenes y cuyas condiciones de vida se caracterizan por la baja escolaridad, el limitado acceso a servicios de promoción de la salud, así como el hábito del alcoholismo, el rechazo al uso del condón y la multiplicidad de parejas sexuales.

Sobre las condiciones sociales en que se insertan los migrantes en los lugares de destino en EUA, el personal de salud entrevistado opina que hay “una alta demanda del trabajo sexual”. De igual manera, se afirma que en las localidades de origen, los hombres migrantes suelen acudir a los centros nocturnos y botaneras en busca de las trabajadoras sexuales (TS) y que estas prácticas parecen acentuarse en los días de pago y cuando regresan los migrantes.

Estando allá, donde los migrantes no tienen el control de su pareja, la misma soledad, los amigos, los hombres acostumbrados a beber desde muy chicos, hace que las relaciones extramaritales y la cultura de acudir al sexo-servicio sea más fuerte que acá (médico, sector privado, municipio rural).

A pesar de esto, los profesionales de salud afirman que es baja la tasa de incidencia de ITS y VIH/SIDA entre las trabajadoras sexuales que laboran en diferentes cantinas y bares de las comunidades; pero no por ello dejan de considerarlas como un grupo vulnerable, las cuales presentan una mayor exposición al riesgo de infección que implica el ejercicio de su actividad laboral y también porque forman parte de la *población flotante* con escasas redes sociales de apoyo. Se enfatizó que la gran mayoría de las trabajadoras de sexo comercial son originarias de localidades o ciudades aledañas, las cuales se trasladan en busca de trabajo de una localidad a otra, y en ocasiones, ante la necesidad económica aceptan tener relaciones sexuales sin condón. A decir de los prestadores de servicios de salud, la condición de movilidad de las TS dificulta el seguimiento médico, y por lo tanto, las posibilidades para diagnosticar y atender alguna ITS.

Este conjunto de interpretaciones de los distintos prestadores de servicios de salud, referente a las maneras en que la migración influye en la conformación de contextos de riesgo a las ITS y VIH/SIDA, sitúa a los hombres migrantes como el actor central en la diseminación de las ITS a la pareja que permanece en las comunidades.

La prevención del riesgo y atención de ITS y VIH/SIDA

A pesar de que en los servicios de salud se reconocen las condiciones de vulnerabilidad de las mujeres compañeras de migrantes a las ITS y el VIH/SIDA, no se han desarrollado estrategias que respondan a las condiciones específicas de este grupo. Si bien, en los servicios públicos de salud se reconoce que las prácticas sexuales de los varones migrantes pueden representar riesgos de infección para su pareja, las acciones para la prevención y atención de las ITS y el VIH/SIDA se focalizan en la población femenina, y son prácticamente nulas las acciones orientadas a la población masculina. Además, se identifica que la condición de movilidad de los varones,

como grupo que va y viene, incrementa las dificultades para su inclusión no sólo en las estrategias de prevención y atención médica sino también de acceso y toma adecuada del tratamiento para el padecimiento de ITS.

A continuación se analiza la respuesta desarrollada en los centros de salud referente a la promoción y cuidado de la salud sexual y reproductiva, con el fin de identificar las estrategias que pueden contribuir a la reducción de la vulnerabilidad y riesgo ante las ITS y el VIH/SIDA de las MCM. Posteriormente se presentan las condiciones de acceso a la atención médica para el diagnóstico y tratamiento de ITS.

Pláticas para la prevención de ITS y VIH/SIDA

De acuerdo con la normatividad del sector salud las unidades deben impulsar “procesos educativos que permitan generar la participación social, los cuales deben estar orientados a formar conciencia y autorresponsabilidad entre los individuos, familias y grupos sociales, con el propósito de que todos ellos proporcionen facilidades y colaboren activamente en el cuidado de su salud”.¹

En los centros de salud de las comunidades estudiadas se ha buscado fortalecer los procesos de prevención primaria mediante acciones desarrolladas en dos ejes: la organización mensual de pláticas de promoción de la salud sexual y reproductiva, y la difusión de información y consejería brindada de manera individualizada durante la consulta médica.

Para llevar a cabo las pláticas preventivas, en ocasiones se utilizan las instalaciones del centro de salud; sin embargo, debido a las limitaciones en la infraestructura de las unidades, con frecuencia estas actividades se llevan en otros espacios públicos, como escuelas, casa ejidal y se promueven ferias de salud. Desde la perspectiva de los profesionales, además de las limitaciones de infraestructura que derivan en barreras para ampliar la cobertura de las intervenciones preventivas, existen insuficiencias de los recursos didácticos y de difusión.

La organización de estas actividades está a cargo del personal de los centros de salud en coordinación con la Jurisdicción Sanitaria. En general, los facilitadores de las mismas son los promotores de salud, las enfermeras pasantes y las trabajadoras sociales; quienes tienen escasa capacitación técnica en el manejo de estos temas, particularmente cuando se aborda la migración como fenómeno relacionado con las ITS y el VIH/SIDA.

Las pláticas están dirigidas principalmente a las mujeres madres de familia y a las mujeres beneficiarias del Programa Oportunidades. En general, el promotor de salud o la trabajadora social se encargan de convocar a un amplio número de mujeres mediante letreros colocados en espacios públicos. Para atraer a las beneficiarias de *Oportunidades*, el personal encargado del Programa reúne de 10 a 20 mujeres a través de su cartilla de descripción, en la cual se explicita la fecha, hora, lugar y tema de la plática de promoción de la salud.

Las pláticas dirigidas a ambos grupos de mujeres están pensadas como espacios donde se difunde información sobre múltiples temáticas relacionadas con el cuidado de la salud de la mujer y sus familias (planificación familiar, atención prenatal). En el componente de promoción de la salud sexual y reproductiva se incluye la información sobre las estrategias de prevención de las ITS, el VIH/SIDA y el cáncer cervicouterino.

La participación de las mujeres durante la plática tiene un carácter pasivo; sin embargo, al finalizar se establecen una serie de intercambios de información, percepciones y vivencias relacionadas con el tema expuesto. Este intercambio permite a las participantes reflexionar y reelaborar la información recibida, la cual en ocasiones coincide con sus vivencias y fortalece la percepción y valoración sobre este tipo de problemas de salud. Sin embargo, debido a que los recursos materiales disponibles para el desarrollo de estas actividades son escasos es frecuente que se utilicen los mismos carteles que se han aplicado en pláticas anteriores, lo cual puede resultar poco atractivo, repetitivo, sobre algo “ya oído”, escasamente novedoso para las mujeres que tuvieron oportunidad de participar en sesiones previas.

A pesar de ello, se puede reconocer que las pláticas tienen efectos positivos entre las asistentes en dos sentidos: como un espacio de intercambio y como información para reafirmación de sus percepciones sobre el problema de ITS. La búsqueda de cambio de comportamiento o de desarrollo de estrategias efectivas de negociación del uso del condón no son áreas cubiertas por estas actividades, y es un asunto que se encuentra muy distante de ser incluido en estos eventos.

Diagnóstico y atención de ITS

De acuerdo con los procedimientos y criterios establecidos en la normatividad para la atención médica de las ITS, los servicios de salud deben proporcionar

“consejería, diagnóstico, tratamiento eficaz y oportuno a pacientes sintomáticos/asintomáticos, y a sus parejas sexuales”.¹ Las acciones de diagnóstico y atención de ITS están enmarcadas en la prestación de servicios rutinarios de consulta médica brindada por libre demanda a la población general, programada para grupos específicos (trabajadoras sexuales) o como parte del Paquete Básico Garantizado de Salud para la población beneficiaria del Programa Oportunidades.

Las condiciones de los consultorios médicos de los centros de salud, revisados de acuerdo con lo establecido en la Norma Oficial Mexicana 178-SSA1-1998,⁸ cuentan con la infraestructura básica de atención ginecológica, y en menor medida con recursos materiales para uso del paciente. Estos centros de salud, de acuerdo con la norma, cuentan con: camilla de estribos ajustables; silla sin espalda ni brazos; banquetas de altura; pinza para sujetar cuello de matriz; toruñero con tapa; mesa Pasteur, mayo o equivalente; lámpara de cuello; espéculo vaginal desechable; lubricante vaginal; guantes desechables; aplicadores, y laminillas estériles. Sin embargo, no cuentan con: cepillo para cuello, bata para las pacientes, baño para uso de las pacientes, ni bolsa para desechos, los cuales también se encuentran incluidos en la norma.

De esta manera, el equipamiento de los centros de salud muestra cómo se asegura la disponibilidad de los recursos para la atención utilizados por el médico, pero hay escasez en aquellos requeridos para asegurar la confortabilidad y privacidad de la atención de las mujeres.

La demanda de atención de ITS está constituida, en su mayoría, por mujeres, prácticamente no acuden parejas, y mucho menos varones solos. A decir de los médicos, los varones acuden “sólo cuando se sienten muy mal y tienen semanas con la sintomatología; por el contrario, cuando ellas tienen problemas generalmente se acercan” (médico, centro de salud, municipio rural).

Debido a la alta migración en las comunidades, el personal de salud ha tomado la decisión de “no abrir expediente clínico hasta la segunda visita” (enfermera, centro de salud urbano). Consideran que abrir un expediente para estas personas representa un trabajo que tiene poca utilidad para la prestación del servicio, toda vez que hay escasa probabilidad de que la persona vuelva por segunda ocasión para solicitar atención por el mismo padecimiento; mucho menos por una ITS. El procedimiento de manejo más común de los casos de ITS en mujeres, que tiene lugar en la interacción médico-paciente, consiste en la evaluación de la sin-

tomatología referida por la mujer, exploración clínica, prescripción del medicamento, y actividades de seguimiento que incluyen la invitación para realizarles un estudio de Papanicolaou (Pap). A decir del personal de salud, es frecuente que las mujeres no regresen a la segunda consulta o no acudan por los resultados. Cuando se tienen indicios de infecciones como tricomoniasis, sífilis, gonorrea o VPH, que requirieren de exámenes de laboratorio para confirmación diagnóstica, es poco frecuente que éstos se lleguen a realizar. Los médicos se limitan a la prescripción del tratamiento en función de los datos obtenidos mediante los síntomas expresados por la persona y la exploración clínica.

En las comunidades se promueve “el estudio citológico del Papanicolaou por ser un método de elección para la prevención y detección oportuna del virus de papiloma humano, displasia moderada, o cáncer del cuello uterino”.⁹ En general, las mujeres de la comunidad acuden a los servicios de salud, principalmente del sector público, para realizarse el Pap semestral o anualmente. Además, las mujeres inscritas en el Programa Oportunidades están obligadas a realizárselo una vez al año para mantener los beneficios del mismo. Los centros de salud cuentan con un registro para identificar e invitar a la paciente que no ha acudido a sus citas para la aplicación de dicho estudio citológico.

Mediante el proceso de revisión ginecológica que se realiza para la aplicación del Pap o en los resultados del mismo, se han podido identificar algunos casos asintomáticos de ITS; aunque es más frecuente que las mujeres acudan a solicitar la aplicación del Pap cuando tienen varios días o semanas de padecer síntomas ginecológicos.

Por otra parte, el personal de los centros de salud también ha buscado promover la salud sexual y reproductiva en trabajadoras sexuales. Dichas acciones se sustentan en lo establecido en la Ley General de Salud del Estado de Morelos del año 2000.⁷ Ante la alta presencia del trabajo sexual que tiene lugar en ambos contextos, las instancias de salud han establecido el *carnet sanitario*, que funciona como “un documento de identidad que resume las disposiciones sanitarias y el estado de salud de la persona reportado mediante el reconocimiento médico periódico”.⁷

Para obtener y actualizar el carnet sanitario se exige que las trabajadoras sexuales acudan a la revisión clínica semanal o mensual; y se realicen exámenes de laboratorio, los cuales incluyen exudado vaginal, Pap, VDRL, pruebas de VIH, hepatitis B y C. Estos exáme-

nes son pagados por las TS, ya que los centros de salud no asumen este servicio y con frecuencia los dueños de los establecimientos donde laboran no apoyan con el costo de los mismos.

A través de este proceso se han identificado diversos casos de ITS entre las trabajadoras sexuales; sin embargo, desde la experiencia de los profesionales es baja la incidencia de estas infecciones en este grupo de la población femenina. “Esto es muy importante señalarlo ya que ellas son las más expuestas, y sabiéndose las más expuestas son las que más se cuidan” (médico del ayuntamiento, municipio urbano). Sin embargo, tampoco se tiene un sistema de registro epidemiológico que permita establecer la magnitud del problema. Para los médicos, las trabajadoras sexuales forman parte de la “población flotante, están de un lado para otro”, consideran que por su condición de movilidad dificulta el control sanitario, reduciendo el margen para diagnosticar y atender de manera oportuna alguna ITS.

Por otra parte, los profesionales de la salud mencionaron que el procedimiento de manejo de los casos de ITS en varones, es más complejo, ya que éstos muestran importantes resistencias para acudir a consulta y para tomar adecuadamente el tratamiento.

Quando se explica a las mujeres que su pareja tiene que venir y tomar el medicamento, dicen: “No, mi esposo no va a querer”. Cuando ellos llegan a venir siempre ponen algún pretexto para no llevar a cabo bien el tratamiento, ellos dicen: “Yo tomo y fumo mucho” (médico, centro de salud, municipio urbano).

En otras ocasiones, los profesionales de salud mencionaron que, ante la migración tan marcada en estas comunidades, es frecuente que las mujeres diagnosticadas con alguna ITS y que han recibido consejería sobre la importancia que tiene el hecho de que su pareja tome de manera adecuada el tratamiento, opten por enviar el medicamento a EUA: “Ellas se las ingenian para que sus maridos se tomen el medicamento, entonces se los mandan o también la receta médica, todo lo envían mediante el correo o con familiares que van para allá” (médico, centro de salud, municipio rural).

Tratamiento para las ITS

Los servicios de salud local, de acuerdo a la norma oficial, deben “proporcionar un tratamiento específico,

eficaz y oportuno, para curar y prevenir las complicaciones asociadas a las ITS”.¹ De acuerdo con los testimonios del personal médico, con base en la revisión del conteo de medicamento y el control de almacenamiento de los registros que indican el abasto del cuadro básico disponible en los centros de salud, se identificaron los tratamientos que se prescriben para la atención de las ITS. Esta información se sintetiza en el cuadro 1.

Cabe señalar que, desde 2006, en Morelos se implementó un nuevo sistema de distribución de medicamentos para facilitar su disponibilidad en las unidades de atención. Desde la perspectiva de los médicos entrevistados, el sistema ha permitido contar con estos insumos de forma más oportuna, aunque consideran que podría mejorarse tomando en cuenta el consumo de medicamentos que se encuentran relacionados con los perfiles de demanda de atención en los centros de salud.

En el estudio no se realizó un análisis exhaustivo del sistema de abasto de medicamentos; sin embargo, se revisaron registros de control de entradas y salidas de medicamentos al centro de salud, lo cual puede indicar

cierto control de dichos insumos, el cual no existía antes de la introducción del nuevo sistema de distribución.

Por otra parte, el estudio indicó que los médicos desconocen la situación de la adherencia a los medicamentos prescritos para ITS y otros problemas de salud. No hay un sistema de información que permita registrar esta información, por lo que sólo deducen que “si no volvió es porque se curó” (médico, centro de salud, municipio rural). Tampoco se cuenta con información sobre aspectos relacionados con la resistencia a los medicamentos, pero algunos profesionales reconocieron que buena parte de las ITS ya son “resistentes a la penicilina”, y por ese motivo prescriben otros medicamentos de “mayor potencia”.

Conclusiones

La respuesta de los servicios de salud a las ITS y otros problemas de salud sexual y reproductiva relacionados con la migración se encuentra conformada por tres grandes componentes que influyen en las maneras en que se brinda la atención a la población. Por una parte, se encuentra la percepción y valoración del personal de salud sobre el entorno social, la migración y la manera en cómo ésta influye sobre la producción y reproducción de problemas de salud. A pesar de que los servicios de salud han identificado a los varones migrantes como el foco principal sobre el cual se deben realizar las acciones para la prevención y atención de ITS, en la práctica son las mujeres sobre las cuales se enfocan la mayoría de las acciones de prevención y de atención médica de estos padecimientos. La incorporación del enfoque de género para la atención estratégica de este problema se encuentra ante problemas de orden estructural, lo cual continúa obstaculizando el acceso de los varones migrantes a los servicios de salud.

Un segundo componente es el conjunto de normas de salud de orden estatal y nacional que determinan las acciones y procedimientos implementados para la prevención y control local de ITS y VIH/SIDA. La interpretación de estas normas y leyes por el personal de salud tiene variaciones importantes que pueden influir para limitar o ampliar el espectro de acciones orientadas a la población. Pero también la interpretación de las leyes, particularmente la de Salud de Morelos, muestra que puede tener efectos negativos sobre una población ya de por sí afectada por un problema de salud. La falta de confidencialidad (cartas de notificación) en el reporte

Cuadro 1. Medicamentos para ITS disponibles en los centros de salud rural y urbano

ITS	Medicamento incluido en la NOM-039-SSA2-2002	Medicamento disponible en centros de salud
Trichomonas vaginalis	Metronidazol	Metronidazol
Gardenerella vaginalis	Clindamicina	vía oral y óvulos
Candida albicans	Itraconazol	vaginales
	Fluconazol	Nistatina
	Clotrimazol	
Sífilis	Penicilina G benzatínica	Penicilina benzatínica
	Penicilina G sódica cristalina	
Neisseria gonorrhoeae	Ceftriaxona	Ciprofloxacina
	Cirprofloxacina	Quinoflox
	Ofloxacina	Doxiciclina
	Azitromicina	Penicilina procaínica
	Doxiciclina	
	Cefixime	
Antivirales	Aciclovir	Aciclovir
	Famciclovir	
	Valaciclovir	

Fuente: Conteo de medicamentos en un día. Centros de salud de las comunidades estudiadas

de casos de VIH a los ayuntamientos es sólo uno de los problemas identificados en este trabajo. Asimismo, se encuentra el subregistro de ITS, por las condiciones en que se brinda la atención tanto en el sector público como el privado. El hecho de que en los centros de salud se decida no abrir expedientes clínicos hasta la segunda visita representa también uno de los hallazgos de este trabajo que puede sustentar el subregistro de ITS.

Finalmente, la disponibilidad de recursos materiales e insumos terapéuticos para la atención representa el otro componente que incide sobre la calidad de los servicios de salud brindados. En este sentido, los centros de salud se encuentran limitados en sus instalaciones para llevar a cabo actividades de promoción de la salud y tienen que recurrir a otros espacios improvisados para realizar estas actividades que representan el eje para sensibilizar a la población sobre estos problemas y tomar acciones efectivas para su prevención y atención médica oportuna.

De igual manera, existen limitaciones en las instalaciones sanitarias para los usuarios de los servicios de salud, particularmente en aquellos casos que requieren de revisión ginecológica. Los centros de salud carecen de espacio y ropa para la atención apropiada de las mujeres. En cuanto a la disponibilidad de los medicamentos incluidos en la norma, se observa la existencia parcial de algunos de ellos. La cantidad disponible no se analizó debido a que no se contaba con datos de abasto y consumo relacionarlos con el número de casos atendidos. Se carece de información para aplicar este procedimiento básico de control de insumos sanitarios.

La interacción de los factores descritos condiciona un perfil de prestación de servicios de salud en el que se identifican importantes limitaciones de recursos

materiales para la atención médica, pero también se documentó la experiencia de los centros de salud y el desarrollo de estrategias locales para la atención de las ITS y el VIH. Se esperaría que los programas de atención de ITS formen parte de los programas de atención a la salud sexual y reproductiva, para incorporar elementos de género en el diseño e implementación de nuevas estrategias de atención.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002, para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual. Diario Oficial de la Federación núm. 107, 2002.
2. Secretaría de Salud. Modificación, Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana. Diario Oficial de la Federación núm. 15, 21 de junio de 2000.
3. SUIVE. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. México: SSA, 2006.
4. Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. México: Censida, 2006. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2006/panoepide30jun2006.pdf> [consultado 2009 abr 10].
5. Secretaría de Salud. Registro de casos nuevos de enfermedad de la semana 1 hasta la semana 39 del 2005, ITS. México: SSA, 2005.
6. Gobierno de Morelos. Combaten autoridades sanitarias el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Boletín núm. 187. Morelos, México: Gobierno de Morelos, 2006. Disponible en: http://www.edomorelos.gob.mx/00noticias/boletin_completo.php?id=239. [Consultado 2009 feb 15].
7. Gobierno de Morelos. Ley de Salud del Estado de Morelos. XLVII Legislatura. Periódico Oficial "Tierra y Libertad" núm. 4027, 2000.
8. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana 178-SSA1-1998, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. Diario Oficial de la Federación, 14 de diciembre de 1998.
9. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994; para la prevención, tratamiento y control del cáncer de útero y mamario en la atención primaria. Diario Oficial de la Federación, 16 enero 1995.

9. Búsqueda y acceso a servicios de salud

René Leyva
Frida Quintino
Marta Caballero

En este capítulo se analizan factores y procesos que influyen en la búsqueda y acceso a los servicios de salud por parte de las mujeres compañeras de migrantes (MCM), así como en las valoraciones sobre la atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS).

En un primer apartado, el análisis centra su atención en la relación que se establece entre la reestructuración del grupo familiar de las mujeres que se quedan y la búsqueda de atención médica en determinados servicios de salud. En segundo lugar, se recupera la perspectiva de las mujeres que han tenido acceso a las actividades relacionadas con la prevención de ITS y/o VIH/SIDA, se caracterizan las condiciones en que se llevan a cabo estas actividades y el acceso a los programas sociales. Posteriormente, se describen las experiencias de mujeres que han padecido ITS y la búsqueda de la atención médica, entre otros, para estos problemas de salud. Asimismo, se analizan las valoraciones que otorgan a los servicios públicos de salud de la comunidad en relación con la atención de problemas de salud sexual y reproductiva, pero con especial énfasis en la atención de ITS.

La información analizada procede de las 60 MCM entrevistadas en la primera fase del estudio y de 10 mujeres atendidas por los servicios de salud que padecieron alguna ITS en los seis meses previos al estudio; estas últimas fueron seleccionadas aplicando el siguiente procedimiento. Se revisaron 36 expedientes clínicos (22 en la comunidad rural y 14 en la urbana) de los centros de salud; de éstos, se logró contactar a 10 MCM (ocho en la comunidad rural y dos en la urbana), las cuales fueron entrevistadas.

Las entrevistas aplicadas a MCM buscan identificar factores que corresponden al conjunto de recursos simbólicos, materiales y sociales con los que cuentan las mujeres, y que han sido definidos como externos al sistema de salud, y los que son propios de la organización de los servicios.

El análisis de esta información se llevó a cabo con base en las siguientes categorías: datos sociodemográficos; experiencia con respecto a la migración; información y conocimiento sobre ITS/VIH/SIDA; percepción de riesgo y migración de la pareja; relato de síntomas de ITS; contacto con los servicios de salud, y participación en actividades preventivas. Además, en el subgrupo de las 10 MCM se analizan las vivencias de haber padecido alguna ITS con el fin de documentar su relación con la pareja migrante, la valoración de los síntomas, así como los procesos relacionados con la búsqueda de atención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de estos padecimientos.

Reestructuración del grupo familiar, búsqueda y acceso a servicios de salud

El proceso migratorio en las comunidades redefine las relaciones familiares y comunitarias que inciden sobre la capacidad de las mujeres para abordar sus necesidades sociales, entre ellas, las de salud. El estudio permitió identificar dos tipologías de reestructuración familiar, las cuales influyen en la trayectoria de búsqueda de servicios de salud en general, y de salud sexual y reproductiva en particular.

Cuando la mujer se integra a su familia o a la del compañero tiene mayor capacidad de respuesta a problemas de salud, tanto de los hijos como de ella misma, e inclusive de otros miembros de la familia. En este caso la red es sólida en episodios de emergencias médicas, inclusive facilita y determina la decisión de buscar atención médica en momentos de incertidumbre. Los miembros de la familia también funcionan para consultar o pedir consejo. Angélica, de 32 años, con dos hijos, y quien reside con sus suegros en ausencia de su compañero, dice:

P: ¿Qué tipo de problemas has tenido cuando tu marido anda por allá? R: En una ocasión a la niña le picó a las 11 de la noche un alacrán, y entonces empezamos a buscar taxi entre todos para llevarla al hospital de aquí, y con un piquete hay que correrle [...] y le dije a mi hermana: “Pues háblale a Ramón [su cuñado] porque a la niña le picó el bicho”, y enseguida vino como a los 5 minutos y a nos fuimos para el hospital (MCM-CO13).

La red se muestra amplia para estas mujeres, ya que ante una emergencia de salud, ellas cuentan con familiares que la van a apoyar, es decir, quién la acompañe, se quede con sus otros hijos o se encargue del transporte. La red además se vuelve estable y accesible, ya que al vivir juntos o cerca se vuelve fácil la solidaridad entre sus integrantes.

