



Casa abierta al tiempo

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA  
UNIDAD XOCHIMILCO  
DIVISIÓN DE CIENCIAS BIOLÓGICAS Y DE LA SALUD  
DOCTORADO EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA**

**MIGRACIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD: UN ESTUDIO DE  
CASO SOBRE MIGRANTES CON VIH/SIDA QUE RESIDEN O  
TRANSITAN POR LA FRONTERA SUR DE MÉXICO**

**TESIS  
QUE PARA OBTENER EL GRADO  
DE DOCTORA EN CIENCIAS EN SALUD COLECTIVA  
PRESENTA  
FRIDA ERÉNDIRA QUINTINO PÉREZ**

**COMITÉ TUTORAL  
DIRECTORA: DRA. BEATRIZ CANABAL CRISTIANI  
ASESOR: DR. RENÉ LEYVA FLORES  
LECTORES:  
DR. EDGAR JARILLO SOTO  
DRA. CARMEN FERNÁNDEZ CASANUEVA**

**CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE, 2012**

***A mi hijo Sebastián,  
Joven (que como muchos jóvenes) cree que  
las barricadas cierran la calle pero abren el camino...***

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero expresar mi reconocimiento y agradecimiento a las personas migrantes que, en el marco de la lucha cotidiana, brindaron su tiempo y confianza para compartir la experiencia de vivir con VIH en la frontera. Sobre todo agradezco y dedico este trabajo a aquellas mujeres migrantes que antes de perder la batalla contra el virus, compartieron sus saberes, miedos, tristezas, demandas, logros y estrategias para el manejo y atención de un problema de salud que tiende a afectar con mayor intensidad a los grupos más marginados y vulnerables de la población.

También quiero manifestar mi profundo agradecimiento a profesionales, amigos e instituciones que me apoyaron a lo largo del proceso de investigación. En primer lugar, al Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva de la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, por haberme brindado la oportunidad de participar en un espacio académico comprometido con la reflexión crítica y la politicidad del quehacer en salud. A los profesores Edgar Jarillo y Oliva López por el gran apoyo brindado como profesores y coordinadores del doctorado; así como a los profesores Sergio López, Carolina Tetelboin, Gilherme Borges y Francisco Mercado por todos los conocimientos, críticas, debates y experiencias compartidas. Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por la beca brindada para cursar el doctorado y realizar la investigación.

Quiero agradecer de manera muy especial a la Dra. Beatriz Canabal, directora de mi tesis, su paciencia y generosidad, sus comentarios, conocimientos compartidos y orientación brindada en los seminarios, su lectura y revisiones detalladas de las diferentes versiones de la tesis, y en sí todo el apoyo que me brindó durante el doctorado y proceso de elaboración del presente trabajo. Al Dr. René Leyva, la Dra. Carmen Fernández y el Dr. Edgar Jarillo, miembros del comité tutorial, agradezco profundamente su apoyo, lectura, comentarios, sugerencias y críticas constructivas que me permitieron mejorar la versión final de la tesis.

Deseo manifestar un gran reconocimiento al Dr. René Leyva, por el profundo interés, compromiso, cariño y amistad, acompañamiento, revisión, observaciones críticas, recursos y generoso tiempo que me proporcionó a lo largo de todo el proceso de investigación. Asimismo, agradezco a René y al equipo del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, la oportunidad que me han brindado para conocer y participar activamente en el desarrollo de procesos de investigación-acción que buscan generar alternativas y promover los derechos humanos de los migrantes en la frontera sur de México. Le agradezco el haberme invitado a participar en estos proyectos que fueron de vital importancia para el desarrollo de la tesis, ya que me permitieron aproximarme -en numerosas ocasiones- al contexto, entablar vínculos y aprender de los profesionales y actores sociales involucrados en la temática, así como confirmar la relevancia que tiene la visibilización y comprensión de la experiencia biográfica de las personas que cruzan las fronteras en busca de mejores condiciones de vida.

También quiero agradecer de manera especial a los compañeros/as de trabajo, amigos/as y miembros del equipo de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula y al Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS del Estado de Chiapas. Particularmente, a la Mtra. Nelly Gómez, al Dr. Gerardo Espinoza y la Dra. Doris Edelmann por todas las facilidades e invaluable apoyo brindado durante el trabajo de campo. A Guadalupe Sánchez, Salvador Aceves, Catalina Mateos y Evaristo García por todos los conocimientos y experiencias compartidas.

Agradezco al Padre Flor María Rigoni, director de la Casa del Migrante, Albergue Belén, el haberme permitido conocer y aprender de su amplia experiencia, sensibilidad, compromiso y arduo trabajo a favor de los derechos humanos de los y las migrantes en tránsito México. También le agradezco profundamente sus enseñanzas, entusiasmo, interés y palabras de aliento que me impulsaron para seguir adelante en la elaboración y conclusión de este trabajo. Me dará mucho gusto poder llevarle la tesis hasta la Casa del Migrante.

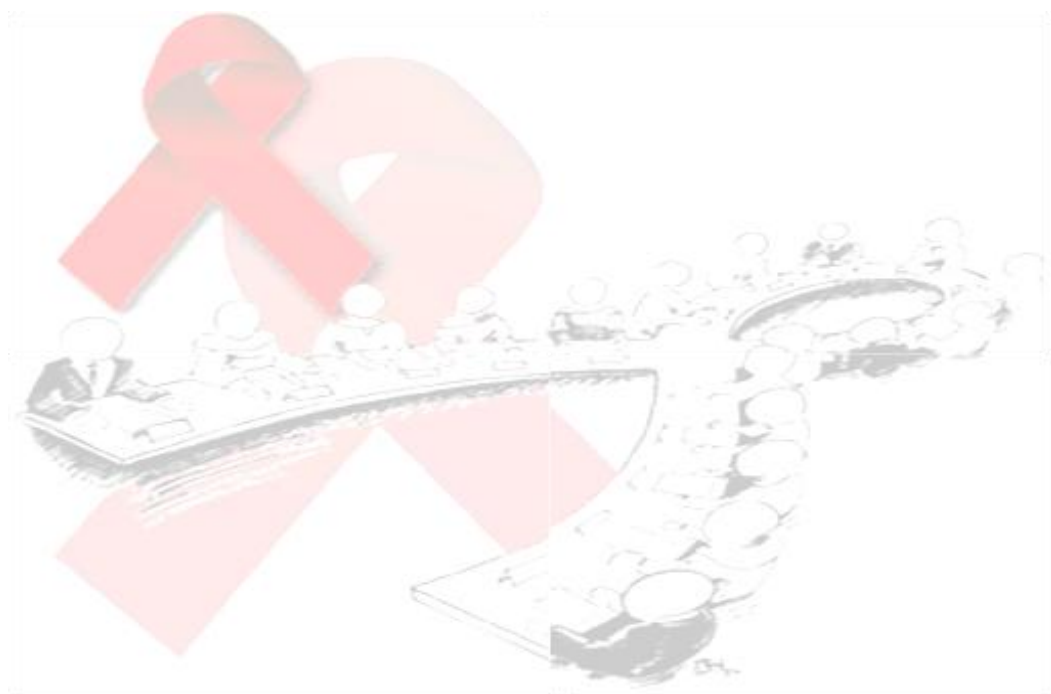
A Rosemberg López y Francisco Chong, por haberme permitido conocer el trabajo realizado por la organización civil Una Mano Amiga en la lucha contra el SIDA, y participar en el desarrollo de estrategias conjuntas orientadas a promover los derechos de las personas migrantes.

Agradezco a Mónica Sánchez y Eloisa Serrano, todos los apoyos brindados para concluir y presentar este trabajo. Asimismo, agradezco a la compañera Elvia Guzmán, su paciencia, tiempo compartido, talachas y múltiples apoyos que me brindó para la elaboración de la tesis.

A todos/as las estudiantes de la Licenciatura de Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, por permitirme compartir las experiencias de investigación y aprender de ustedes dentro y fuera de las aulas.

Finalmente, quiero expresar mi gratitud a todas las personas cercanas que me han acompañado en este proceso. A Patricia, mi mamá, por el amor y cariño, trabajo y esfuerzos, comprensión y palabras de aliento, pero sobre todo le agradezco profundamente el haberme impulsado y apoyado para disfrutar del estudio y el conocimiento. A Pedro, mi papá, le agradezco el amor y cariño, escucha, apoyo, idas y venidas de mí escuela y la de Sebas, así como el haber compartido sus experiencias de lucha y académicas.

A mi hijo Sebastián por permitirme compartir la vida y seguir aprendiendo de los más jóvenes, así como por su comprensión durante todos los días y noches que pasé fumando frente a la computadora o de viaje con la intención de concluir la bien conocida tesis. A Felipe por todo el amor y cariño, paciencia, escucha de las diversas versiones y avances de la tesis, comidas y cafés que me permitieron sobrevivir, palabras de aliento y acompañamiento brindado en este espacio de mi vida. A mis abuelitas, tías, primas, sobrinas, amigas y todas las compañeras del doctorado por compartir la historia de lucha y la fuerza de las mujeres.





## RESUMEN

**Introducción:** Miles de centroamericanos cruzan la frontera México-Guatemala en busca de oportunidades de empleo y de mejores condiciones de vida. En Chiapas ocurre el mayor número de desplazamientos, y específicamente en la región de Soconusco es donde se registra una dinámica migratoria de larga data. El contexto general durante la primera década del 2000, se caracteriza por el recrudecimiento de la discriminación, la violencia y la inequidad social. Si bien, los migrantes comparten situaciones de vulnerabilidad social, constituyen una población heterogénea por su composición de género, edad, nacionalidad, lugar de origen, inserción social y laboral, sus rutas, tiempo de estancia en la frontera y en sus motivos para migrar. De esta manera, se van configurando situaciones de vulnerabilidad social en salud, especialmente ante el VIH/SIDA, que afectan de forma diferenciada a los integrantes de diversos grupos móviles y migrantes. En este contexto, la frontera emerge como un espacio de límites y continuidades de procesos jurídico-legales, culturales, económicos, entre otros, que funcionan como determinantes de las condiciones de salud y de la capacidad de respuesta social, además de que influyen en las relaciones entre los diferentes sujetos sociales ¿Cómo se expresan las condiciones de vulnerabilidad en la experiencia de vivir con VIH? ¿Cuál es la capacidad de respuesta social a las necesidades de salud de las personas migrantes con VIH en la frontera?

El **objetivo general** de la presente tesis es analizar las condiciones de vulnerabilidad social que enfrentan personas migrantes con VIH/SIDA (PMVS) y su relación con el acceso a servicios públicos de salud en la frontera sur de México.

**Método:** Se realizó un estudio de caso que incluyó las siguientes dimensiones: a) *la colectiva*, donde se analiza el fenómeno migratorio centroamericano como parte del contexto socio-sanitario de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas, así como las políticas y la organización de los servicios públicos de salud, con especial énfasis en movilidad poblacional y VIH/SIDA para el periodo 2003-2010; b) *la individual*, donde se analiza la experiencia migratoria, del padecimiento y de acceso a servicios de salud de migrantes con VIH que forman parte de diversos grupos migratorios presentes en la frontera.

Para obtener la información de la dimensión contextual e individual se aplicaron técnicas y procedimientos de investigación cualitativa con un enfoque de complementariedad: observación participante; revisión documental (análisis bibliográfico, de instrumentos jurídico-políticos, de material hemerográfico, datos sobre situación epidemiológica, infraestructura y servicios de salud); estudio etnográfico (en espacios de servicios de salud, vivienda, centros laborales y lugares de alta concentración de migrantes); entrevistas semi-estructuradas a profesionales de salud (n=12); y entrevistas en profundidad a PMVS (7 migrantes residentes, 6 migrantes en trabajo sexual y 2 migrantes en tránsito).

La información documental fue procesada para realizar el análisis de contenido en áreas jurídico-legales, normas y procedimientos técnicos, estadísticas socio-demográficas y de salud, incluyendo VIH. El análisis documental y el estudio etnográfico permitieron describir el marco contextual donde ocurren los procesos sociales relacionados con el acceso a servicios de salud. Las entrevistas fueron transcritas textualmente con el fin de identificar aspectos clave relacionados con la experiencia de vivir con VIH y acceder a los servicios de salud desde la perspectiva de las propias PMVS. Por otra parte, se identificaron procesos socio-políticos impulsados por diferentes actores (salud, asociaciones civiles,

migración, académicos) relacionados con la interpretación, aplicación o modificación de los procesos jurídico-legales o normativos vinculados al acceso a servicios de salud, especialmente para VIH/SIDA.

**Resultados:** Para el periodo 2003-2010, se registraron 1181 personas con VIH/SIDA en la región fronteriza, de los cuales 11% correspondieron a migrantes centroamericanos. Del total de PMVS, 55% eran hombres y 45.3% mujeres, los cuales en su mayoría proceden de Guatemala y Honduras. Las PMVS que participaron en el estudio tuvieron conocimiento de su condición de salud durante su tránsito o estadía en la frontera sur de México. Las PMVS comparten una situación disruptiva en su biografía, una inflexión que está ligada tanto a la migración indocumentada como a la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA. Sin embargo, el primer contacto con los servicios de salud, las condiciones en las que se estableció el diagnóstico y el acceso a la atención médica, fueron episodios de la trayectoria del padecimiento que presentaron variaciones de acuerdo al grupo migratorio, a la condición de género, y a las fases y modalidades de la respuesta social en salud desarrollada en la frontera.

El estudio de las condiciones de acceso a servicios para la prevención y atención del VIH/SIDA, requiere caracterizar y analizar las especificidades de la política sanitaria y del sistema de salud fronterizo en relación con las necesidades y vulnerabilidad que enfrentan las PVS que forman parte de diversos grupos migratorios. Desde esta perspectiva, se muestra que las políticas y acciones en materia de migración y VIH/SIDA se reconstruyen en un escenario de permanente conflicto y debate en torno al derecho a la salud. En este marco, la participación de organizaciones sociales y de las instituciones públicas de salud contribuyó al desarrollo de una política que transitó de una fase de “atención reactiva” a migrantes residentes (1999-2003) hacia “la búsqueda intencionada de casos” en migrantes en trabajo sexual (2004 a 2007), y finalmente a la promoción de “la atención médica integral” para migrantes en tránsito (2007 a 2010).

La fase de atención reactiva se caracterizó por dar respuesta a la urgencia médica que vivían hombres migrantes que se encontraban en una etapa avanzada de la enfermedad, como mujeres migrantes cuya pareja vivía con el VIH/SIDA. Sin embargo, las normativas dictadas desde nivel central, e implementadas a nivel local, operaron como una especie de “*barco titánic*” desde el cual se selecciona y obstaculiza el acceso al tratamiento antirretroviral (TARV). Las consecuencias de esta forma de inequidad en salud se expresaron en el deterioro la calidad de vida, el avance acelerado de la enfermedad, y en ocasiones, en la muerte de migrantes. Entre 2003-2007, las condiciones de vida y muerte de migrantes como Felicia, Isabel y Julián estuvieron rodeadas de precariedades, separaciones, desplazamientos, dudas y demandas de atención médica integral. En este marco de inequidad, los profesionales locales de salud desarrollaron estrategias que estaban fuera de las normas nacionales que regulaban el acceso a los servicios de salud y al TARV. Sus acciones de transgresión a la norma las justificaron apelando al derecho a la salud y en respuesta a las necesidades específicas de las PMVS; y en este marco brindaron el TARV a migrantes. Estas formas de respuesta aunadas a un proceso de gestión basado en un enfoque de exigibilidad del derecho a la salud, permitieron incidir en los lineamientos de política emitidos a nivel nacional. La gestión facilitó la cobertura gratuita del TARV a todas las personas migrantes con VIH que son atendidas en los servicios públicos de salud de la frontera. Este reconocimiento trajo beneficios importantes en el acceso a servicios de salud para las PMVS; sin embargo, rápidamente emergieron situaciones relacionadas con las condiciones de vida que funcionan como obstáculos estructurales para la utilización regular de los servicios de salud y adherencia al TARV.



En la segunda fase se fortalecieron las acciones para la búsqueda intencionada de casos de VIH en migrantes que laboran en contextos del trabajo sexual. Esto, en el marco de un debate en torno al derecho a la salud en el que prevalecían las posturas del modelo reglamentarista-higienista de “control de ITS/VIH en el trabajo sexual”, caracterizadas por la violación de los derechos de hombres y mujeres migrantes, así como la reproducción de actitudes de discriminación en el entorno, familiar, laboral y comunitario. A nivel local, se discutieron, analizaron e implementaron estrategias para fortalecer las capacidades de los profesionales de salud municipal responsables de brindar atención al personal que labora en contextos del trabajo sexual. Sin embargo, los grandes conflictos de interés que permean el mercado sexual, la alta rotación del personal y la predominancia que han tenido las medidas basadas en el enfoque del control sanitario, representaron obstáculos para la implementación de acciones de prevención y atención del VIH/SIDA, basadas en un enfoque de derechos humanos y equidad de género. Para las personas migrantes que laboran en espacios del trabajo sexual, el diagnóstico es un episodio que no sólo marca el inicio de la trayectoria del padecimiento y de su atención, sino una disrupción de la vida cotidiana que comienza con el despido inmediato del centro laboral, el desalojo de la vivienda y el rechazo comunitario. La discriminación tiene un efecto secuencial, ya que acentúa la marginalidad económica, favorece la permanencia en trayectorias laborales inestables y precarias, y la inserción en espacios donde se enfrentan los mayores riesgos a la violencia y extorsión. En el ámbito doméstico, se recrudecen los conflictos familiares y la violencia de género; y a nivel personal se acentúa la depresión, el consumo de alcohol y la desesperanza. En su conjunto, las problemáticas que caracterizan la vida de los migrantes “*después del SIDA*”, obstaculizan el desarrollo de capacidades para hacer frente al padecimiento y favorecen la discontinuidad en la búsqueda de atención médica y la adherencia al TARV.

Tomando como referencia los avances previos, organizaciones de la sociedad civil (orientadas a la atención de migrantes y prevención de VIH) desarrollaron acciones que se identificaron como una tercera fase del proceso de cambios en las políticas de acceso a servicios de salud, especialmente para VIH. Después de establecer acuerdos con las instituciones locales de salud, se fortaleció la promoción del diagnóstico oportuno y la atención médica integral en el grupo de los migrantes en tránsito en condiciones de alta vulnerabilidad al VIH vinculada con la violación de sus derechos humanos y con multiplicidad de delitos en su contra a lo largo en las rutas que se distribuyen por el territorio mexicano. A nivel local, se muestra la presencia y participación de actores sociales que buscan contribuir a la construcción de condiciones para facilitar el acceso a servicios de salud adecuados a las necesidades de las PMVS inmersas en un proceso de alta movilidad. De esta manera, se logró la institucionalización del acceso al Programa de VIH y a TARV, lo cual se esperaba que constituyera uno de los motivos principales para que los migrantes con VIH permanecieran en la frontera. Sin embargo, esto no ocurrió, ya que la situación crítica que se genera a raíz del diagnóstico, los cambios que conlleva en el proyecto de vida, conduce a decidir la interrupción del proceso migratorio y, en general, motiva el retorno al lugar de origen. En este marco, se configuran importantes retos para los sistemas de salud de uno y otro lado de la frontera, así como la necesidad de fortalecer los mecanismos de referencia y contrarreferencia hacia los programas de VIH de los países de Centroamérica.

**Conclusiones:** La diversidad que se encuentra al interior del subgrupo migratorio afectado por la epidemia pone en evidencia la configuración de procesos de vulnerabilidad diferencial frente al VIH/SIDA en contextos caracterizados por la precariedad socio-económica, la violencia y la inequidad social en salud. La condición migratoria indocumentada, las particularidades de las trayectorias de movilidad, las

construcciones inequitativas de género, las precarias condiciones de vida y trabajo, y los cambios en las modalidades de la respuesta social en salud desarrollada en la frontera, marcan diferencias significativas en la experiencia del padecimiento y de su atención. En su interrelación, este conjunto de determinantes sociales imponen límites y posibilidades en la construcción de capacidades, recursos y estrategias para manejar y atender las necesidades de salud vinculadas a la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA en contextos de migración. En un marco de inequidad adquieren particular importancia las acciones colectivas que buscan facilitar el acceso a la atención médica integral como un medio efectivo para mejorar la calidad de vida y reducir la susceptibilidad ante el avance de la enfermedad. Los procesos socio-políticos descritos muestran la predominancia que tienen los posicionamientos que definen a la migración como “un problema social”, niegan el derecho a la salud de los migrantes e imponen mayores obstáculos para el acceso a servicios públicos de salud. Sin embargo, la acción social desarrollada por una red de organizaciones gubernamentales y sociales contribuye a debatir, contrastar y relativizar estas políticas y sus consecuencias en la salud de los migrantes. En un ambiente de conflicto social, los actores locales han acudido a la interpretación y adaptación normativa como un mecanismo que contribuye a la construcción de condiciones para la exigibilidad del derecho de las personas migrantes en relación al VIH/SIDA. A nivel local, las normas y procedimientos para la atención del VIH/SIDA frecuentemente son filtrados, interpretados y ajustados en función de las particularidades del contexto social y esto contribuye a dar respuesta a las necesidades y vulnerabilidades diferenciales que enfrentan las PMVS. Las acciones orientadas a facilitar el acceso a servicios de salud para las PMVS son resultado de un proceso que incluye: la sensibilización y fortalecimiento de las capacidades de los actores locales; la conformación de alianzas estratégicas y el trabajo en redes sociales; el desarrollo de sistemas de información clínico-epidemiológica; y la revisión, debate, cuestionamiento y reformulación de los procedimientos y normativas relacionadas con la atención del VIH/SIDA. Si bien existen importantes avances en el desarrollo de acciones que facilitan el acceso a la atención del VIH/SIDA en grupos móviles y migrantes, es necesario considerarlas como parte una dinámica en constante reconstrucción. La orientación de las políticas sobre migración y salud, así como los cambios en las fuerzas sociales, en las capacidades y en la organización de los servicios locales de salud, pueden marcar un retroceso o por el contrario un avance en las acciones que buscan amortiguar y contrarrestar las condiciones de inequidad y vulnerabilidad social en salud que prevalecen en la frontera.

## Abstract

**Title:** Migration and Access to Health Services: A case study of migrants living with HIV/AIDS residing at or in transit through the Mexican southern border

**Objective:** To analyze the conditions of social vulnerability in health faced by migrants living with HIV/AIDS (MLWHA)

**Methods:** This is a case study of access to health services for MLWHA. A *collective dimension* is explored that is related to Central American migration in the border socio-economic context, as well as the development of policies on population mobility and HIV/AIDS, 2003-2010. Another dimension is that of the *individual*, which has to do with the experience of the disease and the path towards access to services. This dimension was explored for MLWHA in three different groups: border residents, sex workers and those who are in transit. The information was obtained through participant observation; literature review (legal-political, hemerographic, epidemiological and related to availability of health services); and through ethnographic studies (medical units, housing and work centers). Interviews were applied to health professionals (n=12) and to MLWHA (n=15).

**Results:** 1181 persons living with HIV received care from the border healthcare services during the 2003-2010 period; 11% were migrants. Three phases of the HIV policy were identified which contributed to reducing institutional, legal-administrative and medical barriers (reactive care for resident migrants, intentional search for cases of migrants in sex work and promotion of wholistic healthcare). HIV policies and intervention models for migrants are the result of existing conflict and social actions taking place in different governmental and social organizations. Paths of access to health services are related to policy phases; however, obstacles persist in medical follow-up and adherence to ART, which are linked to migratory, life and work conditions. In these spheres of daily life, gender inequities are expressed that reduce the ability to handle and provide care for people with this disease.

**Conclusions:** Within a framework of inequity, social action contributes to reducing barriers to access to health services, as a means to diminishing the impact of migrants' social vulnerability in health. We need to guarantee the sustainability of health interventions, as well as the development of social policies and strategies focused on economic, social and cultural determinants that explain the persistent inequities existing in the provision of care for people living with HIV/AIDS.



# ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO</b>	16
<b>1.1 Perspectivas teóricas e hipótesis predominantes</b>	17
Fronteras sanitarias: la vigencia de los modelos epidemiológicos clásicos	20
Movilidad poblacional y VIH/SIDA en las fronteras: el enfoque de la desigualdad y la vulnerabilidad social en salud	27
<b>1.2 Modelo conceptual para el análisis de la vulnerabilidad social en salud que enfrentan los migrantes con VIH/SIDA</b>	34
Modelos conceptuales de la vulnerabilidad	36
Matriz conceptual	42
<b>1.3 Líneas teóricas para el estudio del vínculo migración y acceso a servicios para la atención del VIH/SIDA</b>	48
a) Primer componente de la dimensión colectiva: lineamientos conceptuales para el análisis del contexto socio-sanitario.	49
▪ Región y Salud Fronteriza	
▪ Desigualdades en salud en el contexto de la frontera	
b) Segundo componente de la dimensión colectiva: lineamientos conceptuales para el análisis de la respuesta social en salud	59
▪ Acceso y Utilización de Servicios	
▪ La perspectiva y práctica de los profesionales de salud	
c) La dimensión individual: lineamientos conceptuales para el análisis de la experiencia del padecimiento y las trayectorias de acceso a servicios	69
▪ Experiencia del padecimiento de las PMVS	
▪ Trayectorias del padecimiento de las PMVS	
<b>1.4 Modelo conceptual: guía para el diseño del estudio de caso</b>	83
<b>CAPÍTULO II. METODOLOGÍA</b>	85
<b>2.1 Diseño del estudio</b>	86
Selección e inserción en el contexto de estudio	89
Trabajo de campo	91
<b>2.2 Técnicas y procedimientos para la obtención de información</b>	93
<b>2.3 Revisión documental para la caracterización del contexto fronterizo</b>	95

Mapeo de estudios sobre migración, salud y frontera	96
Revisión sistemática de la prensa gráfica	97
Revisión sistemática de instrumentos jurídico-políticos	101
Datos epidemiológicos sobre VIH/SIDA	105
Organización de la información documental	105
<b>2.4 Estudio etnográfico</b>	106
Exploración del contexto fronterizo	106
Micro-etnografía en el espacio de los servicios de salud	108
Organización del material etnográfico	111
<b>2.5 Entrevistas semi-estructuradas a profesionales de salud</b>	112
Análisis de las narrativas de los proveedores de servicios	116
<b>2.6 Entrevistas en profundidad a migrantes con VIH/SIDA</b>	119
Conformación y diversificación de la muestra	123
Procesamiento y análisis de las entrevistas a migrantes con VIH/SIDA	127
<b>CAPÍTULO III. EL CONTEXTO SOCIO-SANITARIO EN LA REGIÓN FRONTERIZA DE SOCONUSCO, CHIAPAS</b>	130
<b>3.1 Características demográficas y socio-económicas de Soconusco</b>	131
Dinámica económica	133
Marginalidad económica en una región de riqueza	136
Tapachula: centro urbano de la región	138
<b>3.2 La salud poblacional en el Soconusco</b>	141
Perfil de salud-enfermedad en población local	142
Mortalidad	144
Recursos y servicios de salud	147
<b>3.3 Acceso a servicios públicos de salud para población migrante</b>	152
<b>CAPÍTULO IV. RESPUESTA SOCIAL Y EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EN LA FRONTERA</b>	161
<b>4.1 Estructura político-administrativa: CONASIDA, CENSIDA Y COESIDA-Chiapas</b>	162
De Consejo a Centro Nacional	163
COESIDA, Chiapas	168
<b>4.2 La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA</b>	171
Epidemiología del VIH/SIDA en Chiapas	174
Epidemias diversas: el caso de la región fronteriza de Soconusco	178

<b>4.3 La epidemia del VIH/SIDA en población migrante</b>	183
Casos de VIH/SIDA en Población Migrante	185
Evolución de la notificación de casos de PMVS	188

**CAPÍTULO V. SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA EN POBLACIÓN MIGRANTE** .....192

**5.1 Modelo de prevención y atención del VIH/SIDA en población migrante** .....194

    Antecedentes .....194

    Evolución y componentes del modelo de atención .....197

**5.2 Fase I. Atención reactiva a población migrante residente** .....202

    Momentos clave de la política de acceso a TARV .....206

    Exclusión y barreras de acceso a la atención médica integral en población migrante .....211

    La respuesta local: reducción de barreras de acceso a TARV .....216

**5.3 Fase II. Búsqueda intencionada de casos: trabajo sexual y VIH/SIDA** .....222

    Diseño de lineamientos de atención para trabajadores/as migrantes con VIH .....226

**5.4 Fase III. Desarrollo de una respuesta rápida para VIH en el grupo de los migrantes en tránsito** .....232

    Atención médica integral para PVS .....232

    Fortalecimiento de alianzas: la participación de la Casa del Migrante .....236

**CAPÍTULO VI. ACCESO A LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA: LA EXPERIENCIA DE MIGRANTES RESIDENTES EN LA FRONTERA** .....240

**6.1 El Soconusco: contexto de destino migratorio** .....241

**6.2 Características socio-demográficas de los y las migrantes residentes con VIH/SIDA** .....245

**6.3 Trayectorias migratorias e inserción en el contexto de destino** .....248

**6.4 El VIH/SIDA: situación disruptiva de la experiencia biográfica** .....256

**6.5 Género, percepción de riesgo y saberes sobre VIH/SIDA** .....261

**6.6 La experiencia compartida: vulnerabilidad y barreras de acceso a la atención médica integral del VIH/SIDA** .....271

**6.7 Facilidades de acceso a la atención médica integral** .....282

<b>CAPÍTULO VII. MIGRANTES EN CONTEXTOS DE TRABAJO SEXUAL: VULNERABILIDAD Y ACCESO A SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA</b>	290
7.1 Trabajo sexual en la frontera	292
Migración y trabajo sexual en el ámbito global y regional	292
El trabajo sexual en la frontera México-Guatemala	295
Los espacios	298
Trabajando “sin documentos”: condiciones laborales en espacios reconocidos y regulados	302
7.2 Exclusión, discriminación y violencia: constantes en las condiciones de vida de los y las trabajadoras sexuales	307
Trabajo sexual: “practica atentatoria de la moral”	308
La criminalización del trabajo sexual	311
7.3 La respuesta institucional en salud: trabajo sexual y VIH/SIDA en el contexto fronterizo	314
La re-emergencia del control sanitario	316
La regulación del trabajo sexual en la frontera México-Guatemala: la vigencia del higienismo-reglamentarismo	319
Las condiciones de atención médica	321
Alcances y limitaciones del modelo higienista	324
La vigilancia epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA	326
7.4 Vivir con VIH/SIDA en contextos del trabajo sexual en la frontera	332
Perfil de las PMVS	333
El VIH/SIDA: situación disruptiva de la biografía	339
El descubrimiento de la seropositividad	346
<b>CAPÍTULO VIII. ACCESO A LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA EN UN MARCO DE ALTA MOVILIDAD: LA EXPERIENCIA DE MIGRANTES EN TRÁNSITO EN LA FRONTERA SUR DE MÉXICO</b>	353
8.1 Tendencias de la política hacia la migración indocumentada	354
8.2 Soconusco: contexto de tránsito migratorio	361
8.3 La política local en VIH/SIDA y migración	365



Lineamientos de atención	.....370
<b>8.4 Características socio-demográficas de los migrantes entrevistados</b>	.....373
<b>8.5 Percepción de riesgo, condicionante del diagnóstico oportuno</b>	.....377
<b>8.6 Las decisiones del migrante</b>	.....383
<b>IX. CONCLUSIONES</b>	.....387
Contextos de inequidad y vulnerabilidad en la frontera	.....389
Derecho a la salud en el contexto de frontera	.....395
El carácter dinámico de la respuesta social al vínculo migración y VIH/SIDA	.....401
La situación de la epidemia del VIH/SIDA en migrantes	.....408
Experiencia del padecimiento y trayectorias de acceso a servicios	.....410
<b>X. Bibliografía</b>	.....419
<b>XI. Anexos</b>	.....449



# ÍNDICE DE CUADROS Y FIGURAS

## **CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO**

Cuadro 1.1 Matriz conceptual: dimensiones y aspectos relevantes del análisis de la vulnerabilidad de migrantes con VIH/SIDA	44
Figura 1.1 Mapeo de Conceptos Clave	48

## **CAPÍTULO II. METODOLOGÍA**

Figura 2.1. Proceso de investigación y trabajo de campo	92
Cuadro 2.1. Técnicas empleadas para la obtención de información	94
Figura 2.2. Flujograma metodológico: análisis de contenido de noticias sobre migración	99
Gráfica 2.1 Migración en la prensa gráfica	100
Cuadro 2.2 Marco jurídico-político sobre migración, salud y VIH/SIDA	103
Cuadro 2.3 Análisis de contenido de instrumentos jurídico-políticos	104
Cuadro 2.4 Guía de observación: Servicios de Salud para el VIH/SIDA	110
Cuadro 2.5 Instituciones y organizaciones participantes	112
Cuadro 2.6 Características de los profesionales de salud entrevistados	115
Figura 2.3 Categorías de análisis de las entrevistas a profesionales de salud	117
Figura 2.4 Proceso de conformación y diversificación de la muestra: 2007-2009	125
Cuadro 2.7 Perfil de las persona con VIH/SIDA participantes en las entrevistas (2007-2009)	126
Cuadro 2.8 Experiencia del padecimiento y trayectorias de acceso a servicios de salud de personas migrantes con VIH/SIDA	129

## **CAPÍTULO III. EL CONTEXTO SOCIO-SANITARIO EN LA REGIÓN FRONTERIZA DE SOCONUSCO, CHIAPAS**

Figura 3.1 Región VII. Soconusco, Chiapas	132
Cuadro 3.1 Municipios del Soconusco, Chiapas: indicadores socioeconómicos e índice de marginación	137
Cuadro 3.2 Características socio-demográficas de los siete municipios fronterizos de Soconusco.	139
Cuadro 3.3 Principales causas de mortalidad en los siete municipios fronterizos de Soconusco.	146
Figura 3.2 Condición de derechohabencia de la población estatal, Chiapas, 2010	148

Cuadro 3.4 Disponibilidad de recursos de atención médica para consulta externa en instituciones de asistencia social y de seguridad social en los siete municipios fronterizos, 2005	150
Figura 3.3 Área de responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula, Chiapas	156
Cuadro 3.4 Evolución de la demanda de atención médica por parte de población migrante en unidades de segundo nivel de Tapachula, Chiapas	160

#### **CAPÍTULO IV. RESPUESTA SOCIAL Y EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EN LA FRONTERA**

Figura 4.1 Organigrama de actores involucrados en la RSO al VIH/SIDA en Soconusco, Chiapas	170
Cuadro 4.1 Casos nuevos y acumulados de SIDA en la región Sureste de México, según año de diagnóstico (1983-2011)	176
Cuadro 4.2 Cédula de monitoreo para población móvil y migrante, Programa de VIH/ITS- JS VII	184
Cuadro 4.3 Casos acumulados de VIH/SIDA en población nacional y migrante (2003-2010): notificación en la Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula, Chiapas	185
Gráfico 4.1 Población migrante con VIH/SIDA según nacionalidad:	186
Gráfica 4.2 Ocupación de migrantes con VIH/SIDA notificados en la JS VII, 2003-2010	187
Gráfico 4.3 Evolución de la notificación de casos de VIH/SIDA en población migrante en el Programa de VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII	189
Cuadro 4.4 Perfil socio-demográfico y de salud de personas migrantes con VIH que recibieron atención en los servicios de la JS-VII	190

#### **CAPÍTULO V. SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA EN POBLACIÓN MIGRANTE**

Figura 5.1 Fases del modelo de prevención y atención al VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes (1999-2010)	201
Figura 5.2 La atención médica a personas migrantes con VIH/SIDA: 1999-2003	204
Cuadro 5.1 Personas con tratamiento antirretroviral en México, por institución	209
Figura 5.3 Experiencia de descentralización de funciones del PVIH-JS: estrategia de cobertura “temporal” de TARV para migrantes	220

Figura 5.4 Operación del sistema de referencia de PVS: servicios de salud municipal a la instancia jurisdiccional	229
Cuadro 5.2 Estructura del Memorándum DG/DIO/1021/07: Exigibilidad del derecho al TARV para PVS migrantes	234

## **CAPÍTULO VI. EXPERIENCIA Y TRAYECTORIAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA EN MIGRANTES RESIDENTES**

Figura 6.1 Nacidos en el extranjero residentes en Chiapas, Censo de Población y Vivienda, 2000	242
Cuadro 6.1 EMIF-GUAMEX, Migrantes guatemaltecos con destino a México	243
Cuadro 6.2 Datos centrales de hombres y mujeres migrantes residentes con VIH	247
Cuadro 6.3 Datos generales de las personas migrantes residentes con VIH atendidas por el PVIH-JS VII, 2009-2011	284

## **CAPÍTULO VII. LA EXPERIENCIA DE VIVIR CON EL VIH/SIDA EN CONTEXTOS DE TRABAJO SEXUAL EN LA FRONTERA**

Cuadro 7.1 Características socio-demográficas de las MTS mexicanas y extranjeras	297
Figura 7.1 Zonas de mayor riesgo de violencia en la ciudad de Tapachula, Chiapas	301
Cuadro 7.2 Condiciones laborales de las mujeres trabajadoras sexuales en establecimientos reconocidos de las zonas de tolerancia de Tapachula y Cacahoatán, Chiapas	304
Cuadro 7.3 Condiciones laborales de los varones trabajadores de bares y cantinas	306
Cuadro 7.4 Condiciones de atención en las unidades de control sanitario del trabajo sexual en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas	323
Gráfica 7.1 Casos acumulados de VIH/SIDA según ocupación 2003-2009: individuos que laboran en el contexto del trabajo sexual	331
Cuadro 7.5 Datos centrales de las PMVS-TS	334
Cuadro 7.6 Los derechos humanos de las personas en relación al VIH/SIDA.	347

## **CAPÍTULO VIII. LA EXPERIENCIA DEL VIH/SIDA EN EL TRÁNSITO MIGRATORIO**

Cuadro 8.1 Devoluciones y rechazos de extranjeros no autorizados por	362
--	-----

las autoridades migratorias según nacionalidad 2000-2006	
Cuadro 8.2 Eventos de aseguramientos de centroamericanos en la región de Costa-Chiapas (ruta migratoria 1) 2001-2006	.....363
Figura 8.1 Migrantes en tránsito según nacionalidad 2007-2009	.....367
Cuadro 8.3 Casa del Migrante, Albergue Belén: cobertura de las intervenciones de prevención y atención del VIH en migrantes en tránsito	.....369
Cuadro 8.4 Prevalencia estimada de VIH en el grupo de 15 a 49 años de edad: México y países de Centroamérica	.....370
Cuadro 8.5 Datos generales de migrantes en tránsito con VIH/SIDA atendidas por el PVIH-JS VII 2009-2011	.....372
Cuadro 8.6 Datos centrales de los migrantes en tránsito entrevistados	.....374

## LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

1	<b>ACNUR</b>	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
2	<b>ACV</b>	Áreas de Control Venéreo
3	<b>AFI</b>	Agencia Federal de Investigación
4	<b>ARV</b>	Antirretrovirales
5	<b>CCC</b>	Comunicación y Cambio de Comportamiento
6	<b>CE</b>	Consulta Externa
7	<b>CEDH</b>	Comisión Estatal de Derechos Humanos
8	<b>CENSIDA</b>	Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA e ITS
9	<b>CEPAL</b>	Comisión Económica para América Latina
10	<b>CNDH</b>	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
11	<b>COESIDA</b>	Coordinación Estatal de VIH/SIDA
12	<b>COMUSIDAS</b>	Consejos Municipales para la Prevención y Control del VIH/SIDA
13	<b>CONAPO</b>	Consejo Nacional de Población
14	<b>CONAPRED</b>	Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación
15	<b>CONASIDA</b>	Consejo Nacional para Prevención y Control del Sida
16	<b>CM</b>	Casa del Migrante
17	<b>CRM</b>	Casa Roja del Instituto Nacional de Migración
18	<b>CURP</b>	Clave Única de Registro Poblacional
19	<b>DGRMSG</b>	Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales
20	<b>DIF</b>	Desarrollo Integral de la Familia
21	<b>ECOSUR</b>	El Colegio de la frontera Sur
22	<b>EMIF-GUAMEX</b>	Encuesta sobre Migración en la Frontera Guatemala-México
23	<b>ETV</b>	Enfermedades Transmitidas por Vectores
24	<b>EVN</b>	Esperanza de Vida al Nacer
25	<b>FEVIMTRA</b>	Fiscalía Esencial para Los Delitos de Violencia Contra las mujeres
26	<b>FM2</b>	Forma Migratoria 2
27	<b>FM3</b>	Forma Migratoria 3
28	<b>FONSIDA</b>	Fondo para la Prevención del VIH/SIDA
29	<b>HSH</b>	Hombres que tienen Sexo con Hombres
30	<b>HTS</b>	Hombres en Trabajo Sexual
31	<b>IIDH</b>	Instituto Interamericano de Derechos Humanos
32	<b>IFE</b>	Instituto Federal Electoral
33	<b>INEGI</b>	Instituto Nacional de Geografía y Estadística
34	<b>INJUVE</b>	Instituto de la Juventud
35	<b>INM</b>	Instituto Nacional de Migración
36	<b>INSP</b>	Instituto Nacional de Salud Pública
37	<b>IMSS</b>	Instituto Mexicano del Seguro Social
38	<b>IMPSIDA</b>	Iniciativa Mesoamericana para la Prevención del Sida
39	<b>IRAS</b>	Infecciones Respiratorias Agudas
40	<b>IP</b>	Inhibidores de Proteasa
41	<b>ISECH</b>	Instituto de Salud del Estado de Chiapas
42	<b>ISSSTE</b>	Instituto del Seguro Social para Trabajadores del Estado
43	<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual
44	<b>JS VII</b>	Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas
45	<b>LACCASO</b>	Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones no Gubernamentales con Servicios en VIH/SIDA
46	<b>MIDAS</b>	Modelo Integrado de Atención a la Salud
47	<b>MR</b>	Migrante Residente
48	<b>MT</b>	Migrantes en Transito
49	<b>MTS</b>	Mujeres Trabajadoras Sexuales
50	<b>OIM</b>	Organización Internacional para las Migraciones
51	<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
52	<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
53	<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud

54	<b>OSC</b>	Organización de la Sociedad Civil
55	<b>OIT</b>	Organización Internacional del Trabajo
56	<b>OPEP</b>	Organización de Países Exportadores de Petróleo
57	<b>PASCA</b>	Programa para Fortalecer la Respuesta Centroamericana al VIH
58	<b>PAUMA</b>	Programa de Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales
59	<b>PCS</b>	Programa de Control Sanitario del trabajo sexual
60	<b>PDC</b>	Promoción y Distribución de Condones
61	<b>PNUD</b>	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
62	<b>PEMEX</b>	Petróleos Mexicanos
63	<b>PMIFS</b>	Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud
64	<b>PMVS</b>	Persona Migrante con VIH/SIDA
65	<b>PVS</b>	Persona con VIH/SIDA
66	<b>PSI</b>	Population Services International
67	<b>PVIH</b>	Programa de VIH/SIDA
68	<b>PVIH-JS</b>	Coordinación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII
69	<b>RSO</b>	Respuesta Social Organizada
70	<b>SALVAR</b>	Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales
71	<b>SEMS</b>	Servicios Municipales de Salud
72	<b>SEP</b>	Secretaría de Educación Pública
73	<b>SIDA</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
74	<b>SINAIS</b>	Sistema Nacional de Información en Salud
75	<b>SISCA</b>	Secretaría de la Integración Social Centroamericana
76	<b>SSA</b>	Secretaría de Salud
77	<b>SSR</b>	Salud Sexual y Reproductiva
78	<b>SUIVE -SINAVE</b>	Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica
79	<b>TAM</b>	Trabajador Agrícola Migrante
80	<b>TARV</b>	Tratamiento Antirretroviral
81	<b>TARSA</b>	Tratamiento Antirretroviral Altamente Supresivo
82	<b>TARAA</b>	Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo
83	<b>TSC</b>	Trabajadores del Sexo Comercial
84	<b>TSM</b>	Trabajadoras Sexuales Migrantes
85	<b>TTT</b>	Transgénero, Transexual y travestis
86	<b>UDI</b>	Usuarios de Drogas Inyectables
87	<b>UNAIDS</b>	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
88	<b>UNFPA</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas
89	<b>UNEME</b>	Unidades de Especialidades Médicas
90	<b>VCT</b>	Consejería y Pruebas Voluntaria de VIH
91	<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
92	<b>WB</b>	Western Blot



## INTRODUCCIÓN

Miles de centroamericanos cruzan la frontera sur de México en busca de oportunidades de empleo y de mejores condiciones de vida. En la entidad federativa de Chiapas ocurre el mayor número de desplazamientos de los grupos poblacionales que provienen de los diferentes países de Centroamérica, y específicamente, en la región de Soconusco es donde se registra una dinámica migratoria de larga data (Castillo M.A. 2008, 2009). El Soconusco es una región que ha estado determinada tanto por la dinámica social que impone la “frontera límite” como por el conjunto de fenómenos históricos de alta movilidad poblacional que obedecen tanto a su ubicación geográfica como a procesos de carácter estructural. En su devenir histórico, esta región se ha constituido como un contexto de intercambio/separación, un territorio cruzado por fronteras (materiales y simbólicas) que unen y separan a la población local y a los grupos móviles y migrantes (Castillo M., 2002; Kauffer E., 2002; De Vos J., 2002).

En la región fronteriza de Soconusco, Chiapas, se escenifica la movilidad de personas con perfiles, destinos y temporalidades diversas (Bronfman M., et al. 2004). En su territorio son vigentes los históricos desplazamientos temporales de trabajadores/as agrícolas migrantes, la presencia de la población extranjera residente, la movilidad de trabajadoras/es que se incorporan a actividades terciarias en los principales centros urbanos, así como el flujo sostenido de migrantes centroamericanos en tránsito que cruzan por México con la intención de llegar a los Estados Unidos (Castillo M.A., 2008, 2007, 2004; Leyva R., 2005, 2011).

La presente investigación parte del reconocimiento de que el contexto general donde se enmarca la dinámica de los movimientos centroamericanos en el sur de Chiapas, se caracteriza por la desigualdad socio-económica y las inequidades sociales en salud, así como por el recrudecimiento de la violencia. Para el caso de las poblaciones migrantes que provienen de Centroamérica, la región fronteriza constituye un contexto social en donde se generan situaciones de vulnerabilidad

social en salud producto de las inequidades persistentes. Al igual que en otras poblaciones, estas disparidades injustas y evitables se expresan en las condiciones de vida y trabajo, en el acceso a servicios públicos de salud y en la pérdida o desprotección de los derechos fundamentales (Linares N., y López O., 2008; Canabal B., 2004; Ortiz L., López S., y Borges G., 2007; López O., y Blanco J., 2004; Jarillo E., y López O., 2007). Esto significa que las poblaciones migrantes, y en particular los miembros de los grupos que presentan condiciones de mayor vulnerabilidad, por ejemplo, los hombres y las mujeres migrantes con VIH/SIDA, usualmente viven un conjunto de situaciones que pueden incrementar la susceptibilidad a problemas de salud, daño o abandono, imponer mayores dificultades y reducir sus capacidades para hacerles frente, en razón de las inequidades de acceso a recursos (económicos, sociales y legales) y servicios públicos que son vitales para el bienestar. .

Desde la década de los 90, el enfoque de la vulnerabilidad social en salud ha sustentado buena parte de los procesos de investigación-acción sobre movilidad poblacional y VIH/SIDA realizados en la frontera México-Guatemala. Las investigaciones sobre la temática han permitido identificar determinantes y factores sociales que intervienen en la condición de vulnerabilidad y en el riesgo a la infección por el VIH que enfrentan los grupos migratorios con mayor presencia en la región (Bronfman M., et al. 1998, 2004; Leyva R., et al. 2005, 2007, 2011; Rigoni F., 2010). Aunque existen importantes avances en el conocimiento en torno a la temática, aún son escasos los enfoques que problematicen la cuestión de las condiciones de vulnerabilidad diferencial de las personas migrantes que ya viven con el VIH/SIDA (PMVS). De igual manera, aún es limitada la comprensión sobre la forma cómo los programas de prevención y atención, y los servicios públicos disponibles en la frontera, son percibidos y entendidos tanto por los profesionales de salud como por los migrantes que viven con el VIH.

La presente tesis plantea como objetivo general analizar las condiciones de vulnerabilidad social que enfrentan hombres y mujeres migrantes centroamericanos en la frontera sur de México, y su relación con las condiciones de acceso a servicios públicos de salud para la atención del VIH/SIDA. El estudio

del “acceso” implica analizar las especificidades del contexto socio-sanitario y del conjunto de determinantes sociales, barreras institucionales y médicas, y dinámicas relacionales que se establecen entre los principales actores involucrados en los procesos de búsqueda y utilización de los servicios de salud. Por ello, se analiza el curso que han seguido las políticas y acciones sobre movilidad poblacional y VIH/SIDA para el periodo 2003-2010, y sus efectos en la atención de las necesidades específicas de las PMVS. De igual manera, se busca lograr mejor comprensión de la experiencia del padecimiento y de atención de personas con VIH/SIDA que forman parte de tres grupos migratorios presentes en la región: los migrantes residentes, las personas en trabajo sexual y los migrantes en tránsito por la frontera sur.

Desde esta perspectiva que busca destacar el carácter multidimensional de la vulnerabilidad social en salud, se definieron los objetivos específicos de la investigación: 1) Caracterizar las condiciones de vida y trabajo de los grupos migratorios centroamericanos en el contexto socio-sanitario de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas; 2) Analizar las políticas sobre migración y VIH/SIDA, y los modelos de intervención desarrollados por las instituciones y organizaciones locales, en relación con las necesidades y vulnerabilidades que enfrentan las PMVS; 3) Analizar la experiencia del padecimiento y las trayectorias de acceso a servicios de salud para la atención VIH/SIDA de migrantes que forman parte de tres grupos en condición de alta vulnerabilidad en la frontera.

La presente investigación se articula en torno a las siguientes cuestiones: ¿Cuál es la situación de la epidemia en la población migrante que transita o reside en la frontera? ¿Cómo se expresan las condiciones de vulnerabilidad en la experiencia de vivir con VIH y en su capacidad de respuesta? ¿Cómo se articula la experiencia migratoria, del padecimiento y de acceso a servicios de salud de las personas migrantes con VIH/SIDA? ¿Cómo funcionan los determinantes socio-políticos en el acceso a los servicios de salud en contextos de frontera? ¿Cuál es el posicionamiento de las instituciones de salud para la atención médica integral de las personas migrantes afectadas por la epidemia? ¿Cuál es la capacidad de respuesta social a las necesidades de salud de las PMVS? ¿Cómo se ha

construido un proceso de política pública orientado a reducir barreras de acceso a servicios de salud para migrantes? y ¿Cuáles son las acciones y obstáculos que se han enfrentado en el proceso de implementación del modelo de atención del SIDA en migrantes fronterizos?

El abordaje teórico-metodológico aplicado al estudio de estos procesos recupera las propuestas provenientes de diversas corrientes interpretativas, particularmente, a los enfoques de la salud colectiva que se centran en el tema de la desigualdad social y la inequidad en salud, a los enfoques de la vulnerabilidad al VIH/SIDA, a los abordajes de la salud fronteriza y a los estudios enmarcados en el pensamiento sociológico relacional que analizan la experiencia social de la enfermedad.

Con base en estos referentes teórico-metodológicos se construye una matriz o modelo conceptual que sirve como guía para el análisis de la vulnerabilidad social en salud y su relación con el acceso a servicios. El modelo conceptual propone que estos procesos deben ser interpretados y analizados distinguiendo tres dimensiones de la realidad: el contexto socio-sanitario de la región fronteriza donde se configuran las condiciones de vida y trabajo de los migrantes; el ámbito de la respuesta social, con énfasis en las políticas y los servicios de prevención y atención del VIH/SIDA para grupos móviles; y la experiencia individual de los y las migrantes, donde se articulan las trayectorias de movilidad con las dinámicas de búsqueda, acceso y utilización de los servicios públicos de salud.

En estas tres dimensiones de la realidad social es posible identificar un conjunto de determinantes que pueden acentuar la vulnerabilidad de los y las migrantes, en tanto favorecen la fragilización o desprotección del derecho a la salud, acentúan la susceptibilidad a las enfermedades, imponen obstáculos para el acceso a recursos (personales, familiares, comunitarios e institucionales) y reducen las capacidades para manejar y atender el padecimiento vinculado al VIH/SIDA. En sentido inverso, la vulnerabilidad diferencial que enfrentan las PMVS depende, en gran medida, de la generación y sostenibilidad de los soportes sociales, así como de la construcción de condiciones que favorezcan el acceso a servicios de salud para la

atención integral de un padecimiento complejo y altamente medicalizado como es el VIH/SIDA.

Desde esta perspectiva, los posicionamientos en torno al derecho a la salud de los migrantes, las preocupaciones y objetivos de las políticas sobre migración y VIH/SIDA, las barreras institucionales y médicas, así como las formas de organización y las acciones implementadas por los servicios de salud en el contexto fronterizo, se reconocen como procesos que intervienen en la determinación de la vulnerabilidad diferencial que enfrentan las PVS que forman parte de diferentes grupos migratorios presentes en la frontera sur.

De igual manera, la experiencia migratoria de las personas con VIH, su condición de género, las formas de inserción social y laboral, los saberes, percepciones, prácticas y estrategias que despliegan para manejar y atender la enfermedad, y la dinámica social que construyen para enfrentar los cambios en el entorno familiar, laboral e institucional (servicios de salud), se abordan como parte de los determinantes sociales que pueden modificar la situación de vulnerabilidad, las dinámicas de acceso a servicios de salud y el manejo de la enfermedad.

En concordancia con el marco teórico y el modelo conceptual que sustenta la investigación, se priorizó el abordaje cualitativo y el diseño del estudio de caso. El estudio de caso se emplea para conocer las singularidades de las relaciones que se establecen en el ámbito comunitario donde se expresan las condiciones de vida y salud de un grupo o población; así como en el propio espacio de los servicios de salud donde se puede explorar tanto la experiencia de los usuarios de un programa como la de un equipo de profesionales de salud. Se argumenta que al analizar las singularidades de caso, se establece un diálogo con la lógica societal y el sistema de salud de la que forman parte (Ferreira S., et al. 2007; Mercado F., et al. 2007).

El trabajo de campo se llevó a cabo entre el 2007-2010, en la ciudad de Tapachula y comunidades aledañas (Cacahoatán y Talisman) ubicadas en el corredor fronterizo de Soconusco, Chiapas. El material empírico se generó a partir de diferentes técnicas y procedimientos que son propios de la investigación

cualitativa, entre los cuales se encuentran: observación participante; revisión documental (análisis bibliográfico, de instrumentos jurídico-políticos, de material hemerográfico, datos sobre situación epidemiológica, infraestructura y servicios de salud); estudio etnográfico (espacios de servicios de salud, vivienda, centros laborales y lugares de alta concentración de migrantes); entrevistas semi-estructuradas a profesionales de salud (n=12); y entrevistas en profundidad a PMVS (7 migrantes residentes, 6 migrantes en trabajo sexual y 2 migrantes en tránsito).

La sistematización y análisis de información se realizó con base en las dimensiones y categorías analíticas planteadas en el modelo conceptual de la vulnerabilidad. De acuerdo con ello, se propone el análisis en dos grandes dimensiones: la colectiva que está estructurada por el contexto socio-sanitario y las modalidades de respuesta social en salud; y la individual, donde se privilegia el análisis de la experiencia del padecimiento y de atención médica de las PMVS.

Desde esta perspectiva, la información documental fue procesada para realizar el análisis de contenido en áreas jurídico-legales, normas y procedimientos técnicos, estadísticas socio-demográficas y de salud, incluyendo VIH. El análisis documental y el estudio etnográfico permitieron describir el marco contextual donde ocurren los procesos sociales relacionados con el acceso a servicios de salud. Las entrevistas fueron transcritas textualmente con el fin de identificar aspectos clave relacionados con la experiencia de vivir con VIH y acceder a los servicios de salud desde la perspectiva de las propias PMVS. Por otra parte, se identificaron procesos socio-políticos impulsados por diferentes actores (salud, asociaciones civiles, migración, académicos) relacionados con la interpretación, aplicación o modificación de los procesos jurídico-legales o normativos vinculados al acceso a servicios de salud, especialmente para VIH/SIDA.

En su conjunto, los referentes teórico-metodológicos, la revisión sistemática de la literatura publicada y el análisis preliminar el material empírico, permitieron plantear las dos hipótesis centrales de la investigación:

- I. En la última década, han prevalecido los posicionamientos socio-políticos que definen a la migración como un “problema social”, niegan el derecho a la salud de los migrantes e imponen importantes obstáculos para el acceso a servicios de salud para la atención y el seguimiento de padecimientos complejos como el VIH/SIDA. Sin embargo, se esperaría que la acción social pueda debatir, contrastar, relativizar y modificar estas políticas y sus consecuencias en salud.
- II. El subgrupo afectado por la epidemia está conformado por personas que en principio comparten una situación disruptiva en su biografía, una inflexión que está ligada tanto a la migración como a la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA. Sin embargo, sus integrantes pertenecen a grupos sociales diferenciados en términos de su composición de género, lugar de origen e inserción laboral; y además cuentan con trayectorias de movilidad y condiciones de vida y trabajo particulares, e incluso se desenvuelven en distintos espacios sociales dentro del mismo contexto fronterizo. De esta manera, se esperaría que la diversidad contextual y social de este colectivo se relacione con sus capacidades diferenciales para comprender, manejar y acceder a los servicios de salud, como parte de la respuesta a sus necesidades ante el VIH.

- **El proceso de investigación. De la planeación al trabajo de campo: encuentros y desencuentros**

Cabe señalar que la construcción de un marco teórico-metodológico que contribuyera a encontrar posibles respuestas a las interrogantes que guían la investigación, así como la compilación, sistematización y análisis del material empírico, fue un proceso que implicó dificultades y múltiples retos. A continuación se exponen algunas de las situaciones más relevantes de este proceso. Es preciso señalar que desde el 2005 hasta el 2012, se tuvo la oportunidad de colaborar en diversos proyectos de investigación-acción desarrollados por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en colaboración con el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA (PVIH-JS) de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas.

El involucramiento en estos proyectos, facilitó la identificación de vacíos teóricos y empíricos sobre el tema de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA, cuestión que fue muy relevante para definir el tema de la tesis. Además, estos vínculos profesionales y laborales, sin lugar a duda se constituyeron con una puerta invaluable para el desarrollo del estudio, ya que además de permitir el seguimiento cercano y continuo de la temática, facilitaron la identificación y el acceso a los informantes clave.

A mediados del 2006, se tuvo la oportunidad de ingresar al Programa del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva en la Universidad Autónoma Metropolitana. La entrada al programa ofreció la oportunidad para trabajar desde otra mirada, una de las problemáticas más fuertes que había observado en la frontera sur, y que correspondía fundamentalmente a las vivencias marcadas por exclusiones, rechazos, violencias, estigmas, demandas de atención y un cúmulo de precariedades y vicisitudes cotidianas que enfrentan las personas migrantes que llegan a los servicios de salud para la atención del VIH/SIDA. Se inició con una idea vaga sobre lo que quería estudiar respecto a la experiencia de los migrantes, con pocas bases pretendía analizar cómo se articulaba su condición migratoria y la trayectoria del padecimiento con las inequidades de acceso a servicios de salud.

Dentro de esta idea inicial, se llevó a cabo una revisión bibliográfica exhaustiva sobre los temas de migración, salud, VIH/SIDA y frontera, y se dio continuidad al involucramiento en diversas iniciativas desarrolladas en la región de Soconusco, Chiapas. En este marco de investigación participativa, se decidió, por un lado, sistematizar y analizar el curso que ha seguido la respuesta social en salud desarrollada por diferentes actores gubernamentales y sociales directamente involucrados en la temática; y por otro lado, recuperar la experiencia reconstruida mediante el diálogo entablado con las propias personas migrantes afectadas por la epidemia.

A inicios del 2007, se presentó el protocolo de investigación y la primera versión de los instrumentos ante los representantes del PVIH-JS. La aprobación de la



propuesta fue una condicionante para el desarrollo de la investigación. Una vez contando con la autorización, el equipo del PVIH-JS brindó un gran apoyo para contactar a la red de personas migrantes con VIH/SIDA que participaron en las entrevistas, así como a los informantes que laboran en las organizaciones sociales y gubernamentales directamente involucradas en la temática.

De igual manera, los contactos con los representantes y el personal de salud abrieron la posibilidad para compilar la información socio-demográfica y epidemiológica que contribuyó a caracterizar la epidemia del VIH/SIDA en población migrante. Asimismo, los vínculos de colaboración permitieron explorar de forma cercana las modalidades de respuesta social que se han implementado a nivel regional. La investigación participativa también permitió analizar los cambios y continuidades, los conflictos y debates, los nuevos retos, y los diferentes posicionamientos que tienen los diferentes actores sociales y gubernamentales involucrados con la temática.

El trabajo de campo se llevó a cabo en diferentes visitas realizadas entre enero del 2007 y diciembre del 2010. Este proceso se organizó en dos fases. En la primera fase (2008-2009), se presentó y ajustó el protocolo del estudio ante los representantes institucionales; se conformó la red de informantes clave; se pilotearon y ajustaron los instrumentos diseñados para la compilación de información; se aplicaron las primeras entrevistas a las personas migrantes con VIH/SIDA (migrantes residentes) y a informantes clave; y se realizó un mapeo y estudio etnográfico en diferentes espacios sociales donde se organiza una parte relevante de la vida cotidiana de las personas migrantes. En la segunda fase (2009-2010), se concluyó el proceso de aplicación de entrevistas, el estudio micro-etnográfico en los servicios de salud donde se brinda la atención a las PMVS, el trabajo de revisión documental y de archivo (publicaciones, informes, prensa gráfica e instrumentos político-jurídicos), y se actualizaron las fuentes secundarias (datos epidemiológicos y encuestas generadas por otras investigaciones).

El proceso de aplicación de las entrevistas a los y las migrantes fue el principal reto que se enfrentó durante el trabajo de campo, ya que los integrantes debían

cumplir con las siguientes características: ser mayores de 18 años, contar con un diagnóstico (confirmatorio) de VIH o con un cuadro de SIDA; ser originarios de alguno de los países que integran la región centroamericana (Guatemala, Belice, El Salvador, Nicaragua, Honduras, Costa Rica y Panamá); tener una condición migratoria indocumentada; residir o transitar por las comunidades de la región de Soconusco, Chiapas; y acceder a participar en el estudio de manera voluntaria, confidencial y con consentimiento informado. Las características de los integrantes sumadas a las dificultades que imponía la temporalidad en la que se realizaron las visitas para el trabajo de campo, representaron importantes retos para conformar y diversificar el subgrupo de los migrantes afectados por la epidemia.

Asimismo, durante el proceso de aplicación de las entrevistas, emergieron temas no previstos en la guía de referencia. Por un lado, fue muy relevante conocer la manera en que el VIH/SIDA transformó la vida de las personas migrantes, este tema desencadenaba situaciones donde todos los informantes lloraban al tocar el tema de las consecuencias de la enfermedad (estigma y discriminación, muerte y futura orfandad de los hijos/as, transmisión del VIH a la pareja, interrupción del proceso migratorio, desempleo asociado a la condición de salud, etc.).

Por otro lado, se observó la centralidad que ocupa el tema del acceso a la atención médica integral para la vida de las personas entrevistadas. De forma que mucho antes de que se iniciara la explicación de los propósitos del estudio y la obtención del consentimiento informado o la autorización para grabar la entrevista, las personas comenzaban a narrar una diversidad de eventos relacionados con el manejo de la enfermedad. Esta situación implicó realizar múltiples intentos para cubrir los temas que permitían dar cuenta de aspectos de la vida cotidiana que estaban considerados en la guía de entrevista.

Lo anterior planteó una mayor dificultad para el desarrollo de las entrevistas, ya que emergían diversas dudas sobre el VIH/SIDA, e incluso demandas para satisfacer necesidades de acceso a determinados servicios de salud o a tratamientos antirretrovirales. Ante tales situaciones, se consideraba que la entrevista tomaba rumbos diferentes a los propósitos explicitados, por lo que era

necesario transmitir información sobre aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad o de los protocolos de atención existentes en este contexto fronterizo. Para ello, siempre se contó con el apoyo brindado por la Coordinación del Programa de VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria.

Durante el proceso de sistematización y análisis del material empírico, incluyendo la transcripción y codificación de las entrevistas, se identificaron aspectos relevantes de la experiencia del padecimiento y de las trayectorias de búsqueda y acceso de los y las migrantes; así como cambios relevantes en el curso de la respuesta social en salud. Sin embargo, aún se estaba lejos de encontrar un patrón coherente, ya que había una diversidad de narrativas y de otras fuentes de información, lo cual implicó la inmersión una y otra vez al material empírico, así como constantes retornos y ajustes al marco teórico-conceptual que guió la investigación.

En este proceso circular, se encontró que en todas las fuentes de información adquirirían particular relevancia las formas de respuesta social en salud que despliegan tanto las personas migrantes con VIH, como las instituciones gubernamentales y sociales con experiencia de trabajo en el tema de la migración y el VIH/SIDA en la frontera. Asimismo, las narrativas también mostraban la necesidad de abordar al conjunto de respuestas personales, familiares, comunitarias e institucionales como procesos situados en una trama de relaciones que se modifican a lo largo del tiempo y según el contexto en donde se aplican. Dar cuenta de estos procesos de cambio y continuidad, y destacar la acción social de los sujetos sociales inmersos en el proceso de movilidad poblacional (Canabal B., 2004), en el análisis de las condiciones de vulnerabilidad social en salud asociadas a las inequidades de acceso a la atención del VIH/SIDA, fue el motivo de esta investigación.

- **Estructura del documento**

En el Capítulo I se propone un marco conceptual adecuado para abordar el objeto de estudio. Este capítulo se estructuró en tres apartados. En primer lugar se realiza una revisión de las perspectivas teórico-metodológicas y las hipótesis

predominantes que se han planteado para el estudio del vínculo migración y VIH/SIDA en regiones de frontera, así como las modalidades de respuesta social en salud que cada uno de estos marcos de interpretación sustenta.

En el segundo apartado, se describe el modelo o matriz conceptual que guía la investigación. El modelo o matriz conceptual permite discernir las dimensiones, niveles y categorías que se consideran relevantes para el análisis de la vulnerabilidad que enfrentan los migrantes con VIH/SIDA. Sin embargo, retomar el enfoque de la vulnerabilidad como marco explicativo requiere de un instrumental teórico-analítico más elaborado. Por ello, en el tercer apartado del capítulo, se hace una revisión de algunas corrientes teórico-metodológicas que proporcionan lineamientos conceptuales que contribuyen a definir e interrelacionar las categorías analíticas consideradas en el modelo de la vulnerabilidad.

En el Capítulo II se describe el diseño de la investigación, las técnicas, los instrumentos y procedimientos metodológicos empleados para la compilación y análisis del material empírico. La información se generó a partir de diferentes técnicas y procedimientos, tales como, la observación participante, el estudio etnográfico, las entrevistas semi-estructuradas y en profundidad, la revisión documental, el análisis de instrumentos jurídico-políticos y de material hemerográfico, la revisión de fuentes secundarias sobre disponibilidad de recursos y provisión de servicios, y el procesamiento de datos epidemiológicos.

Para analizar el tema de la accesibilidad a la atención del VIH por migrantes, es necesario, en primer lugar, ubicar el fenómeno en el contexto socio-sanitario que caracteriza a las localidades de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. Por ello, en el Capítulo III se presenta un panorama socio-demográfico, económico, institucional y de salud del contexto de estudio que corresponde a la ciudad de Tapachula, Chiapas y comunidades aledañas (Cacahoatán y Talismán) ubicadas en el corredor fronterizo de la región de Soconusco, Chiapas.

Para describir el contexto socio-sanitario se adoptó una perspectiva regional que permitió abordar la dimensión espacial de la frontera entendida en un sentido amplio, es decir, como un territorio en el que confluyen determinantes históricos,

políticas públicas en salud y prácticas sociales y médicas que moldean las formas de inserción social y las condiciones de accesibilidad a servicios públicos de salud de las poblaciones móviles y migrantes. Desde esta perspectiva, se presenta una visión general de las condiciones de salud de la población fronteriza (que incluye a la población local y a los grupos móviles y migrantes) a través de indicadores básicos de salud disponibles en el contexto de estudio. El contexto socio-sanitario permite observar la complejidad e inequidad que encierran los perfiles de enfermedad y muerte, ya que a las enfermedades carenciales y crónico-degenerativas que han prevalecido en la frontera, se suman las reemergentes y nuevas epidemias, entre las cuales, el VIH/SIDA ocupa un lugar importante.

El tema de tesis plantea la necesidad de proporcionar un panorama general de la situación de la epidemia del SIDA en la región fronteriza mediante el análisis del sistema de vigilancia epidemiológica estatal y municipal. Por ello, en el Capítulo IV se analizan los datos epidemiológicos que permiten caracterizar el perfil socio-demográfico y de salud de las personas migrantes con VIH/SIDA que forman parte de los tres grupos sociales en los que se centra la investigación (migrantes residentes, migrantes en trabajo sexual y migrantes en tránsito). Asimismo, se identifican los principales actores sociales y de salud involucrados en la respuesta institucional a la epidemia del VIH/SIDA; y se caracteriza la estructura político-administrativa, las relaciones y las funciones vigentes que tienen los organismos locales, estatales y centrales vinculados con la temática.

El Capítulo V tiene el objetivo de analizar las políticas y prácticas que han desarrollado los servicios gubernamentales de salud para dar respuesta a las necesidades de prevención y atención del VIH/SIDA en grupos móviles y migrantes. El análisis parte de la premisa de que el sistema público de salud forma parte fundamental de la respuesta social organizada que ha buscado comprender e intervenir en las condiciones y determinantes del proceso salud-enfermedad de la población fronteriza. Desde esta perspectiva, el análisis pone énfasis en las acciones desarrolladas por los servicios de salud coordinados a través de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chapas (ISECH-SSA), actor institucional

con posición estratégica para la implementación del denominado “*Modelo de prevención y atención del VIH/SIDA en población migrante*”.

Las modalidades de respuesta institucional relacionadas con la prevención y atención del VIH/SIDA, se abordan como procesos situados en una trama de relaciones que se modifican a lo largo del tiempo y según el contexto social en donde se aplican. Por ello, además de describir los antecedentes y componentes de este modelo operativo, en el capítulo se analizan los cambios y continuidades registrados en el proceso de formulación e implementación de las iniciativas. A partir de ello, se identifican y analizan tres fases o etapas por la que han transitado el modelo de atención: la Fase I que se caracteriza por brindar una “atención reactiva” a migrantes residentes abarca el periodo de 1999-2003; la Fase II se caracteriza por “la búsqueda intencionada de casos” en grupos en trabajo sexual y comprende el periodo de 2004 a 2007; y la Fase III se caracteriza por la promoción de estrategias para “la atención médica integral del VIH/SIDA” para migrantes en tránsito y abarca el periodo de 2007 a 2010. Como se revisará, estas fases que están definidas esencialmente por cambios en la política de VIH/SIDA registrados a nivel local, estatal y nacional, contribuyen a explicar el perfil de las personas migrantes que llegan a los servicios públicos de salud de la región fronteriza.

El análisis de los procesos sociales relacionados con la movilidad poblacional y el VIH/SIDA expuestos en los capítulos previos, contribuye a mostrar que en contextos fronterizos caracterizados por una profunda inequidad social y por las respuestas hostiles frente al fenómeno de la migración centroamericana, adquieren mayor relevancia las acciones que buscan contribuir a la reducción de la vulnerabilidad mediante la implementación de diversas estrategias, entre ellas, las que se orientan a facilitar el acceso a los servicios públicos de salud. Sin embargo, no todos los profesionales de salud, ni todas las instituciones relacionadas con el tema, promueven el respeto de los derechos humanos de los migrantes en relación al VIH/SIDA. Por ello, es fundamental recuperar y analizar la perspectiva y valoración sobre las políticas y servicios que realizan tanto los

profesionales de salud como las propias personas migrantes afectadas por la epidemia.

Una vez que se ha caracterizado el contexto socio-sanitario, así como las modalidades y capacidades de la respuesta social en salud, el trabajo permite exponer los hallazgos de investigación relacionados con la experiencia reconstruida mediante el diálogo entablado con los y las migrantes. Los últimos tres capítulos de la tesis contienen el análisis de la experiencia del padecimiento y las trayectorias de acceso a servicios para la atención del VIH/SIDA de migrantes que forman parte de tres grupos sociales: la población extranjera residente (Capítulo VI), los y las migrantes que laboran en contextos del trabajo sexual (Capítulo VII) y los migrantes que transitan por la frontera sur con la intención de llegar a los Estados Unidos (Capítulo VIII).

A través de sus narrativas es posible trazar las circunstancias, interacciones, barreras (socio-económicas, culturales, jurídico-administrativas y médicas) y contextos sociales que rodean los procesos de búsqueda, acceso y utilización de los servicios de salud en los que se ven inmersos los y las migrantes que requieren de atención para un padecimiento complejo y altamente medicalizado como el VIH/SIDA. Si bien se trata de la historia de quince personas y del análisis de un problema de salud específico, su voz puede contribuir a visibilizar y comprender la experiencia de cientos de migrantes indocumentados que cotidianamente enfrentan las consecuencias de las inequidades en salud que se replican en los contextos fronterizos de tránsito y destino.





# **CAPÍTULO I**

## **MARCO TEÓRICO**

El objetivo de este capítulo es proponer un marco conceptual adecuado para el análisis de la vulnerabilidad social que enfrentan hombres y mujeres migrantes, y su relación con las condiciones de acceso a servicios públicos de salud para la atención del VIH/SIDA en la frontera sur de México. Para ello, se acude a la estructura conceptual propuesta por los enfoques de la desigualdad social y de la vulnerabilidad en salud aplicados al tema migratorio, a los abordajes regionales y de la salud fronteriza, a las propuestas de la medicina social y la salud colectiva, y a los estudios sociológicos que analizan la experiencia de la enfermedad y las trayectorias de acceso a servicios de salud.

El capítulo se estructuró en tres apartados. En primer lugar se realiza una revisión de las perspectivas teórico-metodológicas y las hipótesis predominantes que se han planteado para el estudio del vínculo migración y VIH/SIDA en regiones de frontera, así como las modalidades de respuesta social en salud que cada uno de estos marcos de interpretación sustenta. Dos perspectivas han permeado el estudio de esta temática: por un lado, están los enfoques epidemiológicos clásicos, y por otro lado, los enfoques que se basan en la noción de la vulnerabilidad social en salud. La revisión de la literatura no sólo permite mostrar los aportes de la investigación que se ha interesado por visibilizar la vulnerabilidad de las poblaciones migrantes frente a la epidemia del VIH/SIDA, sino identificar algunos de los vacíos y necesidades metodológicas que presenta esta vertiente de estudio.

En el segundo apartado, se describe el conjunto de herramientas conceptuales empleadas para el análisis de las condiciones de acceso a servicios públicos de salud por parte de personas migrantes con VIH/SIDA que interactúan en la frontera sur de México. El modelo conceptual que sustenta la investigación, propone que el objeto de estudio debe reconstruirse y abordarse distinguiendo dos dimensiones de la realidad social: la dimensión individual donde se articulan las

trayectorias migratorias y de acceso a servicios de salud; y la dimensión colectiva que comprende tanto el ámbito de la respuesta social en salud (con énfasis en las políticas de salud y prácticas médicas sobre migración y VIH/SIDA) como las singularidades del contexto socio-sanitario de la región fronteriza del sur de Chiapas. Estas dimensiones, a su vez, se estudian en un nivel socio-estructural y otro socio-simbólico.

El modelo o matriz conceptual permite discernir las dimensiones, niveles y categorías que se consideran relevantes para el análisis de la vulnerabilidad que enfrentan los migrantes con VIH/SIDA. Sin embargo, retomar el enfoque de la vulnerabilidad como marco explicativo que permita analizar los vínculos que se generan entre la migración internacional y la accesibilidad a la atención médica en un contexto de frontera, requiere de un instrumental teórico-analítico más elaborado. Por ello, en el tercer apartado del capítulo, se hace un mapeo de conceptos que son importantes para definir e interrelacionar las categorías analíticas consideradas en la matriz conceptual de la vulnerabilidad.

### ***1.1 PERSPECTIVAS TEÓRICAS E HIPÓTESIS PREDOMINANTES***

A lo largo del devenir histórico se han construido distintas ideas y concepciones acerca de la naturaleza y desarrollo de las enfermedades, particularmente de aquellas que tienen grandes consecuencias poblacionales. Este conjunto de nociones, saberes o conocimientos se han formado unas veces en la práctica espontánea y cotidiana de sentido común, otras veces a partir de la práctica popular empírica, y en otras ocasiones por la práctica científica (Breilh J., 1989). Esta última sistematiza la experiencia social a partir de distintas propuestas teórico-metodológicas que se mueven y contribuyen a generar diversas modalidades de respuesta social frente a las resurgentes y nuevas epidemias.

La epidemia del VIH/SIDA no es la excepción. Han transcurrido treinta años desde que se diagnosticaron los primeros casos de personas con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). A lo largo de estos años, se han infectado con el VIH más de 65 millones de personas en todo el mundo y han fallecido por complicaciones asociadas al SIDA más de 25 millones (Córdoba J. A., 2008). La

brusca irrupción de esta epidemia, como anteriormente ocurrió con la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, propició la emergencia de un conjunto de conocimientos, prejuicios, fobias, miedos, estigmas, incógnitas e intereses, algunos de ellos impulsados por las fuerzas más retrógradas de la sociedad (Sontag S., 2003). La impotencia que ha mostrado la ciencia médica para combatirla y sus importantes repercusiones socio-políticas han otorgado a la misma un marcado carácter de agresividad social y han hecho resurgir ciertos reflejos colectivos propios de situaciones provocadas por la presencia, en el seno de diferentes comunidades, de enfermedades como la peste, el cólera o la sífilis. Al respecto, Bernabeu (1989), un historiador de la medicina señala:

“El terror, el pánico, el egoísmo visceral, la explicación moral de la enfermedad analizada en términos de culpabilidad o de inocencia, la reivindicación de medidas encaminadas a excluir y aislar a los afectados o la búsqueda de chivos expiatorios, son algunos ejemplos de las reacciones y actitudes que, en diferentes en diferentes etapas históricas, se han puesto de manifiesto cada vez que la sociedad se ha sentido amenazada por alguno de estos procesos” (Bernabeu J., 1989).

A pesar y como respuesta a estas reacciones, la epidemia también ha propiciado una amplia movilización mundial que involucra a una variedad de agentes, entre los cuales figuran los colectivos de personas afectadas y una multiplicidad de organizaciones sociales que han realizado una diversidad de acciones en contra del estigma y discriminación, así como un conjunto de demandas orientadas hacia la promoción de la equidad en salud.

También se sabe que la epidemia también será recordada por haber marcado un hito en el involucramiento de numerosos grupos de investigadores y trabajadores de todas las áreas sociales y de salud (Cáceres C., 1999). El involucramiento de las ciencias de la salud ante la epidemia ha propiciado el reposicionamiento de viejos debates académicos y políticos que son característicos este campo de investigación-acción. Un tema relevante de la discusión corresponde al análisis de los vínculos que se establecen entre la epidemia del VIH/SIDA y el fenómeno de la

migración internacional, así como del papel que juega esta asociación en contextos de frontera.

La migración y el VIH/SIDA se han descrito, como fenómenos asociados desde etapas tempranas de la epidemia (Leyva R., et al., 2005; Haour-Knipe M, y Rector R. 2006). Dos grandes enfoques han permeado el estudio de esta temática. Por un lado, están los enfoques epidemiológicos clásicos que tradicionalmente conciben a los procesos migratorios como un condicionante de la aparición, distribución y desarrollo de las enfermedades infecciosas. Desde estos enfoques se plantea que un incremento en la magnitud de la población móvil y migrante, así como la diversificación de las rutas se relaciona directamente con un aumento en la diseminación del VIH en diferentes regiones. Por otro lado, están los enfoques que, basados en las nociones de desigualdad y vulnerabilidad social, proponen reexaminar estos procesos a la luz de sus determinantes sociales, políticos y culturales, enfatizando la necesidad de explicar la distribución diferencial del VIH/SIDA entre los distintos grupos sociales que interactúan en contextos caracterizadas por la alta movilidad poblacional, entre los cuales figuran las regiones de frontera.

En los siguientes apartados se busca mostrar que aún cuando se trata de perspectivas teórico-metodológicas y modelos de respuesta social en salud que abordan fenómenos actuales, ambos cuentan con importantes antecedentes históricos. Han sido estas circunstancias históricas las que han vuelto a situar, en un primer plano, a las poblaciones migrantes dentro del debate académico, las políticas y las prácticas que se han desarrollado para hacer frente a la epidemia del SIDA. Asimismo, se muestra que en su devenir histórico, cada enfoque ha conducido a una manera distinta de comprender y analizar los vínculos que se establecen entre la migración y los procesos de la salud, la enfermedad y su atención, lo cual, a su vez, permea las propuestas de respuesta social que se implementan frente a las antiguas, resurgentes y nuevas epidemias.

- **Fronteras sanitarias: la vigencia de los modelos epidemiológicos clásicos**

La reflexión en torno a las prácticas, expresiones e interpretaciones colectivas de la salud, la enfermedad y su atención que se generan en el marco de los procesos de migración internacional, ha adquirido relevancia a raíz del proceso de intensificación y complejización de las interacciones transnacionales registrado en las últimas tres décadas. En este periodo, los análisis han buscado explorar las conexiones que se establecen entre la dinámica migratoria y otros procesos -de cambio y continuidad- que no son reductibles a ésta, tales como el agravamiento de las desigualdades en salud y la propagación de las enfermedades infecciosas (tuberculosis, malaria, fiebre amarilla, dengue, cólera), y más recientemente con la epidemia del VIH/SIDA (Lincoln C., y Berlinguer G., 2002; ONUSIDA-OIM, 2002).

De acuerdo con las tendencias observadas en otros países (Haour M., y Rector R., 2006), en México, la mayor parte de la literatura científica que durante los últimos treinta años ha abordado los vínculos que se establecen entre la migración y el VIH/SIDA, se ha sustentado en los marcos explicativos predominantes en la disciplina epidemiológica. La importancia de los enfoques epidemiológicos clásicos también radica en el hecho de que éstos se ven reflejados en las modalidades y en el impacto de las respuestas sociales en salud que se implementan para intervenir en el curso de la epidemia.

Uno de los primeros enfoques epidemiológicos que se configuró y que sigue presente, se sustenta en la preocupación por la supuesta “importación” de las enfermedades infectocontagiosas. Esta perspectiva tiene sus antecedentes en las tesis contagionistas que han asociado el origen y desarrollo de las epidemias con la intensificación de los contactos entre individuos y colectivos que provienen de diferentes contextos sociales y sanitarios.<sup>1</sup> Preocupados por el transporte de posibles agentes patógenos, el énfasis, en este caso se pone en los intercambios

---

<sup>1</sup> La creencia en el contagio como origen de la enfermedad es común en casi todos los pueblos antiguos; sin embargo, es hasta el s. XIV cuando Girolamo Fracastoro proporciona la primera elaboración orgánica sobre el concepto de infección como causa y de epidemia como consecuencia, presentando la primera teoría general del contagio vivo de la enfermedad (López S., et al. 2000: 135; Berlinguer G., 1994: 73).

materiales y en los actos de migrar, en los viajes, en el traslado de enfermedades a un entorno donde tienen una prevalencia casi inexistente, o donde ya se han erradicado, o en el riesgo de infecciones presentes en el país y que se consideran necesarias de controlar (Meñaca A., 2004).

Desde este enfoque, la circulación, movilidad e intercambio de las personas y las cosas son definidos como un condicionante directo de la aparición, distribución y desarrollo de las enfermedades infecciosas. Bajo esta óptica que tiende a perder de vista la dimensión histórica y social de los procesos de salud-enfermedad, la migración es entendida como un fenómeno que facilita el contacto entre individuos “susceptibles” y “contagiosos”, lo cual es considerado como crucial para la transmisión de los agentes infeccioso-biológicos. Así se han perfilado modelos de interpretación y prácticas en salud que establecen un vínculo directo entre la migración y la diseminación de las enfermedades infecciosas.

Las interpretaciones y prácticas basadas en los enfoques epidemiológicos clásicos en realidad tienen una larga historia. A lo largo del devenir histórico, las tesis contagionistas han otorgado legitimidad a las medidas aislacionistas que se traducen en prácticas médicas de control, exclusión y sanción social hacia aquellos individuos y grupos móviles que, de acuerdo con determinadas configuraciones socioculturales, son definidos como los “otros” y marcados con el sello de “*peligroso para sí y para los otros*” (Berlinguer G., 1994).

Desde los tiempos en que las epidemias asolaban a Europa, a lo largo de toda la Edad Media, se instauraron *fronteras sanitarias* dirigidas a lograr un supuesto control de la transmisión y diseminación de estas enfermedades “pestilenciales”<sup>2</sup> venidas del “extranjero”. De acuerdo con Norbert Elias (1970), en este periodo se responsabilizaba a los “extranjeros” y en particular a ciertos grupos de extranjeros del surgimiento de la peste. Entonces no se disponía de explicaciones científicas para fenómenos como las muertes por epidemias:

---

<sup>2</sup> “Con anterioridad a la era bacteriológica, los médicos aplicaban los términos latinos “*pestis*” y “*pestilentia*” de forma indistinta a cualquier enfermedad epidémica que provocara una alta mortalidad entre las poblaciones humanas (Arrizabalga J., 1998: 12).

“El miedo todavía contenido por un saber más realista, el pánico de los inexplicables horrores del contagio, la pasional ira ante un ataque inaprehensible pero amenazador se descargaba, como sucede con tanta frecuencia, en fantasías del grupo dominante que hacían aparecer a los más débiles socialmente, a los marginales, los excluidos como agresores, como autores de su propio sufrimiento” (Elias N., 1970:29).

Los cordones sanitarios y las cuarentenas en puertos y fronteras fueron los métodos de intervención que surgieron en respuesta a la preocupación por la diseminación de las enfermedades infectocontagiosas, primero, la peste bubónica y más tarde la fiebre amarilla y el cólera (Bourdelaís P., 1999; Ledermann W., 2003).<sup>3</sup> Dichas medidas se sustentaron en la antigua conciencia empírica de que el “mal” se puede transmitir de uno a otro hombre -directamente o por medio del aire, del agua, de los excrementos, de los insectos y de las ropas-, así como en la asociación de las enfermedades con lo lejano, desconocido e incierto, lo que llevaba a definir las como una “*nube devoradora venida del extranjero*” (Sabido O., 2009).

Pero como muestran Elias y otros pensadores relacionales, siempre hubo, y se mantiene un vínculo entre estas medidas aislacionistas y otras razones y prejuicios extrasanitarios. Históricamente, estas medidas cuarentenarias se han dirigido hacia aquellos grupos sociales que ponen en duda un determinado orden social fundado sobre saberes, valores y poderes establecidos de manera jerárquica (Berlinguer G., 1994). Aquí es donde tienen cabida cierto tipo de “forasteros”, quienes en diferentes momentos históricos, han sido percibidos como personas sospechosas e inquietantes que son motivo de una agitación, mal o enfermedad que genera incertidumbre, miedo, peligro o amenaza (Simmel G., 1986).

---

<sup>3</sup> La cuarentena nació en 1374, con el edicto de Reggio, ciudad de Módena, Italia. En realidad fue un cordón sanitario, pues el término cuarentena derivó en término marítimo, aplicándose un periodo de aislamiento a los buques que llegaban a puertos de mala fama médica (...) con el tiempo llegaron a establecerse complejos reglamentos. Según el puerto de procedencia o los puertos que hubiera tocado en su viaje, el barco se calificaba de patente “limpia” o “sucía” (Ledermann W., 2003: 15).

Esta visión se expresa de manera contundente en el incipiente campo epidemiológico, ya que hacia el s. XV, el término endémico significaba simplemente la residencia de alguien en un lugar; epidémico, en cambio, denominaba a aquel que residía en un lugar en donde era extranjero (Ortiz L., et al. 2000: 135). Un tratamiento análogo se encuentra en los modelos de la Policía Médica y de la Medicina Urbana desarrollados en el siglo XVIII, ya que ambos dieron continuidad a las técnicas higienistas que mantuvieron la instauración de los cordones sanitarios, cuarentenas y puestos de salud en puertos y fronteras (Rosen G., 1985; Foucault M., 1992).

En este contexto es que las *fronteras sanitarias* se vincularon con las funciones de delimitación territorial, control y consolidación legal y administrativa del Estado moderno (Foucher M., 1997). En lo que respecta a la convivencia social, ni el creciente control estatal de la asistencia sanitaria, ni los progresos en el conocimiento científico, amplios colectivos humanos, estaban aún en gran medida, en cuanto al pensamiento y acción, en el mismo nivel de desarrollo representado por el pensamiento y la conducta de los hombres medievales frente la peste, es decir, seguían marcando a las minorías socialmente más débiles como instigadores y culpables de las epidemias (Elias N., 1970).

Sin embargo, para la segunda mitad del siglo XIX, ya había fuertes polémicas sobre la utilidad de las medidas cuarentenarias. Algunos actores argumentaban que estos métodos eran arcaicos y de resultados bastante dudosos. A ello se añadían los intereses del Estado y el mercado, cuya preocupación y disposición ante las epidemias se dirigía a lograr “*un mínimo de dificultad para el comercio con el máximo de protección en salud pública*” (Mateos J., s.f). De esta manera, es que el origen, transmisión y control de las enfermedades infecciosas se convierte en un punto central del debate científico y político-económico de alcance internacional, entre los que defienden las medidas aislacionistas, y los que se



muestran en contra de los enfoques y medidas basadas en la noción del contagio (Ledermann W., 2003; Delaporte F., 2005).<sup>4</sup>

Este debate converge con el establecimiento definitivo de la teoría del germen que rápidamente monopoliza el avance del conocimiento epidemiológico, dirigiéndolo hacia la búsqueda del agente infeccioso y de los medios de transmisión de las enfermedades llamadas “exóticas” o “tropicales” (Almeida N., 2000). La estrecha vinculación entre la salud pública y las ciencias básicas del área médico-biologicista mantuvo vigentes las hipótesis que relacionaban a la movilidad poblacional con la diseminación de las enfermedades y que definen a las fronteras como contextos estratégicos para el control epidemiológico.

A lo largo del s. XX, estos presupuestos orientaron todas aquellas acciones de salud desarrolladas por dos o más países, constituyendo la base para el enfoque de la salud internacional. Puede afirmarse que, desde su emergencia, los actores involucrados en las acciones de salud internacional -autoridades sanitarias locales, nacionales o de los organismos internacionales- recurrieron a medidas aislacionistas y defensivas como forma de reacción ante las crisis epidémicas (Gómez O., y Khoshnood B., 1991).<sup>5</sup>

Sin renunciar a la influencia de otras consideraciones políticas y sociales, es el enfoque epidemiológico clásico y la plena instauración y progresiva aceptación de la doctrina bacteriológica de la enfermedad infecciosa, la que explicaría las medidas de defensa frente a la importación de epidemias. Estas formas de

---

<sup>4</sup> A grandes rasgos, existieron dos modelos explicativos de la transmisión de las enfermedades hasta finales del siglo XIX: el contagionista y el infeccionista. Para los infeccionistas, las causas de la enfermedad estaban vinculadas con el modo de vida y su tratamiento con la desinfección; esta corriente es favorecida por las tendencias liberales y librecambistas que apelaban al libre movimiento de los individuos y el progreso del comercio. Por su parte, los contagionistas sostenían que la enfermedad era transmitida por gérmenes, por “semillas vivas” según la expresión de Francostoro, y propugnaban por las medidas cuarentenarias segregacionistas; esta corriente fue apoyada por las posiciones políticas más conservadoras (Delaporte F., 2005).

<sup>5</sup> En el periodo 1830-1924, el emergente campo de la salud internacional incluyó todas aquellas actividades de salud formales e informales orientadas a la prevención de la diseminación de las enfermedades infecciosas hacia los países vecinos y a la creación de las primeras organizaciones de salud internacional, cuyo principal objetivo era el control de enfermedades en las fronteras. Posteriormente, las actividades se realizaron al interior de los países y ya no sólo en fronteras y puertos, aunque el control de las enfermedades continuó siendo el objetivo dominante (Gómez O., y Khoshnood B., 1991: 315).

respuesta social en salud fueron concertadas en las “Convenciones Sanitarias Internacionales” que se celebraron entre 1851 y 1938, y que fueron el origen de la Organización Mundial de la Salud (Menéndez A., 2007; Meñaca A., 2004). A pesar de los cuestionamientos que en el pasado se hicieron sobre la escasa efectividad de estas medidas, de forma compleja y con variaciones en el tiempo y espacio, las agencias internacionales continuaron desempeñando prácticas aislacionistas durante todo el siglo XX.