Sin embargo, ante la eventual necesidad de buscar servicios de salud sexual y reproductiva por la MCM, la familia se convierte en un mecanismo de control. En el caso del uso de los métodos anticonceptivos hay una presión familiar para que la mujer lo suspenda cuando su compañero se va a EUA. Además, se entiende que su compañero debe ser su única pareja y que ella debe serle fiel, por lo que no se justifica el uso de métodos anticonceptivos y de barrera.

La búsqueda de atención también puede limitarse debido a que la suegra, la hermana, la madre y/o la cuñada, generalmente, la acompañan a la consulta, lo que puede dificultar la relación médico-paciente, sobre todo en el manejo de temas considerados privados, como lo referente a la salud sexual y reproductiva de la mujer (anticoncepción o alguna infección de transmisión sexual).

Por otro lado, cuando la mujer se queda sola tiene menor capacidad de respuesta a problemas de salud. Por ejemplo, en algún momento de crisis, la mujer no

tiene a quién consultar sus dudas o inquietudes o pedir consejo. Así, cuando la mujer toma la decisión de buscar atención, las dificultades van desde no tener con quien dejar a los hijos a la incompatibilidad de horarios del centro de salud. Entonces acude a las vecinas para que *le echen la mano* sabiendo que es por un hecho puntual y extraordinario, que no es *de todos los días*. Para estas mujeres acudir a los servicios de salud representa un desajuste a sus actividades cotidianas y frecuentemente los problemas de salud se resuelven mediante la automedicación y/o esperando que se *pase solo*, dependiendo de la percepción de gravedad de la enfermedad.

En el caso de la salud sexual, estas mujeres tienen mayor libertad de decisión para acudir a servicios de salud y continuar o no con los métodos anticonceptivos. Martina, de 40 años, con tres hijos, explica y argumenta sus decisiones:

Con las pastillas [anticonceptivas] mi esposo se enojaba mucho [...] Con el niño me tardé, y se fue a EUA, y vino y me embaraza, y se vuelve a ir, y regresa y me embaraza [...] y con la última como no estaba él, el médico me preguntó si me operaba y le dije que sí [...] pero no, no se lo he dicho que estoy operada (MCM-C08).

En este caso, se muestra claramente cómo la mujer sola, al menos en el discurso, expresa que pueden tomar sus propias decisiones y controlar el cuándo y para qué decide buscar atención. Otras toman decisiones en el momento en que el compañero está en Estados Unidos de América (EUA) como una estrategia para no crear tensiones o conflictos con su pareja.

La demanda de servicios de salud para ambos grupos de mujeres resulta compleja, dependiendo de que los problemas de salud afecten a algún miembro de su familia o a ella misma. No obstante, en su conjunto, las mujeres se encuentran con barreras de acceso a los servicios públicos de salud de la comunidad, sobre todo en lo que corresponde a los tiempos y procedimientos burocráticos. El sistema no tiene en cuenta las dinámicas y horarios de las mujeres en relación con su familia. Igualmente las mujeres expresan su insatisfacción porque los servicios de salud sólo están disponibles en la comunidad en horario matutino. Además, una vez atendidas, con frecuencia deben comprar los medicamentos para el tratamiento, lo que afecta negativamente a su economía. Lo anterior representa para las mujeres una inversión de tiempo, traslados, movimientos y

adaptación a las reglas de funcionamiento de las instituciones de salud, dificultando el acceso oportuno y la continuidad de las acciones médicas necesarias para el manejo adecuado de sus necesidades de salud.

Asimismo, la infraestructura de la red de salud local tiene limitaciones para brindar atención a los problemas más complejos relacionados con la sexualidad y la reproducción. A esto se suma que la burocratización del sistema no toma en cuenta los momentos de tensión que vive una mujer ante estos procesos. Rosalinda, una mujer de la comunidad rural de 41 años, con cuatro hijos, el más pequeño de cinco años, recuerda:

R: Yo salí con síntomas de cáncer en la matriz y me mandan hasta la capital [...] me hizo unas cortadas y *nomás* el doctor no me dio explicación. Cuando yo llegué a mi casa, yo me sentía bien mal. Yo llegué llorando porque me dolía mucho. [...] y no me dijo nada, nada, y nada me dio pal dolor ni nada, y yo ya llevaba temperatura. Hasta que mi hermano me llevó al médico del centro de salud chiquito que tenemos aquí, y ése ya me explicó que no habían cortado nada, que eran puras quemaditas de las venitas y que tenía que cuidarme por unos días (MCM-CO23).

A pesar del conjunto de obstáculos que enfrentan las mujeres para acceder a los servicios de salud, la mayoría acude a los centros de salud de la Secretaría de Salud disponibles en su comunidad, ya sea por la carencia de recursos económicos que limitan la búsqueda de atención con un médico privado; por cumplir las condiciones para recibir los beneficios del Programa Oportunidades; por considerar que cierto padecimiento amerita la atención médica; o por estar interesadas en las actividades que se desarrollan en estos espacios, entre otras razones.

Información preventiva sobre ITS y VIH/SIDA

Las MCM que participaron en el estudio cuentan con información sobre prevención y vías de transmisión de VIH/SIDA. La gran mayoría de las mujeres entrevistadas sabe que en los centros de salud se llevan a cabo pláticas donde se proporciona información sobre planificación familiar, atención prenatal, prevención y detección de riesgos ante el cáncer cervicouterino e ITS y VIH/SIDA.

Para el análisis sobre el acceso a información preventiva sobre ITS se estructuraron tres grupos de mujeres según escolaridad y cobertura por el Programa Oportunidades o Seguro Popular; éste debido a una diferenciación socioeconómica de las mujeres de estas comunidades, a las cuales se focalizan estos programas.

El primer grupo corresponde a 49 MCM, que cuentan con cobertura del Programa Oportunidades o del Seguro Popular y que tienen una escolaridad de primaria o secundaria. La mayor parte estas mujeres han tenido acceso a las pláticas preventivas que se llevan a cabo en los centros de salud local, debido a que ambos programas establecen como norma para conservar beneficios de los mismos que las mujeres acudan a las actividades preventivas impulsadas en los centros de salud. De esta forma, las unidades de salud se configuran como los únicos espacios donde obtienen información sobre las vías de transmisión y estrategias de prevención del cáncer cervicouterino y de las ITS y el VIH/SIDA.

En general, este grupo de mujeres expresó valoraciones positivas sobre las intervenciones preventivas: “Como tiene uno *Oportunidades* nos dan pláticas los miércoles, nos han explicado mucho lo de las infecciones, del papiloma humano y gonorrea” (ITS-CO-6). No obstante, también señalaron que en su comunidad es necesario difundir más información, e individualmente se mostraron dispuestas para asistir y participar en otras sesiones.

A partir de la información recibida en las pláticas identifican al Papanicolaou (Pap) como la prueba principal de detección de cáncer cervicouterino e ITS. Todas han acudido a los servicios públicos para que les hagan el Pap, ya sea por la programación semestral o anual de la consulta ginecológica enmarcada en los programas sociales, por padecer los síntomas de una ITS o por la programación de las consultas durante el embarazo. Sin embargo, toda vez que la aplicación del Pap es una condición para recibir los beneficios del Programa Oportunidades, una de las consecuencias negativas de ligarlo a ello es que se constituye en una obligación para las mujeres y un procedimiento burocrático para los servicios de salud. De esta manera se reduce la oportunidad de sensibilización para el cuidado de la salud sexual. Como una expresión de ello, las mujeres entrevistadas frecuentemente señalaron que reciben el diagnóstico mucho tiempo después de que les realizaron la prueba y en ocasiones no saben del resultado; aunque también

consideraron que es importante aplicarse el Pap porque les permite conocer su estado de salud y “prevenir o atender alguna infección” (MCM-CO25).

La mayoría de las MCM entrevistadas mencionaron como principal vía de transmisión del VIH la de relaciones sexuales, y en menor medida la vía sanguínea y perinatal. No obstante, algunas de ellas aún desconocen la existencia de la prueba de detección del VIH, pero la mayoría mencionó que para ello existen “análisis de sangre”. Del total de mujeres entrevistadas, cuatro se habían hecho la prueba Elisa* como parte de los análisis requeridos durante el embarazo, 11 afirmaron que les gustaría hacerse la prueba de detección del VIH, y cuatro se negaron a esta posibilidad por considerar que están exentas del riesgo.

Yo no me la haría, no viene al caso que yo me esté haciendo una prueba de ésas. Si yo supiera que ando mal y que me he metido con uno y con otro, a lo mejor sí me preocupaba, ¿no?, entonces sí que me hagan eso para estar segura (MCM-TEX31).

Un segundo grupo (11 MCM) corresponde a las mujeres que no tienen cobertura por *Oportunidades* ni el Seguro Popular y que cuentan con escolaridad básica (primaria o secundaria). En sus narrativas también se observó un reconocimiento de la importancia que tienen las pláticas preventivas que se promueven en los centros de salud; sin embargo, ellas consideran que en el desarrollo de estas actividades existe una preferencia por “las que están en el Programa Oportunidades”. Por ello, algunas mujeres sólo han escuchado que en estos servicios públicos se brinda información sobre el cuidado de la salud sexual y reproductiva pero no han accedido a estos espacios.

Dicen que sí dan pláticas pero a mí nunca me informaron. Sí me hubiera gustado acudir porque le hace falta a una como mujer, son cosas que nos podrían servir mucho (ITS-TX11).

En general, estas mujeres se han aplicado el Pap cuando tienen los síntomas de una ITS o durante la

programación de la consulta para vigilar el desarrollo del embarazo. Asimismo, ninguna se había realizado la prueba de detección del VIH y cuatro se negaron a esta posibilidad por considerar que están exentas de riesgo. Con frecuencia, ellas expresaron, “Yo no me la haría porque al salir bien en el Papanicolaou, una está bien”; “Sólo es necesario si estás enferma o cuando el esposo tiene otra mujer”.

El tercer grupo está conformado por 10 mujeres, diferenciadas por su mayor escolaridad respecto de los dos grupos anteriormente descritos (cuentan con más de nueve años de escolaridad) y en el cual se incluye tanto beneficiarias como no beneficiarias de los programas sociales. Estas mujeres tienen mayores referencias sobre las distintas ITS y los procesos de diagnóstico; y han obtenido esta información tanto en el ámbito escolar como en las pláticas preventivas impulsadas en el centro de salud de su comunidad.

Lo que conozco para saber si tienes alguna ITS es por medio de un examen de laboratorio, tal vez un exudado vaginal y un Papanicolaou; y para el VIH forzosamente tendrías que hacerte una prueba de sangre (MCM-CO17).

Este grupo valoró positivamente las intervenciones preventivas, pero también sugirieron la ampliación de información sobre la existencia de las diferentes ITS y sobre VIH/SIDA; y demandaron la extensión de la cobertura tanto en los servicios de salud como en las escuelas, ya que “se debe explicar sobre estas enfermedades a todos los niños” (ITS-CO15).

Estas mujeres reconocen la importancia que tienen las pruebas de diagnóstico y han buscado atención en los centros de salud para la revisión ginecológica y la aplicación del Pap, particularmente cuando han padecido los síntomas de una ITS, y sobre la prueba de diagnóstico para VIH; sobre esta última una mujer se había realizado la prueba Elisa, como parte de los análisis requeridos durante el embarazo (ITS-CO3); otra, por la percepción de riesgo de una transfusión sanguínea, “hace como tres años sufrí de hemorragias muy seguidas, como me quedé con la espinita, me hicieron un examen de todo esto y salí bien” (ITS-CO7); y la tercera mujer dijo haberse realizado la prueba “por el miedo al contagio, porque no vas a decir que usas el preservativo a 100% [...] gracias a dios ha salido negativo [...] mucha gente no lo manifiesta y el virus está latente” (MCM-CO17).

* Las pruebas de tamizaje para la detección de anticuerpos anti-VIH, en plasma o suero sanguíneo, incluyen metodologías como Elisa (ensayo inmunoenzimático ligado a enzimas) y aglutinación.¹

Además, algunas de las mujeres con mayor escolaridad consideraron que las actividades preventivas impulsadas por los servicios públicos de salud no sólo son sitios de recepción de información adecuada sobre las ITS y el VIH/SIDA, sino también se configuran como espacios donde las mujeres, entre ellas las compañeras de migrantes, pueden intercambiar sus dudas y experiencias sobre estos padecimientos.

Después de las pláticas, ya pienso que no soy la única que sufre su machismo. Cuando nos juntamos en las pláticas, otras señoras también comentan, y te das cuenta sobre cómo aquí triunfa esa idea de que uno como mujer recibe infecciones porque anda con otras personas (ITS-CO5).

Por ello, algunas mujeres consideraron que, ante las frecuentes resistencias de los varones de la comunidad para adoptar medidas preventivas, sería adecuado que las estrategias impulsadas por los servicios públicos de salud incluyeran a la población masculina. “Los hombres deberían asistir a esas reuniones, nosotras somos las que siempre acudimos para todo, la mujer para todo” (ITS-CO1).

De esta forma, los centros de salud, además de funcionar como espacios para brindar información científica sobre los temas de salud sexual y reproductiva, también se transforman en lugares que facilitan el intercambio de información entre pares, de manera informal, con lo que se refuerza el sistema de creencias, representaciones y prácticas determinadas por las normatividades genéricas y sexuales.

Padecer una ITS, búsqueda y acceso a la atención

Durante la primera etapa del trabajo de campo se entrevistó a 60 mujeres, de las cuales 13 (cinco en la comunidad rural y ocho en la urbana) mencionaron haber padecido una ITS, en algún momento de su vida. Al indagar sobre estos padecimientos, siete afirmaron haber presentado sólo en una ocasión los síntomas de una ITS, y dos reportaron una sintomatología recurrente, particularmente “dolor, ardor, comezón y flujo”.

La atención de ITS en estas mujeres incluye los servicios de los centros de salud, los médicos privados y la automedicación. La mayoría de estas mujeres acu-

dió al centro de salud local, donde tuvieron acceso a la consulta médica, les confirmaron el diagnóstico de ITS, y algunas recibieron tratamiento gratuito, no sólo para ellas sino también para su compañero.

Tendrá como tres años que yo sentía mucho ardor en mi parte. Fue cuando empecé a ir al centro de salud para que me hiciera mi Papanicolaou. Me vio la doctora y me mandaron la medicina, también a mi esposo le mandaron pastillas, y sí se las tomó (MCM-CO15).

Las que acudieron a los servicios de salud privados (dos mujeres), lo hicieron porque “en ese lugar dan rápido los resultados de los estudios clínicos en comparación con el centro de salud donde tardan aproximadamente dos meses”.

Las mujeres con ITS que se automedicaron (dos mujeres) presentaban una sintomatología recurrente, y mencionaron que sólo acudieron una vez a recibir atención médica, cuando iniciaron con los síntomas, y posteriormente han optado por la automedicación: “Como sufro mucho de infecciones, pues me sigo poniendo lo que me dieron cuando fui al doctor, mejor voy y compro la misma medicina” (MCM-TEX13).

El diagnóstico de ITS también se llevó a cabo como parte de los estudios rutinarios de Pap. Cuatro mujeres mencionaron que “no tenían nada” hasta que acudieron al centro de salud para exploración ginecológica y aplicación del Pap. Fue entonces que les informaron de su padecimiento y recibieron tratamiento. Para estas mujeres, el origen de la infección no fueron las relaciones sexuales sino el haberse “sentado en baños sucios”; “utilizar ropa apretada”; o “estar sentada mucho tiempo”.

Tomando como referencia la información obtenida en la primera fase del estudio, se consideró relevante profundizar —en la segunda fase de la investigación— en comprender los procesos relacionados con la búsqueda y acceso a servicios de salud por mujeres que hubiesen padecido ITS y que recibieron atención médica, en los seis meses previos al estudio.

Las características sociodemográficas de las 10 mujeres entrevistadas (que padecieron ITS y que recibieron atención médica) muestra lo siguiente: su edad oscila entre los 23-39 años; cinco cuentan con escolaridad de nivel primaria, una con secundaria, y cuatro con bachillerato y/o carrera técnica. Ocho mujeres estaban casadas o vivían en unión libre y dos eran separadas;

nueve se integraban a la red familiar cuando su esposo migra y una era mujer sola. Todas tienen hijos –2 a 7 hijos–; ocho de ellas se dedican sólo al trabajo doméstico, y siete son beneficiarias de los programas sociales antes mencionados.

En los relatos de estas mujeres se observa que por lo menos seis de ellas han tenido ITS recurrentes en el marco de la vida en pareja con un varón migrante. Con frecuencia, mencionaron que las infecciones iniciaron a pocos días o semanas de haber contraído matrimonio o unión libre. Benita, de 38 años, narra su experiencia, en la cual destaca el control que ejerce el varón sobre el tipo de servicios de salud que son *apropiados* para la atención de estos padecimientos:

Casi de recién casados también tuve una infección. Yo nunca le pregunté al doctor a qué se debió, pero se presentó como al mes de que yo estuve con él. Me salió una bola al lado de mi vagina. Él pensó que era mejor que yo no acudiera al centro de salud, me llevó a un particular, me inyectaron (ITS-CO5).

En general, ellas consideran que la migración de su compañero genera condiciones propicias para adquirir nuevamente otra infección, ya que prácticamente dan por hecho que los varones tienen relaciones sexuales durante su estancia en los EUA. “Está mal que ellos estén por allá y una por acá; una se casa para estar juntos, más que nada hay tantas enfermedades como el papiloma, el sida, pues ya ni sabe una” (ITS-CO6). En algunos casos esta percepción de riesgo se confirma con el padecimiento de una ITS presentada en el periodo de retorno de su compañero.

Antes de la última infección, hace como tres años, casi recién de que vino mi esposo de EUA, me puse muy mal, vine a hacerme el Papanicolaou, y resulté con infección. Yo creo que fue muy fuerte lo que tenía porque hasta me mandaron a Cuernavaca para que allá me cortaran la infección, estuve en tratamiento como un año, después quedé bien (ITS-CO12).

Al explorar las características del último evento de una ITS vivido en los últimos seis meses, se observa una correspondencia con la información generada en la primera etapa de la investigación, donde se identificaron casos sintomáticos y asintomáticos. En este evento, algunas mujeres padecieron comezón, ardor, flujo, dolor

abdominal y molestias al momento de tener relaciones sexuales; y otras se enteraron o confirmaron su padecimiento mediante la aplicación rutinaria del Pap.

La mayor parte de las mujeres (siete) optaron por comunicar el padecimiento sólo a su pareja, apenas iniciados los primeros síntomas: “Le conté a mi esposo, le dije que me daba un dolor y ardor, y que iba a ver a la doctora” (ITS-CO12). Otras vivieron el padecimiento en soledad, y le informaron a su pareja después de acudir a la consulta médica. También se identificó un caso donde la mujer optó por mantener en silencio la infección.

En general, la comunicación del padecimiento de ITS se configura como un espacio de intenso conflicto entre la pareja, ya que se inicia una dinámica de adjudicación de responsabilidades donde la condición de subordinación de las mujeres las sitúa en desventaja, a pesar de que ellas afirman que su compañero migrante ha sido la única pareja sexual. La mayoría de las mujeres utiliza frases como: “Él me dijo que yo me andaba rejunando con otro”; “Él piensa que la mujer que tiene esos problemas es porque anda con otras personas”; “Yo le dije, a lo mejor tú me lo pegaste, y él me dijo ‘Estás loca’, lógico que me iba a decir que no”.

Una vez que emergieron los síntomas de la ITS, ellas esperaron aproximadamente de quince a veinte días para acudir solas al centro de salud de su comunidad. Para ellas, el hecho de vivir el proceso de búsqueda de atención del padecimiento recurrente de ITS, acompañadas por su pareja, constituye una realidad lejana, ya que los varones muestran una importante resistencia para buscar atención médica.

Las valoraciones y opiniones de las mujeres que utilizaron los servicios de los centros de salud sobre la atención médica se concentra en los siguientes temas: la interacción médico-paciente en el espacio de la consulta, la accesibilidad a los análisis clínicos (principalmente al Pap), la efectividad del tratamiento y las actividades de seguimiento del padecimiento.

Si bien las mujeres reconocen la alta demanda que tienen los centros de salud y el consiguiente número de horas dedicadas a la espera de la consulta, en general, ellas valoran positivamente la atención médica recibida en estos espacios. Tienen una opinión favorable sobre la exploración clínica, donde perciben que les brindaron atención individualizada, que les generó confianza para hablar sobre su padecimiento y que hubo respeto sobre la privacidad para la revisión ginecológica. En este

ámbito, el papel de las mujeres médicas juega un papel central, ya que las mujeres prefieren atenderse con ellas, y se sienten en mayor confianza cuando también está presente la enfermera.

Siento que me trataron bien, en confianza, porque la doctora me atendió personalmente en consultorio, lo que pasa es que como doctora, pues yo sentí que era la única persona a la que podía yo comentarle, confiar en ella (ITS-CO5).

Las mujeres entrevistadas mencionaron que durante la consulta recibieron consejería sobre la vía de transmisión de la infección, se indicó el procedimiento para la toma de los medicamentos y se sugirió abstenerse de tener relaciones sexuales durante el tratamiento; sin embargo, algunas consideran que esta información es insuficiente, ya que les gustaría recibir un diagnóstico más preciso e implicaciones secundarias de la infección. Cabe señalar que de las 10 mujeres entrevistadas que recibieron atención médica ninguna recordó (o ninguna quiso mencionar) el nombre de la infección que padeció.

Otro elemento sujeto a valoración sobre la atención médica proporcionada en los centros de salud se relaciona con la aplicación de pruebas diagnósticas. A la mayoría de las mujeres que se utilizaron los servicios de salud por padecer los síntomas de una ITS, se le realizó el Pap en la primera consulta. Ellas hicieron énfasis en las incomodidades que implica este proceso; sin embargo, reconocen que su aplicación les otorgó mayor *confianza* y *tranquilidad* sobre su condición de salud. Se les entregó el resultado del Pap entre los 10 y 30 días posteriores, y a partir de ello, nueve mujeres han accedido a una segunda consulta para dar seguimiento al padecimiento.

Por su parte, para las mujeres que no tenían los síntomas de una ITS fue relevante acceder a la revisión ginecológica para la aplicación del Pap como parte de las actividades impulsadas en el Programa Oportunidades, ya que mediante este proceso pudieron acceder al diagnóstico y atención oportuna de la infección.

De igual manera, la valoración de la atención médica se relaciona con la accesibilidad y eficacia de los tratamientos. Las mujeres dijeron haber obtenido el medicamento para ITS en los centros de salud local; sin embargo, con frecuencia tuvieron que comprar otros medicamentos complementarios y/o esperar un cierto tiempo para obtenerlos en el centro de salud.

En el caso de las mujeres con ITS recurrentes, que se automedican sin resultado clínico, la propia automedicación genera un círculo vicioso que puede llevar a complicar el procedimiento de atención, toda vez que existe alta probabilidad de formación de resistencia. La información apropiada sobre el problema que padecen podría contribuir a mejorar el manejo y reducir las complicaciones del mismo.

Las mujeres reportaron una buena adherencia al tratamiento prescrito por el médico. En general, mencionaron una mejoría del padecimiento en la siguiente semana; sin embargo, se identificó un caso donde se afirma que el medicamento brindado en el centro de salud no resolvió su problema, y tuvo que acudir a un médico privado:

Vine aquí, me recetaron pero no se me quitó, seguía con las mismas molestias, me dieron medicinas pero también había otras que debía comprar en la farmacia, estuve tomándolas como quince o veinte días, entonces fui con un particular. (ITS-CO6).

Nueve mujeres informaron a su compañero las indicaciones del profesional de salud, entre ellas, la necesidad de atención y tratamiento para la pareja. En general, ellas confirmaron la resistencia de su pareja para acudir a la consulta médica en el centro de salud. “Cuando le comenté, él no quiso venir, cuando yo vine no me dieron tratamiento para él, pero él no se lo habría tomado” (ITS-CO8).

De igual manera, cuando se prescribió tratamiento para los varones mediante las propias mujeres, algunos accedieron a tomarlo; “no lo revisaron, nada más enviaron el puro medicamento para él, y así ya no me contagiara a mí” (ITS-CO3). No obstante, la mayor parte de las parejas de estas mujeres se negaron a tomar el medicamento.

Sí me dieron para mi esposo, pero como que él no quería ni acompañarme ese día, y me dijo: “No, estás loca chaparra, yo no, tómatelo tú”. Entonces allí están las pastillas, él no se las va a tomar, pero yo pienso que cuando la mujer se trata y el hombre no, pues sigue lo mismo, pero él no ha querido (ITS-TX5).

A decir de las mujeres, siguieron las recomendaciones de abstención de las relaciones sexuales o bien pidieron a su pareja usar condón durante el periodo de toma del

medicamento. Lo anterior adquiere mayor relevancia en un contexto donde la gran mayoría de las mujeres no ha usado el condón en ninguna ocasión o en el mejor de los casos se ha utilizado como anticonceptivo.

Conclusiones

La recuperación del punto de vista de las MCM permitió una aproximación al conjunto de condiciones sociales, materiales y simbólicas que influyen sobre el proceso de búsqueda y utilización de los servicios de salud local que promueven la prevención y atención de las ITS.

Diversos estudios han señalado que las relaciones inequitativas de género,²⁻⁵ la condición económica,^{6,7} la edad, el momento del ciclo reproductivo y la representación del proceso salud-enfermedad⁸ son factores que pueden facilitar u obstaculizar el acceso de la población femenina a los servicios de salud disponibles en un contexto particular. En este trabajo se aporta información que contribuye a comprender la relación entre el proceso migratorio y la prevalencia de ITS en MCM. Además, se muestran claras actitudes de género que obstaculizan la búsqueda oportuna y apropiada de los servicios de salud, así como el manejo apropiado de la infección por la pareja.

Se identificaron cambios y permanencias en las interacciones, roles, responsabilidades y apoyos familiares y comunitarios que se desarrollan para responder a la salida del varón migrante, que tienen implicaciones en la prevención y búsqueda de atención ante una ITS y otros problemas de salud sexual y reproductiva.

De acuerdo con otros estudios, se documentó que la migración de la pareja tiene la potencialidad de modificar la posición relativa de la mujer en ciertos ámbitos, pero no necesariamente cuestiona la desigualdad de género.⁹⁻¹¹ En las comunidades estudiadas permanece el control que ejerce el varón migrante sobre la sexualidad de su compañera. El uso de métodos anticonceptivos, el embarazo, y el padecimiento recurrente de ITS representan procesos que siguen los ciclos de migración, donde la mujer tiene escaso control sobre las decisiones sobre anticoncepción y atención apropiada de ITS.

La decisión de adoptar, suspender o continuar la utilización de los métodos anticonceptivos se toma a petición del varón y las mujeres asumen las normas del *deber ser* social esperado. De forma tal que la ausencia de la pareja implica que la mujer no necesita usar métodos anticonceptivos; y con la pareja no requiere usar

condón. Esto es una clara expresión del cumplimiento de la norma social de fidelidad de la mujer al varón, no así de éste hacia su pareja.¹²

Por otra parte, se documentó que las dos tipologías de reestructuración familiar condicionadas por el capital social con el que cuentan las mujeres tienen implicaciones contradictorias en la búsqueda de servicios de salud. Entre las mujeres que se integran a su familia o a la de su compañero hay mayor capacidad de respuesta ante problemas de salud por la movilización de los apoyos familiares, pero menor margen de decisión para seleccionar y demandar los servicios de salud que consideran necesarios. Las mujeres que se quedan solas tienen menor capacidad de respuesta debido a la escasa red social de apoyo, pero cuentan con mayor autonomía para demandar servicios de salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, desde la perspectiva de las MCM se muestra cómo tanto el acceso, la interiorización de conocimientos especializados sobre ITS y VIH/SIDA y la experiencia de haber padecido una ITS tiende a generar un redimensionamiento de la percepción de riesgo ante estos problemas de salud. No obstante, este proceso tiene un efecto muy limitado en la adopción de estrategias enmarcadas en la prevención primaria (uso del condón), pero incrementa la capacidad de respuesta de las mujeres, en tanto les permite contar con mejores herramientas para la identificación de síntomas de una ITS, la búsqueda de atención médica, la demanda de aplicación de análisis clínicos, y fortalece su comprensión sobre las ITS como un problema de pareja que requiere abordajes médicos y sociales en este nivel.

Respecto a las condiciones de la organización de los servicios de salud¹³⁻¹⁷ que inciden en la demanda, el acceso y la satisfacción de las necesidades y expectativas de las usuarias, las MCM destacaron los procedimientos para el acceso, los horarios y el tiempo requerido y distancia de los servicios; el conocimiento sobre programas de prevención; la afiliación a los programas sociales relacionados con la salud, y la percepción de las mujeres sobre distintos aspectos del sistema de salud. En este trabajo se observó que tanto las mujeres solas como las integradas a la familia se encuentran con barreras de acceso a los servicios públicos de salud disponibles en las comunidades. El uso de estos servicios requiere largos tiempos de espera; además, éstos se encuentran poco organizados en función de sus necesidades o requieren desplazamientos a otras comunidades que cuentan con unidades hospitalarias o con servicios de mayor

complejidad. Asimismo, las mujeres consideraron que son muy limitadas las acciones para adoptar estrategias de prevención y facilitar el acceso a la atención de ITS para los varones migrantes.

A pesar de estas barreras identificadas, las mujeres despliegan un conjunto de estrategias para demandar y usar servicios de salud sexual y reproductiva disponibles en su comunidad. El uso de estos servicios de salud permite a las mujeres valorar distintos aspectos de la atención que han recibido. Se ha señalado que los usuarios de los servicios tienden a valorar la buena o mala atención mediante un proceso comparativo de las distintas instituciones que conforman la red de salud o los diversos servicios que se proporcionan en cada unidad médica.¹⁸ En este trabajo se observó que estas mujeres, por sus condiciones sociales, tienen escasa capacidad para utilizar otros servicios médicos (privados, seguridad social) y poder establecer valoraciones comparativas; sin embargo, el estudio mostró diferencias en las valoraciones entre las mujeres con mayor escolaridad respecto de aquellas con menor escolaridad, independientes de si contaban o no con los beneficios de los programas sociales.

Los hallazgos del estudio plantean la necesidad de facilitar el acceso a los servicios de salud en mujeres y varones que viven en contextos de alta migración; y fortalecer la implementación de estrategias de promoción y cuidado de la salud sexual y reproductiva tomando en cuenta las condiciones y estrategias familiares para manejar el proceso migratorio. De igual modo, es relevante reconocer la inequidad de género y la connotación social de problemas de salud, como son las ITS, con el fin de responder con mayor eficiencia y equidad a las necesidades de salud de las MCM.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Modificación de la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Diario Oficial de la Federación, 17 enero 1995, modificación en el Diario Oficial de la Federación del 21 junio 2000.
2. Gupta R. Gender, sexuality and HIV/AIDS: the what, the why, and the how. XIII International Conference Plenary Address. International Center for Research on Women, 2000:1-8.
3. Nash D, Gilbert C. Women access to health care in developing countries. *Soc Sci Med* 1992;35(4):613-617.
4. Castro R, Bronfman M. "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión". En: Figueroa JG, coord. La condición de la mujer en el espacio de la salud. México, DF: Colmex-CDDU, 1998: 205-238.
5. Kaijzer B. El género y el proceso salud-enfermedad-atención. *Género y salud en cifras* 2003;1(3):3-7.
6. Barraza-Lloréns M, Bertozzi S, González-Pier E, Gutierrez JP. Addressing inequity in health care in Mexico. *Health Aff* 2002;21:47-56.
7. Sicchia S, Maclean H. Globalization, poverty and women's health: mapping the connections. *Can J Public Health* 2006;97(1):69-71.
8. Herek G, Capitano JP, Widaman KF. Stigma, social risk and health policy: public attitudes toward HIV surveillance policies and social construction of illness. *Health Psychology* 2003;22(5):533-540.
9. Bronfman M, Leyva R, Negroni M, Caballero M, Xibillé C, Cuadra M, et al. Migración, género y sida: contextos de vulnerabilidad. *Género y Salud en Cifras* 2003;1(3):8-12.
10. Muñoz-Aguirre C. "Impacto de la migración en la estructura y dinámica de los hogares". En: Barrera D, Oehmichen C, eds. Migración y relaciones de género en México. México: Gimtrap-UNAM, 2000: 157-181.
11. D'Aubeterre-Buznego ME. "Mujeres y espacio social transnacional: Maniobras para renegociar el vínculo conyugal". En: Barrera D, Oehmichen C, eds. Migración y relaciones de género en México. México: Gimtrap-UNAM, 2000:65-85.
12. Hirsch JS. A Courtship Marriage. Sexuality and love in Mexican transnational families. Berkeley, EUA: University of California Press, 2003.
13. Humphreys J, Rolley F. A modified framework for rural general practice: the importance of recruitment and retention. *Soc Sci Med* 1998;46:939-946.
14. Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ, Angle MA. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. En: *International Family Planning Perspectives* 1995;21(2):64-74.
15. Acuña C, Bolis M. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. Washington, DC: OPS-OMS, 2005.
16. Puentes-Markides C. Women and access to health care. *Soc Sci Med* 1992;35(4):619-626
17. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1997;39:442-450.
18. Mercado F. La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Un estudio cualitativo. *Cad de Saude Publica* 2000;16(3):759-752.

Migración y VIH en las comunidades de origen

En México y otros países de Latinoamérica, la migración se ha constituido como parte de los procesos sociales a través de los cuales se busca dar respuesta a diversas necesidades sociales insatisfechas. Con la migración han emergido nuevos fenómenos sociales y de salud —el VIH entre ellos—, cuya influencia sobre el contexto de las sociedades de origen y destino ha sido explorada en diferentes componentes, sobre todo de carácter económico y cultural, y con claro énfasis en el migrante.

El fenómeno migratorio tiene diversas consecuencias demográficas y sociales en las comunidades de origen. El cambio en la composición poblacional representa uno de los efectos más visibles. Niños, ancianos y mujeres se quedan y habitan en estas comunidades, con lo que se genera un cambio en las relaciones sociales en los grupos familiares y en la comunidad en su conjunto. En este marco, las mujeres compañeras de migrantes (MCM), las que se quedan en la comunidad, tienen que reajustar sus relaciones familiares y comunitarias. No sólo en los momentos de salida y retorno de su pareja migrante, también durante su ausencia, lo cual se configura en un reto para lograr el reacomodo de roles y recomposición de la dinámica de funcionamiento de la relación de pareja, las redes familiares y comunitarias.

En este trabajo se describen y analizan cambios en las dinámicas sociales relacionados con la migración. Éstos van definiendo nuevos escenarios en las

comunidades de origen, los cuales se expresan en la modificación de los perfiles de consumo, riesgo y salud de dichas poblaciones, entre otros aspectos. En este marco, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH emergen como problemas de salud que involucran a los diferentes actores comunitarios, entre ellos los prestadores de servicios de salud, quienes influyen para formar opinión sobre las causas y efectos, así como para adoptar nuevas actitudes comunitarias para enfrentar el problema. La capacidad de respuesta social para resolver los nuevos retos relacionados con la migración es lo que define el contexto de vulnerabilidad que viven los diferentes grupos en la comunidad, en especial las mujeres compañeras de migrantes.

Vulnerabilidad y riesgo social en salud

Este trabajo se sirvió de los conceptos *vulnerabilidad* y *riesgo social* para desarrollar abordajes de carácter contextual e individual. Estas categorías han sido propuestas y aplicadas por diversos autores para el estudio y la comprensión de procesos sociales y de sus consecuencias en diferentes grupos de la sociedad.¹⁻³ Vulnerabilidad y riesgo social corresponden a categorías con las que se busca vincular diferentes momentos, situaciones y niveles de complejidad para entender dichos fenómenos sociales. Vulnerabilidad se refiere al contexto social, mientras que riesgo se relaciona con la condición social en la que interactúan los individuos. Con estos conceptos se buscó comprender cómo y en qué condiciones las personas son capaces de responder ante situaciones de riesgo, en distintos contextos.

El concepto *vulnerabilidad social* se empleó en relación con la relativa desprotección de un grupo de personas (migrantes, pobres, jóvenes, mujeres, indígenas) frente a potenciales daños a la salud, amenazas a sus necesidades básicas o a la vigencia de sus derechos humanos. Todo ello debido a sus menores recursos, así como a sus pobres capacidades económicas, sociales y legales.⁴

De acuerdo con los resultados del estudio, la migración de los varones refuerza la desigualdad de género en la pareja. La migración aparece como un fenómeno social que refuerza a los varones migrantes como proveedores. Justifica la salida del varón en la búsqueda de recursos, pese a tener que exponerse a diferentes situaciones de riesgo. Una de ellas se encuentra bien documentada: el cambio en los comportamientos sexuales y el incremento de parejas sexuales ocasionales en los lugares de tránsito y destino.⁵ Este elemento fundamental coloca a las MCM en situación de riesgo de contraer VIH o ITS, pues se preserva la desigualdad de género en las relaciones de pareja, al obstaculizar el uso de condón como medida preventiva.

La desigualdad ocurre a pesar de que la mujer asume nuevos roles y responsabilidades sociales en ausencia de su compañero. Los diversos actores sociales, políticos, económicos y de salud presentes en la comunidad definen y establecen el nuevo marco social al cual se debe ajustar el comportamiento social de la MCM. Los resultados en diferentes apartados de este trabajo muestran cómo se define este nuevo marco social en el que se establecen límites de acción social, así como *lo permisible* y *lo aceptable* para la MCM en presencia o en ausencia de su pareja. Así, las capacidades y decisiones de la mujer están acotadas por un marco de reproducción de las relaciones sociales tradicionales. Son escasos los espacios sociales o productivos donde las mujeres establecen reglas de funcionamiento. En dichas condiciones, si bien la mujer asume nuevos roles ante la migración de su pareja, éstos se encuentran delimitados a preservar la pareja en la distancia, a mantener y reproducir el funcionamiento del grupo familiar, y a resolver las contingencias relacionadas con la migración de la pareja. En este sentido, se profundiza la diferencia de género, ya que la mujer tiene escaso control de los nuevos cambios. A pesar de su importante capacidad de respuesta para enfrentar las diferentes necesidades del grupo familiar —como la salud—, esta capacidad por

lo general es sólo referencia de su pareja en los Estados Unidos de América (EUA).

Los conclusiones más relevantes se estructuran en tres grandes categorías: a) contextos de vulnerabilidad social, definidos por la desigualdad social y de género en las comunidades de origen de migrantes; b) cambios en las dinámicas familiares y sociales, como sistemas de control social sobre las MCM que pueden contribuir a incrementar las desigualdades de género en la pareja; c) la búsqueda y el acceso a los servicios de salud por la mujer, como forma de respuesta a la percepción del riesgo a VIH/ ITS o como parte de la dinámica de los ciclos migratorios.

Contextos de vulnerabilidad

La *comunidad* y lo *comunitario* frecuentemente se utilizan de manera indistinta; sin embargo, representan conceptos con significados diferentes.⁶ Para este estudio, la comunidad fue entendida como un espacio geosocial donde convergen e interactúan diferentes actores —internos y externos— sociales, políticos, económicos y de salud, entre otros, que proponen, analizan, implementan y evalúan —con diferentes procedimientos, recursos y perspectivas— el desarrollo de acciones comunitarias que modulan y modifican temporal o permanentemente las relaciones comunitarias. Este carácter relacional de la comunidad permite comprender cómo, a pesar de que los propósitos de los actores sociales no siempre tienen un carácter explícito ni se ubican como prioridades comunitarias, emergen como acciones que afectan a los grupos y a la comunidad. En este marco, la salud aparece como un valor social de la comunidad, admite diferentes significados y prioridades en el grupo,⁷ y en consecuencia se traduce en diferentes prácticas o acciones, algunas de las cuales se realizan en colaboración con agentes gubernamentales, profesionales de la salud y *de la comunidad*.⁸⁻¹⁰

El contexto social en ambas comunidades muestra diferencias importantes en cuanto a cohesión social relacionada con la migración. Mientras que en la comunidad rural este fenómeno se encuentra identificado con grupos familiares de migrantes, en la comunidad urbana aparece relativamente diluido, en el marco de interacciones sociales más numerosas y complejas.

En ambas comunidades se identifican grupos mayoritarios de población en situación de precariedad

económica. No parecen presentar diferencias en cuanto a las facilidades de acceso a los servicios educativos ni de salud.

Aunque ambas constituyen unidades demográficas contrastantes de las condiciones sociales en México, la importante desigualdad social y la precariedad en las condiciones de vida de la mayoría de la población representan elementos comunes. Si bien en la comunidad rural hay una oferta limitada de servicios educativos y de salud respecto de la urbana, esto no representa ninguna ventaja para la mayoría de los habitantes de esta última, ya que no hay diferencias en el promedio de escolaridad.

Tampoco parece haber ventaja entre las familias con y sin migrantes en EUA, respecto del acceso a los servicios de salud disponibles. Como en todo el país, se observa que aquellos grupos de población que por su tipo de trabajo cuentan con derecho a los servicios de instituciones de seguridad social acuden a ellas, y el resto de la población utiliza los servicios disponibles: médicos públicos —del gobierno del estado de Morelos— y privados. En la comunidad rural se observó una clara focalización en la cobertura del Programa Oportunidades en MCM.

Las normas sociales que predominan en la comunidad colocan a la mujer en una situación de desventaja ante el varón, sea éste migrante o no. En general, se espera que ellas asuman roles tradicionales relacionados con la reproducción familiar y la dependencia económica. Esta situación ocasiona frecuentes tensiones sociales y de pareja, pues la mujer tiene que asumir nuevos roles de gestión y control de la vida social y económica de la familia ante la migración.

La comunidad funciona al aplicar una especie de vigilancia de comportamiento social de la mujer ante la ausencia de su pareja, lo cual también se ve reforzado por los nuevos jefes de familia —suegros— cuando la mujer se integra a este núcleo. En estas condiciones, la MCM desarrolla estrategias de relación social para los diferentes momentos de la migración de su pareja, que le permitan dar respuesta a sus necesidades.

Estrategias familiares y comunitarias

La redefinición de las relaciones familiares y comunitarias incide sobre la capacidad de las mujeres para afrontar sus necesidades sociales. En este trabajo se identificaron dos tipologías de recomposición familiar, que no tienen

un carácter espontáneo ni responden a una libre decisión de la pareja, sino que se encuentran relacionadas —a veces condicionadas— por la disponibilidad y el acceso a recursos familiares y comunitarios ante la salida del varón. En estos cambios también influyen las relaciones de inequidad de género en la familia, la cual marca la vigilancia, el comportamiento de la mujer cuando su pareja sale de la comunidad y el control de la sexualidad de las MCM.

En las comunidades se identificó que estas tipologías de reorganización no son excluyentes para un mismo grupo familiar ni para una misma mujer, de manera que en diferentes momentos la mujer puede incorporarse a la familia o manejar sola el proceso migratorio. Sin embargo, el hecho de tener a los hijos pequeños es un condicionante para buscar apoyos familiares más cercanos y constantes.

La imagen social de las MCM es un elemento que regula su comunicación e interacción con la familia, la comunidad y las instituciones; también define un nuevo rol social relacionado con el proceso migratorio. La imagen forma parte de la construcción de género, de las normas, las creencias y los comportamientos atribuidos al *ser mujer*,¹¹ y cumple funciones controladoras y normatizadoras del comportamiento social de la mujer.

Las mujeres que se quedan en la comunidad se vuelven *visibles*, es decir, pasan a estar “bajo la mirada de los otros”, mirada que regula su comportamiento, ceñido a la imagen social esperada de ellas en la comunidad.

La imagen social resulta una manera de expresar el comportamiento social esperado de estas mujeres. Aunque a veces, inclusive, ella se permite dar la vuelta a “lo establecido” para “poder respirar” (entre las más jóvenes).

En este nuevo contexto, a los migrantes se les reconoce y se les concede cierto prestigio social en sus comunidades: son los proveedores, tanto para el grupo familiar como para la comunidad. Así, la migración refuerza la desigualdad de género y coloca a las mujeres en una situación de receptoras de los potenciales —y frecuentemente imaginarios— beneficios de la migración. En este sentido, la migración se adscribe como un fenómeno claramente masculino, donde los migrantes aparecen como “hombres que se van a luchar”, a un espacio imaginario llamado *el norte*.

En el campo de la sexualidad confluyen la normatividad social de género, las nociones culturales sobre salud-enfermedad, el cuerpo y un código moral socialmente

prescrito. La experiencia migratoria contribuye a la configuración de masculinidades desde donde los varones migrantes hacen una valoración y gestión de los riesgos relativos a la sexualidad. En este sentido, consideramos que los testimonios de los migrantes aportan elementos para comprender cómo se configuran los contextos de vulnerabilidad a ITS y/o VIH/SIDA en MCM.

Búsqueda y acceso a servicios de salud

De acuerdo con los resultados de la encuesta realizada en ambas comunidades, sólo 28.6% de la población en la comunidad rural y 40.4% de la urbana cuenta con acceso a servicios médicos de alguna institución de seguridad social. Este componente estructural define las principales rutas para búsqueda de servicios de salud en las instituciones públicas; no obstante, los servicios de salud emergen como parte de las estrategias de respuesta y no siempre son la más importante.

La búsqueda de servicios de salud por MCM se encuentra relacionada con diferentes experiencias y valoraciones sociales sobre el comportamiento sexual de su pareja en EUA. Las mujeres entrevistadas expresan el riesgo de ser “enfermada por alguna infección venérea”, como temor, incertidumbre, desconfianza y angustia relacionadas con cambios en las relaciones afectivas vinculadas con la migración de su pareja. Esta forma de experimentar el riesgo detona diversas estrategias ante la nueva relación de pareja y las MCM buscan manejar la incertidumbre y el temor que experimentan, tanto en los momentos de salida como en los de retorno del compañero, en un marco de clara y acentuada inequidad de género.

Los resultados de este trabajo mostraron que la confianza en la pareja influye en la percepción de riesgo y puede constituir un elemento de vulnerabilidad a ITS o VIH, ya que las mujeres que *confían* en su pareja no se perciben en riesgo y, en consecuencia, no despliegan estrategias para manejarlo. Aquí la confianza en la pareja se construye culturalmente como un atributo femenino, y representa un valor importante en la interacción hombre-mujer, especialmente en contextos donde las mujeres tienen escaso acceso a recursos de apoyo social y económico. En estos contextos el cumplimiento de las normas de comportamiento sexual femenino se encuentra vigilado por el entorno comunitario y genera formas de control¹² que contribuyen a preservar la desigualdad de género en las relaciones de pareja.¹³

La adopción del rol de *buena esposa* es parte de las expresiones del cumplimiento de normas en las que se asume no sólo la confianza en sus compañeros como parte de los comportamientos socialmente aceptados, sino su propio comportamiento como mujer fiel y leal a su pareja, a su esposo.

Las mujeres encuentran en la confianza a su pareja una forma de mitigar su temor ante la posibilidad de ruptura o abandono, a pesar de que perciben la posibilidad de que sus compañeros tengan otras parejas sexuales en EUA. De acuerdo con Luhmann,¹⁴ la confianza provee cierta seguridad y permite anticipar el manejo del futuro, lo cual puede contribuir a reducir en estas mujeres la percepción de riesgo y a brindarles cierta estabilidad y continuidad en la relación de pareja; pero las expone a ITS y VIH.

Cuando las mujeres se perciben en riesgo elaboran formas de respuesta para el manejo del riesgo de ITS, entre las que se identificaron: la búsqueda de información sobre el comportamiento sexual de su pareja, la negociación para el uso de condón y la búsqueda de servicios de salud. De esta forma, el comportamiento sexual de la mujer no responde únicamente a normas y valores,^{*‡} sino también a condiciones materiales de vida y a las opciones de acceso a recursos que tienen condicionados por el proceso migratorio en el que están insertas.

El uso de métodos anticonceptivos, el embarazo y el padecimiento recurrente de ITS representan procesos que siguen los mismos ciclos de la migración, en los que la mujer tiene escaso control sobre las decisiones sobre anticoncepción y atención apropiada de ITS. La decisión de adoptar, suspender o continuar la utilización de los métodos anticonceptivos se toma a petición del varón, y las mujeres asumen las normas del *deber ser* social esperado. La ausencia de la pareja implica que la mujer no necesita usar ningún método anticonceptivo; y en cuanto llega la pareja no requiere usar condón, “porque es su pareja”, su esposo: son matrimonio. Esto

* Paiva P. The sexual subset: Societal vulnerability, gender and empowerment. Ponencia presentada en la International Conference on Reconciling Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health. 14-17 April 1996, Río de Janeiro, Brasil.

‡ Szasz I, Figueroa JG. Sexuality, gender relations and female empowerment. Female Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo; April 21-24 1997. Lunch; Switzerland.

es una clara expresión del cumplimiento de la norma social de fidelidad de la mujer al varón, no así de éste hacia su pareja.¹⁵

Por otra parte, las dos tipologías de reestructuración familiar relacionadas con el capital social de las mujeres tienen implicaciones contradictorias en la búsqueda de servicios de salud. Entre las mujeres que se integran a su familia o a la del compañero hay mayor capacidad de respuesta ante problemas de salud, debido a la movilización de los apoyos familiares, pero menor margen de decisión para seleccionar y demandar los servicios de salud necesarios. Las mujeres que se quedan solas tienen menor capacidad de respuesta debido a la escasa red social de apoyo, pero cuentan con mayor autonomía para demandar servicios de salud sexual y reproductiva.