Tal como ocurrió en el pasado, los intereses de los estados-nacionales, del mercado y de los organismos internacionales han determinado la intensidad selectiva de las medidas aislacionistas según la procedencia de la amenaza. De acuerdo con Alfredo Menéndez (2007) esta tendencia se fortaleció en el contexto de la actual globalización económica, ya que durante los últimos años del s. XX, se registró el debilitamiento de las medidas cuarentenarias en puertos y fronteras europeas y norteamericanas, por el contrario, se trasladaron las barreras más drásticas hacia los territorios “orientales” o “sureños”. De esta manera, las prioridades y métodos de intervención muestran que en la diplomacia sanitaria internacional ha prevalecido el sesgo que afecta la forma en que son definidos los riesgos ante las resurgentes y nuevas epidemias, trasladando una imagen patologizada de los países periféricos y de sus habitantes.

La vigencia de los enfoques epidemiológicos clásicos se hizo más evidente en el caso de la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), ya que desde sus inicios, surgió el interés por explorar su vinculación con los movimientos poblacionales como parte de los esfuerzos de control epidemiológico que requerían documentar y analizar la distribución del VIH/SIDA a nivel nacional e internacional. Toda vez que esta epidemia emergió en el contexto de intensificación, diversificación y endurecimiento de las políticas hacia las migraciones internacionales que provienen del sur global, rápidamente se plantearon hipótesis que vincularon a los movimientos poblacionales con la posibilidad de diseminación del VIH (ONUSIDA- OIM, 2002; Garret L., 1995; Haour y Rector, 2006).

En una época donde la migración se enfrenta a una respuesta pública y actitudes más hostiles, el conocimiento epidemiológico que interpretó una asociación directa entre la migración y la diseminación del SIDA, ha sido utilizado para consolidar las interpretaciones y prácticas que asignan una valoración negativa a las poblaciones móviles y migrantes en tanto “portadoras de enfermedad”.<sup>6</sup> En este contexto, el amplio y heterogéneo grupo de los migrantes internacionales provenientes de los países del sur se constituyeron como sujetos fundamentales del análisis epidemiológico, a través de su inclusión en los denominados “grupos de riesgo”, es decir, de aquellos que contaban con alguna característica común (identidades/prácticas genéricas, sexuales, étnicas, raciales o nacionales) que los situaba como un grupo de “alto riesgo” para la transmisión del VIH o para el desarrollo del SIDA.<sup>7</sup>

Al respecto se ha señalado que, “aún cuando ni los migrantes ni otras poblaciones móviles son vectores ni pueden ser considerados como sus equivalentes funcionales, estos prejuicios influyeron decisivamente en la forma en que se abordó el combate a la epidemia” (Bronfman M., y Leyva R., 2008:241).<sup>8</sup> Un ejemplo se encuentra en las prácticas de “inadmisibilidad médica” que se incluyeron como parte de las medidas jurídicas y sanitarias de contención

---

<sup>6</sup> Lo anterior coincide con los planteamientos desarrollados en otros campos que también se han preguntado por las relaciones que se tejen entre los discursos y la dimensión de las políticas públicas en torno a la migración, así como los efectos de esas relaciones en la construcción de la inmigración como amenaza (Santibáñez J., y Castillo M., 2004).

<sup>7</sup> La historia social del SIDA, ha sido en buena parte la historia de la culpabilización de las personas afectadas. Se mostró que desde el inicio de la epidemia, la preeminencia de la vía de transmisión sexual del VIH, la configuró como un padecimiento socialmente estigmatizado. Por ello, con facilidad se le ha considerado “como una calamidad que uno mismo se ha buscado, y que merece un juicio mucho más severo, en particular porque se entiende que el SIDA es una enfermedad debida al exceso y perversión sexual” (Sontag S., 2003). Desde esta perspectiva, algunos grupos sociales históricamente excluidos, han sido los principales depositarios del estigma y discriminación, esto se expresó claramente cuando en sus inicios se definió a la epidemia como la enfermedad de las 4H: Homosexuales, Haitianos, Hemofílicos y Heroínómanos (Grmek M., 1990)

<sup>8</sup> De acuerdo con las tendencias observadas en otros países y regiones (Garret, 1995; Organista; Haour M., y Rector), en México, la mayor parte de la literatura científica sobre el tema que fue publicada durante la primera década de la epidemia, se sustentó en los modelos epidemiológicos clásicos (Moya J., 2006). Aunque estos modelos de alguna manera contribuyeron a posicionar a las poblaciones migrantes en las agendas de la salud internacional, las tendencias e intereses que subyacen en estos planteamientos y prácticas también han tenido efectos negativos para las propias poblaciones migrantes.

poblacional desarrolladas en los años 80 por los países centrales. Estas prácticas aplicadas al inicio de la epidemia, establecieron la obligatoriedad de las pruebas de VIH como parte de los requisitos de ingreso al país o para conceder visas de trabajo o de residencia para extranjeros (UNAIDS-IOM, 2004). Años después, se reconoció que este tipo de restricciones que obstaculizan el ingreso son violatorias de los derechos humanos (Somerville M., et al. 1993; Fairchild A. y Tynan E., 2002). Sin embargo, ya se habían arraigado las nociones que vinculan a ciertos sectores de la población móvil y migrante como parte de los denominados “grupos de riesgo”, lo cual reforzó las actitudes excluyentes, xenofóbicas, racistas y discriminatorias que ya existían antes de la epidemia (Bronfman M. y Leyva R., 2004, 2008).

El último ejemplo después del SIDA corresponde a las infecciones por el virus del H1N1 que se han registrado desde el 2009, donde el eje central de la discusión epidemiológica retornó a la identificación del agente y como medida práctica de control se volvió a impedir la movilidad de la población afectada por la epidemia. El ejemplo más relevante ocurre en la Ciudad de México donde más de 20 millones son paralizados sin que sea evaluada la efectividad de esta medida. A nivel global, nuevamente se reforzaron las medidas aislacionistas focalizadas en su etapa inicial en “los mexicanos que viajan al exterior”, así como el fortalecimiento de las “nuevas” fronteras, esto es, de los aeropuertos y de la implementación de pruebas médicas. Aún cuando este conjunto de medidas no han tenido ningún resultado positivo en el control de las epidemias, constituyen un ejemplo de la vigencia de las prácticas de control de la Edad Media. Así, parece que la utilidad del conocimiento científico pierde valor y son las prácticas selectivas y excluyentes basadas en creencias, intereses o argumentos de seguridad nacional las equivalentes a las ciudades amuralladas en la Edad Media.

- **Movilidad poblacional y VIH/SIDA en las fronteras: el enfoque de la vulnerabilidad social en salud**

La producción del conocimiento, las políticas y prácticas de prevención y atención de la salud de las poblaciones móviles y migrantes, se fortalecieron a raíz de las

graves consecuencias de la epidemia del VIH/SIDA (ONUSIDA-OIM, 2002). Para otras corrientes de pensamiento social en salud, el interés por estas poblaciones se sustenta en el conjunto de indicadores que durante el curso de la epidemia han mostrado la distribución diferencial de los efectos del VIH/SIDA, constatando que los grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad social y cuyos derechos humanos son menos respetados tienden a ser los más afectados (Mann J., 1996).

A partir de este reconocimiento, se da un importante impulso al enfoque de la vulnerabilidad social ante el VIH/SIDA. En este enfoque se encuentran importantes críticas a los modelos contagionistas, proporcionando herramientas que permiten abordar desde otro ángulo, la comprensión y el manejo de la epidemia en contextos caracterizados por la alta movilidad poblacional.<sup>9</sup> Se trata de una perspectiva que desde la década de los 90, cuestionó las interpretaciones basadas en la noción de los denominados “grupos de riesgo”, por considerar que éstas contribuyeron a reforzar la exclusión hacia los sectores que se encontraban en una situación de alta vulnerabilidad y que enfrentaban el estigma y discriminación mucho antes de la epidemia (Bronfman M. y Leyva R., 2004; Haour-Knipe M, Rector R. 2006; Granados A., y Delgado G., 2008; Granados A., s.f).<sup>10</sup>

Respecto a las modalidades de respuesta social que se implementaron con base los enfoques contagionistas, se cuestionó el hecho de que las estrategias de prevención, atención y control de la epidemia estuvieran centradas únicamente en promover cambios de comportamiento individuales,<sup>11</sup> desconociendo la

---

<sup>9</sup> En el estudio de Mario Bronfman, René Leyva y colaboradores (2004) se planteó que el concepto de movilidad territorial de la población, a diferencia del concepto tradicional de migración, podría resultar útil para llevar a cabo un proyecto de investigación-acción. “Dicho punto de vista tendría sustento en la afirmación de que el mismo concepto de migración ha experimentado cambios en el tiempo, dependiendo de los enfoques teóricos y el carácter cambiante de los movimientos” (Castillo M., 2004:41).

<sup>10</sup> Para los años 80 en México, algunos grupos de la sociedad civil organizada, señalaron que el manejo sensacionalista de la información sobre SIDA en el ámbito médico y en los medios de comunicación masiva, causó que la sociedad asociara la infección con la homosexualidad y la muerte. En este periodo inicial de la epidemia, “la Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a los sectores más conservadores de la sociedad mexicana un argumento para radicalizar su postura acerca de los hombres que tienen sexo con otros hombres y de las trabajadoras sexuales, así como de otros grupos tales como los usuarios de sustancias adictivas y los hemofílicos. A ellos y ellas los señaló como *grupos de alto riesgo* a la infección” (CDAPJ, s.f).

<sup>11</sup> Desde las propuestas de la salud colectiva podría plantearse que el campo de investigación-acción que identifica grupos y comportamientos de riesgo, se sustenta en el paradigma *objetivista-empírico* planteado por

responsabilidad que tiene el Estado y los diferentes actores sociales en la generación de políticas y programas intersectoriales dirigidos a reducir las consecuencias de la desigualdad que enfrentan las poblaciones móviles y migrantes. Desde esta óptica, la vulnerabilidad social y de salud es definida como un indicador de desigualdad, que exige respuestas en el ámbito de la estructura social y política (Bronfman M., et al. 2004).

El enfoque de la vulnerabilidad reconoce que la migración internacional, como fenómeno característico de las sociedades contemporáneas, conlleva un proceso de cambio en las prácticas, expresiones e interpretaciones colectivas de la salud, la enfermedad y su atención. Pero en contraposición con los enfoques epidemiológicos clásicos, esta vertiente considera que la migración no es en sí misma la que define los riesgos a la salud, sino son las condiciones en que ocurren los trayectos migratorios y las formas de inserción a las sociedades de destino, las que sitúan a las poblaciones migrantes en una condición de vulnerabilidad frente a potenciales daños a la salud, amenazas a la satisfacción de las necesidades básicas y al respecto de sus derechos humanos (Bronfman M., y Leyva R., 2005; Carballo M., y Mboup M., 2005; Haour-Knipe M, Rector R. 2006, ONUSIDA-OIM, 2002; Bollini P., y Siern H., 1995).

Otro rasgo característico de este enfoque se expresa en el reconocimiento de que las diversas y no siempre complementarias formas de respuesta social a la movilidad poblacional que se generan desde los contextos de origen, tránsito y destino, necesariamente influyen en las condiciones de salud de las poblaciones inmersas –de manera directa o indirecta- en los desplazamientos (Bronfman M., y Leyva R., 2004; Leyva R., et al. 2005, 2007, 2008, 2009). Desde esta perspectiva los marcos legales que definen los criterios formales y condiciones de inserción de

---

J. Breilh (2003), ya que toma como punto de partida los modelos de elección racional individual, se reduce a la observación de los patrones de eventos empíricos, comprende a la realidad de manera fragmentaria, y la colectividad se establece en la agregación de observaciones individuales. Un claro ejemplo se expresa en las intervenciones desarrolladas en los años 80, cuando proliferaron las investigaciones encaminadas a medir la conducta individual mediante la operacionalización de variables que han intentado dar cuenta de los conocimientos, actitudes y habilidades de las personas (encuestas CAP) (Cáceres, 1999).

los migrantes, así como las políticas que guían los recursos y las acciones en materia de salud y migración, pueden promover o por el contrario dificultar la protección, defensa y garantía de los derechos humanos de los migrantes y otros grupos móviles en relación con el VIH/SIDA (IIDH, 2003, 2005; Cuadra M., 2002; OIM, 2005; Leyva R. y Quintino F., 2006).

Desde la década de los 90, el enfoque de la vulnerabilidad social ha sustentado el desarrollo buena parte de los procesos de investigación-acción sobre movilidad poblacional y VIH/SIDA/ITS producidos en las regiones fronterizas de México, Guatemala y otros países de Centroamérica.<sup>12</sup> En estos trabajos, la noción de vulnerabilidad social ha sido definida como un proceso multidimensional que confluye en los riesgos diferenciales que enfrentan los individuos, grupos o comunidades ante una diversidad de situaciones que afectan su bienestar (Cáceres C., 1999; Delor F. y Hubert M., 2000; Pizarro R., 2001).

En el caso de las poblaciones móviles y migrantes que se desplazan intra y entre los países, el concepto de vulnerabilidad social se ha empleado para hacer referencia a la relativa desprotección en la que se encuentran estos sectores frente a potenciales daños de salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto sus derechos humanos, en razón de las desigualdades de acceso a recursos económicos, sociales y legales. En el mismo sentido, la vulnerabilidad al SIDA, se define como la fracción estructural del riesgo para la infección-transmisión del VIH en estos sectores sociales; o aquella que

---

<sup>12</sup> El reconocimiento de que la epidemia tiende a afectar más a los grupos en condición de vulnerabilidad social y cuya dignidad y derechos humanos son menos respetados, ha sido el sustento de diversos proyectos de investigación-acción que se han implementado en regiones fronterizas de América Latina. En 1999 surge el proyecto multicéntrico “*Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos*”. La experiencia de este proyecto se ha sintetizado en dos tomos “*Movilidad poblacional y VIH/SIDA*” (Bronfman M., Leyva R., y Negroni M., 2004) y “*Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA*” (Leyva R., Caballero M., y Bronfman M., 2005); cuyo contenido ha contribuido de manera prioritaria en el proceso de visibilización del problema de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA en la región. la experiencia de dicho estudio ha servido como un marco de referencia para el desarrollo de nuevas iniciativas de investigación e intervención. Entre ellos, figura el proyecto de Iniciativa Mesoamericana para la Prevención del SIDA (IMPSIDA); el Proyecto sobre Movilidad Poblacional y SIDA del UNFPA y la OPEP; el Proyecto de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, con especial atención a la población migrante coordinado por SISCA y financiado por el Banco Mundial; y el Proyecto Mesoamericano para la Atención Integral de Poblaciones Móviles, financiado por el Fondo Global para la Prevención del SIDA.

incide en el deterioro de la calidad de vida de las personas migrantes con VIH/SIDA (Leyva R., et al. 2005, 2007, 2008, 2009).

Con base en esta definición, se asume que los procesos migratorios contemporáneos se desarrollan en contextos sociales que pueden contribuir a incrementar la vulnerabilidad y riesgo ante el VIH/SIDA y otras ITS, tanto en las poblaciones que se desplazan como en aquellas que se quedan en las comunidades de origen. De esta manera, se conforman “contextos de vulnerabilidad al VIH/SIDA”, los cuales presentan características diferenciales según el espacio social y los diferentes momentos y actores involucrados en el movimiento migratorio. Bajo este presupuesto, se propone analizar los contextos de vulnerabilidad que se configuran en regiones estratégicas de países que son punto de origen, tránsito y recepción de las poblaciones que se desplazan a través de las fronteras internacionales (Leyva R., et al. 2009, 2010).

Desde esta óptica es que las regiones fronterizas nuevamente se han constituido como contextos estratégicos para el análisis, ya que éstas conforman una red de localidades o nodos centrales que destacan por sus intercambios, por su ubicación geográfica estratégica, así como por la alta presencia y la diversidad de poblaciones móviles y migrantes (Leyva R., et al. 2009). Se ha dicho que en el caso de las migraciones internacionales, las fronteras representan espacios geográficos, socio-económicos y culturales que poseen identidad propia, que unen y a la vez dividen, y en los cuales convergen situaciones de vulnerabilidad social relacionadas con la ausencia de recursos y la pérdida de los derechos más elementales (Leyva R., Quintino F., y Mora L., 2011). Por lo tanto, entre las poblaciones fronterizas y los grupos migratorios convergen presencias ciudadanas con vulnerabilidades, propósitos, prácticas y estrategias de movilidad diversificadas.

De acuerdo con Mario Bronfman, René Leyva y Manuel Ángel Castillo (2004), por las características de su vulnerabilidad y con base en los aspectos culturales y económicos que impulsan los motivos de sus desplazamientos, en las fronteras de



México y Centroamérica, sobresalen las poblaciones conformadas por los siguientes grupos móviles y migrantes: las poblaciones fronterizas que se involucran en los movimientos cotidianos a través de las fronteras; los transportistas y comerciantes fronterizos; los trabajadores agrícolas que se involucran en la migración rural-rural; las trabajadoras que se insertan en las actividades marginales terciarias de las ciudades; los trabajadores/as migratorios que se insertan en la industria turística y en las maquilas; y el amplio y heterogéneo grupo de los transmigrantes o migrantes indocumentados en tránsito hacia Estados Unidos.

En la actualidad se cuenta con amplias evidencias empíricas que contribuyen a comprender mejor las condiciones de vulnerabilidad ante el VIH/SIDA/ITS que enfrentan estas poblaciones. Aún cuando se reconoce que cada grupo presenta condiciones de vulnerabilidad diferenciadas según el contexto social e histórico en el que se desenvuelven, en la literatura es posible visualizar la integración de determinantes sociales y factores que intervienen en la construcción de contextos y situaciones que tienen la potencialidad de incrementar la exposición ante la infección por el VIH y otras ITS.

En su conjunto, los estudios que centran su atención en las poblaciones que ingresan a las sociedades receptoras “sin documentos”, muestran que estos determinantes operan en tres campos relacionados: el espacio de los servicios de salud; el ámbito de las condiciones de vida y trabajo de grupos de migrantes; y el de las trayectorias sociales o procesos de desarrollo del curso de vida de cada individuo, cuyas etapas de transformación son compartidas por otros de condición similar.

De acuerdo con estos trabajos, un aspecto de la vulnerabilidad que enfrentan las poblaciones migrantes indocumentadas se relaciona con las características del acceso a los servicios de salud disponibles en los contextos de origen, tránsito y destino migratorio. Particularmente, se han observado las múltiples dificultades u obstáculos que existen para acceder a los servicios de prevención y atención

integral de la salud, entre ellos, los que se relacionan con las ITS/VIH/SIDA y otros aspectos vinculados con la salud sexual y reproductiva (SSR).

La carencia de seguridad social, los altos costos de los servicios, la escasa capacidad instalada, los obstáculos de inaccesibilidad geográfica, la escasez de servicios permanentes de salud, la baja frecuencia de notificación, la baja asistencia y la falta de una perspectiva intercultural (barreras idiomáticas, estigma y discriminación) que regule la relación entre los prestadores de servicios para las poblaciones de las poblaciones migrantes son factores de orden estructural que moldean las condiciones de vulnerabilidad frente a las ITS/VIH/SIDA en estos sectores sociales (Lerín S., 2004; Solorio M., et al 2004; Bronfman M., y Minello N., 1995; Paris M., 2005). Aún cuando estas barreras pueden presentarse en el contexto de origen y/o el de destino, es importante tomar en cuenta las particularidades que se presentan en uno u otro espacio (Leyva R., y Quintino F., 2008, 2011).<sup>13</sup>

Además, la vulnerabilidad de los migrantes indocumentados está ligada a las condiciones de vida y trabajo que se perfilan en las comunidades de destino. Se ha descrito que la alta movilidad, el aislamiento, las barreras económicas, las largas jornadas laborales, la violencia, la discriminación y la exposición a procesos de aculturación que pueden traducirse en el cambio de los roles y prácticas, constituyen constantes en las condiciones de vida de los migrantes que pueden incrementar su vulnerabilidad ante la infección por el VIH y otras ITS (Organista K., et al. 2004; Bronfman M., y Minello 1995; Bronfman, M., 1998). Estas condiciones sumadas a la baja escolaridad, analfabetismo y la escasa información y medios para la prevención y atención de la salud, expresan dinámicas de reproducción social que no sólo intervienen en la vulnerabilidad y riesgo de infección por el VIH/ITS sino en todo el conjunto de necesidades insatisfechas de atención primaria de la salud (Hernández D., et al. 2005).

---

<sup>13</sup> Por ejemplo, en contextos de migración internacional, la aproximación a los servicios donde se brinda la atención al VIH/SIDA/ITS por parte de los migrantes puede significar el riesgo de deportación, mientras que en las comunidades de origen puede significar incompreensión o maltrato (Leyva y Quintino, 2008).

Otro aspecto de la vulnerabilidad de los migrantes es observable en el nivel de las trayectorias sociales donde se expresan los cambios y continuidades en los comportamientos sexuales y riesgos asociados, así como las valoraciones y percepciones que el individuo tiene sobre cuestiones que se relacionan con la salud, la sexualidad y las relaciones de género (Delor F., y Hubert M., 2000). Se ha descrito que en situaciones de alejamiento de las condiciones de vida habituales, como en el caso de la migración, es más probable incurrir en conductas sexuales que incrementen el riesgo de adquirir VIH y otras ITS. El contacto con otros mundos de vida puede abrir las posibilidades para incrementar y diversificar las parejas sexuales, lo cual, sumado a la escasa información, la persistencia de mitos en torno a la transmisión de enfermedades y la nula disponibilidad de condones incrementa su vulnerabilidad ante la epidemia (Bronfman, M., 1998). Se sabe que estos cambios en los hábitos sexuales sumados a la pobreza que limita el acceso a la información, a los servicios de salud y a la adquisición de un capital cultural que facilite un mayor auto-cuidado incrementan la exposición al VIH/ITS (Núñez G., 2003).

Aunque existen amplias evidencias empíricas en torno a la temática, en esta vertiente de estudio también se reconoce que los procesos sociales y factores que intervienen en la condiciones de vulnerabilidad social y de salud del amplio y heterogéneo grupo de los migrantes indocumentados varían de acuerdo a las especificidades que presenta cada contexto migratorio. Por ello, ha resultado imprescindible avanzar en el conocimiento sobre los vínculos que se establecen entre la migración y el VIH/SIDA en regiones fronterizas particulares.

### ***1.2 Modelo conceptual para el análisis de la vulnerabilidad social en salud que enfrentan los migrantes con VIH/SIDA***

Desde la década de los 90, se configuró una vertiente de investigación-acción que ha abordado el tema del VIH/SIDA y la movilidad poblacional en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. Los procesos de investigación-acción desarrollados por más de una década, han permitido identificar determinantes

contextuales y factores sociales que intervienen en la condición de vulnerabilidad y riesgo a la infección por el VIH que enfrentan los grupos con mayor presencia en la región fronteriza, tales como, los trabajadores/as agrícolas migrantes (TAM), los migrantes indocumentados en tránsito (MT) y las trabajadoras/es sexuales (TSM) (Bronfman M., et al. 2004; Leyva R., et al. 2005, 2007, 2011; Villa B., et al. 2004; Bronfman M., y Sejenovich G., 1998; Bronfman M., y Leyva R., 2000).

Aunque existen importantes avances en el conocimiento en torno a la temática, la revisión de la literatura muestra que aún son escasos los enfoques que problematizan la cuestión de los determinantes sociales que intervienen en la vulnerabilidad y en las condiciones de acceso a servicios de salud para la atención médica integral de las personas migrantes que ya viven con el VIH/SIDA (PMVS). La revisión de la literatura también permite identificar algunos vacíos teóricos y empíricos en la investigación cualitativa que se interesa por explorar los fenómenos sanitarios y las dinámicas relacionadas con los servicios de salud para PMVS. Particularmente, se observa que aún es limitada la comprensión sobre la forma en que los programas de prevención y control del VIH/SIDA, y los servicios públicos de salud disponibles en la frontera, son percibidos y entendidos tanto por los profesionales de salud como por los y las migrantes afectados por la epidemia.

Dado lo anterior y con el propósito de aproximarse al tema desde una perspectiva cualitativa, es que la presente investigación planteó el objetivo de analizar la experiencia social y las trayectorias de acceso a servicios de los miembros de este colectivo integrado por las personas migrantes con VIH/SIDA que residen o transitan por la frontera México-Guatemala. Se trata de hombres y mujeres migrantes que no pueden ser considerados como sanos o enfermos, sino en una lucha que se registra, en primera instancia, en el ámbito individual del cuerpo y el organismo que depende de la llamada inmunidad. Pero, en este trabajo se considera que, además de esta lucha activa que se establece entre el virus y las defensas del organismo, los miembros de este colectivo establecen un conjunto de interacciones para insertarse en la estructura de la sociedad receptora, enfrentan condiciones de vida y trabajo precarias, y otras formas de desigualdad social y de

salud que van modificando las formas de interpretar, manejar y atender el padecimiento en el “nuevo” contexto social determinado por la dinámica del desplazamiento.

En este marco se considera relevante indagar: ¿Cuál es la situación de la epidemia en la población migrante que transita o reside en la frontera? ¿Cómo se articula la experiencia migratoria, del padecimiento y de acceso a servicios de salud de las personas migrantes con VIH/SIDA? ¿Cómo funcionan los determinantes socio-políticos en el acceso diferenciado a los servicios de salud en contextos de frontera? ¿Cuál es el posicionamiento de las instituciones de salud para la atención médica integral de las personas migrantes afectadas por la epidemia? ¿Cómo se ha construido un proceso de política pública orientado a reducir barreras de acceso a servicios de salud para migrantes? y ¿Cuáles son las acciones y obstáculos que se han enfrentado en el proceso de implementación del modelo de atención del SIDA en migrantes fronterizos?

Para construir un marco conceptual apropiado para el estudio de esta temática, se recuperará la estructura conceptual de los estudios sobre vulnerabilidad al VIH/SIDA revisado páginas arriba. Asimismo, el abordaje de los objetivos de la investigación plantea la necesidad de complementar el marco conceptual con las propuestas provenientes de otras corrientes interpretativas, particularmente, de los estudios sobre frontera, migración y salud, de los estudios de salud colectiva que se centran en el tema de la desigualdad social en salud, y de los estudios sociológicos que analizan la experiencia social de la enfermedad y las trayectorias de acceso a la atención médica.

- **Modelos conceptuales de la vulnerabilidad**

En el campo de la salud se han generado diferentes modelos o matrices conceptuales para el análisis de la vulnerabilidad a la infección por el VIH y al desarrollo del SIDA. Entre las propuestas más representativas se encuentra la matriz conceptual elaborada por Francois Delor y Michael Hubert (2000), la cual originalmente se empleó para estudiar, desde una perspectiva cualitativa, la

susceptibilidad de las personas a la infección por el VIH. Se trata de una estructura que recupera elementos del pensamiento sociológico relacional – particularmente del interaccionismo simbólico y de la metodología de las redes sociales- para lograr una mejor comprensión de la vulnerabilidad y riesgo al VIH que pueden enfrentar diversos grupos sociales.

En la matriz conceptual de Delor y Hubert se propone analizar la vulnerabilidad al VIH a partir de tres dimensiones, las cuales a su vez deben ser abordadas en un nivel socio-estructural y otro socio-simbólico: a) El contexto social que delimita las interacciones y la articulación de las trayectorias, en relación con el sistema normativo, institucional y de desigualdad entre otros aspectos; b) Las situaciones particulares e interacciones sociales donde se definen los comportamientos de riesgo, así como prácticas vinculadas o derivadas de la infección y su atención; y, c) Las trayectorias familiares, laborales, de pareja, migratorias, de enfermedad y su atención, y de estigma y discriminación, que se entrelazan en el curso de vida de cada individuo.

El modelo de Delor y Hubert ha hecho una importante contribución, en tanto permite dar visibilidad a la dimensión social y a la subjetividad en la cuestión de la vulnerabilidad frente a la infección, apuntando algunas posibilidades de intervención en materia de prevención. En el nivel socio-estructural los autores proponen estudiar elementos como el ciclo de vida, la movilidad social, las características de la pareja sexual, los espacios de interacción, las normas sociales e institucionales vigentes, las relaciones de género, la inequidad, entre otros aspectos. Por su parte, en el nivel socio-simbólico, se comprenden las subjetividades, el proyecto de vida, las representaciones subjetivas sobre la vida en pareja y la sexualidad, la percepción en torno a los métodos preventivos y sobre la práctica médica, entre otras temáticas.

Es relevante señalar que esta estructura conceptual ha sido recuperada por los estudios que abordan el vínculo migración y VIH/SIDA en México. Como se ha señalado, en esta línea de investigación, el concepto de vulnerabilidad se ha

empleado para comprender la susceptibilidad social en que pueden estar determinados grupos migratorios ante condiciones adversas para salud, amenazas a la satisfacción de sus necesidades básicas y a la protección en el respeto a su derechos humanos, en razón de las desigualdades de acceso a recursos económicos, sociales y legales que se reproducen en los lugares de origen, tránsito y destino migratorio (Bronfman M., y Leyva R., 2004, 2008).

Desde este enfoque, la noción de vulnerabilidad ha sido empleada como un indicador de la desigualdad social en general, y de las inequidades en salud en particular, siendo éstas las que determinan los riesgos diferenciales al VIH a los que están expuestos los grupos móviles y migrantes, y por tanto es sobre las que se debe actuar (Leyva R., et al. 2005, 2011). De igual manera, es relevante señalar que en estos marcos interpretativos, la vulnerabilidad frente a la epidemia no se considera como una condición estática sino como un proceso dinámico en el cual los individuos y colectivos tienen capacidad de acción/reacción, aunque ésta es variable en el marco de cada interacción y de las particularidades del contexto socio-histórico.

En el estudio de René Leyva y Marta Caballero (2009), se operacionalizó la matriz de la vulnerabilidad al VIH, y se realizó una adaptación de acuerdo a las especificidades de los contextos caracterizados por presentar una intensa dinámica de migración interna e internacional. De acuerdo con los autores, la consideración de las trayectorias, de los aspectos relacionales y contextuales evita considerar a la vulnerabilidad como una condición o característica esencial de los migrantes y de otros actores involucrados de manera indirecta en la dinámica de la movilidad poblacional (por ejemplo, las mujeres compañeras de migrantes). El modelo más bien permite entender a la vulnerabilidad como un proceso, que si bien tiende a presentar un continuo de debilidad a lo largo del ciclo de vida de los y las migrantes, depende de elementos externos (por ejemplo, las situaciones de riesgo que se viven en el trayecto migratorio) e internos (por ejemplo, los recursos y medios para la prevención), y de la capacidad de enfrentarlos:

“En consecuencia, se definen tres coordenadas para el análisis de la vulnerabilidad a la infección por el VIH y otras ITS: la exposición a una situación de riesgo; la capacidad para movilizar y utilizar los recursos disponibles para enfrentar las situaciones de riesgo; y la potencialidad de las estructuras de soporte que permitirían hacer frente a las consecuencias de las situaciones de riesgo” (Leyva R., y Caballero M., 2009: 22).

A partir de esta concepción, los autores proponen el concepto de espacios o situaciones de vulnerabilidad, configurados por el conjunto de elementos externos e internos que incrementan la susceptibilidad a la infección, los cuales frecuentemente, trascienden el ámbito del individuo. Esta vulnerabilidad está configurada, a su vez, por las particularidades de los contextos donde interactúan los migrantes, en diferentes relaciones o puntos de su trayectoria vital y migratoria.

El modelo de la vulnerabilidad al VIH ha hecho una contribución importante, ya que permite visibilizar la articulación de contextos, dinámicas grupales y trayectorias sociales que derivan en el riesgo o susceptibilidad ante condiciones adversas para la salud y la integridad de los migrantes. Asimismo, en términos operativos se considera que los hallazgos de la investigación basada en este enfoque son relevantes en tanto han sido recuperados para el diseño e implementación de intervenciones orientadas a la prevención del VIH en los principales grupos migratorios que confluyen en la frontera sur de México (Villa B., et al 2004; Leyva R., 2007, 2009, 2011; Quintino F., et al. 2011; Infante C., et al. 2011). Sin embargo, como se ha mencionado, aún es limitado el conocimiento sobre las necesidades de cuidado a la salud que presentan los migrantes que ya viven con el VIH/SIDA (PMVS).

Aunque la población migrante no es el foco de interés, en algunos estudios realizados en el Cono Sur, se encuentran herramientas conceptuales para el análisis de las dimensiones que intervienen en la vulnerabilidad de las personas con VIH/SIDA (PVS). Es importante señalar que países como Brasil, los estudios enfatizan que el término “vulnerabilidad” está estrechamente vinculado al enfoque



de los derechos humanos, y designa en su origen, grupos o individuos fragilizados, social, jurídica o políticamente, particularmente en lo que respecta a la promoción, protección o garantía de sus derechos humanos. De esta forma, para la interpretación del proceso salud-enfermedad, se considera que, en cuanto el riesgo indica la probabilidad, la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y desigualdad social (Ayres J., et al. 2006; Carvalho J., et al., 2006; Paiva V., 2006; Palma A., y Mattos U., 2000).

Dentro de este enfoque se encuentra el estudio de José Carvalho y Vera Paiva (2006), el cual parte del reconocimiento de que los integrantes de diferentes subgrupos de la población con VIH/SIDA tienen necesidades específicas con respecto a su bienestar, incluidas las cuestiones relativas a su integración social, la vida familiar, la educación y la sexualidad. Por lo cual, se considera importante desarrollar iniciativas que faciliten la accesibilidad a los servicios de salud y contribuyan a mejorar la atención integral que incluye las garantías legales para el acceso al tratamiento antirretroviral, la protección contra la discriminación, la consejería, el seguimiento médico y otros tipos de recursos que requieren las PVS.

Desde esta perspectiva, los autores construyen una matriz conceptual basada en el concepto de vulnerabilidad, que en este caso, hace referencia a la desprotección social, jurídica y política en que se pueden encontrar grupos o individuos con VIH/SIDA para la satisfacción de sus necesidades de salud y para ejercer otros derechos humanos. Particularmente, en la matriz de Carvalho y Paiva se propone analizar las siguientes dimensiones que intervienen en la vulnerabilidad que enfrentan las PVS:

- a) La dimensión individual tiene el propósito de analizar, lo más exhaustivamente posible, el bienestar físico, mental o factores de comportamiento que pueden exponer a una PVS al deterioro de la calidad de vida y la emergencia de problemas de salud. Esta dimensión incluye el análisis de valores, intereses,

- creencias, conocimientos, actitudes, comportamientos, redes sociales, relaciones conyugales, relaciones familiares, salud mental y constitución física.
- b) La dimensión colectiva está integrada por dos componentes. El primero corresponde al componente social donde se estudian factores culturales, políticos, económicos e institucionales que pueden determinar la desprotección y susceptibilidad de las PVS, tales como el sistema normativo, las relaciones de género, raciales y generacionales, las creencias religiosas, el estigma y discriminación, el bienestar, empleo y los ingresos, el apoyo social, acceso a la atención de salud, entre otros.
  - c) El segundo componente de la dimensión colectiva es definido como programático, y examina las formas en que las políticas, programas y servicios pueden interferir en estas situaciones sociales e individuales. En este último componente se exploran cuestiones como el compromiso del gobierno con las respuestas al VIH/SIDA; definición, implementación y evaluación de la política sobre VIH/SIDA, conexiones multisectoriales, organización, acceso y calidad de los servicios.

Una de las potencialidades del modelo propuesto por Carvalho y Paiva radica en que éste permite analizar los niveles de vulnerabilidad que enfrentan distintos subgrupos de PVS a problemas de salud, daño o abandono, en relación con las facilidades u obstáculos para el acceso a recursos personales, familiares, comunitarios e institucionales disponibles en contextos socio-históricos concretos. Por lo tanto, la vulnerabilidad se relaciona en sentido inverso con la mayor disponibilidad de recursos de protección. Desde este enfoque, el análisis de la vulnerabilidad programática que se refiere a las políticas públicas, las metas y acciones propuestas en los programas, así como aspectos relacionados con la organización y distribución de los recursos de prevención y control de la epidemia juegan un papel muy relevante.

En el caso de un padecimiento complejo como es el VIH/SIDA, uno de los recursos más importantes corresponde a la atención médica integral, entendida como un proceso continuo que interrelaciona la promoción, prevención secundaria

y protección de la salud, así como la recuperación y rehabilitación cuando las personas enferman, todo ello con un enfoque de derechos humanos. En lo que concierne a los servicios de salud, la atención integral debería incluir por lo menos los siguientes recursos: acceso al diagnóstico oportuno del VIH y a otras infecciones asociadas (por ejemplo, TB y otras ITS), consejería pre y post prueba y entrega de resultados, respeto a la voluntariedad, confidencialidad y consentimiento informado, protección a la no discriminación, oportunidades de afiliación a programa de VIH, referencia a servicios especializados, seguimiento médico, acceso a medicamentos para enfermedades oportunistas, tratamiento antirretroviral y estrategias para la adherencia, entre otros aspectos.

En su conjunto, estos recursos considerados en las políticas y marcos normativos sobre VIH/SIDA, intervienen de manera decisiva en la preservación de la calidad de vida de las PVS y en la prevención de problemas de salud asociados al síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Sin embargo, los modelos de la vulnerabilidad reconocen que desde su emergencia, el desarrollo de las políticas públicas, las acciones y la distribución de los recursos para la atención integral del VIH/SIDA, ha sido un proceso caracterizado por las inequidades en salud y la desigualdad social. El SIDA emergió y se ha propagado en este contexto global de inequidad social, por lo que será imposible prevenirlo y combatirlo con efectividad sin apuntar a cambiar las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones, así como a desarrollar políticas sociales y acciones en salud que favorezcan la equidad en el acceso a la atención integral que incluye el tratamiento antirretroviral (Useche B., 2005).

- **Matriz conceptual**

A partir de estos referentes, se considera que el marco conceptual de la vulnerabilidad resulta útil para abordar el objeto de la investigación que corresponde fundamentalmente a las condiciones de accesibilidad, disponibilidad y utilización de los servicios de salud por migrantes con VIH/SIDA que forman parte de diversos grupos migratorios presentes en la región de la frontera México-Guatemala.

En este trabajo se recuperan y complementan elementos de las matrices conceptuales que abordan tanto el tema de la susceptibilidad al VIH como el de la vulnerabilidad social y de salud de las PVS, con el fin de construir un marco adecuado a las especificidades del grupo y contexto de estudio. Las dimensiones y elementos que serán considerados en el análisis se sintetizan en **la matriz que se presenta en el cuadro 1.1. De acuerdo con ello, se propone el análisis de la vulnerabilidad en dos dimensiones (eje vertical): la individual y la colectiva. Éstas a su vez se estudiarán en un nivel socio-estructural y socio-simbólico (eje horizontal).**

El punto de partida del análisis se centra en **la dimensión colectiva** estructurada en dos componentes: el contexto de estudio y las modalidades de respuesta social en salud que se han desarrollado en torno al vínculo migración y VIH/SIDA en esta región de frontera. Al recuperar la propuesta conceptual de la medicina social y la salud colectiva, se parte del supuesto de que, en ambas dimensiones es posible identificar un conjunto de determinantes sociales que tienen expresiones tanto en los procesos de salud-enfermedad de los grupos migratorios estudiados, como en las dinámicas de atención y cuidado en las que participan las PMVS.

En el **primer componente de la dimensión colectiva**, la atención se centra en la caracterización de la dinámica social, migratoria y sanitaria de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas; así como en la exploración de algunos sus procesos determinantes que van a tener expresiones tanto en los fenómenos de la salud/enfermedad como en las dinámicas de atención/cuidado de la población fronteriza y migrante. En esta perspectiva, las formas de organización social y económica de la sociedad fronteriza, y los diferenciales de acceso y apropiación de los recursos de atención a la salud, se reconocen como procesos determinantes de la vulnerabilidad en salud que enfrentan las poblaciones migrantes en general, y el colectivo integrado por las personas migrantes que viven con VIH/SIDA, en particular.

**Cuadro 1.1**  
**MATRIZ CONCEPTUAL: DIMENSIONES Y CATEGORÍAS ANALÍTICAS DE LA**  
**VULNERABILIDAD SOCIAL EN SALUD QUE ENFRENTAN LAS PMVS**

Niveles	Dimensiones		
	Colectiva		Individual
	Contexto fronterizo	Respuesta social en salud en el contexto fronterizo	Trayectoria social y de atención al VIH/SIDA
Socio-estructural	<p>-Las singularidades de la dinámica social fronteriza: interacciones de intercambio/distinción, separación/integración.</p> <p>-Las condiciones de vida y trabajo de migrantes en la frontera.</p> <p>-Las desigualdades vinculadas a la condición migratoria indocumentada y al estatus VIH positivo.</p>	<p>-Definición de la política sobre VIH/SIDA y migración.</p> <p>-Mecanismos de protección y garantía de los derechos humanos de los migrantes en relación al VIH/SIDA.</p> <p>-Las redes sociales y la participación multisectorial en iniciativas sobre migración y VIH/SIDA.</p> <p>-Organización, acceso, disponibilidad y calidad de los servicios públicos de atención al VIH/SIDA.</p> <p>-Barreras estructurales que obstaculizan el acceso a la atención integral del VIH/SIDA por parte de migrantes.</p>	<p>-Historia migratoria (motivos, rutas, temporalidad, formas de inserción en las localidades de tránsito y destino, entre otros aspectos).</p> <p>-Relaciones de pareja, familiares, laborales y redes sociales.</p> <p>-Barreras socio-culturales que obstaculizan el proceso de búsqueda, acceso y utilización de los servicios para la atención del VIH/SIDA.</p>
Socio-simbólico	<p>-La perspectiva comunitaria sobre el fenómeno de las migraciones centroamericanas.</p> <p>-La perspectiva comunitaria en torno al vínculo migración y VIH/SIDA.</p> <p>-El estigma y discriminación vinculados a la condición migratoria y de salud</p>	<p>-La percepción subjetiva de los profesionales de salud en torno al vínculo migración y VIH/SIDA.</p> <p>-El posicionamiento en torno al derecho a la salud de los migrantes.</p> <p>-Barreras médicas</p> <p>-Los enfoques que sustentan las iniciativas sobre migración y VIH/SIDA.</p> <p>-El estigma y discriminación en el espacio de los servicios de salud.</p>	<p>-Perspectivas, valores, intereses, creencias, conocimientos y actitudes en torno a la epidemia del VIH/SIDA.</p> <p>-La experiencia del padecimiento vinculada a la infección por VIH o el desarrollo del SIDA.</p> <p>-Los procesos de atención y manejo del VIH/SIDA que tanto las PVS como quienes las rodean desarrollan en relación con la infección y sus consecuencias.</p>

El contexto socio-sanitario entendido como ámbito relacional puede ser abordado en un nivel socio-estructural y otro socio-simbólico. En el nivel socio-estructural, la matriz considera los siguientes aspectos: la caracterización de la dinámica social de intercambio/distinción, separación/integración que singulariza a la región fronteriza; la exploración de las relaciones de desigualdad que se vinculan a la condición migratoria indocumentada; y la descripción de las condiciones de vida y trabajo de migrantes que residen o transitan por el territorio fronterizo. Por su parte, en el nivel simbólico, se busca comprender fundamentalmente los imaginarios y perspectivas que tienen diversos actores sociales sobre el fenómeno de las migraciones centroamericanas en el sur de Chiapas, y su relación con las condiciones de salud fronteriza.

En el **segundo componente de la dimensión colectiva**, se propone analizar cuestiones relacionadas con el sistema institucional de salud que forma parte fundamental de la respuesta social organizada que ha abordado el tema de la migración centroamericana en el sur de Chiapas. Particularmente, se examinan las formas en que las políticas, los programas y los servicios públicos de salud pueden intervenir en las situaciones de vulnerabilidad social que enfrentan las personas migrantes en relación con la atención integral a la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA. En un contexto caracterizado por la desigualdad social, se considera que estas modalidades de respuesta social en salud tienen la potencialidad de intervenir (facilitar vs obstaculizar) en las situaciones y procesos de vulnerabilidad que enfrentan las personas migrantes con VIH/SIDA.

Las formas de respuesta social también serán abordadas en un nivel socio-estructural y otro socio-simbólico. En el nivel socio-estructural, se exploran cuestiones relacionadas con la definición de la política y los marcos normativos sobre migración y VIH/SIDA; se identifica la presencia de redes multisectoriales con experiencia de trabajo en la temática; y se analizan aspectos vinculados con la disponibilidad, organización, utilización y calidad de los servicios públicos de salud para la atención del VIH/SIDA en población local y migrante. A partir de la interrelación de estos elementos, se analizan las barreras políticas e

institucionales que pueden obstaculizar el acceso a la atención integral del SIDA por parte de migrantes.

En lo que concierne al nivel socio-simbólico, se prioriza el análisis de las percepciones subjetivas de los profesionales de salud directamente involucrados en el desarrollo de estrategias de prevención y atención del VIH/SIDA en migrantes que forman parte de diversos grupos sociales. Particularmente, se exploran la forma como los profesionales definen, interpretan y despliegan un conjunto de prácticas que buscan dar respuesta a las necesidades de los miembros del colectivo migrante afectado por la epidemia. En el marco de estos procesos, los profesionales pueden facilitar el acceso a la atención médica integral para las PMVS o por el contrario reproducir estigmas y otras formas de diferenciación que perpetúan las inequidades en salud. Por ello, es relevante incluir la exploración de las barreras médicas que se pueden generar en el marco de la provisión de servicios públicos de salud a las PMVS.

La siguiente etapa del análisis se centra en la **dimensión individual** donde se privilegia el análisis de la experiencia del padecimiento y la reconstrucción de las trayectorias de búsqueda, acceso y utilización de servicios públicos para la atención del VIH/SIDA de las personas migrantes que residen o transitan por el contexto fronterizo. El objetivo es explorar el conjunto de interpretaciones, interacciones, situaciones y respuestas asociadas y/o derivadas del padecimiento o de su atención, así como las capacidades y recursos con los que cuentan las personas VIH positivas para el cuidado de su salud en el “nuevo” contexto social impuesto por la dinámica del desplazamiento.

En la intersección de la dimensión individual y el nivel socio-estructural, se analizan elementos de la historia migratoria, laboral y familiar que influyen o moldean la forma como los sujetos interpretan y despliegan un conjunto de prácticas derivadas de la infección por VIH o el desarrollo del SIDA, y de su atención. En esta perspectiva, se prioriza la exploración de los siguientes elementos: la interrelación entre la historia migratoria y del padecimiento; las

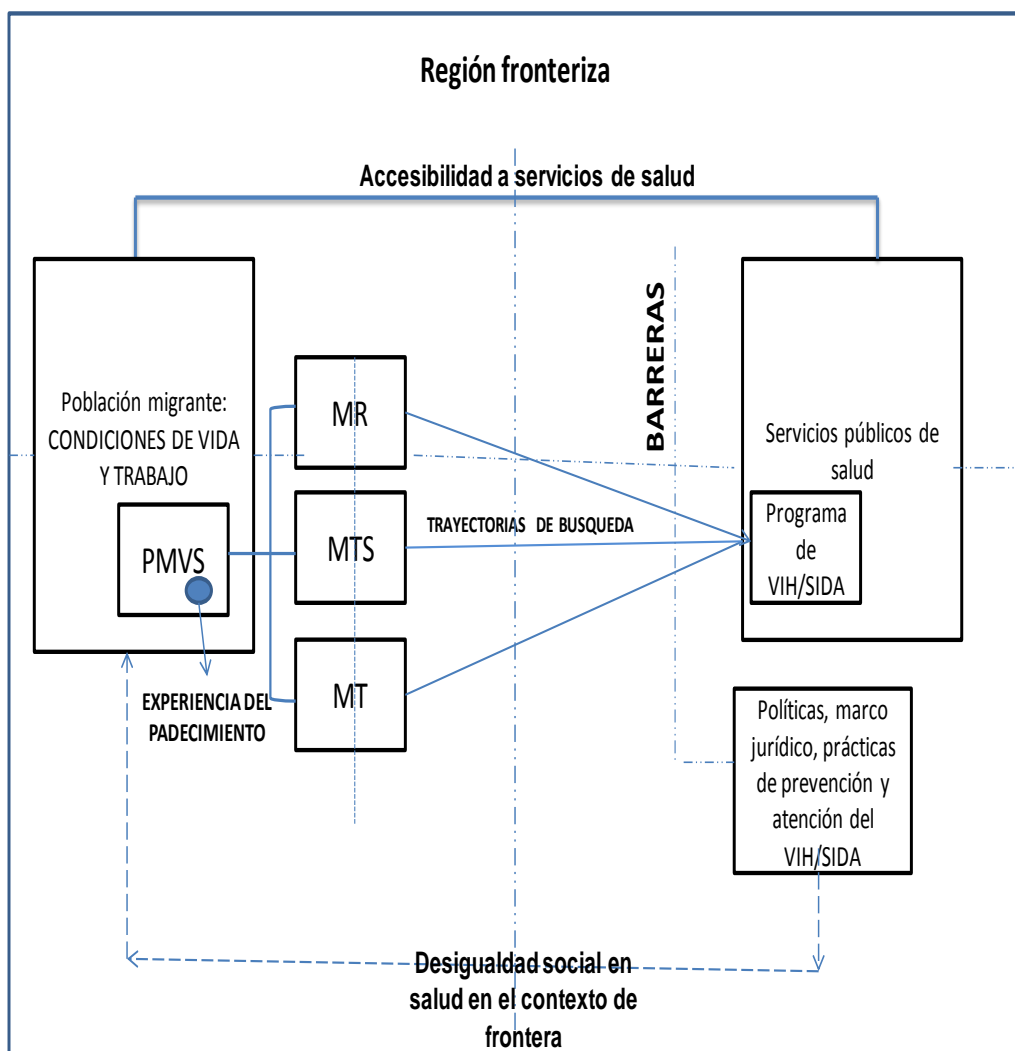
relaciones familiares, de pareja y las redes sociales; y, las barreras socioculturales que pueden obstaculizar el acceso a la atención integral del VIH/SIDA.

Por otra parte, en el nivel socio-simbólico se analiza lo más exhaustivamente posible la manera como los sujetos migrantes y su red social cercana, perciben e interpretan todo un conjunto de sentimientos, estados corporales, alteraciones y una serie de eventos asociados y/o derivados de la infección por VIH o el desarrollo del SIDA y de su atención. En este nivel, se prioriza el análisis de las formas como los programas y servicios públicos de salud disponibles en la sociedad de tránsito y destino, son vistos, entendidos y valorados por los sujetos migrantes. El análisis del componente experiencial y simbólico de la atención médica, tiene el propósito de ampliar el entendimiento sobre las atribuciones de sentido que confieren las PMVS a las dinámicas sociales vinculadas con el acceso, utilización y calidad de los servicios de diagnóstico, prevención secundaria, seguimiento clínico y tratamiento para el VIH que se configuran en un contexto de migración internacional.

Retomar al enfoque de la vulnerabilidad social y de salud como marco explicativo que permita analizar los vínculos que se generan entre la migración internacional y la accesibilidad a la atención médica en un contexto de frontera, requiere de un instrumental teórico-analítico más elaborado. Particularmente, se requiere un marco de referencia que permita enriquecer la reflexión en torno a las siguientes nociones y conceptos: **la región fronteriza, las desigualdades sociales en salud en el contexto de frontera, la respuesta social en salud al vínculo migración y VIH/SIDA, la accesibilidad a servicios públicos de salud, las barreras macro y micro-sociales que intervienen en la accesibilidad, la experiencia del padecimiento y las trayectorias de atención médica de las personas migrantes con VIH/SIDA.** En la Figura 1.1 se busca describir las articulaciones que se establecen entre estos conceptos que guían la investigación.



Figura 1.1 Mapeo de conceptos clave



### ***1.3 Líneas teóricas para el estudio del vínculo migración y acceso a la atención del VIH/SIDA***

En este apartado se hace un breve recuento de algunas corrientes teóricas que proporcionan elementos conceptuales importantes para abordar las tres dimensiones analíticas propuestas en la matriz de la vulnerabilidad. En cada subapartado se explican los conceptos que recuperamos de cada corriente, y que resultan útiles para analizar los determinantes de la vulnerabilidad social y las condiciones de acceso a la atención integral del VIH/SIDA en el marco del proceso migratorio internacional.

## **a) Primer componente de la dimensión colectiva: lineamientos conceptuales para el análisis del contexto socio-sanitario**

### **▪ Región y salud fronteriza**

En esta investigación se recupera el concepto de región fronteriza para hacer referencia al contexto socio-histórico que enmarca los movimientos migratorios centroamericanos en la frontera sur de Chiapas. Para abordar la dimensión territorial de la frontera se acude a las propuestas conceptuales de autores como Miguel Ángel Castillo, Edith Kauffer, Jan de Vos, Emma Zapata, Juan Dardón, entre otros, quienes desde sus particulares enfoques disciplinarios han aportado elementos conceptuales y metodológicos relevantes para el estudio de esta región. Los estudios parten del supuesto de que no existe un paradigma aplicable a todas las fronteras, ya que cada franja, zona o región fronteriza, en el proceso histórico de su propia delimitación, reproduce cruces, intercambios, conflictos de un modo distinto. Bajo este supuesto general, es que los trabajos convocan a participar en un esfuerzo para reflexionar sobre la dinámica actual e histórica de las relaciones sociales, económicas, políticas y culturales que caracterizan a la región de Soconusco, Chiapas.<sup>14</sup>

Desde los estudios fronterizos se propone utilizar el concepto de región, y pensar de esta manera las relaciones fronterizas que unen y separan a los países, sociedades, poblaciones y grupos sociales tanto en términos materiales como simbólicos. El concepto de región tiene la potencialidad de definir a la frontera bajo

---

<sup>14</sup> El renovado interés por los territorios fronterizos emerge en el contexto de redefiniciones territoriales asociadas a los procesos de globalización desencadenados a partir de la década de los ochenta (Wallerstein I., 2005; De Sousa B., 1998; Castells M., 1998). Desde entonces, las problemáticas fronterizas y las cuestiones territoriales vinculadas a las mismas se han encontrado supeditadas a una evolución geopolítica mundial caracterizada por procesos de desestructuración y profunda contradicción (Bovin P., y Dauzier M., 1997; Barros C., s.f.). Las fronteras geopolíticas continúan desempeñando sus funciones básicas: son el perímetro cercado por barreras militares, diplomáticas, arancelarias, migratorias o sanitarias que delimita los alcances de la soberanía del Estado-nación (Foucher M., 1986). Sin embargo, desde el punto de vista empírico, se ha mostrado que en la actual global económica, las fronteras políticas contemporáneas no sólo presentan un carácter extraordinariamente variable en términos de su extensión territorial, carácter urbano-rural, alcance binacional o regional y densidad poblacional, sino también albergan numerosas y heterogéneas realidades geohistóricas que las hacen irreductibles las unas a las otras. El reconocimiento de que éstas son ámbitos capaces de desarrollar una fisonomía propia y compleja, con rasgos de identidad y escenarios de procesos específicos plantearon la necesidad de reflexionar sobre las singularidades que distinguen a determinados confines (Grimson A., 1997; Bustamante J., 1996; De Sousa B., 2002; Caggiano S., 2003).

criterios amplios, por lo que puede comprender a una parte del límite fronterizo (línea internacional divisoria), de la franja fronteriza (municipios que limitan con la línea fronteriza) o de la zona fronteriza (extensión territorial que se extiende desde la línea hacia dentro del país) (Dardón J., 2003). Sin embargo, la región no sólo puede ser entendida como una noción geográfica –homogénea, polarizada o planificada- sino un concepto de relación, es decir, se establece a partir de las interacciones sociales que son dinámicas y cambiantes en cuanto a históricas (Castillo M.A., 2002).<sup>15</sup> Se pasa así, de una mirada unidimensional de la *frontera límite* a un enfoque de contextos sociales complejos, con dinámicas poblacionales y políticas de alta interacción e interdependencia, en modelos de nación frecuentemente asimétricos.

En este trabajo se reconoce a la región fronteriza de Soconusco, Chiapas como un espacio geográfico, socio-económico, político y cultural complejo, un contexto capaz de configurar una identidad propia y dinámica social que la distingue de otros ámbitos territoriales (Castillo M. A., 2002; Kauffer E., 2002; Zapata E., 2002). Se trata de una región históricamente determinada tanto por la dinámica social y funciones que impone la frontera geopolítica como por los fenómenos de alta movilidad poblacional que obedecen tanto a su ubicación geográfica como a procesos de carácter estructural (De Vos J., 1993).<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> El enfoque poblacional también se ha empleado para analizar la otra gran frontera de México. Se señalado que el análisis teórico sobre la *región* o las *regiones* de la frontera norte de México, en tanto referente clave de los confines del mundo contemporáneo, ha sido una tarea emprendida por una gran variedad de disciplinas. “Éstas se han enfrentado al dilema de cómo conciliar la complejidad y heterogeneidad de un área de más de 3 mil kilómetros de longitud, con un denominador común que justifique su enfoque unitario” (Bustamante, J., 1989: 8). Sin embargo, su análisis se facilita cuando se cuenta con un marco conceptual coherente mediante el cual sea posible establecer un hilo conductor de la explicación de lo que es propio de esta *región*. Ésta se encuentra en las condiciones que propician la intensificación de las interacciones que no borran las diferencias, ni debilitan las funciones separadoras de una frontera densamente poblada y acentuadamente asimétrica. La mayoría de las veces, la asimetría es la condición del intercambio (Zoeaiega V., 1993).

<sup>16</sup> En América Latina, si tuviéramos que rastrear algunas de las perspectivas que han influido con más fuerza en las interpretaciones de los procesos territoriales de definición de fronteras se destacarían dos puntos de vista. El primero se refiere a la lectura clásica turneriana de la *frontera frente*, que propone la visión del avance de las formas capitalistas de producción sobre otras formas de organización del territorio preexistentes. El segundo punto de vista es aquel que privilegia la dimensión geopolítica de las *fronteras límite*, es decir las estructuras espaciales lineales que, por razones históricas cumplen la función básica de diferenciar a los Estados-nación (Foucher M., 1991; Zoeaiega V., 1993). En este sentido, es que Jan De Vos recupera la tradicional distinción entre la noción de *border* y frontera frente (*frontier*), propuesta por Tuner.

De acuerdo con Jan De Vos (1993), esta región fronteriza no puede explicarse a través de la fragmentación territorial, son las diversas sociedades fronterizas las que dibujaron el perfil de la región. Estas sociedades situadas en un tiempo y espacio concreto se han perfilado a partir del fenómeno de las migraciones internacionales y de lo que denomina la “vocación centroamericana” de Chiapas, que hace referencia a las rupturas y continuidades que se han reproducido entre los grupos sociales a lo largo de una historia marcada por la división política. Desde esta perspectiva, se ha evidenciado el papel central que juegan los históricos desplazamientos transfronterizos de diversos grupos sociales de origen centroamericano –principalmente de Guatemala- para la constitución del contexto estructural de Chiapas. En este proceso histórico se han construido múltiples fronteras internas que han regulado la inserción de estos grupos en condiciones de importante desigualdad social.

Por lo tanto, la región y particularmente sus municipios fronterizos se constituyen al mismo tiempo como contexto de separación y de integración, como un ámbito territorial definido por la simultánea construcción de distinciones identitarias y de elementos o rasgos compartidos por sus habitantes más allá del límite político existente (De Vos J., 1993; Castillo M. A., 2002; Kauffer E., 2002; Zapata E., 2002). “Por lo que las identidades fronterizas son complejos que engloban y subsumen otras identidades –no necesariamente uniformes u homogéneas- que se articulan para generar un carácter propio y específico” (Castillo M.A. 2002:31).

El desplazamiento del centro de interés de la *línea (border)* a la franja y región fronteriza, necesariamente conduce al análisis de los cruces e intercambios que se establecen entre los actores que confluyen en estos ámbitos territoriales. En este marco es que la gente del lugar, los pobladores fronterizos y los grupos móviles y migrantes se han constituido en sujetos fundamentales del análisis, así como sus

---

Este último término ha sido entendido como “colonialismo interno y externo”, “expansión” o “avance del poblamiento” en los territorios fronterizos.

experiencias marcadas por cambios y continuidades, y sus intercambios caracterizados por solidaridades, distinciones y conflictos.<sup>17</sup>

Desde los estudios fronterizos se asume que el entendimiento de la región debe, necesariamente considerar el comportamiento de la movilidad territorial de la población que reside y transita por ella con diversos propósitos y destinos. La migración internacional de las poblaciones centroamericanas que cruzan la frontera México-Guatemala, constituye un fenómeno de particular importancia, no sólo por la magnitud y complejidad del fenómeno sino porque existe el reconocimiento de que sus determinantes, expresiones y efectos tocan a la realidad social en su conjunto.

No sólo la población en movimiento vive los efectos de los desplazamientos, también las familias de los mismos migrantes, las comunidades expulsoras, las sociedades receptoras y las localidades ubicadas en las rutas de tránsito experimentan los impactos de las migraciones, de manera tal que su vida cotidiana y, en general, la organización comunitaria se modifican como resultado de estos desplazamientos. Por tal motivo, una diversidad de estudios ha buscado enriquecer el conocimiento sobre los determinantes, tendencias actuales y efectos de la migración centroamericana en la frontera, fenómeno que no sólo es dinámico por el movimiento geográfico que supone sino porque constantemente cambian las fuerzas sociales, económicas y políticas que intervienen tanto en la decisión de migrar como las dinámicas de inserción en la estructura de las sociedades de tránsito o destino (Castillo M.A. y Santibáñez J., 2004:9).

Los esfuerzos por comprender mejor la composición y dinámica de movilidad de los grupos sociales que transitan por esta frontera, han sugerido la elaboración de

---

<sup>17</sup> En este campo de teorización interdisciplinaria, se encuentran los estudios que han privilegiado la reflexión en torno a las dinámicas y mecanismos de distinción y conflicto. Desde esta vertiente se enfatiza que las fronteras, en tanto instrumentos de diferenciación, inducen interacciones caracterizadas por las luchas de poder, las desigualdades persistentes, la discriminación y las nuevas formas de “nacionalismo” (Grimson A., 2003). En cambio, para otra vertiente es prioritario repensar las interacciones fronterizas no sólo en términos de aislamiento y separación, sino como ámbitos de encuentro en los cuales también se gestan intercambios de solidaridad y pertenencia efectiva (García Canclini N., 1989). En esta discusión se han presentado aproximaciones intermedias que han reflexionado en torno a los procesos de intercambio y construcción de elementos o rasgos compartidos, sin dejar de reconocer la eficacia de las funciones separadoras del límite geopolítico.

tipologías que en principio, permitan identificar diferencias en términos de los motivos, propósitos, volumen, rutas, destinos, temporalidad, carácter individual o colectivo del movimiento, nacionalidad, condición migratoria, ocupación, entre otros aspectos. Esta metodología ha permitido distinguir diversas modalidades de movimientos poblacionales. Así se ha mostrado que en el territorio son vigentes los históricos desplazamientos temporales de trabajadores/as agrícolas migrantes, es claramente observable la presencia de la población extranjera residente, la movilidad de trabajadoras/es que se incorporan a actividades terciarias en los principales centros urbanos, así como el flujo sostenido de migrantes centroamericanos en tránsito que cruzan por México con la intención de llegar a los Estados Unidos (Castillo M.A., 2009, 2008, 2007, 2004; Leyva R., et al., 2005, 2011).

- **Desigualdades en salud en el contexto de frontera**

En el campo de la salud también se ha registrado el renovado interés por comprender las singularidades socio-sanitarias de las regiones de frontera. Los estudios fronterizos se interesan por analizar la dinámica de la salud poblacional que se configura en territorios limítrofes, así como por explorar las formas de respuesta social en salud que se generan en las franjas, zonas y regiones determinadas por la dinámica social que impone la “frontera límite”. Aunque esta línea de investigación ha sido abordada desde diferentes enfoques, en general, los estudios reconocen a las fronteras como contextos capaces de desarrollar perfiles epidemiológicos particulares. Se asume que aún cuando son acentuados los desequilibrios y las desigualdades sociales, también es frecuente observar que las poblaciones de diferentes nacionalidades compartan perfiles, necesidades y problemas de salud (Salgado N., 2009; González Block M.A., 1991; Alonso P., 2003; Mendoza G., 2004).

Desde un enfoque de salud fronteriza, se puede plantear que las singularidades geopolíticas, socio-económicas, culturales y demográficas que presenta la región de Soconusco, han permitido configurar una dinámica de salud poblacional que vincula a las comunidades del sur de Chiapas con los países de Centroamérica.

En este entramado histórico-social de geografías territorializadas, las poblaciones locales, móviles y migrantes comparten un medio ambiente y una formación social que produce, distribuye y consume los satisfactores, recursos y medios que van delineando las condiciones de salud fronteriza.

Los trabajos de René Leyva y Mario Bronfman (2004, 2005, 2008), entre otros autores, se han unido a la búsqueda por explorar las singularidades socio-sanitarias de la frontera de México con Guatemala, con especial énfasis en el análisis de los contextos y situaciones que incrementan la condición de vulnerabilidad social y de salud de los grupos móviles y migrantes. Sus investigaciones refuerzan el reconocimiento de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas como un contexto estratégico para el estudio de la migración internacional y sus vínculos con los procesos de salud-enfermedad-atención.

Para el caso de las migraciones centroamericanas, la región fronteriza de Soconusco constituye un espacio social complejo, un contexto de intercambio y diferenciación, en el cual se generan situaciones de vulnerabilidad social y de salud relacionadas con la ausencia de recursos, amenazas a la satisfacción de necesidades básicas y la violación de los derechos fundamentales (Leyva R., Quintino F., Mora L., 2011). Desde esta perspectiva, la noción de vulnerabilidad no sólo se emplea para hacer referencia a la susceptibilidad a problemas de salud, daño o abandono que enfrentan los migrantes, en donde la noción de riesgo, perjuicio o amenaza está implícita, sino también para denotar las consecuencias de los contextos caracterizados por la desigualdad socio-económica, las inequidades en el acceso a la atención médico-sanitaria y la desprotección en materia de derechos humanos.

La presente investigación parte del reconocimiento de que el contexto general donde se enmarca la dinámica actual de los movimientos centroamericanos en el sur de Chiapas, se caracteriza por la desigualdad social y económica y la polarización socio-sanitaria. Para inicios del siglo XXI amplios sectores de la población migrante no sólo padecen los efectos de las disparidades persistentes que se expresan en condiciones de vida y trabajo altamente precarias, sino

también atraviesan por diferentes formas de inequidad en el acceso a los servicios de salud que pueden acentuar la situación de vulnerabilidad relacionada con la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA.

Para enriquecer la conceptualización del contexto socio-sanitario de la frontera se acude a las propuestas conceptuales de la medicina social y la salud colectiva.<sup>18</sup> En los enfoques médico-críticos se encuentran propuestas conceptuales que contribuyen a analizar los determinantes contextuales que intervienen en los procesos de vulnerabilidad y en las condiciones diferenciales de acceso a la salud por parte de las poblaciones migrantes centroamericanas, y sobre los rostros que estos procesos pueden adquirir en el tratamiento de epidemias o pandemias como la del SIDA.

Desde estos enfoques, la prevención, el tratamiento y la atención de las enfermedades en general, y del VIH/SIDA en particular, no pueden reducirse al dominio de lo estrictamente biomédico ni comportamental sino que también se requiere tener en cuenta la forma como las tendencias socio-históricas influyen la distribución diferencial de los padecimientos entre las poblaciones y los colectivos humanos, y la manera como las fuerzas sociales y las condiciones de vida terminan por afectar el cuerpo de los individuos y generan patologías (Useche B., y Cabezas A., 2005).

Al recuperar los aportes de la medicina social (Granados J., y Delgado G., 2006; López O., y Peña F., 2002), se puede plantear que el proceso de salud-enfermedad por el que transitan los grupos migratorios centroamericanos y otras

---

<sup>18</sup> Las teorías críticas han sido desarrolladas por las distintas escuelas de pensamiento social en salud, las cuales han recibido las siguientes denominaciones: Medicina Social, Ciencias Sociales aplicadas a la Salud, Sociología Médica, Epidemiología Crítica o Salud Colectiva (López O., y Peña F., 2008). Cada una de estas escuelas ha conducido a una manera distinta de entender y transformar los dos grandes objetos de estudio del campo que se ocupa de estudiar la salud en su dimensión poblacional, es decir, de la salud/enfermedad y de los sistemas de salud que contienen diversas y contradictorias modalidades de respuesta social organizada. Este campo de conocimiento multidisciplinario que cuenta con una raíz epistemológica común se ha caracterizado por reconocer la multidimensionalidad de la salud, por promover la reflexión crítica de la realidad sanitaria y de las desigualdades sociales que caracterizan a nuestros países, así como por generar conocimientos y propuestas para la construcción de una sociedad más igualitaria. Por lo tanto, esta tradición científica se distingue de otras vertientes no sólo por los marcos teóricos que eligen para conceptualizar los problemas que estudian, sino también por las posiciones políticas que adoptan en su quehacer científico (López O., y Peña F., 2000; Almeida N., 1999).



poblaciones fronterizas, puede ser reconocido como un continuo, no como estados opuestos sino como momentos diferenciados de las trayectorias vitales humanas. Es un proceso en constante cambio, una dinámica que se va reconfigurando con base en las modificaciones que se registran en las condiciones de vida y trabajo de los y las migrantes, así como en las interacciones que se establecen con los diferentes actores sociales y los espacios -históricamente determinados- que se constituyen como los escenarios donde ocurren los desplazamientos internos e internacionales.

El proceso migratorio no sólo implica un conjunto de cambios y continuidades en las prácticas, expresiones, e interpretaciones colectivas de la salud y la enfermedad, sino en las maneras en que los individuos y los integrantes de su red cercana manejan, organizan y se involucran en una serie de eventos ligados o derivados del padecimiento y de su atención. Ante la adversidad que deriva de contextos caracterizados por la desigualdad social, los migrantes acuden a su acervo de saberes y despliegan un conjunto de prácticas que les permiten responder a las necesidades y problemas de salud que enfrentan de manera cotidiana. Estos recursos materiales y simbólicos generados a lo largo de muchos años de socialización, tienen que ajustarse a los “nuevos” contextos impuestos por la dinámica del desplazamiento.

De esta manera, los migrantes definen nuevas formas para manejar los riesgos a la salud, y establecen nuevas prácticas y redes sociales como parte del despliegue de estrategias frente a la enfermedad. A nivel micro, la experiencia del padecimiento y el manejo de la enfermedad se expresan en trayectorias, interacciones y capacidades para movilizar recursos simbólicos y materiales que contribuyan a responder a las situaciones de crisis que enfrentan como parte de la vivencia de la enfermedad en el proceso migratorio. No obstante, la capacidad de acción/reacción que tienen los migrantes, se expresa en el ámbito de las relaciones sociales de poder estructuradas de acuerdo con *fronteras* y pautas específicas que definen las desigualdades persistentes, y bajo la influencia de instituciones económicas, políticas, sociales y culturales.

En este marco es que la desigualdad social, la inequidad y otros procesos vinculados con la temática (la exclusión social, la pobreza, la vulnerabilidad) se constituyen como ejes fundamentales del análisis. Aún cuando estos conceptos son constantemente debatidos, y por tanto, en reconstrucción, han servido para organizar la discusión sobre los determinantes sociales de la salud y sobre el acceso diferencial a los servicios de salud y a la asistencia sanitaria (Linares N., y López O., 2008). La particularidad de estos conceptos radica en que hacen referencia a una apropiación diferenciada de recursos, beneficios y satisfactores que intervienen en las condiciones de salud de los colectivos, y por lo tanto, remiten a situaciones de poder y de organización social (López A., y Blanco J., 2004).

Desde los enfoques médico-críticos, las disparidades en salud que se presentan entre y al interior de las sociedades son una expresión de las profundas y persistentes desigualdades socio-económicas que, a la vez, se derivan de las formas inequitativas de apropiación de la riqueza y los recursos, de la organización social y las formas de producción, y de los sistemas de relaciones de poder que se establecen entre las poblaciones y grupos sociales (López O., y Blanco J., 2004:9). Se considera que estas desigualdades son injustas, innecesarias y evitables porque se deben a una división y organización social que coloca a determinados grupos en mayor desventaja, no sólo económica, social y política, sino también en lo que se refiere a sus posibilidades de conservar la salud (Linares N., y López O., 2008).

El reconocimiento de la desigualdad como un concepto orientado por valores éticos lleva a la noción de inequidad, concepto que hace referencia **al conjunto de disparidades en los resultados de la salud y de atención entre grupos humanos, países y regiones que se consideran como injustas, innecesarias y evitables** (Diderichsen et al., 1992, 1998, 2002). Pero, en contraposición con los trabajos sobre desigualdad en salud que se basan en la perspectiva de la estratificación, en los enfoques médico-críticos, las inequidades en salud no sólo se expresan en los resultados de salud, sino en las condiciones de vida y trabajo

de las colectividades, así como en el ámbito de las respuestas que brindan los sistemas de atención a la salud (Linares N., y López O., 2008; Ortiz L., López S., y Borges G., 2007; López A., y Blanco J., 2004).<sup>19</sup>

El abordaje de esta temática adquiere importancia en el Soconusco, Chiapas, ya que en esta región fronteriza son claramente observables los procesos de polarización socio-económica, las desigualdades en las condiciones de vida y trabajo, e inequidades en la disponibilidad, acceso y calidad de la atención médica y la asistencia sanitaria. Las desigualdades que se viven en la frontera sur, afectan con mayor fuerza a las poblaciones altamente vulnerabilizadas por las interacciones y las estructuras sociales subyacentes. Este es el caso de amplios sectores de la población centroamericana que confluyen en este territorio de tránsito y destino migratorio.

La sociología relacional ha mostrado que en los espacios colectivos la desigualdad se (re)produce en torno a dispositivos de cierre social que se traducen en *límites o fronteras* que separan a los diferentes grupos, éstos pueden tomar la forma de barreras físicas como son las *fronteras geopolíticas*; de dispositivos legales como es *la legislación migratoria o de extranjería*; o de mecanismos simbólicos más sutiles y efectivos como son *los estigmas y otros dispositivos socioculturales que atribuyen estimaciones positivas o negativas*; sin embargo, estas *fronteras* nunca están fijas, son constantemente cruzadas, reforzadas, desafiadas, reconstruidas y trasgredidas (Reygadas L., 2004; Tilly C., 2001; Weber M., 1996).

En esta investigación se reconoce que la trascendencia del proceso migratorio internacional no sólo radica en el hecho de desplazarse físicamente a través de

---

<sup>19</sup> La producción teórica generada durante la década de los 80 priorizó la búsqueda de los orígenes de las desigualdades en salud, centrando la atención en las características asimétricas de las estructuras sociales. En ese periodo se desarrollaron dos modelos explicativos que se han constituido como un marco de referencia para una amplia gama de investigaciones: las perspectivas de la estratificación y los abordajes histórico-estructuralistas. Las principales críticas a los enfoques de la estratificación se encuentran en el carácter descriptivo y estático que se le confiere a la posición social, la cual es sustituida por la construcción de una categoría (estrato) en función de variables agregadas que dan cuenta de las características parciales de una población. También se ha objetado que esta perspectiva, mediante la cuantificación, muestra que los grupos sociales presentan perfiles diferenciales de salud pero no explican cómo se construyeron esas diferencias, ni las relaciones entre los agentes, y dicen poco sobre el contexto social en que operan (López O., y Blanco J., 2003; Menéndez E., 1990).

una o varias fronteras, sino que implica una compleja dinámica de inserción en la estructura social jerárquica de los contextos de tránsito y destino. Aunque la forma de incorporación de los migrantes a la sociedad de destino puede variar de acuerdo con los sistemas de estratificación o enclasmiento, los intercambios e interacciones laborales, familiares y comunitarias, así como las que se entablan en el proceso de búsqueda y acceso a servicios de salud, ocurren casi siempre en condiciones de desigualdad. Esta dinámica se encuentra relacionada con una redefinición del *estatus social* de los grupos migratorios que se insertan a los “nuevos” contextos, donde tienen que asumir el *rol* de “indocumentados”, “ilegales”, etc. Este nuevo papel social emerge como parte de las desigualdades “naturalizadas” por el proceso migratorio.<sup>20</sup>

A su vez, entre los grupos de migrantes y al interior de ellos operan otras formas de diferenciación vinculadas con las características de sus integrantes (grupo étnico/racial, género, nacionalidad, región de origen, condición de salud, entre otros) definidas siempre en relación con el contexto. Esto puede generar una múltiple segmentación social de los migrantes, es decir que si bien comparten una condición de inserción social similar en la sociedad de tránsito y destino (donde son separados como los “otros”) intra y entre los grupos de migrantes se (re)producen distinciones que, en este caso pueden incidir en las formas de interpretar y manejar la enfermedad.

## **b) Segundo componente de la dimensión colectiva: lineamientos conceptuales para el análisis de la respuesta social en salud**

En la frontera sur de Chiapas, la situación del acceso a los servicios de atención a la salud es sumamente injusta para las poblaciones más vulnerables y marginadas, y ello necesariamente repercute en las condiciones de salud

---

<sup>20</sup> En los espacios colectivos la desigualdad se (re)produce en torno a dispositivos de cierre social que se traducen en *límites o fronteras* que separan a los diferentes grupos. Las *fronteras* que separan a “nacionales-extranjeros”, “migrantes documentados- indocumentados”, pueden ser definidas como *externas*, es decir, que son comunes en el devenir de una determinada sociedad. También existen las *fronteras internas* en el grupo, que si bien derivan de la gran e histórica matriz clasificadora de alteridad, pueden contribuir a acentuar la diferenciación social, en este caso, operan y adquieren mayor sentido otro tipo de gradaciones entre las cuales figuran las categorías de “enfermo/sano”. Cuando las categorías internas y externas coinciden la desigualdad se ve reforzada (Reygadas L., 2004; Tilly C., 2001).

poblacional. En una región donde las relaciones inter-fronterizas y la movilidad constituyen la norma, los migrantes centroamericanos son una de las poblaciones en condición de vulnerabilidad que requieren servicios de promoción, prevención y atención de la salud.

Sin embargo, en un contexto histórico caracterizado por el debilitamiento de los sistemas públicos de salud, la creciente polarización social y diferenciación en la prestación médica (López O., s.f; Jarillo E., y López O., 2007), las poblaciones migrantes pueden enfrentar mayores dificultades y barreras de acceso a los servicios de salud. El reconocimiento de las inequidades persistentes, conduce a explorar aspectos relacionados tanto con la política sanitaria como con la disponibilidad y las formas de organización de los servicios públicos de salud, poniendo énfasis en el estudio de las condiciones de acceso a la atención médica y los cuidados preventivos a las personas migrantes con VIH/SIDA que residen o transitan por la frontera sur de México.

En esta investigación se parte de la premisa de que las diversas y no siempre complementarias modalidades de la respuesta social organizada en salud que abordan el vínculo migración y VIH/SIDA, constituyen una amplia instancia determinante que contribuye a definir la vulnerabilidad diferencial que enfrentan los y las migrantes en el contexto de frontera.<sup>21</sup> Por ello, se busca lograr un mejor entendimiento sobre cuál es el posicionamiento de las instituciones de salud frente a los fenómenos sanitarios que se vinculan a la migración, identificar quiénes son los actores que intervienen en la provisión directa de servicios de salud para la atención del VIH/SIDA en migrantes, y analizar las acciones y los obstáculos que se han enfrentado en el proceso de implementación de intervenciones de prevención y atención de la epidemia en el contexto de frontera. Para reflexionar en torno a estos procesos se acude a las propuestas conceptuales de

---

<sup>21</sup> La respuesta social organizada en salud hace referencia a las diversas modalidades de organización social y sus contenidos, saberes, recursos y tecnologías que, en su conjunto, se expresan en prácticas específicas para garantizar el bienestar promoviendo la salud, así como prevenir y enfrentar la enfermedad. En el ámbito de la respuesta social se incluyen las obligaciones y las tareas de los Estados-nación para con la ciudadanía, la intervención y el impacto de los organismos internacionales, la voz y los resultados de los grupos académicos y de otros actores sociales actuantes en el campo de la salud (López O., y Peña F., 2006).

investigaciones que abordan el tema de la inequidad y las barreras de acceso a servicios que se generan en el marco de la migración internacional.

- **Acceso y utilización de servicios**

En su definición más operativa el concepto de “acceso” se define como el grado de ajuste entre las características de los servicios de los servicios de salud y las de la población, es decir, éste se entiende como un factor intermedio del proceso que abarca desde la búsqueda, el inicio de la atención médica y la utilización de los recursos de promoción, prevención y atención de la salud (Donabedian A., 1987; Frenk J., 1985). En otra perspectiva, **el acceso es un concepto que se equipara con el análisis de los determinantes y barreras que intervienen en el proceso de utilización de los servicios** (Aday R., y Andersen L., 1974; Arredondo A., y Meléndez V., 1992). El acceso a los servicios refleja los cambios en las preocupaciones, principios y objetivos de las políticas de salud, por lo que su definición y forma de evaluación se modifica a lo largo del tiempo y según el contexto en el que se aplica. Asimismo, en este enfoque, la cuestión de la equidad/inequidad en el acceso implica la comparación de la utilización y calidad de los servicios en relación con las necesidades de cada grupo o población.

Desde esta última perspectiva, el estudio del acceso debe caracterizar los objetivos y tendencias de las políticas, los aspectos básicos de los servicios (disponibilidad, localización, etc.), y abordar las necesidades específicas de los sujetos, grupos y poblaciones. De igual manera, se debe reconstruir los procesos de búsqueda, el contacto inicial y la experiencia de utilización de los servicios de salud durante los episodios de enfermedad, es decir, el análisis debe considerar tanto el acceso horizontal como vertical. El episodio como unidad de análisis es relevante si se está interesado en estudiar cuestiones como el diagnóstico específico, razones de retraso en la búsqueda de atención, la continuidad de la atención recibida, el cumplimiento por parte del paciente, y los patrones de referencia y cotrarreferencia (Andersen R., y Newman JF., 1973).

Bajo esta perspectiva, una amplia gama de estudios ha documentado las inequidades de acceso a la atención médica y la asistencia sanitaria que enfrentan las poblaciones migrantes en las sociedades de destino, y las repercusiones que esto conlleva en muchas partes del mundo (ONUSIDA, 2002). La marginalidad y pobreza, la condición migratoria indocumentada, la dinámica de alta movilidad poblacional, las formas de inserción laboral y las modalidades de contratación caracterizadas por los bajos salarios, un alto grado de informalidad y sin protección social, se reconocen como un conjunto de determinantes estructurales que caracterizan las condiciones de vida y trabajo de las poblaciones migrantes, las cuales a su vez imponen importantes obstáculos para el acceso a los servicios públicos de salud disponibles en las sociedades de destino (Bronfman M., y Leyva R., 2004; Caggiano S., 2007; Herrera F., y Durán 2001; Médicos del Mundo, 2008; Goldberg A., 2007; Jelin E., et al., 2006; Cerruti M., 2009).

Asimismo, el análisis de la inequidad en el acceso a la atención médica que enfrentan los migrantes remite necesariamente a reconocer las especificidades de la política sanitaria y de los sistemas de atención a la salud. Las posiciones relativas en el contexto global, los desarrollos históricos, los planteamientos políticos y legales, las organizaciones de los sistemas socio-sanitarios, las tradiciones en investigación y otros elementos influyen en las propuestas de los distintos países y las formas de respuesta social en salud al fenómeno migración internacional. A pesar de la complejidad que presenta el análisis de los contextos socio-sanitarios que se configuran frente al fenómeno migratorio, la revisión de la literatura permite realizar algunas simplificaciones e identificar dos criterios básicos que frecuentemente, se utilizan para definir quiénes tienen derecho y quiénes no a la atención médica y la asistencia sanitaria: la condición migratoria y el tipo de atención requerida.

Los estudios abordan a la condición o estatus migratorio como una categoría jurídica y administrativa, una construcción social y política, que interviene en los procesos de búsqueda, acceso y utilización de los servicios de salud. Se reconoce que las políticas y normativas hacia la migración construyen determinados criterios

de jerarquización social que coadyuvan a definir las figuras del migrante “indocumentado”, “ilegal”, “irregular”, “extranjero”, “extracomunitario”, etc., (Bustamante J., 2004; Zamora J., 2003; Santamaría E., 2002). Se trata de categorías construidas por políticas, marcos normativos e ideologías que adquiere significados en el marco de relaciones sociales y contextos históricos particulares (Hondagneu P., 2001). Asimismo, es una categoría relacional que produce resultados diferenciales en la atención y cuidado de la salud, en la medida en que opera como una barrera legal y simbólica que al articularse con otros ejes de diferenciación (clase, género, raza, etnia, generación, nacionalidad, entre otros) restringe la protección y el ejercicio del derecho a la atención médica y la asistencia sanitaria (Caggiano S., 2007).

Dentro de este marco es que cobra particular importancia el análisis de las políticas y marcos legales que definen los criterios y condiciones para la protección del derecho a la salud de las personas que cuentan con un estatus indocumentado. Al igual que en otros ámbitos de decisión y gestión del tema migratorio, en las políticas de salud se ha registrado un fortalecimiento de posturas cada vez más restrictivas frente al tema del acceso a la atención médica para migrantes. Se sabe que en los países que cuentan con una fuerte tradición pública de la salud y de la solidaridad social, el acceso a servicios de salud ha sido más abierto para estas poblaciones, en comparación con aquellos que han transitado por una mayor privatización de sus sistemas de salud (Carballo M., 2005). No obstante, en las últimas dos décadas las políticas restrictivas han prevalecido tanto en los países que cuentan con un sistema fuertemente privatizado como en aquellos donde aún perviven los esquemas modificados de protección social en salud sedimentados en lo que fue el Estado de bienestar o desarrollista (Neumann E., 2006; Salgado N., et al., 2007; Briceño J., 2010; Plaza J., et al., 2002; Médicos del Mundo, 2009).

En estudios realizados por la organización Médicos Sin Fronteras (2005) se señala que en las políticas y normas relacionadas con la temática es posible identificar mecanismos jurídico-administrativos que restringen e incluso niegan los derechos



vitales para el bienestar de los migrantes indocumentados, entre los cuales figura el derecho a la atención médica y la asistencia sanitaria. Estos mecanismos que contribuyen a perpetuar las inequidades en salud y la exclusión social pueden ser producto de la omisión o de la *acción institucional*. La primera forma se manifiesta cuando este sector de la población migrante es ignorada por los programas de acción gubernamental, mientras que la *exclusión por acción* ocurre cuando se implementan mecanismos político-jurídicos que niegan la atención en salud de los migrantes. En este último caso, se implementan cuerpos legales y normativos que explícitamente restringen o niegan el acceso a los servicios, tomando como criterio de diferenciación básico, la condición migratoria indocumentada; o bien se establecen un conjunto de criterios administrativos y de financiamiento que fungen como importes barreras para la atención en salud de amplios sectores de la población migrante que además vive las consecuencias de la marginalidad económica y laboral.

Otros estudios han mostrado que aún en contextos donde la legislación sanitaria vigente establece positivamente que todas las personas, independientemente de su nacionalidad y del estatus migratorio, tienen derecho a recibir atención médica, prevalece el trato diferencial y el rechazo hacia los migrantes (Caggiano S., 2007). Si bien en un primer momento la legislación en salud no pareciera ser un obstáculo, con frecuencia los sistemas prevén el acceso a la atención de la salud para las personas sin permiso de residencia, pero con ciertas condiciones. En algunos casos se exige que los migrantes “cubran los gastos médicos por sí mismos”, con lo cual se van multiplicando las barreras de acceso debido a las precarias condiciones de vida y trabajo en las comunidades receptoras (Médicos del Mundo, 2009).

En otros casos, se prevén sistemas de cobertura, pero el acceso horizontal es muy limitado en la medida en que se remite a la atención primaria de la salud pero no considera los servicios especializados u hospitalarios. Así se muestra que si bien existen variaciones institucionales, el tipo de servicio requerido es visto como determinante prioritario de la facilidad o dificultad del acceso. “Por ejemplo, el

acceso es prácticamente irrestricto en el caso de las emergencias o partos. Lo mismo ocurre con las consultas ambulatorias e incluso el internamiento. Cuando se trata de intervenciones programadas, tratamientos de enfermedades crónicas, entrega de medicamentos o la admisión a diferentes programas, la posibilidad de que las personas en situación irregular sean admitidas se reduce significativamente. Esta situación se agudiza cuando se requieren servicios o insumos de alto costo” (Jelin E., y Grimson A., 2006: 34).

En este sentido, resulta relevante indagar ¿cuáles son las tendencias generales de las políticas y los marcos normativos que regulan las condiciones de acceso, la utilización y la calidad de los servicios de salud para enfermedades que requieren un estricto seguimiento médico como el VIH/SIDA? Al respecto, diversos estudios han mostrado que las políticas y los marcos normativos que abordan el vínculo migración-salud-VIH/SIDA, pueden promover o por el contrario dificultar la protección, defensa y garantía de las personas migrantes en relación con la epidemia (IIDH-UNFPA, 2003; PASCA, 1999; Leyva R., y Quintino F., 2005; Cuadra M., et al. 2002).

Al igual que en otros rubros de la política sanitaria, en los documentos de planificación estratégica y en las normativas sobre VIH/SIDA es posible identificar disposiciones que, sustentadas en los principios de “respeto a la dignidad y no discriminación” promueven el derecho a la atención de la salud de todas las personas”, independientemente de su nacionalidad, estatus migratorio o condición de salud. De igual manera, en diferentes niveles, los programas de acción sobre VIH/SIDA permiten identificar líneas orientadas a satisfacer las necesidades de prevención del VIH de las poblaciones inmersas en la dinámica de movilidad poblacional (Leyva R., y Quintino F., 2005).

Aunque existen avances relevantes en el estudio de la temática, aún es limitado el conocimiento sobre la manera cómo los marcos jurídico-políticos regulan el tema de la prevención secundaria del VIH, el acceso al diagnóstico y la atención médica integral para las personas migrantes afectadas por la epidemia. La presente investigación pretende contribuir a este esfuerzo, mediante la actualización,

sistematización y análisis de contenido de instrumentos jurídico-políticos vigentes en México. La exploración de estos instrumentos no sólo tiene el propósito de caracterizar el marco formal que regula las acciones en materia de migración y VIH/SIDA, sino también mostrar la forma como los diferentes actores involucrados en la respuesta a la epidemia definen y operativizan la cuestión del derecho a la salud de los migrantes VIH positivos en México.

- **La perspectiva y práctica de los profesionales de salud**

Los procesos de reconocimiento y denegación del derecho a la salud de los migrantes en relación al VIH/SIDA, y particularmente el derecho a recibir atención médica en los servicios públicos de salud adquieren particularidades en las regiones de frontera. La cercanía geográfica, el fuerte arraigo histórico que tiene la circulación de personas y la intensificación de la dinámica de la migración internacional son procesos que imponen retos a los sistemas de salud de uno y otro lado de la frontera.

En estos contextos, adquiere mayor relevancia el desarrollo de acciones de salud pública inter-fronteriza y se hace más visible la necesidad de fortalecer las capacidades institucionales para proveer servicios de salud a las poblaciones móviles y migrantes. Sin embargo, en la formulación de las políticas, en la provisión de servicios y en la discusión sobre el derecho a la salud pueden confluir desde las posturas definen a la migración como una “problemática social” y remarcan las inequidades y la exclusión social de los migrantes, hasta aquellas que apelan al respeto de los derechos humanos y promueven la construcción de condiciones que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud.

Es necesario tomar en cuenta que los lineamientos de política pública y las definiciones legales son siempre interpretadas, filtradas y aplicadas en situaciones concretas, y es en el ámbito de los servicios de salud donde se desarrolla la verdadera controversia en torno al derecho que los migrantes tienen a recibir o no la atención médica (Caggiano S., 2006). Si bien los documentos de política pública, la normatividad sanitaria y los protocolos de los servicios de salud

enuncian una serie de criterios de elegibilidad para la atención de las personas con VIH/SIDA, son los profesionales de salud quienes interpretan estos lineamientos. En esa medida, se considera que es en el ámbito de la provisión de los servicios donde los representantes institucionales y los profesionales pueden facilitar o por el contrario imponer barreras médicas que obstaculizan la atención oportuna y de calidad.

Por tanto, las facilidades y limitaciones impuestas por los profesionales de salud al acceso con calidad de servicios de atención al VIH/SIDA derivadas de su experiencia, de la capacidad técnica, de las condiciones materiales y organizacionales en las que realizan su trabajo y de su percepción en torno al derecho a la salud de los migrantes, son consideradas como un determinante que debe ser incluido dentro del análisis. De ahí el objetivo de identificar y analizar el punto de vista que tiene un conjunto de representantes institucionales y otros profesionales de la salud sobre las necesidades de atención que presentan las personas migrantes afectadas por la epidemia, así como las acciones y los recursos que se han utilizado para responder a las mismas en el contexto de frontera.

El análisis de los obstáculos que presenta la población cuando acude o desea acudir a servicios de salud, se enriquece al identificar una serie de restricciones agrupadas en: barreras en el acceso y barreras médicas. De acuerdo con el trabajo de Bertrand y colaboradores (1995), aunque un usuario pueda haber sorteado las dificultades geográficas, económicas, administrativas, cognitivas y psicosociales del acceso, puede no acceder a recursos de prevención y atención de la salud debido a barreras médicas que incluyen criterios de elegibilidad. Por tanto, este tipo de barreras aparecen tanto en el nivel macro de las políticas, los protocolos y las regulaciones como en el nivel micro mediante las actitudes y la práctica médica. Las restricciones encontradas en este último ámbito están posiblemente motivadas por normas socio-culturales que permean la práctica cotidiana de los profesionales, y éstas tienen un efecto determinante en cómo los servicios son ofrecidos a la población.

Se puede plantear que, en el caso de la frontera sur de México, las formas de comprender el vínculo entre la migración y la epidemia del SIDA ordena en gran parte las percepciones, valoraciones y prácticas que despliegan los profesionales de salud para atender las necesidades de las personas migrantes VIH positivas. Los estudios han mostrado que en contextos donde imperan las perspectivas que definen al fenómeno de la migración internacional como una “problemática social”, y donde se vincula a determinados grupos migratorios con la “diseminación de enfermedades” o con una supuesta “sobrecapacidad” de los servicios de salud de las sociedades de destino, se favorece el despliegue de prácticas médicas que derivan en la reproducción de las inequidades en la atención de la salud (Caggiano S., 2007; Jelin E., y Grimson A., 2006).

Asimismo, estudios realizados en la frontera de México con Guatemala, han mostrado la vigencia que tiene la perspectiva de que el “SIDA viene de fuera”, desde la cual se considera que diferentes grupos de la población móvil (trabajadoras sexuales, migrantes indocumentados) contribuyen a la diseminación de la epidemia (Infante C., et al. 2004). También se ha mostrado que las percepciones que los profesionales de la salud tienen sobre los grupos históricamente estigmatizados y relacionados con los “grupos de riesgo” al VIH/SIDA es un elemento adicional que contribuye a incrementar actitudes de rechazo, en este caso, hacia los migrantes indocumentados (Infante C., et al., 2006).

Sin embargo, las percepciones y prácticas de los profesionales de salud en torno a la temática son siempre diversas. Por ello, resulta importante profundizar en el entendimiento de perspectivas y prácticas médicas que buscan dar respuesta a las necesidades de prevención y atención de las personas afectadas por la epidemia. Este conjunto de percepciones, enfoques y modalidades de respuesta social en salud son procesos dinámicos que han permitido conformar una experiencia individual y colectiva que puede ser reconstruida a través de la voz de sus propios protagonistas. El abordaje de esta temática lleva a explorar, desde una perspectiva cualitativa, aspectos relacionados con la calidad de la atención

que el sistema sanitario fronterizo ofrece a las PMVS que provienen de los diferentes países de Centroamérica. Particularmente, en esta investigación se examinan las intervenciones orientadas a facilitar el acceso de los migrantes al diagnóstico oportuno del VIH, la consejería y el ingreso a programas, así como a mejorar la calidad de la atención médica integral, el seguimiento y las recomendaciones preventivas.

### **c) La dimensión individual: lineamientos conceptuales para el análisis de la experiencia del padecimiento y las trayectorias de acceso a servicios**

Los estudios que se basan en el análisis del componente experiencial y simbólico de las personas en torno a la atención del VIH/SIDA, han contribuido a evidenciar necesidades, obstáculos, fortalezas y vacíos en las modalidades de respuesta social que se han generado en torno a la epidemia. Las dimensiones políticas y culturales de los procesos de atención del VIH/SIDA; la identificación de barreras económicas, geográficas e institucionales que obstaculizan el acceso a la atención médica; los dispositivos de poder y la conflictividad en las relaciones médico-paciente; el cuestionamiento a las construcciones estigmatizantes de prácticas y grupos incluidos en los enfoques de riesgo; y las prácticas de cuidado, prevención secundaria y adherencia terapéutica, han sido algunas de los principales temas abordados por la investigación cualitativa que basa el análisis en la perspectiva de las personas VIH positivas y en su “experiencia de enfermedad y de atención” (Grimberg M., 2002).

La investigación cualitativa en el campo del VIH/SIDA, también ha mostrado la relevancia que tiene el análisis de la forma cómo los programas y servicios públicos de salud son vistos, definidos, interpretados y valorados por las personas que viven con el virus y por los miembros de sus redes sociales más cercanas. El tema tiene particular importancia en el caso del SIDA, ya que ante la imposibilidad de curación, el manejo terapéutico fundamentalmente se remite al control de la infección para lo cual los tratamientos antirretrovirales (TARV) juegan un papel determinante. De igual manera, la necesidad de llevar un estricto seguimiento médico, la aplicación de exámenes clínicos y la emergencia de enfermedades

oportunistas, hacen del VIH/SIDA un padecimiento que requiere el uso regular los servicios de salud. En este sentido, los estudios cualitativos que recuperan la voz y experiencia de las personas con VIH/SIDA (PVS) han contribuido a ampliar el entendimiento de las prácticas, significados, interacciones, barreras y otros factores sociales que intervienen en la adherencia terapéutica al TARV y en la calidad de vida (Arrivillaga M., 2010; Herrera C. et al., 2008).

Asimismo, la recuperación y análisis de la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud para la atención del VIH/SIDA ha contribuido a visibilizar y monitorear aspectos relacionados con los derechos humanos y con la calidad de la atención médica. Por ejemplo, algunos de los trabajos cualitativos han permitido conocer el punto de vista que tienen diferentes subgrupos de PVS en torno a las estrategias de prevención primaria y secundaria, las prácticas de consejería y diagnóstico, las condiciones de atención médica, el acceso a servicios especializados, entre otros temas. A través de la experiencia de las PVS también se han generado evidencias sobre la permanencia del estigma y de actitudes discriminatorias en el espacio de los servicios de salud (Pérez H., et al. 2004; Lara R. 2006; Kendall T., 2004).

El análisis de las experiencias de las personas VIH positivas también ha contribuido a evidenciar los graves problemas de inequidad que se enfrentan en el acceso a los servicios de salud, particularmente, en el componente de la atención integral que incluye el tratamiento antirretroviral. Por su importancia en la comprensión de la epidemia en México, la investigación cualitativa que aborda el tema de la equidad/inequidad en el acceso al sistema salud se concentra en las PVS que forman parte de los grupos en condición de alta vulnerabilidad social. Sin embargo, las investigaciones han privilegiado el análisis de la experiencia de personas VIH positivas que forman parte de los grupos donde ha tendido a concentrarse la epidemia, tales como, los hombres que tienen sexo con hombres y las personas en trabajo sexual (Lara R., 2006; Kendall T., 2004).

Las revisiones sistemáticas indican que aún son escasos los estudios que recuperen el punto de vista de subgrupos específicos que también enfrentan las

consecuencias de la inequidad social y de salud como son los migrantes que viven con VIH/SIDA (PMVS) (Douine M., et al. 2012; Koku E., 2011). Por ello, en la etapa inicial de la investigación se realizó una revisión de la literatura publicada en bases de datos como MEDLINE, sin embargo, sólo se identificaron 33 trabajos que tratan el tema y, de ellos, sólo diez adoptan una perspectiva cualitativa centrada en la experiencia de las PMVS. En este sentido, se asume que si bien el vínculo migración y VIH/SIDA ha sido abordado desde etapas tempranas de la epidemia, aún es limitado el conocimiento en torno a la experiencia del padecimiento y las perspectivas de la atención médica de los y las migrantes con VIH/SIDA.

La presente investigación pretende contribuir a ampliar el entendimiento sobre la experiencia del padecimiento y los procesos de búsqueda, acceso y utilización de servicios para la atención del VIH/SIDA en los que se ven inmersos hombres y mujeres que forman parte de tres subgrupos de la población migrante centroamericana que reside o transita por la frontera sur de México: los migrantes residentes, las personas en trabajo sexual y los migrantes en tránsito hacia los Estados Unidos. En el estudio interesa mostrar que como construcción social, el VIH/SIDA es un complejo variable de padecimientos, es una experiencia individual y colectiva cuya conformación y sentido debe contextualizarse en las condiciones y trayectorias de vida de los sujetos.

Para proponer herramientas conceptuales que contribuyan a abordar la dimensión experiencial y simbólica del padecimiento y de la atención médica de las PMVS, se acude a las propuestas de investigadores como Mabel Grimberg, Francisco Mercado, Roberto Castro, René Leyva, Graciela Biagini, entre otros. Se trata de estudios que en diferentes niveles recuperan la estructura conceptual y metodológica de la antropología médica y de las vertientes teóricas que se enmarcan en el pensamiento sociológico relacional (Simmel G., 1976), principalmente del interaccionismo simbólico (Goffman E., 1969) y de la



metodología de las redes sociales <sup>22</sup> para analizar los vínculos que unen a la experiencia subjetiva de la experiencia subjetiva de la enfermedad y del padecimiento con la estructura y el contexto social en el que viven. Se considera que los conceptos de “experiencia del padecimiento”, “trayectorias” y “situaciones disruptivas”, pueden ser recuperados para el caso de los y las migrantes con VIH/SIDA que han acudido a los servicios públicos disponibles en la frontera sur.

- **Experiencia del padecimiento**

En general, los estudios socioculturales que recuperan las propuestas conceptuales de la sociología relacional y la antropología médica, han tendido a otorgar centralidad al VIH/SIDA como un complejo variable de padecimientos que modifica sustancialmente la vida de los individuos VIH positivos, de las familias y de otros miembros de las redes sociales cercanas. Bajo este presupuesto, es que algunos trabajos proponen abordar al VIH/SIDA como un padecimiento que tiene la potencialidad de generar una disrupción en la experiencia biográfica históricamente determinada; y proponen estudiarlo a partir de la selección y reconstrucción de trayectorias vitales narradas por las propias PVS y los miembros de su red social cercana. Desde esta perspectiva se han explorado los cambios que genera el VIH/SIDA en la vida cotidiana, en las redefiniciones en los roles, identidades e interacciones derivadas al padecimiento y su atención (Grimberg M., 2000, 2002, 2003; Pierret J., 2000; Castro R., 1997).

Sin embargo, la centralidad del VIH/SIDA en la vida cotidiana de las personas afectadas no puede determinarse a priori, ya que su existencia depende de procesos sociales, trayectorias y contextos particulares, y no de una determinación de tipo esencialista.<sup>23</sup> Por ello, en esta investigación se busca comprender las

---

<sup>22</sup> En la tradición del denominado pensamiento sociológico relacional se enmarcan las propuestas teóricas basadas en la interacción social, del tipo de la sociología fenomenológica, del interaccionismo simbólico o de los modelos organizacionales de la desigualdad, así como de la metodología de las redes sociales (Gobernado R., 1999).

<sup>23</sup> Los estudios que se basan en la estructura conceptual de la sociología relacional y la antropología médica parten del presupuesto ontológico de que la sociedad es posible por la constitución histórica de individuos y grupos que son inseparables de sus contextos transaccionales. Por ello, lo que interesa es buscar el sentido, las propiedades y las características de los procesos relacionales que suceden en tanto hay un vínculo dialéctico y dinámico entre la agencia y la estructura social (Gobernado R., 1999; Solórzano I., y Jaramillo J., 2009).

particularidades del sentido atribuido por las personas migrantes a la experiencia del padecimiento asociado a la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA. El análisis de esta experiencia debe hacerse en relación con los efectos que ésta tiene en algunos ámbitos de la vida cotidiana (personal, familiar, comunitaria e institucional), que tiene la peculiaridad de desarrollarse en el “nuevo” contexto social impuesto por la dinámica del desplazamiento.

Siguiendo con las propuestas de autores como Francisco Mercado (1999) y Mabel Grimberg (2002), en este estudio, entendemos por **experiencia del padecimiento** al fenómeno intersubjetivo y dinámico en el cual, los sujetos migrantes y su red social cercana, perciben, interpretan, despliegan prácticas y manejan todo un conjunto de sentimientos, estados corporales, alteraciones y una serie de eventos asociados y/o derivados de la infección por VIH o el desarrollo del SIDA y de su atención; todo en el marco de las estructuras, interacciones y significados sociales que la determinan y moldean.<sup>24</sup> De esta manera, se pretende abordar a la experiencia del padecimiento como un proceso construido histórica y socialmente, el cual articula una diversidad de dimensiones (cognitivas, normativas, emotivas, etc.) e implica modificaciones en diferentes esferas de la vida cotidiana (en la movilidad, el trabajo, la familia, la vida sexual y de pareja, la atención médica).

Como los objetivos del estudio están centrados en el tema de las condiciones diferenciales de acceso a servicios públicos de salud, se privilegia el análisis del componente de la experiencia que se relaciona con el manejo del padecimiento, la búsqueda y acceso (vertical y horizontal) a la atención del VIH/SIDA en los servicios públicos disponibles la frontera sur. El análisis de esta experiencia resulta relevante en la medida en que contribuye a comprender los determinantes

---

<sup>24</sup> De acuerdo con Francisco Mercado (1999:182), la enfermedad es un término clínico construido por la biomedicina para aludir a los estados patológicos y las anormalidades en la estructura y función de los órganos o sistemas, en cambio, la “experiencia del padecimiento” hace referencia a la forma cómo los sujetos y/o sus miembros de la red social más cercana perciben, interpretan y responden a las manifestaciones y efectos de la misma. En el presente estudio, se consideró relevante utilizar la noción del padecimiento más que la de enfermedad. Sin embargo, el análisis también requiere incluir, en algunos casos, los términos clínicos, la aplicación de pruebas diagnósticas, los exámenes de seguimiento y otros procesos relacionados con el manejo de la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA.

micro-sociales que intervienen en la vulnerabilidad y en las condiciones de acceso a la atención del VIH en el marco de la migración internacional.

Cabe recordar que la vulnerabilidad que enfrentan las personas migrantes con VIH debe comprenderse en su doble acepción: en el primer sentido, ésta hace referencia a la susceptibilidad al padecimiento y deterioro de la calidad de vida que está relacionada con un conjunto de aspectos individuales y colectivos que se generan en contextos caracterizados por la desigualdad social y de salud; y en sentido inverso, la vulnerabilidad diferencial que enfrentan las PMVS dependerá, en gran medida, del establecimiento de los soportes sociales, y de la accesibilidad y disponibilidad a recursos institucionales y comunitarios.

Por ello, el trabajo busca explorar las particularidades de los procesos de búsqueda, acceso y utilización de servicios de salud, en el que despliegan prácticas, interacciones y formas de significación que deben contextualizarse de acuerdo con las condiciones y trayectorias de vida de los sujetos estudiados. El estudio plantea que la experiencia del padecimiento se conforma en un extenso lapso de tiempo, pero también se modifica dentro de trayectorias cortas marcadas por la transición de eventos específicos, por ejemplo, dejar el lugar de origen y migrar hacia otros contextos y/o padecer una enfermedad.

- **Trayectorias del padecimiento**

Los estudios que se apoyan en el interaccionismo simbólico han permitido lograr una mejor comprensión de la manera en que los individuos experimentan los síntomas o malestares de la enfermedad (padecimiento) y de cómo el padecimiento desorganiza las estructuras de la vida cotidiana (particularmente la redefinición del yo).<sup>25</sup> La propuesta conceptual permite profundizar en el análisis

---

<sup>25</sup> En los estudios del interaccionismo simbólico se encuentran cuestionamientos al planteamiento de la experiencia social y los roles del enfermo, así como alternativas conceptuales que permiten destacar su carácter dinámico y procesual. Para esta escuela sociológica, la noción de *experiencia* social connota los conocimientos interiorizados que van desde los códigos y valores tácitos adquiridos, las habilidades y competencias, los datos sensoriales, el recuerdo de las conversaciones previas, las rutinas, hasta las nociones compartidas sobre la forma en que se estructuran las jerarquías sociales. Es decir, la experiencia alude a la historia acumulada de relaciones y normas socioculturales que por un lado, permiten la construcción del sí

de los determinantes micro-sociales que intervienen en el proceso de búsqueda de la atención médica; reconstruir las interacciones que se establecen entre los pacientes y los profesionales de la salud; y caracterizar las dinámicas de adaptación a la enfermedad.

Por ello, la presente investigación recupera elementos conceptuales derivados de esta corriente interpretativa, la cual ofrece un concepto de experiencia del padecimiento que permite destacar su carácter dinámico y procesual. Desde este enfoque, la experiencia del padecimiento vinculado al VIH/SIDA no puede ser considerada sólo como un episodio puntual en la vida de un sujeto, sino como un proceso situado en una trama de relaciones intersubjetivas que son variables a lo largo del curso de vida de los sujetos. Por lo tanto, la temporalidad se reconoce como un eje estructurante de esta experiencia, en tanto supone la conjunción de cambios y continuidades en el curso de la vida cotidiana de las personas con VIH/SIDA (Grimberg M., 2002). Asimismo, se asume que para estudiar estos procesos es necesario acudir a los conceptos básicos de “trayectorias del padecimiento” y “transiciones” o “situaciones críticas”.<sup>26</sup>

En los estudios clásicos del interaccionismo simbólico ya se empleaba la noción de “curso de vida”, aludiendo a la perspectiva y reconstrucción que realizan las personas sobre determinadas situaciones de su pasado, presente y futuro. De igual manera, los estudios interaccionistas aportan importantes herramientas metodológicas para reconstruir y analizar la “carrera del enfermo” o “trayectorias del padecimiento”. En los estudios desarrollados por Erving Goffman, ya se reconocía la potencialidad que tienen las enfermedades y padecimientos para

---

mismo (identidad) y por el otro, funcionan como elementos cognoscitivos (libretos) compartidos que permiten las interacciones cotidianas.

<sup>26</sup> El planteamiento interaccionista se recuperó en los estudios sociológicos que se adscriben a la perspectiva de los “cursos de vida”. Uno de los principales exponentes de este enfoque es Glen Elder (1985), quien propuso los siguientes conceptos básicos: a) “el curso de vida” corresponde a la historia individual que se desarrolla en un extenso lapso de tiempo; b) “las trayectorias” se refieren a una línea de vida o carrera, es un camino a lo largo de toda la vida, que es cambiante e influenciado por acontecimientos históricos, éstas abarcan diferentes ámbitos o dominios que están interrelacionados; c) “las transiciones” están siempre articuladas a trayectorias que les dan significado y forma distintiva, son movimientos de los individuos y grupos a lo largo de su vida, algunos de los cuales pueden vivirse como “situaciones críticas” o “inflexiones”.

configurar diversas formas de disrupción biográfica; y se proponía analizar los determinantes y formas de interacción que intervienen en el proceso de búsqueda y acceso a la atención médica.

Entre 1960 y 1969, Goffman desarrollaba sus trabajos sobre las relaciones cara a cara, profundizando en dos campos: en el mundo de la desviación social y en los encuentros cotidianos en los lugares públicos y semipúblicos (De Erice S., 1994). Durante este periodo, el autor, elaboró su conocido estudio “*Asylums*” (1961), así como “*The Insanity of Place*” (1969). Ambos trabajos se configuraron como referentes obligados para el estudio de las situaciones de enfermedad, y llevaron a reconocer a Goffman como uno de los autores más destacados en el análisis del rol del enfermo mental, así como el precursor del concepto de la “trayectoria de la enfermedad” (Martínez A., 2008).

En “*Internados*” Goffman explora las interacciones rutinarias que se llevan a cabo en una institución hospitalaria sui generis, y por ende, escudriña los roles representados por el personal de salud, los pacientes y su red social más cercana.<sup>27</sup> La tesis es que el hospital es una sociedad a pequeña escala, con sus normas rígidas, papeles asignados, rutinas, jerarquías y tendencias absorbentes de la vida de los internos.

Uno de los aportes más relevantes de dicho estudio radica en mostrar que los pacientes pasan por situaciones vitales parecidas. Para poder estudiar este proceso, el autor propone la aplicación de una metodología que permita la selección y reconstrucción de secuencias de actividad. Éstas son fragmentos de la realidad social que se separan, de forma arbitraria para realizar su análisis. De ahí

---

<sup>27</sup> En estos trabajos, estudia el tema de las “instituciones totales” y los procesos mediante los cuales, los individuos se insertan y adaptan a ellas. Se trata de instituciones caracterizadas por el establecimiento de fuertes fronteras a la libre circulación de los actores que son internados en ellas, ejemplos de éstas son: las cárceles, los hospitales psiquiátricos, los espacios de cuarentena para personas con enfermedades infecciosas, los cuarteles, barcos, monasterios, así como las residencias para ancianos, huérfanos e indigentes. De acuerdo con el autor, cuando se estudia uno de estos centros se debe ampliar la perspectiva de lo que sucede en otros. Posteriormente, el autor establece una clasificación de dichas instituciones en cinco grupos, porque, aunque cada institución concreta tiene características propias, las del mismo grupo realizan funciones similares: desarrollan una lógica interna que ejerce una labor de vigilancia de los comportamientos de los internos conformando una estructura rígida que restringe toda movilidad (Martínez A., 2008; De Erice S., 1994).

se desprende el concepto de “carrera del enfermo”, la cual se define como la historia de una trayectoria que forma parte del curso de vida de un individuo. Asimismo, las trayectorias son secuencias de actividades y roles diferenciados que se llevan a cabo en diferentes contextos o marcos de realidad. Para el autor, una de las ventajas del concepto de “carrera” o “trayectoria” consiste en que permite oscilar entre lo personal y lo público, es decir, entre lo que sería el contexto subjetivo (la identidad y el yo) y el contexto objetivo (la asunción de una posición formal e incluye las relaciones jurídicas, los estilos de vida y el complejo institucional). Al respecto, el autor señala:

“El concepto de carrera, permite oscilar entre lo personal y lo público, entre el yo y su sociedad significativa, sin necesidad de ceñirnos, como única fuente de datos, a lo que la persona dice pensar que imagina ser. Este trabajo es un ensayo del yo de enfoque institucional. Nos preocupan principalmente los aspectos morales de la carrera: es decir, la secuencia regular de cambios que la carrera introduce en el yo de una persona, y en el sistema de imágenes con que se juzga a sí misma y a los demás” (Goffman, 2004: 133-134).

De acuerdo con el autor, estas trayectorias pueden ser reconstruidas mediante el punto de vista de la institución, de la perspectiva del propio paciente, así como del investigador que se involucra en la observación participante. A su vez, para Goffman esta reconstrucción de las trayectorias permitiría analizar algunos de los principales procesos de cambio y continuidad registrados en la vida de una persona a raíz de la emergencia de determinado padecimiento. En su caso de estudio, el autor atiende a aquellos momentos más significativos que suponen cambios de estatus y de identidad, y que por lo mismo responden a la lógica normativa del contexto social.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> Los interaccionistas cuestionan a la sociología que prioriza el efecto inamovible de las normas y los valores, en tanto abren un margen de flexibilidad de acción. Este margen se expresa en el interés por analizar las interpretaciones subjetivas de las situaciones de interacción y por dar cuenta de la creatividad relativa de los actores. Es esta creatividad regulada por los límites socioculturalmente establecidos, la que a su vez permite la conformación de una diversidad de *identidades* y *roles* representados por los actores. Así, la

En su análisis, Goffman muestra que las concepciones y diagnósticos médicos cobran significación en cuanto definen determinada situación de enfermedad como real y de esta manera alternan el destino o la trayectoria de vida de la persona ahora enferma, es decir, las instituciones más que apuntalar el yo, lo constituyen. “Estos pacientes pueden diferir en grado considerable en el tipo de enfermedad diagnosticada y en los atributos que les adjudican los legos, pero una vez instalados en este camino, todos enfrentan circunstancias significativamente similares. Esto testimonia el poder de las fuerzas sociales representadas por la institución médica sobre el estatus uniforme de un paciente” (Goffman E., 2004:134). Bajo este presupuesto, el autor propone reconstruir aspectos relevantes de la carrera vital –pasado, presente y futuro- desde la perspectiva que de ella traza la persona enferma, con el fin de profundizar en el análisis de la experiencia de resignificación de los roles, las prácticas y la propia identidad.<sup>29</sup> La aplicación de esta metodología permite identificar dos etapas claramente diferenciadas: la del pre paciente y la del paciente.

En la primera etapa, Goffman propone describir detalladamente el proceso por el cual las personas establecen el primer contacto con la institución; analizar las contingencias de las carreras, es decir, el conjunto de elementos interaccionales y contextuales que determinaron el acercamiento con la institución. Algunos de los elementos que deben incluirse en el análisis son: el nivel socioeconómico del enfermo, la accesibilidad a los servicios médicos, la opinión de la comunidad sobre el tratamiento, hasta el papel que juega la red social cercana al enfermo y los mediadores institucionales (policías, médicos, juristas, clérigos y especialistas).

---

propuesta interaccionista supone un posicionamiento respecto del problema de la acción, ya que, sin negar las influencias normalizadoras, reconoce que los actores cuentan con un relativo margen de creatividad para decidir el curso de sus acciones. Sin embargo, este planteamiento también ha sido depositario de importantes cuestionamientos que giran en torno al problema del orden social, ya que entiende a las regularidades y patrones sociales como producto de las interacciones sociales, con lo cual, se tiende a olvidar su configuración histórica. Parece que la construcción de la experiencia sólo recae en el trabajo cotidiano de los individuos, los cuales, se ven empujados a elegir estilos de vida ante una diversidad de opciones, con lo cual, se tiende a diluir la historia de las relaciones sociales (Giddens A., 1977).

<sup>29</sup> De esta manera, se identifican los sujetos que reconstruyen una imagen de su curso de vida que puede definirse como una “historia de éxito”, pero la mayoría escoge, abstrae y distorsiona episodios de vida en extremo lamentables y son definidos como una “historia triste”. Aquí Goffman apunta “cuanto más se desvía de los grandes valores morales el pasado de la gente con más frecuencia parece estar inclinada a contar a quien por casualidad esté cerca, su historia triste”(Gofman E, 2004:162).

A partir del diagnóstico, los nuevos pacientes se verán obligados a modificar sus vinculaciones con el mundo exterior, es decir, su posición social con la pareja, los amigos, conocidos, hogar y comunidad. Por otra parte, en la etapa del paciente, se gesta propiamente el proceso de “expropiación”, es decir, las secuencias de actividad que finalmente se traducen en la modificación de los roles, el estatus y en última instancia, de la identidad. Durante esta etapa se analizan las dinámicas de conflicto y adaptación al orden institucional: las rutinas de la jornada, las normas y la lógica institucional, así como las pautas formales e informales de la comunicación.

El marco conceptual y metodológico propuesto por el interaccionismo simbólico, ha sido la base de una amplia gama de investigaciones que se han interesado por reconstruir las trayectorias de las personas que padecen diferentes tipos de padecimientos crónicos (Bury; 1982, 1991, 2001; Linder-Pelz, 1982; Modena, 1990; Mercado F., 2000, 2007; Twaddel, 1979; Mckinlay, 1981; Suchman, 1965). Si bien los estudios parten de una base teórica común, se pueden identificar diferentes escuelas de pensamiento que han aportado elementos para analizar las trayectorias de enfermedad.

Desde la sociología médica británica se presentan intentos por dar continuidad al análisis de las trayectorias de la enfermedad, pero a diferencia de la escuela norteamericana,<sup>30</sup> se han realizado esfuerzos por trascender la mera descripción del manejo que los individuos hacen de tal o cual padecimiento, para contribuir a la comprensión de los vínculos que unen a la experiencia subjetiva de la enfermedad con la estructura social dentro de la cual viven (Castro R., 2000). En este caso se encuentran los estudios de Michael Bury (1982, 1991, 2001), quien

---

<sup>30</sup> Los principales exponentes de la sociología norteamericana son: Twaddel, 1979; Mckinlay, 1981; Suchman, 1965. Se trata de enfoques apegados al funcionalismo que individualizan excesivamente la carrera del enfermo. Es cierto que entienden que estos trayectos están marcados por expectativas sociales y dispositivos terapéuticos que establecen las reglas del juego. Sin embargo, las dimensiones sociales de la enfermedad parecen reducirse a un ámbito puramente conductual de trayectos, semejantes al conjunto de decisiones que cierta sociología utilitarista norteamericana atribuye a la lógica de los actores racionales” (Martínez, 2008: 144).



recupera la perspectiva del interaccionismo simbólico para analizar la naturaleza social del padecimiento crónico.

En su trabajo "*Chronic Illness*", Bury plantea la necesidad de mostrar que el padecimiento es un "evento disruptivo" de la experiencia biográfica históricamente determinada. Esta forma de irrupción biográfica es equiparada al término de "situación crítica" propuesta por Anthony Giddens (1979, cit. Bury 1982), el cual, fue acuñado para analizar interrupciones del tejido social a nivel macro-estructural. Sin embargo, Bury, sugiere que es pertinente analizar a los padecimientos como "situaciones críticas" que desorganizan las estructuras de la vida cotidiana y las formas de conocimiento asociadas a ella. En sus propias palabras el autor señala:

"Mi interés es esa enfermedad (crónica), precisamente en esa clase de experiencia que implica ajustes a las rutinas y situaciones diarias (...) Su estudio implica un reconocimiento de los mundos del dolor y el sufrimiento, aún de la muerte, que normalmente son eventos que sólo son visto como una posibilidad lejana o como algo que le ocurre a los otros" (Ibidem, 1982: 169).

De acuerdo con el autor, se pueden identificar tres formas de interrupción biográfica vinculadas con la emergencia de una enfermedad crónica. En primer lugar, se ubica la disrupción de las "fronteras del sentido común", que en este caso aluden a la ruptura de los supuestos y comportamientos que se daban por sentados sobre el estado corporal. En segundo lugar, se identifica el replanteamiento de la biografía del individuo. Éste corresponde a la redefinición de las percepciones que se tenían sobre el yo, así como de los roles y rutinas cotidianas. Para el autor, esta forma de disrupción biográfica, en buena medida, es producto de la búsqueda de significado del conjunto de situaciones que los individuos tienen que enfrentar por motivos de la enfermedad; y declara que discurso médico es la base de este proceso de interpretación. En tercer lugar, se encuentra la alteración de los recursos sociales cotidianos (red social de apoyo) que se movilizan para hacer frente a la situación.

En México y otros países latinoamericanos, también se encuentran estudios que basados en los postulados de la sociología relacional, han buscado analizar las trayectorias del padecimiento en relación con el contexto y las condiciones de vida de los sujetos. En esta línea de análisis ha adquirido especial relevancia el tema de las trayectorias de sujetos que viven con VIH/SIDA. Pero, a diferencia de los estudios focalizados en los padecimientos crónicos, las investigaciones cualitativas sobre VIH/SIDA realizadas en contextos caracterizados por la marginalidad y la desigualdad, han privilegiado el análisis de las dificultades de acceso a la atención médica, la operatoria de categorías estigmatizantes en los servicios de salud y en las reducidas posibilidades de cuidado y auto-cuidado que enfrentan las PVS que forman parte de distintos grupos sociales en condición de alta vulnerabilidad social y de salud. Estos trabajos articularon sobre todo la noción de condición de vulnerabilidad a conjuntos específicos de PVS, poniendo en relación a su vez, categorías de clase social, género, edad, etnicidad y condición migratoria.

En esta línea de análisis se encuentran los estudios de Mabel Grimberg (2000, 2002, 2003), quien ha empleado las nociones de vulnerabilidad, experiencia y trayectorias del padecimiento para problematizar en torno a los procesos de atención al VIH/SIDA en el sector público de salud y su vinculación con las relaciones de género y vida cotidiana. En sus trabajos, la autora busca lograr un mejor entendimiento de la manera en que las construcciones de género intervienen en la experiencia de vivir con VIH e imponen condiciones de vulnerabilidad social diferenciales entre hombres y mujeres. Uno de los temas centrales de sus estudios radica en la reconstrucción de las trayectorias que se vinculan con el espacio médico-institucional. Para ello, la autora sugiere focalizar el análisis en los procesos de acceso al diagnóstico y a la atención médica que se generan en una variedad de circunstancias, y tienen la potencialidad de generar situaciones disruptivas de la biografía que se viven de manera diferencial entre hombres y mujeres.

En esta misma línea, Roberto Castro (1997) buscó reconstruir identificar los puntos críticos de la trayectoria de los familiares de personas con VIH/SIDA que enfrentaban condiciones precarias de vida y trabajo, tenían una historia determinada por las dinámicas de migración interna y desarrollaban su cotidianidad en un contexto urbano signado por la alta marginalidad y la desigualdad social. De acuerdo con el autor, la utilidad de la noción de trayectoria radica en que ésta permite concatenar analíticamente los cambios básicos y comunes que tienen lugar a lo largo del tiempo, en la vida de un individuo o en los integrantes de una categoría social (por ejemplo, las familias afectadas por el SIDA). Asimismo, el estudio señala que la ambivalencia del concepto constituye una de sus principales ventajas, ya que hace referencia tanto a aspectos subjetivos y a cuestiones estructurales de la sociedad en la que viven. En sus propias palabras, el autor señala:

“Sobre esta base, el concepto de trayectorias hace referencia a la totalidad del trabajo que tanto el paciente como quienes lo rodean desarrollan en relación con la infección y sus consecuencias. Desde esta óptica, el análisis puede centrarse en las respuestas de las propias personas con VIH/SIDA o en las de sus familias. Dichas respuestas, se interpretan mejor a partir de la visión que los sujetos estudiados tienen del VIH/SIDA; y esta visión, a su vez forma parte de una cosmovisión más general que está vinculada con las condiciones objetivas de vida” (Castro 1997: 34).

Otro aporte metodológico relevante del estudio de Castro, consiste en la identificación de distintas etapas que caracterizan la trayectoria del padecimiento vinculado al VIH/SIDA, entre las cuales destacan: la previa a la infección; el descubrimiento del problema y la convivencia al interior de la familia; y la vivencia de la posible muerte del paciente.

A partir de esta revisión, se concluye que la implementación del concepto de trayectoria del padecimiento, constituye un significativo aporte para el análisis del proceso de acceso a la atención médica por el que han transitado las personas migrantes con VIH/SIDA. Para los motivos de este trabajo se define a la

**trayectoria del padecimiento** como aquel proceso cambiante que abarca la dinámica de búsqueda y acceso a los servicios de diagnóstico, prevención secundaria, atención clínica y tratamiento para el VIH, el manejo de enfermedades oportunistas asociadas desarrollo de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, y otras formas de reestructuración de la vida cotidiana que están estrechamente vinculadas con la infección y su atención.

El diagnóstico del VIH se considera como el inicio de una **situación disruptiva o una “situación de frontera” en la experiencia biográfica**, la cual se distingue por diferentes grados de desorganización de la vida cotidiana, es decir, suponen un cierto nivel de disociación de los roles, rutinas y espacios; el trastoque de las relaciones y redes sociales cotidianas; y en un sentido más amplio la paulatina modificación de los elementos simbólicos y corporales que conformaban una determinada percepción sobre el sí mismo (identidad). Las trayectorias y situaciones disruptivas pueden ser aprehendidas mediante la perspectiva y reconstrucción que de ella trazan las propias personas. Se presupone que a través del diálogo, las y los migrantes escogen, abstraen y distorsionan episodios de vida que les permiten tener una versión de sí mismo(a)s, así como explicar su posición y actuales circunstancias.

#### ***1.4 Modelo conceptual: una guía para el diseño del estudio de caso***

En este capítulo se buscó elaborar un marco teórico-metodológico adecuado para el análisis de las condiciones de vulnerabilidad social en salud que enfrentan las personas migrantes con VIH/SIDA, y su relación con el acceso a servicios de salud en la frontera sur de México. En el caso del subgrupo integrado por las personas migrantes con VIH, **el concepto de vulnerabilidad social en salud** se emplea para hacer referencia al conjunto de situaciones y dinámicas relacionales que pueden incrementar la susceptibilidad a problemas de salud, dificultar el ejercicio de los derechos humanos en relación al VIH/SIDA, y reducir las capacidades para hacer frente al padecimiento, en razón de las inequidades de acceso a recursos (económicos, sociales y legales) y a servicios públicos que son

vitales para el bienestar, entre los cuales figura la atención médica integral. Con base en este concepto de vulnerabilidad se construyó un modelo conceptual que incluyó las siguientes dimensiones: el contexto socio-sanitario de la región fronteriza; el ámbito de la respuesta social, con énfasis en las políticas y los servicios de prevención y atención del VIH/SIDA para grupos móviles; y la experiencia individual de los y las migrantes, donde se articulan las trayectorias de movilidad con las dinámicas de búsqueda, acceso y utilización de los servicios públicos de salud.

En estas tres dimensiones de la realidad social es posible identificar un conjunto de determinantes que pueden acentuar la vulnerabilidad de los y las migrantes, en tanto favorecen la fragilización o desprotección del derecho a la salud, acentúan la susceptibilidad a las enfermedades, imponen obstáculos para el acceso a recursos (personales, familiares, comunitarios e institucionales) y reducen las capacidades para manejar y atender el padecimiento vinculado al VIH/SIDA. En sentido inverso, la vulnerabilidad diferencial que enfrentan las PMVS depende, en gran medida, de la generación y sostenibilidad de los soportes sociales, así como de la construcción de condiciones que favorezcan el acceso a servicios de salud para la atención integral de un padecimiento complejo y altamente medicalizado como es el VIH/SIDA.

En concordancia con el marco teórico y el modelo conceptual que guía la investigación, se priorizó el abordaje cualitativo y el diseño del estudio de caso. La descripción detallada del diseño del estudio y de los procedimientos metodológicos que permitieron compilar, sistematizar y analizar el material empírico se abordan en el siguiente capítulo.



## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGÍA**

El propósito de este capítulo es describir la propuesta metodológica que se consideró más adecuada para estudiar las condiciones de vulnerabilidad y los procesos de búsqueda, acceso y utilización de los servicios de salud que despliegan las personas migrantes con VIH/SIDA en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas.

Además de explicitar el diseño de la investigación, en este capítulo se describen los procedimientos metodológicos empleados para la compilación y análisis del material empírico. Como se podrá observar, la información se obtuvo a partir de diferentes técnicas, entre las cuales se encuentran: entrevistas semi-estructuradas y a profundidad, estudio etnográfico y revisión documental, análisis de instrumentos jurídico-políticos y de material hemerográfico.

Las herramientas metodológicas empleadas permitieron caracterizar el contexto socio-sanitario de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas, incluyendo los lugares de alta concentración de grupos móviles y migrantes, el espacio de los servicios públicos de salud donde se brinda la atención para el VIH/SIDA, y la vivienda y espacios laborales de las personas migrantes afectadas por la epidemia.

A lo largo del capítulo resulta distintivo el hecho de que la investigación prioriza el abordaje cualitativo, ya que en concordancia con el marco teórico propuesto, se busca ampliar el entendimiento de los fenómenos y dinámicas sociales desde el punto de vista de los actores involucrados, adoptando técnicas e instrumentos que permiten acceder a sus propias interpretaciones e intencionalidades. Por ello, en los últimos apartados del capítulo se explicitan los procedimientos cualitativos empleados para recuperar y analizar la perspectiva tanto de los profesionales de salud que están involucrados en la temática como la experiencia de los propios migrantes con VIH/SIDA.

## ***2.1 Diseño del estudio***

El diseño metodológico de la presente investigación corresponde a un estudio de caso (Ferreira S., et al. 2007) definido en función de tres dimensiones: el contexto socio-sanitario de la región fronteriza; el ámbito de la respuesta social en salud (con énfasis en las políticas de salud y prácticas médicas) que se genera en torno al vínculo migración y VIH/SIDA; y la experiencia individual y grupal donde se articulan las trayectorias de búsqueda, acceso y utilización de los servicios de salud de las personas migrantes con VIH/SIDA.

En el campo de las ciencias de la salud, el estudio de caso representa una forma de abordaje de investigación cualitativa que se utiliza para estudiar con profundidad la experiencia de personas, grupos o comunidades, con el propósito de identificar elementos específicos que contribuyan a una mejor comprensión de los procesos de salud, enfermedad y atención que se desarrollan en un contexto y tiempo determinado (Ferreira S., y Gomes R., 2007).

Existe un acuerdo en considerar que el término “estudio de caso” tiene su origen en la investigación médica y psicológica donde se utiliza para denominar el análisis minucioso de un proceso individual que generalmente busca explicar la dinámica y la patología de una enfermedad (Becker, 1979:384). Esta herramienta de investigación se ha utilizado ampliamente en el ámbito médico-clínico como una forma que ayuda a comprender cualquier fase de la historia y vida cotidiana del individuo, la cual, a su vez, pueden dar lugar a interpretaciones importantes sobre la personalidad y otros fenómenos humanos (Balcázar P., et al. 2006).

Este diseño metodológico también ha sido ampliamente utilizado por las ciencias de la salud que se centran en el nivel poblacional, pero aún cuando se puede analizar un conjunto de casos individuales, en este campo el caso suele ser un grupo, una comunidad, una organización o una práctica social, es decir, todas aquellas unidades colectivas que pueden ser estudiadas por medio de métodos cualitativos de investigación. Cuando la unidad es un grupo social, las especificidades de sus integrantes, la comunidad y sus instituciones sociales se



convierten en las situaciones o componentes del caso porque se están estudiando las significaciones, prácticas y efectos de cada uno, entendiendo que estos procesos dependen de sus relaciones con los otros dentro de la unidad total (Young P., 1938:273).

Desde esta perspectiva, el modelo metodológico de caso se emplea para conocer las singularidades de las relaciones que se establecen en el ámbito social o comunitario donde se expresan las condiciones de vida y salud de un grupo o población específica; así como en el propio espacio de los servicios de salud donde se puede explorar la experiencia de los usuarios de un programa, la de un equipo de profesionales de salud, la de un área específica dentro de un servicio, el servicio en su conjunto o la de un conjunto de servicios dentro del sistema de salud. Así, se argumenta que al analizar las singularidades de caso, se establece un diálogo con la lógica societal y el sistema de salud de la que forman parte (Ferreira S., et al. 2007; Mercado F., et al. 2007).

Por tanto, un caso puede ser una persona, un grupo, una organización, una población, una práctica social, una institución, un programa, un acontecimiento o un territorio. Pero, a pesar de la diversidad en las formas de definición del caso, los trabajos generalmente coinciden en que este diseño orienta una investigación cualitativa, procesual, sistemática y profunda de uno o más casos particulares que constituyen un sistema relacional al cual hay que interrogar a fondo para deducir algunas de sus propiedades (Stake R., 1995; Arsaluz S., 2005; Bourdieu P., 1998). Sin embargo, en este modelo de investigación no existe la intención de establecer una generalización en el sentido estadístico del término, sino más bien el objetivo del estudio de caso es profundizar sobre un proceso determinado conservando la visión total del fenómeno (Yin R., 1994; Creswell J., 1998).

Este procedimiento metodológico coloca a las personas y grupos como sujetos sociales, razón por la cual requiere recuperar, sistematizar e interpretar su voz, perspectivas y prácticas, así como la interacción entre los actores (Tellis 1997). Su desarrollo se basa en el reconocimiento de actores sociales cuya interacción puede definir, modificar o matizar las formas o resultados que adoptan los

procesos sociales, a pesar de que pueden encontrarse determinados por la dinámica estructural de la vida social. De igual manera, este diseño parte de la premisa de que a través de las narrativas y testimonios de los actores es posible reconstruir e interpretar la experiencia objetivada de los individuos y grupos respecto a fenómenos vinculados con la salud, la enfermedad y su atención. No obstante, esta experiencia debe interpretarse en estrecha conexión con las condiciones (subjetivas y objetivas) de vida que configuradas en contextos socio-históricos concretos (Castro R., 1998).

Tomando en cuenta estos referentes, es que **el presente trabajo adopta el modelo del estudio de caso para profundizar en el análisis de las condiciones de acceso a los servicios públicos de salud por parte de personas con VIH que forman parte de diversos grupos migratorios presentes en la frontera México-Guatemala.** Para ello, se recupera la experiencia de diferentes actores que aportan elementos relevantes para comprender los determinantes y las características de los procesos de búsqueda y acceso a servicios de salud en diferentes momentos del contexto social, político y sanitario en la frontera.

En este sentido, el diseño de la investigación se apega a la modalidad “*instrumental-colectiva*” (Robert Stake R., (1994), la cual se escoge porque se considera que a partir de las singularidades del caso podemos entender mejor los determinantes, las expresiones y las consecuencias en las perspectivas y prácticas de los diferentes actores sociales involucrados en la búsqueda de atención y respuesta al VIH/SIDA. El estudio de caso centrado en la epidemia del SIDA es de carácter instrumental-colectivo porque desempeña un papel de apoyo para el entendimiento de las condiciones de acceso a servicios públicos de salud que se generan en el marco de la migración internacional desarrollada en contextos de frontera.

La adopción de esta metodología no implica analizar todos los determinantes ni las especificidades que presentan las dinámicas de acceso a servicios de salud que se producen en el contexto de la migración internacional, sino sólo algunas de

ellas. Se ha optado por estudiar las experiencias del padecimiento y las trayectorias de búsqueda y acceso a servicios de salud de personas con VIH/SIDA que forman parte de tres grupos migratorios: los migrantes residentes, las trabajadoras/es sexuales y los migrantes en tránsito por la frontera sur de México.

Aunque el análisis se centra en la experiencia de migrantes afectados por la epidemia, también es necesario recuperar e interpretar la voz de otros actores sociales y comunitarios involucrados en la búsqueda de atención y en la respuesta al VIH/SIDA. Cabe señalar que desde la perspectiva social, se entiende que un caso hace referencia a cualquier fase o proceso de una unidad en sus diversas interrelaciones dentro del escenario cultural, ya sea que esa unidad sea una persona, una familia, un grupo social, una institución o una comunidad (Young P., 1938:273). Cuando la unidad es un grupo social, las especificidades de sus integrantes, la comunidad y sus instituciones sociales se convierten en las situaciones o componentes del caso porque se está estudiando las significaciones, prácticas y efectos de cada uno, entendiendo que estos procesos dependen de sus relaciones con los otros dentro de la unidad total.

Dentro de este esquema, se trata de un caso simple con tres unidades de análisis, el cual, al mismo tiempo involucra la interrelación y comparación de las perspectivas y las prácticas de tres actores sociales que forman parte de la vida fronteriza: las propias personas migrantes con VIH/SIDA (PVS); las organizaciones gubernamentales y sociales que forman parte de la respuesta social organizada (RSO) que se produce frente al fenómeno de la migración, la salud y el VIH/SIDA; y otros agentes sociales que forman parte de la comunidad fronteriza.

- **Selección e inserción en el contexto de estudio**

La investigación se realizó en la ciudad de Tapachula y comunidades aledañas (Cacahoatán y Talisman) ubicadas en el corredor fronterizo de Soconusco, Chiapas. La selección del contexto de estudio se realizó con base en tres criterios. En primer lugar, se consideró que además de ser la cabecera municipal, Tapachula se encuentra aproximadamente a 30 km de la localidad de Ciudad

Hidalgo, Chiapas que hace frontera con Tecún Umán, Guatemala. El carácter fronterizo de este centro urbano, lo constituye como uno de los principales contextos de tránsito y destino de las personas migrantes de origen centroamericano que ingresan a la región fronteriza “sin documentos”.

En segundo lugar, se consideró relevante centrar el estudio en ese contexto porque los servicios de salud que forman parte del subsistema público de la SSA disponibles en la ciudad de Tapachula, han desarrollado un modelo de prevención y atención del VIH/SIDA focalizado en las poblaciones móviles y migrantes. Este modelo desarrollado por más de una década, ha permitido avanzar en el conocimiento de la situación de la epidemia en estos sectores de la población, permitiendo identificar y brindar atención a las personas migrantes con VIH/SIDA (Leyva R., et al., 2005).

El tercer criterio es de carácter más operativo, en la medida en que se seleccionó este contexto por contar con el apoyo de los actores directamente involucrados en el diseño e implementación de las iniciativas locales y regionales de prevención y atención del VIH/SIDA en grupos móviles y migrantes. Particularmente, se contó con el gran apoyo del equipo de trabajo del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), así como por el Programa de VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII (PVIH-JS) de la Ciudad de Tapachula, Chiapas. Estos apoyos fueron determinantes para lograr la inserción en el contexto de estudio.

Para dar cuenta del proceso de inserción en el contexto, se requiere precisar que, desde el 2005, se tuvo la oportunidad de colaborar en diversos proyectos de investigación-acción desarrollados por el INSP y el PVIH-JS (Magis C., Leyva R., y Quintino F., 2005; Leyva R., y Quintino F., 2007, 2008; Leyva R., Quintino F., e Infante C., 2009, 2010). El involucramiento en estos proyectos, facilitó la identificación de vacíos teóricos y empíricos sobre la situación y determinantes diferenciales de la epidemia en la población migrante, cuestión que fue muy relevante para elaborar el protocolo de tesis. Además, estos vínculos profesionales y laborales, sin lugar a duda se constituyeron con una puerta

invaluable para el desarrollo del estudio, ya que además de permitir el seguimiento cercano y continuo de la temática, facilitaron la identificación y el acceso a los informantes clave.

A inicios del 2007, se presentó el protocolo de investigación y la primera versión de los instrumentos ante los representantes del PVIH-JS (ver figura 2.1). La aprobación de la propuesta fue una condicionante para el desarrollo de la investigación. Una vez contando con la autorización, el equipo del PVIH-JS brindó un gran apoyo para contactar a la red de personas migrantes con VIH/SIDA que participaron en las entrevistas, así como a los informantes que laboran en las organizaciones sociales y gubernamentales directamente involucradas en la temática.

De igual manera, los contactos con los representantes y el personal de salud abrieron la posibilidad para compilar información socio-demográfica y epidemiológica que permitió caracterizar la epidemia del VIH/SIDA en población migrante. Asimismo, los vínculos de colaboración permitieron explorar de forma cercana la respuesta social que se ha implementado a nivel regional para abordar el tema de la migración y el VIH/SIDA, y a partir de ello, analizar los cambios y continuidades que registran las diversas modalidades que la integran.

- **Trabajo de campo**

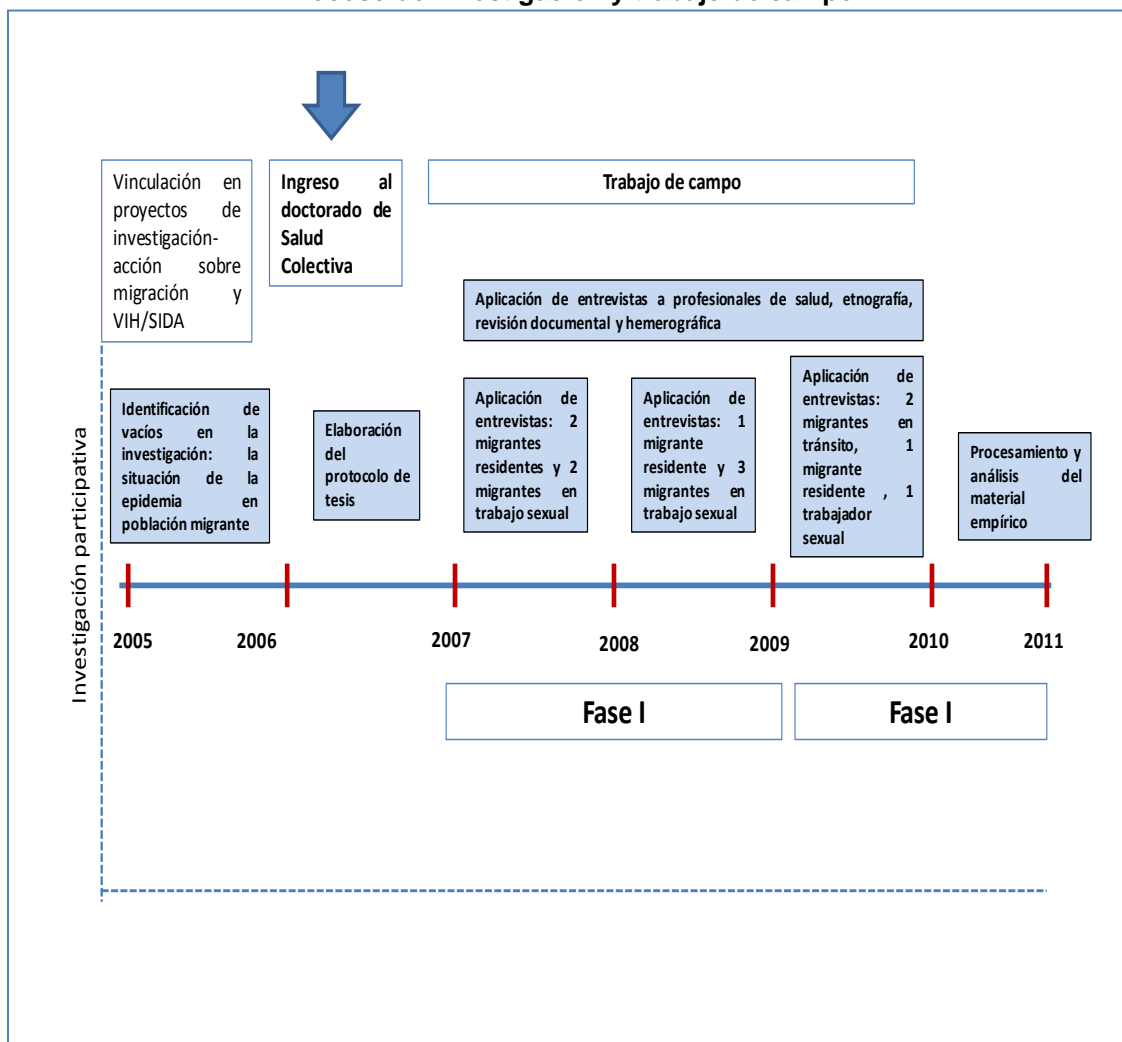
El trabajo de campo se llevó a cabo en diferentes visitas (en total 20 estancias con duración semanal y quincenal) realizadas entre enero del 2007 y diciembre del 2010. Este proceso se organizó en dos fases las cuales se resumen en la figura 2.1.

En la primera fase (2008-2009), se realizaron las siguientes actividades: presentación y ajuste del protocolo del estudio ante los representantes institucionales; establecimiento de la red de informantes clave y definición de las estrategias de reclutamiento; pilotaje y ajuste de los instrumentos diseñados para la compilación de información; aplicación de las primeras entrevistas a las personas migrantes con VIH/SIDA (migrantes residentes) y a informantes clave;

mapeo y estudio etnográfico en diferentes espacios sociales donde se organiza una parte relevante de la vida cotidiana de las personas migrantes.

En la segunda fase, se concluyó el proceso de aplicación de entrevistas, el estudio micro-etnográfico en los servicios de salud donde se brinda la atención a las PMVS, el trabajo de revisión documental y de archivo (publicaciones, informes, prensa gráfica e instrumentos político-jurídicos), y la actualización de las fuentes secundarias (datos epidemiológicos y encuestas generadas por otras investigaciones). La recopilación, sistematización y análisis de todas las fuentes de información se organizó en función de los objetivos y unidades de análisis planteadas por la investigación.

**Figura 2.1**  
**Proceso de investigación y trabajo de campo**



## **2.2 Técnicas y procedimientos para obtención de información**

La información obtenida en este trabajo se realizó a partir de diferentes técnicas y procedimientos que son propios de la investigación cualitativa, entre los cuales se encuentran: entrevistas semi-estructuradas y a profundidad, estudio etnográfico y revisión documental, compilación de instrumentos jurídico-políticos y compilación de un archivo hemerográfico. En el cuadro 2.1 se presentan cada uno de los procedimientos metodológicos empleados tanto para la caracterización del contexto socio-sanitario de la región fronteriza, como para la recuperación y análisis de las experiencias de diferentes actores involucrados en los procesos de búsqueda, acceso y utilización de los servicios prevención y atención del VIH/SIDA en grupos móviles y migrantes.

La información generada en el marco de la revisión documental y del estudio etnográfico contribuyó a caracterizar tres espacios sociales que resultan prioritarios para la temática: el contexto socio-sanitario fronterizo donde se definen los procesos relacionados con la vulnerabilidad social y de salud, y las condiciones de accesibilidad a los servicios por parte de diferentes grupos migratorios presentes en la región; el espacio de los servicios públicos de salud donde se brinda la atención para el VIH/SIDA a mexicanos y migrantes; la vivienda y espacios laborales de las personas migrantes.

El proceso de revisión documental incluyó la elaboración de mapeos de procesos de investigación-acción focalizados en la temática, el análisis de instrumentos jurídico-políticos y de notas publicadas en la prensa gráfica. En su conjunto, esta información permitió analizar las políticas y prácticas médicas y comunitarias que se han desarrollado en torno al vínculo migración, salud y VIH/SIDA.

Por su parte, las entrevistas semi-estructuradas a representantes institucionales y a profesionales de la salud permitieron recuperar las diferentes perspectivas que éstos tienen sobre el vínculo migración y VIH/SIDA, analizar el posicionamiento de las instituciones de salud para brindar la atención médica, conocer los procesos de construcción de políticas de salud vinculadas con la temática, y caracterizar las prácticas, alcances y obstáculos que se han desplegado en el proceso de

implementación de las iniciativas de prevención, atención y control de la epidemia en la región fronteriza.

**Cuadro 2.1**

<b>Técnicas empleadas para la obtención de información</b>	
Revisión documental	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Compilación y análisis de contenido de instrumentos jurídico-políticos sobre migración, salud y VIH/SIDA</li> <li>-Revisión hemerográfica</li> <li>-Revisiones sistemáticas de estudios, informes técnicos, publicaciones y literatura gris.</li> <li>-Revisión, procesamiento y análisis de datos epidemiológicos</li> </ul>
Estudio etnográfico	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diálogos informales con actores clave</li> <li>-Registro etnográfico en el espacio de los servicios de salud: Área de VIH/SIDA del Hospital General, centros de salud, salud municipal.</li> <li>-Vivienda y espacios laborales de las personas migrantes con VIH</li> <li>-Lugares de alta concentración de migrantes: puentes fronterizos, estación migratoria, parques, zonas de tolerancia, entre otros.</li> </ul>
Entrevistas semi-estructuradas a representantes institucionales y profesionales de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>-2 Entrevistas a coordinadores de programa de VIH/SIDA</li> <li>-4 Entrevistas a médico encargado del Área de VIH/SIDA del Hospital General de la SSA, y unidades de Medicina Familiar</li> <li>-3 Entrevistas a personal médico de los Servicios Municipales de Salud</li> <li>-1 Entrevista a paramédico de la Casa Roja del INM</li> <li>-2 Entrevistas a médico y promotora de salud de la Casa del Migrante de Tapachula</li> </ul>
Entrevistas en profundidad a personas migrantes con VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>-7 Entrevistas a migrantes residentes</li> <li>-6 Entrevistas a migrantes en trabajo sexual</li> <li>-2 Entrevistas a migrantes en tránsito</li> </ul>

Las entrevistas a profundidad constituyeron una herramienta metodológica clave para la recuperación de la experiencia migratoria y del padecimiento de las personas migrantes con VIH/SIDA. A partir de la experiencia narrada por los propios migrantes, se analizaron determinantes y reconstruyeron las trayectorias de búsqueda, acceso y utilización de los servicios públicos de salud.



En los siguientes apartados se describe con mayor detalle los procedimientos metodológicos que permitieron documentar y analizar la dimensión contextual (región fronteriza), la respuesta social en salud (políticas y prácticas) y la experiencia de las personas migrantes con VIH/SIDA.

### ***2.3 Revisión documental para la caracterización del contexto fronterizo***

Para analizar las condiciones de acceso a la atención del VIH por parte de las personas migrantes, fue necesario, en primer lugar, ubicar el fenómeno en el contexto socio-histórico que caracteriza a las localidades de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. Para abordar esta dimensión se adoptó una perspectiva regional que permitió abordar la dimensión espacial de la frontera entendida en un sentido amplio, es decir, como un territorio en el que confluyen determinantes históricos, políticas públicas en salud y prácticas sociales y médicas que moldean las formas de inserción social y las condiciones de accesibilidad a servicios públicos de salud de las poblaciones móviles y migrantes.

Para reconstruir el contexto socio-sanitario se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva en documentos especializados que aportaban información relevante sobre las condiciones socio-demográficas, económicas y de salud de la población local y migrante que confluye en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. La búsqueda y revisión de material documental incluyó publicaciones científicas, literatura gris (tesis, ponencias, abstracts, etc.), informes técnicos, monografías, mapas, páginas y documentos institucionales consultados en internet. También se consultó información cuantitativa proveniente de censos poblacionales y encuestas locales y regionales.

De igual manera, se realizó una revisión de la prensa gráfica y de instrumentos jurídico-políticos que contribuyeron a caracterizar las modalidades de respuesta social desarrolladas en torno al tema de la migración, la salud fronteriza y la epidemia del VIH/SIDA en la frontera sur.

- **Mapeo de estudios sobre migración, salud y frontera**

En el proceso de revisión documental, se realizó un mapeo de procesos de investigación-acción (desarrollados en el periodo 1999-2009) que han abordado el tema de la migración, la salud y el VIH/SIDA en la frontera México-Guatemala. Para ello, se consultó el acervo bibliográfico del Instituto Nacional de Salud Pública, ya que éste alberga documentos directamente vinculados con la temática en formatos digital e impreso. También es relevante mencionar que el Internet ha sido otra fuente importante en el proceso de compilación de las fuentes de información. A través de este medio, se consultaron las páginas electrónicas de organismos que cuentan con representaciones en la frontera sur de México: OPS, OIM, ONUSIDA y ACNUR. A partir de este medio de comunicación, se han podido obtener elementos para complementar la información sobre las intervenciones que se han desarrollado en esta zona fronteriza.

Asimismo, se consultaron vía internet las publicaciones en *Pubmed*, *Medline* y la red pública utilizando las palabras clave: “salud, migración y frontera”, “salud de migrantes en México”, “VIH/SIDA y migración”, “violencia y migración en frontera sur”, “trabajo sexual y migración en Chiapas”, “trabajo agrícola y migración en frontera sur”, “derechos humanos de migrantes”. Del total de trabajos identificados se realizó una primera evaluación con el fin de seleccionar aquellos que por su contenido fueran productos de estudios o análisis específicos referidos a la frontera sur de México (focalizados en la región del Soconusco) sobre los temas claves empleados como identificadores, y que además estuvieran disponibles en textos completos.

De esta forma se seleccionaron 30 trabajos que aportan información sobre las condiciones de vida y salud de los principales grupos móviles y migrantes que confluyen en la región. La descripción y sistematización de los 30 estudios seleccionados se puede consultar en el Anexo 2.1. Dichos estudios se pueden clasificar de acuerdo a dos grandes áreas temáticas: VIH/SIDA y movilidad poblacional (16) y derechos humanos de las poblaciones migrantes (14). De

manera adicional se presenta un resumen de 3 revisiones de la literatura publicadas sobre migración y salud, que incluyen a la frontera sur.

Asimismo, los procedimientos permitieron identificar y compilar 10 documentos que dan cuenta de las iniciativas sobre migración y SSR. Éstos fueron sistematizados mediante cuadros de síntesis. La información descrita en los cuadros fue clasificada en relación a las siguientes categorías: título de la iniciativa, instancia responsable, actores involucrados, fecha de ejecución, fuente de financiamiento, objetivo de la intervención, caracterización de la intervención, poblaciones meta, áreas de alcance, resultados y productos (indicando el formato disponible).

- **Revisión sistemática de la prensa gráfica**

En el marco del debate público sobre el fenómeno de la migración centroamericana que se desarrolla en México, circula en el entramado social una serie de imaginarios e interpretaciones que vinculan a la figura del “migrante” con la dinámica de la salud poblacional, así como con el desarrollo que ha seguido la epidemia del VIH/SIDA en contextos fronterizos caracterizados por la alta movilidad poblacional. Bajo esta premisa, fue que en este estudio se buscó enriquecer el análisis de la respuesta comunitaria, mediante la exploración de los significados que tiene el vínculo migración-salud-VIH/SIDA para otros actores sociales presentes en la región fronteriza de la región de Soconusco, Chiapas.

Particularmente, la investigación buscó contribuir a los esfuerzos de actualización, sistematización y análisis de la opinión comunitaria referente a la migración centroamericana y sus vínculos con la salud pública en general, y con la epidemia del VIH/SIDA en particular. Para ello, se decidió explorar la participación de los medios de comunicación, ya que éstos han ocupado un lugar privilegiado en la generación de los significados que se le confieren al vínculo migración-salud-enfermedad en los contextos caracterizados por la dinámica de la migración internacional (Briceño Y., 2004; Santamaría E., 2002; Van Dijk 1998; Grimson A., 1997; Pedone C., 2001). Se asume que los medios de comunicación, disponen de

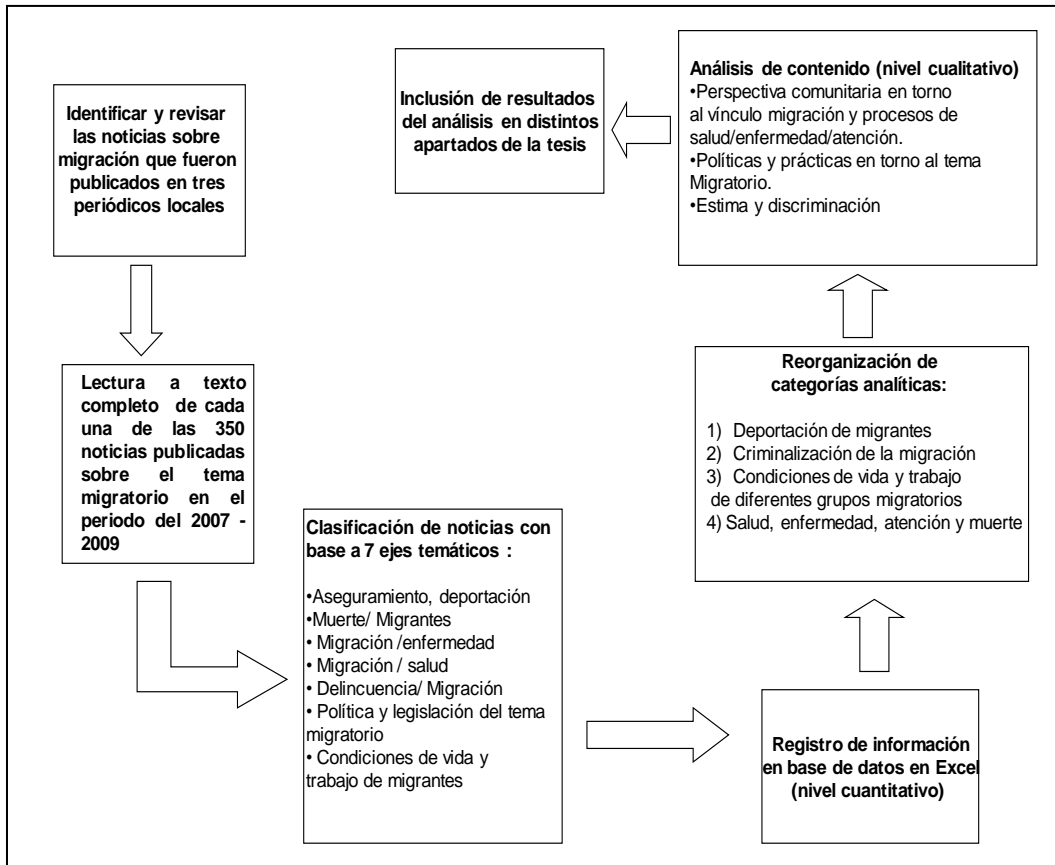
una enorme capacidad para seleccionar los asuntos y las informaciones que llegan a la sociedad, interviniendo así en la construcción de las concepciones simbólicas y los sistemas de valores de los sujetos, cuestión que obviamente también produce efectos en las prácticas y respuestas que se generan ante la migración indocumentada.

La prensa escrita es uno de los medios de comunicación privilegiados de producción, circulación e interpretación de significados de la vida social; y constituye una fuente de información importante para el campo de la salud (Peimbert A., 2006; Mercado F., et al. 1998; Briggs C., 2005). En este trabajo se consideró relevante realizar un análisis de contenido de las noticias y opiniones que aparecieron publicadas en los periódicos de mayor circulación en la región de Soconusco, Chiapas, con el fin de analizar los significados que transmiten los medios de comunicación escritos sobre la migración-salud-VIH/SIDA en esta frontera.

Para compilar la información, se realizó una revisión sistemática de las noticias sobre migración que fueron publicadas entre el 2007-2008, en los diarios: “El Cuarto Poder”, “El Diario del Sur” y “El Orbe”. Durante estos dos años se realizó la búsqueda, selección y lectura a texto completo de todas las noticias que abordaron asuntos relacionados con el fenómeno migratorio. En total se identificaron 351 noticias en los tres periódicos seleccionados.

Posteriormente, la información fue clasificada con base en cinco categorías analíticas que se construyeron a partir de los temas tratados en las notas, de las nociones que utilizan los autores, y de la información que transmiten los actores políticos y sociales que participan en el debate en torno a la temática. La clasificación de las noticias estuvo acompañada de un formato de registro que se trabajó en formato Excel. La utilización de este formato facilitó la estimación cuantitativa de las noticias relacionadas con cada una de las categorías. Por último, se realizó una descripción e interpretación de los textos que se generan en función del contexto fronterizo. El procedimiento metodológico descrito se muestra en la siguiente figura:

**Figura 2.2**  
**Flujograma metodológico: análisis de contenido de noticias sobre migración**

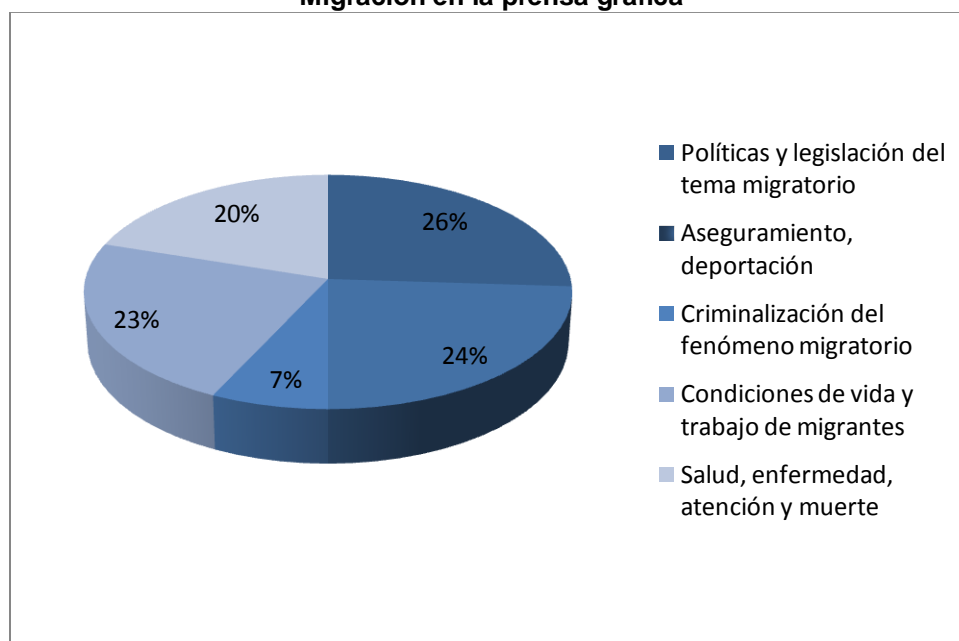


Tras revisar los tres periódicos de enero del 2007 a diciembre de 2008, se encontraron 351 noticias y opiniones que fueron clasificadas en función de las siguientes categorías: 1) Aseguramiento de migrantes, en esta categoría se incluyeron todas las noticias relacionadas con arrestos, detención, aseguramiento y deportación de migrantes por las diferentes autoridades y policías que operan en la frontera sur; 2) Criminalización de la migración, esta categoría engloba todas las noticias que definen al fenómeno migratorio en términos de “problema social”, “ilegalidad”, “amenaza al orden público”, “gran cantidad”, “delincuencia” o peligrosidad; 3) Condiciones de vida de migrantes, categoría que incluye las noticias que contribuyen a visibilizar las condiciones de vida de las personas migrantes durante su tránsito y estancia en la región fronteriza del sur de México; 4) La salud-enfermedad-atención-muerte, es una categoría que abarca las noticias que hacen referencia a la condición de salud de los diferentes grupos móviles y

migrantes, los riesgos y perfiles de daño a la salud que se producen en el tránsito migratorio (enfermedades, amputaciones, traumatismos, heridas, discapacidad y muerte), las facilidades y restricciones para el acceso a servicios de salud;5) Política y legislación del tema migratorio: Esta categoría incluye todas las noticias relacionadas con el diseño e implementación de políticas y programas que abordan el tema migratorio; incluye las noticias que dan cuenta de las acciones de promoción, prevención y atención a la salud de migrantes.

Tal como se muestra en la gráfica 2.1, el 26% de las noticias seleccionadas tratan el tema de las políticas migratorias; el 24% dan cuenta de sucesos de “aseguramiento” y deportación de migrantes; el 23% contribuyen a visibilizar las condiciones de vida de estos sectores de la población móvil; y el 7% criminaliza de manera explícita el fenómeno de la migración que se desarrolla en la región de Soconusco. El 10% de las notas trata la problemática de la muerte durante el tránsito migratorio, y otro 10 por ciento se centra en el tema de la salud y la enfermedad que presentan los migrantes. Los resultados del análisis de contenido de las 351 noticias seleccionadas fueron utilizados para complementar la información que se presenta en los capítulos de resultados de la tesis.

**Gráfica 2.1**  
**Migración en la prensa gráfica**



- **Revisión sistemática de instrumentos jurídico-políticos**

Las estructuras políticas y los marcos legales, tanto nacionales como regionales, ocupan un lugar central en la respuesta social en salud que se genera en torno al vínculo migración internacional y VIH/SIDA. Por ello, en este trabajo se buscó proporcionar un panorama general del marco legislativo, políticas y programas estatales de VIH/SIDA, centrando la atención en aquellos instrumentos que, por acción u omisión, pueden promover o por el contrario dificultar la protección del derecho a la salud de las personas migrantes directamente afectadas por la epidemia.

En México pueden distinguirse varias esferas de gestión pública en torno a la migración, la salud y el VIH/SIDA, desde lo que constituye el marco normativo y la política nacional, estatal y municipal, los instrumentos del derecho internacional ratificados por el Estado, y los espacios binacionales que incluyen los ámbitos de acción conjunta con Guatemala y otros que se comparten con los demás países de la región centroamericana (Quintino F., y Leyva R., 2007).

De las diferentes esferas de gestión, se seleccionaron aquellos instrumentos de política pública y marcos legales que contribuyen a definir el alcance que tiene el derecho a la salud de los migrantes con VIH/SIDA en esta sociedad receptora. Particularmente, en este trabajo se sistematizó y analizó el contenido de tres fuentes de información: 1) los instrumentos legales que definen las figuras o categorías migratorias y las condiciones de inserción de las personas migrantes; 2) los instrumentos legislativos que regulan las condiciones de acceso a los servicios públicos de salud por parte de las personas migrantes indocumentadas; y, 3) los documentos de política que guían las acciones y la ubicación de los recursos públicos para la prestación de servicios de prevención y atención del VIH/SIDA.

Para seleccionar los instrumentos se siguió con la propuesta metodológica desarrollada por diversas investigaciones que han buscado analizar, desde una perspectiva social, la situación actual del marco jurídico-político relativo a la

migración y el VIH/SIDA (PASCA, 1999; IIDH-UNFPA, 2003; Leyva R., y Quintino F., 2007; Cuadra S., et al. 2002; Castillo M.A., 2000).

Dichos estudios han tomado como punto de partida una lógica comparativa de los instrumentos legales vigentes en un país, centrando su atención no sólo en las leyes específicas para el VIH/SIDA y la movilidad poblacional, sino también en la legislación conexas - normas constitucionales, ordinarias y reglamentarias, iniciativas de ley, declaraciones, protocolos, e instrumentos internacionales- que está directamente relacionada con el derecho a la salud de las personas migrantes. En general, el análisis de los marcos jurídico-políticos relacionados con la temática, se han orientado hacia la identificación de las principales fortalezas, inconsistencias, limitaciones y vacíos del sistema normativo que opera en el ámbito nacional y regional; y en menor medida se han explorado, los mecanismos que existen para la aplicación del marco legal.<sup>31</sup>

De acuerdo con esta propuesta analítica, el presente estudio buscó contribuir a los esfuerzos de actualización, sistematización y análisis de contenido de 14 instrumentos jurídico-políticos vigentes en México, los cuales contribuyen a mostrar la forma en que los diferentes actores políticos abordan la cuestión del derecho a la salud de las personas migrantes, y regulan las condiciones “formales” de acceso a los servicios de prevención y atención del VIH/SIDA/ITS. La búsqueda de las fuentes de información se realizó a través de medios impresos y electrónicos disponibles en portales de diversas instituciones gubernamentales y agencias de cooperación.

Las fuentes de información que fueron consultadas van desde la Constitución Política hasta el conjunto de leyes, normas, reglamentos e instrumentos internacionales, así como los documentos de política pública. Del total de fuentes consultadas, siete son instrumentos del derecho internacional que protegen los

---

<sup>31</sup> El estudio impulsado por el IIDH (2005), señala que es importante analizar los tres componentes de todo sistema jurídico: 1) Formal-normativo, es decir, el contenido o texto de las normas; 2) Estructural, que son los mecanismos, procedimientos e instituciones que existen para la aplicación de la legislación; 3) Cultural, el cual comprender el conocimiento o desconocimiento que tienen las personas de la normativa y aplicación que hacen de la misma.



derechos humanos de los migrantes; doce son documentos de alcance nacional, de los cuales, seis sirven como plataforma formal para el desarrollo de las acciones directamente vinculadas con la gestión migratoria; y seis establecen las bases y criterios para la promoción y acceso a la atención de la salud de las personas migrantes. En el cuadro 2.2 se enlistan los documentos consultados.

**Cuadro 2.2**  
**Marco jurídico-político sobre migración, salud y VIH/SIDA**

Ámbito	Instrumentos jurídicos	Instrumentos de política pública
Nacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley General de Población</li> <li>• Ley General de Salud</li> <li>• Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación</li> <li>• Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010</li> <li>• Programa Nacional de Salud 2007-2012</li> <li>• Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual 2002-2006</li> <li>• Programa de Acción Específico 2007-2012. En respuesta al VIH/SIDA e ITS</li> <li>• Norma TARV</li> <li>• Normas para el funcionamiento de las estaciones migratorias del INM.</li> </ul>
Estatad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley Estatal de Salud de Chiapas</li> <li>• Ley de Sanidad Municipal de Tapachula, Chiapas</li> <li>• Reglamento de Sanidad municipal de Tapachula, Chiapas</li> <li>• Reglamentos del Bando de Policía y Buen Gobierno de los municipios de Tapachula y Cacahoatán, Chiapas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Plan de Desarrollo Chiapas Solidario 2007-2012, Salud.</li> <li>• Programa de Acción Estatal de VIH/SIDA 2007-2012.</li> </ul>
Internacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)</li> <li>• Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales (ONU, 1966)</li> <li>• Convención Internacional sobre la Protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (ONU, 1990)</li> <li>• Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, (ONU, 1994)</li> <li>• Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, Belém do Pará (OEA, 1994)</li> <li>• Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing (ONU, 1995)</li> </ul>	

El análisis de los instrumentos jurídicos se realizó en dos fases. En un primer momento, se seleccionaron todas las disposiciones, artículos, fracciones u apartados que hacían referencia al fenómeno migratorio. Esta información fue sistematizada mediante la elaboración de cuadros de síntesis que son presentados en el Anexo 2.2.

En la segunda fase, se buscó identificar tres tipos de “mecanismos” jurídico-políticos relacionados con la temática: a) las disposiciones que definen las categorías migratorias (mecanismos de diferenciación); b) las disposiciones que promueven la protección, defensa y garantía del derecho a la salud de las personas migrantes en relación con el VIH/SIDA (mecanismos de protección); c) los vacíos legales y políticos que dificultan el acceso de las personas migrantes a los servicios públicos donde se brinda la atención para el VIH/SIDA (mecanismos de exclusión por omisión); y d) los instrumentos legales que explícitamente restringen o niegan el acceso de los migrantes a estos servicios de salud (mecanismos de exclusión por acción). La clasificación de las disposiciones se hizo tomando como referencia las categorías que se muestran en el cuadro 2.3. La sistematización de esta información sirvió como fuente de referencia para complementar el análisis de las políticas y prácticas que se han desarrollado en torno al tema de la migración, la salud y el VIH/SIDA en la frontera sur.

**Cuadro 2.3**  
**Análisis de contenido de instrumentos jurídico-políticos**

<b>Tipo de mecanismo</b>	<b>Categorías analíticas</b>
Mecanismos de diferenciación	Disposiciones que derivan en la emergencia de las categorías migratorias vigentes en México.
Mecanismos de exclusión (por acción)	Disposiciones que afirman la categoría del “migrante ilegal”
	Disposiciones que definen a la migración como un “problema social”, y a las poblaciones en término de “amenaza”, “criminalidad”, “gran cantidad” o “peligrosidad”.
	Disposiciones que, sustentadas en la apreciación diferenciada de los migrantes respecto a los nacionales, obstaculizan el acceso a servicios integrales de salud.
Mecanismos de exclusión (por omisión)	Identificación de vacíos en las leyes y políticas nacionales que afectan la protección y garantía del derecho a la salud de los migrantes.
Mecanismos de protección	Disposiciones que protegen el derecho a la salud de todas las personas, independientemente de su nacionalidad, condición migratoria o de salud, entre otros aspectos.
	Disposiciones que, sustentadas en los principios fundamentales de respeto a <i>la dignidad y no discriminación</i> , promueven los derechos humanos de las personas migrantes en relación con el VIH/SIDA.

- **Datos epidemiológicos sobre VIH/SIDA**

El abordaje del tema central de la investigación requirió la compilación y procesamiento de datos cuantitativos que contribuyeran a caracterizar la situación de la epidemia del VIH/SIDA en población local y migrante, para lo cual se consultó y procesó la base de datos generada por el sistema de vigilancia epidemiológica para población migrante desarrollado por el Programa de VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula (nivel estatal).

Para analizar la base de datos se hizo una revisión exhaustiva de la “Cédula de Monitoreo” empleada por la JS-VII. Se trata de un instrumento que permite registrar datos socio-demográficos y epidemiológicos de los casos de VIH/SIDA que han sido notificados por los servicios públicos de salud que forman parte del área de alcance de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas. Posteriormente, se procesó la información que se ha concentrado en una base de datos capturada en formato Excel, con los propósitos de observar la evolución de los procesos de notificación y de obtener la distribución por sexo, nacionalidad y ocupación de las personas migrantes con VIH/SIDA.

De manera complementaria, se consultaron los datos epidemiológicos generados por el Instituto de Salud del Estado de Chiapas en el (nivel estatal) y por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (nivel nacional); y se realizó una revisión sistemática de estudios que han estimado prevalencias de VIH en población migrante que confluye en las regiones fronterizas de México (Anexo 2.3). La información obtenida a través distintas metodologías (vigilancia epidemiológica de 1ª, 2ª y 3ª generación) contribuyó a caracterizar la situación, distribución y tendencias de la epidemia en el ámbito local y estatal.

- **Organización de la información documental**

En su conjunto, la información obtenida mediante la revisión de material documental, de la prensa gráfica, de instrumentos jurídico-políticos y de datos epidemiológicos contribuyó a contextualizar y caracterizar las condiciones de salud fronteriza y la situación de la epidemia del VIH/SIDA en diversos grupos de la

población móvil y migrante. Esta información fue recuperada para el elaborar el Capítulo III de la tesis que corresponde a la caracterización del contexto socio-sanitario de la región de Soconusco, Chiapas. Asimismo, estas fuentes sirvieron como marco referencia para la elaboración de los capítulos que conciernen a la caracterización de la epidemia del VIH/SIDA en el contexto fronterizo (Capítulo IV) y a la red social que ha participado en el desarrollo del un modelo de atención para el VIH/SIDA en población migrante (Capítulo V).

## ***2.4 Estudio etnográfico***

La reconstrucción del contexto fronterizo y de los espacios donde se expresa con claridad la dinámica de la movilidad poblacional, se enriqueció mediante la elaboración de un estudio etnográfico. Aunque se reconoce la riqueza que tiene la etnografía como enfoque y diseño metodológico, en el marco de la investigación ésta se abordó como una técnica útil para el desarrollo de la descripción y la reconstrucción analítica de escenarios donde confluye la gente del lugar y las poblaciones móviles y migrantes.

### **▪ Exploración del contexto fronterizo**

La exploración etnográfica puede ser empleada como una de las primeras técnicas de aproximación directa a los sectores sociales y al contexto de estudio. Dicha exploración puede iniciarse mediante la elaboración de un mapa de acontecimientos que son previos al registro. En esta etapa, es válido acudir a otras técnicas de indagación que permitan configurar redes exploratorias sensitivas (Spradley J., 1980).

Siguiendo con esta propuesta, la investigación buscó identificar los espacios sociales de interés entablando diálogos informales con actores clave de la comunidad que podían aportar información relevante sobre la compleja dinámica migratoria que acontece en la región, tales como: profesionales de salud (representantes institucionales, investigadores, médicos, paramédicos, promotores de salud, parteras y personal técnico-administrativo); funcionarios y empleados del gobierno (vinculados con los temas de género, violencia, procuración de justicia);

miembros de organizaciones de la sociedad civil de Chiapas y Guatemala (relacionados con los temas de migración, derechos humanos, salud sexual y reproductiva); personal de aduanas y migración; cambistas, comerciantes, coyotes, transportistas (taxistas y tricicleros); finqueros y administradores del sector productivo del café; trabajadoras sexuales, trabajadoras domésticas y transmigrantes (en tránsito y detenidos en estaciones migratorias).

El diálogo entablado con estos actores no sólo permitió recopilar información relevante sobre la dinámica de alta movilidad poblacional que ocurre en el contexto fronterizo, sino identificar sitios que se caracterizan por la alta afluencia de personas que forman parte de diversos grupos móviles y migrantes. Los espacios más relevantes que se visitaron durante el trabajo de campo son: los puentes fronterizos de Talismán y Ciudad Hidalgo; la Casa Roja del Instituto Nacional de Migración; la estación migratoria Siglo XXI; la Casa del Migrante Albergue Belén; el parque central Miguel Hidalgo; las zonas de tolerancia de Tapachula, Cacahoatán, Metapa y Tuxtla Chico y otros espacios donde se oferta y demanda el trabajo sexual y las fincas cafetaleras de la región.

En estos espacios se realizó la recolección y descripción de datos. La observación no participante permitió describir las interacciones y las prácticas habituales de los individuos y grupos sociales en espacios concretos. Asimismo, esta técnica permitió explorar los cambios y continuidades que ha registrado el fenómeno de la migración internacional (con énfasis en las rutas, espacios, temporalidad, motivos y composición de los grupos); documentar situaciones que dan cuenta de las condiciones de alta vulnerabilidad y marginalidad que enfrenta la población migrante; documentar situaciones que muestran los efectos que ha tenido la política migratoria; o registrar el recrudecimiento de la problemática de la violencia. Aunque estas problemáticas constituyen una constante en las condiciones de vida de los y las migrantes, la exploración etnográfica también permitió documentar intercambios de solidaridad y diversas formas de respuesta social y de salud que buscan favorecer a las poblaciones móviles y migrantes que transitan o residen en la región fronteriza.

- **Micro-etnografía en el espacio de los servicios de salud**

El registro micro-etnográfico se entiende como una técnica que permite escribir y analizar lo que las personas hacen usualmente en el espacio de los servicios de salud, contribuyendo así a comprender las prácticas, interacciones y condiciones en las que se desarrolla el proceso de atención médica (Mercado F., 2002). Tomando en consideración la utilidad que tiene esta técnica cualitativa de corte observacional, fue que en el estudio de las condiciones de accesibilidad y utilización de los servicios públicos de salud se incluyó la elaboración de un registro etnográfico de las áreas donde se brinda la atención para el VIH/SIDA a las personas migrantes.

El estudio micro-etnográfico que se realizó en el marco de la investigación buscó describir y analizar las condiciones materiales, las características organizativas y la dinámica interaccional que se desarrolla en las áreas técnico-administrativas y unidades de primer y segundo nivel de atención que forman parte del área de alcance de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas.

Para ello, se realizaron diferentes visitas a las oficinas del Programa de VIH jurisdiccional ubicado en la Avenida 3ª Oriente Norte # 34 de la ciudad de Tapachula; al Área de atención del VIH del Hospital General Dr. Silvio González López (ISECH) ubicado en la Carretera Antigua Aeropuerto; a los centros de salud de los municipios fronterizos de Huixtla y Talismán; y a consultorios de salud municipal donde han identificado casos de personas migrantes con VIH/SIDA. En estos espacios se realizaron observaciones sistemáticas, notas de campo, mapas y fotografías, y se entablaron y sistematizaron múltiples conversaciones con informantes clave (personal médico, paramédico, administrativo, usuarios del servicio y sus familiares).

En el estudio micro-etnográfico se partió de la premisa de que la accesibilidad y utilización de los servicios de salud requiere indagar en torno a los *medios* con los que se cuenta para brindar la atención médica, los *métodos* que se emplean en el marco de este proceso, así como sobre las *interacciones* que se establecen entre los actores involucrados en la atención médica (Leal F., y Martínez C., 2002).

Para compilar información selectiva sobre los *medios* se elaboró una “Guía de observación etnográfica” (Anexo 2.4). Dicho instrumento permitió dar cuenta de las características físicas y organizativas de los servicios, focalizando la atención en los siguientes aspectos: ubicación de las unidades de salud, condiciones de accesibilidad e identificación de barreras geográficas que dificultan la demanda de los servicios de salud por parte de las PMVS, recursos humanos y materiales, capacidades de infraestructura, y características organizacionales de los servicios (horarios de atención, tipo y costo de los servicios, perfil de los profesionales, protocolos de acceso a tratamiento antirretroviral). Los puntos más relevantes de la guía se presentan en el cuadro 2.4.

Paralelamente, se elaboró un diario de campo que permitió llevar el registro de los *métodos* y de la información que contribuye a caracterizar las *capacidades técnicas* con las que cuentan los profesionales de salud para brindar la atención al VIH/SIDA, problema de salud cuyo manejo se complejiza en contextos fronterizos caracterizados por la dinámica de la migración internacional. Estos procesos incluyen los conocimientos y técnicas empleadas por los profesionales de la salud para la solución del problema del usuario.

En este caso, la observación estuvo focalizada en las prácticas cotidianas que se despliegan como parte de la provisión de servicios de prevención primaria y secundaria del VIH para personas migrantes, así como en los procesos administrativos y protocolos que deben seguir los pacientes para acceder a la atención médica. Esta información contribuyó a explorar aspectos relacionados con la disponibilidad de los servicios, particularmente, sobre la relación que existe entre las capacidades técnicas de los profesionales y las condiciones y necesidades específicas de personas migrantes que forman parte de diversos grupos sociales.

## Cuadro 2.4

### Guía de observación: Servicios de Salud para el VIH/SIDA

1. Ubicación
  - Nombre de las unidades médicas
  - Zona
  - Dirección
  - Puntos de referencia
2. Accesibilidad geográfica a los servicios
  - Caracterización del recorrido que regularmente realizan las PMVS desde su hogar hasta los servicios de salud
  - Vías de comunicación
  - Costo, tiempo de recorrido y principales rutas de transporte público
3. Protocolos administrativos para el acceso a los servicios
  - Documentación requerida para permitir el acceso a los servicios de salud (afiliación)
  - Costo de la afiliación al PVIH-JS
  - Rutas administrativas para tener acceso
4. Infraestructura de los servicios de salud para VIH/SIDA
  - Laboratorios de la JS-ISECH
  - Unidades de atención especializada (UNEMES-CAPACITS)
  - Unidades de regulación sanitaria del trabajo sexual
  - Unidades de primer nivel de la JS-ISECH
  - Unidades de segundo y tercer nivel de la JS-ISECH
  - Áreas administrativas de la JS-ISECH
5. Recursos humanos
  - Perfil y prácticas del personal administrativo
  - Perfil y prácticas de los profesionales de las áreas médicas (médicos titulados, enfermeras, promotores, psicólogos)
6. Características físicas de las áreas de atención médica
  - No. de consultorios
  - Espacios para uso del paciente (vestidores, baños)
  - Sala de espera
  - Módulos de información
7. Recursos materiales en las áreas de atención médica
  - Insumos sanitarios
  - Disponibilidad de medicamentos
  - Infraestructura básica para la atención médica integral a pacientes con VIH
  - Computadoras
8. Características organizacionales de las áreas de atención médica
  - Horarios de atención
  - Tiempos de espera
  - Actividades de promoción de la salud: Difusión de información mediante carteles y folletos; actividades de información, educación y comunicación (IEC), promoción del diagnóstico oportuno mediante la promoción de la prueba rápida de VIH, distribución del condón, consejería.
  - Tipo y/o costo de servicios
    - Prevención primaria (información y acceso a métodos de prevención)
    - Exámenes de detección (Elisa) y confirmatorio del VIH (Western Blot)
    - Exámenes de detección de ITS
    - Exámenes de seguimiento (CD4)
    - Atención médica
  - Tratamientos antirretrovirales
  - Medicamentos para enfermedades oportunistas
  - Prevención terciaria (hospitalización y especialidades)



De igual manera, el registro etnográfico basado en la observación sistemática permitió caracterizar las *relaciones interpersonales* representadas por la relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo. En este caso, la observación se centró en el trato adecuado/inadecuado que brindan los profesionales de salud, procesos que fueron evaluados en función de la calidad y calidez de la atención, de la aplicación de prácticas médicas y protocolos de atención que se apegan a los lineamientos establecidos por la normatividad sanitaria, así como al respeto a los derechos humanos de las personas migrantes afectadas por la epidemia. Desde esta perspectiva, se recolectaron datos etnográficos que contribuyen a evaluar la calidad de la atención médica, así como a analizar la problemática del estigma y discriminación relacionada con el VIH/SIDA en el ámbito de los servicios públicos de salud disponibles en la región fronteriza del sur de Chiapas.