Desde la perspectiva de los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales) el fenómeno migratorio se percibe como asunto presente en ambas comunidades, y tiene consecuencias negativas en la salud de las mujeres. Los testimonios de los médicos –públicos y privados– señalaron la alta demanda de atención por MCM para diagnóstico y tratamiento de molestias derivadas de ITS, principalmente candidiasis, tricomoniasis y virus de papiloma humano. Estos médicos identificaron la presencia de casos de ITS recurrentes y han observado que la demanda de atención parece acentuarse en los periodos de retorno y partida de los migrantes.

Sin embargo, la información epidemiológica disponible presenta importantes limitaciones relacionadas con la falta de control sobre los frecuentes casos reincidentes de ITS; la frecuente pérdida del seguimiento de casos derivada de la canalización a las instancias de segundo nivel de atención; la carencia de un cuestionario especial para las personas que presentan ITS; la desvinculación de los datos registrados en los servicios médicos privados con el registro epidemiológico de la Secretaría de Salud, y la importante movilidad poblacional entre municipios.

La respuesta de los servicios de salud a ITS y otros problemas de salud sexual y reproductiva relacionados con la migración tiene tres grandes componentes que influyen en la manera en que se brinda la atención a la población. Por una parte, se encuentra la percepción y la valoración del personal de salud sobre el entorno social, la migración y la manera en cómo ésta influye sobre la producción y la reproducción de problemas de salud. A pesar de que los servicios de salud han identificado a los varones migrantes como el principal foco sobre el

cual se deben realizar las acciones para la prevención y atención de ITS, en la práctica son las mujeres en quienes se enfocan la mayoría de las acciones de este tipo. La incorporación del enfoque de género para la atención estratégica de este problema se encuentra ante problemas de orden estructural, lo cual continúa obstaculizando el acceso de los varones migrantes a los servicios de salud.

Otro componente que desde la perspectiva médica influye negativamente en el control local de las ITS es el conjunto de normas de salud de orden estatal y nacional que determinan las acciones y procedimientos implementados para la prevención y control de ITS y VIH/SIDA en el ámbito local. La interpretación de dichas normas y leyes por el personal de salud presenta variaciones importantes que pueden influir para limitar o ampliar el espectro de acciones orientadas a la población. Pero también, la interpretación de las leyes –particularmente las de salud en Morelos– puede tener efectos negativos sobre una población ya de por sí afectada por un problema de salud. La falta de confidencialidad (cartas de notificación) en el reporte de casos de VIH a los ayuntamientos representa sólo uno de los problemas identificados en este trabajo. Asimismo, se encuentra el subregistro de ITS, por las condiciones en que se brinda la atención tanto en el sector público como en el privado. El hecho de que en los centros de salud se decida no abrir expedientes clínicos hasta la segunda visita representa también uno de los hallazgos de este trabajo que puede sustentar el subregistro de ITS.

Finalmente, la disponibilidad de recursos materiales y de insumos terapéuticos para la atención representa el otro componente que incide sobre la calidad de los servicios de salud brindados. En este sentido, los centros de salud se encuentran limitados en sus instalaciones para llevar a cabo actividades de promoción de la salud y tienen que recurrir a otros espacios improvisados para realizar dichas actividades, que representan el eje para sensibilizar a la población sobre estos problemas y tomar acciones efectivas para su prevención y atención médica oportuna.

De igual manera, existen limitaciones en las instalaciones sanitarias para los usuarios de los servicios de salud, particularmente en aquellos casos que requieren revisión ginecológica. Los centros de salud carecen de espacio y ropa para la atención apropiada de las mujeres. En cuanto a la disponibilidad de los medicamentos incluidos en la norma, se observa la existencia parcial de

algunos de ellos. La cantidad disponible no se analizó debido a que no se contaba con datos de abasto y consumo relacionados con el número de casos atendidos. Se carece de información para aplicar este procedimiento básico de control de insumos sanitarios.

La interacción de los factores descritos condiciona un perfil de prestación de servicios de salud, en el que se identifican importantes limitaciones de recursos materiales para la atención médica. También se documentó la experiencia de los centros de salud y el desarrollo de estrategias locales para la atención de las ITS y VIH. Se esperaría que los programas de atención de ITS formen parte de los programas de atención a la salud sexual y reproductiva, para incorporar elementos de género en el diseño e implementación de nuevas estrategias de atención.

En estas condiciones, el manejo de las ITS y las políticas de control se encuentran en un terreno que va más allá de lo médico –diagnóstico y tratamiento– y que implica actuar en el marco de contextos e interacciones sociales que requieren respetar la privacidad, así como preservar y proteger la confidencialidad de la información de las personas afectadas. En este sentido, la notificación epidemiológica de los casos debe apearse estrictamente a la norma. Sin embargo, en la práctica el personal de salud no identifica que este proceso pueda tener implicaciones negativas sobre la preservación de la confidencialidad de la condición de salud de las personas que viven con VIH/SIDA, en tanto se ajusta a los preceptos indicados en la normatividad estatal de salud. No obstante, desde nuestra perspectiva esta situación coloca a las personas afectadas en una condición de desigualdad jurídica.

Por otra parte, desde la perspectiva de las MCM se muestra cómo tanto el acceso, como la interiorización de conocimientos especializados sobre ITS/VIH/SIDA y la experiencia de haber padecido una ITS tienden a generar un redimensionamiento de la percepción de riesgo ante estos problemas de salud. No obstante, este proceso tiene un efecto muy limitado en la adopción de estrategias enmarcadas en la prevención primaria –uso del condón–, aunque incrementa la capacidad de respuesta de las mujeres, en tanto que les permite contar con mejores herramientas para identificar síntomas de ITS, la búsqueda de atención médica, la demanda de aplicación de análisis clínicos, además de que fortalece su comprensión sobre ITS, como un problema de pareja que requiere abordajes médicos y sociales.

Respecto a las condiciones de la organización de los servicios de salud¹⁶⁻²⁰ que inciden en la demanda, el acceso y la satisfacción de las necesidades y expectativas de las usuarias, las MCM destacaron los procedimientos para el acceso, los horarios y el tiempo requerido y distancia de los servicios; el conocimiento sobre programas de prevención; la afiliación a los programas sociales relacionados con la salud, y la percepción de las mujeres sobre distintos aspectos del sistema de salud. En este trabajo se observó que tanto las mujeres solas como las integradas a la familia se encuentran con barreras de acceso a los servicios públicos de salud disponibles en las comunidades. El uso de estos servicios requiere largos tiempos de espera. Además, éstos se encuentran poco organizados en función de sus necesidades o requieren de desplazamientos a otras comunidades que cuentan con unidades hospitalarias o con servicios de mayor complejidad. Asimismo, las mujeres consideraron que son muy limitadas las acciones para adoptar estrategias para prevenir y facilitar el acceso a la atención de ITS para varones migrantes.

A pesar de estas barreras identificadas, las mujeres despliegan un conjunto de estrategias para demandar y usar servicios de salud sexual y reproductiva disponibles en su comunidad. El uso de estos servicios de salud permite a las mujeres valorar distintos aspectos de la atención que han recibido. Se ha señalado que los usuarios de los servicios tienden a valorar la buena o mala atención mediante un proceso comparativo de las distintas instituciones que conforman la red de salud o los diversos servicios que se proporcionan en cada unidad médica.²¹ En este trabajo se observó que dichas mujeres, por sus condiciones sociales, tienen escasa capacidad para utilizar otros servicios médicos –privados, seguridad social– y poder establecer valoraciones comparativas. Sin embargo, el estudio mostró diferencias en las valoraciones entre las mujeres con mayor escolaridad respecto de las de menor escolaridad, en forma independiente de si contaban o no con los beneficios de los programas sociales.

Se estima que cada año migran 350 mil mexicanos en busca de trabajo a EUA,²² fenómeno también enfrentado en otros países de Latinoamérica.²³ La composición de estos movimientos poblacionales es predominantemente masculina, y aunque se reporta un incremento en la incorporación de las mujeres, son éstas las que en su mayoría se quedan en las comunidades de origen. El estudio del proceso migratorio ha tenido como

protagonistas a los varones. Sin embargo, las mujeres que se quedan también forman parte de este proceso y viven las consecuencias relacionadas con cambios en las relaciones de pareja, en la familia y en las relaciones con la comunidad.

Las mujeres que se quedan en la comunidad de ninguna manera representan a las “nuevas penélopes”. Son mujeres que enfrentan de manera activa los cambios que les impone la migración de su pareja. Los diferentes capítulos de este libro contienen evidencia suficiente sobre las condiciones de vulnerabilidad de dichas mujeres, pero también las estrategias –a veces de supervivencia– que han desarrollado para enfrentarla.

Las formas de respuesta identificadas en este estudio expresan la capacidad de las mujeres para manejar los cambios en su entorno social, así como el desarrollo de estrategias en salud sexual y reproductiva. Estas formas de respuesta tienen una alta potencialidad para ser incorporadas a los programas de atención primaria en salud, con énfasis especial en la prevención de las ITS y el VIH/SIDA.

Referencias

1. Delor F, Huber M. Revisiting the concept of “vulnerability”. *Soc Sci & Med* 2000;50(11):1557-1570.
2. Aggleton P, Parker R. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci & Med* 2003;57(1):13-24.
3. Bronfman M, Leyva FR, Negroni M, Caballero M, Xibille C, Cuadra M et al. Migración, género y SIDA: Contextos de vulnerabilidad. *Género y Salud en Cifras* 2003;1(3):8-12.
4. Bronfman M, Leyva R. “Capítulo 13. Migración y SIDA en México”. En: Córdoba-Villalobos JA, Ponce de León-Rosales S, Valdespino JL, eds. 25 años de SIDA en México. Logros, desaciertos y retos. Cuernavaca, México: SS-INSP-Censida, 2008, 241-258.
5. Bronfman M, Minello N. “Hábitos sexuales de los migrantes a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH”. En: Bronfman M, Amuchástegui A, Martina RM, Minello N, Rivas M, Rodríguez G. SIDA en México, migración, adolescencia y género. México, DF: Colectivo Sol: 253.
6. Redfield R. *The little community and peasant society and culture*. Chicago: University of Chicago Press, 1956.
7. Stolk EA, Pickee SJ, Ament AHJ, Busschbach JJ. Equity in health care prioritization: An empirical inquiry into social value. *Health Policy* 2005;74(3):343-355.
8. Kerrigan D. Intervenciones comunitarias y política gubernamental reducen el riesgo del VIH en la República Dominicana. Resumen de investigación de Horizons. Washington, DC: Population Council, 2004.
9. Callejas PS, Fernández MB, Méndez MP, León MT, Fábrega AC, Villarin CA et al. Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Rev Esp Salud Pública* 2005;79(5):581-589.
10. Benzaken AS, Galbán-García E, Sardinha JCG, Pedrosa VL, Paiva V. Intervenção de base comunitária para a prevenção das DST/Aids na região amazônica, Brasil. *Rev Saude Publica* 2007;41(supl 2):118-126.
11. Liguori A, Lamas M. Gender, sexual citizenship and HIV/AIDS. *Culture Health & Sexuality* 2003;5(1):87-90.
12. Le Blanc G. Canguilhem y las normas. Buenos Aires, Argentina: Nueva Visión, 2004:112.
13. Castañeda X, Brindis C, Castañeda CI. Nebulous margins: sexuality and social constructions of risk in rural areas of Central Mexico. *Culture Health and Sexuality* 2001;3(2):203-219.
14. Luhmann N. *Confianza*. México DF: Universidad Iberoamericana, Anthropos, 1996:178.
15. Hirsch JS. *A Courtship marriage. Sexuality and love in Mexican transnational families*. Berkeley, EUA: University of California Press, 2003.
16. Humphreys J, Rolley FA modified framework for rural general practice: the importance of recruitment and retention. *Soc Sci Med* 1998;46:939-46.
17. Bertrand JT, Hardee K, Magnani RJ, Angle MA. Access, quality of care and medical barriers in family planning programs. *International Family Planning Perspectives* 1995;21(2):64-74.
18. Acuña C, Bolis M. La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: amenazas y perspectivas. Washington DC: OPS-OMS, 2005.
19. Puentes-Markides C. Women and access to health care. *Soc Sci Med* 1992;35(4):619-626.
20. Bronfman M, Castro R, Zúñiga E, Miranda C, Oviedo J. Del “cuánto” al “por qué”: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1997;39:442-450.
21. Mercado F. La perspectiva de enfermos crónicos sobre la atención médica en Guadalajara, México. Un estudio cualitativo. *Cad Saude Publica* 2000;16(3):759-752.
22. Conapo, 2000.
23. Leyva R, Caballero M, Bronfman M. Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA. Experiencias en Centroamérica y México. Cuernavaca, México: INSP, 2004:252.

Anexo I. Guía de entrevista a mujeres compañeras de migrantes

- 0.1. Entrevistado
- 0.2. Lugar de la entrevista
- 0.3. Fecha de realización de la entrevista
- 0.4. Tiempo aproximado de la duración de la entrevista

Comentarios del entrevistador sobre el desarrollo de la entrevista

(Participación, información y experiencia del entrevistado sobre los temas tocados en la entrevista; disponibilidad para brindar información; puntos relevantes de la entrevista; aspectos difíciles de explorar o profundizar; otros).

I. Características sociodemográficas

Quisiera empezar esta plática con algunas preguntas sobre su vida en general.

I.1. Edad

¿Cuántos años tiene?

I.2. Lugar de nacimiento

Pregunte: ¿Dónde nació? Localidad, municipio, estado, país.

I.3. Condición lingüística, escolaridad y acceso a la educación

Pregunte si habla otro idioma, o si habla alguna lengua indígena.

Pregunte ¿Sabe leer y escribir en español?

Si es afirmativa, **pregunte** ¿Ha ido a la escuela? ¿Hasta qué año estudió?

I.4. Estado civil

- ¿Cuál es su estado civil? Si está casada **pregunte** ¿A qué edad se casó y qué edad tenía su marido?
- **Pregunte** si es el caso, por su separación o divorcio, ¿por qué?
- **Explore** otros enlaces o casamientos anteriores.

I.5. Familia y residencia

- **Pregunte** ¿Con quién vive ahora? ¿Qué lugar ocupa usted ahí? (esposa, hija, nuera, suegra). ¿Cuántas personas viven en su casa?

- **Pregunte** ¿Tiene hijos?, ¿cuántos?, ¿cuántos años tienen ahora?, ¿a qué edad tuvo el primero?, ¿son hijos de una misma pareja –la pareja actual– o de parejas diferentes? Si aún viven con usted, ¿quién le ayuda a sostenerlos? Si ya no viven con usted, ¿qué tan cercana es la relación? **Explore** cómo es la relación con sus hijos, en qué medida puede contar con su apoyo y qué tipo de apoyo suelen darle (económico, moral).

I.6. Trabajo y rol de género

- **Pregunte** ¿Cuál es su oficio o profesión, a qué se dedica normalmente?
- **Pregunte** En los últimos meses, ¿en qué trabajó?
- **Pregunte** ¿Recibe alguna remuneración por su trabajo? ¿Qué otros ingresos tiene? ¿Le ayuda alguien (marido, hermanos, suegros, familiar, familia)? ¿Cuántas personas y quiénes dependen de los mismos ingresos? ¿Considera que sus ingresos le alcanzan para todo lo que necesita?
- **Pregunte** si tiene seguro social o recibe beneficios del gobierno (*Oportunidades*, leche del DIF, etc.).
- **Explore** sobre las oportunidades de empleo remunerado en la comunidad para hombres y para mujeres.

II. Experiencia con respecto de la migración

Ahora quisiera hacer unas preguntas sobre su experiencia en relación con la migración.

2.1. Experiencia migratoria de la pareja y vivencia de la mujer

- **Pregunte** si actualmente vive con su pareja en la comunidad.
- **Pregunte** ¿Cuántas veces se ha ido su pareja fuera de la comunidad (EUA) y por cuánto tiempo ha estado ausente? **Explore** si la entrevistada sabe la fecha de retorno, y si su pareja sigue ciclos regulares de partida y regreso, y ¿en qué temporadas del año se va y vuelve?
- **Pregunte** sobre los motivos de su partida y si la decisión de salir de la comunidad fue tomada en pareja, en familia o por su pareja de manera individual.
- **Explore** si la entrevistada está enterada de algún problema del compañero a la hora de migrar (documentación, dinero, trayecto, llegada, alojamiento, acogida).

- **Explore** si tiene conocimiento del lugar o lugares donde estuvo viviendo su pareja y en qué condiciones (con quién), así como cuál era su situación de trabajo. **Pregunte** si tenía contrato, cuánto gana. **Pregunte** si su marido le cuenta cómo es la vida allá y qué hacía en su tiempo libre.
- **Explore** si alguna vez la entrevistada ha salido de la comunidad, ¿con qué propósitos?, si se fue sola o con su compañero, ¿cómo fue su experiencia?

III. Rol femenino y redes sociales

- **Explore** qué hace cuando su marido está y cuando él no está. Qué ha dejado de hacer o que hace ahora cuando su marido está y cuando no está (trabajo, actividades sociales, actividades comunitarias, etc.)
- **Explore** cómo se siente ella mejor, cuando su marido está o cuando no está.
- **Explore** en qué tipo de problemas recurre a amigos y a conocidos y en cuáles recurre a su familia y ¿por qué?
- **Explore** cuando su pareja está y cuando no está con ella ¿en qué cambian las relaciones con su familia (consanguínea y política)?
- **Explore** cómo es su libertad de acción cuando su pareja no está, si debe pedir permiso para hacer algo, ¿para qué, a quién?
- **Explore** los vínculos de la entrevistada con la familia política ¿quién la apoya más y en qué?
- **Pregunte** ¿Han cambiado las relaciones con sus hijos a partir de la ausencia de su pareja? ¿Cambian cuando su pareja está en la comunidad?
- **Pregunte** ¿Cómo ha sido la actitud de su esposo desde su regreso respecto de sus hijos y del resto de la familia, ha cambiado en algo o es la misma?
- **Pregunte** si pertenece a o recibe apoyo de alguna organización comunitaria, institucional, de la iglesia, etc.; si su esposo está de acuerdo y ¿qué sucede con esos apoyos cuando su esposo está en la comunidad?

IV. Vivir la pareja

4.1. Comunicación

- **Explore** si la entrevistada mantiene comunicación con su pareja cuando está fuera de la comunidad, ¿con qué frecuencia?
- **Explore** si ha percibido un cambio de actitud a partir de su estancia fuera de la comunidad, ¿cuál y a qué se lo atribuye ella?
- **(Concepción de comunicación en la pareja)** ¿Cómo cree que debe ser la comunicación con su pareja? ¿Qué le gusta? ¿Qué le desagrada?
- **Explore** si ella nota cambios en su pareja a partir de que migró, en la forma de vestirse, de hablar; si cambió de amistades, la forma de divertirse, si cree que la ve diferente a ella o al pueblo.

4.2. Vinculación

- **(Su relación de pareja)** ¿Cómo ha sido la relación con su pareja a lo largo de estos años: cuando eran novios, cuando se casaron, cuando decidió irse fuera de la comunidad? ¿Qué le gusta de su relación de pareja y qué le disgusta?, ¿alguna vez se han maltratado? ¿cómo fue, en qué circunstancias, cómo reaccionó usted, cómo se sintió y cómo lo ve ahora?
- **Explore** cómo se siente la entrevistada frente a la ausencia de su pareja.
- **(Concepción sobre la ausencia)** ¿Cambia la vida cuando la pareja está fuera de la comunidad? ¿Qué cree que debe de hacer la mujer cuando su marido sale de la comunidad, y respecto a los hijos? ¿Por qué?

- **(Ser buen compañero/buena compañera)** ¿Cree que su compañero es un buen esposo?, ¿por qué? ¿Cree que usted es una buena compañera?, ¿por qué?

4.3. Condiciones materiales y administración

- **Pregunte** si su pareja le envía dinero, ¿cuánto y con qué frecuencia?, ¿en qué usa ese dinero y quién decide cómo se usa?, si su marido le pide cuentas.
- Si no recibe dinero **pregunte** ¿Cómo obtiene dinero?
- **Pregunte** si tienen alguna propiedad o bienes y si se ha(n) modificado por la migración del compañero (¿han comprado algo o tienen cosas que antes no tenían?).
- **Pregunte** ¿Quién administra el dinero y los bienes que tienen en común cuando el marido está fuera de la comunidad, si es ella u otra persona o si la supervisa algún miembro de la familia o tiene ella plena libertad? ¿Cómo se siente ella en esta situación cuando el marido está fuera de la comunidad y en la comunidad?
- **(Concepción de administración)** ¿Quién cree que debe administrar el dinero de la casa?, ¿por qué? ¿Quién debe de tomar las decisiones? ¿Cuáles decisiones debe de tomar la mujer y cuáles el hombre?, ¿por qué?

4.4. Hijos

- **Pregunte (sobre sus hijos)** ¿Todos sus hijos viven con usted? ¿Quién se ocupa del cuidado de los hijos cuando su marido está fuera de la comunidad? ¿Le ayuda alguien? ¿Quién, cómo y por qué? ¿Quién les regaña cuando se portan mal?, ¿por qué? ¿Cambia esa situación cuando su marido está en la comunidad? ¿A quién piden permiso para hacer alguna actividad?, ¿por qué?
- **(Relación hijos/pareja)** ¿Saben sus hijos dónde está su pareja? ¿Qué dicen al respecto? ¿Qué relación tienen sus hijos con su pareja migrante (les habla por teléfono, les manda carta)?
- **(Concepción de crianza)** ¿Quién debe de criar y educar a los hijos? ¿Quién, de la pareja, debe de decidir sobre los asuntos de los hijos, como la educación o las tareas del hogar? ¿Quién de la pareja debe regañarlos?, ¿por qué?

4.5. Sexualidad

- **Pregunte** ¿Qué piensa sobre las relaciones sexuales en la pareja? ¿En su relación de pareja quién decide cuándo tener relaciones sexuales?
- **Explore** si la migración de la pareja ha afectado su vida sexual. **Pregunte** si ha notado cambios en el comportamiento sexual de su pareja (si es más o menos cariñoso, ¿cómo la trata?) y cómo se siente la entrevistada frente a esta situación, de qué manera lo ha enfrentado. ¿Cómo cree que se siente su compañero?

V. Salud sexual y reproductiva

- **Pregunte** la edad en que tuvo primera relación sexual, su relación con la persona, y qué edad tenía esa persona. **Explore** si ha tenido más de una pareja sexual.
- **Explore** si utiliza o ha utilizado algún método anticonceptivo, cuál utiliza. **Explore** si su pareja está de acuerdo y quién tomó la decisión de planificar. Si ha utilizado un método anticonceptivo antes, ¿de cuál se trataba, y por qué dejó de utilizarlo?

VI. Información, conocimientos y percepción de riesgo a ITS/VIH/SIDA

6.1. Información y conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA

- **Pregunte** si conoce qué son las ITS, cómo se transmiten y cómo pueden prevenirse.
- **Pregunte** si sabe qué es el VIH/SIDA, cómo se transmite y cómo puede prevenirse.
- **Explore** sobre fuentes de información ¿cómo y dónde o de quién obtuvo esa información?

6.2. Percepción de riesgo a ITS y VIH/SIDA en la comunidad

- **Pregunte** ¿Quiénes en la comunidad pueden ser afectados con estas enfermedades?
- **Pregunte** si conoce a alguna persona en la comunidad que haya tenido alguna ITS y qué opina de esa persona.

6.3. Percepción de riesgo a ITS y VIH/SIDA de la entrevistada

- **Explore** si la entrevistada considera que se puede infectar de alguna ITS o de VIH/SIDA, ¿por qué?
- **Pregunte** ¿Qué le recomendaría a sus amigas para evitar adquirir alguna ITS o VIH/SIDA?
- **Pregunte** si la entrevistada considera que por ser compañera de un hombre que ha migrado de su comunidad considera que puede ser afectada por ITS o VIH/SIDA, y por qué.
- **Explore** si ha llegado a pensar que su compañero tuvo encuentros sexuales que podrían afectar su salud. Si lo ha pensado y si le preocupa.
- **Explore** si sabe si su compañero tiene o ha tenido relaciones sexuales sin condón durante el tiempo que estuvo fuera y si hablan de eso, si eso le preocupa.
- **Explore** si conoce a una mujer que haya tenido relaciones sexuales con un hombre que no sea su pareja mientras él se encontraba fuera de la comunidad y qué opina de eso.
- **Explore** si se ha sentido acosada sexualmente por hombres de la comunidad mientras su pareja ha estado ausente, en qué circunstancia, qué relación tenía con esa o esas personas y cómo enfrentó la situación.

6.4. Uso del condón y accesibilidad

- **Pregunte** si utiliza condón en los encuentros sexuales con su compañero. Por qué sí o por qué no. ¿Qué piensa de usar condón con su pareja?
- **Explore** ¿Qué tan fácil es conseguir condones en la comunidad y dónde se pueden conseguir? ¿Hay dificultades para hacerlo, o diferencias para acceder a ellos entre hombres y mujeres o según grupos de edad?