- **Organización del material etnográfico**

El material etnográfico contribuyó a explorar los espacios sociales (familiar, laboral, comunitario, institucional) donde se desarrolla la vida cotidiana de los y las migrantes; así como a construir un marco de referencia para la interpretación de las experiencias del padecimiento de las personas migrantes con VIH/SIDA y de las condiciones de acceso a servicios públicos de salud en la frontera.

Por ello, en cada uno de los capítulos de resultados que corresponden al análisis de la experiencia de vivir con VIH/SIDA, se recuperaron fragmentos del estudio etnográfico que contribuyeron a la reconstruir tanto las condiciones de vida y trabajo como los procesos de acceso y utilización de los servicios de salud que despliegan las personas que forman parte de tres grupos de la población migrante presentes en la región fronteriza: los extranjeros residentes (Capítulo VI), las y los trabajadores que laboran en el contexto del trabajo sexual (Capítulo VII) y los migrantes que transitan por la frontera con el propósito de llegar a los Estados Unidos (Capítulo VIII).

## 2.5 Entrevistas semi-estructuradas a profesionales de salud

La investigación buscó analizar las políticas locales, las modalidades de organización y las prácticas que han desarrollado las organizaciones gubernamentales y sociales para dar respuesta a las necesidades de prevención y atención del VIH/SIDA de las personas migrantes en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. El estudio se centró en las organizaciones sociales y gubernamentales con experiencia de trabajo en el tema de la migración, la salud y/o VIH/SIDA a nivel local regional. A través de la investigación participativa, de la revisión documental y de la elaboración de un mapeo de actores clave, se identificó a un conjunto de actores sociales que están directamente involucrados en el desarrollo de iniciativas relacionadas con la atención del VIH/ y la migración. Como se observa en el cuadro 2.5 estos actores fueron agrupados para el análisis en instituciones gubernamentales y de la sociedad civil.

**Cuadro 2.5**

Tipo	Instituciones y organizaciones participantes
Instituciones gubernamentales de salud y migración	El Programa de Prevención y Atención del VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII del Instituto de Salud del Estado de Chiapas.
	El Área Médica de VIH/SIDA del Hospital General de Tapachula de la SSA-ISECH.
	Los centros de salud (SSA-ISECH) de los siete municipios fronterizos de Soconusco.
	El Módulo de Salud de la Casa Roja de la frontera Talismán, servicio que forma parte del convenio establecido entre el ISECH y el Instituto Nacional de Migración (INM)
	Los Servicios Municipales de Salud (SEMS) de Tapachula y de la comunidad de Cacaohatán, Chiapas.
Organizaciones de la sociedad civil	La Casa del Migrante Albergue Belén” de la Congregación Scalabriniana
	La organización civil Una Mano Amiga en la lucha contra el SIDA

Estas organizaciones se han ido constituyendo como espacios sociales donde se desarrollan y difunden determinados enfoques, información, acciones en salud y prácticas médicas en torno al vínculo VIH/SIDA y migración. En estos espacios interactúan agentes sanitarios a quienes se les ha adjudicado la autoridad técnica para responder, entre otras cuestiones, a las necesidades de atención médica de las personas migrantes directamente afectadas por la epidemia. Por ello, es que resultaba especialmente relevante estudiar la forma cómo los proveedores de servicios perciben y responden a las diversas necesidades de atención a la salud que presentan las y los migrantes con VIH/SIDA. Este conjunto de percepciones, enfoques y modalidades de respuesta social en salud son procesos dinámicos que han permitido conformar una experiencia individual y colectiva que puede ser reconstruida a través de la perspectiva de sus propios protagonistas.

Para recuperar la experiencia de trabajo que han desarrollado las instituciones y organizaciones sociales, se realizaron entrevistas a sus integrantes. Las entrevistas tuvieron un doble propósito. Por un lado, profundizar en el entendimiento de la manera cómo los profesionales de la salud -que laboran en las distintas organizaciones- perciben, interpretan y documentan la situación de la epidemia en los grupos móviles y migrantes. Por otra, conocer la participación que éstos tienen en la construcción una política pública de VIH/SIDA que oriente el desarrollo de acciones para estos grupos sociales. Además, se recabó información sobre la disponibilidad y características de los servicios públicos de salud donde brindan la atención para el VIH/SIDA; así como sobre las normativas, protocolos y prácticas médicas que pueden facilitar o por el contrario dificultar el acceso a la atención integral para PVS migrantes.

Las entrevistas fueron de carácter semi-estructurado, ya que esta técnica permite combinar los atributos de la entrevista en profundidad con una focalización de los temas de interés que se deben cubrir con cada informante. Las entrevistas semi-estructuradas permitieron centrar el diálogo sin limitar la libertad y profundidad en las respuestas, reduciendo el margen de dispersión y facilitando la sistematización de la información (Ander E., 1990). Para aplicar esta técnica se diseñó una “Guía

de Entrevista para Profesionales de Salud” (Anexo 2.5). Dicho instrumento se estructuró en nueve ejes temáticos, cuyos componentes fueron ajustados de acuerdo con el objetivo central y actividades específicas desarrolladas por cada una de las organizaciones. Estos ejes son: Datos generales del informante; Origen, objetivos y líneas estratégicas de la organización; Perfil de la población destinataria; Perspectivas sobre la situación del VIH/SIDA/ITS en el ámbito regional y sobre los grupos en condición de mayor vulnerabilidad; Percepciones de los profesionales sobre el vínculo migración internacional y salud-enfermedad; Perfiles epidemiológicos de la población migrante; Percepciones sobre las políticas, programas y servicios para la prevención, atención y control del VIH/SIDA; Iniciativas comunitarias e institucionales implementadas para facilitar el acceso a servicios la prevención de riesgos y la atención del VIH/SIDA en población migrante; Fortalezas, dificultades y nuevos retos para la generación de respuestas.

El trabajo de campo se realizó durante tres años consecutivos, en los meses de octubre-noviembre de 2007, 2008 y 2009. La identificación de los informantes clave se hizo con base en la revisión de diagnósticos situacionales que se han elaborado en la región de la frontera sur, y principalmente con el apoyo brindado por el PVIH-JS y el Instituto Nacional de Salud Pública. En la selección de informantes se buscaron aquellos que, dada su posición dentro de la organización, desempeñan un papel importante en el diseño y/o implementación de estrategias focalizadas en las poblaciones móviles y migrantes.

En total se aplicaron doce entrevistas a profesionales de salud, cuyo perfil se describe en el cuadro 2.6. En el proceso de aplicación de entrevistas se procuró que estuvieran incluidos representantes institucionales y personal técnico-administrativo involucrado en la formulación y/o implementación de políticas sobre migración y VIH/SIDA; así como médicos, paramédicos y promotores de salud que prestan servicios de prevención y atención a población local, móvil y migrante. Todas las entrevistas fueron aplicadas de manera voluntaria y con previo consentimiento informado, y fueron realizadas en las propias instalaciones de las

organizaciones participantes. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 1 ½ hrs. El diálogo entablado en las ocho entrevistas fue grabado en audio y transcrito para su análisis.

**Cuadro 2.6**  
**Características de los profesionales de salud entrevistados**

Código entrevista	Profesión y cargo	Lugar de trabajo	Localidad	Fecha de entrevista
PS-1	Coordinadora del Programa Estatal de prevención y control del VIH/SIDA/ITS	Instituto Estatal del Estado de Chiapas (ISECH)	Tuxtla Gutiérrez	Noviembre de 2008
PS-2	Coordinadora del Programa Jurisdiccional de prevención y control del VIH/SIDA/ITS	Jurisdicción sanitaria VII	Tapachula	Octubre de 2008
PS-3	Médica encargada del área de VIH/SIDA del Hospital de Tapachula, Chiapas	Hospital General	Tapachula	Octubre de 2008
PS-4	Verificador de Sanidad Municipal	Salud Municipal	Cacahoatán	Octubre de 2007
PS-5	Apoyo de sanidad municipal	Salud Municipal	Cacahoatán	Noviembre de 2008
PS-6	Médico de sanidad municipal	Salud Municipal	Tapachula	Octubre de 2009
PS-7	Apoyo de sanidad municipal	Salud Municipal	Tapachula	Octubre de 2009
PS-8	Paramédico	Módulo de Salud de la Casa Roja del INM	Talismán	Noviembre de 2009
PS-9	Médico pasante en Casa del Migrante	Área médica de la Casa del Migrante	Tapachula	Octubre de 2008
PS-10	Promotora de salud de la Casa del Migrante	Casa del Migrante	Tapachula	Octubre de 2008
PS-11	Epidemiólogo	Unidad de Medicina Familiar no. 12	Tapachula	Octubre de 2007
PS-12	Médico	Módulo de Atención a pacientes con VIH/SIDA del IMSS	Tapachula	Octubre de 2007

De manera complementaria se realizaron contactos y diálogos informales con otros proveedores de servicios, entre los cuales figuran: el director y equipo de trabajo de la organización civil Una Mano Amiga en la lucha contra el SIDA, el Jefe de la Jurisdicción Sanitaria VII y coordinadores de programa de la misma instancia

técnico-administrativa, así como con el personal del Instituto Nacional de Migración, personal de un Centro Comunitario del DIF, personal de la Fiscalía del Distrito Centro-Costa y del Instituto Municipal de la Mujer. Así mismo, entre 2009-2010 se tuvo la oportunidad de participar en diversas reuniones técnicas y talleres de capacitación en donde confluyeron otras organizaciones sociales que prestan servicios de salud a personas migrantes en ambos lados de la frontera México-Guatemala. En estos espacios se entablaron diálogos informales con representantes institucionales y se obtuvo información estratégica para la caracterización y seguimiento de la respuesta social en salud que se ha desarrollado en el ámbito regional.

- **Análisis de las narrativas de los proveedores de servicios**

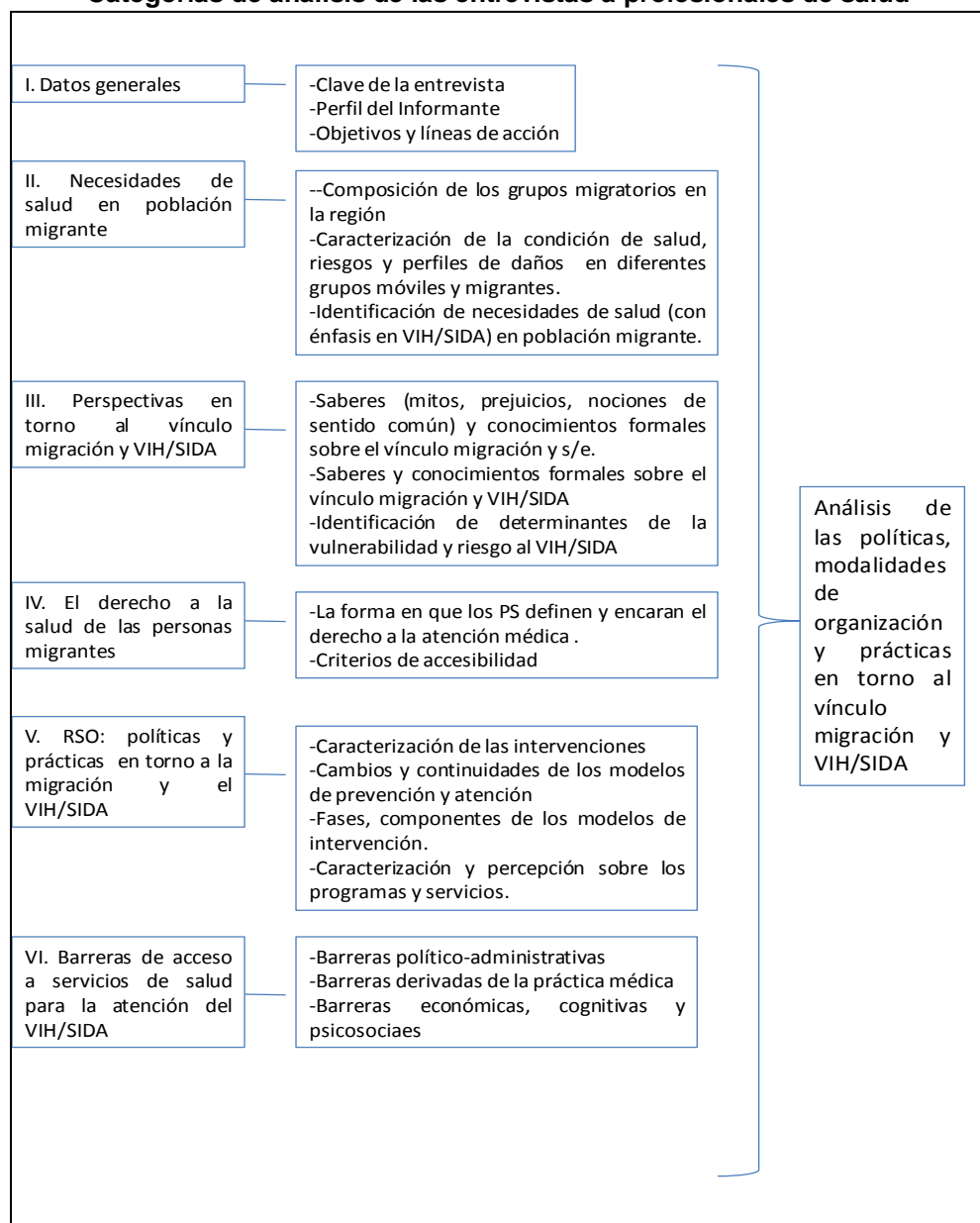
Para procesar la información, se leyeron cuidadosamente todas las entrevistas transcritas y se fueron anotando al margen los posibles códigos. Posteriormente, se construyó un libro conformado por nueve códigos (Anexo 2.6), los cuales provinieron tanto de las nociones y situaciones narradas por los participantes como del marco conceptual que guía la investigación. A través de este procedimiento se elaboraron cuatro categorías de análisis (ver figura 2.3).

La primera categoría permite caracterizar el perfil profesional y laboral de los entrevistados, así como describir los objetivos y principales líneas de acción que debe desarrollar el programa, área de atención u organización. La segunda categoría recupera la perspectiva que tienen los profesionales de salud sobre las necesidades de prevención y atención del VIH/SIDA de las personas migrantes que son usuarias de los servicios públicos de salud disponibles en la región fronteriza.

La tercera integra la perspectiva de los profesionales de la salud sobre el vínculo movilidad poblacional-salud pública-VIH/SIDA. Al respecto, las entrevistas permitieron identificar los enfoques que han prevalecido para el abordaje de esta temática en una región de frontera, así como las modalidades de respuesta social que cada una de estas interpretaciones sustenta. Particularmente, se identifican y

analizan las interpretaciones y prácticas médicas que se sustentan en el enfoque epidemiológico clásico vs la perspectiva de la vulnerabilidad social y de salud. a través de las narrativas de los profesionales se cuenta con una descripción enmarcada y encuadrada por valores, sentidos y significados, compartidos a veces, contrastantes y en conflicto otras.

**Figura 2.3**  
**Categorías de análisis de las entrevistas a profesionales de salud**



La cuarta categoría de análisis corresponde a la forma cómo los agentes de salud definen y encaran el “derecho a la atención médica” de las PMVS, identificando las diferenciaciones que introducen entre categorías de migrantes en cuanto a la legitimidad del acceso a los servicios públicos disponibles en la frontera. Estudiar cómo los prestadores de servicios definen el derecho a la salud de los y las migrantes y por medio de qué acciones tratan de satisfacerlas implica necesariamente reconocer que estas percepciones y prácticas se construyen a partir del vínculo intersubjetivo que se establece entre el personal sanitario y las y los usuarios en la consulta médica (Leal F., y Martínez C., 2002:60). De igual manera, las posibilidades del personal de salud para satisfacer las expectativas del paciente se encuentran limitadas por los recursos materiales de los que dispone, así como de la manera en que éstos interpretan y operativizan los lineamientos político-institucionales que forman parte del contexto estructural. Así se van configurando los criterios de accesibilidad a los servicios de prevención, diagnóstico y atención del VIH/SIDA para las personas migrantes indocumentadas.

En la quinta categoría se incluye la información que permite caracterizar el conjunto de intervenciones que se han implementado a nivel local con el propósito de facilitar el acceso a servicios de prevención y atención para las personas migrantes con VIH/SIDA. En este punto es relevante señalar que la experiencia narrada por los profesionales abrió la posibilidad para identificar los cambios y continuidades que se han presentado en el proceso de formulación e implementación de las iniciativas y estrategias focalizadas en el tema de migración y VIH/SIDA.

A partir de ello, se identifican y analizan tres fases o etapas por la que han transitado el denominado “Modelo de prevención y atención del VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes” desarrollado por la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas, y otras organizaciones locales. Tal como se describirá en el Capítulo V, la Fase I que denominamos de “atención reactiva” abarca el periodo de 1999-2003; la Fase II se caracteriza por “la búsqueda intencionada de casos” y



comprende de 2004 a 2007; y la Fase III se caracteriza por la promoción de estrategias para “la atención médica integral del VIH/SIDA” para migrantes y abarca el periodo de 2007 a 2010.

La sexta categoría comprende todos aquellos códigos que aportan información relevante para el análisis de los obstáculos que presenta la población migrante cuando acude o desea acudir a servicios de prevención y atención del VIH/SIDA en la frontera, con énfasis en las barreras relacionadas con las políticas y las prácticas médicas. Siguiendo con los marcos conceptuales propuestos por diversos autores (Shelton J., et al. 1992; Cross H., et al. 2001; Mercado F., et al., 2007), en el marco de esta categoría se analizan tanto las dificultades geográficas, económicas, cognitivas y psicosociales del acceso, como las barreras político-administrativas, organizacionales y aquellas que se derivan directamente de la práctica médica. La recuperación e interpretación de información relacionada con las barreras médicas, contribuye a explicar las formas en que se producen y enfrentan los procesos de inclusión-exclusión social en salud por los que atraviesan las personas migrantes afectadas por la epidemia.

## **2.6 Entrevistas en profundidad a migrantes con VIH/SIDA**

El adoptar una metodología cualitativa implica asignar centralidad a la dimensión subjetiva de la acción social, adoptando técnicas e instrumentos de recolección de la información y de análisis que se centren en el punto de vista de los actores sociales involucrados para acceder a sus propias interpretaciones, intencionalidades y atribuciones de sentido (Castro y Bronfman, 1995:58).

El componente de investigación cualitativa buscó profundizar en el conocimiento de la experiencia de las personas migrantes con VIH/SIDA (PMVS), mediante la aplicación y análisis de entrevistas en profundidad. Las entrevistas en profundidad se entienden como una técnica de investigación cualitativa que consiste en uno o varios encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, los cuales se orientan a entender las perspectivas que tienen los informantes respecto a sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras

(Taylor y Bogdan 1992; Vela F., 2001). Se empleó esta técnica porque permite recuperar la experiencia reinterpretada por los propios sujetos, y así adentrarnos a aquellas dimensiones de la subjetividad que contribuyen a ampliar el entendimiento sobre la experiencia de búsqueda, acceso y utilización de servicios para la atención del VIH/SIDA en el marco de la migración internacional.

El grupo que participó en las entrevistas estuvo integrado por mujeres y hombres migrantes que comparten las siguientes características: son mayores de 18 años con un diagnóstico (confirmatorio)<sup>32</sup> de VIH o con un cuadro de SIDA; son originarios de alguno de los países que integran la región centroamericana (Guatemala, Belice, El Salvador, Nicaragua, Honduras, Costa Rica y Panamá); tienen una condición migratoria indocumentada; y al momento de la entrevista residían o transitaban por las comunidades de la región de Soconusco, Chiapas.

La identificación de los informantes se hizo con el apoyo brindado por el equipo de trabajo de la Coordinación del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII. El reclutamiento de los migrantes con VIH se hizo de manera personalizada, invitando a cada informante a participar de manera confidencial, voluntaria e informada. Al inicio de cada entrevista, se explicitaron los propósitos del estudio, enfatizando que la participación era completamente voluntaria, y que en caso de negarse a contestar la entrevista no existiría ninguna repercusión. Las entrevistas fueron grabadas siempre y cuando la persona otorgará su consentimiento; y se informó al entrevistado que podía pedir que algunas partes de la conversación no fueran grabadas, así como dar por finalizada la entrevista en cualquier momento o negarse a contestar cualquier pregunta. Asimismo, se explicitó que los datos recogidos por el estudio serían confidenciales y conocidos únicamente por la investigadora responsable.

Para cumplir con los aspectos éticos de la investigación, se firmó la “Carta de Consentimiento Informado” (Anexo 2.7), instrumento que estuvo acompañado del

---

<sup>32</sup> Sólo en el caso de los dos migrantes en tránsito, se modificó este criterio de selección, ya que se trataba de personas que sólo contaban con un diagnóstico presuntivo de VIH establecido en función de un resultado reactivo en la prueba rápida.

consentimiento oral de cada informante, el cual fue grabado en audio digital. Además a todos los participantes se les entregó una tarjeta con información de la responsable de la investigación, así como de los contactos locales y nacionales, con el fin de garantizar el respeto a sus derechos y resolver cualquier duda relacionada con su participación.

Para recopilar los testimonios de los individuos respecto a sus experiencias de acceso a la atención del VIH/SIDA, se diseñó y tomó como referencia la “*Guía de entrevista para personas migrantes con VIH/SIDA (PMVS)*” (Anexo 2.8). Dicho instrumento se estructuró en los siguientes ejes temáticos: 1) Características socio-demográficas, 2) Trayectorias migratorias, 3) Vida cotidiana en el origen y el destino, 4) Información y conocimientos sobre ITS/VIH/SIDA, 5) Sexualidad, vida en pareja y prácticas de riesgo, 6) Trayectorias del padecimiento por VIH/SIDA (descubrimiento de la seropositividad, vivir como una PMVS, búsqueda, acceso y utilización de los servicios públicos de salud en comunidades de origen y destino); 7) Estigma y discriminación y otras consecuencias sociales vinculadas con la migración y la enfermedad; 8) La enfermedad y la red social.

Al interior de cada uno de estos temas se buscó que los informantes describieran, con la mayor profundidad posible, el conjunto de percepciones, prácticas, situaciones, e interacciones relacionadas con el padecimiento y los procesos de búsqueda, accesibilidad y utilización de los servicios públicos de salud para la atención del VIH/SIDA en el contexto de la migración internacional.

La aplicación de las entrevistas en profundidad se realizó en tres periodos: el primero se llevó a cabo en el mes de octubre del 2007, y en ésta se aplicaron siete entrevistas a personas migrantes con VIH/SIDA (cuatro varones y tres mujeres); la segunda ronda de entrevistas se aplicó en octubre de 2008, lo que permitió recuperar la experiencia de cinco PMVS (cuatro varones y una mujer); y la tercera se aplicó en noviembre de 2009 (dos varones y una mujer). Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 2 horas; y el diálogo fue grabado en audio y transcrito para su análisis.

De estas entrevistas, nueve se realizaron en las instalaciones de la Jurisdicción Sanitaria, dos en la Casa del Migrante, Albergue Belén, dos en el DIF Municipal de Cacahoatán, y dos en la vivienda de los entrevistados. En la etapa inicial de la investigación se había previsto realizar dos o más encuentros con cada persona, sin embargo, la mayor parte de las entrevistas se llevaron a cabo en una sola sesión. La alta movilidad poblacional, las condiciones de precarias de vida y las complicaciones en la condición de salud que van emergiendo como parte del desarrollo del VIH/SIDA, fueron las principales dificultades que se enfrentaron para realizar más de una entrevista con cada informante. Sólo una mujer y un varón migrantes residentes fueron entrevistados en dos ocasiones, lo cual permitió dar seguimiento a su experiencia del padecimiento y contar con mayores elementos para conocer y documentar su contexto y diversos aspectos de su vida cotidiana.

Durante el proceso de aplicación de las entrevistas, emergieron temas no previstos en la guía de referencia. Por un lado, fue muy relevante conocer la manera en que el VIH/SIDA transformó la vida de las personas migrantes, este tema desencadenaba situaciones donde todos los informantes lloraban al tocar el tema de las consecuencias de la enfermedad (estigma y discriminación, muerte y futura orfandad de los hijos/as, transmisión del VIH a la pareja, etc.).

Por otro lado, se observó la centralidad que ocupa la infección por VIH y el desarrollo del SIDA para la vida de las personas entrevistadas. De forma que mucho antes de que se iniciara la explicación de los propósitos del estudio y la obtención del consentimiento informado o la autorización para grabar la entrevista, las personas comenzaban a narrar una diversidad de eventos relacionados con el manejo de la enfermedad. Esta situación implicó realizar múltiples intentos para cubrir los temas que permitían dar cuenta de aspectos de la vida cotidiana que estaban considerados en la guía de entrevista.

Lo anterior planteó una mayor dificultad para el desarrollo de las entrevistas, ya que emergían diversas dudas sobre el VIH/SIDA, e incluso demandas para satisfacer necesidades de acceso a determinados servicios de salud o a tratamientos antirretrovirales. Ante tales situaciones, se consideraba que la

entrevista tomaba rumbos diferentes a los propósitos explicitados, por lo que era necesario transmitir información sobre aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad o de los protocolos de atención existentes en este contexto fronterizo. Para ello, siempre se contó con el apoyo brindado por la Coordinación del Programa de VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria.

- **Conformación y diversificación de la muestra**

Uno de los propósitos de la investigación es dar cuenta de los procesos relacionados con la diferenciación social que se establece al interior del grupo de estudio, con el fin de ampliar el entendimiento de los determinantes sociales que intervienen en el acceso y utilización de los servicios públicos de salud por parte los migrantes con VIH/SIDA. Por esta razón, se buscó entrevistar a personas migrantes con VIH/SIDA (grupo compuesto por 15 informantes) que pertenecen a diferentes grupos sociales y cuentan con diversas experiencias migratorias y del padecimiento.

Para obtener una diversificación de la muestra se empleó la estrategia del muestreo teórico propuesta por Gleser y Strauss (1967), donde la investigación comienza con una idea general sobre las personas a las que se entrevistará; y conforme avanza el proceso de recopilación y sistematización de la información, se van ajustando los criterios para la selección de los informantes. De acuerdo con estos autores:

“La estrategia del muestreo teórico puede utilizarse como guía para seleccionar las personas a entrevistar. En el muestreo teórico el número de casos estudiados carece relativamente de importancia; lo relevante es el potencial de cada caso para ayudar al investigador a entender y profundizar en el conocimiento del área estudiada de la vida social. Después de completar las entrevistas con varios informantes, se diversifica deliberadamente el tipo de personas entrevistadas hasta descubrir toda la gama de perspectivas de las personas en las cuales estamos interesados” (Gleser y Strauss, 1967).

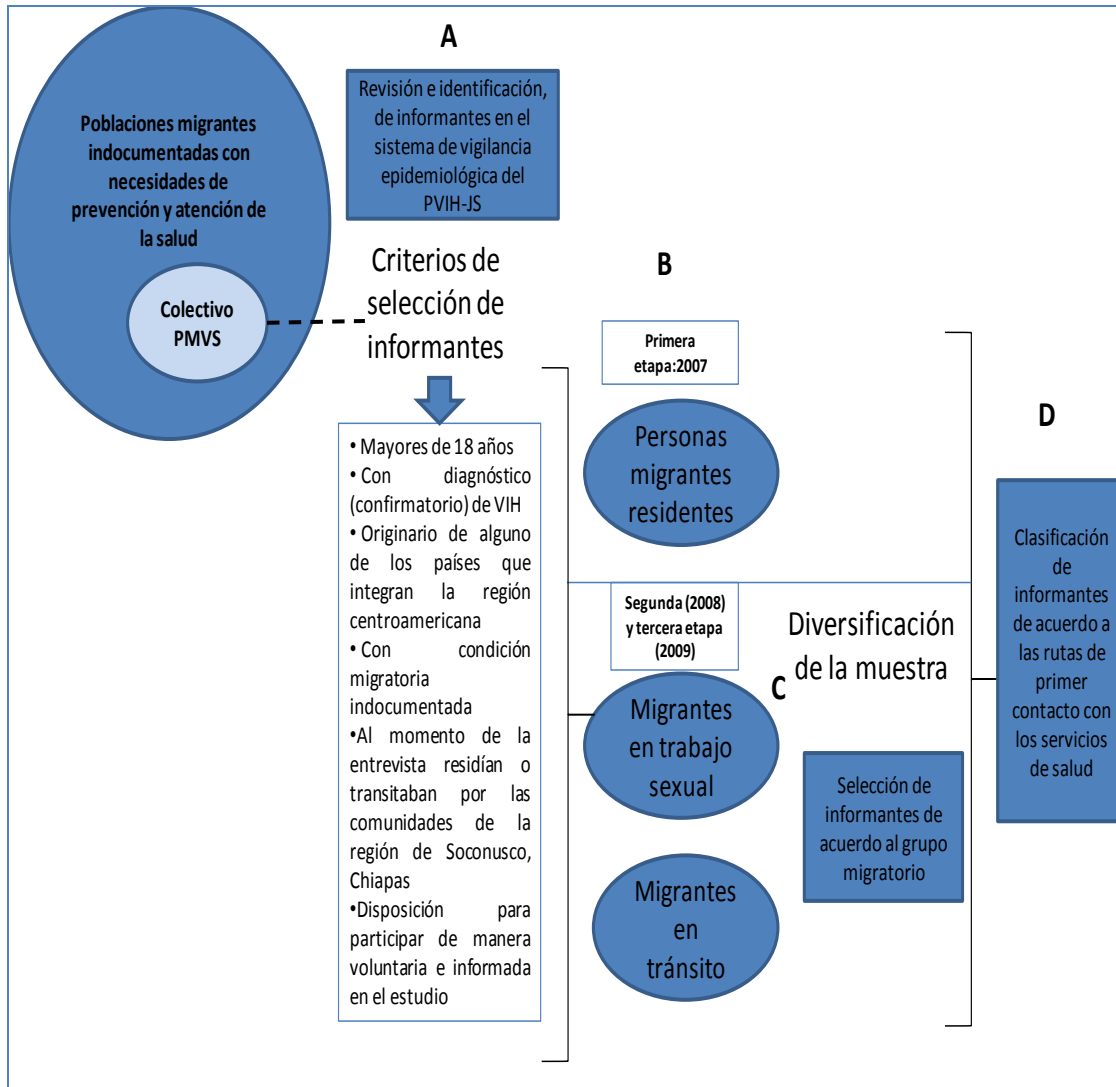
Las primeras entrevistas permitieron verificar la importancia que tiene la trayectoria migratoria y las rutas de acceso a los servicios públicos de salud que siguieron las PMVS durante el año 2007. En esta primera etapa del trabajo de campo participaron personas con VIH consideradas como parte de la “población extranjera residente”. Durante la segunda (2008) y tercera etapa (2009) del proceso de aplicación de entrevistas, se buscó acentuar deliberadamente la variabilidad de los informantes, conformando una muestra a partir de diferentes “tipos” de personas migrantes con VIH/SIDA, las cuales fueron seleccionadas y clasificadas con base en los siguientes criterios:

- a) *La pertenencia a un grupo migratorio*: definido en función de los motivos, tiempo de estancia en las localidades fronterizas y dinámica de movilidad entre el contexto de origen y destino. De acuerdo con este criterio, las PMVS se dividieron en tres subgrupos: migrantes en trabajo sexual (TSM), los migrantes en tránsito o transmigrantes (MT), y los migrantes residentes en las comunidades de Soconusco (PMR).
- b) *La ruta de primer contacto con los servicios de salud para la atención del VIH/SIDA*: fecha, lugar y motivo principal por el cual se realizó la prueba de VIH, y condición de salud (sintomático/asintomático). Siguiendo con este criterio, las PMVS entrevistadas se dividieron en tres subgrupos: personas que acudieron por “libre demanda” a los servicios de salud en una etapa avanzada de la enfermedad; personas que accedieron al diagnóstico de VIH en el marco de las acciones de “regulación sanitaria” del trabajo sexual; y personas que se supieron VIH positivas en el marco de las acciones de promoción del “diagnóstico oportuno” que se desarrollan en espacios clave.

En la figura 2.4, se describe este proceso de conformación y diversificación de la muestra desarrollado en las diferentes etapas del proceso de investigación. La aplicación de la estrategia del muestreo teórico permitió recuperar la experiencia de 15 PMVS que están inmersas en diferentes dinámicas de movilidad poblacional, que desempeñan diferentes ocupaciones en las comunidades de la

región fronteriza, y que cuentan con diversas trayectorias del padecimiento asociado a la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA.

**Figura 2.4**  
**Proceso de conformación y diversificación de la muestra: 2007-2009**



De esta forma, se pudo analizar tres tipos de experiencias y trayectorias: el primer tipo corresponde a las PMVS que forman parte de la población extranjera que ha residido por más de dos años en las comunidades fronterizas (PMR); el segundo corresponde a las personas migrantes que se incorporan a los trabajos vinculados con el sexo-servicio (MTS); y el tercero corresponde al grupo de los migrantes en tránsito por la frontera sur, los cuales tienen el propósito de llegar a los Estados Unidos (MT).

En el cuadro 2.7, se muestra la distribución y perfil de los quince informantes que participaron en las entrevistas.<sup>33</sup>

**Cuadro 2.7**

Perfil de las personas con VIH/SIDA participantes en las entrevistas (2007-2009)									
Código de la entrevista	Fecha de aplicación de la entrevista	Nombre (Ficticio)	Estado civil/ orientación sexual (auto-reporte)	Ocupación/ Condición Social	Tiempo de saber su seropositividad al momento de la entrevista	Con un cuadro de SIDA: Sólo vive con VIH: Asintomático	Programa de VIH: No está afiliado (N-P); Si está afiliado (N-P)	Tratamiento Antirretroviral: No está en tratamiento (N-ARV); Si está en tratamiento (S-ARV)	
Trabajadoras/es migrantes en el contexto del trabajo sexual	PMVS-TS-9	oct-08	Miguel	Soltero, Homosexual	Empleado de limpieza en un bar. Anteriormente se desempeñaba como trabajador sexual Cantinero en bar	1 año previo a la entrevista	Asintomático	N-P	S/ TARV
	PMVS-TS-15	oct-09	Marcos	Soltero Homosexual		6 meses	Asintomático	S-P	S/ TARV
	PMVS-TS- 5	oct-07	Javier	Soltero Homosexual	Trabaja en la cantina como encargado, cocinero y mesero.	2 meses	Asintomático	N-P	N/TARV
	PMVS-TS-12	1a entrevista oct-08; 2a entrevista julio 2009	Eleazar	Union Libre Heterosexual	Mesero en zona de Tolerancia	2 meses	Asintomático	N-P	N/TARV
	PMVS-TS-02	oct-07	Ramón	Soltero Homosexual	Empleado de limpieza en un bar	3 años	Asintomático	N-P	S/ TARV
	PMVS-TS-8	1a entrevista oct-08; 2a entrevista julio 2009	Karla	Union Libre Heterosexual	Mesera y trabajadora sexual en zona de tolerancia	3 meses	Asintomático	N-P	N/TARV
Migrantes en tránsito por la frontera sur	PMVS-MT-10	oct-09	Andrés	Soltero	Migrante en tránsito en su comunidad se dedicaba al trabajo agrícola de autoconsumo	15 días	Asintomático	N-P	N/TARV
	PMVS-MT- 11	oct-09	Juan	Casado Heterosexual	Migrante en tránsito. En la comunidad de destino (EU) se dedica a hojalatería y pintura	20 días	Asintomático	N-P	N/TARV
Migrantes residentes en las comunidades de la frontera sur	PMVS- MR- 07	oct-07	Mario	Casado Heterosexual	Electricidad y construcción	1 año	Asintomático	S-P	N/TARV
	PMVS-PR-04	oct-07	Felicia	Casada Heterosexual	Se dedica al trabajo en el hogar	3 años	Sintomático	N-P	S/ TARV
	PMVS-PR-13	oct-08	Alonso	Soltero Heterosexual	Ocupación en sector servicios: albañilería	1 año	Asintomático	S-P	N/TARV
	PMVS-PR-14	oct-09	Julio	Union Libre Homosexual	Ocupación marginal terciaria: responsable de lava autos	1 mes	Sintomático	S-P	N/TARV
	PMVS-PR-06	oct-07	Isabel	Union libre	Se dedica al trabajo en el hogar y realiza trabajos eventuales como costurera	1 año	Asintomático	S-P	S/ TARV
	PMVS-PR-01	oct-07	Alexis	Casado Heterosexual	Ocupación en sector servicios; anteriormente jornalero agrícola	2 meses	Asintomático	N-P	N/TARV
	PMVS-PR-03	oct-07	Norma	Unión Libre Heterosexual	Desempeña ocupaciones de costurera; anteriormente se dedicaba solo al hogar	1 año	Asintomático	N-P	S/ TARV

<sup>33</sup> Todos los nombres de los entrevistados fueron cambiados, con el fin de respetar la confidencialidad.



- **Procesamiento y análisis de las entrevistas a migrantes con VIH/SIDA**

El propósito central de las entrevistas a profundidad fue recuperar y analizar diferentes experiencias del padecimiento y reconstruir las trayectorias de acceso a la atención del VIH/SIDA por las que han transitado las personas que están vinculadas con la dinámica de la migración internacional. Para realizar el análisis, se siguió la clasificación original de los informantes en los tres grupos migratorios incluidos dentro de la muestra (migrantes residentes, migrantes en trabajo sexual y transmigrantes). De igual manera, al interior de cada grupo se realizó una exploración para determinar si existían diferencias relevantes en la naturaleza de las narrativas relacionadas con las condiciones de acceso a los servicios de salud según género, generación, orientación sexual, condición de salud y perfil de las necesidades de atención médica.

Para procesar la información se construyó una “Guía de codificación” (Anexo 2.9), instrumento que contiene la lista detallada de los ejes temáticos y códigos de información identificados a través de la interpretación del contenido de las narrativas, cuyo significado expresa el sentido atribuido desde el punto de vista de los actores participantes. A partir de este procedimiento se estructuraron las siguientes categorías de análisis:

*Características socio-demográficas de los entrevistados.* Este eje incluye los siguientes códigos: número y clave de la entrevista, nombre ficticio del informante, edad, lugar de nacimiento, escolaridad, estado civil, composición familiar, descendencia y adscripción religiosa.

*Condiciones de vida y trabajo de las personas migrantes afectadas por la epidemia.* Para su construcción se incluyeron aquellos códigos relacionados con la composición familiar, redes sociales, acceso a servicios públicos, procesos de inserción en el contexto de destino, las condiciones e interacciones en la vivienda y el vecindario, la ocupación u oficio, el empleo-desempleo y la migración, los ingresos y las condiciones laborales.

*Trayectorias migratorias de los participantes*, las cuales fueron reconstruidas a partir de diversos códigos, entre los cuales destacan: la información relacionada con la primera experiencia de migración internacional; los intentos y migraciones hacia los Estados Unidos; los motivos, tiempo de estancia y procesos de inserción en la frontera sur; los retornos al lugar de origen; las deportaciones y otras problemáticas presentadas en las situaciones de movilidad.

*Salud sexual y reproductiva*. En este eje se incluyen los códigos relacionados con la historia de las relaciones de pareja y el ejercicio de la sexualidad, la vida reproductiva y la regulación de la fecundidad.

*Experiencia del padecimiento*. De acuerdo con el modelo conceptual propuesto por la investigación, la experiencia del padecimiento vinculado al VIH/SIDA de cada una de las personas entrevistadas, se analizó en tres momentos: el conocimiento de saberse VIH positivo; el vivir con el VIH/SIDA en el marco del proceso migratorio; y el proceso de búsqueda, uso y opinión sobre los servicios de atención médica. Para reconstruir estos tres momentos de la trayectoria del padecimiento se desarrollaron subcategorías que se sintetizan en el cuadro 2.8.

La interpretación de la experiencia del padecimiento y la reconstrucción de las trayectorias permitió identificar en qué tiempo y espacio histórico se entrelaza la experiencia migratoria con la de la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA; analizar las situaciones disruptivas de la biografía que se generan en el marco de estos procesos; indagar en torno a los cambios y continuidades que se producen en el conjunto de saberes y prácticas que permiten responder a las necesidades o problemas de salud, y que se ajustan a los nuevos “contextos” impuestos por la dinámica migratoria; interpretar la manera cómo los sujetos perciben y manejan sus relaciones con la familia, los servicios de salud y la comunidad a raíz del padecimiento; y analizar los obstáculos y facilidades de acceso a los servicios públicos de salud donde se brinda la atención para el VIH/SIDA.

**Cuadro 2.8**  
**Experiencia del padecimiento y trayectorias de acceso a servicios de salud de personas migrantes con VIH/SIDA**

<b>Descubrimiento de la seropositividad</b>	<b>Vivir como una persona migrante con VIH/SIDA</b>	<b>Búsqueda, acceso y utilización de los servicios de atención médica al VIH</b>
<p>-Cuándo y dónde se supo VIH + (¿en el proceso migratorio?)</p> <p>-Situaciones de vulnerabilidad y riesgo a la infección por VIH</p> <p>-Saberes sobre el VIH/SIDA: qué sabía sobre la infección en el momento del diagnóstico; y cuál es su perspectiva sobre la situación del VIH/SIDA en su país, México y/o Estados Unidos</p> <p>-Condiciones de acceso al diagnóstico de VIH: cuándo y dónde; voluntario, informado, confidencial; oportuno/tardío; tipo de exámenes clínicos; rutas de acceso a la prueba presuntiva y confirmatoria, etc.</p> <p>-Manejo del padecimiento proceso en términos personales, familiares y en el ámbito de los servicios de salud</p>	<p>- Percepciones sobre salud/enfermedad/atención.</p> <p>- Saberes sobre el VIH/SIDA: actualmente qué sabe sobre la infección, su manejo y control</p> <p>- Un día es su vida cotidiana</p> <p>-Redes sociales: Cuenta o no con apoyos familiares y comunitarios en el contexto de destino y en su país de origen.</p> <p>-Consecuencias sociales del VIH/SIDA: de qué manera el vivir VIH/SIDA siendo migrante modificó su vida personal, familiar y comunitaria; cuáles fueron los cambios y permanencias en los roles, interacciones, apoyos familiares.</p> <p>-Estrategias: Qué estrategias ha puesto en práctica para aceptar y enfrentar la enfermedad</p> <p>-Estigma y discriminación asociados al ser migrante y VIH positivo en el ámbito familiar, laboral, vecinal.</p>	<p>-Necesidades de salud más apremiantes que realiza el informante.</p> <p>-Condiciones de acceso a la atención médica integral para el VIH/SIDA (en México y país de origen): Información y medios para la Px secundaria, exámenes clínicos, consultas y seguimiento médico, tratamientos antirretrovirales (TARV), medicamentos para enfermedades oportunistas, experiencias de hospitalización, la interacción con el personal de salud y el trato adecuado/inadecuado en el espacio de los servicios.</p> <p>-Barreras económicas, geográficas y sociales para la búsqueda de atención médica, según género, generación, grupo migratorio, edad y condición de salud.</p> <p>-Barreras (estructurales) de acceso a servicios de salud: condiciones y disponibilidad de los servicios públicos de salud; protocolos y requisitos para la afiliación al programa de VIH.</p>



### **CAPÍTULO III**

## **EL CONTEXTO SOCIO-SANITARIO EN LA REGIÓN FRONTERIZA DE SOCONUSCO, CHIAPAS**

Miles de centroamericanos cruzan la frontera sur de México en busca de oportunidades de empleo y mejores condiciones de vida. En Chiapas ocurre el mayor de desplazamientos, y específicamente en el Soconusco es donde se registra una dinámica migratoria de larga data (Castillo M.A., 2008, 2009). El Soconusco es una región que ha estado determinada tanto por la dinámica social que impone la “frontera límite” como por el conjunto de fenómenos históricos de alta movilidad poblacional que obedecen tanto a su ubicación geográfica como a procesos de carácter estructural. En su devenir histórico, esta región se ha constituido como un contexto de intercambio/separación, un territorio cruzado por fronteras (materiales y simbólicas) que unen y separan a la población local y a los grupos móviles y migrantes (Castillo M., 2002; Kauffer E., 2002; De Vos J., 2002).

Las singularidades socio-históricas que presenta esta región de frontera han permitido configurar una dinámica de salud poblacional que vincula a las comunidades del sur de Chiapas con los países de Centroamérica. En este entramado histórico-social, las poblaciones fronterizas comparten un medio ambiente y una formación social que produce, distribuye y consume los satisfactores, recursos y medios que van delineando las condiciones de salud fronteriza. Asimismo, la frontera es un territorio de intercambio y separación, donde la desigualdad socio-económica, las características de los servicios de salud y la infraestructura sanitaria disponible constituyen algunos de los determinantes estructurales que contribuyen a explicar las condiciones de acceso a dichos servicios por parte de la población local y los grupos móviles y migrantes presentes en la región.

En este marco, el presente capítulo tiene el objetivo de proporcionar un panorama general del contexto socio-demográfico, económico y de salud del contexto de estudio que corresponde fundamentalmente a la ciudad de Tapachula, Chiapas y

comunidades fronterizas aledañas ubicadas en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. La caracterización del contexto permite mostrar que la salud pública tiene particular importancia en una región donde converge una diversidad de grupos poblacionales que enfrentan las consecuencias de las inequidades en salud. Por ello, en este capítulo se considera relevante ofrecer una visión general de las condiciones de salud de la población fronteriza (que incluye a la población local y a los grupos móviles y migrantes) a través de indicadores básicos de morbilidad y mortalidad, así como una caracterización del sistema de atención a la salud existente en el contexto de estudio.

### ***3.1 Características demográficas y socio-económicas del Soconusco***

El límite fronterizo que se establece entre la entidad federativa de Chiapas, México y los departamentos de San Marcos, Huehuetenango y Quiché, Guatemala, se extiende a lo largo de 658.5 km, constituyendo el 54% de la extensión total de la frontera sur.<sup>34</sup> En la franja fronteriza chiapaneca se ubican dieciocho municipios que en su conjunto tienen una extensión de 24,382.9 km<sup>2</sup>: Motozintla de Mendoza, Mazapa de Madero, Bejucal de Ocampo y Amatenango de la Frontera se ubican en la *Región Sierra*; Frontera Comalapa, La Trinitaria, La Independencia, Las Margaritas y Tenejapa pertenecen a la *Región Fronteriza*; por su parte, Ocosingo, Palenque, Marqués de Comillas y Benemérito de las Américas corresponden a la *Región Selva*; y Frontera Hidalgo, Suchiate, Cacaohatán, Metapa, Tuxtla Chico, Unión Juárez y Tapachula corresponden a la *Región de Soconusco* (Castro J., 2000).

Históricamente la región fronteriza de Soconusco ha ocupado un lugar prioritario en la entidad. Soconusco abarca seis mil kilómetros de tierras fértiles y ha sido la región más dinámica en cuanto al crecimiento económico vinculado a la producción primaria, cuenta con una importante infraestructura carretera,

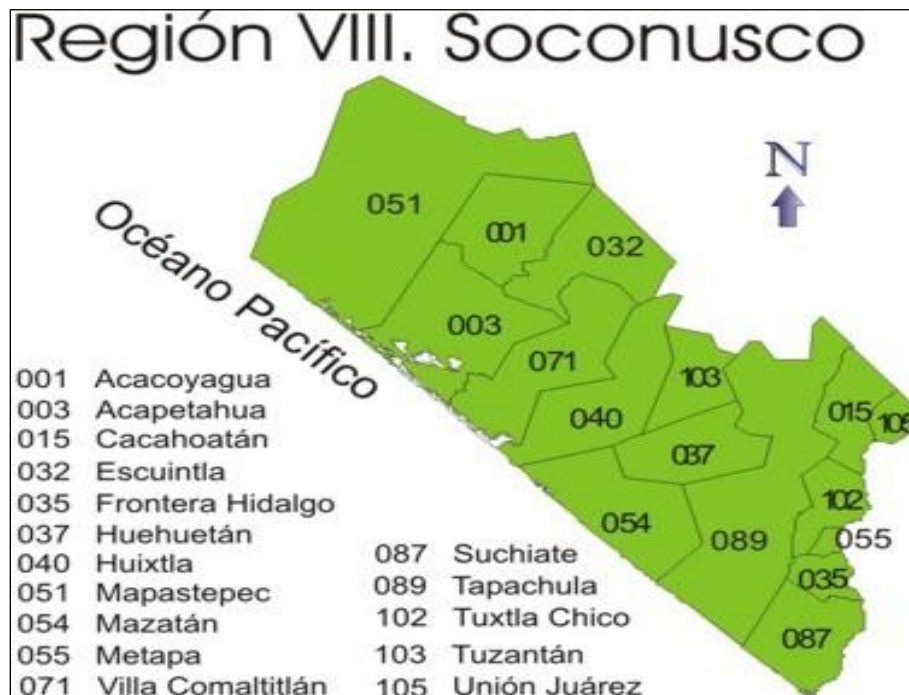
---

<sup>34</sup> La región de la frontera sur de México está constituida por los estados de Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo, que colindan a lo largo de 1,149 kilómetros con los países de Guatemala y Belice.

concentra la mayor densidad de población de la frontera, y constituye un punto geoestratégico entre México y Centroamérica (Montoya G., 2003).

Soconusco tiene una extensión de 5,475 km<sup>2</sup>, equivalente al 7.2% del total estatal. En términos geográficos se ubica en la parte septentrional del Estado -en los 15°19' N de longitud y los 92°44' W de latitud-, limita al norte con la Sierra Madre, por el sur con el Océano Pacífico, al este con la República de Guatemala y al oeste con Tonalá. En Chiapas, limita con los municipios de Siltepec y Motozintla de la Región Sierra (noroeste), Ángel Albino Corzo, La Concordia y Montecristro (norte) y Pijijiapan (oeste) (INEGI, 2000). La región está integrada por dieciséis municipios, de los cuales, siete hacen frontera con el Departamento de San Marcos, Guatemala (ver figura 3.1).<sup>35</sup>

Figura 3.1



Fuente: Secretaría de Planeación del Estado de Chiapas. 2003. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de Chiapas

<sup>35</sup> La zona fronteriza de Guatemala está integrada por cuatro departamentos: San Marcos comprende 29 municipios, Huehuetenango 31, el Quiché 18 y Petén 10. De todos los municipios de la zona, sólo 22 colindan con México (Dardón J., 2003:3).

De acuerdo con los datos del II Censo de Población y Vivienda (2005), la población de Soconusco, asciende a un total de 677,017 habitantes, cifra que representa el 16% de la población estatal, colocando a la región como el segundo territorio que alberga la mayor concentración poblacional de la entidad. El 42% de la población de Soconusco se concentra en Tapachula, 7% en Huixtla, 6% en Mapastepec, 6% en Cacahoatán, 5% en Tuxtla Chico y el resto en los otros municipios de la región.

Además la región cuenta con importantes flujos de población flotante y concentra un importante número de personas nacidas en el extranjero. De acuerdo con el INEGI, en el año 2000, residían en el estado de Chiapas, 14,336 personas nacidas en el extranjero, de las cuales el 42% se concentraba en el Soconusco, particularmente en los municipios fronterizos de Tapachula y Suchiate. Del total, 52.9% eran mujeres, la gran mayoría tenía entre 15 y 39 años de edad, y el 82.3% declararon haber nacido en Guatemala, hecho que resulta comprensivo por la situación de vecindad con dicho país (Castillo M.A., 2008).

#### ▪ **Dinámica económica**

El Soconusco es una de las regiones económicamente más desarrolladas del estado de Chiapas; aporta alrededor del 30% del PIB estatal, colocándose en segundo lugar de importancia en la entidad sólo después de la región centro (Castro J., 2000). Históricamente, el Soconusco ha destacado por su desarrollo económico en el sector primario, en particular por la producción de exportación de café, cacao, plátano, papaya, mango y soya. Así puede decirse que la región fronteriza se ha estructurado a partir de procesos productivos primarios, los cuales se organizan en unidades privadas empresariales de distinta escala y grado de desarrollo, así como en economías campesinas, ejidales o minifundio privado atomizado, de autoconsumo y pequeña producción mercantil (Ordoñez C., 1997).

Pese a las adversidades que imponen la lejanía geográfica, la limitada infraestructura y la inserción subordinada en la economía global, la agricultura de exportación ha sido el pilar fundamental en el desarrollo económico regional. Por



más de un siglo, los productores agrícolas han aprovechado las ventajas climáticas, la fertilidad de la tierra y las capacidades productivas focalizadas en el mercado externo, es decir, en su larga duración, la agricultura de exportación se ha comportado en todo momento como la actividad sobre la cual gira la economía regional. De tal forma que se puede afirmar que la economía ha estado más vinculada e integrada a los circuitos comerciales internacionales que a los propios del mercado nacional (Santacruz E., y Pérez E., 2009).

La región fronteriza tiene como especificidad básica la dimensión de contigüidad con el país vecino, lo cual determina la posibilidad de presentar similitudes en las características de las economías y sociedades regionales. Entre otras características estructurales, el Soconusco, Chiapas y San Marcos, Guatemala, comparten similitudes en el patrón de desarrollo económico primario exportador con cierta diversificación en la producción agrícola, que requiere de altos volúmenes estacionales de fuerza de trabajo (Ordoñez C., 1997:252). En este patrón ha prevalecido la fuerza laboral de trabajadores guatemaltecos que concurren a la agricultura de exportación que se produce en la frontera sur de Chiapas, pero incluye también una diversidad de trabajadores fronterizos que regresan quincenal, semanal o incluso diariamente a su residencia habitual (González A., 2006; López M., 2008; Dardón J., 2003; Renard M., 1992).

La región ha atravesado por dinámicas de cambio y continuidad determinadas por los momentos de bonanza y crisis económica de la agricultura de exportación. Entre estos procesos de crisis destaca el que vivió el sector cafetalero a fines de los años 80; la reducción de la producción de soya y cacao y las enormes pérdidas que ha enfrentado la producción de plátano por motivo de la política económica neoliberal y de los fenómenos naturales que son constantes en la región (Peña J., 2005). En este periodo, la base productiva se ha sometido a los mandatos de los vaivenes del consumo externo y del comportamiento de los precios internacionales y en este contexto, los productores han venido encarando una sostenida depresión de sus precios, al grado que en el caso del café, el gobierno tuvo que implementar un programa de compensación de los precios de producción. Este

ejemplo del café revela la vulnerabilidad socio-económica y estructural sobre la que se cimienta la economía de Soconusco en general, y de la ciudad de Tapachula, en particular (Montoya G., 2009).

A pesar de la situación de crisis estructural por la que atraviesa el sector primario, para inicios del s. XXI, la actividad económica de la región depende, en gran medida, de las actividades agropecuarias. Dentro del estado de Chiapas, más del 50% del valor total de la producción agrícola se encuentra en la región de Soconusco; asimismo, la población que labora en el sector primario rebasa el 50% (Fomento Económico de Chiapas, 2007).<sup>36</sup> El café, plátano y mango representan más de 80% de la producción agrícola total; y el resto se distribuye los cultivos de maíz, cacao y ajonjolí, así como la producción de flores y follajes “exóticos” para la exportación. De esta manera, se constata que la agricultura de exportación ha sido el pilar de la actividad económica regional y un factor importante en la conformación de los mercados de trabajo rurales (temporales y estacionales) caracterizados por el trabajo asalariado mal remunerado y flexible, sin derechos sociales, deficientes condiciones de higiene y seguridad, y con grandes movimientos poblacionales” (Santacruz E., y Pérez E., 2009: 58).

Respecto a los otros sectores de la economía, se encuentra que la manufactura en el sur de Chiapas muestra un desempeño muy por debajo del nacional, dominando la presencia de pequeños y micro-establecimientos que operan a baja escala y con pocos trabajadores (Fomento Económico de Chiapas, 2007). En contraposición con lo que ocurre en el ámbito de la manufactura, el sector terciario ha ido colocándose entre los de mayor importancia para la economía regional, concentrando este rubro de actividad en las urbes. En los últimos años, el crecimiento de ciudades como Tapachula ha favorecido el incremento de la demanda de mano de obra para trabajar en la construcción, así como en el sector

---

<sup>36</sup> Un análisis más detallado a nivel de los municipios más importantes por su población y actividad agrícola, muestra que en el año 2000, Unión Juárez tenía 58.6% de su población ocupada en el sector primario, Tuxtla Chico el 40.5%, Suchiate 44.2%, Huixtla 28.7% y Tapachula –el municipio más importante- sólo 18% (Villafuerte, 2004 citado en Montoya G., 2009).

de los servicios; en ambos sectores se cuenta con una importante participación de trabajadores guatemaltecos y de otros países centroamericanos (Castillo, M.A. 2005).

A la par de estos procesos, en la región de Soconusco se ha registrado un importante fortalecimiento de las actividades ilícitas (narcotráfico, trata de personas) altamente lucrativas. En este marco se asevera que el modelo de desarrollo impulsado en la región, no ha promovido un crecimiento económico equitativo, y mucho menos un desarrollo sustentable y equilibrado (Montoya G., 2009).

- **Marginalidad socio-económica en una micro-región de riqueza**

Chiapas es el segundo estado con mayor marginación del país, desde el punto de vista socioeconómico y demográfico.<sup>37</sup> En 2005, los municipios ubicados en los Altos de Chiapas concentraban los grados de mayor marginación; y el municipio de Sitalá, ubicado en la zona Norte-Selva ocupaba el segundo lugar dentro de los municipios más marginados a nivel nacional (CONAPO, 2000). Para inicios de la década del 2000, 23% de la población chiapaneca de 15 o más años de edad era analfabeta, 50% no terminó la primaria, casi uno de cada cinco habitantes ocupaba viviendas sin drenaje ni sanitario; 12% reside en viviendas sin energía eléctrica, uno de cada cuatro sin agua entubada, cuatro de cada diez personas habita en una vivienda con piso de tierra, casi dos de cada tres viven hacinados. La gran mayoría es de bajos ingresos siendo que el 76% de la población gana dos salarios mínimos o menos, y 61% vive en localidades pequeñas con menos de 5000 habitantes” (Uribe F., 2005).<sup>38</sup>

---

<sup>37</sup> El índice de marginación es una medida resumen que permite diferenciar entidades federativas y municipios de acuerdo con el impacto global de las carencias que padece la población, tales como: falta de acceso a la educación, residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios insuficientes y las residencias de las personas en localidades pequeñas. De acuerdo con CONAPO 1995-2000, Chiapas junto con la población de Oaxaca, Guerrero y Veracruz quedó clasificada entre aquellas que tuvieron los índices más altos de marginación.

<sup>38</sup> Las mayores desigualdades se concentran en la población indígena. Según el censo del INEGI de 2005, Chiapas cuenta con 4.293.459 habitantes, ocupando el séptimo lugar de las entidades estatales más pobladas del país. En el estado la población indígena representan 23% de la población total, y existen más de quince grupos étnicos, entre los que destacan: tzeltales (37.9% del total de la población indígena); tzotzil (33.5%),

La pobreza y marginación caracterizan al estado de Chiapas, pero se observan desigualdades regionales. De acuerdo con el INEGI (2000), los municipios que integran la región de Soconusco están clasificados en mejor nivel de bienestar socioeconómico respecto a los municipios totales del estado de Chiapas. En otras palabras, la población no es la más rezagada desde el punto de vista socioeconómico y demográfico en el ámbito estatal, aunque sí lo es a nivel nacional (Uribe F., 2005).

Sin embargo, en contraste con la riqueza de recursos naturales, en Soconusco, amplios sectores de la población viven en condiciones de pobreza y alta marginación.<sup>39</sup> Las estimaciones realizadas por CONAPO (2000) indican que 14 de los 16 municipios de la región tienen un grado de marginación alta, sólo los municipios de Huixtla y Tapachula presentan un grado de marginación media (cuadro 3.1).

**Cuadro 3. 1**

Municipios fronterizos de Soconusco, Chiapas: indicadores socioeconómicos e índice de marginación 2005													
Entidad federativa / Municipio	Población total	% Población de 15 años o más	% Población sin primaria completa de 15 años o más	% Ocupantes en viviendas sin drenaje ni servicio sanitario exclusivo	% Ocupantes en viviendas sin energía eléctrica	% Ocupantes en viviendas sin agua entubada	% Viviendas con algún hacinamiento	% Ocupantes en viviendas con piso de tierra	% Población en localidades con menos de 5 000 habitantes	% Población ocupada con ingreso de hasta 2 salarios mínimos	Índice de marginación	Grado de marginación	Lugar que ocupa en el contexto estatal
Cacahoatán	40975	17.7	39.0	3.5	4.3	17.9	61.3	17.2	63.5	80.2	0.091	Alto	106
Frontera Hidalgo	10902	21.5	38.8	6.3	4.3	39.9	55.8	36.1	100.0	77.9	0.508	Alto	81
Metapa	4806	18.9	34.2	6.3	3.2	32.0	53.7	26.4	100.0	65.3	0.124	Alto	105
Suchiate	32976	21.1	47.1	7.2	4.9	35.9	60.5	31.3	56.2	78.4	0.454	Alto	89
Tapachula	282420	11.6	29.0	4.3	2.7	34.4	49.9	22.1	29.8	61.8	-0.442	Medio	115
Tuxtla Chico	34101	20.7	36.8	8.8	3.9	52.4	59.9	28.0	80.6	72.3	0.420	Alto	91
Unión Juárez	13459	17.3	40.7	4.3	4.2	15.9	60.5	21.1	100.0	85.2	0.303	Alto	94

Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005, y Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2005

choles (16.9%), zoques (4.6%) y tojolabales (4.5%). A pesar de su importancia y diversidad multicultural, históricamente las poblaciones indígenas de Chiapas han enfrentado las consecuencias de la marginalidad que se expresan en precarias condiciones de vida, discriminación y exclusión social.

<sup>39</sup> “El concepto de marginación empleado por el CONAPO, permite dar cuenta del fenómeno estructural que surge de la dificultad para propagar el progreso técnico en el conjunto de los sectores productivos, y socialmente se expresa como persistente desigualdad en la participación de los ciudadanos y grupos sociales en el proceso de desarrollo y en el disfrute de sus beneficios” (Cortés Fernando, 2006).

En los municipios fronterizos, la alta marginación se refleja en la falta de acceso a la educación, residencia en viviendas inadecuadas y la percepción de ingresos monetarios insuficientes que enfrentan amplios sectores de la población, así como en los inadecuados, y en ocasiones ausentes, servicios de control de excretas, de abastecimiento de agua, de disposición de desechos sólidos y en la contaminación ambiental. En este marco de desigualdades, la ciudad de Tapachula concentra los recursos sociales, económicos y de salud.

- **Tapachula: centro urbano de la región**

En Soconusco, se ubica Tapachula de Córdoba y Ordoñez, ciudad que por su ubicación fronteriza y por su actividad política, económica y dinámica demográfica es considerada como el centro de la región, así como la urbe de mayor importancia después de la capital estatal. La ciudad se encuentra a 400 kilómetros de la capital del Estado, Tuxtla Gutiérrez, a 27 km de Puerto Chiapas (antes Puerto Madero) y a 30 kilómetros de Ciudad Hidalgo que hace frontera con la localidad de Tecún Umán, Guatemala.

Esta ciudad que es la cabecera del municipio de Tapachula, junto con las localidades de Puerto Madero, Raymundo Enríquez, Viva México, 20 de Noviembre y Llano de Lima, son los principales asentamientos del municipio que está integrado por 497 localidades dispersas y divididas en caseríos, poblados y fincas (Martínez G., 2009). De acuerdo con Instituto Nacional de Geografía y Estadística (2010), la población total del municipio de Tapachula es de 320,451 habitantes (48% son hombres y 52% mujeres) cifra que representa alrededor del 42% de la población de Soconusco; y 72.1% de la población municipal es considerada urbana y el resto rural (Cuadro 3.2). El municipio cuenta con una densidad de población de 310 habitantes por km<sup>2</sup>, en una superficie de 93,615 ha. La estructura poblacional no varía significativamente del promedio nacional y estatal, y muestra una población mayoritariamente joven, 63% de sus habitantes son menores de 30 años y la edad mediana es de 22 años.

**Cuadro 3.2**  
**Características socio-demográficas de los siete municipios fronterizos de Soconusco**

<b>INDICADORES</b>	<b>TUXTLA CHICO</b>	<b>UNIÓN JUÁREZ</b>	<b>SUCHIATE</b>	<b>CACAHOATÁN</b>	<b>TAPACHULA</b>	<b>METAPA</b>	<b>FRONTERA HIDALGO</b>
Población total, 2010 *	37,737	14,089	35,056	43,811	320,451	5,033	12,665
Nacimientos, 2008 *	1,299	510	795	1,353	5,958	153	692
Defunciones generales, 2009*	251	76	203	268	1727	36	69
Población indígena 2005	72	236	99	792	2193	16	26
% de primaria completa 2005	15.2	16.0	16.0	15.2	16.0	16.1	16.4
% Población analfabeta 2005	21.6	18.5	22.1	19.4	12.4	17.7	23.0
% Población rural 2005	71.6	56.5	44.7	59.3	27.9	48.1	71.6
% PEA.	22.2	25.8	28.2	25.6	20.0	22.4	22.1
% Población por rama de actividad							
Sector Primario	40.5	58.6	44.2	51.0	18.0	27.9	49.7
Sector Secundario	13.8	8.6	10.2	11.6	16.5	15.9	10.4
Sector Terciario	42.9	31.5	42.5	35.8	62.7	51.7	37.4

De acuerdo con CONAPO, en el año 2000, el 72.5% de las viviendas particulares habitadas en el municipio eran propiedad de sus habitantes y el 26.9% no eran propias. En promedio, cada vivienda la ocupaban 4.36 habitantes. Los indicadores de marginación muestran que, alrededor de 7% de las viviendas no disponen de energía eléctrica, 12.3% no contaban con servicios públicos básicos (drenaje y agua potable) en casa, el 54.6% de la viviendas presentaban algún nivel de hacinamiento y 27% tenían piso de tierra (CONAPO, 2000). Asimismo, los indicadores que conforman el índice de marginación, muestran que 12.4% de la población tapachulteca de 15 años y más era analfabeta, 34.3% no tenía la primaria completa, y 60.9% percibía sólo dos salarios mínimos (Cuadro 3.2).

La ciudad de Tapachula, al igual que otras ciudades fronterizas, se desarrolló en función del crecimiento de las actividades económicas rurales, del comercio, los servicios y la administración del Estado (Ordoñez C., 1997). Se tiene registro de que, desde el s. XIX este centro urbano se configuró como la capital político-económica del modelo de plantaciones que ha tenido efectos multiplicadores en el

resto de las ramas productivas desarrolladas en Chiapas y Guatemala (Montoya G., 2009).

Actualmente, la ciudad es un centro económico y comercial de importancia, regional y nacional. Al histórico modelo primario exportador que sustenta la economía se ha sumado un acelerado crecimiento del sector servicios. En el año 2000, se estimó que la mayor parte de la PEA de la ciudad de Tapachula (62.7%) estaba empleada en actividades relacionadas con el comercio o la oferta de servicios, mientras que en los niveles regional y estatal el comportamiento fue de 48.1% y 37.3%, respectivamente (Gobierno del Estado de Chiapas, 2007). En esta urbe, como en el resto del país, la extensión del sector servicios (formal e informal) es un proceso que ha estado vinculado con la proliferación de ocupaciones marginales terciarias que involucran tanto a la población local como a los grupos móviles y migrantes.

Además de concentrar el poder político y las finanzas públicas, Tapachula “es una ciudad mercado”. No sólo los habitantes de los pequeños municipios vecinos como Cacahoatán, Tuxtla Chico, Frontera Hidalgo, Suchiate, Tuzantán, Huhuetán y Mazatán, sino los que se encuentran a más de 80 kilómetros hacia el noroeste, llegan a ella a efectuar sus compras o vender sus productos. También es muy importante el intenso intercambio comercial con Guatemala” (Arreola A., 1995: 58). Por ello, se dice que Tapachula es una ciudad determinada por la dinámica de la franja fronteriza y por el conjunto de fenómenos históricos de alta movilidad poblacional que obedecen tanto a su ubicación geográfica como a procesos de carácter estructural. Su condición fronteriza, le otorgó un lugar central que ha traspasado la frontera nacional en su calidad de proveedora de bienes y servicios, atrayendo flujos migratorios nacionales y provenientes de Guatemala, además de los centroamericanos que arriban a la ciudad para proseguir su camino hacia la frontera norte de México (Castillo, M.A., 2002; Kauffer E., 2002).

La constitución histórica de la ciudad le ha conferido un carácter multicultural. En esta ciudad convergen diferentes grupos étnicos mayas, así como grupos procedentes de diferentes partes del mundo, principalmente alemanes (capitalistas

finqueros que arribaron desde el s. XIX), chinos y libaneses.<sup>40</sup> “A lo largo de las últimas tres décadas, esta riqueza cultural se ha complejizado debido a la intensificación de la movilidad y migración de ciudadanos provenientes de más de 56 países” (Leyva R., et al. 2011). Por ello, se coloca como una de las urbes de mayor importancia en el sureste de México, al ser contexto de tránsito y destino de numerosas poblaciones móviles y migrantes, entre las cuales figuran, transportistas, visitantes fronterizos, comerciantes, trabajadores agrícolas, trabajadoras domésticas, trabajadoras sexuales y transmigrantes (Castillo M.A., 2004, 2007).

Existen referencias sobre el cambio y permanencia que ha experimentado la ciudad de Tapachula y otras las localidades de Soconusco en las últimas dos décadas. Algunas transformaciones se expresan en términos de las características socio-demográficas, la estructura productiva, la magnitud y tipo de migración, el incremento de las actividades ilícitas o irregulares (narcotráfico, contrabando de armas y mercancías, trata de mujeres, niños y niñas), la importante presencia de militares, la proliferación de bares y centros nocturnos, entre otros. Sin embargo, una constante es la pobreza y desigualdad social que enfrentan numerosos grupos de la población local, móvil y migrante (Castillo M., 2000, 2004; Casillas R., 2005; Villa B., et al. 2004; Bronfman, et al. 2004).

### ***3.2 La salud poblacional en el Soconusco***

En el siguiente apartado se busca describir la situación de salud que prevalece en las comunidades de Soconusco, Chiapas, a partir de la revisión de indicadores básicos que reflejan diferencias en las necesidades y los perfiles de daños a la salud que presenta la población fronteriza. Posteriormente, se exploran aspectos relacionados con el acceso y la disponibilidad de los servicios públicos de salud que forman parte del sistema institucional del ámbito estatal y local. Aunque el interés se centra en Soconusco, la región forma parte de una entidad mayor. Por

---

<sup>40</sup> Aunque el 81,5% de la población indígena se concentra en las regiones de los Altos, el Norte y la Selva; en la región fronteriza de Soconusco, aún confluyen diferentes grupos étnicos mayas (Kanjobales, Man, Quiché, Tojolabales, entre otros), y otros grupos culturales de la zona costera y de la montaña (Leyva R., et al. 2011).



ello, se inicia con la descripción de la situación de salud a nivel estatal, y después se analiza la información disponible en el contexto de estudio.

- **Perfil de salud-enfermedad en población local**

Los indicadores demográficos y de salud contribuyen a conocer las condiciones de vida de la población chiapaneca en general, y de la población local fronteriza en particular. Este conjunto de indicadores y su comportamiento diferencial están en relación con el grado de desarrollo económico y social, con las necesidades que este mismo desarrollo origina y con el tipo de organización social predominante. Los indicadores clásicos de salud poblacional muestran los desequilibrios y desigualdades en salud que persisten en el estado de Chiapas, sus regiones, localidades y grupos sociales.<sup>41</sup>

#### *Esperanza de vida*

El indicador que ilustra de forma general la resultante del proceso salud-enfermedad es la esperanza de vida al nacer (EVN). Durante las últimas dos décadas, en el Estado de Chiapas, la EVN ha ido en aumento, en 1990 se esperaba que un recién nacido viviera 66.4 años; para el 2000, esta cifra era de 71.6 años. Para 2005, se calcula que la EVN en el estado es de 74.1 años, donde las mujeres tienen una esperanza de vida mayor a los 75 años (76.4) y para los hombres es de 71.7 años. A pesar de ello, Chiapas sigue presentando la menor esperanza de vida en el país,<sup>42</sup> lo cual es un indicador de las precarias condiciones de vida, las inequidades en el acceso a servicios de salud y las importantes diferencias en los niveles de bienestar que afectan a amplios sectores de la población chiapaneca, desigualdades que se exacerban entre la población indígena (INEGI, 2008).

---

<sup>41</sup> Cabe señalar que en la entidad, las desigualdades se expresan incluso en la metodología empleada en los censos, encuestas y otras fuentes de información que contribuyen a reconocer o identificar los perfiles, necesidades y problemas de salud de las poblaciones más marginadas, de forma que los datos pueden variar sustancialmente según los contextos de estudio y las fuentes consultadas (Leyva R., 2010).

<sup>42</sup> A nivel nacional la EVN es de 75.4 años, siendo Baja California y el Distrito Federal las entidades federativas que presentan la mayor EVN con 76.6 años (INEGI, 2008).

A nivel intrarregional se observan diferencias relevantes. Para 1990, la EVN más baja en Chiapas estaba en la Región Altos (escenario del conflicto de 1994), Sierra y Soconusco (ambas fronteras con Guatemala), contrastando con las Regiones Selva, Fronteriza y Frailesca, en las que se observaba una ventaja de más de tres años respecto a las primeras. En ese mismo año, la esperanza de vida de la población masculina de la región fronteriza de Soconusco era de 65 años, y para las mujeres de 70 años. Para el año 1995, a nivel estatal se presenta un incremento general en la EVN, sin embargo, persiste la distribución desigual de la EVN, y corresponde a las mismas regiones (Sánchez G., y Tuñón E., 2004: 272).

Al comparar los indicadores del estado de Chiapas con la expectativa de vida de los departamentos fronterizos de Guatemala, se evidencian disparidades relevantes. En el país vecino, la EVN ha aumentado a 70.8 años (69 años en los hombres y 72.8 en las mujeres). Sin embargo, la población de los departamentos fronterizos de Guatemala continúa mostrando la menor expectativa de vida de todo el país (INDEX Mundi, 2011). Particularmente, en el Departamento de San Marcos, Guatemala -que hace frontera con la región de Soconusco, Chiapas-, la EVN calculada de 1999 al 2002, fue de 63 años para hombres y 64 años para mujeres, siendo menor a la registrada en la población nacional que para esa fecha era de 67 años.<sup>43</sup>

De acuerdo con Dardón (2003), la salud en la franja fronteriza guatemalteca presenta un perfil de morbilidad prevenible con medidas básicas de higiene y educación. Sin embargo, los municipios que limitan con México concentran altos índices de marginalidad y pobreza, la falta de vivienda digna afecta a la mayoría de los hogares, lo que sumado a la infraestructura en salud insuficiente y a la ausencia de médicos, incrementan la vulnerabilidad y riesgos de salud de la población. Como resultado de esa situación, se incrementan las brechas sociosanitarias entre las comunidades fronterizas, las cuales se expresan en los indicadores de enfermedad y muerte. En toda la franja fronteriza de Guatemala

---

<sup>43</sup> La franja fronteriza de Guatemala con México está constituida por 22 municipios que forman parte de cuatro departamentos (San Marcos, Huehuetenango, El Quiché y El Petén).

con México, y particularmente, en el Departamento de San Marcos, las tasas de mortalidad general, infantil y materna están por arriba del promedio nacional de ese país; y más de la mitad de los niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica.

### *Mortalidad*

En cuanto a los indicadores de salud negativos, se encuentra que para el año 2011, la tasa de mortalidad en México fue de 5.0 defunciones por cada 1000 habitantes, cifra que se puede considerar baja, pero que detrás esconde importantes variaciones (SINAIS, 2011). La tasa de mortalidad general en Chiapas es de 4.3 defunciones por cada mil habitantes, cifra que sitúa a la entidad en el vigésimo lugar en cuanto a las tasas registradas en el país. La mortalidad infantil en el estado ha mostrado una disminución en la última década; sin embargo, para el 2011, la tasa es de 18.8 defunciones en menores de un año por cada 1000 nacidos vivos, la segunda más alta del país.<sup>44</sup> De igual manera, Chiapas se mantiene como una de las cuatro entidades federativas que concentra el mayor número de muertes maternas presentando una tasa de incidencia de 82.6 defunciones por cada 100 mil nacidos vivos (INEGI, 2011).

Las principales causas de mortalidad general en Chiapas son: los tumores malignos, enfermedades de corazón, diabetes, accidentes, enfermedades del hígado y enfermedades cerebrovasculares, que en su conjunto ocasionan 53.5% de los decesos. Aunque el análisis indica que las enfermedades crónico-degenerativas son la causa más frecuente de los decesos, la influenza, neumonía y las enfermedades infecciosas intestinales continúan dentro de las diez principales causas de muerte en la entidad (INEGI, 2006, 2009).

Sólo en el año 2008, en la entidad se registraron 15,096 defunciones relacionadas con enfermedades respiratorias agudas y 8,310 muertes vinculadas con la desnutrición calórico-proteica (SINAIS-SSA, 2008). Asimismo, se ha reportado que

---

<sup>44</sup> En Chiapas, una de cada cuatro defunciones en menores de 5 años es producto de una enfermedad diarreica o una infección respiratoria. En contraste, en Nuevo León, sólo una de cada 20 defunciones en menores se debe a este tipo de enfermedades (Secretaría de Salud).

aún con los problemas de registro de casos reconocidos por el sector salud, Chiapas es el estado con el mayor número de muertes relacionadas con la tuberculosis pulmonar; y en las zonas de más alta marginación (como por ejemplo, la región Fronteriza) el número de casos de TB es uno de los más altos registrados a nivel mundial (Sánchez H., y Vargas G., 1999). En todos los casos mencionados se trata de padecimientos relacionados con las precarias condiciones socioeconómicas de la población, la marginalidad territorial y el tipo de la vivienda, la escasez de servicios y las dificultades para el saneamiento del ambiente doméstico y comunitario.

Los datos generados por el ISECH-SSA (2008), muestran que los municipios de Soconusco han registrado las mayores tasas de mortalidad general en la frontera chiapaneca. En el año 2007, se estimó que la tasa de mortalidad general en los diecinueve municipios fronterizos de la entidad fue de 3.8 defunciones por cada 1000 habitantes. La mayor parte de los municipios que están por arriba de la media estatal corresponden a la región fronteriza de Soconusco: Cacahoatán (5.6), Tuxtla Chico (5.6), Metapa (5.1), Tapachula (4.9), Unión Juárez (4.8) y Frontera Hidalgo (4.8).<sup>45</sup> La densidad poblacional y la concentración de la infraestructura en salud en la ciudad de Tapachula, explica el hecho de que este municipio concentre el 64% del total de muertes registradas en la frontera de Soconusco. Por su parte, Cacahoatán concentra el 12.3%, Tuxtla Chico 9.6%, Suchiate 5.5%, Unión Juárez 4.8%, Frontera Hidalgo 3% y Metapa 0.76% del total de muertes.

Como se observa en el cuadro 3.3, las principales causas de mortalidad en los municipios fronterizos son: la diabetes mellitus, la cirrosis hepática y las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades que concentran el 11.3%, el 9.4% y 6.8% de los decesos respectivamente. Las otras causas coinciden con la tendencia estatal, entre las principales diez causas de muerte prevalecen las

---

<sup>45</sup> De acuerdo con el ISECH (2008), once de los diecinueve municipios fronterizos de Chiapas presentan una tasa de mortalidad general que está por arriba de la media estatal (3.83). De éstos, ocho se ubican en la región de Soconusco.

enfermedades crónicas degenerativas y persisten las enfermedades infecto-contagiosas.

**Cuadro 3.3**  
**Principales causas de mortalidad en municipios fronterizos de Soconusco, Chiapas, 2005**

CAUSA	Cacahoatán		Frontera Hidalgo		Metapa		Suchiate		Tapachula		Tuxtla Chico		Unión Juárez		total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	41	17.0	8	13.8	3	10.3	15	11.4	151	10.1	22	10.5	13	16.7	253	11.3
Diabetes mellitus	21	8.7	7	12.1	0	0.0	14	10.6	149	10.0	12	5.7	8	10.3	211	9.4
Enfermedades isquémicas del corazón	10	4.1	3	5.2	1	3.4	4	3.0	81	5.4	47	22.4	6	7.7	152	6.8
Enfermedades Cerebrovasculares	11	4.6	4	6.9	0	0.0	0	0.0	59.0	3.9	6	2.9	4	5.1	84	3.7
Enfermedades infecciosas intestinales	15	6.2	1	1.7	0	0.0	0	0.0	50	3.3	4	1.9	4	5.1	74	3.3
Ahogamiento y sumersión accidentes	4	1.7	1	1.7	0	0.0	7	5.3	41	2.7	5	2.4	5	6.4	63	2.8
Tuberculosis	8	3.3	1	1.7	1	3.4	3	2.3	35	2.3	5	2.4	2	2.6	55	2.5
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	0	0.0	2	3.4	0	0.0	0	0.0	51	3.4	0	0.0	1	1.3	54	2.4
Desnutrición calórico protéica	6	2.5	1	1.7	1	3.4	3	2.3	37	2.5	0	0.0	1	1.3	49	2.2
Agresiones (Homicidios)	4	1.7	4	6.9	0	0.0	7	5.3	24	1.6	5	2.4	2	2.6	46	2.0
Otras causas	121	50.2	26	44.8	23	79.3	79	59.8	818	54.7	104	49.5	32	41.0	1203	53.6
<b>TOTAL</b>																
<b>PRINCIPALES</b>	<b>241</b>	<b>100.0</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100.0</b>	<b>132</b>	<b>100.0</b>	<b>1496</b>	<b>100.0</b>	<b>210</b>	<b>100.0</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>	<b>2244</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Elaboración propia con base en los datos generados por el ISECH/SSE/INEGI, 2005

El menor desarrollo socio-económico y el rezago social en Chiapas, ha tenido implicaciones para la salud sexual y reproductiva de su población. Durante el 2001-2006, se mantuvieron las morbilidades que, mal atendidas o no atendidas, se convierten en las principales causas de muerte asociadas a la maternidad: preeclampsia-eclampsia, hemorragia obstétrica, sepsis puerperal y parto obstruido (Freyermurth G., 2003, 2010). Asimismo, en 2008, los tumores de próstata, mama y cuello de útero figuraron entre las principales causas de mortalidad, ocasionando, en su conjunto, 14,019 defunciones (SINAIS-SSA, 2008).

A lo largo de las últimas tres décadas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) ha ganado terreno como causa de mortalidad en el Estado. Hasta el 2006, Chiapas se ubicaba en el cuarto lugar por el número de defunciones registradas a nivel nacional. Para ese año, se registró un total de 3,835 casos de SIDA, de los cuales, 40% había fallecido y 719 casos más de personas con el VIH y que aún no manifestaban ningún síntoma (Aguilar M., y Jiménez H., 2007).

- **Recursos y servicios de salud**

En Chiapas, la situación del acceso a los establecimientos, bienes y servicios básicos es injusta para las poblaciones más vulnerables y marginadas, y ello necesariamente repercute en las condiciones de vida y salud e impone importantes retos al sistema de salud. En un contexto histórico caracterizado por el debilitamiento de los sistemas públicos de salud, la creciente polarización social y diferenciación en la prestación médica, amplios sectores de la población continúan enfrentando importantes dificultades y barreras de acceso a los servicios de salud (ECOSUR).

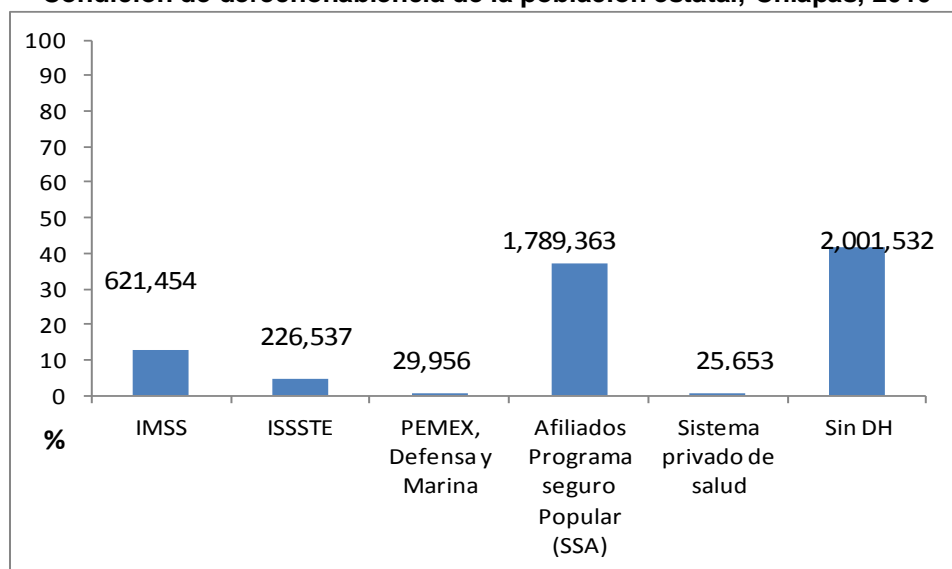
En Chiapas, como en el resto del país, se cuenta con un sistema de salud fragmentado, conformado por diversas instituciones públicas y privadas. Los datos oficiales indican que en 2005, 76% de la población chiapaneca no contaba con ningún tipo de afiliación a servicios públicos de salud; en 2010, dicha proporción disminuyó a 42% (INEGI, 2010). En ese año, alrededor del 18% de la población era derechohabiente de instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Defensa o Marina). Como se muestra en la figura 3.2, 37% de la población estatal tuvo acceso a servicios públicos de salud a través del “Programa Seguro Popular” coordinado por la Secretaría de Salud (INEGI, 2010). Aunque los datos oficiales muestran que en los últimos años ha habido un incremento de la cobertura con el Seguro Popular, la atención en salud es insuficiente, en parte porque no ha habido un fortalecimiento de la capacidad instalada de los servicios de salud del ISECH-SSA.

De acuerdo con el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH, 2009), en la entidad hay 1251 unidades para la atención en salud en el sector público, divididos en 1203 establecimientos para consulta externa (CE), 547 unidades móviles, 46 unidades de hospitalización (H) y 2 de especialidades (E). El subsector de seguridad social concentra el 7.3% (n=91) de los servicios públicos de salud disponibles en el Estado: el IMSS cuenta con 31 unidades médicas (27 CE y 4 H) donde se atiende alrededor del 63% de la población derechohabiente; el ISSSTE

brinda atención en 48 unidades (44 CE y 4 H) con un 29% de cobertura; y el ISSTECH con 12 establecimientos y una cobertura poblacional de 8%.<sup>46</sup>

La mayor parte de las unidades de salud (92.7%) en servicio a nivel estatal está contenida en el subsector de asistencia social, donde potencialmente se atiende al segmento de la población que no es derechohabiente y a la cual se le puede otorgar atención médica con los recursos y/o materiales disponibles en las siguientes instituciones: IMSS Oportunidades con 562 unidades, ISA con 467 unidades, CRM con 7 unidades y DIF con 124 unidades (ISECH, 2009).

**Figura 3.2**  
**Condición de derechohabiencia de la población estatal, Chiapas, 2010**



Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2010.

A nivel regional, nuevamente se observan desigualdades relevantes. El procesamiento de los datos censales publicados por el INEGI (2010), indica que en los siete municipios fronterizos de Soconusco, Chiapas, 35% de la población contaba con afiliación a las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, ISSTECH) y el 65% sólo podía tener acceso a los servicios de salud que

<sup>46</sup> De acuerdo con el ISECH (2009), el concepto de población derechohabiente sólo es aplicable al registro de aquel conjunto de personas que por ley tienen el derecho de recibir prestaciones en especie o en dinero por parte de las instituciones de seguridad social. Este grupo comprende a los asegurados directos o cotizantes, pensionados y a los familiares o beneficiarios de ambos. Por lo que respecta a las instituciones de asistencia social, su universo queda conformado por el segmento de la población total que no es derechohabiente.

corresponden al subsector de asistencia social (la SSA o del IMSS Oportunidades).

En la región de Soconusco, se concentra alrededor del 13% de los servicios públicos de salud disponibles en el Estado. Esta región cuenta con 151 clínicas de consulta externa, 1 establecimiento de especialidades y 7 de hospitalización general para dar cobertura de salud a la población. Los datos generados por el ISECH-SSA (2009), indican que del total de unidades médicas disponibles en toda la región de Soconusco, 84.3% están ubicadas en los seis municipios (Metapa, Tuxtla Chico, Unión Juárez, Suchiate, Cacahoatán, Frontera Hidalgo y Tapachula) que hacen frontera con Guatemala. En su conjunto, los servicios de salud disponibles en estos municipios representan el 10.7% del total de la infraestructura estatal.

A su vez, en la región fronteriza, se reconocen importantes desigualdades en la distribución de la red de servicios de salud. Tapachula, el municipio más importante de Soconusco, concentra la mayor parte de la infraestructura en salud, ya que cuenta con un total de 117 unidades médicas (109 CE, 7 H y 1 E), las cuales representan el 87.3% de los servicios disponibles en los seis municipios fronterizos, 71% del total de servicios públicos de la región de Soconusco y 9.4% de los servicios de salud disponibles en el ámbito estatal.

En Tapachula, 91 unidades de consulta externa son del IMSS-Oportunidades y 12 del ISECH-SSA, por lo tanto, sólo 12% de la capacidad instalada está a cargo de la Secretaría de Salud. Esta distribución se replica en los otros municipios fronterizos, ya que del total de unidades de consulta externa, 72.2% pertenecen al IMSS-Oportunidades y 14.3% a la SSA. Aunque en la región hay unidades de primer nivel que cuentan con certificación y núcleo básico de atención frecuentemente, los servicios básicos de salud carecen de recursos financieros, materiales y humanos.<sup>47</sup>

---

<sup>47</sup> Los autores del Diagnóstico pueblos excluidos y el derecho a la salud en Chiapas (ECOSUR), señalan las múltiples barreras económicas, políticas y culturales que impiden el goce del derecho a la salud en Chiapas, ya que es el estado con menor gasto en salud (581 pesos per cápita, comparado con 2 mil 255 pesos en Baja



En Tapachula, la proporción de médicos por 1000 habitantes es más alta que en todos los otros seis municipios de la región porque en esta ciudad se concentran los servicios hospitalarios. Debido a las dificultades para obtener datos desagregados de los médicos que laboran en unidades hospitalarias y en unidades de primer nivel, se incrementa el promedio de médicos en este municipio. A pesar de estas limitaciones, los datos muestran importantes disparidades, sólo en Tapachula, los servicios de salud que forman parte del subsector de la seguridad social cuentan con 5 médicos por 1000 habitantes, mientras que en las unidades de la asistencia social se estima 1.2 médicos por 1000 habitantes (cuadro 3.4).

**Cuadro 3.4**

Disponibilidad de recursos de atención médicas para consulta externa en instituciones de asistencia social y de seguridad social en municipios fronterizos, 2005						
Asistencia social *				Seguridad Social**		
Municipios	Población no derechohabiente	Unidades de consulta externa por 10000 habitantes	Médicos por 1000 habitantes	Población derechohabiente	Unidades de consulta externa por 10000 habitantes	Médicos por 1000 habitantes
Tuxtla Chico	26,086	1.2	0.7	7,659	0.0	0.1
Unión Juárez	10,486	1.9	0.9	2,883	0.0	1.7
Suchiate	25,531	0.8	0.6	6,926	2.9	0.9
Cacahoatán	31,268	0.6	0.6	9,518	2.1	0.9
Tapachula	161,591	6.6	1.2	113,100	0.3	5.0
Metapa	3,521	2.8	0.3	1,125	0.0	0.0
Frontera Hidalgo	9,130	2.2	0.5	1,693	0.0	0.6
<b>Total municipios</b>	<b>267,613</b>	<b>4.4</b>	<b>0.9</b>	<b>142,904</b>	<b>0.6</b>	<b>4.1</b>
<b>Total estatal</b>	<b>3,278,815</b>	<b>3.5</b>	<b>0.8</b>	<b>861,443</b>	<b>1.1</b>	<b>2.0</b>

\* IMSS-Oportunidades, SSA, CRM y DIF

\*\*IMSS, ISSSTE, ISSTECH

California Sur. Los autores afirman que existe una relación inversa entre las tasas de marginación y el gasto en salud, ya que el gasto es 20 veces mayor para la población asegurada que la no asegurada.

De los siete municipios fronterizos, sólo la ciudad de Tapachula cuenta con unidades de segundo y tercer nivel de atención a la salud, en total tiene 7 hospitales y una unidad de especialidades. Dos unidades de segundo y tercer nivel forman parte de la red de servicios del Instituto de Salud del estado de Chiapas (ISECH): El Hospital General de Tapachula Dr. Silvio González López y el Centro de Alta Especialidad Ciudad Salud.

El Hospital General que ahora está ubicado en la Carretera Antiguo Aeropuerto, fue creado a finales del s. XIX. En ese periodo se le conocía como Hospital Civil y estaba ubicado al norte de la ciudad. Para la década de 1960, esta unidad de salud ya tenía un alcance regional y dependía de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En 1990 se construyeron las nuevas instalaciones con una capacidad instalada para 120 camas; y en 1992, se amplió la infraestructura bajo la tutoría de los servicios estatales de salud (actualmente ISECH) (Fajardo G., 2005). En las últimas dos décadas, la eficiencia de los servicios proporcionados en esta unidad se han visto afectados por los constantes recortes presupuestales y cotidianamente, tanto la población usuaria como el personal enfrentan las consecuencias de la sobresaturación (El Diario del Sur, 2010).

Por su parte, Ciudad Salud se inauguró el 28 de marzo de 2006 con el propósito de brindar atención de alta especialidad a la población regional que no cuenta con seguridad social. Sólo se construyó una sexta parte del proyecto inicial que requirió una inversión de poco más de 500 millones de pesos. A pesar de la inversión, por lo menos en el periodo 2006-2009, prevalecía en la sociedad la percepción de que esta unidad funcionaba como otro “elefante blanco” Sin embargo, a decir de los representantes institucionales, en los últimos años este centro de tercer nivel se ha constituido como una unidad de referencia para la población local y regional. En 2005, en esta unidad se practicaron 22,449 consultas de patologías complejas, entre las que destaca la colocación de marcapasos, trasplantes y neuro-intervenciones (Ochoa I., 2009).

Si bien en la región se han hecho esfuerzos por fortalecer las unidades hospitalarias, la capacidad para atender a la población regional es insuficiente. Los

recursos públicos para la población –sobre todo la no derechohabiente- son considerablemente menores a los costos de operación (principalmente medicamentos, materiales de curación y otros insumos y servicios básicos) y esto limita la capacidad de respuesta del sistema. Lo anterior se agrava por el decremento del personal médico, registrado desde el 2007, tanto en las instituciones de seguridad social como en las de asistencia social (Montoya G., 2009).

### ***3.3 Acceso a servicios públicos de salud para población migrante***

La ubicación geográfica y el modelo de desarrollo impulsado en el Soconusco, lo sitúa como un territorio de tránsito y destino de diversas poblaciones móviles y migrantes. Se sabe que Chiapas registra la dinámica migratoria más intensa de todos los estados fronterizos del sur y, específicamente en dicha región, es donde ocurre el mayor número de desplazamientos de poblaciones que provienen de los diferentes países de Centroamérica (Castillo M.A., 2008). En esta región se reconocen diversas modalidades de movimientos poblacionales, cuya importancia relativa puede variar entre las diferentes localidades. En los contextos interfronterizos se escenifica un tránsito intenso de personas con perfiles, destinos y temporalidades diversas (Bronfman M., et al. 2004). En su territorio son vigentes los históricos desplazamientos temporales de trabajadores/as agrícolas migrantes, la presencia de la población extranjera residente, la movilidad de trabajadoras/es que se incorporan a actividades terciarias en los principales centros urbanos, así como el flujo sostenido de migrantes centroamericanos en tránsito que cruzan por México con la intención de llegar a los Estados Unidos (Castillo M., 2008, 2007, 2004).

En una región donde las relaciones inter-fronterizas y la movilidad constituyen la norma, las poblaciones móviles y migrantes presentan necesidades de salud y requieren de servicios públicos de salud. Si bien es cierto que el sistema jurídico mexicano y las recientes reformas a la legislación relacionada con la migración y la salud protegen los derechos humanos y particularmente el derecho a la salud

de las personas migrantes, éstos sólo adquieren sentido cuando se generan las condiciones para su aplicabilidad. Sin embargo, en el contexto de creciente polarización social, los grupos móviles y migrantes continúan enfrentando grandes dificultades para acceder al sistema de salud en México.

Como se revisará en el Capítulo VIII, uno de los grupos que tiene una alta presencia en la región fronteriza es el de los migrantes centroamericanos que van en tránsito hacia los Estados Unidos. Una parte de estos migrantes es detenida por las autoridades migratorias mexicanas en su recorrido por el territorio; otra parte es detenida por la patrulla fronteriza de Estados Unidos y otro grupo logra internarse a territorio estadounidense y permanecer en él (Castillo M., 2000, 2007, 2008). Las condiciones en que ocurre el tránsito migratorio se reconocen como uno de los determinantes de la salud del amplio y heterogéneo grupo de los transmigrantes centroamericanos. El desgaste físico y los riesgos que se enfrentan en un trayecto, así como las graves situaciones de la violencia (física, psicológica y sexual) y la violación sistemática de los derechos humanos son problemáticas que inciden y condicionan la salud de las mujeres y hombres migrantes en tránsito por la frontera sur de México (Leyva R., et al., 2004; Infante C., et al., 2011). La propia dinámica migratoria define el hecho de que los y las migrantes sean una población joven y con una buena condición de salud, sin embargo, en el camino van emergiendo diversas necesidades de atención a la salud; algunas se relacionan con la salud sexual y reproductiva, la prevención del VIH/SIDA y la atención a las consecuencias de la violencia (Leyva R., et al., 2011).

Otro flujo migratorio corresponde a los grupos de trabajadores/as migrantes que se dirigen hacia las localidades de la frontera sur con la intención de ofertar su fuerza de trabajo en las actividades agrícolas y en el sector servicios. Como se revisará en los capítulos VI y VII de la presente tesis, el grupo de la población centroamericana que reside de manera temporal o permanente en las localidades de la frontera sur, el estatus migratorio indocumentado, las formas de inserción laboral, las modalidades de contratación, el desconocimiento de los derechos laborales, constituyen en barreras que limitan el acceso a los servicios públicos de

salud de las instituciones que conforman el subsector de la seguridad social. Aunque los migrantes no conforman un grupo homogéneo, puede decirse que los migrantes residentes comparten una característica común: en este contexto desempeñan ocupaciones marginales terciarias, las cuales se caracterizan por la informalidad, la flexibilidad, la precariedad, la inseguridad y/o por estar estigmatizadas socialmente. Las condiciones de inserción laboral en la sociedad de destino reducen el acceso a recursos para la satisfacción de necesidades básicas y servicios públicos y favorecen la exclusión de los servicios prestados por las instituciones de seguridad social.

En este contexto, las opciones de atención en el sistema público para migrantes se reducen a los servicios orientados para la denominada “población abierta” que presta el Instituto de Salud del Estado de Chiapas. La descripción de la cobertura en los servicios gubernamentales debe partir del hecho de que en las instituciones que conforman el subsector han existido dificultades para generar información sobre la demanda de dichas poblaciones, sus principales necesidades, perfil socio-demográfico, tipos y características de las enfermedades que presentan.

Aunque la prestación de servicios para la población migrante centroamericana y las acciones de salud pública inter-fronteriza (México-Guatemala) cuentan con antecedentes históricos, es hasta inicios de la presente década cuando el ISECH-SSA comenzó a diseñar e implementar procedimientos específicos que permitieran contar con estadísticas sobre la demanda de atención de este sector de la población. En el proceso de diseño e implementación de las políticas estatales y locales (de reciente creación) que consideran el desarrollo de acciones orientadas a mejorar la disposición institucional para atender la problemática relacionada con la migración y la salud, ha sido fundamental la participación de las jurisdicciones sanitarias, sobre todo de las que operan en la región fronteriza del sur de Chiapas.

Las jurisdicciones sanitarias son las instancias técnico-administrativas que cumplen las funciones de planear, programar, instrumentar y controlar la prestación de servicios de atención médica a la población que confluye en el

ámbito estatal, así como coordinar y promover los programas institucionales de salud pública y las acciones intersectoriales con instituciones del sector público, privado y social. La división geo-demográfica y estratégica del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH) está conformada por diez jurisdicciones sanitarias: I- Tuxtla Gutiérrez, II –San Cristóbal, III-Comitán, IV-Villaflores, V-Pichucalco, VI Palenque, VII-Tapachula, VIII-Tonalá, IX-Ocosingo y X-Motozintla.

De acuerdo con los representantes institucionales del ISECH (2008), las necesidades de salud de la población migrante se hacen más visibles en el área de alcance de la Jurisdicción VII de Tapachula, ya que esta región destaca por el volumen de los flujos migratorios que transitan o residen en su territorio:

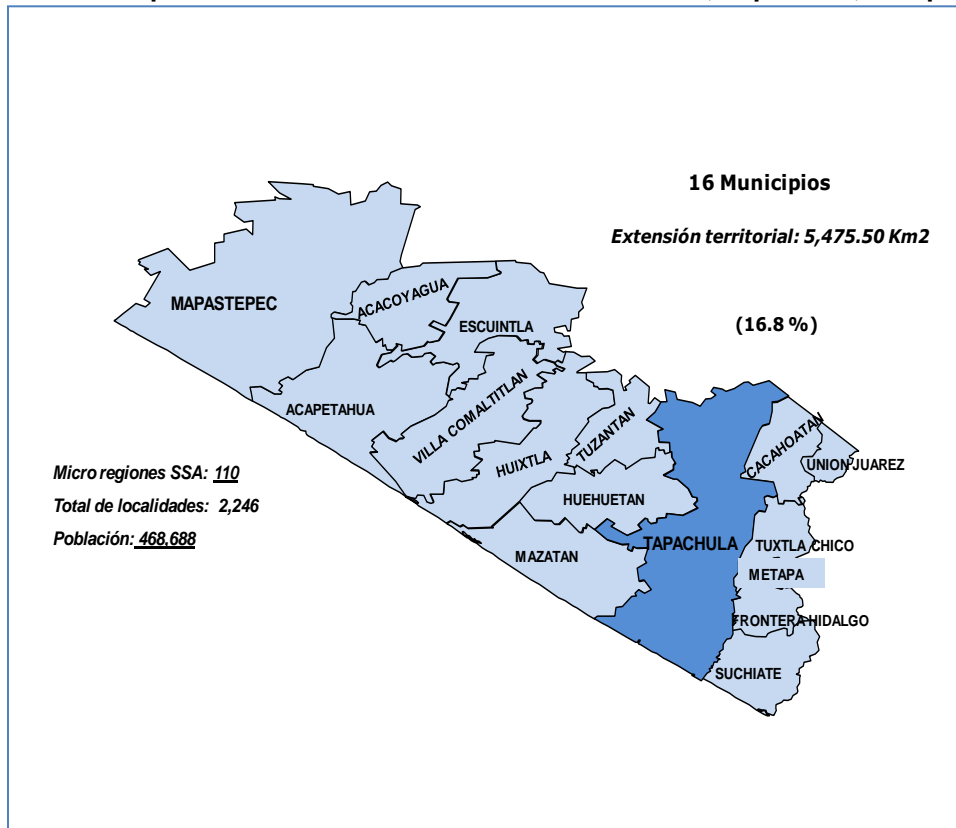
“Este flujo mayoritario de migrantes es explicable toda vez que la región fronteriza de los municipios que corresponden a la Jurisdicción de Tapachula es la de mayor fortaleza económica y con las mejores vías de comunicación, aspectos que estimulan y favorecen al movimiento migratorio (...) En este sentido el proceso salud-enfermedad, en especial de la población migrante, se presenta como un fenómeno necesario y estratégico, el cual se debe conocer de manera clara en cuanto a sus patologías, frecuencia y población afectada (...)” (ISECH; 2008)

La Jurisdicción Sanitaria número VII de Tapachula (JS-VII), es la instancia que coordina las acciones de salud pública y la provisión de servicios de atención médica a la población que confluye en las 2,246 localidades ubicadas en las 110 microregiones de la SSA de los dieciséis municipios de la región de Soconusco (figura 3.3).

De acuerdo con el ISECH, en el área de alcance de la JS VII confluyen las siguientes poblaciones móviles y migrantes: los migrantes “cotidianos” (comerciantes, empleados en servicios formales e informales, trabajadores de la construcción, trabajadoras sexuales, trabajadoras domésticas, trailers), los trabajadores/as agrícolas migrantes, los transmigrantes, refugiados, y entre todos

ellos, las personas que por diferentes motivos y momentos buscan atención a la salud.

**Figura 3.3**  
**Área de responsabilidad de la Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula, Chiapas**



Fuente: CONAPO. Micro regionalización Operativa 2008. Jurisdiccional Sanitaria. No.VII

Aunque los servicios públicos de salud reconocen esta diversidad de poblaciones, hasta hace pocos años los documentos oficiales aseveraban que en la región fronteriza de Soconusco, “no se había observado un impacto de los efectos de la migración en lo que respecta a daños a la salud, esto debido a la falta de atención de los migrantes en las unidades de salud o porque se trata de una población de paso o flotante (ISECH, 2008). Sin embargo, los resultados de estudios que han explorado los sistemas de registro clínico-epidemiológico desarrollados por la JS-VII, muestran si bien existen problemas de notificación y un importante subregistro, los servicios públicos de salud cotidianamente brindan atención a la población extranjera y migrante (Leyva R., Quintino F., y Cerón M., 2011).

De igual manera, los representantes institucionales y profesionales de salud que laboran en la JS-VII, confirman que en los servicios públicos de salud se brinda la atención a personas que forman parte de diversos grupos migratorios que confluyen en la región fronteriza. En general, los profesionales de salud reconocen que en una región donde las relaciones inter-fronterizas y la movilidad poblacional constituyen fenómenos cotidianos, es prioritario contar con la capacidad institucional para dar respuesta a las necesidades de salud de las y los migrantes:

“En esta zona, la migración y el contacto con la población centroamericana han sido la norma. Por ello, cuando nosotros brindamos atención apelamos al derecho a la salud. Creemos que es necesario incluir en la provisión de servicios a toda la población que está en un espacio geográfico específico, sin importar su nacionalidad o condición migratoria. Nuestro papel no es regular la migración sino atender las necesidades de salud de la población (Profesional de salud, JS-VII).

A través de sus diferentes áreas, la JS-VII cuenta con programas que promueven el desarrollo de acciones que incluyen a población migrante. Entre los más relevantes se encuentran: el Programa para la prevención y control del VIH/SIDA/ITS, el Programa de atención a la salud de la mujer, violencia y equidad de género y el Programa de Enseñanza. Estos cuatro programas coordinan las actividades de detección, diagnóstico, prevención, atención tratamiento y seguimiento a personas que forman parte de la población local sin seguridad social como de los diferentes grupos móviles y migrantes (Leyva R., y Quintino F., 2009).

Asimismo, la información disponible indica que entre 2008 y 2009, el Instituto Estatal de Salud de Chiapas (ISECH) a través de la Jurisdicción Sanitaria VII, promueve la creación (2008) de la Coordinación de Atención a la Salud del Migrante (CASM), la cual forma parte del proceso de construcción de una plataforma para el abordaje del fenómeno migratorio que tiene lugar en la frontera



chiapaneca.<sup>48</sup> Por ello, esta Coordinación tiene entre sus funciones mantener estrechos vínculos de trabajo con la Dirección Estatal Atención al Migrante, el Instituto Nacional de Migración, las Comisiones Nacional y Estatal de Derechos Humanos, consulados centroamericanos, albergues y organizaciones de la sociedad civil.

La CASM no sólo ha buscado facilitar el acceso a servicios de salud disponibles en la región fronteriza, sino también sistematizar la información generada por el sistema institucional de los servicios de salud (ISECH-SSA) de los 16 municipios que conforman el área de acción de la Jurisdicción Sanitaria VII. De esta manera, se inició la generación de información sobre morbilidad y mortalidad y de cobertura del sistema de salud a la población migrante (Quintino F., Leyva R., et al. 2011:73).

En un documento interno de la CASM titulado “Diagnóstico de Salud del Migrante” (ISECH-2008), se proporcionan datos que contribuyen a caracterizar las condiciones de salud de las poblaciones migrantes que confluyen en las regiones fronterizas de Chiapas, así como las causas de morbi-mortalidad registradas por las unidades de la SSA. De los diferentes grupos migratorios que confluyen en esta región fronteriza, el diagnóstico destaca el perfil de demanda de servicios de salud de la población migrante residente y la población de migrantes en tránsito hacia los Estados Unidos.

En el diagnóstico del ISECH se menciona que en 15 municipios fronterizos que se identifican como la “ruta del migrante” se ubican hasta 9 tipos diferentes de unidades de salud”, las cuales prestan servicios a todas las personas independientemente de su estatus migratorio. La mayor parte de las acciones de la red de servicios de la JS-VII, se avocan al ámbito de la atención preventiva y curativa, al control de acciones mediante la difusión del “Pasaporte de la Salud”, y

---

<sup>48</sup> Algunas de las instancias recién creadas que abordan el tema migratorio son: La Fiscalía Especializada de Atención del Delito a Migrantes; Secretaría de Desarrollo de la Frontera Sur. Instituto de Comunicación Social e Información Pública del Estado de Chiapas (2008).

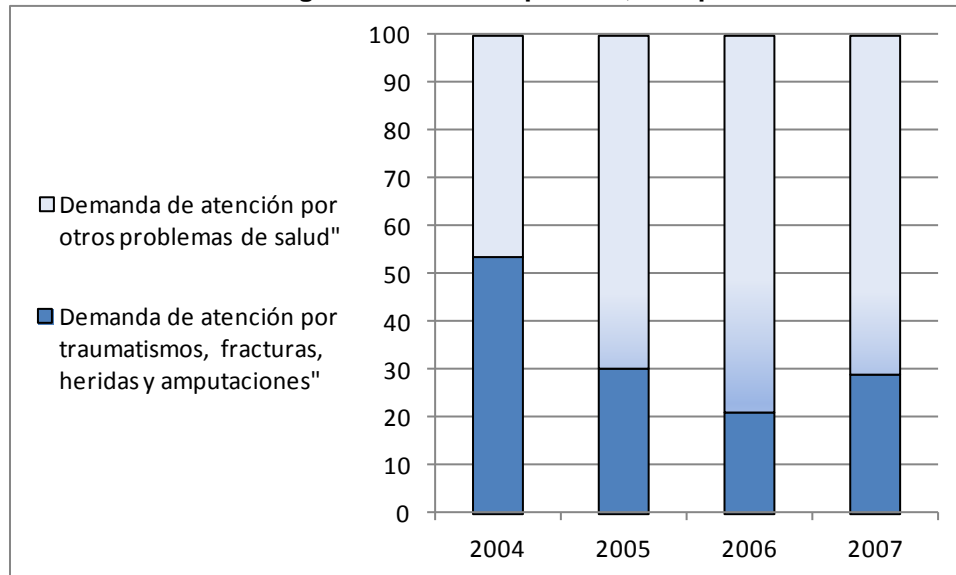
menor medida al seguimiento de casos. Pero la instancia también reconoce la necesidad de reforzar las acciones de salud pública en un contexto fronterizo.

El diagnóstico muestra que las necesidades de salud sexual y reproductiva figuran entre los principales motivos de búsqueda de la atención médica entre la población extranjera o migrante que reside -de manera temporal o permanente- en las localidades fronterizas. Por ejemplo, en el periodo 2004-2007, el Hospital General de Tapachula (SSA), brindó atención médica a un total de 460 migrantes, de los cuales el 20% acudieron para la atención del parto normal y prematuro, 13% por aborto y 15.6% por complicaciones del embarazo. De acuerdo con el ISECH, “los migrantes que permanecen en la región son considerados y tratados como connacionales ya que están inmersos en toda la interacción social de la comunidad” (ISECH, 2008).

El diagnóstico también reconoce la condición de vulnerabilidad y riesgo que enfrentan las personas que forman parte del amplio y heterogéneo grupo de los migrantes en tránsito por la frontera sur; y señala que esta condición de alta desprotección se ve reflejada en el perfil de demanda de los servicios de salud. De acuerdo con los datos presentados en el diagnóstico, sólo en 2007, la Estación Migratoria Siglo XX (INM) proporcionó un total de 10,147 consultas médicas a migrantes “detenidos” o “asegurados”.

Por su parte, los datos generados en el Hospital General de Tapachula (SSA), muestran perfiles de daños a la salud que se vinculan con la vulnerabilidad y riesgo que enfrentan las personas de durante el tránsito migratorio por la frontera sur. Por ejemplo, los datos generados antes de que el Huracán Stan (2005) modificara las rutas migratorias, muestran que los traumatismos, fracturas, amputaciones, lesiones y heridas por arma figuraban como las principales causas de demanda atención médica por parte de migrantes. En 2004, este tipo de daños a la salud concentraba el 52.7% del total de atenciones prestadas a migrantes en unidades de 2º nivel de Tapachula; sin embargo, los datos generados en 2007, es decir, después del Stan, muestran que estos problemas de salud representaban el 29% de las causas de atención (figura 3.4).

**Figura 3.4**  
**Evolución de la demanda de atención médica por parte de población migrante en unidades de segundo nivel de Tapachula, Chiapas**



Fuente: ISECH (2008), Diagnóstico de Salud del Migrante.

En general, los datos presentados en el diagnóstico del ISECH, muestran que en la región fronteriza, el acceso a servicios por migrantes es prácticamente irrestricto en el caso de las urgencias y en la atención de emergencias gineco-obstétricas. Lo mismo ocurre con las consultas ambulatorias e incluso con los casos de internamiento en hospitales. Sin embargo, como se revisará en los siguientes apartados, cuando se trata de enfermedades que requieren atención especializada, de la entrega rutinaria de medicamentos (particularmente para padecimientos crónicos) o de admisión a diferentes programas, la posibilidad de que las personas migrantes accedan a los servicios públicos de salud se reduce significativamente. Este acceso diferencial se puede acentuar cuando se requieren servicios o insumos de alto costo que se gestionan vía las instituciones nacionales o estatales.

En este contexto de creciente polarización social y de diferenciación en la prestación médica, es que resulta relevante explorar el vínculo migración y VIH/SIDA, poniendo especial énfasis en los procesos de búsqueda, acceso y utilización de los servicios de salud para la atención VIH/SIDA que despliegan las personas migrantes afectadas por la epidemia.



## **CAPÍTULO IV.**

### **RESPUESTA SOCIAL Y EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA EN LA FRONTERA**

En este capítulo se identifican los principales actores sociales y de salud que han participado en el desarrollo de la respuesta institucional a la epidemia del VIH/SIDA en la frontera sur de México. También se caracterizan la estructura político-administrativa, las relaciones y las funciones vigentes que tienen los organismos locales, estatales y centrales vinculados con la temática.

A nivel local, destaca la participación del Programa de Prevención y Control del VIH de la Jurisdicción Sanitaria VII (PVIH-JS), instancia que a raíz de los procesos de descentralización administrativa, tiene las funciones de planear, programar, instrumentar y controlar la provisión de servicios de prevención y atención del VIH/SIDA a la población residente y migrante que confluye en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas.

En el primer apartado, se muestra cómo el PVIH-JS en coordinación con las instancias estatales y nacionales ha implementado diversas acciones para mejorar los sistemas de registro epidemiológico en población local y migrante. A nivel local también se han desarrollado procesos de investigación-acción que contribuyen a estimar la frecuencia y distribución del VIH/SIDA en diversos puntos geográficos de la región fronteriza, así como en diferentes poblaciones clave definidas en función de su condición de alta vulnerabilidad social y de salud.

En el segundo apartado del capítulo, se caracteriza la situación de la epidemia del VIH/SIDA en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas, mediante el análisis de los datos del sistema de vigilancia epidemiológica estatal y municipal. Se hace una revisión de la distribución de los casos de SIDA y una descripción de la composición de los grupos más afectados, así como una exploración de las hipótesis que sugieren la configuración de una subepidemia en las regiones fronterizas de Chiapas.

En el último apartado, se exploran los datos del subsistema de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes que ha desarrollado el PVIH-JS. El procesamiento y análisis de los datos permite caracterizar el perfil socio-demográfico y de salud de las personas con VIH/SIDA (PVS) que forman parte de tres grupos de la población migrante: los extranjeros residentes, los y las trabajadores migrantes que laboran en el contexto de trabajo sexual y los migrantes en tránsito por la frontera sur. Es relevante señalar que en dicho apartado se busca destacar las relaciones que se establecen entre las acciones de prevención y control de la epidemia implementadas durante una década (1999-2010), y los procedimientos de vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en grupos móviles y migrantes.

#### **4.1 Estructura político-administrativa: CONASIDA, CENSIDA Y COESIDA-Chiapas**

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se ha convertido en un problema de salud pública muy complejo, con importantes consecuencias psicológicas, sociales, económicas, culturales y políticas. Se trata de una epidemia que ha tendido a afectar a las poblaciones de los países más pobres, y a concentrarse entre los sectores más marginados y excluidos, contribuyendo a perpetuar y acentuar las desigualdades sociales y las inequidades de salud.

En México, el primer caso de SIDA se notificó en 1983. Desde que emergió la epidemia del VIH/SIDA, la respuesta social ha sido fundamental para su control. El desarrollo de acciones para la prevención y control de la epidemia ha requerido la participación de las organizaciones civiles, de los colectivos integrados por las personas afectadas y de las instituciones públicas que integran el sistema de salud. Tres organismos de los servicios públicos de salud han jugado un papel prioritario en el desarrollo de la respuesta social al VIH/SIDA en México: el CONASIDA, el CENSIDA y los COESIDAS.

## ▪ **De Consejo a Centro Nacional**

Como parte de la respuesta nacional, en 1988, se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), instancia encargada de enfrentar los diversos desafíos que planteó la epidemia del VIH/SIDA en México. Con la creación del Consejo se institucionalizó la respuesta a la epidemia, lo cual permitió acceder a fondos federales de manera programada y regular. En su etapa inicial, la mayor parte de las actividades del Consejo se llevaron a cabo con financiamiento internacional; fue hasta 1991, cuando empezó a contar con recursos federales de la SSA, y seis años más tarde 90% de los fondos asignados ya provenían del Estado mexicano (Saavedra J., y Magis C., 1998).

En el periodo 1994-2000, se realizaron diversas evaluaciones que plantearon la necesidad de fortalecer las acciones de coordinación y liderazgo establecidas en el decreto de creación del Consejo. También se emitieron recomendaciones que incluían la delegación de ejecución de actividades de prestación de servicios a las instituciones que conforman el Sector Salud. En este marco, la estructura organizativa del CONASIDA se modificó para cumplir nuevas funciones normativas, de asesoría, de coordinación y promoción de acciones en la materia; y se integró oficialmente a la estructura de la SSA como un órgano desconcentrado dependiente de la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades (Uribe P., et al. 1998, 2003).

En 2001, el CONASIDA pasó de ser un Consejo a un Centro Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CENSIDA). En la nueva estructura político-administrativa el Consejo se transformó en un órgano colegiado y el CENSIDA en la instancia de coordinación encargada de plantear las políticas, programas y proyectos que regularían las acciones en materia de VIH/SIDA desarrolladas por todas las instituciones y organizaciones que conforman el sistema de salud en México. De esta manera, el CENSIDA se conformó como la instancia responsable de coordinar el Programa de Acción con los organismos responsables en los estados (Lara G., y Hofbauer H., 2006).

Cabe señalar que en la fase inicial de la epidemia, la mayor parte de los servicios y acciones se realizaban en el Distrito Federal y en las principales áreas urbanas del país. Con la intención de ampliar las acciones en el resto del país, en 1989 se desarrollaron las versiones estatales de CONASIDA en algunos de los 32 estados de México. Posteriormente, a nivel central se creó un área especial para coordinar la regionalización de los programas mediante la conformación de los Consejos Estatales de Prevención y Control del VIH/SIDA (COESIDAS) (Bautista S., et al. 2008).

En la segunda mitad de la década de los 90, se impulsaron reformas importantes en la SSA que influyeron de manera decisiva en el funcionamiento del CENSIDA y de los COESIDAS, así como en el desarrollo del Programa de Acción nacional y estatal. Parte fundamental de esta reforma fue la descentralización que transfirió la operación de los servicios a las entidades federativas, así como el replanteamiento de las funciones de la Secretaría de Salud a nivel federal. Este proceso trajo consigo un reto mayor, ya que paulatinamente los programas para la prevención y control del VIH/SIDA/ITS recayeron bajo la responsabilidad de cada una de las 32 entidades federativas (CENSIDA, 2002).

Numerosos estudios han mostrado que el término descentralización es polisémico, que se presta a confusiones y que es usado para objetivos políticos dispares y a veces conflictivos. Pese a los diversos significados del concepto, hay consenso en que la descentralización de los servicios de salud constituye una estrategia política para reformar los sistemas de salud. Bajo este concepto pueden incluirse diversas formas organizativas que van desde la desconcentración hasta la privatización (Leyva R., 2000:1). Una definición entiende a la descentralización como un proceso de transferencia de toma de decisiones de un nivel político alto o administrativo a otro más bajo. En general, este proceso implica un cambio de relaciones dentro y entre una variedad de estructuras organizacionales del nivel nacional a una organización o nivel estatal o municipal, que en términos formales tiene la finalidad de transferir la autoridad para planear, tomar decisiones o administrar actividades (Ugalde A., y Homedes N., 2008).



La descentralización de los servicios de la Secretaría de Salud federal que empezó hace un cuarto de siglo, y ha quedado a medio camino, buscó transferir a los estados la dirección, coordinación operativa de la atención médica, la salud pública y el control sanitario. Asimismo, este proceso buscó descentralizar la administración de los recursos financieros federales mediante el aliento de las aportaciones estatales. No obstante, al mismo tiempo se buscó reforzar el carácter normativo y de control del nivel central de la SSA, a través de los sistemas de programación, presupuestación, evaluación, control e información (Cardozo M., 1993).

Aunque la descentralización tiene la potencialidad para reorganizar las estructuras gubernamentales y la organización y producción de servicios públicos de salud, así como la posibilidad para promover la participación e interacción de los diferentes actores sociales, políticos y de salud de nivel municipal, estatal y central, esta cuestión aparece más como un aspecto discursivo que un asunto práctico en nuestras sociedades. En México, la descentralización frecuentemente tiende a aparecer como una política vertical, que no incluye la participación de los trabajadores de la salud, y que va acompañada de restricciones en la producción de servicios de salud y simultáneamente de reducciones importantes del gasto gubernamental (Leyva R., 2000).

En el tema de la epidemia del SIDA, el proceso de descentralización de las acciones destinadas a la prevención y control del VIH/SIDA, se inició a partir de la creación de COESIDAS que trabajaron en coordinación con el CONASIDA-CENSIDA. Desde su conformación, las funciones de este Consejo estuvieron inmersas en un modelo de descentralización que ha funcionado a partir de los consejos estatales, teniendo a la fecha un coordinador del programa en todos los estados de la República (Juan M., 1996).

Al igual que en otros programas de salud, el proceso de descentralización en materia de VIH/SIDA tuvo su origen en las mismas oficinas centrales de gobierno. En este proceso, al CONASIDA-CENSIDA se le confiere la responsabilidad administrativa y operativa para planificar, programar y desarrollar estrategias para

la prevención y control del VIH, conservando una estructura centralizada en términos de la regulación y del control financiero, pero descentralizada en términos operativos y en lo que se refiere a las fuentes de financiamiento.

Si bien la descentralización de los servicios constituye un proceso principalmente político, hay un conjunto de indicadores que pueden contribuir a analizar el grado y los efectos que tiene este proceso en la implementación del Programa de Acción Nacional. Uno de estos indicadores está representado por una parte en las fuentes de financiamiento y por la otra, en el control de la distribución, asignación y vigilancia del gasto en salud (Leyva R., 2000). Al respecto, el análisis de la información muestra que, a pesar de la insuficiencia financiera, el presupuesto del CENSIDA ha ido en constante aumento. Hay que destacar que el grueso de los recursos a lo largo de los últimos años para el Programa Nacional se concentra en la adquisición de los tratamientos antirretrovirales en detrimento de los fondos destinados a la prevención. En el año 2005, el 80% del presupuesto aprobado para CENSIDA se dirigió al rubro de medicamentos ARV, el 10% se concentró en atención médica, el 6.2% en costos administrativos y capacitación de personal, y sólo el 3.8% se destinó al rubro de prevención (Lara G., y Hofbauer H., 2006).

Esta distribución del gasto en salud no sólo permitió instrumentar la política de ampliación de la cobertura de tratamiento de antirretrovirales para las personas con VIH/SIDA, sino que también favoreció la estructura centralizada del CENSIDA. Particularmente, esta distribución presupuestaria acompañada de los cambios organizacionales, contribuyeron a reforzar el carácter normativo y de control del nivel central del CENSIDA, a través de la concentración del poder político y del control de los sistemas de programación operativa y financiera, de monitoreo y evaluación y de información epidemiológica.

En el marco de los procesos de descentralización, a los COESIDAS les fueron transferidas las funciones de provisión directa de servicios, así como las de coordinación, evaluación, elaboración de campañas, capacitación, análisis de la legislación y de supervisión (Juan M., 1996). De esta manera, se llevó a cabo un proceso de delegación de las funciones administrativas y de provisión de servicios

de prevención y control de la epidemia hacia los estados. Sin embargo, esta transferencia de funciones no tomó en consideración los recursos financieros, las condiciones de infraestructura y las capacidades técnicas que presenta cada uno de los subsistemas de salud estatal y municipal.

En la actualidad, aún es limitada la generación de evidencias empíricas que permitan evaluar el impacto de los procesos de descentralización que adquieren características particulares en los diferentes contextos estatales y municipales. Aunque persisten las limitaciones de información presupuestaria, las escasas estimaciones que se han elaborado en algunas entidades federativas, muestran un incremento sostenido de los recursos estatales destinados a la prevención, atención y mitigación del daño relacionado con el VIH/SIDA (Lara G., y Hofbauer H., 2006).<sup>49</sup> Sin embargo, aún sigue siendo un reto la evaluación del impacto que han tenido los procesos de descentralización en la equidad, la cobertura, el acceso, la calidad, eficiencia, costo o en la satisfacción de los usuarios.

No obstante, el análisis de las experiencias de descentralización muestra que estas políticas frecuentemente han estado acompañadas de graves crisis de financiamiento de los sistemas públicos de salud. En esta situación, la descentralización que siguió los principios neoliberales, ha tendido a reproducir e intensificar las inequidades, particularmente, en los estados y municipalidades que presentan los mayores índices de desigualdad social y pobreza (Ugalde A., y Homedes N., 2002, 2008). Pero como proceso complejo e incluso contradictorio, la descentralización también ha propiciado el desarrollo de escasas experiencias de legitimación de las demandas y necesidades locales, y en ocasiones un mayor control de los servicios de salud estatales y municipales (Leyva R., 2000).

---

<sup>49</sup> A nivel nacional persiste la falta de información presupuestaria, la falta de identificación de los recursos destinados a la epidemia para cada dependencia es el principal obstáculo. De esta manera, es difícil tener una visión integral del peso que cada institución tiene en el combate del VIH, así como tampoco es posible conocer el gasto total destinado a la prevención y control de la epidemia. A pesar de estas limitaciones, la información disponible muestra que en el presupuesto del CENSIDA del año 2006 hubo un incremento sin precedentes en el renglón de prevención (específicamente para disminuir la transmisión sexual de la epidemia). A raíz del proceso de descentralización, este componente –delineado por el Programa Nacional- ha recaído de manera importante en las secretarías de salud estatales. Esta tendencia también se expresa en los componentes que corresponden a la atención y mitigación del daño (Lara G., y Hofbauer H., 2006).

- *COESIDA, Chiapas*

Para 1990, veintidós estados contaban con un COESIDA. Sin embargo, en el estado de Chiapas el COESIDA se creó hasta el 17 de noviembre de 1998, con lo cual se constituyó como la última entidad federativa en conformar este organismo (H. Congreso del Estado de Chiapas, 1998). En este Consejo participan el Instituto de Salud del Estado de Chiapas, el IMSS, el ISSSTE, el Consejo Estatal de Derechos Humanos, el DIF, la Universidad Intercultural de Chiapas, el Instituto Nacional de Migración, el ECOSUR y las organizaciones de la sociedad civil con experiencia en la temática.

Desde entonces, el COESIDA-Chiapas es la instancia encargada de normar, adecuar, promover e implementar los programas a nivel estatal; establecer los mecanismos que regulen el cumplimiento de las políticas nacionales del Sector Salud relacionadas con la temática; analizar la legislación y proponer modificaciones a las normativas; favorecer la participación de todos los sectores sociales organizados (público, social y privado); y de evaluar el grado de avance de las acciones, la eficiencia y eficacia de las políticas.

A pesar de la institucionalización tardía del COESIDA, en esta entidad federativa se contaba con avances relevantes en el desarrollo de la respuesta institucional al VIH/SIDA. En Chiapas, la participación de las autoridades sanitarias estatales se inicia en 1987, con la creación de la “Coordinación del Programa Estatal para la Prevención y Control del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual”. A lo largo de estos veinticinco años, dicha instancia ha sido la responsable de coordinar la vigilancia epidemiológica, la gestión administrativa y la organización de acciones de prevención y atención para cada región, jurisdicción sanitaria o municipio.

De acuerdo con la estructura organizativa del ISECH, en la actualidad, esta Coordinación depende de la Dirección de Salud Pública, y tiene la función de “organizar la respuesta gubernamental a través de la atención integral del VIH/ITS en el Estado, con el fin de disminuir el riesgo, la vulnerabilidad y el impacto en la

comunidad, en un marco de equidad, respeto a la diversidad, a los derechos humanos, con participación multisectorial y de la sociedad civil (ISECH, 2011).

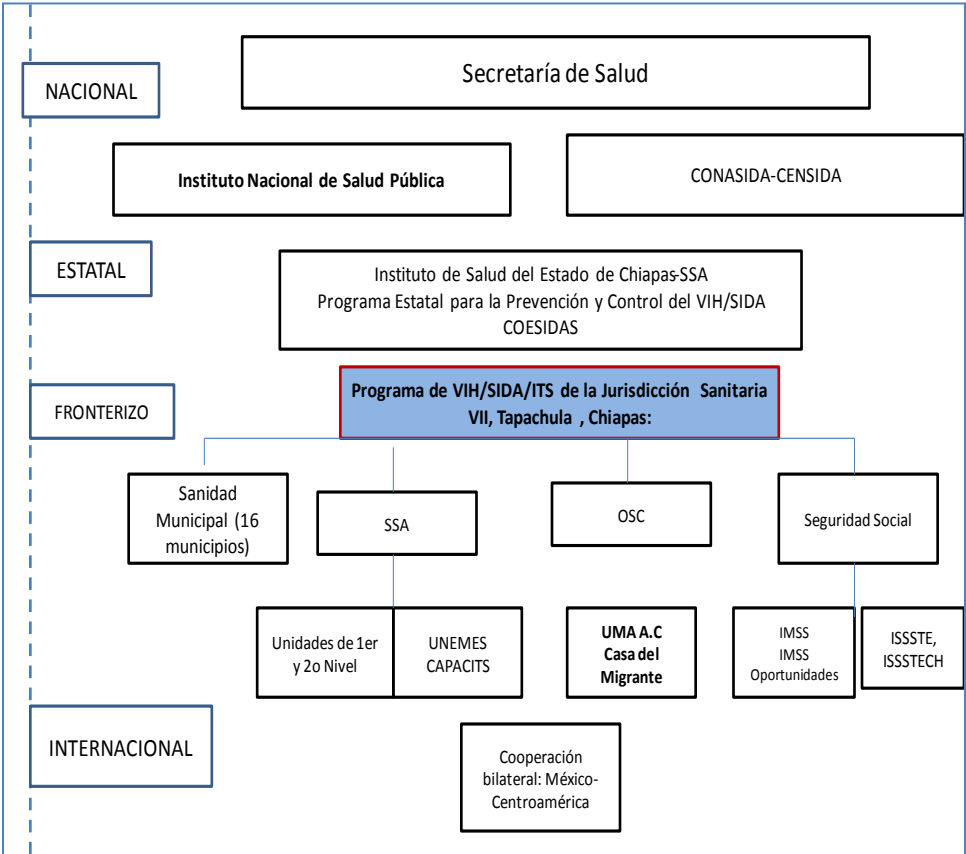
Como parte de sus funciones, la Coordinación es responsable de formular y desarrollar el programa de acción estatal, el cual, debe apegarse a la normatividad sanitaria y a los lineamientos establecidos por la política nacional impulsada desde el CENSIDA. Por tanto, el programa de acción permite instrumentar las estrategias con la participación de las instituciones públicas, las organizaciones sociales y privadas. Asimismo, la Coordinación debe evaluar los modelos de intervención para la promoción y defensa de los derechos humanos de las PVS; elaborar campañas y otras intervenciones preventivas; capacitar a los profesionales de la salud; y emitir recomendaciones a través de la supervisión y asesoría para la prevención y control del VIH/SIDA a los responsables jurisdiccionales.

Bajo su rectoría, operan los programas de VIH/SIDA/ITS de las diez jurisdicciones sanitarias que forman parte del Instituto de Salud del Estado de Chiapas. En términos formales, estos programas funcionan como enlace con el nivel estatal y tienen el objetivo de coordinar, supervisar y vigilar que “las acciones establecidas en el programa estatal se ofrezcan a la población usuaria de las unidades de salud que forman parte del área de alcance de la jurisdicción sanitaria correspondiente, con servicios de prevención y control adecuados, sin estigmatización, ni discriminación” (ISECH, 2011).

En la frontera, el proceso de descentralización administrativa ha llevado a la conformación del Programa de VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas (P-VIH-JS). Este Programa tiene las funciones de planear, programar, instrumentar y controlar la provisión de servicios de prevención del VIH/SIDA/ITS y atención médica integral a la población de la región de Soconusco (16 municipios divididos en 110 microrregiones), así como coordinar y promover los programas y las acciones intersectoriales con instituciones del sector público, privado y social presentes en el ámbito estatal y regional.

En la figura 4.1 se presenta la estructura político-administrativa de los principales actores institucionales que participan en la respuesta al VIH/SIDA en la frontera de Soconusco, Chiapas. Como se describe en esta figura, el Programa debe coordinar las acciones con los siguientes actores presentes en la región fronteriza: los servicios de salud de la SSA, la UNEME-CAPACIT de Tapachula, las instancias de Sanidad Municipal de los 16 municipios de Soconusco, las instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) y las principales organizaciones sociales con trabajo en el tema, tales como Una Mano Amiga A.C, Diversidad y Género A.C., Mary Stops y la Casa del Migrante, Albergue Belén. De igual manera, el hecho de que el PVIH-JS tenga bajo su responsabilidad a los siete municipios fronterizos de Soconusco, plantea la necesidad de fortalecer la cooperación internacional con los servicios de salud de Guatemala, así como con los programas nacionales de SIDA de los diferentes países de Centroamérica.

**Figura 4.1**  
**Organigrama de actores involucrados en la RSO al VIH/SIDA en Soconusco, Chiapas**



En su conjunto, esta red de actores participa y desempeña funciones diferenciales en la respuesta social al VIH/SIDA en la frontera. A pesar de los retos que impone la descentralización administrativa en el ámbito jurisdiccional y la situación de crisis financiera del sistema de salud local, el trabajo desarrollado por esta red de actores ha permitido adecuar e implementar el Programa de Acción para VIH/SIDA/ITS, y abordar los objetivos planteados en los tres grandes componentes de prevención, atención y mitigación del daño. Como se mostrará en las siguientes secciones, uno de los principales alcances del PVIH-JS tiene que ver con el ajuste de las acciones y de los servicios a las necesidades y condiciones locales.

En este marco, el Programa de VIH jurisdiccional ha buscado replicar las grandes prioridades determinadas por los órganos nacionales y estatales, y realiza acciones focalizadas en las poblaciones clave (HSH, TS UDIs), pero también identifica e incluye dentro de sus acciones a otros grupos sociales que también enfrentan una condición de vulnerabilidad y riesgo al VIH/SIDA. Este es el caso de los grupos móviles y migrantes que tienen una alta presencia en la frontera. Para sustentar las acciones focalizadas en estos grupos sociales, el PVIH-JS tuvo que documentar los perfiles epidemiológicos locales.

## **4.2 La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA**

El CENSIDA, la Coordinación Estatal y el PVIH-JS tienen en sus prioridades el conocer oportunamente el perfil epidemiológico del VIH/SIDA en el estado de Chiapas, con información de calidad que contribuya a orientar las estrategias adecuadas de planeación, decisión y acción. Las actividades de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA se iniciaron en 1983, cuando se diagnosticaron los primeros casos en México. A partir de entonces se llevaron a cabo diversas tareas en todos los niveles del Sistema de Salud, que van desde el establecimiento de un marco jurídico hasta la creación de infraestructura (SSA, 1998).

En México, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH/SIDA tiene su fundamento en la Ley General de Salud, las normas oficiales mexicanas y en la

participación de los responsables de las instituciones del Sector Salud (SSA, 1998). De acuerdo con la Secretaría de Salud, este Sistema es el resultado de un conjunto de relaciones funcionales en el que participan la SSA, los servicios estatales de Salud para población abierta, los institutos de Seguridad Social (IMSS, ISSSTE), el DIF, las secretarías de la Defensa Nacional y de la Marina, los servicios médicos de PEMEX, los institutos de salud, servicios médicos privados y médicos en ejercicio libre de su profesión.

El Sistema de Vigilancia del VIH/SIDA ha explorado distintas metodologías que se han ido ajustando en las diferentes etapas de la trayectoria de la epidemia. En 1986, se estableció formalmente el sistema de vigilancia epidemiológica para estudiar la epidemia, con el Registro Nacional de Casos de SIDA. Desde entonces, la vigilancia epidemiológica *tradicional* o de “primera generación” ha ayudado a generar una respuesta pública al VIH; ha servido para planificar las actividades de prevención y prever respuestas potenciales; y ha contribuido a medir los alcances y limitaciones de las respuestas nacionales, estatales y locales (ONUSIDA, 2004).

Para el año 2001, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica tenía una cobertura de 82%, por lo cual se planteó la necesidad de dirigir los esfuerzos hacia la disminución del subregistro, la sistematización y fortalecimiento la vigilancia centinela, y a promover la colaboración interinstitucional, con reforzamiento de la Red Nacional de Laboratorios para el diagnóstico de VIH/SIDA e ITS (SSA, 2001).

En la actualidad, este sistema se construye a partir de diversas fuentes de información tales como: el Registro Nacional de Casos de SIDA, las muestras basales obtenidas mediante estudios centinela,<sup>50</sup> los estudios de vigilancia epidemiológica de Segunda Generación, la vigilancia sobre estigma y discriminación, y las encuestas focalizadas en grupos vulnerables; así como por censos, conteos y estimaciones elaborados por el INEGI y el CONAPO (Magis C., y Hernández M., 2008:101).

---

<sup>50</sup> La metodología de las encuestas centinela se emplea para recolectar la información que permita determinar la prevalencia de VIH/SIDA en población general y en los grupos de riesgo.



Se ha señalado que los distintos abordajes metodológicos empleados para el desarrollo del sistema pueden enmarcarse dentro del esquema de las tres generaciones de vigilancia: a) las metodologías denominadas de “*primera generación*” están focalizadas en la documentación de casos de SIDA, infectados por VIH, vigilancia serológica centinela, detección de VIH y mortalidad por SIDA; b) la vigilancia de “*segunda generación*”, estudia los comportamientos de riesgo en la población general y grupos clave (HSH, MTS, HTS, UDI, migrantes, privados de libertad, etc.); y, c) por último se encuentra la vigilancia que busca generar indicadores que vigilan el *estigma y la discriminación* que sufren las personas con VIH/SIDA y ciertos sectores de la población (Magis C., et al. 2008:44).

El sistema de vigilancia en México ha registrado un total de 149,883 casos acumulados de SIDA (periodo 1983 y el 1er semestre de 2011), de los cuales el 18% corresponde a la población femenina y 82% a la masculina (CENSIDA, 2011). La evolución de la razón hombre/mujer se ha reducido a lo largo de la epidemia del SIDA en México. Dicha razón disminuyó de 10.8 en 1985, hasta 3.6 en el 2008 y aumentó a 4.0 para el 2009. El grupo de 25-34 años de edad es el grupo con mayor porcentaje de casos de SIDA, seguido del grupo de 35-49 años de edad. En tercer lugar en importancia aparecen los jóvenes de 15-24 años de edad (CENSIDA, 2009).

De acuerdo con la prevalencia en población adulta –indicador que utiliza ONUSIDA para comparaciones internacionales nuestro país se ubica en el décimo-séptimo lugar entre los países de América Latina (CENSIDA, 2009). El sistema de vigilancia ubica a México como un país que aún registra una epidemia “concentrada”, caracterizada por una alta prevalencia de infección por VIH en uno o más grupos sociales, pero que no alcanza el 5% de la población general.

En las epidemias concentradas, la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante por encima del 5% en por lo menos un subgrupo de la población, y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es inferior al 1%. La epidemia se concentra en las poblaciones en mayor riesgo y se estiman las siguientes prevalencias: trabajadores sexuales (hombres) 15%, hombres que

tienen sexo con hombres (11%), usuarios de drogas inyectadas (5%), trabajadoras sexuales (2%) y personas privadas de la libertad (1%). Los clientes de las trabajadoras sexuales, así como los hombres y mujeres heterosexuales registran cifras significativamente más bajas (CENSIDA, 2009: 10).

Asimismo, el sistema de vigilancia ha permitido mostrar que la epidemia continúa creciendo en todo el país, aunque de manera desigual. La distribución geográfica del SIDA se ha caracterizado por presentar importantes diferenciales en las tasas por 100, 000 habitantes. El Distrito Federal (75.8), Jalisco (48.6), Morelos (38.2) y Baja California (37.09) han sido las entidades con los valores más elevados; en cambio, otros estados como Chiapas, han presentado tasas 10 veces más bajas (Valdespino, J., García M., y Palacios M., 2008:34). Diversos factores pueden contribuir a comprender esta distribución diferencia; sin embargo, uno de gran peso es la concentración de recursos diferenciados para la atención del VIH/SIDA en el DF y en Jalisco.

- *Epidemiología del VIH/SIDA en Chiapas*

En Chiapas, el primer caso de SIDA se detectó en agosto de 1986. El sistema de vigilancia epidemiológica muestra que durante la década de los 90, la prevalencia acumulada de SIDA en Chiapas pasó de 1.3 casos por 100 mil habitantes en 1990 a 10.6 en 1998. A pesar de este aumento, el estado mantuvo la menor prevalencia acumulada del país, lo cual, se atribuye en gran medida a la falta de un sistema efectivo de vigilancia epidemiológica (CONAPO, 2000; Valdespino J., et al. 1995). De esta manera, se mostraba que al igual que en otros campos vinculados con la generación de información estratégica en salud, el sistema de vigilancia epidemiológica sobre VIH/SIDA y la investigación sobre la temática han estado marcados por desigualdades que son observables a nivel estatal y regional.

Las limitaciones en la generación de información que prevalecieron en los años 90, plantearon la necesidad de fortalecer el sistema estatal de vigilancia epidemiológica. Siguiendo con los parámetros básicos de la salud pública, este sistema debería utilizarse para estudiar el desarrollo y tendencias actuales del

VIH/SIDA y otras ITS que se presentan en los diferentes grupos poblacionales. A la vez, se esperaba que esta información fuese utilizada por los actores institucionales involucrados en el diseño, implementación y evaluación de estrategias orientadas a la prevención y atención integral de estas infecciones. (Magis C., et al. 2008).

Desde la segunda mitad de la década de los 90, la vigilancia epidemiológica en Chiapas y en el resto del país, ha explorado distintos abordajes que han contribuido a caracterizar la distribución, frecuencia, patrones, tendencias, factores de riesgo, predicciones y evaluación de las intervenciones sobre la epidemia del VIH/SIDA. En la actualidad, se reconoce que hay avances en el conocimiento epidemiológico a nivel local, estatal y nacional, pero subsisten problemas relacionados con la construcción y calidad de los datos, la estimación de las muestras, el subregistro y el retraso en la notificación de casos (Magis C., et al. 2008).

Los datos epidemiológicos procesados por el CENSIDA, muestran que para el año 2011, el número de casos acumulados de SIDA, ubican a Chiapas (cuadro 4.1) en el primer lugar dentro de los estados que conforman la región Sur-Sureste de México (Oaxaca, Tabasco, Yucatán, Campeche y Quintana Roo). Sin embargo, la incidencia acumulada (137.81) ubica a la entidad en el 5º lugar en el ámbito regional y el 15º a nivel nacional.

A lo largo de las últimas dos décadas, el SIDA ha ganando terreno como causa de la mortalidad en el estado. Hasta 2006, Chiapas se ubicaba en el cuarto lugar por el número de defunciones a nivel nacional. Para ese año, se registró un total de 3,835 casos de SIDA, de los cuales el 40% había fallecido y 719 casos más de personas que vivían con el VIH y que aún no manifestaban ningún síntoma (Aguilar M., y Jiménez H., 2007).<sup>51</sup>

---

<sup>51</sup> Durante el periodo 1989-1997, en Chiapas fallecieron 225 hombres y 52 mujeres por esta enfermedad. En el caso de los varones, 65% tenía al momento de morir entre 25 y 39 años de edad, en tanto que para las mujeres esta proporción ascendió a poco menos de seis de cada diez. Para ese periodo, llamaba la atención el elevado porcentaje de defunciones tanto de hombres como de mujeres de 20-24 años de edad (12.6% y 15.4%

**Cuadro 4.1**  
**Casos nuevos y acumulados de SIDA en la región Sur-Sureste de México,**  
**según año de diagnóstico (1983-2011)**

	1983-2001											Total	%
	Acumulados	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011		
Chiapas	1784	463	628	378	426	532	540	437	426	430	181	6225	28.8
Oaxaca	2033	330	322	288	345	398	367	405	312	264	108	5172	23.9
Yucatán	1846	178	133	272	184	212	187	154	192	149	30	3537	16.3
Tabasco	984	172	215	255	250	295	188	220	161	146	74	2960	13.7
Quintana Roo	933	87	125	157	205	200	125	172	178	103	27	2312	10.7
Campeche	438	98	66	56	131	117	127	122	123	123	30	1431	6.6
<b>Total</b>	<b>8018</b>	<b>1328</b>	<b>1489</b>	<b>1406</b>	<b>1541</b>	<b>1754</b>	<b>1534</b>	<b>1510</b>	<b>1392</b>	<b>1215</b>	<b>450</b>	<b>21637</b>	<b>100</b>

Fuente: SS/DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA. Datos al 30 de junio de 2011. Procesó SSA/CENSIDA. Disponible en [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/casos\\_acumulados\\_junio2011\\_1.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/casos_acumulados_junio2011_1.pdf)

De acuerdo con el Registro Nacional de Casos de SIDA (CENSIDA, 2011), hasta marzo de 2011, en el Chiapas se tienen registrados 6,225 casos de SIDA, de los cuales, el 73.5% son hombres y 26.5% mujeres. Los grupos de edad más afectados se encuentran en edad productiva y reproductiva, personas de 25 a 44 años, seguidas por las de 15 a 24 años, y tercer lugar las de 45 a 64 años (ISECH, 2011).

En el estudio de Margarita Aguilar y colaboradores (2007:29), se muestra que el 70% del total de casos de SIDA –notificados hasta abril de 2007- fueron reportados por la Secretaría de Salud, seguida de un 19.6% por el IMSS y el restante por otras instituciones públicas y privadas. El mismo estudio identifica como principales grupos afectados a las mujeres que se dedican al hogar (839 casos), seguidos por trabajadores agrícolas (639 casos), comerciantes (382 casos), trabajadores de la construcción (266 casos), obreros (266 casos), desempleados (209 casos) y transportistas (189 casos).

---

respectivamente), lo cual muestra que una importante proporción de los casos que fallecieron adquirió el virus del VIH a edades tempranas (CONAPO, 2000).

En la actualidad, el VIH/SIDA es una epidemia que se encuentra distribuida en todas las regiones del Estado, aunque de manera desigual. Los altos índices de pobreza y analfabetismo que se registran en el estado de Chiapas, la agudización de las inequidades en salud, la inaccesibilidad geográfica y su ubicación fronteriza, contribuyen a configurar contextos de vulnerabilidad frente a la epidemia. Sin embargo, los indicadores de prevalencia hacen que ésta sea clasificada como “concentrada”, entre grupos bien delimitados de población residente de las regiones fronterizas, el corredor costero y el centro del Estado (Eroza E., 2007).

Los datos generados por el ISECH (2011), muestran que los municipios de Chiapas que presentan la mayor prevalencia son: Tuxtla Gutiérrez, Chiapa de Corzo, Tapachula, Cacahoatán, Mapastepec, Frontera Hidalgo, Tuxtla Chico, Huixtla, Suchiate, Tonalá, Arriga y Pijijiapan. Este patrón de distribución de la epidemia muestra que siete de los doce municipios más afectados forman parte de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. Estas tres regiones reportan las estadísticas más altas de la epidemia en el estado, particularmente Tapachula (240 casos por 100 mil habitantes) y Huixtla (210 casos) (Aguilar M., y Jiménez A., 2007:29).

Si bien estos datos contribuyen a caracterizar la situación y distribución de la epidemia, se sugiere analizarlos con reserva, ya que no necesariamente son los grupos y las regiones donde se concentra la mayor prevalencia del VIH/SIDA en Chiapas. De acuerdo con diversos autores, el análisis de la distribución de los casos a nivel regional y la identificación de los grupos en condición de mayor vulnerabilidad y riesgo a la epidemia debe tomar en cuenta los obstáculos de acceso a servicios de salud y las deficiencias de los instrumentos de registro epidemiológico. Una de las limitaciones del sistema de información se expresa en la carencia de un registro sistematizado y fidedigno de los casos que incluyan variables como la etnicidad, el idioma y otros factores socioculturales que podrían contribuir a caracterizar la situación de la epidemia, por ejemplo, en la población indígena (Aguilar M., y Jiménez A., 2007:35). A nivel estatal, estas limitaciones de

información se expresan de manera semejante en el caso de las poblaciones móviles y migrantes (Leyva R., y Quintino F., 2007).

Como se ha mencionado, la vigilancia epidemiológica de primera generación se focaliza en los casos de SIDA, y sólo extraordinariamente mide las tendencias de la epidemia en grupos de la población que presentan diferentes vulnerabilidades y riesgos a la infección por el VIH. Por ello, desde hace más de una década se planteó la necesidad de desarrollar la vigilancia de segunda generación, así como los sistemas de registro orientados a obtener información sobre las consecuencias sociales de la epidemia que se expresan en el estigma y discriminación (Magis C., et al. 2008:42; ONUSIDA, 2004).<sup>52</sup>

Los indicadores que provienen de la vigilancia epidemiológica de segunda generación muestran que, al igual que a nivel nacional, el patrón en Chiapas es el de una epidemia concentrada en determinados subgrupos poblacionales, entre los cuales destacan: hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales (TS), personas privadas de libertad y embarazadas jóvenes (ISECH 2011). Por ello, uno de los objetivos estratégicos del Programa Estatal de VIH/SIDA/ITS (2007) fue disminuir la transmisión sexual y sanguínea en estas poblaciones clave.

- *Epidemias diversas: el caso de la región fronteriza de Soconusco*

Desde la década de los 90, en Chiapas, se observó un incremento en la detección del número de casos de SIDA relacionados con la transmisión del VIH por vía sexual. De acuerdo con las estimaciones hechas por CONAPO (2000), en el periodo 1986-1998, la principal vía de transmisión del VIH fue la sexual (87.5%), menos de uno de cada diez casos se relacionaron con la vía sanguínea (9.4%) y 3.0 por ciento fueron infectados por vía perinatal. Para ese periodo, llama la atención el alto número de casos notificados de personas con VIH/SIDA que

---

<sup>52</sup> Lo relevante de esta metodología es que permite capturar el riesgo que alcanza la diversidad de prácticas sexuales en la población, al tiempo que considera los posibles cambios que pueden estar en curso cuando se asumen conductas preventivas. Así, esta metodología proporciona información de cómo los patrones de conducta influyen en el desarrollo de la epidemia y las posibles formas por las cuales el VIH puede estar avanzando en la población general (Magis C., et al. 2008:42).

presumiblemente adquirieron la infección por haber tenido prácticas sexuales de riesgo en el marco de una relación de pareja “heterosexual”. Este indicador ha sido relevante en la medida en que, a nivel nacional, la epidemia ha afectado predominantemente a hombres que tienen sexo con hombres.

De esta manera, Chiapas se ha ubicado como una de entidades federativas donde prevalece el patrón de transmisión denominado por algunos autores como “rural-caribeño”, el cual se caracteriza por presentar algunas semejanzas con la etapa inicial del SIDA en República Dominicana y Honduras, con periodos de duplicación cortos (seis meses), elevada transmisión en mujeres (más de una tercera parte), transmisión principalmente heterosexual (más de la mitad) y en donde los casos pediátricos fueron principalmente por transmisión vertical (Valdespino J., et al., 2008:34).<sup>53</sup>

En este contexto, otros autores sugirieron que, en la entidad, y particularmente las regiones fronterizas, podría configurarse una subepidemia, es decir, una expresión particular de la epidemia general de VIH/SIDA en México. En este sentido, la subepidemia observada en Chiapas estaría caracterizada por un supuesto proceso de “heterosexualización”. Así, para finales de los años 90, se esperaba que las prácticas heterosexuales llegarían a configurarse como la categoría dominante de la transmisión sexual del virus, por encima de las prácticas homosexuales y bisexuales (Bronfman M., 1996; Aguilar M., y Jiménez H., 2007).

Al parecer las hipótesis de la heterosexualización de la epidemia eran congruentes con la diferencia de proporción de casos entre la población masculina y femenina. Para 1998, la razón hombre-mujer de casos de SIDA fue de cuatro, es decir, había una mujer infectada por cada cuatro hombres, lo cual, mantenía congruencia con el predominio del contagio heterosexual (50.4%) observado en la entidad (CONAPO, 2000). Durante la década del 2000, en la entidad se reportó

---

<sup>53</sup> De acuerdo con Valdespino J., y colaboradores (2008), el patrón “rural-caribeño” no es mayoritario en México, ya que en la mayor parte de las entidades federativas prevalece otro patrón denominado “urbano-occidental” el cual, es semejante al de los EUA y Europa Occidental, con periodos de duplicación de casos mayores de 18 meses, con transmisión en homosexuales en más de 75% de los casos y en donde el SIDA era una causa importante de muerte en adultos jóvenes de 20 a 40 años; la entidad representativa de este patrón era el Distrito Federal.

anualmente que una tercera parte de los casos de SIDA eran mujeres, proporción que se hallaba bastante por encima de la media nacional (5:1) (Magis C., 2008:63).

Los datos epidemiológicos más recientes muestran que para 2007, las prácticas sexuales desprotegidas siguen siendo el principal medio de transmisión del VIH en Chiapas, ya que esta vía concentra alrededor del 91% del total de casos registrados por el sector salud. La información institucional indica que dentro de esta categoría predominan las modalidades “heterosexual” (81%), bisexual (10%) y homosexual (9%) (ISECH, 2007). Por tanto, a nivel estatal el principal mecanismo notificado de transmisión del VIH sigue siendo el heterosexual. Este fenómeno es particularmente importante en la región fronteriza de Soconusco, donde alrededor del 79% del total de casos de VIH/SIDA notificados están relacionados con las prácticas heterosexuales, y aparentemente la razón hombre/mujer es de 2:1 (Uribe F., et al. 2005).

En el estudio de Felipe Uribe (2004: 215), se corrobora este patrón de distribución de la epidemia, ya que el análisis indica que “los municipios del corredor migratorio centroamericano de la costa del estado de Chiapas, correspondientes a las regiones de Soconusco e Istmo-Costa, tienen las mayores tasas de casos de SIDA. Además, de los ocho municipios en el estado que tienen las tasas más altas de casos de SIDA, seis pertenecen a las regiones mencionadas”. Estos indicadores sumados al perfil de transmisión del VIH que prevalece en la entidad, permitieron plantear el supuesto de que la evolución de la epidemia del VIH en las regiones fronterizas de Chiapas es diferente a la caracterizada en México y más cercana a la que se desarrolla en algunos países que forman parte de la región centroamericana.

Algunos autores sugirieron que la configuración del patrón de heterosexualización y feminización de la subepidemia en el Soconusco, podría estar relacionado con dinámicas que son características de la región fronteriza, principalmente, aludieron a la intensificación del mercado sexual y a las condiciones de alta vulnerabilidad que enfrentan las mujeres que ejercen esta actividad laboral, así como a las



situaciones de riesgo y desprotección en que ocurren los procesos de migración internacional (Bronfman M., 1996).

Sin embargo, otros estudios, demostraron que si bien las trabajadoras sexuales que confluyen en la región fronteriza se sitúan en una condición de vulnerabilidad y riesgo al VIH, éstas presentaron una frecuencia de infección similar a la reportada por este grupo de la población femenina a nivel nacional (Uribe F., 2005). Por ello, en contraposición con el planteamiento de que en la región fronteriza de Soconusco existe un proceso de “heterosexualización” de la epidemia de VIH, en el trabajo de Felipe Uribe (2005) se sugiere que en estos contextos siguen predominando los comportamientos homosexual y bisexual entre los individuos masculinos positivos al VIH.

Los resultados de este estudio que empleó metodologías cuantitativas y cualitativas indican 36.7% de los entrevistados refirieron prácticas heterosexuales, 30% bisexuales y 33.3% homosexuales. Los resultados de la clasificación de estos mismos sujetos realizada por la Jurisdicción Sanitaria VII, en el Soconusco, fueron 56.7%, 26.7% y 16.7% en los grupos heterosexual, bisexual y homosexual. Se observa que la Jurisdicción Sanitaria clasificó un mayor número de individuos en la categoría “heterosexual” a expensas principalmente de la categoría “homosexual” (Uribe F., 2005:69).

De esta manera, el autor concluye que en el sistema de vigilancia epidemiológica desarrollado por las instituciones gubernamentales de salud, aún persisten problemas metodológicos en la clasificación de los comportamientos sexuales de los individuos seropositivos al VIH. En este trabajo se explica que las discrepancias probablemente están relacionadas con la manera como los profesionales de salud preguntan por los antecedentes de comportamiento sexual:

“Puede haber sucedido que las personas no conocieran el significado médico de las categorías clasificatorias de heterosexual, homosexual y bisexual o en el caso de conocerlas tratar de evitar clasificaciones que generan estigma social (...) por tanto, se sugiere emplear abordajes que

integren conceptos relacionales como son el de identidad sexual y el rol de género, involucrados en la forma en que los individuos conciben su sexualidad al margen de los servicios de salud que la clasifican (Uribe F., 2005:69).

En el caso de Chiapas, se ha mostrado, de nueva cuenta, que las desigualdades se expresan incluso en la metodología empleada en las investigaciones y en los sistemas de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. Por ello, el análisis debe considerar que las limitaciones que enfrenta la vigilancia epidemiológica no sólo se vinculan con las deficiencias de los instrumentos de registro, sino también responden a las limitadas capacidades de infraestructura, técnicas y de recursos que enfrentan los diferentes actores que conforman el sistema de salud en la entidad. Dicho de otro modo, la magnitud, frecuencia y distribución de la epidemia son indicadores que también están determinados por las capacidades (técnicas, operativas y procesos de notificación) que han desarrollado los servicios públicos de salud en diferentes contextos, así como por la disponibilidad y acceso a las estrategias de prevención y a las prácticas de atención del VIH/SIDA que se incluyen o excluyen a los diferentes grupos de la población.

Bajo esta lógica, se puede plantear que las características del sistema público de atención a la salud existente en las regiones fronterizas de Chiapas, y particularmente las formas de respuesta social al VIH/SIDA que se han desarrollado en el Soconusco, pueden contribuir a explicar porqué este contexto se ha constituido en uno de los espacios geográficos que reportan las más altas tasas de prevalencia acumulada en el estado. De igual manera, el desarrollo que ha seguido la vigilancia epidemiológica y el tipo de acciones de prevención y atención del VIH/SIDA desarrolladas por los servicios públicos de salud que operan en una región caracterizada por ser la puerta con Centroamérica, pueden contribuir a comprender el interés por conocer la situación de la epidemia en la población fronteriza y en los grupos móviles y migrantes.

### **4.3 La epidemia del VIH/SIDA en población migrante**

En el sistema de salud del sur de Chiapas se enfrentan enormes dificultades para estimar la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA en población migrante, así como para seguir los patrones migratorios o trazar el historial de diagnóstico y tratamiento de las personas migrantes directamente afectadas por la epidemia. Tal como señala Carlos Magis y colaboradores: “los sistemas actuales de vigilancia en migrantes son limitados, puesto que es improbable que capturen una muestra representativa de una población que se caracteriza por estar conformada de diversos grupos de migrantes que poseen formas de comportarse en el tiempo y el espacio (...) A pesar de ello, se puede compilar información de aquellos migrantes que utilizan los servicios de salud, pero esto no impide que se introduzcan sesgos en los datos. Los individuos que utilizan los servicios de salud podrían ser diferentes a aquellos que no los utilizan, por ejemplo: contar con más información sobre los servicios de salud, la prevención y el riesgo de contraer el VIH, tener mayor acceso a la atención médica, entre otras situaciones” (Magis C., et al 2008:49).

A pesar de los retos metodológicos que plantea la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, durante la última década se han hecho importantes esfuerzos para conocer la situación de la epidemia en los diversos grupos de la población migrante que confluyen tanto en la frontera norte como en la frontera sur de México. La mayor parte de los estudios realizados en los contextos fronterizos se basan en las encuestas centinela focalizadas en grupos móviles y migrantes que presentan condiciones de alta vulnerabilidad y riesgo al VIH. Sin embargo, en el caso de la frontera sur, algunas de las instancias jurisdiccionales que tienen la función de programar e instrumentar las acciones de prevención y atención en contextos de tránsito o destino migratorio, han buscado fortalecer los sistemas de registro de casos de personas migrantes con VIH/SIDA que acuden a los servicios públicos de salud.

Desde el año 2003, el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA (PVIH-JS) de la JS-VII de Tapachula, desarrolló un sistema local de vigilancia epidemiológica

para población migrante, el cual, posteriormente se vinculó con las redes de información de los servicios de salud estatal y nacional. De esta manera, el Programa se constituyó como un actor pionero en el registro epidemiológico sobre poblaciones móviles y migrantes en las localidades y los estados que conforman la frontera sur. La recopilación de información se hizo compaginando los formatos de alcance nacional utilizados por el CENSIDA, con la Cédula de Monitoreo para población móvil y migrante”.<sup>54</sup> En el Cuadro 4.2 se describen los principales apartados y variables contenidas en este instrumento.

**Cuadro 4.2**  
**Cédula de monitoreo para población móvil y migrante, Programa de VIH/ITS- JS VII**

<b>Apartados</b>	<b>Principales variables</b>
1. Institución Notificante	Localidad, municipio, lugar de aplicación de la cédula
2. Datos socio-demográficos	Sexo, edad, nacionalidad, escolaridad, estado civil, pertenencia étnica, ocupación.
3. Condición de salud	Auto-reporte de la condición de salud, acceso y perfil de demanda de servicios de salud, sintomatología y padecimiento.
4. Discriminación	Rechazo o exclusión por clase social, orientación sexual, condición migratoria, género, pertenencia étnica, condición de salud, edad, actividad laboral. Lugares y sujetos que ejercen la discriminación.
5. Comportamiento sexual	Edad a la 1ª relación sexual, preferencia sexual, uso y no de condón con diferentes tipos de pareja.
6. Prevención y atención del VIH/SIDA	Conocimientos básicos (vías de transmisión y estrategias de prevención), estigma y discriminación, acceso a servicios de salud para la atención de estas infecciones, efectividad de las intervenciones realizadas en la región fronteriza.
7. Pruebas de VIH	Referencias previas y disposición al diagnóstico oportuno de VIH. Aplicación voluntaria, confidencial e informada de la prueba rápida de VIH.
8. Laboratorio	Consejería pre y post, y resultados de la prueba rápida de VIH.

Fuente: Leyva R., Quintino F., Edelmann D., Gómez N., (2008). Modelo de prevención de VIH/SIDA/ITS para población migrante en la frontera México-Guatemala. Informe Técnico. Instituto Nacional de Salud Pública, Jurisdicción Sanitaria VII, CENSIDA.

La información recabada en los últimos siete años, se ha concentrado en una base digitalizada. En el ámbito local sólo se procesan algunas variables relevantes

<sup>54</sup> El diseño de la Cédula, se basó en la “Cédula Oficial de Monitoreo del Programa de Acción de VIH/ITS” que se aplica a nivel nacional (el cual no estaba ajustado para la población móvil ni migrante, p.e. no incluía datos de nacionalidad), así como en los formatos estandarizados de las encuestas de monitoreo epidemiológico que fueron utilizadas en otras intervenciones (Leyva R., et al. 2005, 2007). En 2008, este instrumento fue dictaminado positivamente por la Dirección de Investigación Operativa del CENSIDA.

propuestas en la cédula y el resto de la información se maneja en el ámbito estatal. De esta manera, el sistema local permite registrar el acumulado de casos de VIH/SIDA en extranjeros y proporciona algunas características socio-demográficas de las personas migrantes afectadas por la epidemia. A pesar de estos avances el sistema aún tiene limitaciones, ya que se han presentado dificultades para establecer los denominadores poblacionales, lo cual reduce la capacidad para estimar la prevalencia de VIH.

▪ **Casos de VIH/SIDA en población migrante**

De acuerdo con los datos presentados por el PVIH, en el periodo 2003-2010 se han registrado un total de **1181** casos de VIH/SIDA en los 16 municipios que conforman el área de cobertura de la Jurisdicción Sanitaria VII. Del total de casos de VIH/SIDA registrados en este periodo, 1053 casos corresponden a población nacional y **128** a personas extranjeras o migrantes (Cuadro 4.3). Esta cifra indica que los y las migrantes representan el **11%** del total de casos notificados por el PVIH. En cuanto a su distribución por sexo, se identifica que del total de casos de personas migrantes que fueron notificadas en este periodo, 70 son hombres (54.7%) y 58 mujeres (45.3%).

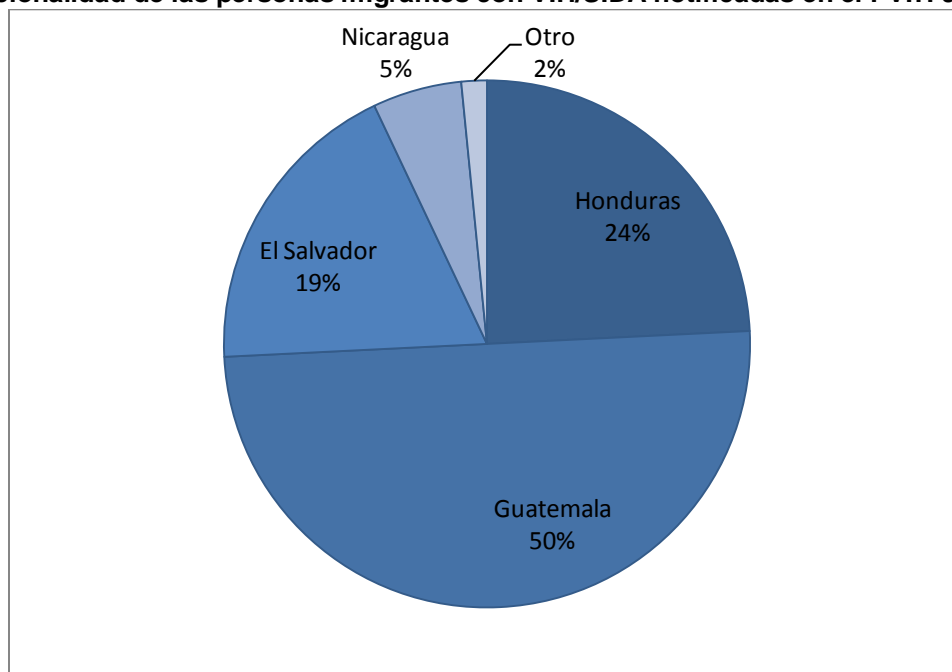
**Cuadro 4.3**  
**Casos acumulados de VIH/SIDA en población nacional y migrante (2003-2010):**  
**Tapachula, Chiapas**

Año	CASOS DE VIH/SIDA EN POBLACIÓN EXTRANJERA						CASOS DE VIH/SIDA EN POBLACIÓN MEXICANA		CASOS VIH/SIDA NOTIFICADOS EN LA JS VII	
	Hombres		Mujeres		Total de casos de VIH/SIDA en extranjeros		Total de casos de VIH/SIDA en población mexicana		Total de casos notificados en el periodo	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2003	1	1.43	6	10.3	7	5.5	173	16.4	180	15.2
2004	5	7.14	4	6.9	9	7.0	116	11.0	125	10.6
2005	1	1.43	3	5.2	4	3.1	126	12.0	130	11.0
2006	7	10.00	8	13.8	15	11.7	157	14.9	172	14.6
2007	8	11.43	6	10.3	14	10.9	182	17.3	196	16.6
2008	17	24.29	9	15.5	26	20.3	198	18.8	224	19.0
2009	15	21.43	8	13.8	23	18.0	101	9.6	124	10.5
2010	16	22.86	14	24.1	30	23.4	SD	SD	30	2.5
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>58</b>	<b>100</b>	<b>128</b>	<b>100</b>	<b>1053</b>	<b>100</b>	<b>1181</b>	<b>100</b>

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Programa de VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas

Respecto a la nacionalidad (gráfico 4.1), se identifica que, de acuerdo con las tendencias observadas en los flujos migratorios que transitan o residen en las comunidades fronterizas de México, la mayor parte de las personas migrantes con VIH/SIDA notificadas por el PVIH, son originarias de los diferentes países que integran la región centroamericana. De los 128 casos, el 50% es originario de Guatemala (54.2%), el 24% de Honduras, 19% de El Salvador, 5% de Nicaragua y sólo el 2% provenía de otros países (Colombia y Perú).

**Gráfico 4.1**  
**Nacionalidad de las personas migrantes con VIH/SIDA notificadas en el PVIH-JS VII**

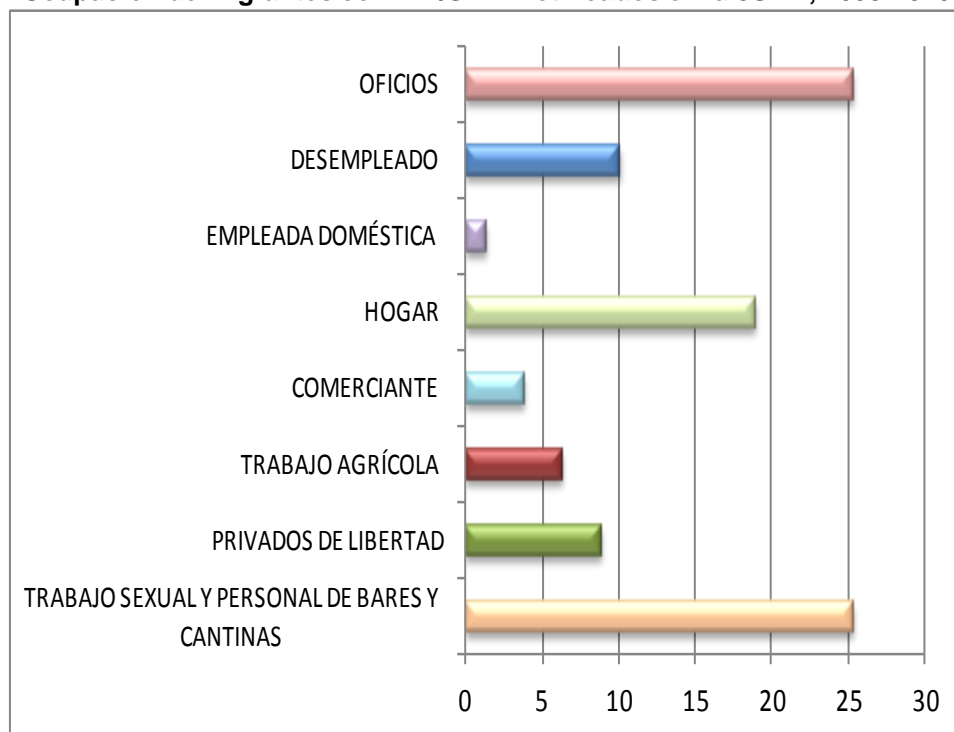


Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Programa de VIH/SIDA/ITS de JS VII. Casos acumulados y notificados (n=128) en el periodo 2003-2010.

Desde el año 2003 hasta diciembre de 2010, los casos de VIH/SIDA clasificados por ocupación se concentran en los grupos de trabajadoras y los trabajadores que desempeñan ocupaciones marginales terciarias en el contexto fronterizo (gráfico 4.2). En su conjunto, las personas que se dedican a estas ocupaciones marginales terciarias concentran el 69% del total de casos notificados. El 25% de las personas migrantes con VIH/SIDA ejerce diversos oficios (hojalatero, panadero, balconero, cargador, decorador, lavadero, etc.); otro 25% corresponde a las trabajadoras/es que laboran en los contextos del trabajo sexual, espacio donde ejercen diversos

roles y actividades. Asimismo, alrededor del 20% corresponde a mujeres que se dedicaban a las actividades domésticas en su propio hogar. En una proporción menor se encuentran las personas desempleadas (10%), las personas privadas de libertad (9%), los trabajadores agrícolas (6%), comerciantes (4%) y sólo se registra un caso de una trabajadora doméstica.

**Gráfica 4.2**  
**Ocupación de migrantes con VIH/SIDA notificados en la JS VII, 2003-2010**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Programa de VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas. N=79

El perfil socio-demográfico y laboral muestra que las personas migrantes con VIH/SIDA forman parte de diversas categorías subocupacionales y pertenecen a los principales grupos migratorios observados en la región, los cuales, a su vez se han caracterizado por presentar una composición diferencial en términos de su lugar de origen, rutas, en los motivos para migrar y en el tiempo de estancia en las localidades fronterizas del sur de Chiapas.

Particularmente, la pertenencia laboral y migratoria permite observar que la mayor parte de las personas con VIH/SIDA que han sido notificadas por los servicios públicos de salud, forma parte de la población migrante que puede ser

denominada como “residente” en la frontera (59% del total de casos), donde se desempeñan como empleadas domésticas, ejercen diversos oficios, se dedican al comercio informal o están una situación de privación de libertad. En una proporción menor se encuentran los casos de PMVS que forman parte del grupo de trabajadoras/es que mantiene una alta movilidad y se inserta en las actividades vinculadas con el mercado sexual que tiene lugar en la frontera (25%); en menor medida se han identificado casos de las y los trabajadores agrícolas (6%) que se desplazan de manera temporal hacia las fincas productivas de Soconusco.

La pertenencia a estos grupos sociales no sólo determina las formas de inserción laboral y las dinámicas de movilidad poblacional, sino además interviene en el proceso de acceso a los servicios de salud donde se brinda la atención para el VIH/SIDA. En su mayoría, las personas migrantes residentes han acudido a los servicios públicos de salud (PIVH-JS) por libre demanda o por referencia para realizarse las pruebas de VIH. Por su parte, los y las migrantes que forman parte de los otros grupos móviles conocieron su estatus serológico y tuvieron el primer contacto con los servicios como parte de las acciones de promoción del diagnóstico oportuno del VIH que se han implementado en esta región fronteriza.<sup>55</sup>

#### ▪ **Evolución de la notificación de casos de PMVS**

Es relevante señalar que en el año 2007, el Programa de VIH de la JS-VII comenzó a promover formalmente la aplicación voluntaria, confidencial e informada de las pruebas de VIH en población migrante. Sin embargo, previamente ya se realizaban las acciones de vigilancia epidemiológica y brindaban la atención a migrantes residentes. De igual manera, para ese año, el Programa ya contaba con experiencia en la implementación de estrategias de búsqueda intencionada de casos de VIH en diversas poblaciones clave (mujeres embarazadas, trabajadoras sexuales y en personas privadas de libertad).

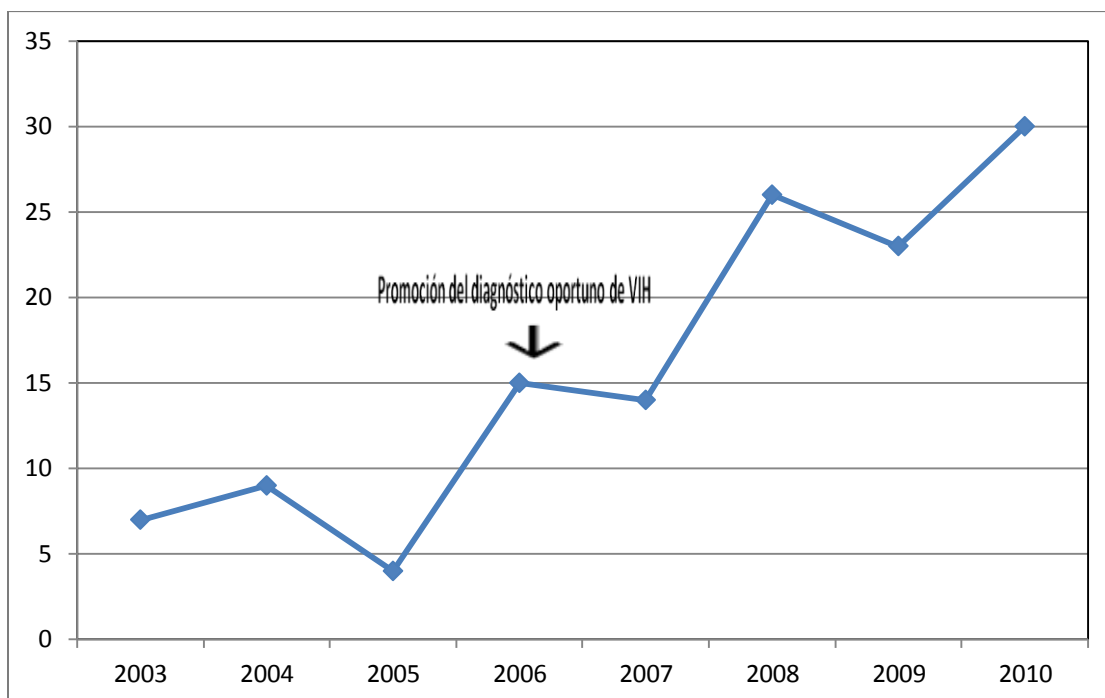
---

<sup>55</sup> Por ejemplo, entre el 2002 y 2006 se aplicó un total de 110 pruebas Elisa y 26 pruebas confirmatorias Western Blot en población migrante. En 2007 y 2008, han sido los años donde se identificó un mayor número de personas migrantes VIH positivas, en razón a la intensificación de acciones dirigidas a promover la detección temprana del VIH mediante la aplicación voluntaria e informada de las pruebas rápidas.



El análisis de la información epidemiológica muestra que en el periodo 2003-2010 se ha registrado un incremento sostenido de las personas migrantes con VIH/SIDA notificadas por el Programa, observándose el mayor número de casos entre 2007 y 2010, periodo que coincide con la intensificación de las acciones de diagnóstico oportuno del VIH. La gráfica 4.3, contribuye a mostrar cómo el incremento en la notificación de los casos de VIH en migrantes que forman parte de diversos grupos móviles está estrechamente vinculada con el mejoramiento de los sistemas de información, pero sobre todo con las estrategias de prevención y control que se han implementado a lo largo de una década en la región fronteriza. Por tanto, los casos acumulados de VIH/SIDA no sólo contribuyen a delinear un panorama general de la epidemia en población migrante, sino también se constituyen como un indicador de las capacidades, recursos y las acciones preventivas implementadas por los servicios públicos de salud disponibles en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas.

**Gráfico 4.3**  
**Evolución de la notificación de casos de VIH/SIDA en población migrante en el Programa de VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos del Programa de VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas.

El análisis de los datos generados entre 2009-2011 corrobora esta tendencia. En este periodo caracterizado por la ampliación de las intervenciones preventivas y la promoción del diagnóstico oportuno, el PVIH-JS notificó 61 casos de migrantes (52.4% hombres y 47.5% mujeres) que obtuvieron un resultado reactivo en la prueba de VIH. Del total de personas con resultado presuntivo de VIH, 50.8% eran migrantes residentes, 18% migrantes en tránsito y 13% migrantes privados de libertad; y la mitad de los casos tiene entre 19-29 años de edad.

**Cuadro 4.4**  
**Perfil socio-demográfico y de salud de personas migrantes con VIH/SIDA que recibieron atención en el PVIH-JS VII**

		Mujer		Hombre		Total	
		n	%	n	%	n	%
<b>Año de notificación</b>							
	2009	3	9.4	11	37.9	14	23.0
	2010	15	46.9	4	13.8	19	31.1
	2011	14	43.8	14	48.3	28	45.9
	Total	32	100	29	100	61	100
		Mujer		Hombre		Total	
		n	%	n	%	n	%
<b>Grupo poblacional</b>	Migrante en tránsito (MT)	8	25	3	10.3	11	18.0
	Migrante Residente (MR)	16	50	15	51.7	31	50.8
	Embarazada (E)	2	6.3	0	0.0	2	3.3
	Trabajador Agrícola Migrante (TAM)	3	9.4	5	17.2	8	13.1
	Privado de Libertad (PL)	0	0	3	10.3	3	4.9
	Sin Datos (S/D)	0	0	1	3.4	1	1.6
	Migrante en Trabajo Sexual (MTS)	3	9.375	2	6.9	5	8.2
Total	32	100	29	100	61	100	
		Mujer		Hombre		Total	
		n	%	n	%	n	%
<b>Nacionalidad</b>	Costa Rica	0	0	1	3.4	1	1.6
	El Salvador	7	21.9	4	13.8	11	18.0
	Honduras	10	31.3	6	20.7	16	26.2
	Nicaragua	1	3.1	3	10.3	4	6.6
	Guatemala	14	43.8	14	48.3	28	45.9
	Colombia	0	0	1	3.4	1	1.6
	Total	32	100	29	100	61	100
		Mujer		Hombre		Total	
		n	%	n	%	n	%
<b>Edad</b>	19-24	9	28.1	7	24.1	16	26.2
	25-29	8	25	6	20.7	14	23.0
	30-34	5	15.6	3	10.3	8	13.1
	35-39	5	15.6	5	17.2	10	16.4
	40-50	3	9.4	5	17.2	8	13.1
	51 y más	2	6.3	3	10.3	5	8.2
	Total	32	100	29	100	61	100
		Mujer		Hombre		Total	
		n	%	n	%	n	%
<b>Condición de Salud</b>	Asintomático	24	75.0	19	65.5	43	70.5
	Sintomático	8	25.0	10	34.5	18	29.5
	Total	32	100	29	100	61	100

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del PVIH de la Jurisdicción Sanitaria VII, Tapachula.

La mayor parte de los pacientes fueron notificados en la Unidad de Especialidades Médicas – Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de las personas con VIH/SIDA (UNEME-CAPASIT) de Tapachula, así como en las unidades de 1er y 2º nivel de atención del ISECH-SSA. De acuerdo con los registros del PVIH-JS, 91% de los usuarios fueron reportados como “asintomáticos”, aunque el 48% recibieron tratamiento antirretroviral por parte de la JS-VII. Esta situación muestra mayores facilidades de acceso al diagnóstico y a la atención médica en los establecimientos públicos de salud.

Como se revisará en los siguientes capítulos, en los últimos años no se ha dejado de registrar la llegada de migrantes residentes que acuden por libre demanda a los servicios de salud, sin embargo, se registra una mayor afluencia de trabajadoras sexuales, trabajadores/as agrícolas y transmigrantes que se aproximaron a los servicios de salud como parte de las acciones preventivas desarrolladas por el PVIH-JS en colaboración con instituciones académicas, gubernamentales y sociales.