- **Explore** presencia de grupos de rechazo a la promoción y uso del condón en la comunidad.
- **Explore** si hay diferencias en el nivel de aceptación del uso del condón entre hombres y mujeres, solteros y casados. Es decir, si algunos están más dispuestos a usarlos que otros y por qué lo considera así.
- **Explore** si tiene facilidades para hablar de sexualidad con su pareja y de negociar el uso del condón.

6.5. Prueba de VIH/SIDA

- **Explore** si conoce alguna prueba de detección de ITS y si alguna vez se la ha hecho y por qué se la hizo. Si conoce alguna prueba para detectar el VIH/SIDA o si conoce acerca del VIH/SIDA. Si se la ha hecho alguna vez, por qué y si le gustaría hacérsela y por qué.

VII. Capacidad de respuesta

- **Explore** si se ha sentido desprotegida mientras su compañero ha estado fuera y por qué y cómo enfrenta esa situación.
- **Explore** si se ha sentido rechazada o discriminada por ser compañera de un migrante y por estar sola en la comunidad, ¿y qué piensa de eso?
- **Explore** qué hace ante la enfermedad de los hijos, de otros miembros de la familia o suya, cómo se atiende y por qué.
- **Explore** si la decisión que toma para resolver el problema de salud la toma por ella misma o consulta a su pareja o a quién.
- **Pregunte** ¿Alguna vez ha tenido una ITS? ¿Cómo se dio cuenta? ¿Cómo se sintió? ¿Cómo se atendió, por qué, y si resolvió su problema, si recurrió a alguien y a quién? Explore si la pareja participó en el tratamiento y ¿qué dificultades tuvo para pedir ayuda, atenderse y durante el tratamiento?

VIII. Actividades de prevención en la comunidad y disponibilidad de participación

- **Pregunte** ¿Le gustaría tener más información sobre ITS y VIH/SIDA y qué tipo de información le gustaría tener sobre ello?
- **Pregunte** ¿Conoce qué actividades de prevención de ITS y VIH/SIDA se realizan en su comunidad y qué opina de ellas?
- **Explore** la opinión del entrevistado(a) sobre los servicios de salud en su comunidad (centros de salud, hospitales, clínicas u otro tipo de organizaciones disponibles). Si éstos brindan información sobre ITS y VIH/SIDA.
- **Pregunte** si la gente de la comunidad utiliza los servicios de salud, qué servicios y por qué tipo de problemas recurren. Si la respuesta es negativa, **pregunte** ¿A qué atribuye su baja utilización?
- **Explore** qué otras alternativas de atención existen en la comunidad (especialistas) y quiénes y en qué ocasiones recurren a ellas.
- **Pregunte** ¿Cuáles son las principales actividades que considera se deben desarrollar en su comunidad para la prevención de ITS y VIH/SIDA? ¿De qué manera le gustaría participar?

Gracias por su tiempo y por su participación.

Anexo 2. Guía de entrevista a hombres y mujeres residentes de la comunidad

Presentación: Me llamo (nombre) y trabajo para (nombre de institución/organización). Actualmente estamos desarrollando un estudio sobre mujeres parejas de migrantes y SIDA en México con el propósito de conocer la situación del problema y proponer el desarrollo de acciones para la prevención del SIDA en las comunidades de origen de los migrantes.

Nos interesaría tener una entrevista con usted con el propósito de conocer su opinión sobre la migración y sobre el SIDA, así como la información que tiene sobre las diferentes organizaciones que se encargan de alguno de estos problemas.

Obtener consentimiento informado

Registrar los siguientes datos en el diario de campo y en la cinta

- 0.1. Entrevistado
- 0.2. Lugar de la entrevista
- 0.3. Fecha de realización de la entrevista
- 0.4. Tiempo aproximado de la duración de la entrevista

Comentarios del entrevistador sobre el desarrollo de la entrevista

(Participación, información y experiencia del entrevistado sobre los temas tocados en la entrevista; disponibilidad para brindar información; puntos relevantes de la entrevista; aspectos difíciles de explorar o profundizar; otros).

I. Características sociodemográficas

Quisiera empezar esta plática con algunas preguntas sobre su vida en general.

I.1. Edad

- **Pregunte** ¿Cuántos años tiene?

I.2. Lugar de nacimiento

- **Pregunte** ¿Dónde nació? Localidad, municipio, estado, país

I.3. Condición lingüística, escolaridad y acceso a la educación

- **Pregunte** si habla otro idioma, o si habla alguna lengua indígena.
- **Pregunte** ¿Sabe leer y escribir en español?
- Si es afirmativa, **pregunte** ¿Ha ido a la escuela? ¿Hasta qué año estudió?

I.4. Estado civil

- **Pregunte** ¿Cuál es su estado civil?

I.5. Familia y residencia

- **Pregunte** ¿Con quién vive actualmente?
- **Pregunte** ¿Tiene hijos?, ¿cuántos?, ¿cuántos años tienen ahora?

I.6. Trabajo

- **Pregunte** ¿A qué se dedica normalmente? En los últimos meses ¿en qué ha trabajado?
- **Pregunte** ¿Recibe alguna remuneración por su trabajo, tiene otros ingresos?
- **Pregunte** si tiene Seguro Social o está inscrito(a) en algún programa del gobierno (*Oportunidades*, leche del DIF, etc.)
- **Explore** sobre las oportunidades de empleo remunerado en la comunidad para hombres y para mujeres.

II. Experiencia con respecto a la migración

2.1. Antecedentes migratorios del entrevistado y de la familia

- **Pregunte** ¿Usted ha salido alguna vez de su comunidad?
- **Pregunte** sobre los motivos por los que decidió salir de la comunidad.
- **Pregunte** ¿Cuántas veces, a dónde? ¿Cuánto tiempo permaneció fuera? ¿Cómo le pareció la experiencia?

- **Pregunte** ¿Alguien de su familia ha salido de la comunidad?, ¿quién, cuántas veces, a dónde, cuánto tiempo estuvo fuera?, ¿cómo afectó o benefició la migración de esa persona en la vida familiar?

2.2. Información, interacción y opinión sobre los migrantes

- **Pregunte** ¿Conoce a personas de la comunidad que hayan salido a otros lugares fuera de la comunidad?
- **Pregunte** ¿Sabe usted por qué motivos se fueron de la comunidad?
- **Pregunte** ¿Sabe qué grupos de población pertenecen quienes migran (jóvenes, hombres, campesinos, etcétera)?
- **Pregunte** ¿Sabe usted cómo se van, y a qué problemas se enfrentan, a qué lugares llegan, por cuánto tiempo se van, en qué temporadas parten, en qué trabajan allá?
- **Pregunte** sobre la opinión que tiene sobre los migrantes que regresan a la comunidad (si cambian de comportamiento, forma de vestir, manera de hablar, de relacionarse con las demás personas, si se sienten con mayor poder en la comunidad, o por el contrario son rechazados, si participan en las festividades de la comunidad etc.).

III. Interacción y opinión sobre las mujeres compañeras de migrantes

- **Pregunte** sobre la opinión de las mujeres esposas de los migrantes que se quedan en la comunidad. ¿Las ve distintas a las demás mujeres? ¿Ve algún cambio en ellas cuando están solas o cuando están con sus esposos? ¿En qué cambian, qué hacen y qué no hacen?
- **Pregunte** ¿Quién se hace cargo de la mujer cuando el compañero no está?
- **Explore** el comportamiento que se espera de estas mujeres, sobre todo referente a los hombres que residen en la comunidad.
- **Explore** el comportamiento de los hombres hacia la mujer que se queda sola en la comunidad.

IV. Información, conocimiento y percepción de riesgo sobre ITS/VIH/SIDA

4.1. Percepción de riesgo a ITS y VIH/SIDA en la comunidad

- **Pregunte** si conoce qué son las ITS, cómo se transmiten y cómo se pueden prevenir:

- **Pregunte** si sabe qué es el VIH/SIDA, cómo se transmiten y cómo se puede prevenir:

4.2. Percepción de riesgo a ITS y VIH/SIDA en la comunidad

- **Pregunte** ¿Quiénes en la comunidad pueden ser afectados con estas enfermedades?
- **Pregunte** si conoce a alguna persona en la comunidad que haya tenido alguna ITS.
- **Pregunte** si sabe o conoce de alguna persona con VIH/SIDA en la comunidad y si considera que esto es un problema.
- **Explore** si considera que los migrantes contribuyen a la transmisión del SIDA en la comunidad y por qué.

V. Información y opinión sobre el condón

- **Pregunte** ¿Qué opina del uso del condón, quiénes cree que deben usarlo y por qué?
- **Pregunte** ¿Dónde se consiguen condones en la comunidad y quiénes los utilizan más?
- **Explore** la presencia de grupos de rechazo a la promoción y uso del condón.

VI. Opinión e información sobre actividades de prevención de sida en la comunidad

- **Pregunte** si sabe qué actividades se desarrollan en la comunidad para la prevención de ITS/VIH/SIDA y qué opina de ellas, si piensa que son suficientes, a quién están dirigidas, a través de qué medios u organizaciones se llevan a cabo.
- **Explore** si considera que las mujeres compañeras de migrantes que adquieren alguna ITS o VIH/SIDA tienen opciones o dificultades para obtener atención en la comunidad, y a qué servicios recurren.
- **Pregunte** ¿Cuáles son las principales actividades que considera se deben desarrollar en su comunidad para la prevención de ITS y VIH/SIDA y de qué manera le gustaría participar.

Gracias por su tiempo y por su participación.

Anexo 3. Integrantes de la red de las mujeres compañeras de migrantes

Presentación: Me llamo (nombre) y trabajo para (nombre de institución/organización). Actualmente estamos desarrollando un estudio sobre mujeres parejas de migrantes y SIDA en México con el propósito de conocer la situación del problema y proponer el desarrollo de acciones para la prevención del SIDA en las comunidades de origen de los migrantes.

Nos interesaría tener una entrevista con usted con el propósito de conocer su opinión sobre la migración y sobre el SIDA, así como la información que tiene sobre las diferentes organizaciones que se encargan de alguno de estos problemas.

Obtener consentimiento informado

Registrar los siguientes datos en el diario de campo y en la cinta

- 0.1. Entrevistado
- 0.2. Lugar de la entrevista
- 0.3. Fecha de realización de la entrevista
- 0.4. Tiempo aproximado de la duración de la entrevista

Comentarios del entrevistador sobre el desarrollo de la entrevista (Participación, información y experiencia del entrevistado sobre los temas tocados en la entrevista; disponibilidad para brindar información; puntos relevantes de la entrevista; aspectos difíciles de explorar o profundizar; otros).

I. Características sociodemográficas

Quisiera empezar esta plática con algunas preguntas sobre su vida en general.

I.1. Edad

- **Pregunte** ¿Cuántos años tiene?

I.2. Lugar de nacimiento

- **Pregunte** ¿Dónde nació? Localidad, municipio, estado, país

I.3. Condición lingüística, escolaridad y acceso a la educación

- **Pregunte** ¿Sabe leer y escribir en español?
- Si es afirmativa, **pregunte:** ¿Ha ido a la escuela? ¿Hasta qué año estudió?
- **Pregunte** si habla otro idioma, o si habla alguna lengua indígena.

I.4. Estado civil

- **Pregunte** ¿Tiene pareja?

I.5. Familia y residencia

- **Pregunte** ¿Qué relación tiene con (nombre de la mujer compañera de migrante que nos refirió a la persona) ¿Con quién vive actualmente?
- **Pregunte** ¿Tiene hijos?, ¿cuántos?, ¿cuántos años tienen ahora?

I.6. Trabajo

- **Pregunte** ¿A qué se dedica normalmente?
- **Pregunte** En los últimos meses ¿en qué trabajó?
- **Pregunte** ¿Recibe alguna remuneración por su trabajo, tiene otros ingresos?
- **Pregunte** si tiene Seguro Social o está inscrito(a) en algún programa del gobierno (*Oportunidades*, leche del DIF, etc.)
- **Explore** sobre las oportunidades de empleo remunerado en la comunidad para hombres y para mujeres.

II. Experiencia con respecto a la migración e información, interacción y opinión sobre los migrantes

- **Pregunte** ¿Alguien de su familia ha salido de la comunidad? ¿Quién? ¿Por qué motivos? ¿Cuántas veces, a dónde, cuánto tiempo estuvo fuera? Si ha regresado a la comunidad y si vuelve en alguna fecha en particular; ¿cuánto tiempo se está en la comunidad?
- **Explore** si sabe cómo llegó al norte su pariente, por dónde cruzó, si pagó y cuánto. Si le cuenta a qué problemas se ha enfrentado en su viaje.

- **Pregunte** si sabe en dónde está su familiar y en qué trabaja y si le platica cómo es la vida allá.
- **Explore** cómo percibe a su familiar cuando regresa a la comunidad, si cambia su comportamiento con respecto de la familia, de la mujer; ¿cómo se porta con los amigos?, si cambia su forma de vestir, su manera de hablar.
- **Explore** sobre la percepción de cómo es tratado su pariente por la familia, la pareja, los amigos y la comunidad cuando regresa. Y cómo cree que se siente él o ella cuando está de regreso en la comunidad.
- **Explore** la opinión sobre cómo ha afectado o beneficiado la partida del familiar en la vida de la familia.
- **Pregunte** ¿Cómo se siente de que su familiar no esté en la comunidad? ¿Cómo lo ve?

III. Opinión sobre las mujeres compañeras de migrantes

- **Pregunte** sobre la opinión de las mujeres esposas de los migrantes que se quedan en la comunidad. ¿Las nota distintas a las demás mujeres? ¿Ve algún cambio en ellas cuando están solas o cuando están con sus esposos? ¿En qué cambian, qué hacen y qué no hacen?
- **Pregunte** ¿Quién se hace cargo o cuida a la mujer cuando el compañero no está?
- **Explore** el comportamiento que se espera de estas mujeres, sobre todo referente a los hombres que residen en la comunidad.
- **Explore** el comportamiento de los hombres hacia la mujer que se queda sola en la comunidad.

3.3. Redes de apoyo

- **Explore** si desde la salida del migrante ha apoyado a la mujer compañera de migrante (MCM), cómo la ha apoyado.
- **Explore** desde la salida del migrante si la MCM le ha solicitado algún tipo de apoyo. En qué circunstancias y el tipo de apoyo que solicitó.
- **Pregunte** ¿Quién nota usted que apoya más a las MCM?
- **Explore** si sabe si la MCM recibe algún apoyo comunitario o gubernamental, qué tipo de ayuda recibe y qué opina sobre ese apoyo.

IV. Información, conocimiento y percepción de riesgo sobre ITS/VIH/SIDA

4.1. Percepción de riesgo a ITS y VIH/SIDA en la comunidad

- **Pregunte** si conoce qué son las ITS, cómo se transmiten y cómo pueden prevenirse.
- **Pregunte** si sabe qué es el VIH/SIDA, cómo se transmite y cómo puede prevenirse

4.2. Percepción de riesgo a ITS y VIH/SIDA en la comunidad

- **Pregunte** ¿Quiénes en la comunidad pueden ser afectados con estas enfermedades?
- **Pregunte** si conoce a alguna persona en la comunidad que haya tenido alguna ITS.
- **Pregunte** si sabe o conoce de alguna persona con VIH/SIDA en la comunidad y si considera que esto es un problema.
- **Explore** si considera que los migrantes contribuyen a la transmisión del SIDA en la comunidad y por qué.

V. Información y opinión sobre el condón

- **Pregunte** qué opina del uso del condón, quiénes cree que deben usarlo y por qué.
- **Pregunte** dónde se consiguen condones en la comunidad y quiénes los utilizan más.
- **Explore** presencia de grupos de rechazo a la promoción y uso del condón.

VI. Opinión e información sobre actividades de prevención de sida en la comunidad

- **Pregunte** si sabe qué actividades se desarrollan en la comunidad para la prevención de ITS/VIH/SIDA y qué opina de ellas, si piensa que son suficientes, a quién están dirigidas, a través de qué medios u organizaciones se llevan a cabo.
- **Explore** si considera que las MCM que adquieren alguna ITS o VIH/SIDA tienen opciones o dificultades para obtener atención en la comunidad, y a qué servicios recurren.
- **Pregunte** ¿Cuáles son las principales actividades que considera se deben desarrollar en su comunidad para la prevención de ITS y VIH/SIDA y de qué manera le gustaría participar?

Gracias por su tiempo y por su participación.

Anexo 4. Guía de entrevista a migrantes de retorno

Presentación: Me llamo (nombre) y trabajo para (nombre de institución/organización). Actualmente estamos desarrollando un estudio sobre mujeres parejas de migrantes y SIDA en México con el propósito de conocer la situación del problema y proponer el desarrollo de acciones para la prevención del SIDA en las comunidades de origen de los migrantes.

Nos interesaría tener una entrevista con usted con el propósito de conocer su opinión sobre la migración y sobre el SIDA, así como la información que tiene sobre las diferentes organizaciones que se encargan de alguno de estos problemas.

Confidencialidad y consentimiento: Sus respuestas son completamente confidenciales y la información que nos proporcione sólo será utilizada con la finalidad de conocer la situación de la migración y de las mujeres de la comunidad ante el SIDA, así como las soluciones que brindan las diversas organizaciones de la comunidad. No tiene que contestar a ninguna pregunta que no quiera responder y puede terminar la entrevista en el momento que lo desee. Le agradeceremos muchísimo que nos ayude con este estudio, su opinión es muy importante para nosotros. Esta entrevista tardará alrededor de 45 minutos. ¿Está dispuesto(a) a participar? Nos gustaría grabar su entrevista para registrar con fidelidad su opinión o punto de vista sobre los diferentes temas que abordemos. ¿Nos permite grabar la entrevista? Muchas gracias por su participación.

NOMBRE Y FIRMA _____

(Firma del entrevistador y grabar certificando que ha obtenido el consentimiento informado para entrevistar y grabar la entrevista)

Hoja de identificación de la entrevista (Registrar los siguientes datos en el diario de campo y en el cassette)

- 0.1. Entrevistado
- 0.2. Lugar de la entrevista
- 0.3. Fecha de realización de la entrevista
- 0.4. Tiempo aproximado de la duración de la entrevista

Comentarios del entrevistador sobre el desarrollo de la entrevista (Participación, información y experiencia del entrevistado sobre los temas tocados en la entrevista; disponibilidad para brindar información; puntos relevantes de la entrevista; aspectos difíciles de explorar o profundizar; otros).

I. Características sociodemográficas

Quisiera empezar esta plática con algunas preguntas sobre su vida en general.

I.1. Edad

- ¿Cuántos años tiene?

I.2. Lugar de nacimiento

- **Pregunte:** ¿Dónde nació? Localidad, municipio, estado, país

I.3. Condición lingüística, escolaridad y acceso a la educación

- **Pregunte** si habla otro idioma, o si habla alguna lengua indígena.
- **Pregunte** ¿Sabe leer y escribir en español?
- Si es afirmativa, **pregunte:** ¿Ha ido a la escuela? ¿Hasta qué año estudió?

I.4. Estado civil

- **Pregunte** ¿Cuál es su estado civil? Si está casado(a), **pregunte** ¿a qué edad se casó y qué edad tenía su pareja?
- **Pregunte**, si es el caso, por su separación o divorcio, ¿por qué?
- **Explore** otros enlaces o casamientos anteriores.

I.5. Familia y residencia

- **Pregunte** ¿Dónde vive actualmente? ¿Con quién vive ahora? ¿Qué lugar ocupa usted ahí? (esposo(a), hij o(a), nuera/yerno, suegr o(a)), ¿Cuántas personas viven en su casa?
- **Pregunte** ¿Tiene hijos?, ¿cuántos?, ¿cuántos años tienen ahora?, ¿a qué edad tuvo el primero?, ¿son hijos de una misma pareja –la pareja actual– o de parejas diferentes?, ¿Viven con usted o con quién viven? Si aún viven con usted, ¿quién le ayuda a sostenerlos? Si ya no viven con usted, ¿qué tan cercana es la relación? **Explore** cómo es la relación con los hijos, en qué medida puede contar con su apoyo y qué tipo de apoyo suelen darle (económico, moral).

I.6. Trabajo

- **Pregunte** ¿Cuál es su oficio o profesión, a qué se dedica normalmente?
- **Pregunte** En los últimos meses, ¿en qué trabajó?
- **Pregunte** ¿Recibe alguna remuneración por su trabajo? ¿Qué otros ingresos tiene y cuántas personas y quiénes dependen de los mismos ingresos? ¿Considera que sus ingresos le alcanzan para todo lo que necesita?
- **Pregunte** si tiene Seguro Social o recibe beneficios del gobierno (*Oportunidades*, leche del DIF, etc.).

I.7. Empleo en su comunidad

- **Pregunte** sobre la actividad económica predominante y si considera que existen fuentes de trabajo remunerado en su comunidad de residencia.
- **Explore** cómo valora el entrevistado la oferta de trabajo en su comunidad.

II. Experiencia migratoria

Ahora quisiera hacer unas preguntas sobre su experiencia en relación a la migración.

2.1. Proceso migratorio

- **Pregunte** ¿Cuántas veces ha salido de la comunidad? ¿A dónde ha ido? ¿Cuánto tiempo permaneció fuera? **Explore** sobre dinámica temporal migratoria.
- **Pregunte** sobre los motivos por los que decidió salir de la comunidad. ¿Alguien le recomendó o lo invitó a realizar este viaje?

2.2 Condiciones del viaje

Este tema tiene un doble objetivo, seguridad para la persona y seguridad para llegar al lugar de destino. **Haga énfasis sobre los aspectos relacionados con la seguridad del entrevistado**, por ejemplo: la ruta, compañía durante el viaje, experiencia en el manejo de problemas durante el trayecto.

- **Pregunte** por los medios que utilizó para cruzar la frontera (si tenía alguien que lo ayudara a cruzar o pagó por el servicio).
- **Averigüe** si tenía papeles para ingresar y de qué tipo y cómo los consiguió.
- **Pregunte** si viajó solo o acompañado. Si viajó acompañado qué relación tenía con sus compañeros(as) de viaje.
- **Explore** la duración del viaje desde la salida de su casa hasta su destino, y los costos aproximados del viaje hasta el lugar de destino.
- **Explore** la fuente de recursos económicos para los gastos del viaje.
- **Explore** la ruta del viaje y motivos por los que siguió dicha ruta.

- **Explore** sobre las características de los lugares por los que pasó en su viaje (cómo eran, qué había, si tiene conocidos, amigos o familiares en esos lugares). Si recibió o pidió algún apoyo a ellos para facilitar su viaje –pasar la noche, comer, dinero, otro–.
- **Explore** sobre los problemas que ha enfrentado en sus viajes. ¿Qué tipo de problemas tuvo? ¿Cómo los resolvió? Si solicitó o recibió algún apoyo, ¿a quién o de quién? ¿Qué tipo de apoyo?

2.3. Lugar de destino

- **Pregunte** ¿Cuál fue el destino final del su viaje? (ciudad, población, país).
- **Pregunte** ¿Cuánto tiempo permaneció fuera de la comunidad?
- **Explore** si tenía información del lugar de destino y si coincidía con sus expectativas (trabajo, condiciones de vida, etcétera).
- **Explore** por condiciones de residencia en el lugar de destino.
- **Explore** las formas de pasar el tiempo libre en el lugar de destino.
- **Explore** por las condiciones de empleo en el lugar de destino. Pregunte si lo que ganaba era lo que esperaba. Si le alcanzaba con su salario. ¿Enviaba una parte de su salario a su casa? **Explore** si sabe del uso de la remesa.

2.4. Condiciones de retorno

- **Explore** sobre los motivos del retorno a la comunidad, tiempos y si piensa regresar al lugar donde estuvo o a otro lugar fuera de la comunidad, cuándo, motivos y cómo planea regresar (dinero, viaje, documentación, trabajo).
- **Pregunte** ¿Cómo se siente de regresar a la comunidad?, ¿cómo ve a la comunidad?, ¿cómo ve a su familia?, ¿cómo ve a su pareja?, ¿cómo ve a sus hijos? **Explore** sobre los cambios y las continuidades que percibe el entrevistado.
- **Explore** si el entrevistado percibe algún cambio en la forma en la que la comunidad, la familia y la pareja se comportan con él (estigma, discriminación, tratos privilegiados), ¿por quiénes?

2.5. Redes sociales y atención a problemas de salud

- **Pregunte** Durante su viaje o estancia en el lugar de destino final, ¿tuvo algún problema de salud?
- Si la respuesta es negativa **plantee** ¿En caso de que se le hubiera presentado algún problema de salud a quién hubiera acudido y por qué?
- Si la respuesta es afirmativa **pregunte** ¿Qué tipo de problema tuvo, si ya lo padecía o lo adquirió durante el viaje o su estancia en el lugar de destino final?, ¿cómo se atendió, si solicitó servicios médicos, cómo los costó?, ¿qué le pareció la atención?
- **Explore** si en el lugar de destino le solicitaron alguna prueba de salud (como la de VIH/SIDA) para ingresar o darle trabajo.

III. Vivir la pareja

3.1. Comunicación

- **Explore** si mantiene comunicación con su pareja cuando está fuera de la comunidad, ¿con qué frecuencia?
- **Explore** si ha percibido un cambio de actitud a partir de su estancia fuera de la comunidad, ¿cuál y a qué lo atribuye?
- **(Concepción de comunicación en la pareja) explore** ¿Cómo cree que debe ser la comunicación con su pareja? Actualmente ¿qué le gusta y qué le desagrada?

3.2. Condiciones materiales

- **Pregunte** si tienen alguna propiedad y bienes en común, y si se han modificado las posesiones desde su partida (han comprado algo o tienen cosas que antes no tenían).
- **Pregunte** ¿Quién administra el dinero y los bienes que tienen en común cuando él está fuera de la comunidad?
- **Explore** la concepción de administración. ¿Quién cree que debe administrar el dinero de la casa? ¿Por qué? ¿Quién debe tomar las decisiones sobre el dinero y los bienes? ¿Cuáles decisiones debe tomar la mujer y cuáles el hombre, por qué?

3.3. Hijos

- **Pregunte** sobre la tutoría de los hijos cuando está fuera ¿Quién se ocupa del cuidarlos? ¿Quién les regaña cuando se portan mal y a quién le piden permiso cuando el entrevistado(a) no está en la comunidad?
- **Explore** sobre la relación con los hijos. ¿Cuándo usted está fuera de la comunidad, cómo es la relación con sus hijos?
- **Explore** sobre la concepción de la crianza. ¿Quién debe criar y educar a los hijos, quién de la pareja debe decidir sobre los asuntos de los hijos, quién debe regañarlos?, ¿por qué?

3.4. Vinculación

- **Explore** cómo ha cambiado la relación de pareja a partir de la migración del entrevistado(a) ¿Qué le gusta de su relación de pareja y qué le disgusta?, ¿alguna vez se han maltratado?, ¿cómo fue, en qué circunstancias, cómo reaccionó usted, cómo se sintió y cómo lo ve ahora?
- **Pregunte** ¿Qué cree que debe hacer la mujer cuando su marido sale de la comunidad?, ¿por qué?
- **Explore** sobre la concepción del entrevistado de lo que significa ser buen compañero(a). ¿Cree que su pareja es buen compañero(a), por qué? ¿Cree que usted es buen/a compañero(a)?, ¿por qué?

3.5. Sexualidad

- **Explore** en relación a lo que el entrevistado piensa sobre las relaciones de pareja. **Pregunte** ¿En su relación de pareja quién decide cuándo tener relaciones sexuales?
- **Explore** cómo ha afectado su migración a su vida sexual de pareja. **Pregunte** ¿Ha notado cambios en el comportamiento sexual de su pareja y cómo se siente frente a esta situación, de qué manera lo ha enfrentado?

IV. Salud sexual y reproductiva

4.1. Experiencia sexual

- **Pregunte** la edad en que tuvo primera relación sexual, su relación con la persona, y qué edad tenía esa persona. **Explore** si ha tenido más de una pareja sexual.
- En el caso de entrevista a mujeres **explore** si actualmente utiliza algún método anticonceptivo, qué tipo de método utiliza, desde cuándo, quién se lo recomendó, y si lo utilizaba durante el viaje y estancia. Si dejó de utilizarlo, los motivos.

4.2. Relaciones sexuales durante la experiencia migratoria

- **Pregunte** si tuvo relaciones sexuales durante el viaje o en el lugar de destino mientras permaneció ahí
- Si la respuesta es negativa **pase** a la siguiente sección.
- Si afirmativa **explore** con quién, relación con la persona, en qué circunstancias y si utilizó condón y por qué.
- **Explore** sobre las prácticas sexuales aprendidas y nuevas formas de relacionarse a partir de la experiencia migratoria (preferencia sexual).
- Si en alguna ocasión durante el viaje o estancia en el lugar final de destino se vio obligado(a) a tener relaciones sexuales con alguien que no deseaba. En qué circunstancias, qué relación tenía con la persona y cómo resolvió la situación.

V. Información, conocimientos y percepción de riesgo a ITS/VIH/SIDA

5.1. Información y conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA

- **Pregunte** si conoce qué son las ITS, cómo se transmiten y cómo pueden prevenirse.
- **Pregunte** si sabe qué es el VIH/SIDA, cómo se transmite y cómo puede prevenirse.
- **Explore** sobre fuentes de información, ¿cómo, dónde y de quién obtuvo esa información?
- **Explore** si los conocimientos que tiene el entrevistado sobre ITS y VIH/SIDA fueron enriquecidos con su experiencia migratoria.

5.2. Percepción de riesgo a ITS y VIH/SIDA

- **Pregunte** ¿Quiénes pueden ser afectados de alguna ITS?
- **Pregunte** ¿Conoce a alguna persona que haya tenido alguna ITS?, ¿qué opina de esa persona?
- **Pregunte** ¿Quiénes pueden ser afectados de VIH/SIDA?
- **Pregunte** ¿Conoce a alguna persona que haya tenido VIH/SIDA?, ¿qué opina de esa persona?
- **Explore** si considera que el VIH/SIDA es un problema importante en su comunidad de origen y por qué.
- **Explore** si considera que el VIH/SIDA es un problema importante en el lugar de destino y por qué.

5.3. Percepción de riesgo a ITS y VIH/SIDA del/la entrevistado(a)

- **Explore** si considera que se puede infectar de alguna ITS o de VIH/SIDA y por qué.
- **Explore** si considera que durante su experiencia migratoria se sintió con más riesgo de adquirir alguna ITS o VIH/SIDA que viviendo en su comunidad de origen.
- **Pregunte** ¿Qué le recomendaría a sus amigos(as) para evitar adquirir alguna ITS o el VIH/SIDA?
- **Pregunte** si considera que por ser migrante puede ser afectado por alguna ITS o VIH/SIDA y por qué.

- **Explore** si ha llegado a pensar que su pareja tuvo encuentros sexuales que podrían afectar su salud. Si lo ha pensado y si le preocupa.
- **Explore** si sabe si su compañero tiene o ha tenido relaciones sexuales sin condón durante el tiempo que han estado separados y si hablan de eso, si eso le preocupa.

5.4. Uso del condón y accesibilidad

- **Pregunte** si alguna vez ha usado un condón, ¿con quién, por qué motivos?
- Si nunca ha usado un condón **pregunte** por los motivos por los que no los ha usado.
- **Pregunte** ¿en qué situación usaría condón, con quién y por qué?
- **Pregunte** si utiliza condón en los encuentros sexuales con su pareja. ¿Por qué sí y por qué no. ¿Qué piensa de usar condón con su pareja?
- **Explore** si tiene facilidades para hablar de sexualidad con su pareja y de negociar el uso del condón.
- **Explore** qué tan fácil es conseguir condones en la comunidad y en dónde se pueden conseguir. ¿Hay dificultades para hacerlo o diferencias para acceder a ellos entre hombres y mujeres o según grupos de edad?
- **Explore** si percibe diferencias y semejanzas entre la comunidad de origen y de acogida sobre la presencia de grupos de rechazo a la promoción y uso del condón en la comunidad.
- **Explore** si percibe diferencias y semejanzas entre la comunidad de origen y de acogida en el nivel de aceptación del uso del condón entre hombres y mujeres, solteros y casados. Es decir, si algunos están más dispuestos a usarlos que otros y por qué lo considera así.

5.5. Prueba de VIH/SIDA

- **Pregunte** si conoce alguna prueba de detección de las ITS y si alguna vez se la ha hecho y por qué se la hizo. Si conoce alguna prueba para detectar el VIH/SIDA o de VIH/SIDA, si se la ha hecho alguna vez, por qué y si le gustaría hacérsela y por qué.

VI. Actividades de prevención en la comunidad y disponibilidad de participación

- **Pregunte** ¿Le gustaría tener más información sobre ITS y VIH/SIDA y qué tipo de información le gustaría tener sobre esto?
- **Pregunte** ¿Conoce qué actividades de prevención de ITS y VIH/SIDA se realizan en su comunidad y qué opina de ellas?
- **Explore** la opinión sobre los servicios de salud en su comunidad (centros de salud, hospitales, clínicas, u otro tipo de organizaciones disponibles). Si éstos brindan información sobre ITS y VIH/SIDA. **Pregunte** si la gente de la comunidad utiliza los servicios de salud. Si la respuesta es negativa ¿a qué atribuye su baja utilización?
- **Pregunte** ¿Cuáles son las principales actividades que considera se deben desarrollar en su comunidad para la prevención de ITS y VIH/SIDA?, ¿de qué manera le gustaría participar?

Gracias por su tiempo y por su participación.

Anexo 5. Guía de entrevista a representantes de organizaciones sociales y gubernamentales de la comunidad

Presentación: Me llamo (nombre) y trabajo para (nombre de institución/organización). Actualmente estamos desarrollando un estudio sobre mujeres parejas de migrantes y SIDA en México con el propósito de conocer la situación del problema y proponer el desarrollo de acciones para la prevención del SIDA en las comunidades de origen de los migrantes.

Nos interesaría tener una entrevista con usted con el propósito de conocer su opinión sobre la migración y sobre el SIDA, así como la información que tiene sobre las diferentes organizaciones que se encargan de alguno de estos problemas.

Confidencialidad y consentimiento: Sus respuestas son completamente confidenciales y la información que nos proporcione sólo será utilizada con la finalidad de conocer la situación de la migración y de las mujeres de la comunidad ante el SIDA, así como las soluciones que brindan las diversas organizaciones de la comunidad. No tiene que contestar a ninguna pregunta que no quiera responder y puede terminar la entrevista en el momento que lo desee. Le agradeceremos muchísimo que nos ayude con este estudio, su opinión es muy importante para nosotros. Esta entrevista tardará alrededor de 45 minutos. ¿Está dispuesto(a) a participar? Nos gustaría grabar su entrevista para registrar con fidelidad su opinión o punto de vista sobre los diferentes temas que abordemos. ¿Nos permite grabar la entrevista? Muchas gracias por su participación.

NOMBRE Y FIRMA _____

(Firma del entrevistador y grabar certificando que ha obtenido el consentimiento informado para entrevistar y grabar la entrevista)

Hoja de identificación de la entrevista (Registrar los siguientes datos en el diario de campo y en el cassette)

- 0.1. Entrevistado
- 0.2. Lugar de la entrevista
- 0.3. Fecha de realización de la entrevista
- 0.4. Tiempo aproximado de la duración de la entrevista

Comentarios del entrevistador sobre el desarrollo de la entrevista (Participación, información y experiencia del entrevistado sobre los temas tocados en la entrevista; disponibilidad para brindar información; puntos relevantes de la entrevista; aspectos difíciles de explorar o profundizar; otros).

I. Datos personales

Quisiera empezar esta plática con algunas preguntas sobre su vida en general.

I.1. Edad

- **Pregunte** ¿Cuántos años tiene?

I.2. Lugar de nacimiento

- **Pregunte** ¿Dónde nació? Localidad, municipio, estado, país

I.3. Estado civil

- **Pregunte** ¿Cuál es su estado civil?

I.4. Condición lingüística, escolaridad y profesión

- **Pregunte** sobre su escolaridad, formación profesional o técnica, cursos.
- **Explore** si el entrevistado habla alguna lengua indígena, y si es la de la comunidad en la que trabaja

I.5 Trabajo y cargo del entrevistado(a)

- **Pregunte** ¿Cuál es su oficio o profesión? ¿Cuál es su cargo dentro de la organización?
- **Pregunte** sobre las características y condiciones de su trabajo, qué hace, desde cuándo.
- **Pregunte** sobre el propósito y la población hacia la que están orientados los recursos y actividades de la organización que representa el entrevistado.
- **Pregunte** qué relación tiene la organización con otras organizaciones de la comunidad
- **Pregunte** si la organización contempla dentro de sus programas a la problemática de la migración, o sobre problemas de salud.
- **Explore** cómo se siente el entrevistado en la comunidad, cómo lo tratan.

I.6 Empleo en la comunidad

- **Pregunte** sobre la actividad económica predominante.
- **Explore** la percepción del entrevistado sobre la oferta y las condiciones de trabajo en la comunidad.
- **Explore** sobre la existencia de diferencias en cuanto a oferta y condiciones de trabajo entre hombres y mujeres en la comunidad.

II. Experiencia y opinión frente a la migración

Ahora le voy a preguntar sobre su relación y a pedir su opinión sobre los migrantes. Le recuerdo que todas sus respuestas son confidenciales.

2.1. Interacción, información y opinión sobre los migrantes

- **Pregunte** si la organización a la que pertenece tiene algún trabajo que incluya a la población migrante. Con quiénes, qué tipo de actividades, desde cuándo, por qué.
- **Explore** desde la perspectiva del entrevistado, cómo ha sido la experiencia.
- **Pregunte** sobre su opinión acerca de los migrantes que regresan a la comunidad. **Explore** cuál es su opinión sobre la manera en que contribuyen a la comunidad. Esto es, ¿qué ventajas y desventajas traen los migrantes a la comunidad (en aspectos sociales, culturales y económicos)?
- **Explore** su opinión respecto al comportamiento de los migrantes en la comunidad (cómo se relacionan con la gente de la comunidad, si considera que hay rechazo o aceptación de la comunidad, si los relaciona con fenómenos de violencia, crímenes, prostitución, drogadicción, alcoholismo, desempleo y SIDA en la comunidad)?

2.2 Interacción y opinión sobre las mujeres compañeras de migrantes

- **Pregunte** si la organización a la que pertenece tiene algún trabajo que incluya a las mujeres de la comunidad. En específico con las compañeras de migrantes. Qué tipo de actividades, desde cuándo, por qué.
- **Explore** desde la perspectiva del entrevistado, cómo ha sido la experiencia.
- **Pregunte** sobre la opinión que tiene de las mujeres compañeras de los migrantes que se quedan en la comunidad, si nota algún cambio en ellas cuando están solas en comparación a cuando están con sus parejas. En qué cambian, qué hacen y qué no hacen.

- **Explore** si el entrevistado considera a las mujeres compañeras de migrantes como un grupo débil, desprotegido o en desventaja. Por qué y frente a qué o quiénes.
- **Explore** el comportamiento que se espera de estas mujeres, en referencia a su familia (de origen y política).
- **Explore** el comportamiento que se espera de estas mujeres, en referencia a su pareja.
- **Explore** el comportamiento que se espera de estas mujeres, referente a los hombres que residen en la comunidad.
- **Explore** sobre el comportamiento de la familia hacia las mujeres compañeras de migrantes cuando están solas.
- **Explore** sobre el comportamiento de la comunidad hacia las mujeres compañeras de migrantes cuando están solas.

III. Conocimientos y representaciones sobre ITS/VIH/SIDA

A continuación, le preguntaré algunos aspectos relacionados con las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Sus respuestas nos ayudarán entender mejor la situación y forma de atender estos problemas en su comunidad.

3.1. Información y conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA

- **Pregunte** si conoce qué son las ITS, cómo se transmiten y cómo pueden prevenirse.
- **Pregunte** ¿Quiénes pueden ser afectados de alguna ITS y por qué?
- **Pregunte** si sabe qué es el VIH/SIDA, cómo se transmite y cómo puede prevenirse. **Pregunte** ¿Quiénes pueden ser afectados por SIDA y por qué?
- **Pregunte** si conoce a alguna persona que haya tenido VIH/SIDA y qué opina de esa persona.
- **Pregunte** ¿Qué le recomendaría a sus amigos(as) para evitar adquirir alguna ITS o el VIH/SIDA?
- **Pregunte** lo que opina sobre el nivel de conocimiento o qué tipo de información tiene la gente de la comunidad (jóvenes y adultos) sobre el SIDA.
- **Explore** si el entrevistado considera que las personas con experiencia migratoria regresan con un nivel diferente de información sobre estos temas con respecto a la población residente en la comunidad.

3.2. Percepción de riesgo a ITS y VIH/SIDA en la comunidad

- **Explore** si considera que el VIH/SIDA es un problema importante en la comunidad y por qué.
- **Explore** sobre la importancia de los migrantes en la transmisión del VIH/SIDA en la comunidad. Pregunte si considera que los migrantes perciben que están en riesgo de contraer el SIDA. Explore cuáles son las razones de su opinión.
- **Especialmente pregunte** al entrevistado si considera que las mujeres de los migrantes y las mujeres de la comunidad en general están en riesgo como resultado de la migración de sus compañeros.
- Si opina que no hay condiciones para transmisión del sida en la comunidad **explore** sobre las condiciones que el entrevistado considera que protegen o previenen la transmisión del SIDA en la comunidad.

3.4. Opinión sobre el condón y su aceptación en la comunidad

- **Pregunte** sobre cuál es su opinión sobre la utilidad del condón.
- **Explore** la postura de la organización que representa el entrevistado sobre la promoción y uso del condón como medio de prevención de ITS/VIH/SIDA.
- **Explore** si hay diferencias en el nivel de aceptación del uso del condón entre hombres y mujeres, o entre jóvenes y adultos; entre solteros y casados. Es decir; si es posible que algunos estén más dispuestos a usarlos que otros, y por qué lo considera así.

IV. Disponibilidad para participar en proyectos de prevención de ITS/VIH/SIDA en su comunidad

4.1. Disponibilidad del entrevistado(a)

- **Pregunte** si estaría interesado en participar en el desarrollo de actividades de prevención del SIDA en su comunidad.
- **Pregunte** sobre cuáles son las principales actividades que considera se deben desarrollar en su comunidad para la prevención del SIDA.

- **Pregunte** de qué manera le gustaría participar.
- **Pregunte** cuáles considera que podrían ser las principales dificultades para el desarrollo de estas actividades y cómo podrían superarse.

4.2. Opinión sobre la disponibilidad de su organización

- **Pregunte** sobre la disponibilidad de su organización para participar en el desarrollo de actividades de prevención del SIDA en la comunidad, incluyendo actividades para los migrantes. **Explore** los motivos.

4.3. Opinión sobre la disponibilidad de la comunidad

- **Pregunte** si cree que la comunidad estaría dispuesta a participar en el desarrollo de programas de prevención del SIDA para la comunidad y para los migrantes. **Explore** por qué sí o no.

Gracias por su tiempo y por su participación.

Anexo 6. Guía de observación de las comunidades

Descripción de las comunidades de estudio

1. Nombre de la comunidad

2. Límites geográficos

- 2.1. Mapa del municipio, mapas de las comunidades. Se recomienda, a partir del mapa del CS y otras fuentes como el INEGI, hacer un mapa propio a partir de la experiencia en la comunidad. Para esto, recorridos a pie por la comunidad resultan bastante reveladores.

3. Recursos naturales

- 3.1. Acuíferos
- 3.2. Flora y frutos
- 3.3. Fauna silvestre y doméstica

4. Comunicaciones y transportes

5. Servicios públicos

6. Aspectos demográficos y económicos

- 6.1. Sectores de la economía agrícola, comercial e industrial
- 6.2. Vida laboral
- 6.3. Problemas económicos

7. Organización social, cultural y política

- 7.1. Vida cotidiana. Horarios de las actividades diarias de la población entrevistada
- 7.2. Formas de organización e interacción de la comunidad.
- 7.3. Conflictos sociales. Partidos políticos, organizaciones en pugna, etc.

- 7.4. Organizaciones formales.
- 7.5. Organizaciones informales.
- 7.6. Organización familiar. Roles de miembros de las familias visitadas. Predominancia de la familia nuclear o extensa en la comunidad.
- 7.7. Organización cultural. Fiestas principales, aspectos relevantes que dan identidad a la comunidad.
- 7.8. Patrones de relación entre sexos y generaciones. Ritos e imaginarios acerca de la sexualidad, percepción de la infidelidad, la homosexualidad, la bisexualidad y la poligamia. Diferencias entre percepciones y prácticas de jóvenes y adultos
- 7.9. Educación.

8. Vivienda

- 8.1. Propiedad. Tipo de propiedad, distribución del poblado a partir de esto y evolución de la propiedad. Si es Ejido cuándo se constituyó, cuánto le tocó a cada ejidatario, cuánto tienen ahora, etc.
- 8.2. Estructura arquitectónica predominante y su evolución, distribución de los diferentes cuartos que hacen la vivienda.

9. Historia de la comunidad

10. Servicios de salud y daños a la salud

- 10.1. Proceso salud-enfermedad.
- 10.2. Servicios médicos privados y públicos.
- 10.3. Medicina tradicional. Enfermedades relacionadas con la sexualidad.
- 10.4. Sector formal de salud.
- 10.5. Relación con los pacientes.
- 10.6. Programas existentes en el CS.
- 10.7. Daños a la salud.
- 10.8. Censos del CS. sobre las dos comunidades.
- 10.9. Diagnósticos de salud.

II. Migración y salud

- II.1. Programas de salud relacionados con las compañeras de migrantes o con los migrantes mismos.
- II.2. Dinámicas temporales migratorias
- II.3. Se recomienda entablar pláticas informales con migrantes o población de la comunidad acerca del tema, que no entren en la estructura de la entrevista en profundidad.

Resultados

Las mujeres compañeras de migrantes.
Miembros de sus redes de relaciones.
Migrantes de retorno.
Mujeres y hombres de la comunidad.
Representantes de organizaciones sociales y comunitarias.
Participación comunitaria en los programas de salud.

Anexo 7. Encuesta poblacional a comunidades

FOLIO: _____

Codificación

0.1	Municipio		
0.2	Comunidad/colonia		
0.3	Número de vivienda		
0.4	Número de conglomerado		
0.5	Nombre del encuestador		
0.6	Fecha de la encuesta: Día _____ Mes _____ Año _____		
0.7	OBSERVACIONES ENCUESTA: 1) Completa 2) Incompleta 3) Rechazó participar		
0.8	Nombre del supervisor:		
0.9	Capturado por: _____	Fecha _____	

Encuestar preferentemente al jefe del hogar. Preguntar: ¿Quién es el jefe o la jefa de esta casa? Y pedir hablar con él/ella. Si no está, encuestar a una persona mayor de 18 años.

Presentación: Me llamo (nombre) y trabajo para el INSP. Actualmente estamos desarrollado una encuesta a la población de esta localidad con el propósito de conocer sus características sociodemográficas, situación de salud y opinión sobre la migración. Nos interesaría aplicarle un cuestionario sobre su opinión acerca de estos temas.