## **CAPÍTULO V.**

### **SERVICIOS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA EN POBLACIÓN MIGRANTE**

El presente capítulo tiene el objetivo de analizar las políticas y prácticas que han desarrollado los servicios gubernamentales de salud para dar respuesta a las necesidades de prevención y atención del VIH/SIDA de las personas que forman parte de los grupos móviles y migrantes que confluyen en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. En el capítulo se abordan las siguientes cuestiones: ¿Cuál es el posicionamiento de las instituciones de salud para la atención médica integral de las personas migrantes con VIH/SIDA? ¿Cómo se ha construido un proceso de política pública orientado a reducir barreras de acceso a servicios de salud para migrantes? ¿Cuáles son las acciones y obstáculos que se han enfrentado en el proceso de implementación del modelo de atención integral del VIH/SIDA?

El análisis parte de la premisa de que el sistema de salud institucional forma parte fundamental de la respuesta social organizada que ha buscado comprender e intervenir en las condiciones y determinantes del proceso salud-enfermedad de la población residente y migrante. Desde esta perspectiva, el análisis pone énfasis en las acciones en salud desarrolladas por los servicios locales de salud coordinados a través la Jurisdicción Sanitaria VII-Tapachula (JS VII) del Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH-SSA), actor institucional con posición estratégica para la implementación del denominado *“Modelo de prevención y atención del VIH/SIDA en población migrante”*.

En un primer apartado, se analizan los antecedentes, fases y componentes que integran el modelo de prevención y atención del VIH/SIDA en población migrante desarrollado por el PVIH-JS en colaboración con instituciones académicas y organizaciones locales. Dicho apartado incluye el análisis de las percepciones que tienen los representantes institucionales y profesionales de salud sobre el vínculo migración y VIH/SIDA, así como la caracterización de las estrategias operativas y

las condiciones de acceso a servicios de prevención y atención de las personas migrantes directamente afectadas por la epidemia.

Es relevante señalar que la experiencia de los profesionales de salud permitió identificar los cambios y continuidades que se han presentado en el proceso de formulación e implementación de las iniciativas y estrategias focalizadas en el tema de la migración y la epidemia del SIDA. A partir de ello, se identifican y analizan tres fases o etapas por las que ha transitado el modelo de atención dirigido a las personas migrantes con VIH/SIDA (PMVS). Estas fases están definidas esencialmente por cambios en la política de salud registrados a nivel local, estatal y nacional.

En el segundo apartado del capítulo, se analizan las estrategias, prácticas y obstáculos presentados en la primera fase caracterizada por proporcionar servicios de “atención reactiva” (1999-2003). En esta fase se exploran aspectos relevantes de la respuesta social en salud que se ha desarrollado para atender las necesidades de personas con VIH/SIDA que forman parte de la población migrante residente.

En el tercer apartado, se analiza la segunda fase del modelo de atención (2004-2007) está caracterizada por la implementación de estrategias de “*búsqueda intencionada de casos de VIH*” en los denominados grupos vulnerables, entre los cuales figuran los y las migrantes que laboran en contextos del trabajo sexual existentes en la región fronteriza.

En el último apartado del capítulo, se aborda la tercera fase del modelo operativo, la cual está determinada por una reorientación de la política nacional y local de VIH/SIDA. En este marco se abrió la posibilidad para brindar servicios de prevención, diagnóstico, atención, tratamiento y seguimiento médico para otros grupos sociales, entre los cuales figuran los migrantes que transitan por la frontera sur con el propósito de llegar a los Estados Unidos.

Para elaborar el capítulo se analizó la información recabada a través de las entrevistas aplicadas a representantes de programas de salud y a otros

profesionales directamente involucrados en la formulación e implementación de políticas y acciones vinculadas con el tema de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA. El análisis se complementa con la revisión de publicaciones, informes y literatura “gris” que contribuye a caracterizar los procesos de investigación-acción focalizados en la temática. También se analiza el material etnográfico generado en el marco de la presente investigación, el cual permite identificar las características organizativas e interaccionales de distintos espacios donde se proveen diversos servicios atención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del VIH/SIDA para población abierta y población migrante afectada por la epidemia.

## **5.1 Modelo de prevención y atención del VIH/SIDA en población migrante**

### **▪ Antecedentes**

Desde el año 1999, el PVIH-JS en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y otros actores involucrados en la temática han desarrollado acciones orientadas a facilitar la provisión de servicios de prevención y atención del VIH/SIDA a personas de los grupos móviles y migrantes. Las iniciativas forman parte de un proceso de sustentabilidad que se ha venido desarrollando por más de una década en el corredor fronterizo de Soconusco, Chiapas, y cuyas acciones se han vinculado a los proyectos y políticas regionales para la prevención del VIH/SIDA/ITS y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en grupos móviles y migrantes (Bronfman M., y Leyva R., 2004; Leyva R., et al. 2005, 2009, 2011).

De acuerdo con los profesionales de la salud entrevistados, hasta el 2001, la respuesta gubernamental al VIH/SIDA era una acción encargada exclusivamente al Programa jurisdiccional. En ese periodo, se realizaban acciones limitadas y focalizadas en las poblaciones definidas como prioritarias por el CENSIDA, en las cuales no estaban incluidos los grupos móviles y migrantes. Sin embargo, en ese mismo año, el PVIH-JS inició un proceso de colaboración con instituciones académicas que estaban interesadas en el tema de la movilidad poblacional y el

VIH/SIDA. Para ello, se estableció una alianza estratégica con los actores políticos, sociales y de salud para el desarrollo del Proyecto *“Multicéntrico Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos”*, el cual fue impulsado por el Instituto Nacional de Salud Pública.<sup>56</sup> Esta iniciativa incluyó la participación de organizaciones sociales, gubernamentales y de cooperación técnica de la frontera sur de México y de los siete países de Centroamérica. Fue en el marco de este proceso de colaboración, cuando el Programa incentivó el posicionamiento de las poblaciones móviles y migrantes en la agenda institucional de alcance local y regional. Al respecto, un representante del Programa mencionado indica:

“A pesar de ser frontera, para 1999 nosotros no habíamos visto, pensando o planeado trabajar con la población migrante (...) Fue cuando iniciamos el trabajo en coordinación con el Instituto Nacional de Salud Pública, en el Proyecto de Poblaciones Móviles” (Responsable del Programa de VIH/SIDA de la JS, VII, 2008).

De acuerdo con los profesionales de la salud entrevistados, el enfoque del Proyecto Multicéntrico influyó en la manera de conceptualizar y abordar la relación entre migración y VIH/SIDA. En contraposición con los enfoques epidemiológicos clásicos que tradicionalmente conciben a los procesos migratorios como un determinante de la aparición, distribución y desarrollo de las enfermedades infecciosas, el Proyecto Multicéntrico buscó poner el acento en los contextos de vulnerabilidad social y de salud como determinantes de la experiencia y manejo de riesgos, entre ellos los de los grupos móviles y migrantes.

Dicho proyecto buscó incidir en el ámbito estructural, y en ese marco fue que, para 1999, se planteó la necesidad de conformar una red de trabajo multisectorial que

---

<sup>56</sup> La experiencia de este proyecto se ha sintetizado en dos tomos *“Movilidad poblacional y VIH/SIDA”* (Bronfman M., Leyva R., y Negroni M., 2004) y *“Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA”* (Leyva R., Caballero M., y Bronfman M., 2005); cuyo contenido ha contribuido de manera prioritaria en el proceso de visibilización del problema de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA en la región. Ese proyecto se llevó a cabo en 11 estaciones de paso de México y Centroamérica. A través de métodos cualitativos y cuantitativos se documentaron los contextos socioeconómicos, culturales y políticos en los que ocurre la migración, y su relación con la vulnerabilidad de las poblaciones móviles a las ITS/VIH/SIDA.



contribuyera al diseño, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias de prevención y atención integral de las ITS/VIH/SIDA focalizadas en las poblaciones móviles y migrantes que confluyen en la región fronteriza (Bronfman y Leyva, 2004).

El PVIH jurisdiccional tuvo una posición central en el desarrollo de las iniciativas que se comenzaron a implementar en 2002. Desde ese periodo, el Programa reguló la funcionalidad de las acciones del sistema público de salud en el tema de las ITS/VIH/SIDA y asumió las funciones de coordinación con los diferentes actores sociales y gubernamentales que conformarían la red social involucrada en la implementación de las estrategias preventivas.

En un primer momento, el PVIH-JS organizó espacios de convergencia multilateral, con el fin de recuperar y armonizar las diferentes perspectivas y abordajes sobre la migración y el VIH/SIDA presentes en la región. Una vez conformada la red, el Programa inició la capacitación de los profesionales de la salud y otros prestadores de servicios que atienden a la población migrante, con el propósito de mejorar la calidad de la atención promoviendo la sensibilización y el desarrollo de habilidades para abordar el tema del VIH/SIDA y la movilidad poblacional. De acuerdo con los representantes del Programa, la red que participó en la fase inicial de este modelo de atención a la salud, estuvo conformada por los siguientes actores:

“Para el 2002, fue cuando se inicia la capacitación, pero ya no sólo a personal de salud sino realizamos acciones para organizaciones específicas que trabajaban con poblaciones migrantes: el Instituto Nacional de Migración, el Albergue Belén, organismos de Naciones Unidas y el Grupo Beta. Fue en esa fecha que se inicia la capacitación, se integra la Red Interfronteriza; iniciamos un trabajo más cercano con unas unidades de salud de la frontera de Guatemala. En el 2003, creo que fue cuando ya tuvimos este contacto directo con el gobierno de Honduras, directamente con el Programa Nacional de VIH/SIDA de este país” (Responsable del Programa de VIH/SIDA de la JS, VII, 2008).

A partir de esta experiencia de trabajo, el PVIH-JS estableció a los grupos móviles y migrantes como parte de las poblaciones prioritarias o estratégicas que deberían ser cubiertas de manera rutinaria. Desde entonces, los planes de trabajo jurisdiccionales reconocen la vulnerabilidad de estas poblaciones al VIH/SIDA/ITS, las incluye como sector prioritario, explicita las intervenciones (prevención y atención) que se ponen en marcha y planifica su fortalecimiento:

“La Coordinación Estatal del Programa de VIH/SIDA/ITS y el Programa jurisdiccional, buscan incrementar el uso de medidas preventivas en las poblaciones de mayor riesgo y en condición de vulnerabilidad (...) También se busca disminuir la transmisión del VIH/ITS en las poblaciones clave: HSH, TSC, jóvenes, personas privadas de su libertad, PVVs, migrantes, mujeres, indígenas, etc.” (ISECH, 2011).

De esta manera, en la frontera sur se logra impulsar un cambio en el posicionamiento y desarrollo de la política pública de salud a nivel local. La descentralización operaba como eje para la toma de decisiones que en un inicio, no fueron consultadas con el programa estatal ni con el nacional. A partir de entonces, se comenzó el desarrollo de instrumentos técnicos que facilitaron la inclusión de las poblaciones móviles y migrantes a las acciones regulares de salud, focalizando en un primer momento, en el tema de VIH.

#### ▪ **Evolución y componentes del modelo de atención**

Los procesos de investigación-acción impulsados en el marco del Proyecto Multicéntrico y el posicionamiento del tema de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA en la agenda pública del sector salud, fueron la base para el desarrollo del denominado “Modelo de Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA para poblaciones móviles y migrantes” (Leyva R., et al. 2005, 2007, 2008, 2009, 2011). Se trata de un enfoque de investigación-acción que busca reconocer los determinantes y factores que intervienen en la vulnerabilidad y riesgo al VIH/SIDA (Bronfman M., 1994), así como intervenir en las condiciones y en la instrumentación de las acciones orientadas a reducir el impacto de la epidemia

entre las poblaciones migrantes. En términos operativos, el modelo ha estado focalizado en los grupos migratorios con mayor presencia en la región fronteriza, tales como: los migrantes en tránsito, los trabajadores/as agrícolas migrantes, las trabajadoras sexuales, las trabajadoras domésticas, transportistas, entre otros.

La revisión de los documentos técnicos y publicaciones, muestra que el modelo operativo desarrollado por el PVIH-JS y el INSP se encuentra estructurado en cuatro grandes componentes:

- I) *Establecimiento de alianzas estratégicas* entre el PVIH-JS y diversos actores que se proponen influir y fortalecer las capacidades al interior del sector salud, así como promover la cooperación de otros sectores que están involucrados en la temática.
- II) *Desarrollo de sistemas de información* que contribuyan a la generación de datos epidemiológicos y al análisis de los determinantes que intervienen en las condiciones de vulnerabilidad y riesgo al VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes.
- III) *La provisión de servicios de prevención primaria*,<sup>57</sup> es decir, la implementación de un conjunto de estrategias colectivas y prácticas individuales que tienen el propósito de evitar que el VIH siga transmitiéndose (ya sea por vía sexual, sanguínea o perinatal), las cuales incluyen la consejería y promoción del diagnóstico oportuno mediante la aplicación -voluntaria, confidencial e informada-de pruebas de detección del virus de inmunodeficiencia humana.
- IV) *La provisión de servicios de atención médica integral y de medicamentos* dirigidos a las personas que viven con VIH/SIDA, la cual tiene como principal objetivo aumentar la sobrevivencia y la calidad de vida a través del control de la enfermedad, prevenir nuevas infecciones a través de la

---

<sup>57</sup> De acuerdo con Annette Morales y Tiberio Moreno (2006:75), la prevención primaria incluye la provisión de servicios de detección oportuna, la difusión de información sobre las medidas de prevención donde el consejero debe conocer los factores de riesgo, factores predisponentes y desencadenantes que facilitan la transmisión, así como la sensibilización a los usuarios para que puedan disminuir las conductas que lo ponen en riesgo de infectarse.

prevención secundaria, promover el ejercicio de la sexualidad responsable, así como el respeto de los derechos humanos.

El análisis debe tomar en cuenta que los modelos siempre son construcciones determinadas por la dinámica histórica y social que da cuenta de los procesos de transformación en los que operan, es decir, son instrumentos dinámicos y en proceso de transformación (Menéndez E., 1992). Aunque en términos formales en este modelo operativo se identifican cuatro componentes, las formas de organización de los servicios públicos de salud, los alcances en la instrumentación, así como los recursos y las prácticas de prevención y atención del VIH/SIDA son procesos que, durante una década, han transitado por un conjunto de transformaciones. Estos cambios y continuidades responden a las necesidades y condiciones políticas y sociales de la frontera.

En las siguientes secciones se buscará mostrar los cambios más relevantes en las acciones político administrativas y en las intervenciones preventivas y curativas desarrolladas en el periodo 1999-2010. Paralelamente, se analizan los cambios en las condiciones de acceso a servicios de atención médica por parte de las personas migrantes con VIH/SIDA. Para ello, se utiliza la información proveniente de la revisión documental, la compilación de datos del sistema de vigilancia epidemiológica y las entrevistas a profesionales de salud directamente involucrados en el desarrollo del modelo de atención.

A partir de estas fuentes de información, es posible considerar que, si bien se trata de un esquema relativamente reciente y en proceso de construcción, en el desarrollo del denominado “Modelo de Prevención y Atención Integral del VIH/SIDA para poblaciones móviles y migrantes” se identifican al menos tres etapas o fases. Tal como se muestra en la figura 5.1, estas fases están definidas esencialmente por cambios en la política de salud registrados a nivel local, estatal y nacional. Aunque en los siguientes apartados se realizará una descripción detallada de los procesos que se han desarrollado en cada una de estas etapas, es relevante discernir sus rasgos estructurales.

La primera fase abarca el periodo 1999-2003. Esta etapa se caracteriza por la emergencia o visibilización de la epidemia en población migrante residente, así como por la informalidad de la respuesta de los servicios gubernamentales de salud que sólo brindaban una atención reactiva a las personas migrantes que, en general, se encontraban en etapas avanzadas de la enfermedad, estaban en una situación de gravedad y que requerían de atención hospitalaria. Tomando en consideración estos rasgos estructurales, hemos denominado a esta primera fase como de “*Atención Reactiva*”.

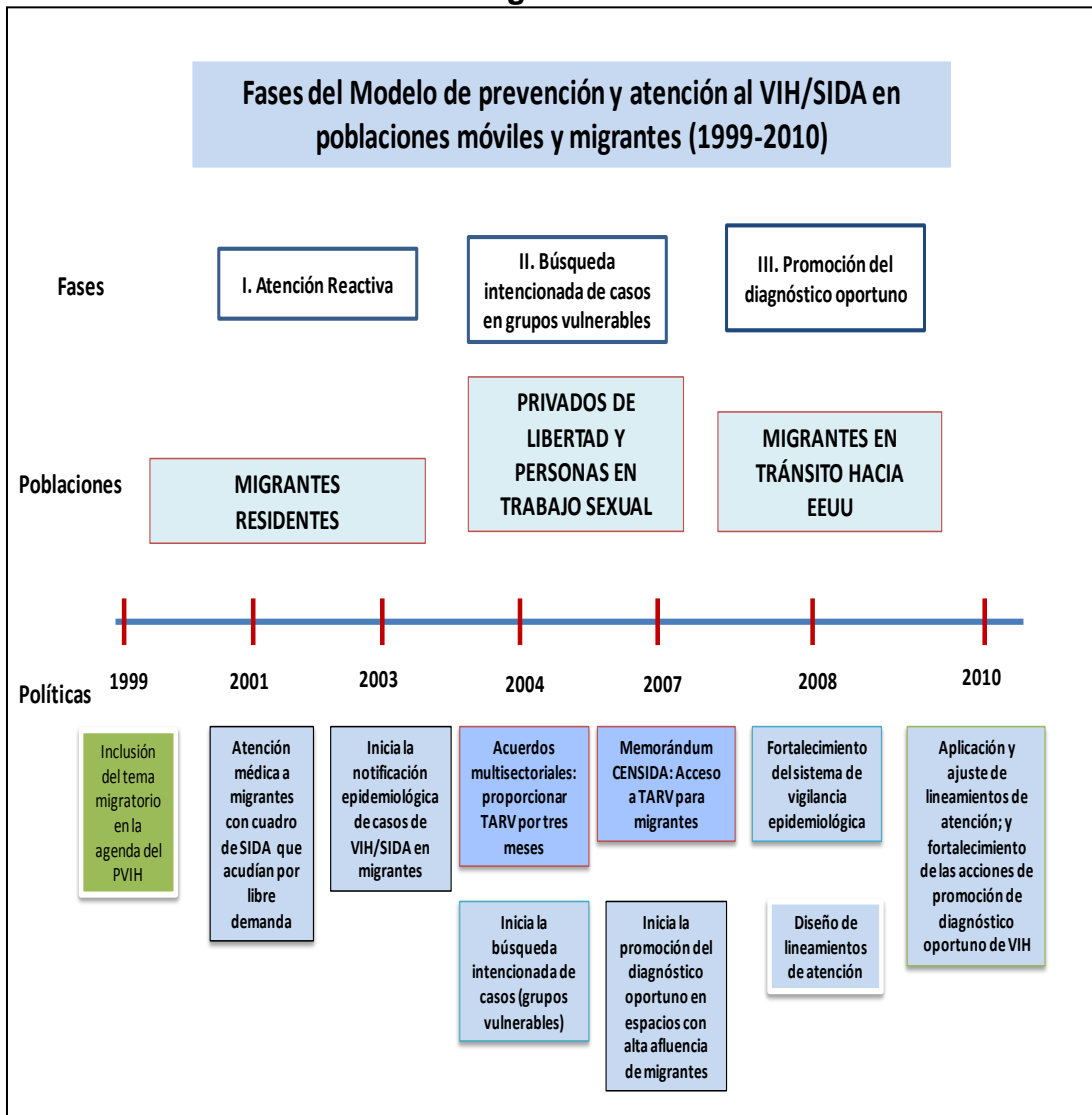
Esta fase coincide con la instrumentalización del aún inconcluso programa nacional de “cobertura universal” que es regulada y planificada por la Secretaría de Salud. El Programa de Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales (PAUMA) se inició en 2001, con el propósito de garantizar su provisión a todas las personas con VIH sin seguridad social (CENSIDA, 2009). Si bien esta política paulatinamente benefició a la población nacional no derechohabiente, no ocurrió lo mismo con las personas extranjeras afectadas por la epidemia en razón de la inequidad que se mantuvo en cuanto al acceso a tratamientos antirretrovirales (TARV).

La segunda fase abarca el periodo 2004-2007. Este periodo, el PVIH-JS coordinó e implementó estrategias de “*búsqueda intencionada de casos de VIH*” en los denominados grupos vulnerables. Siguiendo con los lineamientos nacionales, los servicios públicos de salud realizaron acciones de promoción del diagnóstico en poblaciones clave. Aprovechando este marco nacional, el PVIH-JS inició el registro de trabajadoras/es sexuales migrantes que obtuvieron resultados reactivos en las pruebas de VIH.

A diferencia de los migrantes residentes que llegaron a los servicios públicos de salud por libre demanda, entre los y las trabajadoras migrantes que laboran en el contexto del sexo-servicio prevaleció una ruta de acceso determinada por los programas de control sanitario que están a cargo de los Servicios Municipales de Salud. La estructura organizacional que prevalece en los servicios públicos de salud del Soconusco, planteó la necesidad de fortalecer los vínculos de

colaboración entre el PVIH-JS y las instancias de Sanidad Municipal. La armonización de los enfoques y de las funciones, así como la implementación de estrategias dirigidas a sensibilizar y capacitar al personal de salud municipal en el abordaje del tema de la migración y el VIH/SIDA, constituyeron los principales retos que enfrentó el PVIH-JS en esta fase.

**Figura 5.1**



La tercera fase de intervención comprende el periodo 2008-2010. Dicha fase está determinada por los alcances obtenidos en el proceso de gestión que realizaron los actores locales con el CENSIDA, el cual tuvo la finalidad de reducir las barreras de acceso a servicios públicos para la atención integral del VIH/SIDA que

venían enfrentando las personas migrantes. Dichos alcances se expresan en el Memorandum DG/DIO/1021/07 emitido por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA, 2007), documento en donde se reitera la importancia de dar atención integral y medicamentos antirretrovirales a toda persona migrante que vive con VIH. El reconocimiento del derecho a recibir gratuitamente los medicamentos que se requieren para el adecuado tratamiento del padecimiento, trajo un beneficio importante para la personas migrantes que residen de manera temporal o permanente en las localidades fronterizas. Al mismo tiempo, estas iniciativas abrieron la posibilidad para brindar consejería y ofertar la prueba rápida de VIH en las unidades médicas donde se presta servicios de salud a personas que forman parte del amplio y heterogéneo grupo de los migrantes en tránsito por la frontera sur.

A continuación se realiza una descripción exhaustiva de las estrategias, prácticas y obstáculos presentados en cada una de estas fases de desarrollo del modelo de atención.

## **5.2 Fase I: Atención reactiva a población migrante residente**

A finales de la década de los 90, las acciones de prevención primaria impulsadas por el PVIH-JS estaban focalizadas en la población no derechohabiente o sin seguridad social; y eran muy limitadas las estrategias para poblaciones clave y no se incluía a los grupos móviles y migrantes. Para el CENSIDA, Tapachula reportaba un bajo número de casos de personas con VIH, situación que estaba relacionada con el retraso de notificación por parte del Instituto de Salud del Estado; y esto repercutía en la falta de atención, medicamentos y apoyo para las personas afectadas (Chong F., y López R., 2007:230). Este periodo se caracteriza por la baja notificación de casos y la falta de acceso al tratamiento, incluidos los medicamentos antirretrovirales y a la atención de las personas con VIH/SIDA.

“En ese tiempo la mayor parte de los esfuerzos se concentraron en dar pláticas de prevención, fortalecer la búsqueda intencionada de casos y la notificación de la vigilancia epidemiológica. En el 2000 ingresan los

primeros pacientes mexicanos al tratamiento antirretroviral, pero con un número reducido. Yo me acuerdo que eran, creo que 30 ingresos por año” (Profesional de Salud- PVIH).

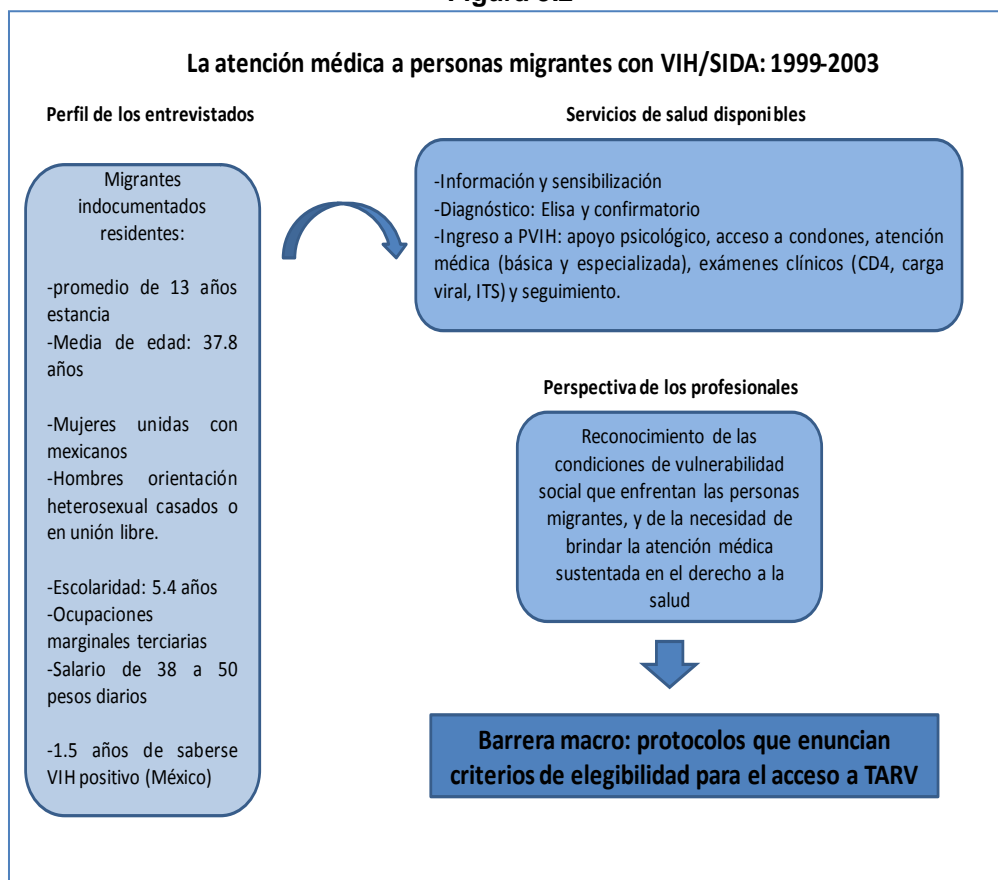
La experiencia de los profesionales de salud entrevistados muestra que en Tapachula, los primeros pacientes extranjeros se diagnosticaron y atendieron en el Área de VIH/SIDA del Hospital General de la SSA. “*La mayoría llegaron a los servicios de salud, cuando se hospitalizaron por alguna complicación, algún médico pensó en VIH, se promovió la realización voluntaria de la prueba y salieron reactivos*” (Profesional de Salud-Hospital General). De acuerdo con el sistema de registro epidemiológico de la Jurisdicción Sanitaria VII, en 2003, en los servicios públicos de salud se notificaron siete personas extranjeras con VIH/SIDA.

Los profesionales de salud identifican con claridad a los primeros migrantes que demandaban atención para el VIH/SIDA: *se trataba fundamentalmente de mujeres y hombres adultos (promedio de edad de 37.8 años), que radicaban en el país (promedio de 12 años de estancia en México) y que se encontraban en etapas avanzadas de la enfermedad y presentaban un cuadro de SIDA*. En la figura 5.2 se sintetiza la perspectiva que los profesionales de la salud tenían sobre estas barreras de acceso a la atención médica integral que enfrentaron las primeras personas migrantes con VIH/SIDA.

Para la mayoría de los médicos y demás personal entrevistado, estos pacientes eran considerados como parte de la población local, por lo cual no se cuestionaba su derecho a utilizar los servicios públicos de salud. De manera inicial, el tratamiento se limitaba al manejo de infecciones oportunistas y neoplasias. Sin embargo, una vez que mejoraba la salud del paciente y se registraba su egreso de la unidad hospitalaria se visibilizaban importantes barreras que influían y dificultaban el acceso a la atención médica regular y continuación con los tratamientos antirretrovirales que se requieren para el manejo de un problema de salud complejo como es el SIDA.



**Figura 5.2**



Por ello, una vez que mejoraba el estado de salud del paciente, los profesionales lo referían hacia las oficinas técnico administrativas de la Jurisdicción Sanitaria VII, con el fin de iniciar los trámites administrativos para su afiliación al Programa de VIH. Su adscripción permitía dar continuidad a la atención médica, controlar las enfermedades oportunistas y acceder a los estudios de laboratorio que son básicos para dar seguimiento al paciente con VIH (particularmente, las pruebas de CD4 y cargas virales).

Cabe señalar que como parte de los protocolos de atención para PVS, se aplican las pruebas de laboratorio llamadas “subpoblaciones de linfocitos CD4”, las cuales determinan el estado del sistema inmunológico o respuesta inmunitaria. También están las pruebas que miden la cantidad de copias de ARN del VIH presente en la sangre, éstas son conocidas como de “Carga Viral”. Tanto las subpoblaciones de linfocitos CD4 como la carga viral, son pruebas fundamentales para conocer,

igualmente, la acción de los medicamentos antirretrovirales (LACCASO, 2002). Aunque las personas migrantes con VIH pudieron acceder a estos exámenes clínicos, las normativas y requisitos institucionales vigentes en este periodo continuaron siendo importantes barreras para el acceso a TARV para las personas migrantes.

La aplicación de estos lineamientos de atención reactiva contribuyó a mejorar temporalmente el estado de salud de las personas migrantes afectadas que ingresaron a los servicios públicos de salud con un cuadro crítico que puso en riesgo su vida. Sin embargo, sólo el acceso al seguimiento médico integral y a los tratamientos antirretrovirales (TARV) han podido cambiar radicalmente el pronóstico de letalidad del SIDA y aumentar la supervivencia y la calidad de vida de las personas VIH positivas. Pero, en este periodo los TARV permanecieron fuera del alcance de las personas extranjeras con un estatus migratorio indocumentado, de bajos recursos y sin acceso a la seguridad social o a programas públicos. A partir de entonces, tal como señala una profesional de salud, los obstáculos para facilitar el acceso a estos medicamentos las personas migrantes, se constituyeron en el principal reto que enfrentó el PVIH-JS:

“En un inicio, el principal reto que enfrentó el PVIH-JS se relacionaba con la atención médica integral. En caso de que además del VIH, los pacientes extranjeros tuvieran una sífilis o una gonorrea nosotros dábamos manejo para infecciones de transmisión sexual. También podíamos facilitar el acceso a la prueba confirmatoria por Western Blot e incluso dar medicamentos para enfermedades oportunistas. Pero teníamos el reto, la problemática de poder apoyarlos con el manejo antirretroviral” (Profesional de Salud- PVIH).

La fase que hemos denominado de atención reactiva (1999-2003) coincide con el periodo de instrumentalización del Programa de Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales (PAUMA) que es regulado y planificado por la Secretaría de Salud. Este Programa se inició en 2001, con el propósito de garantizar su provisión a todos las personas con VIH sin seguridad social

(CENSIDA, 2009). Si bien el PAUMA paulatinamente benefició a la población nacional sin seguridad social, no ocurrió lo mismo con las personas extranjeras directamente afectadas por la epidemia en virtud de la inequidad que se mantuvo en cuanto al acceso a medicamentos antirretrovirales. Para lograr un mejor entendimiento de las dificultades de acceso que enfrentaron las personas migrantes con VIH/SIDA, se considera relevante destacar algunos momentos clave de la política de TARV implementada a nivel estatal y nacional.

- **Momentos clave de la política de acceso a TARV**

Entre 1992 y 1996 las instituciones de seguridad social adquirieron los medicamentos antirretrovirales (ARV) que gradualmente estuvieron disponibles en México. En 1996, el descubrimiento de un nuevo grupo de antirretrovirales, conocidos como inhibidores de proteasa (IP), cambió radicalmente el pronóstico de este padecimiento; se demostró que al combinarlos con los medicamentos ya existentes, en lo que se dio a conocer como tratamiento antirretroviral altamente supresivo (TARSA), o altamente activo (TARAA), se lograba retrasar el daño del sistema inmunológico, incluso logrando recuperarlo en la mayor parte de los pacientes, así como una supresión de la replicación viral, cuya duración es variable (CENSIDA, 2009).

Las recuperaciones propiciadas por el TARV y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, permitieron cambiar el pronóstico de la enfermedad para convertirse de un padecimiento letal a un problema crónico de salud. Sin duda, los TARV se presentan desde el punto vista clínico como una opción para los/las pacientes, no obstante las cuestiones relacionadas a costo-acceso, adherencia o apego, terapia continuada, la resistencia viral y los efectos secundarios continúan siendo problemas a vencer (LACCASO, 2002).

Desde 1994, los pacientes afiliados al Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) tuvieron acceso a medicamentos antirretrovirales. Si bien esta política trajo importantes beneficios despertó gran polémica entre amplios sectores en virtud de la inequidad que se generó en cuanto al acceso a los medicamentos. Para el año,

1997, a nivel nacional se tenía un registro de 13,000 personas que vivían con VIH/SIDA, y de los cuales sólo la mitad tenían seguridad social y por tanto el acceso gratuito a la terapia antirretroviral combinada (CENSIDA, 2009; Soler C., 2009).

En el año 1995 se elaboró la primera normativa oficial para la prevención y el control del VIH que incluyó protocolos de tratamiento. Supuestamente, dichos protocolos son obligatorios, lo que significa que todos los pacientes tienen el derecho de recibir un tratamiento cuyo nivel es el establecido por las normas, en cualquier establecimiento médico del país, ya sea privado o público (Norma Oficial Mexicana, NOM-010-SSA2-1993). Aunque la normatividad sanitaria contempla una atención de calidad para los pacientes, las limitaciones financieras, de recursos humanos e infraestructura dificultan la entrega de una atención de óptima calidad (Bautista S., et al. 2008).

Sin embargo, no fue hasta 1997, cuando el sistema de salud creó la primera medida cautelar que ordenaba el suministro de medicamentos. En ese año entró en funcionamiento un fideicomiso (FONSIDA) destinado a la obtención de fondos para financiar el tratamiento antirretroviral para individuos sin acceso a la seguridad social (CENSIDA, 2009). De acuerdo con el Registro Nacional de Casos de SIDA hasta el 31 de diciembre de 1997, se estimó que aproximadamente 6,000 pacientes no tenían acceso al tratamiento antirretroviral. Para aliviar la creciente demanda de los pacientes, se decidió apoyar la creación de un fideicomiso (FONSIDA) administrado por una asociación civil integrada por representantes de la comunidad científica y personas que viven con el VIH/SIDA, con el objetivo de recaudar fondos para adquirir y distribuir antirretrovirales gratuitos, para el tratamiento de los enfermos sin recursos económicos y sin seguridad social o privada.

“El proyecto FONSIDA se presentó en diciembre de 1997 en el Consejo Nacional de Salud, estableciéndose como requisitos para los Servicios Estatales de Salud (SESA), estándares de servicios y recursos en la entidad para mejorar el funcionamiento de los programas preventivos y de atención del VIH/SIDA” (Soler

C., 2009). Los estándares que se exigieron a los Servicios Estatales de Salud fueron: a) Contar con un Programa Estatal para la Prevención y Control del VIH y otras ITS funcionando. b) Instalar un Servicio Especializado para la atención integral de las personas con VIH/SIDA (SEA) en una unidad hospitalaria del Sector Salud certificada por el CONASIDA. c) Contar con un laboratorio básico estatal acreditado por el Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. d) Contar con un convenio con el laboratorio regional de referencia para la realización de pruebas especiales. e) Notificar los casos al Registro Nacional de Casos. f) El Estado debería aportar recursos por 20% de los costos de los tratamientos que recibiera.

En la región fronteriza de Soconusco, Chiapas, el FONSIDA sólo garantizaba el tratamiento antirretroviral sin costo a mujeres embarazadas y menores de 18 años, quedando fuera gran parte de las personas con VIH de bajos recursos y sin seguridad social. En este contexto de inequidad surgen las primeras organizaciones de la sociedad civil que buscaron hacer un frente común ante el desabasto de medicamentos que se enfrentaba en la ciudad de Tapachula. Este es el caso de Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA, organización que ha realizado acciones de prevención y promoción de los derechos humanos de las personas que forman parte de diversos grupos vulnerables, así como un trabajo de articulación con las redes nacionales que han demandado el acceso a los medicamentos (Chong F., y López R., 2007).

La movilización social de grupos organizados, en un marco de lucha contra la inequidad, el estigma y la discriminación social, fue capaz de incidir en las políticas públicas de acceso al TARV que se implementaron a nivel local, estatal y nacional. Por ello, en el año 2000, se incorpora al presupuesto de la Secretaría de Salud los recursos para la compra de medicamentos y se asume el compromiso de alcanzar la cobertura universal para el 100% de los casos registrados en el 2006 (CENSIDA, 2009). A partir de este conjunto de reformas registrada en la política nacional, el Instituto de Salud del Estado de Chiapas, delineó en 2001, el objetivo

de asegurar el acceso a la atención médica integral y al tratamiento antirretroviral a la población que acude a los servicios de la SSA.

Aunque han persistido importantes inequidades, la política de acceso universal a medicamentos antirretrovirales incrementó la cobertura de PVS mexicanos de bajos recursos sin seguridad social y que son usuarios de los servicios de la SSA. A partir de la adopción de la política de acceso universal a la atención médica integral, muchas personas con VIH han tenido la oportunidad de recuperar una calidad de vida, similar a la que tenían antes de la infección. Los datos oficiales, indican que para el año 2004, la Secretaría de Salud ya proporcionaba medicamento gratuito a 12,338 pacientes, cifra que representa el 44.4% del total de personas en TARV en México (cuadro 5.1).

**Cuadro 5.1**  
**Personas con tratamiento antirretroviral en México, por institución**

<b>Institución/año</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Secretaria de Salud	ND	2,386	346	6,502	8,304	12,338	17,978	23,414	27,013
Petróleos Mexicanos	ND	243	218	254	277	304	324	349	369
Secretaria de la Defensa Nacional	ND	40	61	46	48	158	200	208	225
Instituto Mexicano del Seguro Social	ND	ND	ND	P	13,303	12,339	17,623	18,562	20,696
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	540	1,242	1,844	2,152	2,388	2,651	3,170	3,485	3,698
<b>TOTALES</b>	<b>540</b>	<b>3911</b>	<b>2,469</b>	<b>8,954</b>	<b>24,320</b>	<b>27,790</b>	<b>39295</b>	<b>46,018</b>	<b>52,001</b>

Fuente: CENSIIDA. Dirección de Atención Integral. Sistema de Administración, Logística y Vigilancia. 2009

En congruencia con el Programa Nacional de Salud y el Programa de Acción en Respuesta al VIH/SIDA e ITS 2007-2011, en 2001 se define el acceso universal a medicamentos antirretrovirales, como uno de los ejes prioritarios para abatir los estragos que causa el VIH. De acuerdo con el CENSIDA (2009), el tratamiento idóneo para un paciente con SIDA, tomando en cuenta única y exclusivamente el costo de los antirretrovirales, varía entre los seis a siete mil pesos mensuales y debe administrarse por tiempo indefinido hasta presentarse datos de falla. Habitualmente esto sucede en un promedio de tres años y es una indicación para cambio de tratamiento. El costo de los tratamientos subsecuentes, en la mayor parte de los casos, irá incrementando debido a que se requieren combinaciones más potentes, generalmente, con más de tres ARV.

Para mantener la sustentabilidad del acceso gratuito al tratamiento, el costo de los medicamentos ARV se incorporó en 2005 al Fideicomiso de Gastos Catastróficos del Seguro Popular. A través de este mecanismo financiero, la Secretaría de Salud ha buscado garantizar la compra de estos medicamentos para su distribución gratuita a todas las personas con VIH que no cuenten con seguridad social, tanto para quienes ya reciben tratamiento como para los casos que se incorporen” (SSA-CENSIDA, 2009). Para hacer más eficientes los recursos, se elaboró una guía de manejo para unificar la prescripción de los ARV, se desarrolló el Sistema de Administración Logística y vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), y se estableció un Comité Nacional de Resistencia para la evaluación de pacientes con falla múltiple a tratamiento.

Aunque se han logrado avances en la ampliación de la cobertura, la sociedad civil organizada sigue denunciando el desabasto de antirretrovirales que es frecuente tanto en las instituciones de seguridad social como en la SSA. Por ejemplo, la organización Derechohabientes Viviendo con VIH/SIDA del IMSS, ha indicado que el desabasto es constante en todo el territorio nacional, aunque los estados más afectados son Chiapas y Michoacán, en donde el aprovisionamiento de los 19 medicamentos autorizados es irregular. Esta misma demanda ha sido expresada en otros foros comunitarios concertados por las organizaciones civiles existentes

en Chiapas, quienes enfatizan la realidad que enfrentan las personas con VIH en el estado ante la falta de TARV y/o de preservativos entre población clave (Reyes M, 2011).

- **Exclusión y barreras de acceso a la atención médica integral en población migrante**

En el periodo 1999-2003, las barreras de acceso a la atención médica integral, incluyendo las dificultades de cobertura del TARV, revelaba una problemática importante para la población migrante. Si bien las deficiencias en el acceso a medicamentos eran frecuentes entre la población nacional con y sin seguridad social, las personas migrantes indocumentadas son las que enfrentaban mayores disparidades y exclusiones. Aunque el sistema público de salud de la región fronteriza del sur de Chiapas se ha caracterizado por brindar atención a las personas migrantes, en el tema de la atención integral del VIH/SIDA sus derechos no eran del todo respetados, ya que enfrentaban importantes *barreras legales y administrativas* que dificultaban el acceso al tratamiento antirretroviral.

Como se mencionó, los primeros pacientes que demandaron servicios para la atención del VIH/SIDA en unidades de la SSA, formaban parte de la población migrante residente, es decir, tenían en promedio 12 años viviendo en las localidades fronterizas, contaban con familia y redes sociales, y habían desplegado diversas estrategias para garantizar la sobrevivencia. La utilización de los servicios de salud por parte de estas personas estuvo motivada por la emergencia de enfermedades oportunistas y por el acelerado deterioro de la salud. En estas condiciones, los migrantes no enfrentaron dificultades para acceder a un diagnóstico “tardío” del VIH, ni para ingresar al PVIH-JS. Pero, no ocurrió lo mismo en el tema de los medicamentos antirretrovirales, ya que para los migrantes la falta de acceso a tales insumos dependía, en principio, de dos elementos estrechamente vinculados: su condición migratoria y los procedimientos y normas institucionales que se establecían a nivel nacional como requisitos para acceder a los tratamientos.



De esta manera se muestra cómo los marcos políticos y legales contribuyen a definir los criterios y condiciones para la protección y ejercicio del derecho a la salud de los migrantes. Por lo tanto, las políticas que definen quién tiene derecho a la atención en salud y bajo qué circunstancias han formado parte de la respuesta social que rodea al tema migratorio. Históricamente, los marcos políticos y legales sobre migración y salud han tendido a privar a los migrantes indocumentados de los mismos derechos que son reconocidos formalmente para los nacionales. De esta manera, no sólo crean tensiones adicionales para la protección de los derechos sociales, sino se legitiman acciones institucionales que discriminan o excluyen a las poblaciones migrantes indocumentadas de las políticas, programas y proyectos que se dirigen a la promoción, prevención y la atención de necesidades y problemas de salud.

A pesar de estas constantes, las estructuras políticas y los marcos legales que se implementan en torno a la migración y salud son variables, y en el campo de la respuesta social al VIH/SIDA adquieren especificidades. Como se ha visto, durante las últimas dos décadas, en México se ha hecho un esfuerzo por reformular el marco político-jurídico sobre VIH/SIDA, con la intención de transversalizar el enfoque de los derechos humanos en las disposiciones encargadas de regular las acciones básicas de contención de la epidemia.

Es importante recordar que estas acciones se han visto reflejadas en la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Después de transitar por un complejo proceso de reforma, la normatividad en la materia se sustenta en los principios de *igualdad ante la ley y no discriminación*, los cuales son la base para garantizar el disfrute de otros derechos relacionados con la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y del SIDA.<sup>58</sup>

---

<sup>58</sup> La Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, fue promulgada en 1993 por la Coordinación de Asuntos Jurídicos de la SSA y el CONASIDA con el objetivo de establecer y homogeneizar los procedimientos y criterios de operación dirigidos a la prevención y control de la epidemia que se llevan a cabo por el Sistema Nacional de Salud. Dicho instrumento tuvo un enfoque netamente clínico. Posteriormente, la inquietud por enfrentar uno de los principales agravantes

A pesar de ello, en los contenidos normativos ha prevalecido un abordaje diverso de los servicios básicos de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA. Las leyes contemplan que el acceso a estos servicios constituye un derecho de la población general y de las PVVS, en particular. No obstante, se tiende a perder de vista la elaboración de medidas concretas que protejan estos mismos derechos en los grupos más discriminados y marginados, los cuales, frecuentemente son objeto de mayor estigmatización y exclusión de las políticas de prevención y atención de la salud, entre los cuales figuran personas migrantes.

De igual manera, los documentos de planificación encargados de la operativización de la normatividad sobre VIH/SIDA, incluyen disposiciones específicas para las poblaciones móviles y migrantes. Por ejemplo, tanto en el “Programa de Acción Específico 2002-2006: en respuesta al VIH/SIDA e ITS” como en el Programa actual (2007-2012), se detallan acciones concretas para los grupos en condición de mayor vulnerabilidad, entre los cuales figuran los migrantes. Sin embargo, líneas de acción se han limitado al control y prevención primaria del VIH/SIDA, pero no incluyen medidas específicas para la prevención secundaria y el acceso a TARV para PVS migrantes.

“Focalizar en la prevención, destinando mayor financiamiento e impulso a la prevención del VIH/SIDA, principalmente por vía sexual; dirigiendo los esfuerzos a estrategias específicas para poblaciones clave y con mayor riesgo para la infección y transmisión del VIH e ITS, como son: HSH, TS, UDI, transgénero, transexuales y travestis (TTT), migrantes, mujeres embarazadas, adolescentes, indígenas y personas privadas de libertad” (SSA-PAE 2007-2012. No. 2. Apartado 2.3).

---

sociales de la epidemia, como es el estigma y la discriminación, incentivó las acciones de reformulación de estas normas y su elevación al rango de leyes, desde un marco de derechos humanos. En junio del 2000 se realizaron modificaciones a la Norma Oficial, incluyendo lineamientos operativos para que se respete la dignidad de las PVVS y “sitúa la discusión de los derechos humanos y la transmisión del VIH en un plano estructural dejando de lado la discriminación de algún grupo particular o la estigmatización relacionada con preferencias o prácticas sexuales” (Cuadra M., y Leyva R., 2002).

En este contexto de aparentes vacíos normativos, no quedaba claro si las personas migrantes o extranjeras podían o no acceder a los TARV. Desde la perspectiva de los profesionales en una estructura institucional donde habían prevalecido las restricciones de acceso a los medicamentos, quedaba “en el aire” cuál era la situación y los protocolos de atención que se debían seguir con las personas migrantes. Tal como señala una profesional de salud en su corta historia, los programas locales y nacionales de TARV se habían caracterizado por operar en un marco de inequidad. La estructura de estos programas podía ser equiparada a una especie de “*barco titanic*” donde se establecían ordenamientos jerárquicos que marcaban importantes diferencias de acceso a la atención médica integral, dejando fuera a las personas migrantes:

“Nosotros decíamos que era el Titanic, porque sólo entraban niños y mujeres. Entonces era lo que era, el programa antirretroviral Titanic, donde los pacientes tenían que firmar una carta en la que se comprometían a colaborar hasta con una remuneración económica mensual. Eso fue a finales del 99 principio del 2000, en este periodo los migrantes ni siquiera eran considerados en la política de prevención y control, y menos aún en la de medicamentos. Aquí eran primero menores de edad y mujeres, y es hasta el año 2001 si no mal me acuerdo, cuando se da la apertura a población abierta. Pero de ninguna manera incluían migrantes” (Profesional de Salud- PVIH).

Aparentemente, las políticas nacionales de VIH/SIDA que regulaban el tema de acceso a tratamientos, no contemplaban ningún mecanismo que excluyera a las PVS migrantes. Sin embargo, cabe recordar que la dimensión política de la exclusión social en salud puede ser el resultado tanto de los mecanismos de “omisión” como los de “acción” institucional. La primera forma se manifiesta cuando este sector de la población migrante es ignorada en los programas de acción gubernamental, mientras que la exclusión por acción ocurre cuando se implementan mecanismos político-jurídicos que niegan el derecho a la atención en salud de los migrantes. En este último caso, se implementan cuerpos legales y

normativos que explícitamente restringen o niegan el acceso a los servicios de salud en función del estatus migratorio indocumentado; o bien se establecen un conjunto de criterios administrativos y de financiamiento que fungen como importantes barreras para la atención en salud de amplios sectores de la población migrante además vive las consecuencias de la marginalidad económica y laboral.

En primera instancia, podría decirse que en las políticas de VIH/SIDA prevalecía la exclusión por omisión. Sin embargo, la experiencia de los profesionales de salud entrevistados muestra el peso que en realidad tenían los mecanismos de exclusión que de alguna manera pueden ser definidos como producto de la “acción” institucional. A decir de los entrevistados, los extranjeros indocumentados en realidad no podían ingresar al Programa de TARV pues el trámite para la afiliación requería de *documentos* que acreditaran la nacionalidad mexicana o de un permiso de estancia en el país. Toda vez que la compra de los medicamentos se vinculó al Fideicomiso de Gastos Catastróficos, paulatinamente se estableció que las PVS debían cumplir con los requisitos establecidos por el Seguro Popular. Como se menciona en el siguiente testimonio, este procedimiento imponía importantes obstáculos para el acceso a TARV por parte de las PVS migrantes:

“Desde el nivel estatal y central se habían establecido requisitos para el ingreso al Programa, y sobre todo para ingresar al paciente a manejo anti-retroviral. Todo paciente debía de cumplir con ciertos requisitos, entre ellos el principal era tener un acta de nacimiento, CURP o IFE, es decir, un documento que acreditara que la nacionalidad mexicana. Estos requisitos sin duda imponían importantes obstáculos para brindar una atención médica integral para migrantes” (Profesional de Salud- PVIH).

Por tanto, desde los servicios públicos de salud se imponían barreras legales y administrativas que negaban los derechos de las PVS migrantes. A pesar de ser extranjeros residentes, el hecho de no contar con documentos los excluía del derecho a recibir “sin interrupciones los fármacos para el tratamiento antirretroviral” (NOM-010-SSA2).

- **La respuesta local: reducción de barreras de acceso a TARV**

De acuerdo con los profesionales entrevistados, las consecuencias de la inequidad en el acceso a TARV se expresaban en el deterioro de la salud y la calidad de vida de las personas migrantes, y en el avance acelerado de la enfermedad. Ante esta situación, los médicos y el personal enfrentaron importantes cuestionamientos éticos, ya que por un lado requerían idear estrategias que contribuyeran a cubrir esta necesidad en salud, y por otro, enfrentaban temores a brindar los medicamentos e incurrir en una falta administrativa.

Cabe recordar que en el proceso de adquisición y distribución de los medicamentos intervienen, tanto las instancias de salud a nivel federal como estatal. El CENSIDA tiene la responsabilidad de revisar y analizar el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), así como concentrar las necesidades de ARV. Una vez integrada la información y de acuerdo al presupuesto autorizado, el Centro Nacional gestiona ante la Dirección General de Recursos Materiales y Servicios Generales (DGRMSG), la adquisición de los medicamentos. Estos insumos se entregan por el proveedor directamente a los Servicios Estatales de Salud e Institutos Nacionales de Salud, quienes son los responsables de su adecuado resguardo y distribución a los servicios de atención (SSA-CENSIDA, 2009).

Como parte de las actividades de monitoreo y evaluación del proceso de adquisición y distribución de medicamentos, se realizan auditorías rutinarias a los programas de VIH de las jurisdicciones sanitarias. En el marco de rendición de cuentas, emerge el temor de incurrir en una falta administrativa. Estos temores se expresan en los testimonios de los profesionales que están a cargo del uso adecuado, resguardo y distribución de estos tratamientos que se han caracterizado por estar controlados en función de sus efectos pero sobre todo de su alto costo:

“Los integrantes del PVIH somos los responsables de responder ante las auditorías. Sabemos que es un medicamento muy caro. Aquí hay una hoja en donde se indica qué medicamento se entrega, qué cantidad, la fecha y la firma de quien lo está recibiendo. Se lleva un súper control, ya que dos programas especiales para lo que es el manejo de pacientes con SIDA. Uno va por mes, iniciamos con la lista de medicamentos que hay en existencia. El otro programa lleva la receta del paciente, con nombre, cantidad de medicamento entregada, la fecha, igual un corte al final con cuánto se queda (...) Entonces, como podrá ver, el medicamento está muy controlado y eso nos afectaba para dar medicamento a alguien que no estuviera afiliado, en este caso a los migrantes (Profesional de Salud-Hospital General).”

Aunque no todos los profesionales reaccionaron de la misma forma, el equipo del PVIH-JS buscó implementar estrategias que facilitaran el acceso a la atención médica integral para migrantes con VIH. Reconociendo la condición de vulnerabilidad de las poblaciones migrantes y apelando al derecho a la salud, los profesionales buscaron impulsar una política local que favoreciera el acceso a servicios de prevención primaria y secundaria para migrantes. En primera instancia, las acciones se remitieron a la prevención primaria, es decir, implementaron estrategias educativas, de difusión de información y sensibilización en la temática, e iniciaron la distribución gratuita del condón en población migrante. En cuanto a la atención médica para PVS, se facilitó el acceso a exámenes clínicos y servicios para el manejo de enfermedades oportunistas y otras ITS.

Sin embargo, la acción más relevante se generó a partir de la conformación de la red de trabajo multisectorial e inter-fronteriza que participó en el desarrollo de la estrategia de prevención y atención integral del VIH/SIDA para poblaciones móviles y migrantes en la frontera sur. Esta red facilitó el establecimiento de un convenio verbal con los consulados de Guatemala y Honduras, el cual permitía vincular las acciones del Programa de VIH de la Jurisdicción Sanitaria VII de

Tapachula, con organizaciones sociales y Programas de SIDA de Guatemala y Honduras. En el marco de este convenio se reconoció la necesidad de proporcionar atención integral a las PVS migrantes. En este marco, se estableció el compromiso de proporcionar TARV por tres meses, buscando la continuidad de los esquemas de tratamiento a través de los consulados de sus países de origen:

E: ¿Cómo resolvieron esos casos de personas migrantes que estaban diagnosticados como reactivos y que clínicamente requerían tratamiento?

“Cuando empezamos a pensar en las poblaciones móviles y a buscar alternativas fue cuando hicimos un convenio verbal con los consulados. Éstos fungieron como un canal de comunicación y de referencia con los programas de SIDA de Guatemala y de Honduras. El convenio consistía en dar un manejo antirretroviral con tres meses nada más, buscando la continuidad de estos esquemas de tratamiento a través de los consulados de los países de origen” (Profesional de Salud- PVIH).

Por tanto, puede decirse que la estrategia delineada en el marco del convenio se basó fundamentalmente en el fortalecimiento de los mecanismos de referencia y contrarreferencia de casos de PVS migrantes que requerían dar continuidad al esquema de tratamiento antirretroviral. Desde la visión de los profesionales, se trataba de una estrategia que, a pesar de adoptar un enfoque de derecho a la salud y de abrir la posibilidad de iniciar TARV en México, de alguna manera propiciaba la “repatriación” hacia los lugares de origen.

Además de concertar acuerdos con los representantes institucionales de Centroamérica, la implementación de la estrategia requería establecer una gestión directa tanto con el Programa Estatal de VIH/SIDA como con el propio CENSIDA, ya que en el marco de los procesos de descentralización, estos organismos han concentrado las funciones de vigilancia del sistema de administración y logística del TARV. En el siguiente fragmento, un profesional de salud describe este proceso:

“La Coordinación Estatal formó parte de Red Local que se conformó con el Proyecto Mesoamericano. Fue ahí donde la Coordinación local de la JS y la estatal autorizan únicamente los tres meses, buscando la continuidad en los lugares de origen de las personas migrantes. En el marco de estos procesos fue cuando se pudo fortalecer el vínculo y las referencias con el Proyecto Vida en Guatemala (...) La colaboración no incluía el suministro de medicamentos directos, lo que hacíamos era iniciar esquema con las personas migrantes que lo requerían y antes de los tres meses buscábamos realizar los trámites para la referencia. Es decir, la estrategia se basaba en la repatriación de estas personas para la continuidad de sus tratamientos en su país de origen” (Profesional de Salud- PVIH).

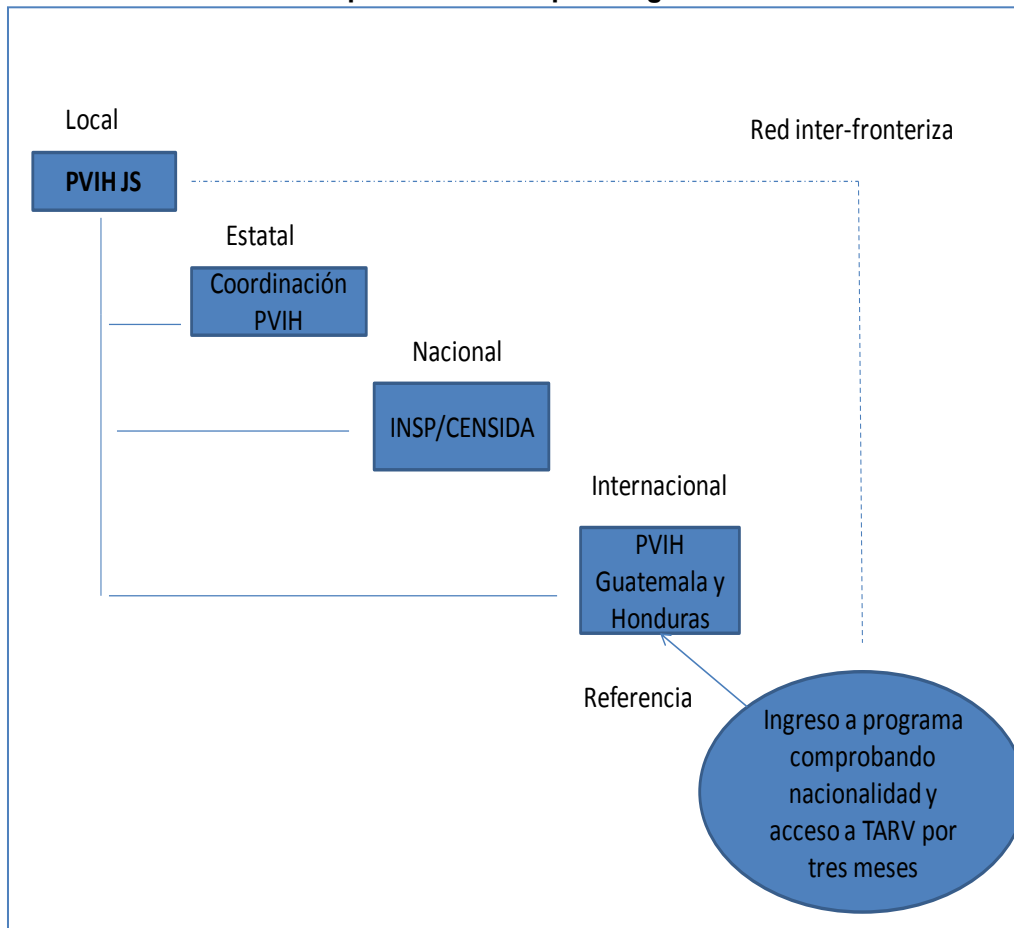
La aprobación de la estrategia de cobertura temporal de TARV para migrantes por parte de los organismos centrales, fue una muestra de las capacidades de gestión que había desarrollado el PVIH-JS que opera en el ámbito local. Este Programa no sólo había logrado incentivar la participación de los diferentes actores políticos y de salud involucrados en la temática, sino también había podido definir objetivos, implementar acciones, gestionar y asignar recursos para responder a las demandas y las necesidades locales. De esta manera, el programa jurisdiccional mostró las capacidades para ejercer una función descentralizada de toma de decisiones en el ámbito local. En la figura 5.3 se busca mostrar este proceso de desarrollo de iniciativas locales que paulatinamente incidieron en las políticas nacionales de atención integral al VIH en migrantes.

Los acuerdos de colaboración sentaron la base para el desarrollo paulatino de una política local que en cierta medida contrastaba con la política nacional sobre VIH/SIDA y migración. En el nivel nacional, los programas de acción en respuesta al VIH/SIDA e ITS (2002-2006 y 2007-2012) plantean a la prevención primaria como la acción principal que debe realizar el sistema de salud, y a los migrantes nacionales como la población en la que se deben focalizar los esfuerzos. Por su parte, en el nivel estatal y local, los planes de acción plantean la necesidad de fortalecer la provisión de servicios de prevención (primaria y secundaria) y



atención médica integral (incluyendo el acceso a TARV) a las personas extranjeras documentadas e indocumentadas.

**Figura 5.3**  
**Experiencia de descentralización de funciones del PVIH-JS: estrategia de cobertura “temporal” de TARV para migrantes**



Aunque en el ámbito local el PVIH-JS continuó apelando a la focalización de las acciones de prevención y atención reactiva en ciertos grupos sociales reconocidos como vulnerables (entre ellos la población migrante), el alcance se expresó en el hecho de que permitió sentar las bases para promover una política de salud basada en un enfoque de necesidades y de respeto al derecho a la salud de las PVS migrantes. Desde la perspectiva de los profesionales involucrados en este proceso, se trató de una necesidad local que requirió de respuestas locales, las cuales debían estar basadas en el reconocimiento de que la atención al VIH/SIDA es una tarea de la sociedad y un problema público:

"Pues yo creo que estas acciones fueron acertadas porque buscaron responder a una necesidad local. Por lo mismo tuvimos que buscar en un inicio respuestas locales, digo, respaldadas posteriormente por el Estado" (Responsable PVIH-JS, 2008).

Sin embargo, nuevamente el tema de la adquisición de los TARV se perfiló como el principal reto que debía enfrentar el sistema de salud local para cumplir con la responsabilidad de brindar una atención integral a las PVS migrantes. Se ha señalado que "los compromisos financieros muestran no sólo el discurso y las orientaciones generales de la política, sino las prioridades reales" (Lopez O., s.f: 10). En este sentido, el PVIH enfrentaba el problema de la falta de asignación financiera para adquirir medicamentos para migrantes. Aún así, el equipo de trabajo implementó estrategias que permitían garantizar por tres meses los TARV:

"No había un insumo específico para estas poblaciones sino que ante el reconocimiento de la necesidad de personas migrantes con SIDA, la estrategia local eran tomar los medicamentos que ya teníamos asignados para población en general. Pero creo que por derecho humano se le tiene que dar el tratamiento a todas las personas. Si administrativamente hay un expediente y existe una persona que está recibiendo ese tratamiento antirretroviral, yo creo porque hasta eso firman ellos de recibido. Le dije, - yo asumo esa pues esa responsabilidad, y así lo hemos venido trabajando (Responsable PVIH-JS, 2008).

De esta manera, la política de atención médica integral permitió subsanar de manera muy temporal las necesidades de TARV que clínicamente presentaban algunas de las PVS migrantes. No obstante, estas acciones resultaban insuficientes y limitadas porque no alcanzaban a satisfacer las necesidades reales de mujeres y hombres migrantes que ya habían encontrado en la frontera un lugar de residencia, y contaban con una red familiar y social. En este contexto donde los migrantes tenían un arraigo y sentido de pertenencia, resultaba altamente cuestionable y limitada la estrategia de promoción de la "repatriación" aún con el fin de dar continuidad de sus tratamientos en el país de origen.

Pero, ¿cuál es la experiencia de las primeras personas migrantes que llegaron a los servicios públicos en busca de atención para el VIH/SIDA? ¿Cómo vivieron y enfrentaron las barreras de acceso a los TARV? ¿Cuáles fueron las implicaciones de la estrategia de atención reactiva y los mecanismos de referencia y contrarreferencia hacia los lugares de origen? Estas son algunas de las interrogantes que orientaron la presente investigación, las cuales se abordan detalladamente en el Capítulo VI que corresponde a la experiencia migratoria y del padecimiento de las personas con VIH que forman parte de la población extranjera residente en localidad de la frontera sur de México.

### **5.3 Fase II: Búsqueda intencionada de casos: trabajo sexual y VIH/SIDA**

En el periodo 2004-2007, el PVIH-JS promovió la implementación de estrategias preventivas focalizadas en aquellos grupos poblacionales que de acuerdo con la vigilancia centinela, se encontraban en una condición de mayor vulnerabilidad y riesgo ante la epidemia. Particularmente, buscó reducir el riesgo a la infección por el VIH y el número de casos de SIDA entre los grupos de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas privadas de libertad (PL) y los y las trabajadoras que laboran en contextos del trabajo sexual (TS).

Los profesionales de la salud sabían que la promoción de las estrategias preventivas focalizadas en los grupos vulnerables permitiría ampliar la cobertura de servicios entre las personas migrantes, particularmente, entre las trabajadoras sexuales. Para ese periodo, en los servicios públicos de salud, ya era ampliamente reconocido que en la región fronteriza de Soconusco, la mayor parte de las personas que ejercen el trabajo sexual son mujeres migrantes indocumentadas originarias de los países de Centroamérica. Asimismo, los miembros del equipo del PVIH contaban con información que mostraba las condiciones de desprotección (laboral, jurídica y social), la violencia, el estigma y los obstáculos para el acceso a los recursos de prevención y atención de la salud que cotidianamente enfrenta este sector de la población migrante (Bronfman M., et al. 2001; Dreser A., et al. 2002; Cuadra M., 2003).

El reconocimiento de las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan las personas en trabajo sexual, planteó la necesidad de desarrollar medidas orientadas a facilitar el acceso a recursos de promoción de la salud, en particular, por lo que respecta a la prevención y atención integral del VIH/SIDA y otras ITS. Desde el PVIH-JS se reconoció la efectividad que han tenido los modelos de intervención basados en la “participación comunitaria” orientada a la sensibilización de actores clave relacionados con el tema del trabajo sexual (Bronfman M., et al., 1994).

A través de estos modelos se busca promover el desarrollo rutinario de actividades orientadas a la difusión de información preventiva, a la promoción del uso adecuado y distribución gratuita del condón, así como a la promoción del diagnóstico, atención, tratamiento y seguimiento epidemiológico de personas con ITS, VIH o SIDA. Asimismo, este modelo se basa en el establecimiento de contactos y formas de comunicación que permiten articular una red en la que participan actores políticos y de salud relevantes para la sostenibilidad de las actividades relacionadas con la promoción de los derechos de los y las trabajadoras sexuales (ONUSIDA, 2004).

De acuerdo con los profesionales de salud entrevistados, la conformación de esta red se inició en 2004, año en el que se establecieron alianzas estratégicas con las organizaciones sociales que estaban interesadas en el tema de la migración, el trabajo sexual y el VIH/SIDA. El esquema de colaboración que se estableció entre el PVIH-JS y la organización civil Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA permitió desarrollar las primeras estrategias educativas y de sensibilización entre la población migrante que confluía en los contextos del trabajo sexual existentes en la localidad fronteriza de Ciudad Hidalgo, Chiapas.

En estos procesos, “la participación de los médicos de los servicios de salud fue nula, pero la respuesta de las trabajadoras sexuales para participar en los primeros talleres, pláticas y abordajes fue alta en relación con el total de mujeres que se encontraba trabajando en ese periodo. Así se inició una experiencia de trabajo que buscó atender las necesidades de uno de los grupos móviles más vulnerables en esta frontera” (Leyva R., et al. 2005: 201).

A pesar de los avances alcanzados en prevención primaria, en el ámbito local se continuaría enfrentando importantes retos para facilitar el acceso a la atención del VIH/SIDA entre las personas migrantes en trabajo sexual. Aunque este grupo ha presentado una prevalencia de VIH menor o similar a la estimada entre las trabajadoras sexuales mexicanas, desde la década de los 90, los servicios públicos registraron la llegada de trabajadoras sexuales migrantes afectadas por la epidemia (Valdespino JL. et al. 1995; Uribe F., 2003).

Como se señaló en el segundo apartado del presente capítulo, una cuarta parte del total de casos acumulados de VIH en población migrante notificados por el PVIH-JS corresponde a las trabajadoras/es que laboran en los contextos del trabajo sexual del Soconusco, Chiapas. Llama la atención que del total de casos registrados en este grupo, más de la mitad (65%) se concentra en mujeres y varones que se desempeñaban como meseros/as y cocineras en bares, cantinas y “botaneros”, y el 35% corresponde a trabajadoras sexuales. Esta distribución muestra que las condiciones de vulnerabilidad y riesgo al VIH afectan tanto a las personas se definen a sí mismas como “trabajadoras(es) sexuales”, como aquellas que desempeñan otras actividades en los contextos vinculados con la dinámica del mercado sexual.

Los profesionales de la salud entrevistados identifican con claridad el perfil de las personas con VIH que laboraban en estos contextos: *se trataba de mujeres y varones jóvenes (con un promedio de edad de 30 años), que tenían en promedio 8 años de estancia en México, pero presentaban una alta movilidad por estar insertos en las rutas del trabajo sexual.* A diferencia de los migrantes residentes que llegaron a los servicios de salud por libre demanda, entre los y las trabajadoras que laboran en contexto del sexo-servicio prevaleció una ruta de acceso determinada por las normativas sanitarias basadas en el enfoque higienista-reglamentarista y en las exigencias de las instancias de salud municipal.

La inserción laboral en contextos del trabajo sexual “regulado” condicionó la ruta de acceso a los servicios de salud, ya que para poder laborar, las trabajadoras/es sexuales, meseros/as, cocineros/as, cantineros y bailarinas tuvieron que cumplir

con los requisitos y obligaciones estipuladas en la normatividad sanitaria vigente en el ámbito estatal y local. De acuerdo con la normatividad sanitaria (Art. 16 Reglamento de Sanidad Municipal de Tapachula), los establecimientos reconocidos deben emplear a personal que se encuentre en condiciones saludables para ejercer su trabajo. Bajo este argumento, se certifica al personal a través de un conjunto de estudios clínicos y de laboratorio que permiten respaldar la expedición y actualización de la denominada “Tarjeta Sanitaria”. Para expedir y actualizar la tarjeta se debe acudir a las áreas de control venéreo (ACV) para su revisión clínica periódica y para la aplicación de pruebas diagnósticas de VIH y otras ITS. Este proceso, les permite trabajar de forma “regulada” en los diferentes establecimientos que se ubican en las zonas de tolerancia y en otros puntos de la ciudad donde el documento fue expedido.

Este conjunto de requisitos y obligaciones institucionalizadas ha sido muy cuestionado desde la perspectiva de los derechos humanos. Se sabe que la movilización social de grupos organizados, en un marco de lucha contra el estigma y discriminación, ha cuestionado las medidas de la regulación sanitaria del trabajo sexual (Uribe P., 2000; Monroy P y Cilia D., 2000). Sin embargo, el sistema público de salud en México continúa aplicando una normatividad que avala la aplicación rutinaria de pruebas de VIH para las personas que laboran en el contexto trabajo sexual. Como se ha mencionado, la implementación de estas prácticas que promueven el diagnóstico intencionado contribuye a explicar la identificación de casos de personas VIH positivas que laboraban en los contextos del sexo-servicio.

¿Qué determinantes intervienen en la utilización de los servicios públicos de salud por parte de las y los migrantes que laboran en contextos del trabajo sexual? ¿Cuál es la experiencia de los migrantes en trabajo sexual que llegaron a los servicios públicos en busca de atención para el VIH/SIDA? ¿Cuáles fueron las implicaciones que tuvo el diagnóstico intencionado del VIH? ¿En el proceso de diagnóstico se respetó el derecho a la voluntariedad, confidencialidad y consentimiento informado? Estas cuestiones se abordan detalladamente en el

Capítulo VII que corresponde a la experiencia migratoria y del padecimiento de las personas con VIH que forman parte de la población migrante en trabajo sexual que confluye en localidades de la frontera sur de México.

- **Diseño de lineamientos de atención para migrantes con VIH**

Aunque el PVIH-JS es el organismo encargado de garantizar los servicios integrales de detección, tratamiento y seguimiento de las personas migrantes con VIH, en el tema del trabajo sexual, se han tenido que compartir algunas funciones con los Servicios Municipales de Salud (SEMS). En toda la región de Soconusco, los SEMS han sido los responsables del Programa de Control Sanitario del trabajo sexual, el cual se encuentra estructurado en tres ejes de acción: a) el control que se aplica a los espacios y establecimientos donde se oferta y demanda el sexo servicio y se venden bebidas alcohólicas, b) la vigilancia epidemiológica; y c) la promoción del diagnóstico del VIH y otras ITS.

Las funciones normativas, regulatorias y de operación que se le confieren a los SEMS, sitúan a los programas de control sanitario como actores prioritarios de la respuesta institucional al VIH/SIDA. Sin embargo, el involucramiento de los representantes de programa ha transitado por un complejo proceso, ya que sus prácticas están determinadas por un modelo organizativo y de atención a la salud que mantiene tensiones importantes con el actual Programa de Acción de VIH/SIDA que pone especial énfasis en el enfoque de los derechos humanos.

Históricamente, el control sanitario ha operado con base en las normativas municipales que tradicionalmente adoptan el enfoque higienista-reglamentarista que aborda al fenómeno del trabajo sexual como una práctica de “riesgo sanitario”, y al mismo tiempo, vincula a los grupos en trabajo sexual con la diseminación del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual. Bajo este presupuesto, se ha replicado el viejo esquema de atención a la salud que somete a control e impone la aplicación de exámenes clínicos, asignando mayor importancia al “riesgo” que corre la población general en detrimento del cuidado de la salud de las propias trabajadoras/es sexuales.

En contraposición, el programa actual de VIH/SIDA, tiene la obligación de coordinar las acciones y los servicios de prevención y control desde un enfoque de derechos humanos, lo cual incluye la promoción del diagnóstico oportuno en un marco de respeto a la voluntariedad, confidencialidad y consentimiento informado. Por tanto, los instrumentos jurídicos municipales y las prácticas médicas que estipulan la aplicación rutinaria de pruebas de VIH en los y las TS, y empleados de bares y cantinas, han moldeado el acceso a un diagnóstico “oportuno” o “intencionado” que no necesariamente garantiza los derechos humanos de las personas en relación a la epidemia del VIH/SIDA.

La implementación de estrategias para garantizar los derechos humanos, respetar la voluntariedad y confidencialidad del diagnóstico, y facilitar el acceso a la atención médica integral para las personas en trabajo sexual que obtenían un resultado reactivo en la prueba de VIH, constituyeron los principales retos que enfrentó el PVIH-JS en esta fase. Para iniciar el abordaje de estos objetivos, aún inconclusos, se requería fortalecer los vínculos de colaboración entre el organismo jurisdiccional y las instancias de sanidad municipal.

Los profesionales de salud entrevistados reportaron que el establecimiento de alianzas estratégicas se facilitó a partir de la conformación de los Consejos Municipales para la Prevención y Control del VIH/SIDA (COMUSIDAS). Se sabe que estos consejos se crean como parte de las estrategias aplicadas para la reducción de casos de VIH/SIDA, particularmente para los municipios de menor IDH. En términos formales, dichos consejos tienen el propósito fortalecer la respuesta institucional a la epidemia en los tres niveles de gobierno, involucrando tanto a los gobiernos municipales como las instituciones públicas presentes en el ámbito local (NOM-010-SSA2-2010). Dicho de otro modo, los COMUSIDAS se constituyen como un organismo interinstitucional que busca contribuir a los procesos de descentralización de las acciones de prevención de la epidemia.

De acuerdo con los lineamientos del Estado de Chiapas, los organismos que deberían participar en estos consejos son: los municipios, la CNDH, CONAPRED, CEDH, INJUVE, SEP, SEPI, ISSSTECH y los CERESOS (ISTECH, 2010). La



conformación de los COMUSIDAS ha atravesado por importantes dificultades. Sin embargo, en la región de Soconusco, se cuenta con algunos avances, ya que hasta el 2010, tres municipios habían desarrollado estas estructuras: Cacahoatán, Ciudad Hidalgo y Tapachula. Como señala el personal de salud, estos tres municipios se constituyen como importantes polos de atracción para el trabajo sexual, y cuentan con programas de control sanitario:

“Para llevar a cabo las actividades preventivas con las trabajadoras sexuales nos estamos apoyando con Salud Municipal. Al inicio usamos la estrategia de estar abasteciendo los insumos al responsable de Salud Municipal, así pudimos empezar a incursionar con esta población y a tener nosotros un poquito de control. Después formamos tres COMUSIDAS: uno en Cacahoatán, otro en Ciudad Hidalgo y otro aquí en Tapachula. Los comités se formaron en 2008. Para conformar los COMUSIDAS, primero se hizo un análisis sobre la morbilidad, para ver en qué municipios se tenía la mayor incidencia de casos. Estos tres municipios están entre aquellos que presentaron una mayor incidencia de casos de VIH/SIDA” (Profesional de Salud del PVIH-JS, 2009).

En este contexto, el personal de salud afirma que la constitución de los COMUSIDAS ha contribuido a promover la participación intersectorial orientada al desarrollo de acciones de prevención y control focalizadas en los grupos en trabajo sexual. A decir de los profesionales, esta estrategia permitió establecer una buena comunicación con los directores de servicios médicos municipales; y a través de estos actores se comenzó a plantear la necesidad de fortalecer las capacidades de los profesionales y desarrollar estrategias conjuntas. Al respecto, una profesional de salud narra esta experiencia:

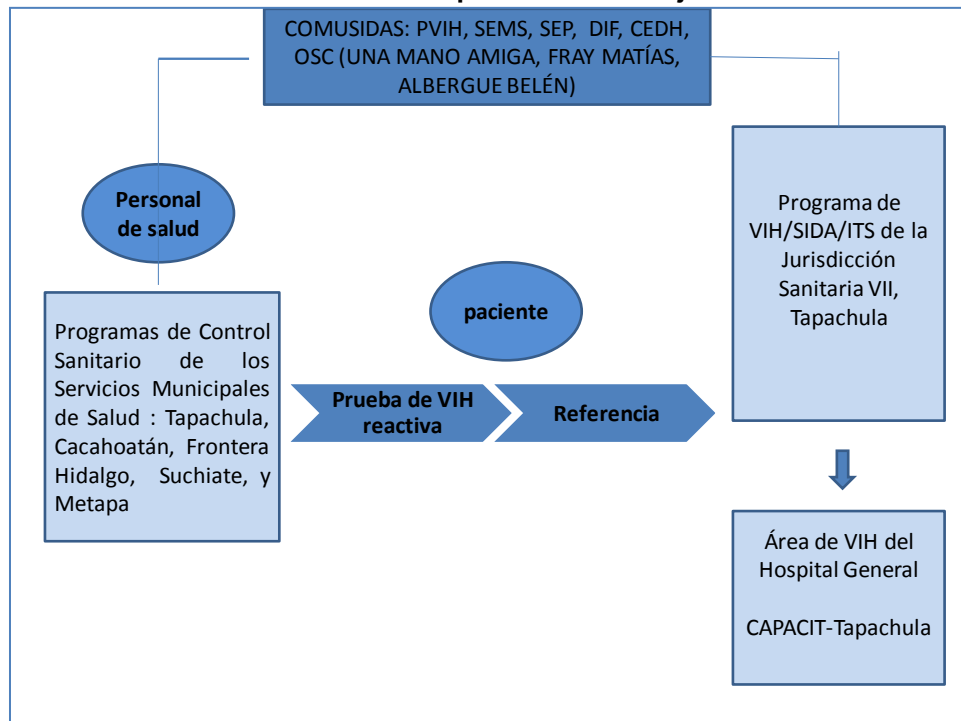
A través de los comités promovimos que los directores se conformaran como líderes. Creo que los resultados son muy positivos porque se ha favorecido la comunicación y las acciones de colaboración con ellos. Por ello, nosotros creemos que es importante seguir reforzando las acciones en cuanto a trabajo sexual; y una de las intenciones es formar otro COMUSIDA

en Huixtla y Mazatán, ya que hay mucha población migrante y la incidencia está elevadita” (Profesional de Salud del PVIH-JS, 2009).

Asimismo, la estrategia de los COMUSIDAS abrió la posibilidad para avanzar en la armonización de los enfoques que sustentan los modelos de atención a la salud con énfasis en VIH, así como en la distribución de las funciones que debía cumplir el PVIH-JS y las instancias de salud municipal. En este marco se avanzó en el diseño e implementación de estrategias orientadas al fortalecimiento de los servicios de prevención secundaria y de atención médica para trabajadoras/es que obtenían un resultado reactivo en las pruebas de VIH. Para dar respuesta a la necesidad de atención a la salud que presentan las PVS, se desarrollaron mecanismos de referencia entre la unidad notificante (consultorios de Sanidad Municipal) y el Programa de VIH de la Jurisdicción Sanitaria VII.

En la figura 5.4 se describe el procedimiento utilizado para canalizar a las PVS de la unidad operativa local a otra de mayor capacidad, con el fin de que reciba atención médica integral.

**Figura 5.4**  
**Operación del sistema de referencia de PVS:**  
**servicios de salud municipal a la instancia jurisdiccional**



De acuerdo con los lineamientos de atención que fueron aplicados desde el 2009, los SEMS continúan estando a cargo del registro y expedición de las tarjetas sanitarias, así como de la revisión ginecológica y de la aplicación de las pruebas de VIH. Las unidades de salud municipal son las encargadas de realizar la referencia hacia el PVIH-JS, de todas las personas que obtienen un resultado reactivo en la prueba de VIH.

En el esquema anterior, los SEMS contrataban los servicios de laboratorios privados. Pero en la estructura actual, el PVIH-JS busca garantizar el suministro de los insumos sanitarios (condones, pruebas rápidas, material de promoción). Al mismo tiempo, el programa jurisdiccional se comprometió a capacitar a los profesionales en el manejo de las técnicas de consejería y aplicación de las pruebas rápidas, enfatizando la necesidad de ejercer una práctica médica que se base en el respeto de los derechos humanos. Desde la perspectiva de los profesionales, la aplicación de estos lineamientos ha tenido efectos positivos; sin embargo, el personal de salud no deja de reconocer las importantes limitaciones que enfrenta la instancia jurisdiccional para abastecer los insumos sanitarios:

“Ellos aplican la cédula cuando hacen la revisión de las chicas. Nosotros hemos apoyado y vamos con ellos para que las chicas tengan más confianza, aplicamos una vez la cédula y la prueba de VIH. Luego, ya les dejamos esta tarea al director de cada municipio (...) En los 3 municipios, la prueba se está aplicando una vez cada tres meses (...) Para llevar a cabo estas acciones requerimos de recursos humanos y también necesitamos que se garanticen los insumos, particularmente, las pruebas rápidas y los condones (...) En general, las pruebas rápidas que utilizamos son las que manda el Estado; y este año (2009) también nos apoyó con insumos el CENSIDA. Sin embargo, el Estado nos pide que realicemos alrededor de 3000 pruebas de VIH, es alto, pero luego el recurso no lo tenemos asegurado.”

Una vez que las personas VIH positivas llegan al PVIH-JS, son referidas hacia el Área Médica de Atención al VIH del Hospital General (en casos de gravedad), o hacia el CAPACIT-Tapachula. A partir del 2008, las actividades del Programa se realizan en coordinación con la UNEME-CAPACIT. Las Unidades de Especialidades Médicas (UNEMES) forman parte del Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) y del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud (PMIFS), los cuales señalan la necesidad de una nueva clasificación de unidades vinculadas a esquemas innovadores de inversión, tendientes a alcanzar una cobertura integral de servicios en el rubro de alta especialidad. En este sentido, el esquema de las UNEMES pretende, bajo el denominado “programa arquitectónico modular”, proveer múltiples servicios ambulatorios de salud organizados para incrementar el nivel de atención a las demandas regionales de servicios, con particular énfasis en aquellos padecimientos denominados como de Gasto Catastrófico (Secretaría de Salud).

En términos formales, las UNEMES en su modalidad de Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e ITS (CAPACITS), deberían tener las características de un establecimiento de atención médica para la consulta externa que cuente con guarda de medicamentos y áreas de atención médica, psicológica y social. En Chiapas, se cuenta con dos UNEMES-CAPACITS, los cuales se ubican en las principales ciudades de la entidad (Tuxtla Gutiérrez y Tapachula).

El diseño y aplicación de los protocolos de atención para PVS que laboran en los contextos del trabajo sexual, sin duda constituye uno de los principales avances registrados en el desarrollo del “Modelo de prevención y atención de la población migrante”. No obstante, es importante no perder de vista que este modelo aún se encuentra en construcción, y en el proceso de implementación está sujeto a importantes contingencias derivadas de los cambios registrados en la vida política, institucional, administrativa que acontece en los contextos municipales, estatales, nacionales y regionales.

#### ***5.4 Fase III: Desarrollo de una respuesta rápida para VIH en el grupo de los migrantes en tránsito***

La tercera fase de intervención comprende el periodo de 2007-2010. Durante esta fase, los actores locales involucrados en el desarrollo del Modelo lograron dos avances importantes: a) mejorar las condiciones de acceso a la atención médica integral para PVS que formaban parte de la población extranjera residente y del grupo migratorio en trabajo sexual; y, b) fortalecer las alianzas estratégicas con actores sociales que contribuyeron a ampliar la cobertura de servicios de prevención, diagnóstico y atención del VIH en grupos migratorios que anteriormente no eran considerados como población clave.

- *Atención médica integral para PVS*

En este periodo, el PVIH buscó dar seguimiento al tema de la cobertura de medicamentos ARV para PVS migrantes. Como se señaló en la sección que corresponde a la primera fase, desde el año 2003 al 2007, se implementó la estrategia que facilitaba la provisión de medicamentos por tres meses, buscando dar continuidad mediante la referencia de los pacientes hacia los programas de SIDA de los países de Centroamérica. Dicha estrategia resultaba insuficiente para dar respuesta a las necesidades de las personas extranjeras residentes. Lo mismo ocurrió con las PVS que están vinculadas con la dinámica del trabajo sexual, ya que tomando en consideración su tiempo de estancia en las distintas localidades del sur México, este grupo también puede ser considerado como parte de la población residente. El arraigo en las localidades fronterizas, la generación de redes familiares y la inserción laboral constituyen parte fundamental de las condiciones de vida de buena parte de las PVS, por lo que resultaba inviable implementar la estrategia de referencia hacia los países de origen.

El personal del PVIH-JS tenía claras las limitaciones que presentaba la estrategia, y reconocían la necesidad de generar otros mecanismos capaces de incidir en el ámbito estructural de la política sobre VIH/SIDA con el fin de contribuir a sentar las bases para lograr la exigibilidad del derecho a la salud y la atención médica

integral para las PVS migrantes. Al respecto, las revisiones del marco normativo sobre migración y VIH/SIDA han mostrado que las leyes, normas y reglamentos vigentes en México garantizan los derechos humanos de las personas en relación al VIH/SIDA (Quintino F., et al. 2009; Leyva R., et al., 2005). Sin embargo, como se ha señalado, este reconocimiento no era suficiente para que el derecho a la salud y a la atención médica integral fuera efectivo, pues en el caso del derecho al acceso a los medicamentos ARV no se manifestaba como un compromiso explícito de respetarlo y garantizarlo. Por ello, era necesario fortalecer el reconocimiento del derecho a la salud en el marco de acciones integradas en el campo político y social.

En este campo, el Programa jurisdiccional en colaboración con el INSP, lograron avances relevantes, ya que a partir del fortalecimiento de la red de actores locales involucrados en la respuesta social a la epidemia del SIDA y de los procesos de gestión directa con los organismos estatales y nacionales (CENSIDA y COESIDA) contribuyeron al desarrollo de mecanismos sectoriales de participación y exigibilidad del derecho a la atención médica integral para las personas migrantes con VIH/SIDA.<sup>59</sup>

Las acciones más relevantes que se desarrollaron en la tercera fase (2007-2010) están determinadas por el proceso de gestión que realizaron los actores locales con el CENSIDA. El proceso estuvo orientado hacia la reducción de barreras de acceso a servicios públicos de salud para la atención integral del VIH/SIDA que venían enfrentando las PVS migrantes. El cabildeo político encontró un espacio relevante en la “Reunión Regional de Programas Nacionales de SIDA: alcances y perspectivas sobre la movilidad poblacional y el VIH/SIDA” celebrada el 18 y 19 de octubre de 2007 en la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. En este espacio los representantes de los centros nacionales y estatales de SIDA asumieron el

---

<sup>59</sup> Una forma de exigir el derecho a la salud es el uso de herramientas legales como un medio de articulación de las estrategias. No obstante, se debe tener presente que la exigibilidad del derecho va más allá de su aspecto jurídico; es un proceso social y político a la vez, que debe abarcar la participación directa de las personas. Ello implica el desarrollo de mecanismos sectoriales de participación y exigibilidad de derechos (Corcuera R., et al., 2006).

compromiso de facilitar la cobertura del TARV a todas las personas migrantes que lo requieren y demandan en los servicios públicos de salud de la frontera sur.

Estos alcances se expresan en el Memorandum DG/DIO/1021/07 emitido y firmado por la Dirección de Prevención y Participación Social <sup>60</sup> del Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA (CENSIDA, 2007). Como se describe en el Cuadro 5.2 en dicho documento se hizo alusión al marco normativo y al conjunto de herramientas jurídico-legales que protegen el derecho a la salud y la no discriminación de las personas nacionales y migrantes en relación al SIDA; y se dio sustento a las acciones de prevención y atención en las regiones de frontera con base en las obligaciones que debe cumplir el Estado a través de las instituciones públicas que forman parte del sistema de salud. Esta base normativa permitió sustentar la implementación de acciones orientadas a facilitar la provisión de servicios integrales de salud para PVS migrantes que residen en territorio mexicano, en específico, en las localidades de la frontera sur.

**Cuadro 5.2**  
**Estructura del Memorandum DG/DIO/1021/07:**  
**Exigibilidad del derecho al TARV para PVS migrantes**

Marco Normativo	Actores	Derechos y obligaciones
	Derechos humanos de las personas en relación al VIH/SIDA	<p>“Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”</p> <p>“Toda persona tiene derecho a la protección de la salud”</p> <p>“Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, la salud, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”</p> <p>“La Ley reconoce los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA”</p>

<sup>60</sup> El representante de esta dirección tiene la atribución de firmar por ausencia del Director General del CENSIDA.

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Constitución Política</li> <li>✓ Ley General de Salud</li> <li>✓ NOM-010-SSA2-1993</li> <li>✓ Declaración de los Derechos Humanos</li> <li>✓ Declaración de Cumbre de París sobre el SIDA</li> </ul>	<p>Obligaciones de las instituciones que forman parte del sistema de salud</p>	<p>“La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”</p> <p>“Las instituciones de salud están obligadas a promover la educación sexual y luchar contra las enfermedades infecciosas”</p> <p>“El gobierno mexicano se comprometió a luchar contra las condiciones sociales y económicas que favorecen la discriminación y la propagación del virus”</p>
	<p>Seguimiento de los compromisos establecidos en la reunión regional, en materia de la atención médica integral para PVS migrantes</p>	<p>“Se justifica porque es importante seguir dando información en materia de VIH/SIDA, dotar condones, ofrecer información gratuita, informada y confidencial, dar atención y tratamiento ARV a toda persona que vive con VIH y que vive en territorio mexicano, pues todo ello es y será la base no sólo para hacer frente a la epidemia sino para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH y para que se infecten otras personas”</p>

La emisión de este documento representó un importante avance en el proceso de implementación del modelo de atención que se venía desarrollando en el área de alcance del PVIH de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas. Por un lado, el reconocimiento del derecho a recibir gratuitamente el medicamento por tiempo indeterminado, trajo un beneficio importante para las PVS migrantes que residen de manera temporal o permanente en las localidades fronterizas. Por otro lado, estas iniciativas abrieron la posibilidad para fortalecer las acciones de prevención primaria mediante la consejería y la promoción del diagnóstico oportuno en unidades médicas donde se presta servicios a poblaciones móviles y migrantes. Al respecto, la representante del PVIH-JS señala:

“No es hasta finales del 2007, en el marco de una reunión regional cuando nos dicen que por derecho a la salud podríamos otorgarles el tratamiento antirretroviral de manera formal y permanente. A finales de 2007 fue que ya nos dan apertura para poder iniciar el esquema con tratamiento



antirretroviral de manera formal y permanente, entre las personas migrantes que ya fueran residentes en la localidad (...) Otro beneficio fue que pudimos iniciar la búsqueda intencionada de casos, la consejería y las pruebas rápidas para otros sectores de la población migrante” (Representante del PVIH, 2008).

En este marco, el PVIH-JS se planteó el objetivo de fortalecer las alianzas estratégicas con los actores locales vinculados con el tema de la salud, el VIH/SIDA y la movilidad poblacional, ya que la participación de esta red de actores sería prioritaria para facilitar el acceso a las poblaciones clave.