Confidencialidad y consentimiento: Sus respuestas son completamente confidenciales y la información que nos proporcione sólo será utilizada con la finalidad de conocer las características sociodemográficas de la población, su situación de salud y opinión sobre la migración. No tiene que contestar a ninguna pregunta que no quiera responder y puede terminar el cuestionario en el momento que lo desee. Está encuesta tardará alrededor de 30 minutos. ¿Está dispuesto(a) a participar? Sí acepto participar

Nombre y firma _____

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS INTEGRANTES DE LA VIVIENDA				
¿Cuántas personas viven en esta casa? _____				
Núm. de registro	1.2. ¿Podría decirme el nombre de cada una de las personas que viven en esta casa, empezando por el jefe de la vivienda? (Empiece por el jefe de la vivienda)	1.3. ¿Es hombre o mujer? Hombre H Mujer M (círcule la respuesta)	1.4. ¿Cuántos años tiene? (mencione el nombre de cada uno) Si es menor de 1 año anote 0 (cero). No sabe/No contesta: 888	1.5 Aplicar sólo a mayores de 6 años de edad. ¿Cuántos años completos fue a la escuela? Si no fue a la escuela marque 0.
	Entrevistado/a	H	M	
1		H	M	
2		H	M	
3		H	M	
4		H	M	
5		H	M	
6		H	M	
7		H	M	
8		H	M	
9		H	M	
10		H	M	
11		H	M	
12		H	M	
13		H	M	
14		H	M	
15		H	M	

Trabajo, desempleo y movilidad de los integrantes de la vivienda		
1.6	¿Cuántas personas de esta casa tienen algún empleo temporal o realizan alguna actividad que les genere ingresos económicos?	1. Ninguno (Pase a 1.14) 2. (anote cuántos) _____ 888 No sabe/No contesta
1.7	De los que trabajan ¿en qué trabajan? Anote las respuestas En caso de más de tres personas anote los que ganan más.	a) _____ b) _____ c) _____
1.8	Hay alguien mayor de 12 años de edad, que no esté estudiando, ¿está sin empleo o buscando empleo?	1. Sí 2. No (Pase a 1.10) 888 No sabe/No contesta
1.9	¿Cuántos?	Número de personas: _____
1.10	De esta casa ¿hay alguien que esté trabajando fuera de esta localidad o del país?	1. Sí 2. No 888 No sabe/No contesta (pase a 1.14)
1.11	¿Cuántos?	Número de personas: _____
1.12	¿Qué parentesco tienen ellos con usted?	1. Esposo 2. Familiar 3. Amigo 4. Otro (especifique) _____ 888 No sabe/no contesta
1.13	¿En qué estado o país trabajan?	Estado: _____ País: _____ 888 No sabe/no contesta

Descripción de la vivienda			
1.14 Por favor dígame si esta casa cuenta con los siguientes servicios (Marque con X la opción de respuesta)			
		Si	No
2.1	Agua entubada	___	___
2.2	Energía eléctrica	___	___
2.3	Drenaje	___	___
2.4	Alumbrado público	___	___
2.5	Calle pavimentada	___	___
2.6	Recolección de basura	___	___
2.7	Baño	___	___
2.8	Letrina o fosa séptica	___	___
2.9	Cocina con gas	___	___
1.15	Observe los siguientes aspectos de la vivienda y marque el material con que está construida la vivienda. (Pregunte, sólo si no lo puede observar)	1. Techo	1. Cemento 2. Teja 3. Paja 4. Lámina 5. Otro (especifique) _____
		2. Paredes	1. Ladrillo, tabique 2. Madera 3. Cartón 4. Otro (especifique) _____
		3. Piso	1. Loseta, azulejo. 2. Tierra 3. Otro (especifique) _____

II. DATOS DEL ENTREVISTADO(O):		
Recuerde que el/la entrevistado(a) debe ser, preferentemente, el/la jefe de la vivienda.		
2.1	# de registro (Copie el dato de l hoja de integrantes de la vivienda)	
2.2	Edad (Copie el dato de l hoja de integrantes de la vivienda)	
2.3	Sexo (Copie el dato de l hoja de integrantes de la vivienda)	
2.4	Escolaridad ¿Cuántos años completos asistió a la escuela? (anote el número)	_____ 888 No sabe/ No contesta
2.5	¿Sabe leer y escribir? (Copie el dato de l hoja de integrantes de la vivienda)	Sí__ 888 No sabe/ No__ No contesta
2.6	Estado civil	1. Casado/a 2. Divorciado/a 3. Unión libre 4. Viudo/a 5. Soltero/a 6. Otro _____
2.7	¿Tiene hijos vivos?	1. Sí 2. No (pase a 2.9)
2.8	¿Cuántos?	_____
2.9	¿A qué se dedica –su empleo o actividad principal–? (Con o sin ingresos económicos)	1. Ama de casa 2. Estudiante 3. Tipo de empleo (especifique)
2.10	¿Cónde nació?	1. Nació en la misma localidad (pase a 3.1) 2. Otra localidad (Anote respuesta) a) Estado _____ b) País _____
2.11	¿Cuánto tiempo tiene viviendo en la localidad?	_____ años (Si tiene menos de un año ponga cero)

III. INTERACCIÓN Y OPINIÓN SOBRE LA POBLACIÓN QUE SALE DE LA COMUNIDAD A OTROS LUGARES.		
Lea la siguiente instrucción al entrevistado: "Ahora voy a pedirle su opinión sobre las personas de esta comunidad que salen a vivir a otros lugares por diversos motivos; por ejemplo: trabajo, estudio, comercio u otros motivos".		
3.1	¿Conoce a alguien de la comunidad que haya migrado a EUA o Canadá?	1. Sí 2. No 888 No sabe/no contesta
3.2	Mencione en su opinión los dos principales beneficios (anote la respuesta textual)	1. Sí 2. No (pase a 3.4) 888 No sabe/no contesta
3.3	¿Considera que estas personas causan	1. _____ 2. _____
3.4	¿Considera que estas personas causan algún problema a su comunidad	1. Sí 2. No (pase a 4.1) 888 No sabe/no contesta
3.5	Mencione en su opinión los dos principales problemas	1. _____ 2. _____

IV. PERCEPCIÓN DE CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO SOCIAL DE LOS MIGRANTES EN EL LUGAR DE DESTINO Y EN EL RETORNO.

Le voy a leer algunas afirmaciones sobre lo que se piensa que hacen los migrantes en los lugares de destino. Le pediré que me diga si usted está totalmente de acuerdo, sólo en parte o en desacuerdo con estas afirmaciones:

Los varones que se van a EUA, cuando llegan

		Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo	888 No sabe/ no contesta
4.1	Son más felices que en su comunidad de origen (Temixco/Coatlán)				
4.2	Todos consiguen trabajo fácilmente				
4.3	Todos tienen servicio médico				
4.4	Todos tienen mejores viviendas				
4.5	Todos mandan dinero a su mujer o a su familia				
4.6	Les va mejor en EUA que en México				
4.7	Se consiguen otra mujer en los EUA				
4.8	Se quedan en EUA				
4.9	Tienen relaciones sexuales con otras personas				
4.10	Aprenden otras costumbres sexuales				
4.11	Cuando regresan traen dinero y otros bienes materiales				
4.12	La mayoría regresa sin dinero				
4.13	La mayoría no regresa				
4.14	Cuando regresan vuelven distintos en su manera de vestir				

V. EN SU OPINIÓN, CONSIDERA QUE LA COMUNIDAD DE TEMIXCO /COATLÁN

		Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo	888 No sabe/ no contesta
5.1	Es una comunidad donde se considera que la mujer debe obedecer al hombre				
5.2	Las mujeres tienen los mismos derechos que los hombres				
5.3	Se acepta que el hombre pueda tener dos o más mujeres				
5.4	Se acepta que la mujer pueda tener dos o más hombres				

VI. LAS MUJERES COMPAÑERAS DE MIGRANTES QUE SE QUEDAN EN LA COMUNIDAD

La mujer compañera de migrante... (diga la frase al entrevistado)		Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo	888 No sabe/ no contesta
6.1	La mayoría se queda con su familia o con la de su compañero				
6.2	Se queda sola con sus hijos				
6.3	Son mujeres que tienen más dinero				
6.4	Se consiguen otro compañero				
6.5	Los hombres de la comunidad las buscan				
6.6	Viven más felices solas que con sus maridos				
6.7	Tienen que trabajar para resolver sus problemas				
6.8	Tienen más responsabilidades en su casa				

VII. INFORMACIÓN SOBRE ITS/VIH/SIDA		
<p>Lea las siguientes instrucciones al entrevistado(a): "Ahora le preguntaré algunos aspectos relacionados con las Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA; recuerde que sus respuestas son confidenciales".</p>		
7.1	¿Sabe usted si a través de las relaciones sexuales se pueden transmitir enfermedades o infecciones?	1. Sí 2. No (pase a 7.3) 888 No sabe/no contesta
7.2	¿Cómo se puede evitar el contagio de una enfermedad o infección de transmisión sexual? No mencione las respuestas Puede marcar más de una respuesta	1. Usando condones 2. No tener relaciones sexuales 3. Tener relaciones sexuales sólo con su pareja 4. Otro (especifique) _____ 5. Otro (especifique) _____ 888 No sabe/no contesta
7.3	¿Ha oído hablar del VIH/SIDA? No mencione las respuestas Puede marcar más de una respuesta	1. Sí 2. No (pase a 8.1) 888 No sabe/no contesta
7.4	¿Podría decir algunas formas de transmisión del VIH/SIDA? No mencione las respuestas Puede marcar más de una respuesta	1. Relaciones sexuales 2. Contacto con sangre contaminada 3. Madre infectada embarazada a su bebé 4. A través de la lactancia 5. Otro _____ 6. Otro _____ 7. Otro _____ 888 No sabe/no contesta
7.5	¿Qué puede hacer una persona para evitar infectarse de VIH/SIDA? No mencione las respuestas Puede marcar más de una respuesta	1. Usar condones 2. No tener relaciones sexuales 3. Tener relaciones sexuales sólo con su pareja 4. No reutilizar agujas para inyección 5. Usar sangre segura 6. Otros (especifique) _____ 7. Otros (especifique) _____ 888 No sabe/ no contesta
7.6	En su opinión, ¿considera que la posibilidad de que usted se contagie con VIH/SIDA o alguna otra infección de transmisión sexual es? Lea las respuestas marque solamente una	1. Alta 2. Regular 3. Baja 4. Ninguna posibilidad 888 No sabe/ no contesta
7.7	¿Conoce o ha conocido a alguna persona con VIH/SIDA?	1. Sí 2. No 888 No sabe/no contesta
7.8	¿Consultaría a un(a) doctor(a) que tuviera VIH/SIDA?	1. Sí 2. No 888 No sabe/no contesta
7.9	¿Permitiría que sus hijos pequeños jugaran con hijos de personas con VIH/SIDA?	1. Sí 2. No 888 No sabe/no contesta

VIII. USO DEL CONDÓN		
<p>Lea la siguiente instrucción al entrevistado(a): "Nos interesa conocer su opinión sobre los siguientes aspectos".</p>		
8.1	¿Usted conoce el condón o preservativo?	1. Sí 2. No (pase a 9.1) 888 No sabe/no contesta
8.2	¿Para qué sirve el condón o preservativo? Puede marcar más de una respuesta No leer respuestas	1. Prevenir contagios de ITS 1. Prevenir contagios de VIH/SIDA 2. Prevenir embarazos 3. Otro (especifique) _____ 888 No sabe/no contesta
8.3	¿Estaría dispuesto a utilizarlo?	1. Sí 2. No 888 No sabe/no contesta
8.4	¿A quiénes les recomendaría utilizar condón? Puede marcar más de una respuesta No leer respuestas	1. A todas las personas con actividad sexual 2. Adolescentes, jóvenes. 3. Trabajadoras sexuales 4. Usuarios de drogas intravenosas 5. Homosexuales/Gays 6. Bisexuales 7. Los que tienen sexo con muchas personas 8. Migrantes 9. MCM 10. A nadie 11. Otros (especifique) _____ 888 No sabe/no contesta
8.5	¿En esta comunidad, dónde se puede conseguir condones? Puede marcar más de una respuesta No leer respuestas	1. Tienda 2. Farmacia 3. Hospital/clínica o centro de salud 4. Bar/disco/hotel 5. Con amigos(as) 6. En pláticas 7. En la escuela 8. Otros (especifique) _____ 888 No sabe/no contesta

IX. OPINIÓN SOBRE LA DIFUSIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON SEXUALIDAD. PARTICIPACIÓN Y ORGANIZACIÓN COMUNITARIA PARA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA		
<p>Lea las indicaciones al entrevistado(a): "Nos interesa mucho conocer su opinión sobre los siguientes aspectos. Recuerde que sus respuestas son confidenciales".</p>		
9.1	¿Estaría de acuerdo que en la escuela de sus hijos(as) o de sus hermanos(as) les dieran información (en pláticas, folletos, video) sobre educación sexual?	1. Sí 2. No 888 No sabe/no contesta
9.2	¿Estaría de acuerdo que en la escuela (de sus hijos o hermanos) les dieran información (en pláticas, folletos, video) sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA?	1. Sí 2. No 888 No sabe/no contesta
9.3	¿Cuando usted era niño(a), su papá o mamá platicaba con usted sobre sexualidad (relaciones sexuales, anticonceptivos, embarazo)?	1. Sí 2. No 888 No sabe/no contesta
9.4	En los últimos seis meses, ¿ha recibido alguna plática o información sobre prevención de infecciones de transmisión sexual o VIH/SIDA?	1. Sí 2. No (pase a 9.7) 888 No sabe/no contesta
9.5	¿Quién dió la plática o le proporcionó información sobre la prevención de infección de transmisión sexual o VIH/SIDA? Escriba la respuesta textual	_____ _____ _____
9.6	¿Qué le pareció la plática o la información que le proporcionaron? Lea las respuestas	1. Buena 2. Regular 3. Mala 888 No sabe/no contesta
9.7	¿Le interesaría recibir información sobre ITS y VIH/SIDA?	1. Sí 2. No 888 No sabe/no contesta
9.8	¿Cómo le gustaría recibir la información? No mencine las respuestas Puede marcar más de una	1. Televisión 2. Radio 3. Periódicos 4. Folletos 5. Cartas 6. Pláticas 7. Otros: (especifique) _____

X. INTERACCION CON ORGANIZACIONES GUBERNAMENTALES Y NO GUBERNAMENTALES Y DISPONIBILIDAD DE PARTICIPACIÓN		
10.1	¿Sabe usted si en la comunidad existen organizaciones que den información sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA?	1. Sí 2. No 888 No sabe/no contesta
10.2	¿Estaría usted dispuesto(a) a participar en una campaña o programa para prevenir el VIH/SIDA en su comunidad?	1. Sí 2. No 888 No sabe/no contesta
10.3	¿Nos podría indicar dos actividades que usted considera que serían muy importantes para prevenir el VIH/SIDA en su comunidad?	1. _____ 2. _____ 888 No sabe/no contesta

XI. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	
<p>Lea las siguientes indicaciones al entrevistado(a): "A continuación le haré algunas preguntas relacionadas con problemas de salud y nos interesa mucho conocer su opinión al respecto. La información que nos proporcione es confidencial y sólo será usada para fines de la investigación, como señalamos al inicio de la encuesta. Agradecemos su confianza y la veracidad de sus respuestas".</p>	
11.1	<p>¿Alguna mujer entre 15 y 49 años de esta vivienda ha estado enferma en los últimos tres meses?</p> <p>1. Sí 2. No (pase a 11.8)</p> <p>888 No sabe/no contesta</p>
11.2	<p>Anotar la primera en el número uno. Si ha habido más de una, anotarlas del número dos en adelante</p> <p>Anote la respuesta Anotar sólo las tres primeras que se mencionen, en edad reproductiva (entre 15 y 49 años)</p> <p>Mujer 1 ¿Cuál fue el problema? _____ Mujer 2 ¿Cuál fue el problema? _____ Mujer 3 ¿Cuál fue el problema? _____</p>
11.3	<p>¿Dónde se atendió?</p> <p>Puede marcar más de una respuesta No leer respuestas</p> <p>1. Casa: familiar, amigo o él(ella) mismo(a) 2. Centro de salud de la comunidad 3. Servicios de salud de la seguridad social 4. Hospital, clínica o médico privado 5. Organización no gubernamental 6. Organización no lucrativa de asistencia 7. Farmacia 8. Curandero, yerbero, partera 9. No hizo nada o no se atendió 10. Otro (especifique)</p> <p>888 No sabe/o contesta</p>
11.4	<p>¿Qué le recetaron?</p> <p>Leer respuestas</p> <p>1. Medicina 2. Remedios 3. Ambos 4. Nada</p> <p>888 No sabe/n contesta</p>
11.5	<p>¿Cuánto pagó por la atención?</p> <p>\$ _____</p>
11.6	<p>¿Cuánto pagó por los medicamentos o remedios?</p> <p>\$ _____</p>
11.7	<p>Considera que la atención que recibió fue</p> <p>Mencione las respuestas</p> <p>1. Buena 2. Regular 3. Mala</p>
11.8	<p>Su familia tiene derecho a:</p> <p>Lea las respuestas y encierre la elección</p> <p>1. IMSS 2. ISSSTE 3. Seguro Popular 4. Seguro privado 5. No tiene ningún seguro o apoyo en salud</p>
11.9	<p>Considera que la atención que brinda el centro de salud de la comunidad es</p> <p>Leer respuestas</p> <p>1. Buena 2. Regular 3. Mala</p> <p>888 No sabe/no contesta</p>

Sólo en caso de que el encuestado sea una mujer, aplicar las tres siguientes preguntas:	
11.10	<p>¿Se ha hecho alguna vez el Papanicolaou?</p> <p>1. Sí _____ 2. No _____</p> <p>888 No sabe/no contesta</p>
11.11	<p>¿En qué circunstancia o por qué motivos se lo hizo?</p> <p>1. Por molestias 2. Prescripción del médico 3. Porque es beneficiaria de Oportunidades 4. Por embarazo 5. Otro (especifique)</p>
11.12	<p>¿Cuándo se hizo la última revisión ginecológica?</p> <p>Fecha: Mes _____ Año _____</p>

XII. COBERTURA DE PROGRAMAS	
12.1	<p>¿Alguien en esta casa es beneficiario de alguno de estos programas?</p> <p>1. Oportunidades 2. Leche Liconsa 3. DIF 4. Otro _____</p> <p>888 No sabe/no contesta</p>

Anexo 8. Guía para revisión de expedientes clínicos ITS y procesos de embarazo

Lugar: _____

Fecha: _____

Observador: _____

Objetivo: Identificar los registros y el seguimiento a las pacientes del programa de ITS.

DATOS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Identificación completa			
Nombre			
Edad			
Dirección			
Edad			
Estado civil			
Factores de riesgo			
Parejas múltiples			
Sexo sin protección			
Adiciones			
Método de anticoncepción			
Papanicolaou fecha			

DATOS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
FUM (fecha última de la menstruación)			
AGO (antecedentes ginecoobstétricos):			
# partos			
# abortos			
# cesáreas			
# hijos vivos			
Síntomas (motivo de consulta)			

DATOS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Examen físico			
Revisión del cerviz			
Exámenes de laboratorio			
Medicamentos prescritos			

DATOS	SÍ	NO	OBSERVACIONES
Educación o instrucciones			
Sobre el problema			
Sobre el manejo terapéutico			
Actividades de prevención			
Resultado de los exámenes			
Seguimiento			
Visitas subsecuentes			
Alta			

Anexo 9. Guía de entrevista a mujeres embarazadas

DATOS DE LA ENTREVISTA

- 0.1 Nombre entrevistada
- 0.2 Lugar de la entrevista
- 0.3 Fecha de realización de la entrevista
- 0.4 Tiempo aproximado de la entrevista
- 0.5 Entrevistador
- 0.6 Código

I. Características sociodemográficas

Quisiera empezar esta plática con algunas preguntas sobre su vida en general.

I.1. Edad

- ¿Cuántos años tiene?

I.2. Lugar de nacimiento

Pregunte: ¿Dónde nació? Localidad, municipio, estado, país

I.3. Condición lingüística, escolaridad y acceso a la educación

- **Pregunte** si habla otro idioma, o si habla alguna lengua indígena.
- **Pregunte** ¿Sabe leer y escribir en español?
- Si es afirmativa, **pregunte** ¿Ha ido a la escuela? ¿Hasta qué año estudió?

I.4. Estado civil

- **Pregunte** ¿Cuál es su estado civil? Si está casada **pregunte** ¿A qué edad se casó y qué edad tenía su marido?
- **Pregunte** si es el caso, por su separación, divorcio, ¿por qué?
- **Explore** otros enlaces o casamientos anteriores.

I.5. Familia y residencia

- **Pregunte** ¿Con quién vive ahora? ¿Qué lugar ocupa usted ahí? (esposa, hija, nuera, suegra). ¿Cuántas personas viven en su casa? ¿Su esposo ha migrado a EUA alguna vez?
- Si es MCM **explore** si su compañero actualmente vive con ella en la comunidad, está en otro estado de la República mexicana o en EUA.
- **Pregunte** ¿Tiene hijos?, ¿cuántos?, ¿cuántos años tienen ahora? ¿a qué edad tuvo el primero?, ¿son hijos de una misma pareja –la pareja actual– o de parejas diferentes? Si aún viven con usted, ¿quién le ayuda a sostenerlos? Si ya no viven con usted, ¿qué tan cercana es la relación? **Explore** cómo es la relación con los hijos, en qué medida la entrevistada puede contar con su apoyo y qué tipo de apoyo suelen darle (económico, moral).
- Si es MCM **pregunte** ¿Dónde ha vivido las ocasiones en que su esposo no ha estado? **Explore** si es el mismo lugar de residencia, cómo se sintió en ese lugar y si algo le ha resultado difícil ahí.
- Para todas las entrevistas, **indague** cuáles son, según la entrevistada, las ventajas y desventajas de las mujeres que se quedan a vivir solas con sus hijos y las que cambian su residencia con suegros o padres.

I.6. Trabajo y rol de género

- **Pregunte** ¿Cuál es su oficio o profesión, a qué se dedica normalmente?
- **Pregunte** En los últimos meses, ¿en qué trabajó?
- **Pregunte** ¿Recibe alguna remuneración por su trabajo? ¿Qué otros ingresos tiene? ¿Le ayuda alguien (marido, hermanos, suegros, familiar, familia) y cuántas personas y quiénes dependen de los mismos ingresos? ¿Considera que sus ingresos le alcanzan para todo lo que necesita?
- **Pregunte** si tiene Seguro Social o recibe beneficios del gobierno (*Oportunidades*, leche del DIF, etc.).

II. Experiencia con respecto a la migración (si es mcm. Si no, pasar al apartado 3)

Ahora quisiera hacer unas preguntas sobre su experiencia en relación a la migración

- **Pregunte** ¿En éstos últimos cinco años cuántas veces ha ido su pareja fuera de la comunidad (EUA) y por cuánto tiempo ha estado ausente?
Explore si la entrevistada sabe la fecha de retorno y si su pareja sigue ciclos regulares de partida y regreso, y en qué temporadas del año se va y vuelve.
- **Pregunte** sobre los motivos de su partida y si la decisión de salir de la comunidad fue tomada en pareja, en familia, o por su pareja de manera individual.
- **Explore** si la entrevistada está enterada de algún problema del compañero a la hora de migrar (documentación, dinero, trayecto, llegada, alojamiento, acogida).
- **Explore** si tiene conocimiento del lugar o lugares donde estuvo o está viviendo su pareja y en qué condiciones (con quién), así como cuál era su situación de trabajo; si sabe si tenía contrato, cuánto gana.
- **Explore** si su pareja le cuenta cómo era la vida allá, las formas de pasar el tiempo libre en el lugar de destino.
- **Explore** si alguna vez la entrevistada ha salido de la comunidad, ¿con qué propósitos?, si se fue sola o con su compañero, ¿cómo fue su experiencia?

III. Conocimientos sobre ITS y VIH/SIDA

- **Pregunte** si conoce qué son las ITS, cómo se transmiten y cómo pueden prevenirse.
- **Pregunte** si sabe qué es el VIH/SIDA, cómo se transmite y cómo puede prevenirse.
- **Explore** sobre fuentes de información, ¿cómo, dónde y de quién obtuvo esa información?
- ¿Qué personas o grupos cree que son más propensos a adquirir una ITS? (mencionar MCM o MIC a menos de que la entrevistada no lo haga).
- **Pregunte** si conoce alguna prueba de detección de las ITS y si alguna vez se la ha hecho y por qué se la hizo. Si conoce alguna prueba para detectar el VIH/SIDA, si se la ha hecho alguna vez, por qué y si le gustaría hacérsela y por qué.

IV. Anticoncepción, embarazo y parto

- **Pregunte** ¿Utiliza normalmente algún método anticonceptivo, cuál, por qué? ¿Quién se lo prescribió? ¿Es una decisión en pareja o de la entrevistada? ¿Se realiza usted algún control como el Papanicolaou? ¿Dónde? ¿Quién la atiende? ¿Qué le parece la atención?
- **Explore anticoncepción-migración** (si la entrevistada es MCM). Si cuando el esposo se va de la comunidad, la entrevistada deja de planificar. ¿Quién la acompaña? ¿Qué le dice su pareja al respecto?
- Si la entrevistada es MCM **explore** si cada vez que él viene ella se embaraza
- **Indague** si se controla cuando él no está y deja el método anticonceptivo cuando él se va.

- **Explore embarazo** ¿Cuántos meses tiene de embarazo? ¿Cuándo le comunicó a su pareja? ¿Cómo reaccionó él?
- **Explore** si la entrevistada deseaba embarazarse, si fue planeado y cómo decidió tener un hijo, si fue una decisión en pareja.
- **Explore parto** ¿Dónde se atendió el parto (*Oportunidades*, centro de salud, médico u hospital privado)? ¿Por qué eligió ese lugar? ¿Lo decidió usted, en pareja o intervino la familia? ¿Cómo cree usted que fue la atención del personal de salud? ¿Quién la acompañó? ¿Tuvo alguna complicación o dificultad (física, psicológica, económica u otra). ¿Quién pagó los gastos del parto?
- **Explore parto-migración** ¿Cuándo se enteró su compañero del nacimiento de su hijo(a)? ¿Quién se lo dijo? ¿Ha tenido comunicación con él? ¿Cuál fue la reacción de su compañero? ¿Qué persona cree usted que fue quien más le brindó apoyo y compañía durante el embarazo, el parto y el posparto?
- **Pregunte** ¿Su compañero migró después del parto o antes? ¿Quién decide eso?
- **Explore embarazo-migración** ¿A los cuántos meses de que ella se supo embarazada migró él?

V. Relato de síntomas (en caso de its continuar con este apartado. Si no, pase al apartado 8)

En este momento, le pediremos platicar acerca de su opinión y su experiencia en los servicios de salud cuando se atendió la infección.

- **Pregunte** ¿Cómo se dio cuenta usted de que tenía una ITS? ¿Qué tipo de síntomas tenía? ¿Cómo se sentía?
- **Pregunte** ¿Qué fue lo primero que hizo, consultó con algún familiar, médico tradicional, médico privado o médico del centro de salud? ¿Cuánto tiempo tardó en hacer algo al respecto?
- **Pregunte** ¿Le contó de su enfermedad a alguien, a quién? ¿Por qué?
- **Explore** a quién se lo contó primero.
- **Pregunte** ¿Qué tipo de tratamiento se aplicó, quién se lo recomendó?
- **Pregunte** ¿Tuvo alguna ITS antes del embarazo?
- **Pregunte** ¿Ha tenido antes el mismo problema? ¿Había tenido antes estos síntomas? **Explore** si ha tenido antes alguna otra ITS.
- **Pregunte** ¿Sabe usted cómo se llamaba lo que tuvo?