- *Fortalecimiento de alianzas: la participación de la Casa del Migrante*

Como parte del fortalecimiento de las capacidades locales, el Programa de VIH en colaboración con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) desarrollaron la Red Inter-fronteriza de Atención al VIH/SIDA integrada por organizaciones gubernamentales y sociales involucradas en la temática, tales como, la Casa del Migrante, Una Mano Amiga, Grupo Beta Sur, CNUR, COMAR, CNDH, CEDH, entre otras. Algunas de estas organizaciones acompañaron todo el proceso de diseño e implementación del “Modelo de Atención del VIH/SIDA para migrantes”. Una de las mayores dificultades que enfrentaron las organizaciones participantes en el desarrollo del modelo, fue diseñar acciones para grupos de población móviles, en tránsito hacia los lugares de destino, o de retorno hacia los de origen. Algunos de los integrantes de estos grupos eran fácilmente identificables, como los trailers, marineros, trabajadores agrícolas y trabajadoras sexuales; sin embargo, entre otros grupos como los migrantes indocumentados, se hacía más difícil su identificación y comunicación. Una de las estrategias que siguió fue diseñar y aplicar intervenciones en lugares de “alta concentración” de migrantes indocumentados (Leyva R., 2008).

En el marco de los procesos iniciados a partir del Proyecto Mesoamericano (1999-2004), se inició la colaboración entre el INSP, el PVIH y la Casa del Migrante (CM), Albergue Belén, una organización social de carácter religioso ubicada en

Tapachula, Chiapas. El Albergue Belén forma parte de una red de Casas del Migrante -ubicadas en Centroamérica y México- de la Congregación Scalabriniana, la cual nace como una corriente pastoral encargada del fenómeno de la migración internacional (Rigoni F., 2010).<sup>61</sup> La Congregación apertura la CM de Tapachula el 1º de enero de 1997, con el propósito fundamental de brindar acogida y promover los derechos humanos de todo migrante, realizando una pastoral migratoria de conjunto entre las distintas casas, trabajando en unión con otras organizaciones gubernamentales, sociales y órdenes religiosas (Red de Casas del Migrante, 2005).

A lo largo de estos catorce años, esta organización se ha llegado a constituir en uno de los espacios de mayor experiencia y capacidad para brindar servicios de apoyo humanitario, legal y de salud para la población de los migrantes indocumentados que van en tránsito hacia los Estados Unidos (Leyva R., et al. 2008). La ayuda humanitaria que brinda la CM incluye cuestiones de necesidades básicas como son: alimento, hospedaje, vestido, calzado, comunicación con sus familiares, además de un importante apoyo espiritual y emocional. Asimismo, se ha realizado una importante labor de promoción y defensoría de los derechos humanos. A este conjunto de servicios se ha sumado la atención médica. De esta manera, la Casa del Migrante busca abordar de manera integral las diferentes necesidades que puede presentar una persona en su condición de migrante indocumentado en tránsito, e influye sobre los diferentes ámbitos sociales que determinan su condición de vulnerabilidad en esta zona fronteriza (Leyva R., et al. 2005, 2007, 2008).

Desde su conformación la CM de Tapachula, identificó la necesidad de brindar atención médica para los migrantes que se albergaban en sus instalaciones por un periodo de 72 horas. Sin embargo, fue en el marco de la colaboración con el INSP y el PVIH-JS cuando los servicios médicos de la Casa integran un componente

---

<sup>61</sup> Los misioneros de San Carlos Scalabrinianos empiezan sus labores en México en 1981, con la adquisición de la primera Casa Religiosa en la Colonia Chapalita, en Guadalajara. Posteriormente, inauguran la Casa del Migrante en Tijuana (1987) y la de Ciudad Juárez (1989). Más tarde deciden fortalecer sus labores en la frontera sur, constituyendo la Casa del Migrante de Tecún Umán, Guatemala (1996) y la de la Casa del Migrante de Tapachula, Chiapas (1998) (Rigoni F., 2010).

específico: la prevención del VIH/SIDA en el marco del trayecto migratorio. En el periodo 1999-2007, el sistema de atención desarrollado en el albergue se centró en la implementación de acciones preventivas del VIH que incluían la difusión de información básica, y la promoción del uso adecuado y distribución gratuita del condón.

Desde la perspectiva, de los representantes institucionales y del personal de salud entrevistado, *“aunque acciones preventivas fueron y continúan siendo relevantes, en la CM aún se requería fortalecer las estrategias de promoción del diagnóstico oportuno del VIH”*. El desarrollo de este componente se inició a fines de 2007, con la emisión del Memorándum CENSIDA-DG/DIO/1021/07. Como se mencionó, este documentó abrió la posibilidad para desarrollar las acciones de prevención basadas en la consejería (pre y post prueba) y la aplicación –confidencial, voluntaria e informada- de pruebas rápidas de VIH.

En los documentos técnicos elaborado por René Leyva y colaboradores (2007, 2008 y 2009), se indica que para iniciar estas actividades, el PVIH-JS capacitó al personal de salud que labora en la unidad médica de la CM, con el propósito de generar habilidades en el tema de la consejería y la promoción del diagnóstico oportuno de VIH. Posteriormente, los profesionales de la salud iniciaron la implementación de las estrategias planificadas en cuatro etapas: primero se promueve la participación de los migrantes en las pláticas grupales o abordajes personalizados (cara a cara), en donde se busca sensibilizar acerca de la importancia que tiene el diagnóstico oportuno del VIH; posteriormente, se busca dar respuesta de atención a la demanda voluntaria de la prueba rápida por parte de las personas migrantes; en el consultorio médico de la CM se brinda la consejería pre y post prueba rápida; y, por último se proporcionan alternativas de atención que respondan a las necesidades específicas de las personas móviles o migrantes según los resultados de las pruebas de VIH reactivas y no reactivas.

De acuerdo con los profesionales de salud, en su conjunto, las evaluaciones que se han hecho sobre este sistema de atención, muestran que el modelo implementado en la CM ha permitido implementar estrategias rápidas de atención

para un grupo de población que se caracteriza por su alta movilidad. *“En un periodo de casi diez años (2000-2008), se han desarrollado acciones sostenidas por la Casa del Migrante y el Programa de VIH de Tapachula, organizaciones que han logrado brindar atención médica a libre demanda y brindar información preventiva a un promedio de 5,000 personas por año que transitan por las instalaciones del albergue. Así, las evaluaciones muestran una mayor capacidad para dar respuesta a problemas de salud de mayor complejidad para las personas migrantes” (Investigador del INSP, 2008).*

La aplicación rutinaria de estas prácticas, paulatinamente, permitió identificar a personas migrantes en tránsito que obtenían resultados reactivos en la prueba de VIH. A partir de ello, el personal de salud de la CM comenzó a enfrentar nuevas dificultades para el desarrollo de una respuesta rápida adecuada a las necesidades de las PVS. Por un lado, los profesionales de salud identificaban la necesidad de fortalecer sus propias capacidades no sólo en términos del manejo técnico de la consejería y la aplicación de las pruebas diagnósticas, sino también en materia del apoyo psicológico que requiere la persona al momento de recibir el resultado presuntivo de la seropositividad al VIH.

Pero, ¿Cuál es la experiencia de los migrantes en tránsito que recibieron un resultado reactivo de VIH en el Albergue, Belén? ¿Los migrantes consideran que el personal de salud les brindó una atención rápida y adecuada a sus necesidades? ¿Las PVS tuvieron acceso al seguimiento médico y a la atención integral del VIH? ¿Los migrantes decidieron esperar estudios complementarios, ingresaron al PVIH-JS o retornaron a su país? Estas cuestiones se abordan detalladamente en el Capítulo VIII que corresponde a la experiencia migratoria y del padecimiento de las personas con VIH que forman parte de la población migrante en tránsito por la frontera sur de México.

## **CAPÍTULO VI**

### **ACCESO A SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA: LA EXPERIENCIA DE MIGRANTES RESIDENTES EN LA FRONTERA**

En este capítulo se analiza la experiencia del padecimiento y las trayectorias de acceso a la atención del VIH/SIDA de siete personas migrantes que residen en localidades de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. Los participantes del estudio son mujeres y varones que provienen de distintos países de Centroamérica, cuentan con un estatus de migrantes indocumentados, tienen en promedio 12.5 años de vivir en México y tuvieron conocimiento de su seropositividad al VIH en los servicios públicos de salud disponibles en la frontera sur. Aunque presentan rasgos en común, cada historia se construyó en una situación particular, lo que permite identificar diferentes formas de percibir, interpretar y manejar los sentimientos, estados corporales, alteraciones y eventos asociados y/o derivados de la infección por VIH o el desarrollo del SIDA, y de su atención.

A través de sus narrativas es posible trazar las circunstancias, interacciones, barreras (socio-económicas, culturales, político-institucionales y médicas) y contextos que rodean los procesos de búsqueda, acceso y utilización de servicios de salud en los que se ven inmersos los migrantes que requieren de atención médica, tratamiento y seguimiento para un padecimiento complejo. Si bien se trata de la historia de siete personas, y del análisis de un problema de salud específico, su voz puede contribuir a visibilizar y comprender la experiencia de cientos de migrantes centroamericanos que cotidianamente enfrentan las consecuencias de las inequidades sociales en salud que se reproducen en los contextos post-migratorios. Las desigualdades sociales que se expresan en las precarias condiciones de vida y trabajo, en las inequidades de género y en las barreras de acceso a la atención médica moldean el proceso salud-enfermedad-atención, y en última instancia, son los determinantes sociales que definen los niveles de vulnerabilidad que enfrentan los y las migrantes que ya viven con el VIH/SIDA.

## **6. 1 El Soconusco: contexto de destino migratorio**

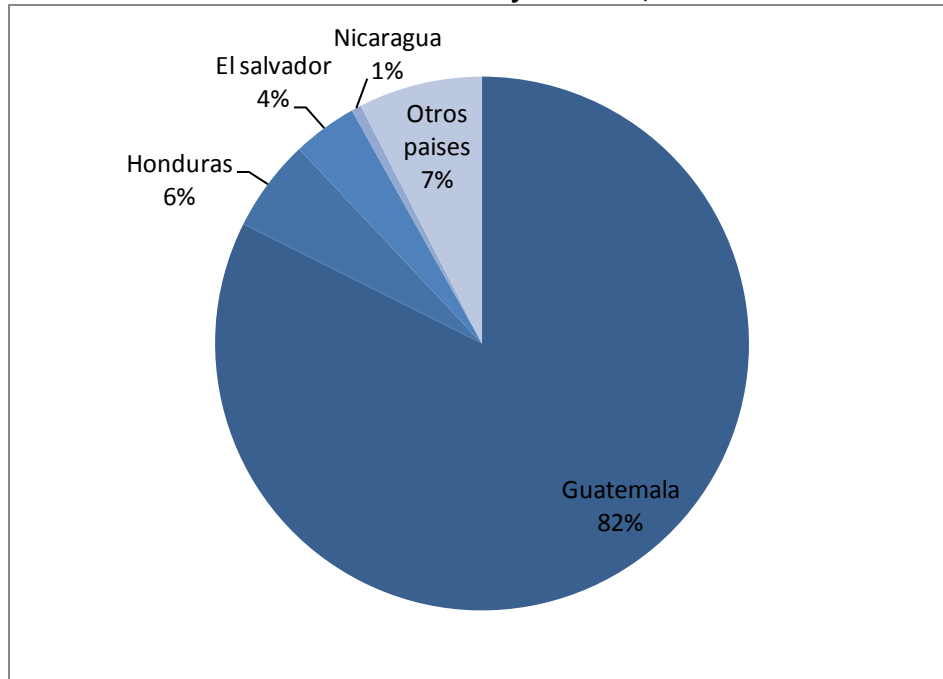
Como se ha mostrado, la región fronteriza de Soconusco, Chiapas se caracteriza por una importante y compleja dinámica de movilidad poblacional. La ubicación geográfica y las características del mercado regional, sitúan a Tapachula y otras localidades fronterizas aledañas como contextos de destino y polos de atracción laboral para migrantes que provienen de los diferentes países de Centroamérica. Una parte de esos flujos está compuesta por migrantes fronterizos que se han establecido en forma definitiva en las localidades urbanas y rurales de la frontera; otro flujo está compuesto por los visitantes locales que ingresan de manera cotidiana sin contar con documento migratorio, para visitar amigos y parientes, realizar intercambios comerciales o para acceder a algún servicio. Hay que agregar también al amplio número trabajadores que se insertan en el mercado regional y mantienen diversos grados de movilidad en distintas zonas del territorio (Castillo M.A., et al. 2009; ISECH, 2008).

La mayoritaria condición indocumentada de sus integrantes y la dinámica movilidad poblacional imponen importantes dificultades metodológicas para la estimación de la magnitud de los flujos y la caracterización de la composición de la población migrante residente. Sin embargo, la información disponible indica que, en las últimas tres décadas, en Soconusco se ha incrementado la presencia de la población migrante que reside de manera definitiva o por lo menos prolongada en las comunidades fronterizas, la cual, proviene principalmente de Guatemala, El Salvador y Honduras (C.D.H Fray Matías de Córdoba, 2005; Peña J., 2005; Villa B., 2004; Casillas R., 2005; González P; 2006).

Aunque la información censal sólo puede dar cuenta de la población nacida en el extranjero, ésta es resultante de los flujos que han ocurrido a lo largo del tiempo. De acuerdo con los datos del Censo de Población y Vivienda del 2000, residían en el estado de Chiapas, 14,336 personas nacidas en el extranjero, de las cuales el 56% se concentraba en Tapachula (27%) y Suchiate (15%) y en otros municipios fronterizos de la región de Soconusco (15%). Del total, 50.6% eran hombres y el resto mujeres, la gran mayoría tenía entre 15 y 39 años de edad, y el 82.3%

declararon haber nacido en Guatemala (figura 6.1), hecho que resulta comprensivo por la situación de vecindad con dicho país (Castillo M., 2008; 2009).

**Figura 6.1**  
**Nacidos en el extranjero residentes en Chiapas,**  
**Censo de Población y Vivienda, 2000**



Fuente: Castillo Manuel Ángel, et al. 2009,

Desde los ámbitos académicos y gubernamentales también se han desarrollado metodologías cuantitativas para el estudio del fenómeno migratorio. Este es el caso de la Encuesta sobre Migración en la frontera Guatemala- México (EMIF-GUAMEX) que se aplica con el propósito de medir y caracterizar los flujos migratorios laborales que se desplazan a México y/o Estados Unidos (CONAPO, 2007). Dicha encuesta indicó que sólo en el 2005 se registraron 375,088 ingresos de migrantes temporales guatemaltecos con destino a la frontera sur de México. Del total de migrantes, 76.4% eran hombres y 23.6% mujeres. Respecto a su escolaridad, los datos indican que el 20% no había asistido a la escuela, el 42% contaba con la primaria incompleta y el 26.5% con la primaria completa. Asimismo, sólo el 5% era hablante de algún idioma indígena. Asimismo, los datos de la EMIF indican que la mayor parte de los migrantes estaba unido o casado (60%), pero una proporción importante era soltero/a (40%).

La gran mayoría de los trabajadores/as migrantes guatemaltecos provenía de los departamentos fronterizos, el 78% de San Marcos y el 15% de Quetzaltenango. En sus lugares de origen, el 97% de los migrantes se encontraba inactivo laboralmente, lo cual explica porqué el 99% que ingresó a México, lo hizo para buscar trabajo. En cuanto a su estatus migratorio, la EMIF muestra algunos de los efectos de los programas de regularización implementados en la frontera sur, ya que el 83.3% ingresó con documentos. El 99% se dirigía a Chiapas, para ofertar su mano de obra en el sector agropecuario (38.5%), manufacturero (16.1%), en el comercio (25.9%), o en el sector servicios (17.2%).

**Cuadro 6.1**

<b>EMIF-GUAMEX, 2005, MIGRANTES GUATEMALTECOS CON DESTINO A MÉXICO</b>	
<b>Condición de ocupación en su lugar de residencia</b>	100
Ocupados	2.3
Desocupados	0.6
Inactivos	97.1
<b>Ciudad de cruce hacia México</b>	100
Tecún Umán	43.1
El Carmen	56.9
<b>Razon de cruce a México</b>	100
Trabajar en México	99
Trabajar en Estado Unidos	0
<b>Condiciones de documentos para cruzar a México</b>	100
Con documentos	83.3
Sin documentos	16.7
<b>Tipo de documento de cruce a México</b>	100
Pase Local	91
FMVA-Formula Migratoria Visitante Agricola	6.8
FMVL-Formula Migratoria Visitante Local	2
<b>Estado al que se dirige en México</b>	100
Chiapas	99.9
Otro estado	0.1
<b>Sector de actividad en donde piensan trabajar en México</b>	100
Agropecuario	38.5
Manufacturas	16.1
Comercio	25.9
servicios	17.2
otro	2.4

Fuente: CONAPO (2007), Encuesta sobre migración en la frontera Guatemala-México, 2005.



El propósito inicial de algunas corrientes de migrantes centroamericanos es emplearse en la construcción, en los servicios y en el empleo informal que se demanda principalmente en la ciudad de Tapachula. También están los y las trabajadoras que inicialmente migraron hacia las zonas rurales de Soconusco con el fin de incorporarse a las actividades agrícolas temporales, y después se desplazaron hacia las localidades fronterizas con el fin de encontrar una fuente para la sobrevivencia. En otros casos, los migrantes centroamericanos tienen la intención de llegar hacia los Estados Unidos, pero la falta de recursos económicos y los obstáculos a la migración, muchas veces los obliga a quedarse en la región fronteriza.

Aunque la mejoría en las condiciones de vida y trabajo continúa siendo el motivo principal de las migraciones, en el contexto económico del sur de Chiapas se termina por replicar a escala internacional las situaciones de desigualdad, explotación, exclusión, subordinación y fragmentación social que padecen en el lugar de origen. De esta manera, los flujos que transitan por esta región forman parte de un sistema migratorio regional sur-norte que capitaliza la irregularidad de los movimientos, pues esto permite la generalización y agudización de condiciones de explotación y sometimiento, mismas que han sido funcionales para mantener los niveles de competitividad en los mercados (Morales A., citado en Castillo M.A., 2009).

Es ampliamente reconocido que en los contextos de destino migratorio, el estatus de indocumentado, sumado a las consideraciones de clase, género, generación y etnia estratifica los mercados laborales pero no necesariamente obstaculiza las oportunidades de empleo en el sector informal de la economía (Hondagneu P., 2001). En Soconusco, es precisamente en el ámbito de las ocupaciones marginales terciarias donde los y las migrantes de origen centroamericano encuentran una fuente de ingreso para la supervivencia. En Tapachula y otras localidades fronterizas, las y los migrantes en general se desempeñan como tricicleros, empleadas/os domésticas, trabajadoras/es sexuales, albañiles,

vendedores ambulantes, entre otros oficios (C.D.H Fray Matías de Córdoba, 2005).

Aunque los migrantes no conforman un grupo homogéneo, puede decirse que los grupos de la población migrante que residen de manera temporal o permanente en la frontera comparten una característica común: en este contexto desempeñan ocupaciones marginales terciarias, las cuales se caracterizan por la informalidad, flexibilidad, precariedad, los bajos salarios y la falta de seguridad social. Las condiciones de inserción laboral en la sociedad de destino reducen el acceso a recursos para la satisfacción de necesidades básicas y servicios públicos, y favorecen la exclusión de los servicios prestados por las instituciones de seguridad social. En este contexto, las opciones de atención en el sistema público para migrantes se reducen a los servicios orientados para la denominada “población abierta” que presta el Instituto de Salud del Estado de Chiapas (ISECH-Secretaría de Salud).

## **6.2 Características socio-demográficas de los y las migrantes residentes con VIH/SIDA**

En el periodo 1999- 2003, los servicios públicos de salud de la JS-VII comenzaron a notificar la llegada de migrantes residentes con VIH/SIDA. Como se señaló en el Capítulo V, los primeros pacientes migrantes eran mujeres y hombres adultos que radicaban en las localidades fronterizas de Chiapas (con un promedio de estancia de 12.5 años en México), y que en general, habían acudido a los servicios de salud de la SSA-ISECH por alguna complicación asociada con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

A través de los contactos establecidos con el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula (PVIH-JS), se logró entrevistar a siete personas migrantes residentes con VIH, de los cuales tres son mujeres que se dedican al hogar y complementan su ingreso como costureras; y cuatro son varones que ejercen actividades marginales terciarias para garantizar la sobrevivencia. En el cuadro 6.2 se describen datos que contribuyen a definir el

perfil de los participantes: su edad oscila entre los 23 y 47 años, con una media de edad de 37.8 años; la mayor parte declara vivir en unión libre o estar casado/a; y seis participantes tienen hijos. Asimismo, seis entrevistados se asumen como heterosexuales, sólo Julián se asume como bisexual.

Los informantes tienen una condición migratoria indocumentada, tres son originarios de Honduras, dos nacieron en El Salvador, un informante es de Guatemala y otro de Nicaragua. Cuatro participantes reportaron que la primera vez que salieron de su lugar de origen tenían menos de 20 años; y sólo dos varones cuentan con experiencia migratoria hacia los Estados Unidos. Aunque la mayor parte de los migrantes entrevistados ha retornado a su lugar de origen en una o más ocasiones, sus historias familiares, dinámicas laborales y otros aspectos de la vida cotidiana indican que se trata de un colectivo que ha decidido establecerse de manera más prolongada en las localidades fronterizas de Chiapas.

Las personas entrevistadas tuvieron conocimiento de su seropositividad al VIH en México, y se realizaron la prueba en las oficinas del PVIH de la Jurisdicción Sanitaria VII o en el área de VIH/SIDA del Hospital General de Tapachula. Al momento de la entrevista, cuatro informantes tenían más de un año de haber recibido el diagnóstico confirmatorio de VIH; y, los otros tres tenían menos de dos meses de saberse VIH positivos.

Entre los varones prevalece un cuadro de diagnóstico tardío, ya que casi todos refirieron haber tenido el primer contacto con los servicios públicos de salud por presentar enfermedades oportunistas; y haber solicitado la prueba de VIH por sugerencia médica. Por su parte, las mujeres solicitaron la prueba de VIH como parte de las acciones de prevención secundaria que fueron sugeridas a su pareja estable que ya contaba con un diagnóstico confirmatorio de la infección.

**Cuadro 6.2**  
**Datos centrales de hombres y mujeres migrantes residentes con VIH**

	Mario	Felicia	Alonso	Julián	Isabel	Alejandro	Norma
<b>Código</b>	PMVS-MR-1	PMVS-MR-2	PMVS-MR-3	PMVS-MR-4	PMVS-MR-5	PMVS-MR-6	PMVS-MR-7
<b>Fecha de aplicación de la entrevista</b>	2007	2007	2008	2008 y 2009	2007	2007	2007
<b>Edad:</b>	46	47	31	41	40	23	37
<b>Estado Civil:</b>	Casado	Casada	Soltero	Union Libre	Union Libre	Casado	Casada
<b>Orientación sexual:</b>	Heterosexual	Heterosexual	Heterosexual	Homosexual	Heterosexual	Heterosexual	Heterosexual
<b>Escolaridad:</b>	Bachillerato	Primaria	No Fue a la escuela	No fue a la escuela	Primaria	No Fue a la escuela	No Fue a la escuela
<b>Hijos/as</b>	Sí:2	Sí:5	Sí: 2	Sí: 5	Sí:7	Sí:2	No
<b>Lugar de origen:</b>	El Salvador	Honduras	Honduras	Nicaragua	Honduras	Guatemala	El Salvador
<b>Edad del informante cuando migró por primera vez</b>	15 Años	17 Años	28 Años	33 Años	28 Años	13 Años	17 Años
<b>Tiempo de estancia en México</b>	17 Años.	20 Años	4 Años	8 Años	12 Años	10 años	17 Años
<b>¿Ha estado en los Estados Unidos?</b>	Sí	No	No	No	No	Sí	No
<b>Ocupación principal en la comunidad fronteriza</b>	Electricidad y construcción	Trabajo doméstico en su propio hogar	Albañilería	En cargado de lavado de Autos	Trabaja en casa y costura de cortinas	Elaboración de hamacas	Trabajo doméstico en su propio hogar
<b>Tiempo de saber su seropositividad *</b>	1 año	3 Años	2 Meses	1 Mes	1 Año	1 Mes	1 Año
<b>Vía de acceso al diagnóstico de VIH</b>	Se aproxima a los SS por presentar enfermedades oportunistas	Se aproxima a los SS porque la pareja recibe dx VIH positivo	Solicita prueba de VIH como parte de requisitos solicitados por el registro civil	Se aproxima a los SS por presentar enfermedades oportunistas	Se aproxima a los SS porque la pareja recibe dx VIH positivo	Se aproxima a los SS por presentar enfermedades oportunistas	Se aproxima a los SS porque la pareja recibe dx VIH positivo
<b>Con un cuadro de SIDA: sintomático/ Sólo vive con VIH: asintomático</b>	Asintomático	Sintomático	Asintomático	Sintomático	Asintomático	Sintomático	Asintomático
<b>Programa de VIH: No está afiliado (N-P); Sí está afiliado (S-P)</b>	S-P	S-P	S-P	S-P	S-P	S-P	S-P
<b>No tiene acceso al TARV (N-ARV); Sí tiene acceso al TARV (S-ARV)</b>	N-ARV	N-ARV	S-ARV	S-ARV	N-ARV	N-ARV	N-ARV

### 6.3 Trayectorias migratorias e inserción en el contexto de destino

*¿Imagínate de dónde vengo yo?  
Vengo de donde nada,  
Vengo de los escombros de un terremoto.  
Julián, migrante residente, 41 años*

La mejor forma de presentar a los integrantes del colectivo de migrantes residentes afectados por la epidemia es mediante la voz de sus propios protagonistas. La recuperación y análisis de la experiencia reconstruida mediante el diálogo entablado con las personas con VIH/SIDA, permite observar aspectos relevantes de la trayectoria migratoria, particularmente, sobre los motivos que orillaron a dejar el lugar de origen hasta el momento en que cruzaron la frontera y se incorporaron a la vida social y económica de las localidades de la región fronteriza.

Una amplia bibliografía ha documentado que la búsqueda de empleo y de oportunidades para la mejoría personal y familiar, las aspiraciones para tener mejores condiciones de vida (educación para los hijos, construcción de una vivienda, acceso a servicios, etc.), la pérdida del patrimonio por motivo de los desastres naturales que son frecuentes en la región centroamericana, y los desplazamientos forzados por motivo del recrudecimiento de la violencia y la persecución política constituyen, en su conjunto, los determinantes fundamentales de la dinámica migratoria internacional que se desarrolla en la frontera sur de Chiapas (Castillo, M. A. 2009; Fernández C., 2009; Cruz H., y Rojas M.).

Estos determinantes de la movilidad son claramente observables en las narrativas de las personas migrantes residentes que fueron entrevistadas. Por ejemplo, en el caso de Mario, migrante salvadoreño de 46 años, se encuentra que la decisión de migrar estuvo motivada no sólo por la búsqueda de empleo, sino por escapar de las cruentas consecuencias de los conflictos armados que se desarrollaron en El Salvador y otros países centroamericanos durante la década de los 80. Al igual que muchos migrantes centroamericanos, Mario salió por primera vez de su país cuando tenía 15 años, en un intento por huir de la persecución y de los asesinatos producidos en el marco del enfrentamiento de las grandes fuerzas que se

disputaban el poder en ese país.<sup>62</sup> Cabe recordar que en el marco de los conflictos armados que costaron la vida a más de 75,000 civiles y de más de 9000 desaparecidos, se estima que más de medio millón de salvadoreños salieron de su país hacia los países del norte, teniendo como destino principal los Estados Unidos (ACNUR, 1993; CEPAL-OIM-BID, 2002).<sup>63</sup> Respecto a esta etapa del conflicto armado que orilló al desplazamiento, Mario expresó:

### **Mario-PMVS-MR-01**

“En realidad dejé mi país por la guerra, en ese tiempo tenía como 15 o 16 años, fue cuando la guerra estaba más dura. Estaban matando a todos, y mataron a toda mi familia. Luego estaban recolectando personas para las fuerzas armadas o para la guerrilla. Por ejemplo, en las escuelas, reclutaban a los niños desde los doce años. Uno no tenía opción, tenías que estar en cualquier bando. Tuve miedo. Había llegado un amigo de Estados Unidos y me hizo el favor. En esos años no había mucho problema para pasar para acá. Estaba yo joven y nunca puse atención a las leyes, ni a los retenes. Yo me subí al autobús, llegué hasta Tapachula, de ahí para el Distrito Federal. Nunca tenía miedo de nada, así llegué hasta los Estados Unidos.”

Después de permanecer por un periodo de cinco años en Estados Unidos, Mario fue acusado por robo y preso por un periodo de cinco años. Al salir de prisión, este migrante fue deportado a su país de origen, donde nuevamente se enfrentó al desempleo. En este contexto de precariedad, Mario dejó a su familia en su lugar de origen, emprendió el viaje y cruzó nuevamente la frontera sur, pero esta

---

<sup>62</sup> Aquella que apelaba por el proyecto de preservación política que se buscó afianzar a través del golpe de Estado de 1979 mediante la Fuerza Armada (FAES) y que seguía los lineamientos dictados por Estados Unidos; y la que buscaba afianzar el proyecto revolucionario a través del Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional (Castro J., 1990; Codas R., 1990).

<sup>63</sup> A pesar de que los censos no muestran la magnitud de los movimientos forzados de desplazados, refugiados y repatriados, se ha estimado que en ese periodo, alrededor de dos millones de personas tuvieron que trasladarse dentro o fuera de su propio país. En el ámbito intra-regional, se ha documentado que para finales de esta década, los países del istmo, excepto Panamá y Costa Rica, triplicaron sus ciudadanos fuera de la región. El Salvador fue el país con el mayor flujo expulsor, explicando el 40% del total emigratorio regional, con más de medio millón de personas (ACNUR, 1993). De acuerdo con los datos censales de 1980-1990, los salvadoreños se dirigían principalmente hacia los Estados Unidos (CEPAL-OIM-BID, 2002).

segunda ocasión, con la intención de establecerse de manera permanente en Tapachula, Chiapas. Al momento de la entrevista, este informante tenía 17 años de estancia en México, lugar en donde se desempeña como electricista y trabajador de la construcción.

En la narrativa de Alejandro, migrante guatemalteco de 23 años, también se encuentra una trayectoria de movilidad hacia los campos de la uva en Sonora y después hacia los Estados Unidos. En este país sólo permaneció algunos meses hasta que fue deportado a su país de origen.<sup>64</sup> Posteriormente, volvió a cruzar la frontera México-Guatemala, lugar donde conformó una familia integrada por su esposa y dos hijos. Al momento de la entrevista, este informante tenía cuatro años de estancia en el país, residía en una pequeña comunidad fronteriza cercana a la ciudad de Tapachula, lugar donde él y su familia se dedicaban a hacer y vender hamacas de bastidor:

**Alejandro, PMVS- MR-06**

“Yo soy Alejandro, nací en Guatemala, tengo 23 años de edad. Desde chico comencé a trabajar en los campos, en los campos papayeros, sólo ahí anduve trabajando y me fui para Hermosillo, Sonora. Allá estuve yo trabajando en la uva (...) Después me fui unos meses a Estados Unidos, pero me agarraron y me mandaron de regreso a la frontera. Aquí me casé, tengo mis dos niños (...) Ahora vivimos de hacer hamacas de bastidor, me tardo aproximadamente una semana en hacerla y la vendo a \$800 pesos al contado y a \$1200 en pagos. Con ese dinero vivimos aproximadamente quince días más en lo que volvemos a vender hamaca.”

Por su parte, Alonso es un migrante hondureño de 31 años que siempre ha sido trabajador de la construcción. Estuvo casado y tiene dos hijos en Honduras, pero perdió comunicación con esta familia. Tiene cuatro años en México, en este tiempo no ha regresado a su país. A decir del informante, la mayor del tiempo la dedica al trabajo de la albañilería cumpliendo un horario de cinco de la mañana a

---

<sup>64</sup> De acuerdo con el Departamento de Seguridad Nacional en Estados Unidos, sólo en 2010 se habían realizado 393 mil deportaciones de migrantes, de los cuales 72% son mexicanos (Martínez F., 2011).

cuatro de la tarde, y percibiendo un salario de \$3000 pesos mensuales. Al igual que un amplio número de trabajadores migrantes que forman parte de los sectores de bajos ingresos, Alonso vive en “La Obrera”, una colonia urbana de la periferia. Cabe señalar que ésta es una de las siete colonias que presenta los mayores índices de marginalidad, violencia e inseguridad de la ciudad de Tapachula. La población de esta colonia está conformada por campesinos empobrecidos, personas dedicadas a la venta informal, a cargar bultos y lustrar zapatos, también hay quienes desempeñan diversos oficios y trabajadoras domésticas (Hernández J., 2009). Alonso se presentó de la siguiente manera:

**Alonso, PMVS-MR-03**

“Yo nací en Tegucigalpa, Honduras, tengo 31 años. Desde siempre yo trabajando no más. De la edad de diez años empecé a trabajar. En Honduras, tengo dos hijos, niña y niño pero ya no los veo y tampoco me alcanza para enviarles dinero. Yo salí desde hace cuatro años y llegué a Tapachula porque vine a trabajar. Desde siempre he trabajado en la albañilería. Más o menos saco los \$3000 mensuales, pero casi no alcanza porque rento un cuarto en la Obrera”.

Para otros participantes como Julián, la decisión de migrar es producto tanto de la acumulación de inequidades y precariedades que se viven en el lugar de origen, como de las decisiones personales que se toman al asumir cambios en la identidad genérico-sexual. En el origen, Julián vivía en unión libre y tenía cinco hijos; sin embargo, alrededor de los 25 años su vida dio un giro al asumir su preferencia hacia la bisexualidad. A decir del informante, en este proceso se recrudecieron los conflictos y la violencia familiar, situaciones que aunadas al desempleo crónico lo llevaron a migrar. Dentro de sus expectativas nunca figuró llegar a los Estados Unidos, más bien buscaba trabajar y asentarse en una de las localidades de la frontera chiapaneca, y consideraba que su destino era salir de su país para no volver jamás:



### **Julián, PMVS-MR-04**

Te voy a decir la verdad, yo soy bisexual. Desde ahí vino el descontrol familiar, y hasta la fecha me dura. Lo supe hace algunos años y me mandaron al sicólogo. Aunque yo lo sabía, me casé, tuve hijos y todo. Pero después de los niños como que ya no había química, no había comunicación, entonces siempre lo he dicho, lo mejor es dejarse, porque le martirizas la vida y te las martirizas tú. Y además hay hijos de por medio que están viendo todo. Viene la violencia, y como yo fui muy golpeado, me maltrataron, y yo no quise eso para mis hijos ni para ella. Esto fue cuando yo decidí mejor dejar todo, y venirme para acá. No iba para los Estados Unidos. Me vine a la frontera porque dije, “me vengo para acá, le mando a mis hijos, y todo queda en paz. Creo que era mi destino irme del país para ya no volver jamás”.

En Tapachula, Julián se gana la vida como encargado de un lavado de autos. A decir del informante, su jornada inicia a las cinco de la mañana y termina a las cuatro de la tarde. Aunque el salario es bajo, la ventaja es que el informante no paga renta ya que vive en el mismo espacio del negocio del lavado de autos. Por tanto, Julián como muchos trabajadores migrantes (por ejemplo, las trabajadoras domésticas, las trabajadoras sexuales, los trabajadores agrícolas) que se insertan en el ámbito de las actividades marginales terciarias de la región, vive en donde trabaja:

### **Julián, PMVS-MR-04**

“Yo llegué en el 2001 acá en México. Yo creo que ya tengo ocho años para acá, desde el 2001. (...)Antes yo dormía allá en el puente que se llevó el Stan, y de ahí salía para San Juan para ver cómo sobrevivir. Y así, pues saliendo, fui conociendo lo que es Tapachula. Después ya comencé a trabajar en el lavado de autos, a viajar un poco más, y a tener un poco más de comodidades de trabajar. Hasta la fecha, yo de que comencé en el lavado de autos, no he dejado de lavar porque siempre estoy en ese mismo trabajo.”

En el caso de las tres mujeres entrevistadas, se identifica una experiencia biográfica que está articulada por acontecimientos y procesos similares. Felicia, Isabel y Norma son mujeres migrantes indocumentadas centroamericanas que en principio comparten las siguientes características: tienen una baja escolaridad, provienen de hogares en condición de alta marginalidad, reportan más de 12 años de estancia en las localidades del sur de México, por más de diez años han tenido una relación de pareja estable con un varón mexicano, son dependientes económicas y se dedican al trabajo doméstico en su propio hogar. Como se observa en las siguientes narrativas, en la presentación de sí mismas, las mujeres destacan aspectos que se relacionan con un presente determinado por la asunción de roles de género tradicionales, por su condición de dependencia económica y por la inflexión que ha provocado la enfermedad:

**Felicia, PMVS-MR-02**

“Yo soy hondureña, tengo 47 años y me llamo Felicia. Ya tengo de vivir aquí 20 años, y tengo cinco hijos acá, mexicanos, cuatro mujeres y un varón. También tengo dos hijas en Honduras, ellas ya están grandes y casadas. Yo acá no trabajo, mi marido es el que trabaja es albañil. Ya hace tres años que nos dimos cuenta que tenemos esta enfermedad.”

**Norma, PMVS-MR-07**

“Yo tengo 37 años, nací en El Salvador, soy de Sonsonate. Llevo casi diecisiete años en acá en Tapachula. Soy ama de casa porque mi marido trabaja (...) Fue hace un año cuando mi hice la prueba y sentí muy feo, fue una muy mala noticia”.

**Isabel, PMVS-MR-05**

“Yo soy Isabel y tengo 40 años, soy de Honduras de Comayahua. Me vine como a los 17 años. Vivo en unión libre con mi marido que es mexicano y tengo siete hijos. De tres años para acá yo me venía sintiendo mal pero pues siempre he estado en chequeos con médicos. El médico me dijo “tú

tienes esto” o sea yo me deprimí mucho y caí en un estado de depresión horrible, sentí que ya me iba yo a morir”

En las comunidades de origen, las mujeres sólo podían obtener empleos que requieren largas jornadas (maquila y sector servicios) pero con muy bajos salarios, y por esta razón fundamental se migra. Asimismo, las tres mujeres entrevistadas comparten el hecho de haber salido de su lugar de origen acompañadas por familiares y con el propósito inicial de llegar a los Estados Unidos, en busca del “sueño americano”. Sin embargo, sólo pudieron llegar hasta Chiapas, ya que “*el seguir subiendo las ponía en mayor peligro*”, por lo que optaron por quedarse en esta frontera. Además, en el caso de Felicia e Isabel la idea de migrar representaba una opción para poder enviar remesas a los hijos que se habían quedado en el origen a cargo de un familiar:

#### **Isabel, PMVS-MR-05**

Mi primer esposo era hondureño y falleció porque lo mataron. Lo mataron para robarle porque él viajaba mucho a Estados Unidos, de hecho toda su familia vive en Estados Unidos. Pero él se quedó conmigo en Honduras porque tuvimos nuestros hijos. Después ya no nos alcanzaba el dinero, no había trabajo y él decidió irse con su familia a Estados Unidos, pero en el camino lo mataron (...) Yo tuve que salir de mi país para mandar algo para mis hijos. Tuve que dejar mis bebés casi de nacidos porque ahorita tienen doce años, van a cumplir trece años y, este, pues los deje allá con una tía (...) Yo ya no me quería regresar para allá, y yo me quedé aquí a trabajar fue cuando yo lo conocí a él, mi segundo esposo y pues formamos una familia.

En su conjunto, los testimonios muestran que los y las migrantes con VIH/SIDA que residen en las localidades fronterizas del sur de Chiapas, se distinguen por la heterogeneidad de sus lugares de origen, por sus rutas migratorias, así como por el tiempo de estancia y motivos para permanecer en México. Sin embargo, los miembros de este colectivo comparten una historia migratoria que es entendida como una estrategia de sobrevivencia ante las condiciones de pobreza,

marginación y violencia que se viven en la región centroamericana. Aunque la mejoría en las condiciones de vida y trabajo continúa siendo el motivo principal de la migración, en el contexto social fronterizo se replican las desigualdades persistentes. Estas disparidades se manifiestan en la precariedad laboral y los bajos salarios, en la privación material, y en el confinamiento espacial hacia las comunidades y colonias urbanas con altos índices de marginación. Pero, a pesar de las desigualdades persistentes, la vida en la región fronteriza chiapaneca continúa siendo una mejor opción para la sobrevivencia de las personas migrantes y sus familias.

Asimismo, las narrativas confirman el hecho de que la migración necesariamente conlleva un reacomodo en la composición y las relaciones sociales que se establecen en el ámbito familiar, y que en estos procesos el género constituye un diferencial relevante. En el caso de los varones migrantes, se registran conocidas historias de separación de la familia que permanece en el lugar de origen, así como nuevas relaciones de pareja y formación de unidades familiares en lugar de destino. En el marco de estos procesos de cambio y continuidad, los varones casados que originalmente migraron solos, han tendido a abandonar el rol de proveedores económicos y han dejado de enviar recursos a la familia que permanece en el origen. En las comunidades de la frontera, se han insertado en el ámbito de las ocupaciones marginales terciarias. A partir de la ruptura familiar y de la fuente de sobrevivencia, los varones han abandonado muy pronto los desplazamientos de ida y vuelta, es decir, reducen la circularidad migratoria para transformarse en migrantes residentes en ocasión de su primera o segunda entrada en México.

Por su parte, en las narrativas de las mujeres se encuentran historias de separación de los hijos que permanecen en la comunidad de origen, así como nuevas relaciones de pareja y de unidades familiares en lugar de destino. En el marco de estos procesos, destaca el hecho de que las mujeres han entablado una relación de pareja con un varón mexicano con quien viven en unión libre. Los grandes riesgos que conlleva el tránsito hacia los Estados Unidos sumados al

establecimiento de su nueva relación de pareja, contribuyen a explicar la corta carrera migratoria de las mujeres que hasta antes del diagnóstico del VIH, sólo habían efectuado un desplazamiento. Una vez que las mujeres toman la decisión de permanecer en las localidades fronterizas de Chiapas, y forman una familia, ellas tienden a abandonar su participación en el trabajo remunerado. Aunque ellas realizan las actividades orientadas a la reproducción y diversas labores que permiten complementar el ingreso familiar, las mujeres vuelven a ser dependientes económicas y asumen un rol marcadamente subordinado.

En estos contextos de origen y destino caracterizados por la precariedad laboral, la marginación y la migración es donde se tejieron las dinámicas en las que los y las migrantes adquirieron la infección por el VIH y desplegaron estrategias para su atención.

#### **6.4 El VIH/SIDA: situación disruptiva de la experiencia biográfica**

*Yo siempre he dicho, nacimos para morir,  
En mi caso, yo le pedía a Dios,  
¡Por favor que llegue a los cuarenta!  
Esta edad es suficiente para la vida que he llevado  
Hoy que llego a los cuarenta con esta enfermedad digo:  
¡Ay que chinga para qué me hiciste caso!  
Julián, migrante residente, 41 años*

El análisis muestra, como lo han hecho distintos estudios, que la experiencia biográfica de las personas migrantes entrevistadas está dividida en un *antes* y *después* del SIDA (Castro R., et al., 1997; Pecheny M., et al., 2002; Grimberg M., 2002). El diagnóstico de la infección, en principio, se relaciona e interpreta como una “situación crítica” marcada por sentimientos de desolación, dolor, sufrimiento e incluso vergüenza. Dicha inflexión no sólo se vincula a los cambios y malestares en el estado corporal (en el sentido físico-biológico) sino a los significados que se le confiere a un padecimiento rodeado de prejuicios, miedos, estigmas, incógnitas, intereses, obstáculos, demandas y necesidades como es la infección por el virus de inmunodeficiencia humana o por el desarrollo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

La vivencia de esta situación crítica es más evidente en las narrativas de aquellos migrantes que tenían pocos meses de haber recibido el diagnóstico confirmatorio del VIH. La temporalidad del diagnóstico es un eje estructurante de la experiencia del padecimiento, y esto explica el hecho de que Alonso, Julián, Alejandro y Norma se encontraran en un momento que “se siente muy feo” “con mucho miedo”, y que definen como “devastador”, “que se cae el mundo”, “que no se quiere saber nada eso”, “que anda ahí en la mente, pero no se quiere recordar”.

Aún cuando los y las migrantes habían recibido consejería antes y después de realizarse el examen de VIH, ellos significaban al VIH/SIDA como una “enfermedad mortal”. Sin embargo, para Norma y Julián los mayores temores se centran en el dolor, sufrimiento y rechazo social que acompaña a la enfermedad. En el caso de esta mujer migrante, uno de los dolores y primeros rechazos se expresaron en el abandono de su pareja: *“yo pensé que él me iba a apoyar, que estábamos juntos en esto, pero nada. Me quedé con nada”*. En una circunstancia similar se encontraba Julián, informante que se había realizado la prueba del VIH con el fin de concertar el matrimonio con su novia, quien lo había abandonado al enterarse del diagnóstico. Al respecto, él expresó: *“nos hicimos juntos la prueba para que nos pudiéramos casar, todo se empezó a complicar porque tuve la mala suerte de salir mal”*.

Para informantes que tienen familia como Alejandro, el dolor y el temor se centra en la posibilidad de haber transmitido el VIH o “haber causado daño” a su pareja y sobre todo en el potencial abandono de los hijos. Al preguntar a este joven migrante de veintitrés años, cómo se había sentido al momento del diagnóstico, su respuesta claramente se orientó a su mundo familiar:

**Alejandro, PMVS- MR-06**

(El informante llora por varios minutos) “Por mis hijos, por mis hijos, pues me da tristeza, no les he ayudado en su futuro, no les he dicho el futuro que van a tener por delante. Mi esposa, y ellos lloran bastante, pero yo le pido a Dios. Ahorita voy a tratar de darles todo, que no les haga falta nada, eso es lo único que yo le pido a Dios. Mi esposa me dice que se ha

pensado matar, no sé qué va a ser de ella. Ese día, ella dice que se quería aventar de la carretera, pero dice que se quedó viendo a mis niños, y mejor se quedó sentada.

El descubrimiento de la seropositividad no sólo es un acontecimiento puntual que divide el curso de vida en un antes y después sino el punto de partida de una trayectoria de enfermedad que paulatinamente conlleva a la disociación de roles, rutinas y espacios, y al trastoque de las relaciones y redes cotidianas; y en un arco de temporalidad más amplio, a la paulatina asimilación de vivir con el VIH/SIDA. Como han señalado diversas investigaciones, la temporalidad es un eje estructurante de esta experiencia, en tanto supone una disrupción en las certezas y los cursos rutinizados de la vida cotidiana (Grimberg M., 2002, 2003; Cusick L., y Rhodes T., 1999; Davis M., 1997).

En las narrativas de las mujeres que tenían más de un año de haber recibido el diagnóstico de VIH, se encuentran mejores elementos que permiten explorar la manera cómo la experiencia del padecimiento modifica las estructuras de la vida cotidiana, particularmente, un trastoque en la organización y en las actividades que se desarrollan en el espacio laboral y al interior de la unidad doméstica. En todos estos procesos, los diferenciales de género juegan un papel relevante.

En un primer acercamiento, se encuentra que en los casos de Felicia e Isabel, el VIH/SIDA más que irrumpir o cambiar de manera drástica sus actividades al interior del hogar, vino a acentuar el rol de cuidadoras de sus respectivas parejas que se encontraban en etapas más avanzadas de la enfermedad. En este punto es relevante precisar que las mujeres con hijos tuvieron el primer contacto con el VIH/SIDA por sus respectivas parejas que presentaron enfermedades oportunistas. Es decir que las mujeres migrantes no acudieron a los servicios por presentar síntomas de alguna enfermedad, sino que solicitaron la aplicación de la prueba rápida de VIH como parte de las acciones de prevención secundaria que fueron sugeridas a la pareja que ya contaba con un diagnóstico confirmatorio de la infección. El siguiente testimonio es representativo de la experiencia de las mujeres entrevistadas:

## **Felicia, PMVS-MR-02**

“Él se enfermó y le hicieron exámenes del VIH. Desde ahí supimos nosotros de que él salió positivo. Se enfermó de salmonelosis, y unas calenturas, diarrea y vómito. A los ocho días lo volvimos a llevar otra vez, y ella le dijo -“¿te han hecho el examen del VIH?”, -“no, pues no”. Se lo hicieron el mismo examen del VIH y si le salió positivo. Después ya fuimos, yo y mi niño de siete y la niña que tiene diez años a realizarnos la prueba del VIH, afortunadamente, ellos salieron negativos”.

El hecho de que la pareja haya sido diagnosticada en condiciones de internamiento hospitalario, coloca a las mujeres en una situación donde tienen que asumir el rol de cuidadoras del paciente y a la vez hacerse cargo de las tareas reproductivas. Las necesidades de sobrevivencia a corto plazo fuerzan a las mujeres a desarrollar una gama de estrategias para afrontar la situación con diferentes consecuencias para la salud y el bienestar a mediano plazo. A partir del diagnóstico, las mujeres fueron las encargadas de cuidar a la pareja durante y después de la estancia hospitalaria, realizaron todos los trámites administrativos para ingresar al Programa de VIH, tuvieron que realizar diversas actividades para la manutención familiar (lavar ropa, planchar, trabajo doméstico y pedir préstamos), continuar con sus actividades diarias y hacerse cargo del cuidado de los hijos. En esta situación crítica, las mujeres tienen un margen muy limitado para asimilar el resultado de su propio diagnóstico; y es muy reducido el tiempo y los recursos con los que cuentan para el cuidado de sí mismas.

Los testimonios muestran, en concordancia con otros estudios, que uno de los problemas más graves que las mujeres con VIH enfrentan en sus procesos de atención resultan de la multiplicación de las responsabilidades y las continuas presiones en los roles de “cuidadoras para otros” (Kendall T., y Pérez H., 2004; ICW, 2004; Grimberg M., 2002). Estas presiones y roles que forman parte de la normatividad de género invisibilizan las necesidades de atención de la salud que tienen las propias mujeres, y en este marco, ellas tienden a expresar sentimientos de culpabilidad en relación con los procesos de auto-cuidado.



Para las mujeres migrantes el diagnóstico se vive dentro de la unidad familiar, y la pareja se constituye como la fuente de apoyo material y emocional más importante. En un contexto donde se carece de una red social, las mujeres se han negado a compartir voluntariamente su estatus positivo con miembros de la comunidad, sobre todo por el temor a que la “familia” sufra de rechazo o discriminación. Asimismo, han ideado estrategias para ocultar su condición de salud a sus propios hijos, con la intención de evitar “mayor dolor a la familia”. Como se observa en el siguiente testimonio, en estas circunstancias, las mujeres optan por prestar poca atención al reconocimiento de su condición de salud y de invisibilizar sus propias necesidades:

**Felicia, PMVS-MR-02**

“En el rancho donde vivimos nosotros, ahí nadie sabe que nosotros somos VIH. Él se ha enfermado varias veces y entonces la gente empieza a hablar. Puras habladas bien feas, bien mal. Eso afecta mucho a mis hijos. La niña de 18 años me dice ¿verdad mamá que es mentira lo que dice la gente de que mi papá tiene VIH? ¿verdad mamá que él sólo tiene una salmonelosis? ¿verdad mamá que si mi papá tuviera eso ya se hubiera muerto-. Eso es lo que ella piensa. A mí me afecta mucho, pero no puedo meterme más problemas en mi cabeza, aunque yo sé que si es, pues trato de no darle importancia. Por eso pienso que yo no tengo el VIH, no le doy importancia al VIH, pienso que tengo cualquier otra enfermedad”.

En su conjunto, los testimonios muestran el carácter disruptivo que tiene el diagnóstico del VIH en la experiencia biográfica de las personas migrantes entrevistadas. La temporalidad es un eje estructurante de esta experiencia que en una etapa inicial se vive como una situación crítica o una “situación de frontera”. A partir del diagnóstico, los nuevos pacientes se verán obligados a modificar los supuestos que daban por sentado sobre sí mismos, así como sus vinculaciones con el mundo exterior, particularmente, su posición social con la pareja y otros miembros de la unidad familiar. Asimismo, como han mostrado los estudios de la sociología relacional, a partir del diagnóstico se gesta propiamente el proceso de

“expropiación”, es decir, las secuencias de actividad que finalmente se traducen en la modificación de los roles, las prácticas, rutinas, los espacios en donde desarrollan su vida cotidiana. En todos estos procesos, las construcciones de género afianzan roles y una sobrecarga de responsabilidades a las mujeres que se ven obligadas a invisibilizar sus propias necesidades de atención a la salud.

## **6.5 Género, percepción de riesgo y saberes sobre el VIH/SIDA**

*“Él me culpó a mí y empezó a maltratarme, a decir que yo lo había contagiado. Me dice: si tú me dejas, no tienes dinero, no tienes hijos, no tienes casa, no tiene nada, Sin mi ayuda, tú te mueres”.*  
*Isabel, migrante residente, 40 años*

Las personas migrantes entrevistadas reportan que antes de recibir el diagnóstico, ya habían “*escuchado sobre el SIDA*”, identificaban la vía de transmisión sexual y sanguínea del VIH, y sólo las mujeres mencionaron la vía perinatal. Las pláticas preventivas, carteles y folletos difundidos en centros de salud, así como la radio y televisión han sido los medios formales por los que han obtenido información básica sobre las vías de transmisión y formas de prevención del VIH.

Aunque se trata de personas que han residido por un periodo amplio en México, la mayor parte de los entrevistados indica haber obtenido información básica sobre la epidemia en los contextos de origen. Desde su perspectiva, el SIDA constituye un grave problema de salud en algunos de los países de Centroamérica, y en este marco es que se ha buscado fortalecer las estrategias de prevención para la población. Sin embargo, desde su punto de vista, las estrategias han sido limitadas, ya que en los lugares de origen es frecuente saber de casos de personas afectadas por la epidemia. Al respecto, Felicia explica:

### **Felicia, PMVS-MR-02**

“Pues yo creo que el SIDA es más grave allá, hay más, hay bastante gente conocida. Allá son de 500 personas al día que se van al hospital. De niños nacidos con el VIH. Niñas de 12 años con el VIH, de 13 o 14 años con el VIH. Allá está más fuerte. Ahorita que yo fui, le dije a mi hija, “mira, mi hija,

cuídate, que hay mucha gente. Cúidense ustedes, yo pues ¡ya estoy jodida! Mira que el VIH, no se ve, tú ves a un hombre bien guapo y todo, pero no lo ves por dentro cómo está”.

Además de la alta frecuencia de casos que perciben las personas en los contextos de origen, es relevante señalar que las tres mujeres entrevistadas y dos varones contaban con la experiencia de haber tenido un familiar o amigo cercano con VIH/SIDA. Así, se encuentra que la experiencia biográfica de Felicia, Isabel, Norma, Alejandro y Julián, está marcada por el fallecimiento de su respectivos hermanos/as, cuñados y amigos de la infancia que presentaron complicaciones asociadas al SIDA. Una de las informantes hondureñas que vivió esta experiencia explica:

**Felicia, PMVS-MR-02**

“Yo sí sabía del SIDA porque una de mis hermanas murió de VIH en Honduras. Ella murió en el 2000, y mi cuñado murió en el 93. Mi hermana era la más grande. Pero como en ese tiempo no muy se conocía lo de medicamentos, sí ya se conocían pero eran caros, carísimos, de 20 mil empiras allá, y ahorita sí porque en Honduras hay bastantes instituciones gratuitas. Hay bastantes ayudas.”

El hecho de que en la familia extensa de los migrantes se encuentre más un miembro con VIH y que sean comunes las pérdidas vinculadas al SIDA puede ser entendido como una expresión de las desigualdades sociales y las inequidades en salud que se enfrentan en Centroamérica. Se sabe que la distribución de la epidemia concuerda plenamente con los mapas de la marginalidad y la pobreza, afecta con mayor intensidad a los países más deprimidos económicamente, y las nuevas infecciones tienden a concentrarse en los grupos de la población que enfrentan las mayores inequidades sociales y económicas (Useche B., 2005).

Al respecto, los testimonios de los y las migrantes permiten observar que la marginalidad, la pobreza, la migración y las dificultades de acceso a servicios de prevención y atención de la salud son fenómenos que caracterizan la vida cotidiana de las familias que permanecen en los lugares de origen. En este

sentido, se considera que las desigualdades persistentes, los niveles de prevalencia de VIH/SIDA que se registran en Centroamérica, los patrones de transmisión heterosexual que prevalecen en Guatemala, Honduras y El Salvador, la concentración de la epidemia en las zonas urbanas (García A., et al., 2004) y los contextos de vulnerabilidad en los que se desarrolla la migración (Bronfman M., y Leyva R., 2004), representan un conjunto de determinantes que pueden contribuir a explicar las múltiples afectaciones que puede tener el SIDA en una misma familia.

Las personas entrevistadas también acuden a su acervo de saberes y a diversos elementos del contexto sociocultural para explicar la infección por el VIH y el desarrollo del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Sus interpretaciones en torno a la infección por el VIH están conformadas por elementos objetivos como puede ser la historia migratoria, la marginalidad o la dependencia económica; y por elementos subjetivos entre los que destacan los mitos sobre la enfermedad y las percepciones en torno a la sexualidad. En su conjunto, los elementos del contexto material y sociocultural permiten plantear algunas suposiciones que desde la perspectiva de los propios sujetos intervinieron en la condición de salud actual.

El análisis de las narrativas de las personas afectadas por la epidemia muestra que las vulnerabilidades y riesgos percibidos por hombres y mujeres frente al VIH/SIDA son variables de acuerdo al género. En el caso de los varones destaca la necesidad que tienen por identificar el origen de la infección mediante la recapitulación de las posibles “prácticas de riesgo” que han tenido en diferentes momentos de su curso de vida. Desde la perspectiva de los varones, las relaciones sexuales “sin condón” fueron la vía más probable por la que adquirieron el VIH, e identificaron tres dinámicas que intervinieron en el ejercicio de prácticas sexuales desprotegidas: los procesos de migración, el uso del alcohol y la vivencia de situaciones de reclusión.

Para los entrevistados que se definen a sí mismos como heterosexuales, la trayectoria migratoria (la partida del lugar de origen, los tránsitos y la llegada e

inserción en los contextos de destino) constituye el proceso en el cual se configuraron las situaciones de riesgo a la infección por el VIH. Para ellos, la migración es una dinámica que en sí misma implica múltiples “peligros”, tales como la deportación, las detenciones, la reclusión, las violencias, la enfermedad, entre otros.

A la vez, los entrevistados consideran que la migración internacional es una dinámica que puede propiciar un cambio en la experiencia de la sexualidad, ya que *“la mayor parte de los varones se desplazan solos, sin su pareja”* y se vinculan a un nuevo contexto sociocultural donde es previsible tener otras parejas sexuales. Llama la atención que desde la perspectiva de los entrevistados, las mujeres que se conocen en los contextos de origen, tránsito y destino migratorio son las que definen las condiciones en las que se establecen las relaciones sexuales. Al mismo tiempo, ellos se definen a sí mismos como “débiles” para resistir “el impulso sexual” y plantear el uso del preservativo. A partir de estas interpretaciones se observa que la forma en que los hombres se construyen y perciben genéricamente a sí mismos tiende a reflejar la normatividad masculina tradicional que, por un lado, valora positivamente la hazaña sexual y la voluntad de enfrentar los riesgos entre otras características, y por otro sanciona el ejercicio de la sexualidad femenina (Parker R., ).

En los testimonios de varones migrantes es frecuente encontrar importantes actitudes culpabilizadoras y estigmas en contra de las mujeres. En el marco de la reproducción de las desigualdades de género se hace visible la doble moral que ha formado parte de la construcción social tradicional de la masculinidad. Así, los informantes consideran que para un varón el hecho de tener relaciones sexuales en la migración forma parte de la cotidianidad, sin embargo, al mismo tiempo, sancionan y estigmatizan el ejercicio activo de la sexualidad femenina.

Desde esta perspectiva es que los entrevistados afirman que *“las mujeres migrantes que están en EU”, las “mujeres migrantes que uno se encuentra en el camino”* y *“las mujeres estadounidenses”* que tienen un ejercicio activo de la sexualidad en el marco de relaciones de pareja ocasionales pueden incurrir

fácilmente en “*prácticas riesgosas*”. Se sabe que la culpabilización de estas prácticas se convierte en una forma de vigilancia y control de determinados grupos sociales, en este caso de las mujeres que no se apegan a las normas socioculturales de la feminidad tradicional que reprimen el deseo y el placer sexual. El testimonio de Mario permite ejemplificar las actitudes culpabilizadoras y el estigma que se focaliza en las mujeres que en sus propias palabras son definidas como las “*destroyer*”:

#### **Mario-PMVS-MR-01**

“Allá en mi país todas las mujeres son *destroyer* el día viernes ellas van a bailar, ellas compran sus cajas de cervezas, invitan a sus amigos. Allá nadie se fija si esta mujer se fue esta noche con esta persona, con un hombre y mañana se va con otro. Allá no nos ponemos a pensar en condones ni nada de eso. Allá sexo oral, que anal y que todo eso, las mujeres lo piden (...) Pero las americanas son peores, son todavía más *destroyer*. Uno a veces no quiere agarrar a una americana porque dices “no sabes lo que te va a pasar”, yo le tengo miedo a una americana, y he tenido americanas”.

Para otros informantes como Alejandro, las prácticas de riesgo que probablemente facilitaron la infección por el VIH también sucedieron en el marco del proceso migratorio. Su testimonio resulta relevante en la medida en que el informante tuvo conocimiento de la condición VIH positiva de la pareja ocasional con la cual tuvo relaciones sexuales sin protección. Al igual que en otros estudios, se encuentra que el tipo de pareja permeada por el factor confianza posiblemente definió el no uso del condón:

#### **Alejandro, PMVS- MR-06**

Yo creo que me contagié de esta cosa hace tres años. Por medio del sexo. Yo me acuerdo que me fui para Hermosillo, Sonora. Allá estuve yo trabajando en la uva. Andaba con un amigo, y ese amigo nunca me decía nada. Y conocí a una muchacha que trabajaba ahí mismo, y la hice mi novia. Y mi amigo me dijo “¿tu andas con esa muchacha”, -Sí le digo, ¿por

qué?, le digo, “ -No, hombre esa muchacha está enferma”, -“¿Por qué no me habías dicho?”, -“¿Y ya tuviste relaciones con ella?”, -“ya, le digo”, -“No, hombre, cabrón, si aquí todos los chavos, saben que está enferma. Yo pienso que de ahí agarré esto del SIDA”.

Como se ha señalado, los varones migrantes tienden a asignar la responsabilidad de las prácticas sexuales desprotegidas en las mujeres; sin embargo, ellos también reconocen que el hábito del uso del alcohol y/o drogas es un condicionante que define el no uso del preservativo. Al respecto, es relevante señalar que de los cuatro migrantes entrevistados, dos reportaron el hábito del alcoholismo y el uso de sustancias adictivas, principalmente, marihuana y cocaína:

**Alejandro, PMVS- MR-06**

“Como le dije a la doctora a lo mejor lo del SIDA fue en una de las borracheras. Ya ve que en las borracheras no estás en tus cinco sentidos y acabas por no usar el condón (...) Sí tengo una gran tos, pero yo se que esa tos no se me quita porque ya son varios años que fumo marihuana y piedra (...) Aprendí a fumarla en el norte, cuando estuve en Tijuana, Chihuahua y Hermosillo. Y yo por eso le echo la culpa de que no se me quita la tos, y me duele el pecho, me duele ahorita, a eso le echo la culpa porque se me está despegando todo eso, porque a veces sacó flemas negras pues.”

A decir de los informantes, el hábito del alcoholismo ha sido constante en diversos momentos de su curso de vida; sin embargo, el uso de drogas fue una práctica adoptada en el marco de los procesos migratorios. Este tipo de testimonios son consistentes con la literatura nacional e internacional que identifica a la migración sur-norte –principalmente hacia Estados Unidos- como un proceso complejo que tiene un impacto en la salud mental de los migrantes, y que al entrelazarse con otros determinantes (desempleo, subempleo, procesos de aculturación, desintegración de la red familiar) puede aumentar la exposición y el consumo del alcohol y drogas (Borges G., 2007). Asimismo, los testimonios de los migrantes son consistentes con los estudios que han mostrado que el uso de sustancias

psicoactivas constituye una práctica de riesgo que, al relacionarse con la multiplicidad de parejas y la falta de información y medios para la prevención, puede ampliar el margen de exposición a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (Esquivel G., 2005; Magis C., 2003).

Desde otra mirada las mujeres migrantes también expresan la necesidad de identificar el origen de la infección; sin embargo, su historia es distinta, ya que en las narrativas el interés no se centra en la recapitulación de las posibles “prácticas de riesgo” sino en las condiciones en las que recibieron el diagnóstico de la seropositividad al VIH. Como se mencionó, ellas no acudieron a los servicios por presentar síntomas de alguna enfermedad, sino que solicitaron la aplicación de la prueba rápida de VIH como parte de las acciones de prevención secundaria que fueron sugeridas a la pareja que ya contaba con un diagnóstico confirmatorio de la infección. Tal como se muestra en el siguiente testimonio, las condiciones del diagnóstico, el acelerado deterioro de la salud de sus parejas y la declaración de que ellas sólo han tenido relaciones sexuales desprotegidas en el marco de la pareja estable, lleva a las mujeres a inferir que la infección fue transmitida por sus respectivos compañeros de vida:

**Felicia, PMVS-MR-02**

“Pues yo pienso que me enfermé por él. Fue él porque yo, ya estando acá, me hice la prueba como en el 90 cuando estuve trabajando con la señora esa. Yo me lo hice, salió bien, me salió negativo, luego me lo volví a hacer, salió negativo. Y después sólo estuve con mi esposo, ya nunca tuve otra pareja (...) Además él se enfermó y le hicieron exámenes del VIH. Desde ahí supimos nosotros de que él salió positivo. Se enfermó de salmonelosis, y unas calenturas, diarrea y vómito. A los ocho días lo volvimos a llevar otra vez, y ella le dijo -“¿te han hecho el examen del VIH?”, -“no, pues no”. Se lo hicieron el mismo examen del VIH y si le salió positivo. Por eso yo creo que fue él.”

A pesar de que las mujeres focalizan la percepción de riesgo en sus parejas, ellas son las que han vivido la culpabilización de haber traído el VIH a la familia.



Aunque las consecuencias de las inequidades en salud afectan tanto a los hombres como a las mujeres migrantes con VIH/SIDA, son ellas las que reportan haber sufrido abandono, discriminación, situaciones de violencia, recriminaciones y culpabilización al interior de la unidad familiar. En los testimonios de Felicia, Isabel y Norma se observan situaciones de abuso y estigmatización por parte de sus respectivas parejas, quienes las acusan de “*haber estado contagiadas*”. La fuente del estigma y discriminación radica en la idea de que las mujeres migrantes, “las centroamericanas” son “prostitutas” “mujeres enfermas”, “mujeres de allá que vienen a enfermarlos”. Estas expresiones muestran como gran parte de los estigmas asociados al VIH/SIDA y las inequidades de género se refuerzan en el espacio de la unidad doméstica. Los estigmas que las mujeres señalaron con mayor preocupación fueron:

#### **Isabel PMVS-MR-05**

“Él me dice que yo tuve la culpa porque todas las mujeres que vienen de allá, vienen contagiadas del VIH. Dice eso porque la mayoría de las mujeres vienen a trabajar en los bares. Si es cierto que él me conoció a mí trabajando de mesera, pero no me conoció acostándome con los hombres. Yo nunca he sido una mujer de calle, siempre tuve mi hogar y mis hijos, cuido a mi familia. Pero él dice que soy como muchas mujeres de allá que nada más vienen a enfermarlos.”

En su interrelación, los estigmas que giran en torno a los estereotipos de la “mujer migrante como dispuesta a todo” (Leyva R., et al., 2005), de la “extranjera como portadora de enfermedad” (Infante C., et al., 2004; Gooldberg ), de la “trabajadora sexual como vector de enfermedad” (Quintino F., et al. 2011) son empleados para culpabilizar a las mujeres de haber traído el VIH/SIDA al ámbito familiar. Sin embargo, los estigmas no residen solamente en la mente de las parejas de estas mujeres, por el contrario, son una construcción social.

Tal como señalan Peter Aggleton y Richard Parker (2002), “las verdaderas raíces del estigma asociado al VIH/SIDA descansan profundamente en las estructuras genéricas, económicas, raciales y sexuales, que pueden ser encontradas en cada

sociedad”. No constituye una coincidencia el hecho que los numerosos estigmas asociados al VIH/SIDA se encuentren relacionados con las divisiones e inequidades de género-sexuales, como queda expresado en las creencias de que tan solo “las malas mujeres” se infectan o que tan solo “las trabajadoras sexuales” y las personas “promiscuas” son los que pueden infectarse con el virus.

En el caso que nos ocupa habría que agregar los estigmas que se encuentran relacionados con las divisiones de extranjería que se expresan en las creencias de que “el SIDA es una enfermedad que viene de fuera” o que “los migrantes traen el SIDA a la comunidad”. Se ha señalado que la importancia del “rechazo a los migrantes en contextos fronterizos, puede contribuir a incrementar la exclusión social a grupos previamente estigmatizados, de forma que el problema de salud causado por el VIH/SIDA puede proceder como un nuevo factor para aumentar la distancia social entre grupos (Infante C., et al. 2004:46).

En el ámbito de las relaciones personales, los estigmas asociados a la transmisión del VIH y los prejuicios resultan perjudiciales para las mujeres migrantes puesto que conllevan sentimientos de vergüenza y culpabilización. Asimismo, estas distinciones se traducen en un trato injusto que favorece la emergencia de diferentes situaciones de violencia, afianza la subordinación femenina y atenta contra la dignidad de las mujeres. Como resultado de estas inequidades se fortalece la vulnerabilidad social de las mujeres y se multiplica el impacto negativo del padecimiento. Por ejemplo, en el caso de Isabel se encuentra que además de ser estigmatizada por su propia pareja, los episodios de atribución de responsabilidades relacionadas con la infección por el VIH van acompañados del ejercicio de otras formas de violencia:

#### **Isabel PMVS-MR-05**

“Aunque yo me sentía muy mal por la noticia de que estábamos enfermos, él me culpó a mí y empezó a maltratarme, a decir que yo lo había contagiado. Cada que toma y regresa viene muy molesto y trata de golpearme, me corre de la casa con todo y los niños, quiere quitarme todo y dejarme en la calle. Cuando he intentado salirme con los niños me dice

que me va a acusar de haberlo robado, que me va a acusar con migración para que me echen de aquí, y me empieza a chantajear de que yo estoy enferma y que nadie se encargaría de mi. Me dice –si tú me dejas, no tienes dinero, no tienes hijos, no tienes casa, no tiene nada, o sea que sin mi ayuda, tú te mueres. Con ese chantaje yo volví a regresar con él.”

Este testimonio permite colocar a la problemática de la violencia intrafamiliar como otro de los factores que aumenta la condición de vulnerabilidad de las mujeres VIH positivas. Las mujeres migrantes en México pueden ser triplemente vulnerables a situaciones de violencia familiar por su condición de mujeres, extranjeras y de migrantes indocumentadas. A este perfil de vulnerabilidad había que agregar el estigma y discriminación y las violencias que se derivan de la condición de salud asociada a la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA.

De acuerdo con datos presentados por Sin Fronteras (2004), en nuestro país se desconoce el número de mujeres migrantes víctimas de violencia familiar y no se cuenta con un registro de la población femenina que ha acudido y recibido alguna protección social y legal en México frente a la violencia familiar. Sin embargo, los estudios cualitativos muestran que la violencia familiar entre las mujeres migrantes puede no ser más alta que la que vivida en su lugar de origen; sin embargo, las causas de la violencia en el destino pueden vincularse a su posición específica como migrantes. En este sentido, es frecuente identificar que en los contextos post-migratorios, las mujeres migrantes en situación irregular no escapan a la violencia familiar, más bien se encuentran en una posición aún más vulnerable.

En el caso de las mujeres migrantes con VIH, la vulnerabilidad no sólo se concentra en las amenazas de deportación y de la consiguiente separación de sus hijos, sino en la violencia económica y simbólica que ejerce la pareja en un momento donde ellas presentan una necesidad de atención a la salud. La acentuación de las de por sí precarias condiciones de vida que se genera a partir del padecimiento, reducen o nulifican el margen de acción de las mujeres para evitar los malos tratos que la culpa trae aparejada.

## **6.6 La experiencia compartida: vulnerabilidad y barreras de acceso a la atención médica integral del VIH/SIDA**

*“El problema que yo tengo es la falta de papeles ¿Por qué a mí no pueden darme el medicamento teniendo veinte años aquí y mis hijos mexicanos?  
Felicía, migrante residente, 47 años.*

Ante la adversidad que deriva de contextos caracterizados por la desigualdad social y la inequidad en salud, los y las mujeres migrantes acuden a su acervo de saberes y despliegan un conjunto de prácticas para responder cotidianamente a las necesidades que se derivan de la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA. En la vida diaria las personas realizan actividades para contrarrestar los síntomas y efectos del padecimiento, y emprenden un proceso de búsqueda de recursos para la atención de la salud.

Las personas migrantes residentes se realizaron la prueba del VIH y recibieron sus resultados en las oficinas del PVIH de la Jurisdicción Sanitaria VII o en el área de VIH/SIDA del Hospital General de Tapachula, Chiapas. Es relevante señalar que, de las siete personas entrevistadas, cinco recibieron el diagnóstico entre el año 2004 y el 2006. Cabe recordar que en este periodo, las acciones del PVIH-JS se limitaban a brindar una atención reactiva a los migrantes que llegaban a los servicios de salud en etapas avanzadas de la enfermedad, así como a promover el diagnóstico oportuno entre las parejas de las personas VIH positivas.

Tal como se señaló en el Capítulo V, este periodo coincide con la instrumentalización del aún inconcluso Programa de Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales (PAUMA). Esta política que paulatinamente benefició a la población nacional no derechohabiente, dejó fuera a las personas extranjeras afectadas por la epidemia, lo cual acentuó su situación de vulnerabilidad social y de salud. Por ello, se afirmó que el “modelo de atención al VIH/SIDA para población migrante” desarrollado en esta fase estuvo caracterizado por la permanencia de importantes barreras de acceso al tratamiento antirretroviral (TARV) para migrantes.

En efecto, los y las migrantes entrevistados reportan que en los servicios de salud les brindaron las facilidades para afiliarse al PVIH-JS, lo cual les permitió dar continuidad a la atención médica y acceder a los exámenes de laboratorio básicos para el monitoreo de su condición de salud. En este sentido, se observa que las personas valoran positivamente la atención recibida tanto en las oficinas técnico-administrativas como en las unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria. En general, los parámetros de calidad de los servicios percibidos por los usuarios se centran en el apoyo administrativo, en el respeto a la confidencialidad y en la consejería proporcionada por los miembros del PVIH-JS, así como en la atención clínica brindada por el médico.

Todas las narrativas describen a la médica del área de VIH del Hospital General de la SSA como una figura comprometida y preocupada por su salud, en función de que les brinda buen trato, lleva un control estricto del expediente, brinda información sobre la naturaleza y desarrollo de la enfermedad, y explicita las medidas preventivas que se deben seguir para preservar la condición de salud. De igual manera, los informantes valoran positivamente el tratamiento para enfermedades oportunistas prescrito por el personal médico, así como el acceso regular a los exámenes de seguimiento básico (CD4 y carga viral). Al hablar de la atención recibida en los servicios públicos de salud, una mujer migrante expresó:

**Felicia, PMVS-MR-02**

“La doctora es bien linda, lo trata bien a uno. En comparación con otras doctoras que son bien pedantes, ella no, ella tiene un corazón noble (...) A nosotros nos ha explicado bien de qué se trata esta enfermedad, lleva todo en nuestro expediente (...) También sobre el cuidado de la salud, nos orienta en cuanto a la comida porque además yo tengo que cuidar el azúcar por la diabetes (...) Acá la doctora ha hecho lo posible por ayudarnos, lo trata bien a uno, a mí me realizan el CD4 y todo, pero el problema es el medicamento”.

Aunque las personas pudieron afiliarse al PVIH-JS y contar con servicios de prevención secundaria y atención médica, las normativas y requisitos

institucionales vigentes en ese periodo impusieron importantes barreras para acceder al tratamiento antirretroviral. La inequidad que se generó en cuanto al acceso a los medicamentos, fue el principal determinante de la condición de vulnerabilidad social y de salud que vivieron las personas migrantes en este periodo, susceptibilidad que en un tiempo relativamente corto se tradujo en el deterioro acelerado de la salud y de la acentuación de las de por sí precarias condiciones de vida.

Cabe recordar que, de acuerdo con los profesionales de salud entrevistados, los trámites para la afiliación tanto al PVIH-JS como al PAUMA incluían la presentación de documentos que acreditaran la nacionalidad mexicana o de un permiso de estancia en el país, principalmente, se requería de acta de nacimiento, CURP, IFE o los permisos migratorios FM2 y FM3. Estos requisitos sin duda imponían importantes obstáculos para brindar una atención médica integral para migrantes indocumentados. Por ello, una de las primeras acciones del “modelo de atención al VIH/SIDA” consistió en el establecimiento del convenio verbal con los consulados de Guatemala y Honduras, el cual permitió proporcionar TARV por tres meses, buscando la continuidad del tratamiento a través de los consulados de los países de origen.

Aunque estos acuerdos sentaron la base para el paulatino desarrollo de una política local orientada a reducir las inequidades de acceso a la atención de la salud de los migrantes, las acciones resultaron insuficientes y limitadas porque no respondían a las necesidades de mujeres y hombres migrantes que ya habían encontrado en la frontera su lugar de residencia. Este es el caso de Mario, Alejandro, Felicia, Isabel y Norma, quienes a pesar de tener un promedio de 15 años de estancia y de contar con una red social y familiar en México, sólo se les había ofertado la posibilidad de contar con el medicamento antirretroviral de manera temporal.

Toda vez que los informantes tenían claro el hecho de que el VIH es una infección que puede ser controlada a través de la adherencia al TARV, sus esfuerzos personales se dirigieron a la lucha por tener acceso a la atención médica integral.

En este sentido, las entrevistas realizadas por los migrantes se constituyeron en un espacio de denuncia de lo que ellos asertivamente definen como una “violación a sus derechos humanos”. Para algunos informantes, esta expresión de la inequidad en salud basada en el argumento de la condición migratoria indocumentada, se vive como una lenta condena a muerte que causa coraje y miedo, y que por lo mismo debe ser denunciada:

**Mario, PMVS- MR-01**

“A los extranjeros nos dicen que de plano no se puede tener el medicamento. ¡Ay les digo yo!, nos condenan a morir! Es la verdad. Alguien tiene que levantar su voz les digo yo, ¿por qué no se puede? Esto se lo he dicho a varios. Yo tengo coraje y miedo. Fíjate, yo no voy al otro lado del mundo, yo voy a El Salvador y vengo a Tapachula, dejo mi dirección, mi teléfono. Para mí tener el medicamento es muy importantísimo para mí. Yo sé que siempre es necesario tomarlo porque si lo dejas, te hace daño.”

Los profesionales de salud son los principales receptores de la demanda de acceso a TARV planteada por las PMVS. En los espacios de la consulta y en las áreas administrativas, los migrantes planteaban de forma individualizada, las posibles consecuencias derivadas de esta barrera institucional que se traduce en prácticas percibidas como discriminatorias y atentatorias a los derechos humanos:

**Norma, PMVS-MR-07**

“Yo pienso que es más que necesario el medicamento, es una discriminación lo que están haciendo conmigo. Creo que también es una violación a los derechos humanos. Tengo mi vida acá y no veo por qué no puedo tener derecho al medicamento”.

A pesar de la percepción de discriminación, las PMVS consideran que los profesionales de salud fueron relativamente sensibles a su demanda. Particularmente, las narrativas destacan la extensión del tiempo de abasto de medicamentos brindado por parte del personal de salud. De esta manera, se

muestra que si bien la implementación de mecanismos de referencia y contrarreferencia hacia los programas de VIH/SIDA de los lugares de origen fueron la norma, paulatinamente, el personal de salud tuvo que poner en práctica algunas medidas administrativas que tenían el propósito de extender el tiempo de provisión de los ARV para PVS migrantes. De acuerdo con los profesionales de salud entrevistados, la estrategia consistía en reportar los casos como parte del grueso de la población nacional con VIH/SIDA que requería los medicamentos. Dicha estrategia sólo fue posible en el periodo donde el CENSIDA estaba ajustando el sistema de control y abasto del TARV. Toda vez que las auditorías estaban transitando por un periodo de ajuste, se abría la posibilidad para brindar por un periodo más amplio los medicamentos, pero sólo a “algunos” pacientes:

#### **Médica, Área de VIH/SIDA del Hospital General**

“Hay que reconocer que esta estrategia no aplicaba para todos. En aquel entonces nos preocupamos o nos atrevimos a manejar un antirretroviral de manera más permanente a las PVS migrantes que estaban en los CERESOS. Pero aquel paciente que no quería regresar a su país y residía aún en la zona no tenían acceso permanente al manejo antirretroviral. En algunas ocasiones nos atrevimos a darle a aquella persona que se encontraba en un proceso de deterioro de la salud y que estuvo muy al pendiente de la solicitud de esos medicamentos” (Profesional de Salud-PVIH).

En este punto destaca el hecho de que los médicos realizan distinciones entre los pacientes en función de la valoración que tienen sobre la condición de salud y la dinámica de movilidad que caracteriza las condiciones de vida de las PVS migrantes que son atendidas en los servicios públicos de salud. Así, se va conformando un perfil del “paciente migrante ideal” para recibir el TARV. Esta noción establece una especie de candidatura que incluye aquellas personas extranjeras establecidas de manera permanente en las localidades fronterizas de Chiapas.



Los años de residencia en el país, las redes familiares y la inserción laboral en el contexto de destino, así como el apego al seguimiento médico constituyen algunos de los principales criterios que establecen los profesionales para definir y seleccionar a las PMVS que recibirían los medicamentos por un periodo más prolongado. En contraposición, los profesionales valoran que las personas VIH positivas que forman parte de otros grupos migratorios (por ejemplo, los migrantes en tránsito por la frontera sur) no son elegibles para el ingreso al PAUMA, por considerar que la dinámica de alta movilidad poblacional dificulta la adherencia terapéutica y el estricto seguimiento médico que requiere un paciente con tratamiento antirretroviral:

### **Médica, Área de VIH/SIDA del Hospital General**

“Se les tiene que dar, o sea un paciente que se va a quedar a radicar por un tiempo aquí o que ya vive aquí es un paciente que desde mi perspectiva pueda ingresar al manejo de tratamiento antirretroviral (...) Yo siento que el ideal es aquel paciente, o que se va a quedar por un tiempo radicando aquí, o el que ya vive aquí, porque es al que se le puede llevar al control. Sólo a ellos se les puede dar tratamiento, ya que sabes que le estás haciendo un bien y que no estás complicando más su condición de salud. De otra manera, lo único que hacemos es complicar al paciente, no podemos dar tratamiento antirretroviral y no saber si lo suspende” (Profesional de Salud- Hospital General)”.

Una de las pacientes que requería de medicamentos y cumplía con los criterios de elegibilidad fue Felicia, mujer hondureña migrante quien al momento de la entrevista (2007) tenía 47 años, había residido por 20 años en una comunidad cercana a Tapachula, vivía en unión libre con Alberto, tenía cinco hijos mexicanos y en su país de origen había dejado a otras dos hijas adultas de su primera pareja. Al igual que las otras mujeres entrevistadas, Felicia había tenido el primer contacto con el VIH/SIDA cuando su pareja recibió el diagnóstico confirmatorio. *“Hacía tres años que Alberto fue internado y atendido por una salmonelosis en el Hospital General de Tapachula. Aunque su estado de salud era crítico, una vez que se*

*confirmó el diagnóstico de VIH, en poco más de quince días ya estaba controlado y desde entonces su condición de salud había mejorado notablemente*". Cuando Alberto se encontraba internado, Felicia y sus hijos más pequeños acudieron al PVIH-JS para recibir consejería y realizarse el examen clínico, sólo ella obtuvo un resultado VIH positivo:

**Felicia, PMVS-MR-02**

"Él se enfermó y le hicieron exámenes del VIH y salió positivo. Después fuimos a realizarnos el examen de VIH, yo, mi niño de siete y la niña que tiene diez años. El año pasado todavía les volvieron a hacer los estudios para ver cómo estaban, afortunadamente ellos siempre han salido negativos (...) Aún así, cuando alguno de mis niños enferman me da miedo"

Además de mostrar la fuerte disrupción que genera la experiencia del padecimiento, el testimonio de Felicia permite explorar la interrelación que se establece entre las trayectorias de acceso a la atención médica y las modalidades de respuesta social en salud. Al momento de la entrevista, ella era paciente sintomática, presentaba un problema de sarcoma de Kaposi y sus exámenes clínicos corroboraban la necesidad de contar con el medicamento antirretroviral. Sin embargo, a diferencia de Alberto, su compañero de vida que cuenta con la nacionalidad mexicana, ella no pudo ingresar al PAUMA por su condición de migrante indocumentada:

**Felicia, PMVS-MR-02**

"El problema que yo tengo es la falta de papeles. Me dicen que acá no tienen apoyo, entonces no pueden darle el medicamento a nadie que no sea mexicano. Me han dicho que yo tengo ayuda allá, pero acá no tenemos apoyo".

La búsqueda y demanda constante en los servicios de salud, el tiempo de residencia en el país, la situación familiar y el estado de salud constituyen elementos de las condiciones de vida que fueron tomados en cuenta por los

profesionales de salud para proporcionar el TARV a Felicia por un periodo aproximado de seis meses. No obstante, los requisitos institucionales de ingreso al PAUMA que se han señalado, continuaban limitando la posibilidad de garantizar de manera permanente el medicamento antirretroviral. En esta situación, el personal médico se enfrentaba al dilema ético de garantizar o no el derecho a la atención integral de la salud de la mujer migrante. Toda vez que la cobertura del medicamento implicaba asumir las posibles consecuencias de la falta administrativa, los profesionales de la salud optaron por aplicar el mecanismo de referencia hacia el Programa de VIH del país de origen.

Al igual que otras PMVS, Felicia enfrentó las consecuencias de las inequidades de acceso a la atención médica integral y se vio en la necesidad de retornar a su país. No obstante, para esta mujer migrante, su lugar de residencia actual, familia, redes y formas de sobrevivencia se encuentran en la frontera chiapaneca, por lo que el retorno al lugar de origen no representaba una opción. A pesar de las vicisitudes que se enfrentan por la precariedad socio-económica, ella decide emprender tres viajes a Honduras con la única intención de ir en búsqueda del acceso al medicamento. A decir de la informante, en el país de origen encontró el apoyo para ingresar al Programa de VIH de Honduras y contar de manera regular con el TARV; sin embargo, le indicaron que tendría que acudir quincenalmente a los servicios de salud para garantizar el abasto de medicamento. Esta dinámica implicaba tomar la decisión del cambio de lugar de residencia o bien el desplazamiento regular hacia el país de origen. Al respecto, Felicia señala:

**Felicia, PMVS-MR-02**

“Para mí es difícil estar viajando a Honduras porque no tengo dinero, mi marido ahorita no trabaja. Pero empecé a empeorar de salud y me fui por mi medicamento. Ahorita en Honduras hay muchas instituciones gratuitas, hay bastantes ayudas, han hecho establecimientos, centros asistenciales. Yo llegué a este lugar (enseña un folleto) y bien linda esta gente, me atendieron bien y me dieron el medicamento (...) Pues ahorita ya fui tres veces a Honduras. La última vez me fui con 500 pesos, pero dígame usted

¿para qué me van a alcanzar 500 pesos mexicanos en el cambio?, pues sólo para el pasaje ¿Y ahorita con qué dinero me voy a ir? ”.

En su testimonio se observa que estos desplazamientos no sólo implicaron un importante gasto de bolsillo directamente vinculado con la búsqueda de atención de la salud, sino todo un reacomodamiento y fragmentación de la vida cotidiana que ahora se desdobra en el “*aquí*” y el “*allá*”. Para mujeres como Felicia, el sentido atribuido a este desdoblamiento que define como “*el tener dos cabezas*” se expresa, por un lado, en la preocupación que causa el abandono del cuidado de la pareja y de los hijos pequeños que se quedan en México, y por otro lado, en la permanente necesidad de búsqueda de atención médica para contrarrestar el acelerado deterioro de la condición de salud. En este marco es que la participante expresa un cuestionamiento en torno a las restricciones político-institucionales que obstaculizan el acceso a medicamentos para personas migrantes que viven en la frontera. En sus propias palabras, la informante expresó:

**Felicia, PMVS-MR-02**

¿Cómo voy a estar yendo y viniendo a Honduras si no tengo dinero?, yo no puedo irme para allá, tengo a mis hijos acá, y ¿cómo voy a ir cada ocho días por el medicamento? ¿Por qué a mí no pueden darme el medicamento teniendo veinte años aquí y mis hijos mexicanos? ¿No comprenden que vivo en el aquí y el allá? Es como tener dos cabezas. Si me voy a Honduras, mis otras hijas no se quieren ir porque “nosotros estamos hallados acá”. Y si yo me voy a Honduras estoy allá pensando en mi acá, y acá pienso también en el allá. Tengo la cabeza en dos, entonces sí tengo muchos problemas.

Al momento de la entrevista, esta mujer migrante cada día contaba el número de pastillas que le quedaban para mantener estable su condición de salud, se veía en la necesidad de desplazarse desde su lugar de residencia (comunidad rural fronteriza) a los servicios de salud de la ciudad de Tapachula, había retornado tres veces a su país del medicamento, presentaba enfermedades oportunistas, asumía el rol de cuidadora de su pareja e hijos y enfrentaba los estragos de la precaria

situación socio-económica. Ante esta situación de adversidad, Felicia acudió nuevamente a los servicios públicos de salud para demandar el TARV en México. Su solicitud fue escuchada por los profesionales de salud que accedieron a brindar el medicamento por algunas semanas. Pero estas acciones temporales continuaban siendo insuficientes y limitadas, ya que no existían mecanismos institucionales que garantizaran la sostenibilidad del acceso regular al tratamiento antirretroviral. En su testimonio, la informante nuevamente define su demanda de atención médica integral de la siguiente forma:

**Felicia, PMVS-MR-02**

“Cuando me quedaron sólo dos pastillas, le dije a mi viejo, -sabes qué, voy a ir con la doctora para ver si me da otras pastillas. Fui al Hospital General y le platiqué mi problema a la doctora, le conté que fui a Honduras por el medicamento, pero tendría que estar regresando casi cada semana. Aquí mi marido me necesita porque luego tiene algún problema de salud y tengo mis hijos. Tengo que estar aquí, yo no puedo regresarme allá. Ya se me acabó el medicamento y para mañana no tengo. Ella me dijo, -mira mamita, te voy a dar para un mes, y de ahí te tienes que ir por el medicamento a Honduras porque nosotros podemos tener serios problemas porque acá no hay apoyo para los que no son mexicanos”.

Además de continuar acudiendo a los servicios de salud, en las narrativas de Felicia e Isabel se identifica el despliegue de otras estrategias para poder obtener el tratamiento antirretroviral. Si el principal impedimento para recibir atención médica integral era la falta de papeles, entonces lo que debían intentar era regularizar su condición migratoria. Por ello, a pesar del miedo a la deportación, las mujeres acudieron tanto a la Secretaría de Relaciones Exteriores como al Instituto Nacional de Migración para solicitar la “FM2 para inmigrados”, documento que acredita la posibilidad de trabajar y la estancia legal y permanente en México. Sin embargo, el conjunto de requisitos estipulados por las instituciones encargadas de regular el tema migratorio, solamente las sometieron a un lento y engorroso proceso de trámites y pagos administrativos que no parecían tener

solución: *“primero obtenga su acta de matrimonio”, si no puede entonces “actualice su permiso”, “¿no tiene permiso?” “¿no tiene documento de identidad?”, “pues tramítelo”, “certifique las actas de nacimiento de sus hijos”, ahora “pague los \$1503 pesos”, ¿no tiene dinero? “consígalo”, ahora nos vamos acercando al último pago”*. A partir de estos testimonios, se muestra claramente que en las instituciones que trascienden el ámbito de los servicios de salud, se reproducen, incluso a una escala mayor, las fronteras que mantienen las inequidades y vulnerabilidades persistentes.