VI. Contacto con servicios de salud

- **Pregunte** ¿Cómo fue que se acercó a los servicios de salud y por qué? ¿Cuánto tiempo tardó en ir al centro del salud?
- **Pregunte** ¿La atendió un médico o una enfermera?
- **Pregunte** ¿La atendieron en un consultorio u otro espacio del centro de salud? (Descripción de la entrevistada de ese lugar; si era un lugar con privacidad)
- **Pregunte** ¿Cómo siente usted que fue el trato que le dieron? ¿Sintió usted que la trataron diferente?
- **Pregunte** ¿Recibió información sobre su afección, qué tipo de información fue? ¿Quién se la dio? ¿Qué le dijeron que tuvo?
- **Pregunte** ¿Qué medicamentos le dieron? ¿Le indicaron cada cuánto los debía tomar? ¿Por cuánto tiempo? ¿Le alcanzó la medicina, le faltó, le sobró?

- **Pregunte** ¿Dónde y cómo obtuvo el medicamento? ¿Siguió el tratamiento al pie de la letra, los tomó por el tiempo indicado?
- **Pregunte** ¿Se curó con ese medicamento? ¿En cuánto tiempo?
- **Pregunte** ¿Le dieron seguimiento a su caso en el hospital? ¿De qué manera?
- **Pregunte** ¿Le hicieron alguna otra prueba o se la recomendaron, por ejemplo de VIH?
- **Pregunte** ¿Confía usted en la seriedad del personal de salud que le atendió y en que mantendrá de manera reservada la información que usted les proporcionó?

VII. Manejo con su pareja. Vida cotidiana

- **Pregunte** ¿Cómo cree usted que adquirió esa ITS? **Explore** si la fuente fue su pareja sexual y por qué. **Registre** si la fuente fue su pareja, qué relación tiene con la migración, TSC, homosexualidad, bisexualidad.
- ¿Informó a su pareja? ¿Le hicieron alguna prueba a él?
- ¿Quién decidió acercarse a buscar tratamiento?
- **Explore** consejería a la pareja en los servicios de salud. ¿Le dieron algún tipo de orientación o información en los servicios de salud a su pareja?
- **Explore** cambios en la vida sexual con su pareja durante el tratamiento.
- **Indague** si ella relaciona el surgimiento o recurrencia de ITS con la llegada de él.
- **Explore** cuáles son los métodos anticonceptivos que utiliza cuando él está en la comunidad. Si ha utilizado el condón o no, por qué, si cree que su esposo está o estará dispuesto a utilizarlo y por qué.

VIII. Uso de condón

- **Pregunte** ¿alguna vez ha usado un condón? Si lo ha utilizado ¿con quién, por qué motivos?
- **Pregunte** si utiliza condón en los encuentros sexuales con su pareja. ¿Por qué sí y por qué no? ¿Qué piensa de usar condón con su(s) pareja(s) sexual(es)?
- Si nunca ha usado un condón, **pregunte** los motivos por los que no lo ha usado.
- **Pregunte** ¿En qué situación usaría condón y por qué?

IX. Preguntas intervención

- **Pregunte** ¿Le gustaría tener más información sobre ITS y VIH/SIDA y qué tipo de información le gustaría tener sobre esto?
- **Pregunte** ¿Conoce qué actividades de prevención de ITS y VIH/SIDA se realizan en su comunidad y qué opina de ellas?
- **Pregunte** ¿Cuáles son las principales actividades que considera se deben desarrollar en su comunidad para la prevención de ITS y VIH/SIDA? ¿De qué manera le gustaría participar?
- **Explore** la opinión de la entrevistada sobre los servicios de salud en su comunidad (centros de salud, hospitales, clínicas, u otro tipo de organizaciones disponibles. Si éstos brindan información sobre ITS y VIH/SIDA) **Pregunte** si la gente de la comunidad utiliza los servicios de salud. Si la respuesta es negativa ¿a qué atribuye su baja utilización?

Gracias por su tiempo y por su participación.

Anexo 10. Guía de entrevista a mujeres con alguna ITS

DATOS DE LA ENTREVISTA

- 0.1 Nombre entrevistada
- 0.2 Lugar de la entrevista
- 0.3 Fecha de realización de la entrevista
- 0.4 Tiempo aproximado de la entrevista
- 0.5 Entrevistador
- 0.6 Código

I. Características sociodemográficas

Quisiera empezar esta plática con algunas preguntas sobre su vida en general.

I.1. Edad

¿Cuántos años tiene?

I.2. Lugar de nacimiento

- **Pregunte:** ¿Dónde nació? Localidad, municipio, estado, país

I.3. Condición lingüística, escolaridad y acceso a la educación

- **Pregunte** si habla otro idioma, o si habla alguna lengua indígena.
- **Pregunte** ¿Sabe leer y escribir en español?
- Si es afirmativa, **pregunte:** ¿Ha ido a la escuela? ¿Hasta qué año estudió?

I.4. Estado civil

- **Pregunte** ¿Cuál es su estado civil? Si está casado(a), **pregunte** ¿a qué edad se casó y qué edad tenía su pareja?
- **Pregunte**, si es el caso, por su separación o divorcio, ¿por qué?
- **Explore** otros enlaces o casamientos anteriores.

I.5. Familia y residencia

- **Pregunte** ¿Con quién vive ahora? ¿Qué lugar ocupa usted ahí? (esposa, hija, nuera, suegra), ¿Cuántas personas viven en su casa? ¿Su esposo ha migrado a EUA alguna vez?

- Si es MCM, **explore** si su compañero actualmente vive con ella en la comunidad, está en otro estado de la República mexicana o en EUA.
- **Pregunte** ¿Tiene hijos?, ¿cuántos?, ¿cuántos años tienen ahora?, ¿a qué edad tuvo el primero?, ¿son hijos de una misma pareja –la pareja actual– o de parejas diferentes?, ¿Viven con usted o con quién viven? Si aún viven con usted, ¿quién le ayuda a sostenerlos? Si ya no viven con usted, ¿qué tan cercana es la relación? **Explore** cómo es la relación con los hijos, en qué medida puede contar con su apoyo y qué tipo de apoyo suelen darle (económico, moral).
- Si es MCM, **pregunte** ¿Dónde ha vivido las ocasiones en que su esposo no ha estado? **Explore** si es el mismo lugar de residencia. Cómo se sintió en ese lugar y si algo le ha resultado difícil ahí (si vive con sus suegros o si vive sola o con su familia).
- Para todas las entrevistadas, **indagar** cuáles son, según la entrevistada, las ventajas y desventajas de las MCM que se quedan a vivir solas con sus hijos y las que cambian su residencia suegros o padres.

I.6. Trabajo y rol de género

- **Pregunte** ¿Cuál es su oficio o profesión, a qué se dedica normalmente?
- **Pregunte** En los últimos meses, ¿en qué trabajó?
- **Pregunte** ¿Recibe alguna remuneración por su trabajo? ¿Qué otros ingresos tiene y cuántas personas y quiénes dependen de los mismos ingresos? ¿Considera que sus ingresos le alcanzan para todo lo que necesita?
- **Pregunte** si tiene Seguro Social o recibe beneficios del gobierno (*Oportunidades*, leche del DIF, etc.).

II. Experiencia con respecto a la migración (si la entrevistada es mcm. Si no, pasar al apartado 3)

Ahora quisiera hacer unas preguntas sobre su experiencia en relación a la migración

- **Pregunte** ¿En estos últimos cinco años cuántas veces ha salido su pareja de la comunidad (a EUA) y por cuánto tiempo ha estado ausente? **Explore** si la entrevistada sabe la fecha de retorno y si su pareja sigue ciclos regulares de partida y regreso, y en qué temporadas del año se va y vuelve.

- **Explore** sobre los motivos de su partida y si la decisión de salir de la comunidad fue tomada en pareja, en familia, o por su pareja de manera individual.
- **Explore** si la entrevistada está enterada de algún problema del compañero a la hora de migrar (documentación, dinero, trayecto, llegada, alojamiento, acogida).
- **Explore** si tiene conocimiento del lugar o lugares donde estuvo o está viviendo su pareja y en qué condiciones (con quién), así como cuál es (era) su situación de trabajo; si sabe si tiene o tenía contrato, cuánto gana o ganaba. **Explore** si su pareja le cuenta cómo era la vida allá, las formas de pasar el tiempo libre en el lugar(es) de destino.
- **Explore** si alguna vez la entrevistada ha salido fuera de la comunidad, ¿con qué propósitos?, si se fue sola o con su compañero, ¿cómo fue su experiencia?

Iniciar con: ¿En los últimos seis meses ha acudido al centro de salud por algún problema relacionado con la salud de la mujer? ¿Cuándo? ¿De qué problema se trató?

III. Conocimientos sobre ITS Y VIH/SIDA

- **Pregunte** si conoce qué son las ITS, cómo se transmiten y cómo pueden prevenirse.
- **Pregunte** si sabe qué es el VIH/SIDA, cómo se transmite y cómo puede prevenirse.
- **Explore** sobre fuentes de información, ¿cómo, dónde y de quién obtuvo esa información?
- **Pregunte** ¿Qué personas o grupos cree que son más propensos a adquirir una ITS? (mencionar MCM o MIC a menos de que la entrevistada no lo haga).
- **Pregunte** si conoce alguna prueba de detección de las ITS y si alguna vez se la ha hecho y por qué se la hizo. **Pregunte** si conoce alguna prueba para detectar el VIH/SIDA, si se la ha hecho alguna vez, por qué y si le gustaría hacérsela y por qué.

IV. Relato de síntomas

En este momento, le pediremos platicar acerca de su opinión y su experiencia en los servicios de salud cuando se atendió la infección.

- **Pregunte** ¿Cómo se dio cuenta usted de que tenía una ITS? ¿Qué tipo de síntomas tenía? ¿Cómo se sentía?
- **Pregunte** ¿Qué fue lo primero que hizo, consultó con algún familiar, médico tradicional, médico privado o médico del centro de salud? ¿Cuánto tiempo tardó en hacer algo al respecto?
- **Pregunte** ¿Le contó de su enfermedad a alguien, a quién? ¿Por qué? **Explore** a quién se lo contó primero. **Pregunte** ¿Qué tipo de tratamiento se aplicó, quién se lo recomendó? **Pregunte** ¿Ha tenido antes el mismo problema? ¿Había tenido antes estos síntomas? **Explore** si ha tenido antes alguna otra ITS. **Pregunte** ¿Sabe usted cómo se llamaba lo que tuvo? ¿Se atendió en las ocasiones anteriores? ¿Cómo y dónde?

V. Contacto con servicios de salud

- **Pregunte** ¿Cómo fue que se acercó a los servicios de salud y por qué? ¿Cuánto tiempo tardó en ir al centro del salud?
- **Pregunte** ¿La atendió un médico o una enfermera?
- **Pregunte** ¿La atendieron en un consultorio u otro espacio del centro de salud? (descripción de la entrevistada de ese lugar; si era un lugar con privacidad).
- **Pregunte** ¿Cómo siente usted que fue el trato que le dieron? ¿Sintió usted que la trataron diferente?
- **Pregunte** ¿Recibió información sobre su afección, qué tipo de información fue? ¿Quién se la dio? ¿Qué le dijeron que tuvo?
- **Pregunte** ¿Qué medicamentos le dieron? ¿Le indicaron cada cuánto los debía tomar? ¿Por cuánto tiempo? ¿Le alcanzó la medicina, le faltó, le sobró?
- **Pregunte** ¿Dónde y cómo obtuvo el medicamento? ¿Siguió el tratamiento al pie de la letra, lo tomó por el tiempo indicado?
- **Pregunte** ¿Se curó con ese medicamento? ¿En cuánto tiempo?
- **Pregunte** ¿Le dieron seguimiento a su caso en el hospital? ¿De qué manera?
- **Pregunte** ¿Le hicieron alguna otra prueba o se la recomendaron, por ejemplo de VIH?
- **Pregunte** ¿Confía usted en la seriedad del personal de salud que le atendió y en que mantendrá de manera reservada la información que usted les proporcionó?

VI. Manejo con su pareja. Vida cotidiana

- **Pregunte** ¿Cómo cree usted que adquirió la ITS? **Registrar** qué relación tiene con la migración, TSC, homosexualidad, bisexualidad.
- **Pregunte** ¿Informó a su pareja? ¿Le hicieron alguna prueba a él?
- **Pregunte** ¿Quién decidió acercarse a buscar tratamiento?
- **Explore** aconsejaría a la pareja en los servicios de salud. ¿Le dieron algún tipo de orientación o información a su pareja?
- **Explore** cambios en la vida sexual con su pareja durante el tratamiento.
- Si su pareja migra, **indagar** si ella relaciona el surgimiento o recurrencia de ITS con la llegada de él.
- **Pregunte** ¿Alguna vez ha planificado? ¿Con qué método? ¿Quién se lo prescribió? ¿Quién en la pareja tomó la decisión? ¿Qué opina su esposo de la planificación?
- **Pregunte** ¿Cuáles son los métodos anticonceptivos que utiliza cuando su compañero está en la comunidad?
- En caso de que su pareja sea migrante, **indagar** si sus embarazos han coincidido con las visitas de su compañero. **Indague** si se controla cuando él no está y deja el método anticonceptivo cuando él se va.

VII. Uso y conocimientos sobre el condón

- **Pregunte** ¿Alguna vez ha usado un condón? Si lo ha utilizado ¿Con quién, por qué motivos?
- **Pregunte** si utiliza condón en los encuentros sexuales con su pareja, ¿por qué sí y por qué no? ¿Qué piensa de usar condón con su(s) pareja(s) sexual(es)?
- Si nunca ha usado un condón, **pregunte** los motivos por los que no lo ha usado.
- **Pregunte** ¿En qué situación usaría condón y por qué?

VIII. Preguntas intervención

- **Pregunte** ¿Le gustaría tener más información sobre ITS y VIH/SIDA y qué tipo de información le gustaría tener sobre esto?
 - **Pregunte** ¿Conoce qué actividades de prevención de ITS y VIH/SIDA se realizan en su comunidad y qué opina de ellas?
 - **Pregunte** ¿Cuáles son las principales actividades que considera se deben desarrollar en su comunidad para la prevención de ITS y VIH/SIDA? ¿De qué manera le gustaría participar?
- **Explore** la opinión de la entrevistada sobre los servicios de salud en su comunidad (centros de salud, hospitales, clínicas, u otro tipo de organizaciones disponibles. Si éstos brindan información sobre ITS y VIH/SIDA).
Pregunte si la gente de la comunidad utiliza los servicios de salud. Si la respuesta es negativa ¿a qué atribuye su baja utilización?

Gracias por su tiempo y por su participación.

Anexo I I. Guía para prestadores de servicios tercera fase

DATOS DE LA ENTREVISTA (Incluirlos en el casete)

- 0.1 Nombre entrevistado(a)
- 0.2 Lugar de la entrevista
- 0.3 Fecha de realización de la entrevista
- 0.4 Tiempo aproximado de la entrevista
- 0.5 Entrevistador
- 0.6 Código

I. Datos personales

Quisiera empezar esta plática con algunas preguntas

I.1. Edad

I.2. Lugar de nacimiento

I.3. Estado civil

I.4. Condición lingüística, escolaridad y profesión

- **Pregunte** sobre su escolaridad, formación profesional o técnica, cursos.
- **Explore** si el entrevistado habla alguna lengua indígena, y si es la de la comunidad en la que trabaja.

I.5. Residencia

I.6. Trabajo e ingresos

I.7. Trabajo y cargo del entrevistado

- **Pregunte** ¿Cuál es su oficio o profesión? ¿Cuál es su cargo dentro de la organización?
- **Pregunte** sobre las características y condiciones de su trabajo, qué hace, desde cuándo.

II. Programas de ITS y VIH/SIDA en el centro de salud

- **Explore** si cuentan con algún programa de vigilancia epidemiológica para ITS en este centro de salud y en qué consiste.
- **Explore** si cuentan con algún programa de vigilancia epidemiológica para VIH/SIDA y en qué consiste.
- **Explore** si cuentan con algún programa o acciones de educación y prevención para la comunidad. En qué consisten, con qué periodicidad se aplican, a quiénes se dirigen.
- **Pregunte** ¿Cree usted que cuentan con los recursos necesarios para desarrollar estas actividades?

III. Procedimientos

- **Pregunte** ¿Cómo es el proceso de manejo de un caso de ITS en una mujer? Reconstruir con el entrevistado el proceso de tratamiento desde que el paciente llega hasta que es dado de alta.
- **Pregunte** ¿Cómo es el proceso de manejo de un caso de ITS en un hombre? Reconstruir con el entrevistado el proceso de tratamiento desde que el paciente llega.
- **Pregunte** ¿Se aplica algún cuestionario a pacientes con ITS?
- **Explore** En caso de que una persona dé positivo, a qué entidad se debe notificar.
- **Explore** Cómo es el manejo de la confidencialidad en casos de ITS.
- **Explore** si es común que los pacientes con ITS comuniquen a la familia de su afección. Si es más común en hombres o en mujeres.
- **Explore** Si se han detectado casos de VIH en el centro de salud, cómo es el proceso de manejo de esos casos. Se transfiere y no se vuelve a saber del caso o se le da seguimiento de alguna manera. Se les aplica algún cuestionario.
- **Explore** En qué casos se realizan pruebas de ITS sin que el paciente llegue por esa causa. Qué síntomas o características debe presentar un paciente para que se sospeche de una ITS.
- **Explore** En qué casos se realizan pruebas de VIH/SIDA sin que el paciente llegue por esa causa. Qué síntomas o características debe presentar un paciente para que se sospeche de VIH/SIDA.

IV. Pareja

- **Explore** si se da tratamiento a parejas y familia. Si se da consejería a pacientes, parejas y familia. Cómo se aborda el tema con la pareja y la familia.
- **Explore** Cuáles son las indicaciones básicas que se dan a una pareja en la que uno de sus miembros tiene una ITS.
- **Explore** Cuál es la reacción más común de la persona afectada. Cuál es la reacción más común de la pareja de la persona afectada. Cuál es la reacción de uno y otro en relación con el tratamiento y el seguimiento de éste.
- **Pregunte** ¿Qué dificultades según su experiencia encuentra usted para tratar el tema de las ITS con la pareja?
- **Explore** cómo ha sido su experiencia respecto a la participación de la pareja y la familia en el tratamiento de un paciente con ITS.
- **Explore** cómo ha sido su experiencia respecto de la participación de la pareja y la familia en el tratamiento de un paciente con VIH/SIDA.

V. Las ITS y la comunidad

- **Pregunte** ¿Desde su punto de vista, son comunes los casos de ITS en la comunidad? ¿Cuál es la ITS más común? ¿Cuál es el tratamiento más común para estas ITS? ¿Qué medicamento es el que más se prescribe para estas ITS?
- **Pregunte** ¿Según su experiencia, los casos de ITS son más frecuentes en hombres, en mujeres o en ME?
- **Pregunte** ¿Sabe de algún municipio o comunidad donde abunden los casos de ITS?
- **Pregunte** ¿Sabe de algún municipio o comunidad donde abunden los casos de VIH/SIDA?
- **Pregunte** ¿A qué cree que se debe la presencia de ITS en la comunidad? (no mencionar migración amenos que el entrevistado no lo mencione).
- **Explore** desde su punto de vista, qué es lo primero que hace una mujer cuando descubre que tiene una ITS, a quién acude primero, qué remedios son utilizados generalmente.
- **Explore** desde su punto de vista, qué es lo primero que hace un hombre cuando descubre que tiene una ITS, a quién acude primero, qué remedios son generalmente utilizados.
- **Explore** si de dar seguimiento al caso, se le da a firmar un consentimiento informado al paciente.
- **Explore** diferencias de atención a embarazadas respecto de otras mujeres de la comunidad con ITS.

VI. Conocimientos

- **Pregunte** ¿Sabe usted si existe alguna prueba de ITS que se deba realizar obligatoriamente a embarazadas? ¿Cuál?
- **Explore** si el entrevistado(a) sabe de algún riesgo de transmisión al producto en embarazadas.
- **Explore** si el entrevistado(a) conoce complicaciones de salud relacionadas con ITS.
- **Pregunte** ¿Conoce la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual?
- **Pregunte** ¿Conoce la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana?
- **Explore** fuentes de información: cómo, dónde y de quién obtuvo esa información.
- **Pregunte** ¿Tienen en este centro de salud un ejemplar de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual?
- **Pregunte** ¿Tienen en este Centro de Salud un ejemplar de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana?

VII. Preguntas intervención

- **Pregunte** si estaría interesado en participar en el desarrollo de actividades de prevención del VIH/SIDA en su comunidad.
- **Pregunte** sobre cuáles son las principales actividades que considera que se deben desarrollar en su comunidad para la prevención del VIH/SIDA.
- **Pregunte** de qué manera le gustaría participar.
- **Pregunte** cuáles considera que podrían ser las principales dificultades para el desarrollo de estas actividades y cómo podrían superarse.
- **Pregunte** sobre la disponibilidad de su organización para participar en el desarrollo de actividades de prevención del VIH/SIDA en la comunidad, incluyendo actividades para los migrantes. **Explore** los motivos.
- **Pregunte** si cree que la comunidad estaría dispuesta a participar en el desarrollo de programas de prevención del VIH/SIDA para la comunidad y para los migrantes. **Explore** por qué sí o no.

Gracias por su tiempo y por su participación.

Anexo 12. Guía de observación de los consultorios ginecoobstétricos de los centros de salud

Lugar: _____

Fecha de la visita: _____

Observador: _____

Objetivo: Identificar las condiciones de los materiales y equipos para la atención ginecológica, y el diagnóstico de ITS.

EQUIPO	SI	NO	OBSERVACIONES (condiciones funcionales y periodo de funcionamiento)
Camilla con estribos ajustables*			
Silla sin espalda ni brazos*			
Banqueta de altura*			
Pinza para sujetar cuello de matriz*			
Torundero con tapa*			
Mesa pasteur, mayo o equivalente*			
Lámpara de cuello*			
Especulo vaginal desechable*			
Lugar con privacidad			
Lubricante vaginal			
Guantes desechable			
Aplicadores estériles			
Laminillas estériles			
Cepillo para frotis de cuello			
Bata para las pacientes			
Baño para uso de las pacientes			
Bolsa para desechos			

Anexo I 3. Guía de disponibilidad de medicamentos para la atención de ITS, embarazo y posparto en centros de salud

Fecha: _____

Lugar: _____

Observador: _____

Objetivo: Identificar la disponibilidad de medicamentos en el centro de salud para el tratamiento de las ITS

Medicamento / clave	Sí disponible, cantidad	No disponible	Presentación
Aciclovir (herpes genital)			
Acido Tricloroacético (papiloma virus)			
Azitromicina (chancro blando, granuloma inguinal, uretritis, cervicitis gonococica, clamidia)			
Cefotetan (gonorrea)			
Ceftriaxona (gonorrea, chancro blando, uretritis, cervicitis gonococica)			
Cerfixime (uretritis, gonococica)			
Ciprofloxacina (gonorrea, chancro blando granuloma inguinal, uretritis, cervicitis gonococica)			
Clidamicina (gardenella)			
Clotrimazol (tricomonas)			
Crioterapia (papiloma virus)			
Doxiciclina (sífilis, clamidia, granuloma unguinal, linfogranuloma venereo, uretritis, cervicitis gonococica, clamidia)			

Perspectivas en salud pública

Eritromicina (clamidia, chancro blando, granuloma urogenital, linfogranuloma venéreo, clamidia)			
Famciclovir (herpes genital)			
Fluconazol (cándida)			
Inmunoglobulina humana (hepatitis B)			
Interferon alfa-2b (hepatitis B)			
Itraconazol (cándida)			
Imiquimod (papiloma virus)			
Lamivudina (hepatitis B)			
Levofloxacin (clamidia)			
Metronidazol (Tricomonas, gardenela)			
Norfloxacin (Gonorrea)			
Ofloxacin (uretritis, cervicitis gonococica, clamidia)			
Penicilina Benzatínica (sífilis)			
Penicilina procaínica (gonorrea)			
Penicilina 6 procaínica (sífilis)			
Penicilina G sódica cristalín (sífilis)			
Podofilina (papiloma virus)			
Trimetroprim sulfametoxazol (granuloma inguinal)			
Vala ciclovir (herpes genital)			

**Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a ITS
y VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes**

Se terminó de imprimir en mayo de 2009.
La edición consta de 500 ejemplares y estuvo
al cuidado de la Subdirección de Comunicación Científica
y Publicaciones del INSP.