La situación de vulnerabilidad social y de salud que vivieron Felicia y otras mujeres migrantes tuvo graves consecuencias que se expresaron en el desarrollo de otras enfermedades oportunistas. Si bien Felicia y Alberto compartían una vida en pareja y las vicisitudes cotidianas que impone el VIH/SIDA en contextos de marginalidad y pobreza, los obstáculos jurídico-administrativos vinculados a la condición migratoria indocumentada marcaron diferencias sustantivas en la experiencia del padecimiento. Tal como señaló esta mujer migrante, una vez que *“Alberto comenzó a tomar el medicamento su salud mejoró en semanas”*; sin embargo, cada día, ella vivía los estragos del sarcoma de Kaposi y otras enfermedades oportunistas.

Estas diferencias finalmente derivaron en la muerte de Felicia y de otras mujeres y hombres migrantes. Se trata de muertes rodeadas de búsquedas, dudas, resignación y coraje, precariedades, separaciones familiares, desplazamientos físicos y simbólicos, denuncias y demandas de atención médica. Son muertes que permiten visibilizar las consecuencias de las desigualdades sociales e inequidades en salud que se vinculan al ser mujer u hombre migrante, indocumentado, pobre y desarrollar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Asimismo, la recuperación de estas experiencias contribuyen mostrar cómo la desprotección socio-jurídica en lo que respecta al derecho a la atención médica integral para el VIH/SIDA tiene un impacto acelerado en el ámbito individual del cuerpo y del organismo que depende de la llamada inmunidad. Es decir, los testimonios muestran como la vulnerabilidad ante condiciones adversas para la

salud e integridad está estrechamente vinculada con las barreras político-institucionales que obstaculizan el acceso a recursos (TARV) vitales para el bienestar de las PMVS. Aparentemente, la política nacional de VIH/SIDA no contemplaba cuerpos legales o normativos que negaran el acceso al TARV en función del estatus migratorio indocumentado. Sin embargo, el conjunto de criterios administrativos y de financiamiento impuestos por el propio sistema de salud, la normatividad migratoria y la ausencia de mecanismos solidarios, fungían como importantes barreras para la atención médica integral de las personas migrantes afectadas por la epidemia.

## **6.7 Facilidades de acceso a la atención médica integral**

En el periodo que comprende del año 2003 al 2007, el Programa de VIH de la Jurisdicción Sanitaria VII continuó implementando la estrategia que facilitaba la provisión del TARV por tres meses, buscando dar continuidad mediante la referencia de los pacientes hacia los programas de SIDA de los países de origen de las personas migrantes. Sin embargo, como se mencionó en el Capítulo V, el equipo de trabajo del PVIH-JS tenía claras las limitaciones que presentaba la estrategia y reconocía la necesidad de generar otros mecanismos capaces de incidir en el ámbito estructural de la política sobre VIH/SIDA con el fin de contribuir a sentar las bases para lograr la exigibilidad del derecho a la salud y la atención médica integral para migrantes.

Los alcances del proceso de gestión se expresaron en la emisión del Memorándum emitido en el año 2007 por el CENSIDA, documento en donde se reconoció la importancia de dar atención integral y medicamentos antirretrovirales a toda persona migrante que vive con VIH/SIDA. La emisión de este documento facilitó la implementación de acciones de prevención primaria, la promoción del diagnóstico oportuno del VIH, el acceso a la atención de la salud en las unidades de 1er y segundo nivel, el ingreso al PVIH-JS y la cobertura gratuita del medicamento antirretroviral entre las personas migrantes residentes con VIH/SIDA.

El análisis de la información clínico-epidemiológica contribuye a evidenciar cambios en las rutas de acceso a los servicios de salud, así como algunos de los alcances de las intervenciones orientadas a facilitar el acceso a la atención médica integral por parte de este subgrupo de la población migrante centroamericana. Particularmente, el análisis de los datos generados por la Jurisdicción Sanitaria, muestra que a partir del año 2009 se ha registrado un incremento sostenido de migrantes residentes que han sido afiliados al Programa de VIH. Del total de casos de VIH en migrantes que fueron registrados entre el 1º de enero de 2009 y el 30 de diciembre de 2011, el 50.8% corresponden a extranjeros residentes.

Tal como se muestra en el cuadro 6.3, del total de casos registrados en esta población, el 51.6% son mujeres y 48.4% hombres. La mitad de los casos corresponde a migrantes originarios del vecino país de Guatemala; y también tienen una presencia relevante las mujeres hondureñas que representan el 37.5% del total de casos notificados en la población femenina. La mayor parte de las mujeres tienen entre 19 y 39 años de edad, y los grupos de edad más afectados se concentran entre los 30-39 años. Entre los varones se observa que los grupos de edad más afectados son los de 25 a 29 años, y de 40 a 50 años, quienes en su conjunto representan la mitad de los casos.

Los datos clínico-epidemiológicos muestran que, a diferencia de lo que ocurría al inicio de la década del 2000, ha disminuido la proporción de migrantes residentes que reciben el diagnóstico de VIH en condiciones críticas de salud y en una situación de internamiento hospitalario. Aunque en la población masculina sigue prevaleciendo una ruta por derivación médica prescrita a partir de sintomatología manifiesta, el primer contacto con los servicios ya no se realiza en las unidades de 2º nivel, sino en los centros de salud y en la UNEME-CAPACIT de la Ciudad de Tapachula. Para fines del año 2011, el 93% de los varones estaba afiliado al PVIH y 73.3% tenía acceso al tratamiento antirretroviral.

El primer contacto con los servicios de salud y la aplicación del examen del VIH entre la población femenina sigue estando determinado por las acciones de prevención secundaria que fueron sugeridas a la pareja que ya contaba con un



diagnóstico confirmatorio de la infección. El 87.5% de las mujeres acudió de manera voluntaria al PVIH para solicitar la aplicación de la prueba; y el 68.8% era definida como una paciente asintomática. Para fines del 2011, todas las mujeres estaban afiliadas al PVIH y el 69% tenía acceso al TARV.

**Cuadro 6.3**  
**Datos generales de las personas migrantes residentes con VIH/SIDA atendidas por el PVIH de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas 2009-2011**

		Mujer		Hombre		Total	
		n	%	n	%	n	%
<b>Año de notificación</b>							
	2009	1	6.3	3	20.0	4	12.9
	2010	5	31.3	3	20.0	8	25.8
	2011	10	62.5	9	60.0	19	61.3
	Total	16	100	15	100	31	100
<b>Nacionalidad</b>							
	El Salvador	1	6.3	4	26.7	5	16.1
	Honduras	6	37.5	1	6.7	7	22.6
	Nicaragua	0	0.0	2	13.3	2	6.5
	Guatemala	9	56.3	7	46.7	16	51.6
	Colombia	0	0	1	6.7	1	3.2
	Total	16	100.0	15	100	31	100
<b>Edad</b>							
	19-24	3	18.8	2	13.3	5	16.1
	25-29	3	18.8	4	26.7	7	22.6
	30-34	4	25.0	1	6.7	5	16.1
	35-39	4	25.0	2	13.3	6	19.4
	40-50	1	6.3	4	26.7	5	16.1
	51 y más	1	6.3	2	13.3	3	9.7
	Total	16	100.0	15	100	31	100
<b>Condición de Salud</b>							
	Asintomático	11	68.8	8	53.3	19	61.3
	Sintomático	5	31.3	7	46.7	12	38.7
	Total	16	100.0	15	100	31	100
<b>Lineamiento de atención</b>							
	Acude a SS con o sin síntomas, recibe diagnóstico confirmatorio e ingresa a PVIH	14	87.5	12	80	26	83.9
	Regresa a su país sin referencia al PNS	1	6.25	1	6.7	2	6.5
	Referencia al PVIH del país de origen	0	0	2	13.3	2	6.5
	Presenta cuadro de SIDA y demanda servicios de salud en las unidades de 2do y 3er. nivel de atención	1	6.25	0	0	1	3.2
	Total	16	100	15	100	31	100
<b>PVIH-JS</b>							
	Afiliado al PVIH	14	87.5	14	93.3	28	90.3
	Finado	2	12.5	1	6.7	3	9.7
	Total	16	100	15	100	31	100
<b>Acceso a TARV</b>							
	Con TARV	11	68.8	11	73.3	22	71.0
	Sin TARV	5	31.3	4	26.7	9	29.0
	Total	16	100	15	100	31	100

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del PVIH de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas. 2009-2011

El reconocimiento del derecho a recibir gratuitamente los medicamentos que se requieren para el adecuado tratamiento del padecimiento, trajo beneficios importantes para PVS migrantes que residen en las localidades fronterizas. Para explorar algunos de los efectos derivados de las facilidades de acceso al TARV, se acude a las experiencias los migrantes residentes que fueron entrevistados entre el 2008 y 2009. En efecto, los testimonios de Alonso y Julián muestran que, en este periodo, se redujeron las barreras que obstaculizaban el acceso a la atención médica integral; sin embargo, su experiencia también permite visibilizar otros determinantes que intervienen en la condición de vulnerabilidad y en los procesos de búsqueda y utilización de los servicios públicos de salud disponibles en la frontera.

Al igual que otros hombres migrantes, Julián llegó a un centro de salud de la SSA por presentar problemas estomacales y enfermedades respiratorias recurrentes. A partir de la sintomatología manifiesta, los médicos le sugirieron realizarse la prueba del VIH. A mediados del 2008, el informante recibió el diagnóstico confirmatorio, ingresó al PVIH y no tuvo ninguna dificultad para contar con el TARV. Después de transitar por una fase de asimilación y apego a los medicamentos, su condición de salud comenzó a mejorar:

#### **Julián PMVS-MR-04**

“Cuando yo acudí al centro de salud, los doctores me decían -¿ya se hizo el examen del VIH? Yo dije voy a hacérmelo, ¡a lo que se venga!. Si ya lo tengo, ahora debo tratar de cuidarme. ¡Nunca pensé! Ni me pasó por la mente que fuera esto del VIH. Después de tantas pruebas me confirmaron que era el VIH y me mandaron para acá. Yo ingresé al Programa del SIDA porque los doctores me explicaron que el medicamento era carísimo. A mí siempre me brindaron el apoyo, la verdad la doctora se portó muy bien, me explicó sobre las consecuencias que iba a tener el medicamento, y me advirtió de que era importante que no lo dejara y que viniera siempre a mis citas.”

Sin embargo, una vez que su condición de salud mejoró, Julián, al igual que otras personas migrantes, comenzaron a presentar una discontinuidad en las consultas médicas, lo cual dificultó el seguimiento, y sobre todo obstaculizó el abasto y la adherencia a los TARV. Se sabe que desde la introducción del tratamiento antirretroviral altamente activo (TARAA), el pronóstico y la calidad de vida de las personas con VIH ha mejorado sustancialmente, pero, un factor clave radica en el apego al esquema de tratamiento. Un apego inadecuado al TARV permite que el VIH continúe replicándose, creando una presión selectiva que aumenta la posibilidad que surjan virus resistentes, y eventualmente falle el esquema de tratamiento (Sierra J., y Barrera A., 2009:89). La discontinuidad en la búsqueda de atención fue identificada por los profesionales de salud, quienes manifestaban la inquietud por la falta de seguimiento y apego al tratamiento que comenzaba a ser frecuente entre las personas migrantes. Al respecto, la médica encargada del Área de VIH expresó:

**Profesional de salud, Hospital General de Tapachula**

“Antes pensábamos que el principal impedimento para brindar una atención integral a las personas migrantes con VIH/SIDA, era la condición migratoria indocumentada, ya que no se podía ingresar al Programa ni a tratamiento. Sin embargo, ahora se pueden facilitar estos servicios pero las personas no han acudido a las citas.”

Asimismo, las dificultades para el seguimiento y la continuidad de la atención médica evidenciaban el hecho de que los migrantes residentes enfrentaban problemáticas y barreras de acceso semejantes a las que presentan las PVS que forman parte de la población nacional. Al respecto, algunos estudios han encontrado que los principales factores que influyen en el apego al TARV se pueden agrupar en cuatro categorías: las características propias del paciente (respuestas diferenciadas según edad, sexo, escolaridad), el régimen de tratamiento (número de pastillas, frecuencia de la dosis y efectos secundarios), elementos de la relación médico-paciente (atención adecuada, satisfacción de los usuarios, estigma y discriminación, entre otros) y del propio sistema de salud

(particularmente, temas relacionados con la distribución y abasto de medicamentos) (Sierra J., y Barrera A., 2009; Herrera C., et al. 2008). Aunque se reconoce que estos factores pueden influir de manera importante en la adherencia al medicamento, en los testimonios de los migrantes parecen tener un mayor peso los determinantes socio-económicos que se expresan en condiciones de vida y trabajo caracterizadas por la precariedad y la desigualdad social. Más que encontrar factores individuales que son “propios del paciente”, en la experiencia de las personas migrantes con VIH se reflejan elementos del propio contexto que obstaculizan la regularidad en las consultas médicas e imponen barreras para la adherencia al TARV.

Es ampliamente reconocido que las condiciones objetivas de vida (signadas por la desigualdad, la marginalidad y la pobreza), aunadas a la incertidumbre cotidiana impiden que las personas puedan adoptar una actitud preventiva y reducen las posibilidades de demanda regular de los servicios de salud. En este sentido, resulta explicable que ante la permanente necesidad económica que se vive en el contexto post-migratorio, las personas busquen mantener su fuente de ingreso aun cuando esto implique la discontinuidad en la búsqueda de atención médica. En esta situación de precariedad se encuentra Julián, quien narra la permanente emergencia económica que caracteriza su vida cotidiana. Aunque este migrante es consciente de la importancia del seguimiento médico, el hecho de dejar de trabajar por motivo de la búsqueda de atención al padecimiento, implicaría tanto la pérdida de la fuente de empleo como de la vivienda. Tal como se observa en el siguiente testimonio, él sólo tendrá tiempo para la atención del padecimiento cuando el VIH/SIDA ya no le permita trabajar:

**Julián PMVS-MR-04**

“Lo malo es que yo no tengo recursos, no tengo tiempo. Es penoso decir, no tengo tiempo, para la muerte no se dice eso, porque para la muerte no hay tiempo. Pero, yo soy responsable de un lava-autos, yo tengo que dar \$250 a las nueve de la mañana al dueño del lava-autos. Eso es lo que me mantiene vivo, es mi casa y es mi trabajo. Para mantenerme ahí tengo que

entregar la cuenta. Mi pena es molestar a los doctores porque me mandan cita y tengo que venir acá. No he podido llegar a la cita y van a decir que no tengo interés. Pero no es eso, es que no puedo dejar solo el trabajo porque para mí las dos cosas son fundamentales. La salud y el trabajo son fundamentales. Pero, ¿qué hago si me ponen contra la pared? Si le digo a mi patrona, ella me dice, -pues si se siente mal, cerramos el lavado, y ya está”.

En un corto tiempo, el VIH/SIDA implicó una ruptura en la cotidianidad de Julián, quien nuevamente se vio imposibilitado para poder trabajar. La discontinuidad en la atención médica y el abandono del TARV, el desgaste laboral, la situación de precariedad, la soledad y los estados de depresión que se vinculan a la experiencia del padecimiento, favorecieron la emergencia de otras enfermedades oportunistas. Después de un año de haber recibido el diagnóstico, Julián regresó a los servicios de salud, pero esta vez con un cuadro agudo de tuberculosis ganglionar. Al llegar a los servicios, este informante presentaba tumoraciones en la región lateral derecha e izquierda del cuello, fiebres y un intenso dolor que lo llevó a emprender otro proceso de búsqueda de atención médica. Aunque Julián tenía conocimiento sobre su condición VIH positiva, su primera reacción fue acudir a un consultorio médico privado, sin embargo, al no observar ninguna mejoría, acudió nuevamente al centro de salud de la SSA:

#### **Julián PMVS-MR-04**

“Desde la enfermedad me deprimí mucho. Además todo el día trabajando mojado porque lavo los carros, yo creo que por eso me enfermé. Desde entonces empecé a sentir más fuertes las calenturas del diario y fue cuando me salió esta chimolata que ha ido creciendo. Primero fui al Similar, tres veces llegué en la noche. Pero ahí en el Similar nada más me rompieron acá (el ganglio), creía que cuando esto se secura, ya estaría listo. Yo me espanté cuando esto no sólo no se secó sino creció hasta como lo ve ahorita ¡Me asusté!, yo vine por estas bolas al centro de salud. Después de los exámenes, la doctora me dijo que era tuberculosis”.

La condición de salud de Julián comenzó a empeorar por lo que fue internado en el Hospital General de Tapachula. A decir del informante, durante su estancia hospitalaria, no recibió ninguna visita, ya que en el contexto post-migratorio no cuenta con nuevos lazos familiares y comunitarios. Sin embargo, en la soledad que marcaba la experiencia del padecimiento, le resultó extraño que un día llegaran algunos miembros de organizaciones civiles para ofrecerle apoyo en la atención de sus necesidades diarias. Durante y después del internamiento hospitalario, los integrantes de estas organizaciones le brindaron diversos apoyos (información, albergue, apoyo espiritual) a Julián que le ayudaron a luchar contra el desencadenamiento del VIH/SIDA:

#### **Julián PMVS-MR-04**

“Cuando estaba en el hospital sólo miraba la ventana. Estaba muy triste porque nadie me llegaba a ver. Lloraba porque en el hospital sentía que se me estaba pudriendo el cuello, me sacaba pura pus. Estaba solo, nadie que me llevara comida, no tenía ropa. Hasta que un día llegaron las personas de los lugares que ayudan a los migrantes. Ellas dijeron -¡se está muriendo! Y me ayudaron. Me ayudaron a comer, a bañarme, a ir al baño. Hasta los médicos se portaron bien, me regalaron ropa, y treinta pesos para salir de aquí. Saliendo las personas de la asociación esta, me dejaron quedarme unas semanas. -Ven a comer, no importa que no tengas dinero. Pues así mi vida, no medí, no pensé las consecuencias de esto del SIDA”.

De esta manera, las narrativas muestran que a pesar de las profundas desigualdades sociales e inequidades en salud, se encuentra que la afiliación al Programa de VIH y la posibilidad de dar continuidad al tratamiento antirretroviral, el apoyo brindado por las organizaciones sociales, el ingreso al Programa de Tuberculosis, y la provisión de servicios de prevención y atención, representan un conjunto de recursos sociales que tienen la potencialidad de amortiguar las condiciones de alta vulnerabilidad al VIH/SIDA que presentan las y los migrantes residentes en las localidades de la frontera sur de México.

## **CAPÍTULO VII**

### **MIGRANTES EN CONTEXTOS DE TRABAJO SEXUAL: VULNERABILIDAD Y ACCESO A SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA**

En este capítulo se analizan las condiciones de vulnerabilidad social en salud que enfrentan las personas migrantes con VIH/SIDA que laboran en contextos del trabajo sexual, y su relación con las condiciones de acceso a servicios públicos de salud en la frontera México-Guatemala. Se busca ampliar el entendimiento de estos procesos sociales a través del punto de vista de los propios migrantes afectados por la epidemia, y de otros actores sociales vinculados con los fenómenos de la salud y el trabajo sexual en la frontera. Estas experiencias y significados se analizan en relación con las particularidades del contexto socio-sanitario existente en la región de Soconusco, Chiapas.

En un primer apartado se analiza la dinámica de la migración laboral vinculada al trabajo sexual en regiones de frontera. Se muestra que en las comunidades de Soconusco, es claramente observable la alta participación de los flujos de trabajadoras/es migrantes (TSM) que han encontrado una fuente de ingresos y una estrategia supervivencia en el mercado del sexo-servicio. En el segundo apartado del capítulo, se caracterizan sus condiciones de vida y trabajo, a partir de la información compilada a través de la aplicación de entrevistas a migrantes en trabajo sexual y actores clave. También se recupera la información generada en el estudio etnográfico que se realizó en las “zonas de tolerancia” de dos comunidades fronterizas, una urbana (Tapachula) y otra rural (Cacahoatán).

En el tercer apartado del capítulo, se analiza la respuesta desarrollada por los servicios gubernamentales de salud referente a la prevención y atención del VIH/SIDA en contextos del trabajo sexual. Las entrevistas a profesionales de salud y el estudio etnográfico permitieron caracterizar las iniciativas que han implementado las instituciones gubernamentales de salud que prestan servicios a este sector de la población. Las acciones están a cargo de dos instituciones

gubernamentales de salud: Sanidad Municipal (instancia que coordina el Programa de Control Sanitario del Trabajo Sexual) y la Jurisdicción Sanitaria VII (Programa de prevención y control de las ITS/VIH/SIDA).

A lo largo del capítulo, se evidencia que la implementación de modelos de atención en salud ha permitido notificar casos de personas migrantes con VIH vinculadas con la dinámica del sexo-servicio. En cuarto apartado del capítulo está dedicado a la recuperación y análisis de la experiencia del padecimiento y de acceso a servicios de salud para la atención del VIH/SIDA de estos trabajadoras/es migrantes. A través de sus narrativas, es posible trazar las trayectorias migratorias y del padecimiento, y en su interrelación, visibilizar las interacciones sociales, familiares y laborales que se han visto modificadas a partir del descubrimiento de la seropositividad.

Asimismo, sus relatos permiten visibilizar que, a diferencia de los integrantes de otros grupos que han accedido al diagnóstico por libre demanda, estos trabajadores que laboran en espacios reconocidos y regulados por las autoridades sanitarias, se han aproximado a los servicios públicos de salud como parte de los requisitos y obligaciones establecidos en la normatividad sanitaria que regula el fenómeno del sexo servicio en el ámbito municipal y estatal. Por ello, uno de los propósitos más relevantes del estudio consistió en indagar en torno a los potenciales efectos sobre la salud-enfermedad-atención que puede tener un medio social y laboral caracterizado por la ausencia de derechos y un elevado nivel de precariedad.



## 7.1 TRABAJO SEXUAL EN LA FRONTERA

*“El trabajo sexual migra,  
esta migración incesante nutre los congaes  
(las casas de cita, los burdeles),  
las calles, los departamentos de los hacinamientos urbanos,  
las caravanas móviles del sendero del petróleo  
a las que ahuyenta el rigor municipal,  
las huidas por cuentas pendientes  
(Carlos Monsiváis, 2008).*

### ▪ Migración y trabajo sexual en el ámbito global y regional

En el marco de las múltiples transformaciones ocurridas en el mundo del trabajo en las últimas décadas, se ha estimulado por diversas vías, la reactivación y diversificación del mercado internacional del trabajo sexual. Estos procesos no sólo se expresan en la creciente demanda o en las ganancias que se generan desde este sector, sino en proliferación de los espacios (físicos y virtuales) vinculados con la actividad, en la complejización de las redes y en la inserción de una diversidad de actores relacionados con la dinámica del sexo-servicio (Agustín L., 2002).

A la par de estos procesos se ha hecho más visible el vínculo histórico que se establece entre la movilidad poblacional y el trabajo sexual. Desde finales de los años 80, el mercado o “industria del sexo” ha sido reconocido como un sector de actividad económica que cuenta con la importante presencia de las poblaciones de trabajadoras/es migrantes, destacando en este proceso la participación de la fuerza de trabajo de las mujeres (Woolfers I., 2002). Esta década coincide también con la ampliación de la economía de servicios, el recrudescimiento de las condiciones de vida de la población, la feminización de la migración laboral, el endurecimiento de la política migratoria regional y con otros procesos vinculados con la globalización (Ariza M., 2004).

En este contexto no sólo se ha fortalecido la reflexión teórica y la investigación empírica sobre el vínculo migración internacional y TS, sino también se ha registrado un reposicionamiento del debate público en torno a la magnitud,

composición, servicios y derechos de las personas migrantes que participan en la oferta y demanda del sexo-servicio.

La re emergencia del debate internacional en torno a la migración y el trabajo sexual se expresa, por ejemplo, en un informe de la Organización Internacional del Trabajo publicado hace más de una década (1998). Este documento indicaba que a pesar de las reiteradas crisis económicas, las fuerzas que alimentan el mercado sexual no habían dado señales de desaceleración, más bien en un contexto caracterizado por el desempleo y la proliferación de los trabajos flexibles y precarios, este sector crecía en tal medida que había llegado a contribuir sustancialmente al empleo y a la renta nacional de diferentes países.

Asimismo, desde hace más de una década, la OIT ponía énfasis en la importancia que tenía la mano de obra migrante para el sector, y destacaba la presencia de miles de mujeres que ejercían el TS fuera de sus comunidades de origen o de sus países. La información disponible permitía afirmar que para fines del s. XX, la denominada “industria del sexo” se encontraba eficazmente internacionalizada. Ésta no presentaba ningún signo de que la demanda exterior se viera alterada por las circunstancias internas de un país; incluso, se esperaba que este sector cobraría un mayor impulso en la medida en que los diferenciales de cambio monetario hicieran del turismo sexual un aliciente más barato para los consumidores provenientes de países con altos ingresos hacia otras regiones del mundo.

En la actualidad existe consenso en que ha habido un crecimiento sostenido de la migración laboral vinculada al TS, pero es difícil cuantificar este proceso, porque en buena parte de los estados no reconocen este sector en el ámbito formal de la economía, en concordancia no definen con claridad a los actores que participan, no cuentan con legislaciones claras, ni con políticas que permitan abordar de manera eficaz el fenómeno (DPA, 2002). No obstante, las investigaciones han contribuido a evidenciar la reactivación de este mercado en contextos de destino migratorio, indicando que en la diversidad de negocios asociados al sector, es frecuente identificar a mujeres, varones y transexuales migrantes como el grueso

de la fuerza laboral que satisface la demanda (Dreser A., et al. 2002; Villalobos L., et al. 2004; Orillana E., et al. 2004; PNUD-IMPSSIDA-ONUSIDA, 2008).

Los patrones de migración laboral vinculada al TS pueden ser de carácter nacional e internacional. Para muchas de los y las TSM, el desempeño de los servicios sexuales es considerado como el principal motivo de la migración; para otras(os) no es un objetivo explícito, pero representa una de las pocas actividades laborales que permiten la sobrevivencia en las comunidades de tránsito y destino, así como la fuente de ingreso que posibilita el envío de remesas para las familias que permanecen en las localidades de origen.<sup>65</sup>

En este capítulo el interés se centra en aquellas mujeres, varones y transexuales vinculados en el sector como agentes “activos”, es decir, que han encontrado en la prestación de servicios sexuales o eróticos una estrategia generadora de ingresos y su principal fuente de empleo. Esta perspectiva que encuentra su origen en el abordaje legalista/laboralista inserta la actividad sexual comercial como parte de una economía de mercado en el que, junto a la oferta laboral existe una demanda, así como un sinnúmero de agentes mediadores que movilizan, canalizan y facilitan los intercambios (Ariza M., 2004; Agustín L., 2002).<sup>66</sup>

De los diferentes grupos en TS, interesa destacar la participación de los flujos migratorios vinculados a la migración internacional. Se sabe que los desplazamientos de estas poblaciones están vinculados al incremento de la demanda de servicios sexuales en polos de atracción laboral y turística. El desarrollo de la infraestructura turística, los sistemas activos de obtención de mano de obra para la agroindustria, y el reconocimiento de localidades de alto tránsito poblacional constituyen elementos clave para la definición de las rutas del TS que operan a través de las fronteras geopolíticas (Dreser A., et al. 2002; Orillana E., et al. 2004; Quintino F., et al. 2009).

---

<sup>65</sup> También está otro sector que ejerce esta actividad como producto directo de la explotación sexual y de otras problemáticas graves como la trata de personas (Casillas R., 2006; Azaola E., 2000).

<sup>66</sup> Así mismo, se considera que esta forma de abordar el fenómeno permite colocar como sujetos del análisis a las poblaciones migrantes que ofertan y realizan estos servicios, a otros grupos móviles que se emplean en el sector e incluso a los grupos que forman parte de la “clientela” y que también están insertos en la dinámica de movilidad poblacional.

En este marco es que las regiones fronterizas de América Latina se han constituido como contextos donde es claramente observable el crecimiento de la migración internacional vinculada al mercado del sexo-servicio. Las fronteras son los espacios socio-políticos donde se muestran las grandes asimetrías que se establecen entre países y comunidades, así como contextos de tránsito que propician el intercambio y la oferta de servicios (Leyva R., et al. 2011).

En general, los países con menor desarrollo socioeconómico de América Latina propician que el mayor número de las trabajadoras sexuales salga fuera de sus fronteras. Este es el caso de las fronteras costarricenses, donde la mayoría de las MTS es de nacionalidad nicaragüense (Villalobos L., et al. 2004); de las mujeres migrantes colombianas y peruanas que confluyen en la frontera sur del Ecuador (Ruíz M., 2005); de las mujeres hondureñas que se desplazan hacia los puntos fronterizos de otros países de Centroamérica y México (Cortés M., 2004); o de la frontera México-Estados Unidos donde son las mujeres mexicanas las que en mayor proporción forman el grupo de trabajadoras sexuales (Strathdee S. et al. 2011). En los siguientes apartados se mostrará esta misma dinámica en la frontera México-Guatemala, donde las mujeres centroamericanas constituyen el grueso del personal que satisface la demanda en la multiplicidad de negocios que se sustentan en el consumo del alcohol y la venta de servicios sexuales.

- **El trabajo sexual en la frontera México-Guatemala**

La alta movilidad poblacional y el trabajo sexual son dinámicas claramente observables en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. La ubicación geográfica, la reconfiguración de las rutas migratorias, la extensión de las actividades marginales terciarias y las relaciones estructurales del modelo económico son factores estructurales que han propiciado la reactivación y extensión de las actividades vinculadas con el TS en la frontera México-Guatemala.

La movilidad poblacional representa una constante en las condiciones de vida de las MTS y de buena parte del personal que ha encontrado en el mercado del TS su fuente de ingreso (cocineros/as, cantineros, meseros/as, bailarinas, músicos, encargados, personal de limpieza, etc.). Pero a diferencia de otras actividades marginales terciarias con un mercado de trabajo muy localizado espacialmente, el trabajo sexual presenta una mayor diversificación y distribución en distintos micro-espacios fronterizos.

Estudios previos han documentado que en la región fronteriza de Soconusco, la mayor parte de las personas que ejercen el TS son mujeres migrantes indocumentadas originarias de los países de Centroamérica (Bronfman M., et al. 2008; Leyva R., 2007, 2008; Fernández C., 2009). Las MTS extranjeras provienen de localidades rurales y urbanas, y de grupos familiares de alta marginalidad y pobreza. En estas condiciones, las mujeres migran hacia los países del norte y se insertan en este rubro de actividad para apoyar económicamente a sus familias (Villa B., et al., 2004).

De acuerdo con los datos de una encuesta sobre salud y trabajo sexual que se realizó en esta frontera (Leyva R., y Quintino F., 2010), alrededor del 27% de las MTS que confluyen en la frontera México-Guatemala, provienen de Honduras, el 26% de Guatemala y 12% de El Salvador. Como se describe en el cuadro 7.1, la edad de las MTS migrantes oscila entre los 18-34 años, con una media de 28.3 años. Aunque la mayoría de las MTS que confluyen en la región son migrantes internacionales, se calcula que alrededor del 30% son mujeres mexicanas que provienen de otros estados del sur de México. Ellas también están inmersas en los procesos de migración interna y en los circuitos de movilidad que se generan en localidades fronterizas caracterizadas por la extensión de las ocupaciones marginales terciarias, los intercambios transfronterizos y el alto tránsito poblacional (Quintino F., et al. 2011).

La inserción en el TS está muy condicionada a los roles familiares y de género. Las mujeres migran para buscar opciones laborales que les permitan garantizar la supervivencia para sí mismas y sus familias. En los lugares de origen, ellas sólo

podían acceder a empleos precarios que requieren largas jornadas pero muy bajos salarios. La mayor parte de las MTS son solteras o están separadas y tienen hijos(as), y asumen un rol de proveedoras económicas para sus familias.

**Cuadro 7.1**  
**Características socio-demográficas de las MTS mexicanas y extranjeras**

Variable	Mexicanas		Extranjeras		Total	
	n=134	%	n=291	%	n=425	%
<b>Edad</b>						
Media	29.4		27.7			
Desviación estándar	8.1		6.9			
Rango	18-55		18-52			
Grupos de edad						
18-19 años	9	6.7	32	11.0	41	9.6
20-29 años	66	49.3	144	49.5	210	49.4
30-39 años	44	32.8	99	34.0	143	33.6
40-49 años	11	8.2	15	5.2	26	6.1
50-59 años	4	3.0	1	0.3	5	1.2
<b>Escolaridad</b>						
Con escolaridad	105	78.4	221	75.9	326	76.7
Sin escolaridad	29	21.6	70	24.1	99	23.3
Media (años)	6.8		6.4			
Desviación estándar	3		3			
<b>Estado civil</b>						
Soltera	53	39.6	157	54.3	210	49.9
Vive en unión libre	39	29.1	80	27.5	119	28
Separada	24	17.9	35	12.1	59	13.9
Viuda	7	5.2	5	1.7	12	2.8
Divorciada	6	4.5	6	2.2	12	2.8
Casada	5	3.7	6	2.2	11	2.6

Fuente: Leyva R., y Quintino F., Encuesta sobre Migración y Salud Sexual y Reproductiva en la frontera México-Guatemala, 2009, 2do. Semestre del 2010.

Algunas MTS comienzan a ejercer el trabajo sexual en sus comunidades de origen, pero la mayoría llega a Chiapas con la expectativa de encontrar empleo, y otras se proponen seguir avanzando hacia los Estados Unidos (Uribe F., 2004). En cualquier caso, el mercado del sexo se configura como una de las pocas opciones laborales que permiten obtener ingresos suficientes para enviar remesas a la familia que permanece en la comunidad de origen.

Una vez insertas en la actividad se generan otras dinámicas que favorecen la constante movilidad. En algunos periodos, las MTS se ven inmersas en la migración “cíclica”: permanecen las comunidades fronterizas por algunos meses y retornan a sus lugares de origen por uno o dos meses para ver a sus hijos y familiares (Bronfman M., et al. 2001). En otros periodos, ellas se insertan en los circuitos de movilidad que se configuran en función de la constitución de polos de atracción laboral en lugares donde existe una mayor demanda del sexo-servicio.

En los micro-espacios laborales también se identifica una lógica que induce una alta rotación de las MTS definida por la demanda de los clientes de nuevas proveedoras/es de estos servicios. La situación de inseguridad laboral determina la movilidad constante de las mujeres que se ven orilladas a ofertar servicios en otros espacios donde enfrentan nuevas exclusiones y carecen de redes sociales (Leyva R., 2008; Fernández C., 2009).

En la frontera, los servicios sexuales son demandados por un heterogéneo grupo de usuarios. Entre la clientela habitual se encuentran transportistas<sup>67</sup>, viajeros ocasionales y población masculina residente. Asimismo militares y miembros de otros cuerpos de seguridad pública son clientes permanentes, al grado en que se ha llegado atribuir a la fuerte presencia militar en el estado como el principal detonante del incremento y extensión del trabajo sexual que se ha registrado en la región durante las últimas dos décadas (Pérez L., 2004).

#### ▪ **Los espacios**

En las comunidades fronterizas de Soconusco, no se cuenta con datos precisos sobre la magnitud de la población que ejerce el trabajo sexual. Pero se ha identificado que Tapachula, Huixtla, Suchiate y Ciudad Hidalgo son los principales puntos de atracción laboral (Uribe P., 2003; Fernández C, 2009). Las instancias de salud señalan que Tapachula concentra el mayor número de personas que se dedican a esta actividad. Para el 2009, en esta ciudad se contaba con un registro de alrededor de 800 trabajadoras/es, y se habían regulado alrededor de 325

---

<sup>67</sup> Entre los clientes figura población móvil y población local, tales como, trailereros, ferrocarrileros, tricicleros y estibadores, trabajadores de la construcción, oficinistas y empleados del gobierno.

bares, cantinas, centros nocturnos y otros lugares con permiso para vender bebidas alcohólicas.<sup>68</sup>

La dinámica del TS en Tapachula ha cambiado en los últimos diez años, mostrando diferencias que se expresan en las modalidades de ejercicio y en la diversificación de las rutas y de los espacios donde se oferta y demanda el sexo-servicio. Para dar cuenta de esta dinámica, es preciso señalar que, desde hace por lo menos dos décadas que el TS en Tapachula, se ejerce en dos grandes ámbitos: de forma reconocida y “regulada” por el ayuntamiento y autoridades de salud; y de forma “no regulada”, es decir, aquella que no cumple con los requerimientos establecidos por las autoridades locales (Hernández D., et al. 2004; Cruz L., s.f). La modalidad regulada, tradicionalmente se ha desarrollado en las zonas de tolerancia y la no regulada en establecimientos clandestinos y espacios públicos.

Hace dos décadas se establecieron las “zonas de tolerancia” en la región fronteriza, con la doble intención de dar vida legal al trabajo sexual, y a la vez concentrar este sector de actividad en sitios que entonces eran parte de la periferia del núcleo urbano (Casillas R., 2005). En Tapachula existe una zona de tolerancia, pero el trabajo sexual ha trascendido este espacio, y actualmente opera en numerosos establecimientos que se ubican en diferentes puntos de la ciudad, así como en diversos sitios de contacto ubicados en parques, avenidas, hoteles y otros lugares públicos.

La zona de tolerancia llamada “Las Huacas” está constituida por una calle de bares y un centro nocturno.<sup>69</sup> La zona de tolerancia lleva el nombre de uno de los ríos que se unen con el Coatán a la orilla poniente de Tapachula. *“Cuando la zona de tolerancia se creó hace más de 17 años, era más aislada, pero ahora la ciudad ha crecido y han venido personas que no necesariamente participan en las*

---

<sup>68</sup> Se reconoce que esta cifra está subestimada debido a la falta de control sanitario de algunos grupos en trabajo sexual y de un buen número de establecimientos, así como por la alta movilidad que presentan buena parte de las trabajadoras/es sexuales.

<sup>69</sup> Los establecimientos más antiguos y reconocidos son el Foco Rojo, Dragón Chino y el Manguito. Otros giros se caracterizan por una constante reestructuración: ésta se expresa en el constante cambio de nombre, en la desaparición y rápida reinauguración, y en la construcción de otros nuevos.



*actividades de la zona para vivir ahí*” (Profesional de Salud). Actualmente, la zona está rodeada de numerosos asentamientos humanos que llevan el nombre de la colonia “El Confeti”, la cual está aproximadamente a 15 minutos del centro de la ciudad.

Al igual que en otros contextos marginales urbanos, esta colonia que en algún momento fue periférica, se ha constituido como un espacio donde habitan los grupos de la población más pobres, así como un paraje para migrantes y otros sectores excluidos que viven en los márgenes económicos y sociales. Algunos organismos gubernamentales señalan que la mayor parte de los habitantes de la colonia las Huacas es población migrante documentada e indocumentada, así como gente local de bajos ingresos. En este contexto de desigualdades territorializadas se constituyó el micro-cinturón urbano que delimita a las “Las Huacas-El Confeti” (figura 7.1). Actualmente, estos espacios se ubican en una de las siete regiones consideradas como de más alta marginalidad y vulnerabilidad social de Tapachula, así como una de las que presenta mayores índices de violencia e inseguridad (Cruz M., 2009).<sup>70</sup>

El escenario se torna más complejo al interior de la ciudad de Tapachula, ya que ahí existe una multiplicidad de establecimientos reconocidos o clandestinos donde se ejerce el trabajo sexual. En esta ciudad, los bares, cantinas, “botaneros”, y centros nocturnos representan los principales espacios donde se contactan estos servicios.<sup>71</sup> Diversas calles, parques, hoteles, plazas y otros lugares públicos de la ciudad se constituyen como otros puntos de contacto.

Es difícil conocer el modo en que se establecieron las rutas o circuitos de movilidad interna que se han generado entre Tapachula y otras comunidades fronterizas. Lo cierto, es que en la actualidad existen redes establecidas entre el

---

<sup>70</sup>Estos cinturones urbanos que se han convertido en una parte permanente de la geografía de la mayoría de las ciudades latinoamericanas, se caracterizan por ser espacios de relegación social y económica, y a partir de ello, en contextos propicios para la reproducción de la violencia y la discriminación (Waquant L., 2007). Frente a estos barrios de relegación ni el Estado ni la sociedad suelen responder, condenando a la violencia y a la perpetua marginación.

<sup>71</sup> Algunos de los establecimientos más reconocidos son: “El Marinero”, “El Jacalito”, “Las Morenitas”, “El Carrusel”, “El Portón de Chistian”, “El Jamaylu”.

principal centro urbano de la región y las localidades que se ubican a uno y otro lado de la frontera, lo cual habla de un mercado de trabajo sexual estructurado que sin duda debe producir cuantiosos beneficios.

**Figura 7.1**  
**Zonas de mayor riesgo de violencia en la ciudad de Tapachula, Chiapas**



Fuente: Cruz M. (2009), Diagnóstico sobre la realidad social, económica y cultural de los entornos locales para el diseño de intervenciones en materia de prevención y erradicación de la violencia en Tapachula, Chiapas. CNPEVM, SEGOB.

Las cabeceras municipales de Huixtla, Ciudad Hidalgo, Cacahoatán y Metapa, así como la localidad de Puerto Madero, son algunas de las comunidades rurales de Soconusco que concentran un número importante de trabajadoras sexuales. En estas comunidades también se cuenta con zonas de tolerancia (“La Atlántida”, “Las Poquianchis” y la zona de “Puerto Madero”) donde se ubican una multiplicidad de negocios donde se prestan servicios eróticos y sexuales.

El mercado sexual que opera en las comunidades está orientado a satisfacer la demanda de un grupo heterogéneo de usuarios para los cuales las MTS manejan diversos costos y servicios. Asimismo, los establecimientos se caracterizan por su

diversidad en términos de la infraestructura o del carácter de giro reconocido o clandestino. Más allá de las particularidades que presentan estos ámbitos laborales, todos comparten un negocio sustentado en el consumo del alcohol y la venta de servicios sexuales o de espectáculos eróticos, donde la mayor parte del personal está conformado por las mujeres migrantes que provienen de Centroamérica.

- **Trabajando “sin documentos”: condiciones laborales en espacios reconocidos y regulados**

La reactivación y expansión del trabajo sexual al que asistimos en las últimas tres décadas es una expresión más de la ampliación de la economía de servicios registrada en el marco de la globalización. El TS puede ser considerado como tipo de actividad marginal terciaria que está relacionada con la construcción de una diversidad de escenarios y negocios dirigidos al ocio y entretenimiento que han proliferado como parte de la constitución de polos de atracción laboral en los que participan amplios sectores de la población migrante. Su vigorosa incorporación en este sector, tiene lugar en actividades que exhiben el signo característico de los tiempos: empleos flexibles, de tiempo parcial o mal remunerados, en suma trabajos precarios (Ariza M., 2004).

De los diferentes grupos que ejercen esta actividad en la frontera, interesa destacar la participación de los y las migrantes centroamericanas que laboran en los numerosos negocios y establecimientos ubicados en las zonas de tolerancia de la ciudad de Tapachula y de la comunidad rural de Cacaohatán, Chiapas. Su mención resulta especialmente relevante para los motivos del presente estudio, en la medida en que son estos espacios del trabajo sexual “reconocido” y “regulado” donde se insertan la mayor parte de las personas migrantes que tienen una condición indocumentada.

En el contexto del mercado sexual reconocido y regulado, los y las trabajadoras se encuentran estratificados(as) en: cantineros, cocineras, cocineros, meseros, meseras, ficheras, bailarinas y trabajadoras/es sexuales. Este conjunto de

trabajadores ha encontrado su fuente de ingreso en las zonas de tolerancia que se sustentan en la venta de alcohol y de servicios sexuales. No obstante, sólo los y las empleadas que se definen a sí mismas como “trabajadoras(es) sexuales” asumen que el intercambio de servicios es su actividad principal. Aunque es frecuente que ellas mismas también cumplan con varios roles, en ocasiones son meseras, al mismo tiempo que “bailarinas” y “ficheras”.

Las autoridades municipales reconocen que en las zonas de tolerancia de Tapachula y Cacahoatán, la mayor parte de las MTS son migrantes centroamericanas con una condición indocumentada. *“Aquí casi no hay mexicanas registradas, ellas son alrededor del 2%; la mayoría vienen de todo lo que es Centroamérica, y son indocumentadas”* (Médico Municipal, Tapachula).<sup>72</sup> Al recuperar los criterios que propone Enrique de la Garza (2010) para definir a las actividades marginales terciarias, se puede decir que el trabajo que realizan las MTS se caracteriza por la precariedad, ya que ellas no establecen una relación contractual formal con el dueño(s) del establecimiento, los ingresos son bajos y tienen que compartirse con otros actores, y además ejercen un empleo riesgoso, estigmatizado, inestable y que requiere de la constante movilidad.

Respecto a las jornadas laborales de las MTS, se identifica que hay quienes trabajan de martes a domingo con un día de descanso, y quienes sólo trabajan tres días. Los días que presentan mayor actividad son los viernes y los sábados; y los horarios de trabajo están sujetos a la dinámica de los establecimientos. Los centros “botaneros” operan en un horario que va de las diez de la mañana hasta la noche, mientras que los centros nocturnos tienen horario de siete de la noche hasta las tres de la mañana aproximadamente.

Los precios en las zonas de tolerancia varían según el servicio del que se trate, pero independientemente del tipo de actividad, el salario no es íntegro para las

---

<sup>72</sup> Otras fuentes han estimado que del total de MTS que laboran en los establecimientos reconocidos y regulados, alrededor del 70% proviene de Honduras, Guatemala y El Salvador (Leyva R., y Quintino F., 2011).

MTS, ya que en los centros de trabajo se ven obligadas a compartir las ganancias con un conjunto diverso de actores. Durante su jornada laboral, las mujeres realizan como mínimo dos servicios sexuales. El costo del servicio oscila entre los \$200 y los \$300 pesos por veinte minutos, pero también pueden obtener un ingreso adicional de acuerdo con el tipo de práctica solicitada por el cliente. Un baile con un cliente cuesta \$20 pesos, estos se reparten entre la MTS y el dueño del establecimiento. En promedio una cerveza cuesta \$15 pesos pero cuando la trabajadora o la mujer ejercen el “ficheo”, el precio es de \$40 pesos, los cuales también serán repartidos con “el patrón”.

Además de la explotación y de la división de las ganancias obtenidas por las MTS, las mujeres migrantes, al estar fuera de su comunidad de origen requieren un lugar para vivir durante su estancia en la comunidad fronteriza. Por ello, la mayor parte de ellas, opta por insertarse en los establecimientos de las zonas de tolerancia donde les rentan un cuarto que al mismo tiempo utilizan como el espacio para trabajar en el servicio sexual. Las condiciones laborales mencionadas se describen en el siguiente cuadro:

<b>Cuadro 7.2</b> <b>Condiciones laborales de las mujeres trabajadoras sexuales en establecimientos reconocidos de las zonas de tolerancia de Tapachula y Cacahoatán, Chiapas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Espacio laboral: establecimientos reconocidos y regulados en zonas de tolerancia</li> <li>-Días laborales: algunas trabajan diario y otras de martes a sábado</li> <li>-Horario: 19: 00 a 5:00 am</li> <li>-Actividades desempeñadas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Intercambio sexo por dinero o cualquier otro bien</li> <li>-Ficheo</li> <li>-Bailarinas de <u>table-dance</u></li> </ul> </li> <li>-Sexo servicio:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Costo promedio del sexo-servicio: \$150 pesos</li> <li>-Costo del condón: \$5 pesos</li> <li>-Tiempo promedio del sexo-servicio: 20 minutos</li> <li>-Promedio de servicios o intercambios sexuales por día: 3</li> </ul> </li> <li>-Ficheo:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Baile: \$20 pesos</li> <li>-Ganancia para la TS: \$10 pesos</li> <li>-Ganancia para el establecimiento: \$10 pesos</li> </ul> </li> <li>-Ficheo y bebida alcohólica:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Costo de baile más bebida: \$40 pesos</li> <li>-Ganancia para la TS: \$20 pesos</li> <li>-Ganancia para el establecimiento: \$20 pesos</li> </ul> </li> <li>-Acceso a servicios: se limita al Programa de Regulación Sanitaria</li> <li>-Derechos laborales: sin contrato, desprotegido, riesgoso, estigmatizado</li> </ul>

Además del arrendamiento de vivienda, las MTS tienen que realizar diversos pagos para poder trabajar, entre los que destacan: alquiler o compra de ropa; taxis para ir a trabajar o a las unidades de salud; arreglo personal; alimentación; y propinas para compañeros de trabajo (Casillas R., 2006:13). De igual manera, tienen que realizar diversos “pagos” y “mordidas” por protección y seguridad que les proporcionan algunos compañeros de trabajo, taxistas o agentes de seguridad pública (municipal, estatal o federal). Además, como se revisará en los siguientes apartados, ellas tienen que realizar el pago por el registro y servicios que se brindan en el marco del denominado Programa de Control Sanitario.

Esta información muestra cómo alrededor de los grupos en trabajo sexual que confluyen en el Soconusco se ha estructurado una red económica en donde participan diferentes actores. Algunos se relacionan de manera directa con la organización de este mercado laboral y realizan tareas de apoyo directo (compañeros de trabajo); otros se vinculan indirectamente mediante la producción de diversos servicios para las trabajadoras sexuales (taxistas, comerciantes, estéticas, proveedores de servicios de salud); y otros se benefician de las cuantiosas ganancias que genera este creciente sector económico (propietarios, proxenetas y otros actores que conforman redes reconocidas y clandestinas).

A pesar de que esta dinámica económica sin duda produce cuantiosos beneficios, en las comunidades fronterizas y en el resto del país, prevalece la falta de reconocimiento de esta actividad como “trabajo”. El hecho de que el mercado sexual se vincule más con la economía “informal”, favorece la omisión de la figura de la “trabajadora sexual” y legitima la ausencia de los derechos laborales que de por sí son frecuentemente negados para migrantes indocumentados. Sin embargo, como se ha visto, en esta región se ha desarrollado una organización del mercado sexual que se nutre principalmente de la fuerza laboral femenina migrante.<sup>73</sup>

---

<sup>73</sup> Así se muestra que la exclusión formal que implica la condición migratoria no impide la obtención de empleo, más bien estratifica los mercados laborales. Está ampliamente demostrado que la falta de derechos legales puede hacer que un grupo de trabajadoras sea más atractivo para los empleadores (Hondagneu P., 2001). Este marco de precariedad laboral sumado a la condición migratoria indocumentada determina la menor accesibilidad a las prestaciones y beneficios sociales en comparación con otros grupos sociales.

El análisis se ha centrado en las condiciones de las MTS, sin embargo, la precariedad y la ausencia de derechos laborales también representan contantes para otro sector de la población migrante. Se ha mencionado que en los lugares de trabajo, las mujeres conviven con un conjunto diverso actores, entre los cuales figuran los proxenetes, dueños de bar, cantineros, meseros/as, cajeros, encargados del negocio, responsables del guardarropa, empleados de limpieza, músicos, animadores, boleteros, etc. Las interacciones que se establecen entre ellos y las MTS son diversas y complejas, ya que puede tratarse de vínculos basados en la explotación y de la repartición de ganancias económicas, de relaciones que se entablan por compartir el espacio e identidad laboral, entre otros aspectos.

En el presente estudio interesa destacar la participación de los trabajadores que se emplean en la multiplicidad de negocios y establecimientos que se sustentan en la venta del alcohol y del sexo-servicio. Su mención es importante dado que buena parte de ellos también forma parte de la población migrante que ha encontrado en el sector marginal terciario una de las pocas opciones de empleo a las que pueden acceder los centroamericanos que ingresan al país como indocumentados. En el siguiente cuadro se describen algunas características importantes de las condiciones laborales.

<b>Cuadro 7.3</b> <b>Condiciones laborales de los varones trabajadores de bares y cantinas</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Espacio laboral: establecimientos reconocidos y regulados en zonas de tolerancia</li> <li>-Días laborales: diario</li> <li>-Horario: 12 horas</li> <li>-Actividades desempeñadas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Encargados</li> <li>-Meseros</li> <li>-Cantineros</li> <li>-Limpieza</li> </ul> </li> <li>-Sueldo: \$400 semanales más comida y hospedaje</li> <li>-Acceso a servicios: se limita al Programa de Regulación Sanitaria</li> <li>-Derechos laborales: sin contrato y desprotegido</li> </ul>

En la región fronteriza aún es limitada la información sobre las condiciones de vida y salud de los varones migrantes que son trabajadores de bares y cantinas. No obstante, los estudios disponibles indican que se trata de una población conformada por varones jóvenes, con una media de edad fue de 28.7 años (DS: 7.8 años; rango: 16-55 años). Se ha estimado que el 4.6% proviene de Guatemala, 32% de Honduras, 17% de El Salvador, 5.2% de Nicaragua y 3% de México (Leyva R., y Quintino F., 2008).

## ***7.2 Exclusión, discriminación y violencia: constantes en las condiciones de vida de los y las trabajadoras sexuales***

*“Al trabajo sexual lo caracteriza históricamente los desprecios que acumula, que las víctimas aceptan como “naturales”, reeducadas por los malos tratos, el sistema de prejuicios, la invisibilidad social y la violencia interminable en su contra” (Monsiváis C., 2008:5).*

En la frontera México-Guatemala, son varios los ejemplos que podrían citarse sobre la exclusión, discriminación y violencia vivida por los y las trabajadoras sexuales migrantes. Estas problemáticas se expresan en la vigilancia, control y sanción por parte de las autoridades municipales y ciertos sectores de la población fronteriza; en el confinamiento espacial hacia las zonas de tolerancia y las colonias de alta marginalidad; o en los recurrentes episodios de violencia física, psicológica y sexual que ejercen organizaciones delictivas, autoridades, organismos de seguridad pública, vecinos, familiares, compañeros de vida, de viaje y de trabajo. A estas problemáticas se suman las detenciones arbitrarias y las frecuentes expulsiones o deportaciones asociadas a la condición migratoria indocumentada.

En la mayoría de los casos mencionados, se establecen claros procesos de discriminación y exclusión hacia los y las TSM. Para dar cuenta de estos procesos, se exploraron las perspectivas de actores locales sobre el mercado del sexo-servicio que opera en el contexto fronterizo. Se asume que los actores producen formas de interpretación y significados sobre las realidades locales según las posiciones sociales que ocupan en el escenario fronterizo y los diversos intereses que representan. En el trabajo de campo, los actores que nos



interesaron son los representantes de las organizaciones gubernamentales de salud, los pobladores locales y las propias personas migrantes que han encontrado en el trabajo sexual su fuente de ingreso.

Las personas migrantes que laboran en el contexto del trabajo sexual son las más perjudicadas por las perspectivas que definen y abordan al trabajo sexual como una “práctica” atentatoria de “buenas costumbres y la moral”, como una “problemática social” vinculada a la delincuencia y la violencia que se extiende en la región fronteriza, o como un “problema de riesgo sanitario”. Aunque estas perspectivas son las que prevalecen en la región fronteriza estudiada, también se identifican otras interpretaciones que problematizan la condición de marginalidad, la vulnerabilidad y las consecuencias de la exclusión social que enfrentan los y las trabajadoras sexuales.

- **Trabajo sexual: “práctica atentatoria de la moral”**

La información recabada a través del estudio etnográfico, las entrevistas y la revisión sistemática de la prensa gráfica, muestra que en las comunidades de la frontera sur, en general, no se habla de trabajo sexual sino de “prostitución”. En los medios de comunicación, en el debate público, en el ámbito vecinal y en otros espacios de la vida cotidiana, prevalece el uso de este término. Desde una aproximación etimológica, éste contiene una connotación negativa y por consiguiente a la trabajadora/or sexual se le confiere un sentido que en principio, subraya la supuesta condición moral divergente al orden establecido (Peláez A., et al. 2008).

Es precisamente en el ámbito de la vida cotidiana que se desarrolla en las colonias cercanas a las zonas de tolerancia, en los parques y en otros espacios públicos que se constituyen como puntos de contacto del sexo-servicio, donde circulan algunos prejuicios y estigmas que históricamente han rodeado a la actividad, y que se traducen en prácticas discriminatorias y excluyentes hacia los sujetos que la ejercen. Las atribuciones negativas se refuerzan, como se aprecia

en la siguiente nota periodística, cuando esta actividad se asocia a la dinámica de la migración internacional:

“Vecinos y comerciantes del primer cuadro de la ciudad (Tapachula) repudiaron la libertad con que sexoservidoras trabajan en esa zona, sin que la policía haga algo para desalojarlas. Amas de casa, indicaron a este medio que desde hace unos meses la prostitución clandestina se adueñó de esas calles. Señalaron que los lugares donde la gente se prostituye son conocidos por todos aquí y muchas son mujeres migrantes. Lo grave del asunto es que –según la denuncia- los policías pasan y nos les hacen nada, al parecer porque les dan una cuota de protección” (Nota periodística, El Cuarto Poder, 2008-09-01).

Al momento de ejercer esta actividad laboral, los y las TS reciben una atribución sociocultural que es capaz de silenciar cualquier otro aspecto de la vida de la persona, pesando sobre ella y sobre todo lo que haga y en cualquier circunstancia, el descrédito que acompaña a una actividad considerada como transgresora de la moral. En este marco de la moral dominante, el TS no sólo implica desarrollar una transacción comercial en la que se oferta/demanda el desempeño de actividades sexuales por tiempo determinado, sino que define la condición social de los individuos que la ejercen, es decir, es un modo de vida real y simbólico (Lagarde M., 1993).

Las MTS han estructurado este modo de vida y toman conciencia de sí mismas mediante la interiorización de una concepción sociocultural que las acusa, las señala, y las considera como transgresoras de un sistema normativo que históricamente ha prohibido la sexualidad y el erotismo femenino, más aún, cuando se ejerce para muchos varones y a cambio de cualquier forma de pago. Si esta actividad tiene una connotación de “transgresión de la moral”, es porque implica la compra-venta de placer sexual, donde el marco normativo dominante, la vida sexual de las mujeres es un campo reservado para la realización afectiva y ésta como sub producto de una finalidad reproductiva.

El sentido básico de “prostitución” se aplica a toda persona que ofrece y realiza actividades sexuales a cambio de una retribución económica, pero principalmente se adjudica a las mujeres. Sin embargo, el trabajo sexual no es una actividad circunscrita a la población femenina, más bien alude a una relación social que involucra la interacción entre sexo, identidad de género, deseo y prácticas, e intercambios comerciales.<sup>74</sup>

La vigencia de este sistema de prejuicios y estigmas también se visibiliza claramente en la experiencia de aquellas migrantes que ofertan cotidianamente sus servicios sexuales en distintos puntos de la localidad fronteriza. En sus relatos se muestra que las consecuencias de las clasificaciones peyorativas que producen un descrédito amplio hacia el ejercicio de esta actividad laboral, se intensifican en la medida en que las propias trabajadoras sexuales asumen las interpretaciones que les confiere esta sociedad, es decir, cuando empiezan a vivir el triple estigma de ser una “prostituta”, “pobre” y “migrante”.

En los testimonios de las mujeres se muestra que fueron las condiciones de marginalidad y pobreza las que determinaron su decisión de migrar y la incorporación en el trabajo sexual. Sin embargo, los relatos también dejan ver que el estigma impone en ciertos casos la manipulación de la identidad de las mujeres, quienes consideran que no llevan una vida “normal”, ni ejercen un trabajo “decente”. En estas circunstancias es necesario migrar de la comunidad de origen para ejercer en contextos distantes:

“Lo que yo más quisiera es meterme a un sitio decente a trabajar. Pero no me alcanza, en otra cosa el pago es miserable. Tengo que trabajar pero la

---

<sup>74</sup> En el marco de este sistema sexo-genero donde se gesta y establece, lo que Jeffrey Weeks (2005) denomina, la institucionalización de la heterosexualidad, es que las sociedades señalan y condenan, con ciertas particularidades propias de la moral dominante, a transgénero, travestis y transexuales que se desempeñan como trabajadores sexuales. La sexualidad dentro de la sociedad occidental sigue el patrón jerárquico del sistema patriarcal, así la heterosexualidad se institucionaliza y dibuja las líneas sobre las que se construyen e inventan las diversidades sexuales. La homosexualidad, se inventa bajo estas normas, pero su comprensión arroja luz sobre la misma construcción de la heterosexualidad y de la sexualidad en general. El homosexual es una figura que se construye en la época moderna, es el descubrimiento o reconocimiento de un tipo diferente de persona, cuya esencia sexual es distinta a la heterosexual.

gente ve mal este trabajo, más que nada hay mucha discriminación (...) Allá no podía trabajar en esto ¡Imagínate que allá algún día alguien me ve haciendo esto! ¡Imagínate que voy a un sitio con mis hijas y me encuentro a un cliente! No lo soportaría, desde acá te evitas el qué dirán. Allá me gusta llevar una vida normal y acá no se puede trabajar decentemente” (Trabajadora Sexual, Extranjera, Regulada, Tapachula”.

El estigma y discriminación se acentúan en el caso de las MTS migrantes. Los resultados de una investigación realizada con 425 MTS mexicanas y extranjeras que confluyen en el Soconusco, (Quintino F., y Leyva R., 2011), mostró que las normas socioculturales del sistema sexo-género y los estigmas que recaen sobre las personas que ejercen esta actividad constituyeron el motivo de discriminación más frecuentemente reportado las mujeres (49%). El mismo estudio mostró que esta problemática constituye una constante en las condiciones de vida de ambos grupos, pero las extranjeras son las que enfrentan una acumulación de discriminaciones/exclusiones, las cuales están asociadas tanto al hecho de ser migrantes indocumentadas y no contar con los mismos derechos que el resto de la población, como a las condiciones de pobreza, la inequidad de género, el color de la piel, la edad y la orientación sexual.

La gravedad de esta problemática se incrementa cuando el estigma y discriminación contra las MTS va acompañada de episodios cotidianos de violencia, extorsión y maltrato. La violencia que viven las mujeres es una problemática compleja, que está relacionada, entre otras cuestiones, con las estrategias de criminalización dirigidas hacia los y las trabajadoras sexuales.

- **La criminalización del trabajo sexual**

Durante las últimas dos décadas, en el Estado de Chiapas se registró una tendencia de endurecimiento hacia el fenómeno del trabajo sexual. Aunque la extensión del comercio sexual forma parte del proceso de constitución de polos de atracción laboral y turística, de forma progresiva se han extendido las posturas políticas y comunitarias que vinculan al control del mercado sexual con la

“ilegalidad” migratoria, la problemática de las redes delictivas, la inseguridad y la violencia que se vive en la región fronteriza.

Esta asociación arraigada en el imaginario social circula constantemente en las enunciaciones que se hacen desde los diferentes espacios y posiciones sociales que ocupan los distintos actores que confluyen en el escenario fronterizo. Las posturas que abordan al trabajo sexual como un “problema social” están presentes en los debates públicos que mantienen los medios de comunicación, el cabildo municipal, las instituciones migratorias y de seguridad pública, y las organizaciones civiles; así como en las conversaciones de la vida cotidiana que entablan la población residente.

El conjunto de imaginarios y discursos que circulan en el entramado social fronterizo ha reconfigurado el perfil de las personas que laboran en el contexto del trabajo sexual. En el contexto de frontera convergen dos imaginarios colectivos que contribuyen a definir la figura de la trabajadora sexual migrante: existe una forma de representación donde las mujeres migrantes en trabajo sexual son consideradas como personas que viven en la “ilegalidad”, en situaciones irregulares, en situaciones al margen de la ley y que pueden causar “problemas” de orden público; en la segunda forma de representación, ellas son definidas como “víctimas” directas del control del mercado sexual que está asociado a las redes de trata de personas. Estas perspectivas se tradujeron en prácticas comunitarias, institucionales y policiales que acentúan el estigma y discriminación y la violación de otros derechos humanos de los y las trabajadoras sexuales.

Aunque existe evidencia científica sobre el perfil y condición migratoria de las trabajadoras sexuales que confluyen en el contexto fronterizo, y se ha documentado la grave problemática que viven muchas mujeres víctimas de la trata de personas, uno de los problemas reside en la forma en que la sociedad fronteriza plantea las alternativas frente a estos fenómenos sociales. Si bien las instituciones de la sociedad receptora tendrían que crear mecanismos que coadyuven a promover los derechos sociales y laborales de las personas

migrantes, y diseñar políticas efectivas ante la problemática de la “neoesclavitud” y la trata de personas, en la práctica éstas frecuentemente se reducen a lo meramente restrictivo, regulador y represivo.

A pesar de los intentos que en términos formales ha realizado el gobierno del Estado de Chiapas para implementar una política migratoria integral que garantice los derechos humanos de las personas migrantes; de los avances en materia legislativa en materia de migración y combate a la trata de personas, lo cierto es que en la exclusión político-institucional y las prácticas de los organismos gubernamentales continúan propiciando la violación de los derechos humanos de las trabajadoras sexuales. Por su relevancia, es pertinente destacar las importantes repercusiones que tienen las perspectivas y prácticas de criminalización del trabajo sexual implementadas por los diferentes organismos de seguridad pública municipal, estatal y federal que operan en la frontera sur de Chiapas. Dichos actores son los principales voceros de un discurso que no sólo define al trabajo sexual como una práctica atentatoria de “las buenas costumbres y la moral”, sino vincula directamente a esta actividad con la “ilegalidad migratoria”, la problemática de la violencia e inseguridad que se vive en las zonas de tolerancia y en otros puntos periféricos de la ciudad de Tapachula.

Desde esta perspectiva se han fortalecido las “razzias” u operativos de seguridad pública, en donde se detiene de manera arbitraria y con ejercicio de la violencia a los y las TS. Para los y las personas migrantes, la detención además se traduce en extorsión y deportación. No obstante que la Ley General de Población faculta exclusivamente a la Secretaría de Gobernación, por conducto del INM, vigilar la entrada y salida de extranjeros, lo cierto es que bajo el argumento de la “seguridad nacional”, distintos organismos policiales han participado en los operativos que se realizan en espacios donde se oferta y demanda el trabajo sexual. Las repercusiones que tiene este tipo de prácticas policiales, se muestra claramente en el siguiente testimonio de una trabajadora sexual migrante que fue detenida junto con sus compañeras, en un momento y lugar donde, por cierto, no estaba ejerciendo su actividad laboral:

“Yo vivía ahí en la pensión. Todas estábamos adentro. Una comadre me cuidaba a mi bebé y mis hijos en mi casa. Venía de trabajar cuando clausuraron la pensión. Nos trataron como delincuentes: ¡a la pared, a la pared! así con metralletas y todo. Llegó hasta la AFI. ( ...) La única evidencia que encontraron fue mujeres y clientes que estaban con unas compañeras, ah! y condones, ¡toda una caja de condones!, fue lo único que encontraron. Fuertísimo y feo, yo lloraba por mi bebé, y así todas. Ahí hubo mayor problema porque nos llevó migración. Mi comadre dio vueltas por mí. Llevó los papeles que le pidieron y me soltaron porque yo estaba dando pecho a mi bebé. Salí al otro día tempranito. Por eso fue que empezamos aquí en la calle para venir a ocuparnos. Así fue que empecé a trabajar aquí afuera de este hotel” (Trabajadora sexual mexicana no regulada, Tapachula).

Las consecuencias de la criminalización del trabajo sexual se incrementan cuando la violencia y la exclusión van acompañadas de las viejas prácticas institucionales que vinculan a las MTS con otros “problemas sociales”, por ejemplo, con la diseminación de las enfermedades infecto-contagiosas. Como se revisará en el siguiente apartado, en la frontera sur de México coexisten diversas perspectivas y prácticas médicas en torno al fenómeno del sexo-servicio, pero prevalecen aquellas que vinculan a esta actividad como problema de “riesgo sanitario”. Estos abordajes se fortalecieron a raíz de la epidemia del VIH/SIDA.

### ***7.3 La respuesta institucional en salud: trabajo sexual y VIH/SIDA en el contexto fronterizo***

Desde el inicio de la epidemia del SIDA, se consideró que los sectores de la población que ejercen el trabajo sexual, representaban un grupo en condición de alta vulnerabilidad y riesgo ante la transmisión-infección del VIH (ONUSIDA, 2003). Durante más de tres décadas, los estudios han mostrado que los niveles de afectación de la epidemia en este sector de la población varían considerablemente a nivel local, nacional y regional, así como entre los diversos tipos de trabajo sexual (García A., et al. 2004; Estébanez P., et al. 1993). En México se ha

estimado una prevalencia de infección por VIH de 0.5% en la población femenina que ejerce el trabajo sexual, mientras que los estudios en la población masculina indican que ésta es del 6.1% (CENSIDA, 2007).

Se han generado diversos marcos explicativos sobre la exposición y distribución desigual de los resultados de salud que se han observado entre los y las TS. En su etapa inicial, las hipótesis epidemiológicas hegemónicas planteaban diversos factores que podrían favorecer la infección del VIH/ITS en este grupo, entre ellos, figuraban la alta movilidad poblacional que caracteriza a la dinámica del trabajo sexual (Uribe P., 2003).<sup>75</sup> Particularmente, los estudios consideraron que la tasa de seroprevalencia al VIH existente en los contextos de procedencia y residencia de las TS se relacionaba directamente con un aumento en la diseminación del VIH (Padian, 1988).

Esta hipótesis que encontró sus fundamentos en los análisis epidemiológicos sobre la distribución de las enfermedades infecciosas, no sólo impulsó el desarrollo de una amplia gama de investigaciones sobre el tema, sino permeó la manera de formular las estrategias de prevención (Bronfman M., y Leyva R., 2008). En el caso del trabajo sexual, las estrategias rápidamente adoptaron el esquema propuesto por viejos modelos de intervención, y en muchos países se registró la re emergencia de la perspectiva higienista y de las prácticas de la denominada “regulación sanitaria”.

Aunque en las últimas décadas se han desarrollado otros marcos explicativos desde los cuales se formulan e implementan estrategias que trascienden el planteamiento original basado en la noción de los “grupos de riesgo”, éstas hipótesis influyeron decisivamente en la forma en que las instituciones de salud abordaron el tema. Las instituciones del sector público del sistema de salud en México, rápidamente adoptaron la perspectiva epidemiológica clásica y en este marco se fortaleció la respuesta social en salud basada en los programas de

---

<sup>75</sup> Los estudios identificaban otros factores, entre los cuales se encuentran: el mayor número de parejas sexuales, el tipo de prácticas, el nivel socioeconómico bajo, el nivel de oferta y demanda del sexo-servicio en cada país; la estigmatización y bajo acceso a servicios de salud o educativos.



regulación y control sanitario del trabajo sexual. En los siguientes apartados se revisarán los antecedentes y características de este modelo de atención.

- **La re-emergencia del control sanitario**

Históricamente las estructuras políticas y los marcos legales han normado las actividades relacionadas con el intercambio de servicios sexuales por dinero o cualquier otro bien. El prohibicionismo, reglamentarismo, abolicionismo y los movimientos que apelan a la despenalización y reconocimiento del derecho laboral (abordaje legalista/laboralista) constituyen las principales modalidades de respuesta social al trabajo sexual en la modernidad (Quintino F., et al. 2009; Yañez R., et al. 2011; Defensor del Pueblo Andaluz, 2002). Sin embargo, en las sociedades contemporáneas es difícil identificar una postura clara sobre este fenómeno. En los espacios y tiempos locales, nacionales y transnacionales, se entrelazan las posturas políticas y los ordenamientos jurídicos que reglamentan y toleran esta actividad, que la prohíben y castigan, o los que reconocen su existencia, luchan por su erradicación o apelan a la organización y cambio de las condiciones sociales en las que se ejerce.

En México se identifican diversas posiciones políticas en torno al sexo servicio y coexisten ordenamientos jurídicos que pueden promover o, por el contrario dificultar la protección, defensa y garantía de los derechos de las personas que ejercen esta actividad laboral. El sistema jurídico reconoce los derechos a la no discriminación, la salud, la confidencialidad, la autonomía, privacidad, educación e información, trabajo y libertad de movilización de toda la población. No obstante, en el ámbito municipal, estatal y nacional coexisten medidas legislativas que, por acción u omisión otorgan poco reconocimiento a los derechos humanos, civiles y laborales de los y las trabajadoras sexuales.<sup>76</sup>

---

<sup>76</sup> Por ejemplo, se ha señalado que el trabajo sexual supuestamente no está prohibido en México; sin embargo, tanto el Código Penal como los Reglamentos Municipales de Policía y Buen Gobierno penalizan y restringen el ejercicio de esta actividad laboral (Lamas M., 1996; Lagarde M., 1993). Desde la Ley Federal del Trabajo se omite el reconocimiento de la figura del trabajador sexual, lo cual, legitima la ausencia de los mínimos derechos laborales, y sitúa a estos grupos en desventaja en comparación con otros sectores sociales.

En nuestro país, la implementación de la normatividad reglamentarista-higienista del trabajo sexual, data de la segunda mitad del s. XIX, emergiendo como parte de un conjunto de normas sanitarias promulgadas bajo el imperio de Maximiliano (Nuñez F., 2002; Uribe P., y Hernández G., 2000; Ríos G., 2004).<sup>77</sup> En este periodo caracterizado por los estragos de la sífilis a la salud pública, se emitió el primer decreto sanitario, el cual prescribía que toda trabajadora sexual tenía la obligación de acudir al Registro de las Mujeres Públicas y presentarse a un reconocimiento clínico dos veces por semana; de encontrarse alguna enfermedad venérea no se les renovaba el permiso para ejercer; y si continuaban trabajando sin certificado médico se eran llevadas a la cárcel por tres meses (Reglamento expedido por S.M. el Emperador, 1865 consultado en Massé P., s.f.).

Después de casi ciento cincuenta años, en el contexto de la epidemia del SIDA, se fortalecieron los modelos de intervención basados en el denominado “control sanitario”. Así, se ha dado continuidad al establecimiento de normas que legitiman la supervisión de zonas de “tolerancia” donde se permite la oferta y demanda del sexo servicio. Asimismo, se establece la obligatoriedad de la aplicación de exámenes de detección del VIH/ITS para los y las TS.<sup>78</sup>

La movilización social de grupos organizados, en un marco de lucha contra el estigma y discriminación, ha cuestionado las medidas de prohibición y regulación sanitaria del trabajo sexual; y pugnado por la libertad de ejercerlo, protegiendo los derechos humanos de quienes se involucran en esta actividad laboral (Uribe P., y Hernández G., 2000; Defensor del Pueblo Andaluz, 2002; Monroy P., y Cilia D., 2008). Bajo esta visión, se argumenta que estos ordenamientos facilitan la reproducción del estigma y discriminación asociados con este medio de

---

Asimismo, las normas salud de carácter estatal, con frecuencia son omisas en la definición de programas de atención a la salud de las personas que se dedican al sexo-servicio (INMUJERES; 2002).

<sup>77</sup>La mirada reglamentarista de los higienistas fue el legado del Segundo Imperio. Esta perspectiva que contaba con importantes antecedentes históricos en el país europeo, pretendía identificar, clasificar y controlar (moral del cuerpo) a las trabajadoras sexuales por considerar que ellas podrían contribuir al contagio y propagación de las epidemias.

<sup>78</sup> El control sanitario, frecuentemente deja fuera a los usuarios de este servicio, así como a trabajadores sexuales varones, travestís, transexuales y transgéneros.

subsistencia, perpetúan la vulnerabilidad social y de salud, y dificultan la organización laboral y política de los y las TS.

Las posturas abolicionistas consideran al sexo servicio como una ocupación incompatible con la dignidad de las mujeres y como resultado del sistema patriarcal,<sup>79</sup> pero los movimientos legalistas/laboralistas proponen en cambio, el reconocimiento pleno de esta actividad laboral y apelan por la legitimidad de ser consideradas como trabajadora/trabajador con derechos y obligaciones. Por tanto, en el laboralismo, se expresa el interés social que radica en destacar el aspecto contractual de la actividad sexual comercial y en la exigencia de una serie de derechos sociales, entre ellos, el derecho a la salud.

Además, las posturas laboralistas han argumentado que los ordenamientos reglamentaristas propician el incumplimiento de disposiciones específicas de la normatividad sanitaria. Prueba de ello es que, los servicios de salud han tendido a establecer la obligatoriedad de pruebas de detección del VIH/ITS para las MTS, las cuales con frecuencia se aplican sin cumplir con el consentimiento informado, la consejería y el respeto a la confidencialidad (Crago A., 2008).

En síntesis, la literatura indica que en México, se entrelazan las formas de ordenamiento jurídico del trabajo sexual, pero persiste la desprotección legal en materia laboral y de salud de las personas que ejercen esta actividad. De acuerdo con Patricia Uribe (2000), para el decenio de los 80, trece entidades federativas contaban con una normatividad reglamentarista. Desde entonces, se han registrado cambios y continuidades en las modalidades de respuesta social, las cuales presentan particularidades en el ámbito estatal y municipal.

---

<sup>79</sup> “El Modelo abolicionista surge en 1875, para luchar contra las leyes regulatorias de la prostitución promulgadas en Inglaterra. Esta corriente considera que esta actividad es incompatible con la dignidad de la persona, no la prohíbe, pero pretende evitarla, aboliendo toda reglamentación específica, cerrando clubes y suprimiendo los registros policiales y sanitarios de quienes ejercen el sexo servicio, promoviendo su reintegración social, el castigo de los proxenetas y la disuasión de los clientes” (Yañez R. M., et al. 2011).

- **La regulación del trabajo sexual en la frontera México-Guatemala: la vigencia del higienismo-reglamentarismo**

En el sistema de salud el Estado de Chiapas ha prevalecido la perspectiva reglamentarista-higienista que aborda al fenómeno del trabajo sexual como una práctica de “riesgo sanitario” y considera que las personas que ejercen esta actividad laboral, particularmente las MTS, están relacionadas con la transmisión del VIH y de otras ITS. Bajo este presupuesto, se ha replicado el viejo esquema de atención a la salud que ha tenido asignarle mayor importancia al “riesgo” que corre la población general en detrimento del cuidado de la salud de las propias trabajadoras/es sexuales. Tal como se muestra en el siguiente testimonio, los profesionales de salud reconocen la condición de pobreza y marginalidad que vive este sector de la población migrante; sin embargo, las modalidades de respuesta que se implementan están permeadas por los abordajes epidemiológicos que han vinculado a la migración y al trabajo sexual con la diseminación del VIH/SIDA:

“Toda la desgracia que viven es producto de la desgracia económica, de la necesidad de tener una casa, que comer, que darle a sus hijos de comer, de vestir (...) Es la misma pobreza de nuestros países, un pueblo pobre tiene que a ver esto del trabajo sexual Además, luego que nos bombardean los pueblos pobres también poquito peor que nosotros como Guatemala, Salvador, Honduras ¿Qué nos aportan? nada bueno, nada bueno, bastante difícil batallar con una población así que un día están y otro día no aparecen por eso es que es de alto riesgo también toda la frontera (...) Además se trata de una población que está en un alto riesgo por la propia actividad que realizan. Es como si le dijeran a usted soldado que se va a morir de bala porque está metido en la guerra donde uno es más vulnerable de que muera. Así ellas están en un alto riesgo de adquirir una enfermedad grave” (Médico Municipal, Tapachula).

Como resultado de esta postura, se dictaron ordenanzas municipales que buscaron someter a control público a las personas en trabajo sexual y supervisar los espacios donde se ejerce esta actividad laboral. Los reglamentos de sanidad y

los bandos de policía y buen gobierno son los instrumentos jurídicos que han establecido esta forma de regulación sanitaria en la región fronteriza. En el caso de Tapachula, estas normas establecen de manera explícita que “el control y vigilancia de la prostitución tiene por objeto eliminar o combatir la propagación de infecciones transmisibles por contacto sexual” (Art. 54 Reglamento de Sanidad).<sup>80</sup>

Bajo esta perspectiva se ha conformado una forma de respuesta institucional en salud estructurada en tres ejes de acción: a) el control sanitario que se aplica a los espacios y establecimientos donde se oferta y demanda el sexo servicio y se venden bebidas alcohólicas, b) la provisión de servicios de atención médica para el diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA/ITS, y c) la vigilancia epidemiológica de estos problemas de salud. En el periodo 2006-2010, estas acciones estuvieron a cargo de Sanidad Municipal, instancia que daba continuidad a la implementación de las tres acciones que conforman el denominado Programa de Control Sanitario (PCS). Desde la perspectiva de los representantes institucionales la importancia de este programa radica en los siguientes aspectos:

“Nosotros brindamos protección contra riesgos sanitarios. La actividad es relevante porque si no se lleva un control sanitario empieza el contagio. Por eso hacemos los estudios clínicos y vigilamos que ellas cuenten con su tarjeta y la tengan actualizada”. (Médico Municipal de Tapachula)

El control sanitario hace referencia a la facultad que tienen las autoridades de salud municipal para visitar, inspeccionar y exigir que los empleados que se encuentren en el interior de los establecimientos regulados: “*sean mayores de edad, cuenten y porten la tarjeta de control sanitario, acudan a revisión en los sitios y con la periodicidad establecida por el ayuntamiento*” (Art. 16 Reglamento de Sanidad Municipal de Tapachula). Para ello, todos los municipios de la región

---

<sup>80</sup> En los denominados “bandos de policía” y de otros reglamentos internos, los objetivos de las acciones se mezclan con otros prejuicios extra-sanitarios, por ejemplo, con un discurso que apela a la preservación de las “buenas costumbres y la moral”: “La prostitución es un fenómeno social que afecta a la comunidad, por eso la autoridad municipal tiene como finalidades preservar la moral, la salud y el bienestar común de la sociedad y actuará para disminuir sus efectos y buscará su control”. (Art. 1º Reglamento para el control de la prostitución en el municipio de Huixtla, Chiapas).

han desarrollado un padrón en el que están inscritas no sólo las MTS sino todo el personal que labora en bares y cantinas. El objetivo del padrón, según las autoridades, es llevar un control del personal, abrir los expedientes clínicos, extender la tarjeta sanitaria y anotar el resultado de los análisis solicitados que demuestran “*la obligación del trabajador de estar en condiciones de salud óptimas para realizar su trabajo*” (Médico municipal de Tapachula).

De acuerdo con la normatividad sanitaria, los establecimientos reconocidos deben emplear a personal que se encuentre en condiciones saludables para ejercer su trabajo. Bajo este argumento, se certifica al personal a través de un conjunto de estudios clínicos y de laboratorio que permiten respaldar la expedición y actualización de la denominada “Tarjeta Sanitaria”. Los miembros del personal que debe contar con este documento de identidad que certifica su condición de salud incluyen a las y los trabajadores/as sexuales y a otros actores que han encontrado en este mercado su fuente de ingreso, tales como, cocineros/as, cantineros, meseros/as y bailarinas.

Para expedir y actualizar la tarjeta estas/os trabajadoras/es deben acudir a las áreas de control venéreo (ACV) para su revisión clínica periódica y la aplicación de pruebas diagnósticas de ITS. Este proceso, les permite trabajar de forma “regulada” en los diferentes establecimientos que se ubican en las zonas de tolerancia y en otros puntos de la ciudad donde el documento fue expedido.<sup>81</sup> Posteriormente, los verificadores sanitarios realizan inspecciones, y en caso de que identifiquen a personas trabajando sin este documento se impone una multa tanto al trabajador/a como al dueño del establecimiento. A continuación se caracterizan las condiciones de atención médica en las unidades de salud municipal que están a cargo del PCS implementado en el contexto de estudio.

- **Las condiciones de atención médica**

El componente más importante del PCS corresponde a la prestación de servicios de salud. Éstos operan de manera semejante en otros contextos fronterizos y

---

<sup>81</sup> Sin embargo, la tarjeta sanitaria no es portable, es decir, carece de validez en otra localidad del mismo estado.

entidades del país; sin embargo, el sistema de salud de la región de Soconusco tiene la particularidad de brindar atención médica a los y las trabajadoras sexuales independientemente del sexo, nacionalidad o condición migratoria.

En el contexto fronterizo, las unidades de salud donde se atiende al personal que está inscrito en el PCS, se ubican en las cabeceras municipales. En Tapachula, se cuenta con dos consultorios de salud municipal donde se realizan las actividades de “control venéreo” para el trabajo sexual, uno se ubica en la zona de tolerancia “Las Huacas” y otro en la zona de la localidad de Puerto Madero. De igual manera, en la comunidad fronteriza de Cacahoatán se cuenta con servicios de salud municipal ubicados en las zonas de tolerancia. Los servicios de salud de estas localidades, presentan diferencias en la capacidad instalada (recursos materiales y humanos), en el costo de los servicios y en la demanda de atención de las usuarias (cuadro 7.4).<sup>82</sup>

El personal asignado en la unidad de Tapachula está conformado por dos médicos y una enfermera. De acuerdo con los testimonios del personal de salud, en el consultorio de Tapachula se atiende diariamente, en un lapso de cinco horas, alrededor de 35 personas que acuden para actualizar la tarjeta de control venéreo mediante la revisión clínica y/o aplicación de exámenes de detección de ITS (VDRL-sífilis) y VIH. Es relevante mencionar que son los y las propias trabajadoras quienes pagan por estos servicios. El costo de la revisión y la tarjeta sanitaria se definen según el sueldo mínimo de la ley de ingresos del Estado; y el costo de las pruebas se estima en función del tabulador del laboratorio privado que ha contratado el municipio.

---

<sup>82</sup> En la clínica que se encuentra en la zona de tolerancia de Tapachula, hay carteles informativos sobre temas de salud reproductiva, hipertensión, parasitosis y dermatitis. Las condiciones en las que se encuentra son precarias, hay dos consultorios y ambos carecen de llaves para el abastecimiento de agua. Los sanitarios que son para uso de las pacientes se encuentra insalubre y el que es exclusivo para el personal médico está en mejores condiciones.

**Cuadro 7.4**  
**Condiciones de atención en las unidades de control sanitario del trabajo sexual en la región**  
**fronteriza de Soconusco, Chiapas**

	<b>Cacahoatán</b>	<b>Tapachula</b>
<b>Ubicación de la Unidad de Salud</b>	Consultorio de la zona de tolerancia "El Ranchón"	Consultorio en la Zona de Tolerancia "Las Huacas"
<b>Personal de salud</b>	1 médico, 1 enfermera	2 médicos 1 enfermera
<b>No. de consultorios</b>	1	2
<b>Material ginecológico (desechable o reutilizable)</b>	Todos los materiales desechables	Todos los materiales desechables
<b>Promedio de personas registradas en el PCS</b>	36	200
<b>Horario y días de atención</b>	10:00 -13:00	08:00 - 13 :00
	Viernes	Lunes a viernes
<b>Promedio de usuarias/día</b>	8	20
<b>Tipo y costo de los exámenes clínicos.</b>	Revisión clínica semanal \$95.00	Revisión clínica semanal \$51.90
	VDRL y VIH \$150.00	VIH y VDRL \$259.70

El proceso de atención en la unidad de Tapachula inicia por los trámites administrativos, los cuales se remiten a la expedición de la tarjeta de control; algunos de los requisitos para poder formar parte del registro son: ser mayor de edad, no padecer ninguna ITS o no encontrarse en periodo de gestación. En esta unidad también se pide cédula de identidad y/o acta de nacimiento.<sup>83</sup>

<sup>83</sup> Cuando llega un paciente, lo máximo que puede tardar en realizar sus trámites son cinco minutos. En este caso la asistente determina los exámenes que se necesitarán y que posteriormente el paciente tendrá que pagar. En la clínica se guardan los expedientes de los pacientes, estos se actualizan constantemente y se encuentran organizados por nombre y sexo. Los doctores manejan el registro de los pacientes. Si el paciente pide condones, el personal de salud escribe sus datos en un libro de registro y se le dan cuatro condones. Los archivos no se encuentran digitalizados, los doctores a cargo de la clínica planean a futuro un sistema de digitalización que próximamente lo plantearan con las autoridades municipales. Si una TS no acude a su revisión clínica semanal tendrá que esperar hasta la próxima revisión para poder trabajar.



La consulta dura aproximadamente de 5 a 15 minutos. Incluye revisión médica y mensajes de prevención. Si el doctor se percata durante la consulta que el paciente manifiesta síntomas ajenos a los establecidos por la revisión sanitaria también los atiende y expide una receta para que el paciente compre los medicamentos por su propia cuenta. La exploración ginecológica empieza a las ocho de la mañana, el personal emplea material desechable para la toma de muestras y éstas son analizadas en el laboratorio contratado por salud municipal.

En caso de que se identifique cualquier infección o el usuario presente signos y síntomas de una ITS, se le retira la tarjeta y se brinda atención médica y tratamiento; este documento se regresa y “aprueba cuando la revisión clínica y/o los resultados de los exámenes son negativos. Si una trabajadora sexual no acude a su revisión clínica semanal tendrá que esperar hasta la próxima revisión para poder trabajar. De acuerdo con los profesionales de salud entrevistados, para pruebas reactivas de VIH, se notifica el caso en el Programa de VIH que opera en el ámbito jurisdiccional y se canaliza al paciente al CAPACIT de Tapachula, con el fin de que ésta instancia de los servicios gubernamentales de salud inicie la toma de muestra para confirmación, prueba que a su vez es enviada a los laboratorios estatales de Tuxtla Gutiérrez donde realizan el Western Blot.

- **Alcances y limitaciones del modelo higienista**

El estudio permitió identificar algunas de las principales fortalezas y limitaciones de este esquema de atención. Se sabe que la movilización social de grupos organizados, en un marco de lucha contra el estigma y discriminación, han cuestionado las medidas de la regulación sanitaria del trabajo sexual (Uribe P., 2000; Monroy P y Cilia D., 2000). Sin embargo, en contextos caracterizados por la alta desprotección y exclusión social en salud, la regulación sanitaria puede constituirse como un espacio institucional que tiene la potencialidad de definir programas de prevención y atención integral para los y las TS.

La información muestra que el PCS tiene la potencialidad para brindar servicios integrales con un enfoque de necesidades sociales y de salud de las usuarias. Sin

embargo, las acciones que corresponden al componente del sistema de atención médica, se han centrado en el control y diagnóstico de las ITS/VIH, restando importancia a la promoción de derechos y la atención de otras necesidades de salud de los y las TS. Esto se expresa, por ejemplo, en la falta de reconocimiento de la pertenencia social de las MTS como parte de otros grupos sociales, en tanto enfrentan limitaciones para acceder a los beneficios de programas gubernamentales de apoyo orientados a los sectores que enfrentan condiciones de alta vulnerabilidad social. Asimismo, se observó que el PCS ha dejado de lado la promoción de otros derechos, tales como el derecho que tienen las mujeres de regular su fecundidad de forma segura y efectiva, a cursar un embarazo y parto sin riesgos, a prevenir y atender problemáticas que ponen en riesgo su salud e integridad personal, así como para tener acceso y demandar servicios de calidad y con oportunidad (Leyva R., y Quintino f., 2011).

Por otra parte, se observa que si bien los servicios municipales de salud han abierto un espacio formal que tiene la pretensión de promover el cuidado de la salud, estas acciones se han desarrollado de manera parcial, diferencial y excluyente. Además del alto costo de los servicios, las acciones del PCS son excluyentes porque sólo el personal que labora en establecimientos reconocidos tiene acceso a los servicios de salud. Esta situación conduce a la exclusión social en salud de aquellas TS que laboran de forma no regulada.

Otra limitación del PCS tiene que ver con las inspecciones sanitarias que realizan las autoridades sanitarias en colaboración con los operativos de seguridad pública (Ponce P., 2008). Durante las “razzias” se pone en práctica el sistema de prejuicios que estigmatizan socialmente a las TS, se ejerce la violencia física y psicológica (e incluso sexual), se realizan detenciones y deportaciones migratorias, y se continúa tratando a las mujeres como un “grupo de riesgo sanitario”. Tal como se muestra en el siguiente testimonio, estas prácticas se traducen en la violación sistemática de los derechos humanos de las personas migrantes para las que el sexo-servicio se ha perfilado como una de las pocas estrategias con las que se cuenta para la supervivencia:

“Sí tenemos problemas por lo menos los de la municipal, si nos los encontramos aquí en la calle, la municipal vienen y nos quitan el dinero, nos ven como si tuviéramos lepra, como que si tal tuviéramos lepra, en lugar de que nos vean, no, nos acosan, nos persiguen y nos quitan todo lo que andemos. (...) Las autoridades no escuchan, no más dicen no, son prostitutas y ya, o sea que valemos nada pa las autoridades que están ahí. No somos personas, que no tenemos ningún derecho porque somos prostitutas. Aquí nosotras no robamos, aquí no matamos, el hombre viene porque quiere, con un arma no lo llevamos al cuarto, entonces de qué nos vas a apostar de que son prostitutas y ya! Nos agarran, nos suben y ya nos roban el dinero y nos dejan tiradas” (Trabajadora Sexual Migrante, Tapachula).

- **La vigilancia epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA**

El tercer componente del PCS corresponde al sistema de vigilancia epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA. Siguiendo con los parámetros básicos de la salud pública, este sistema debería utilizarse para estudiar el desarrollo y tendencias actuales de del VIH/SIDA y otras ITS que se presentan en el grupo de los y las TS. A la vez, se esperaría que esta información fuese utilizada por los actores institucionales involucrados en el diseño, implementación y evaluación de estrategias orientadas a la prevención y atención integral de estas infecciones. El avance en el conocimiento epidemiológico a nivel local y nacional es considerable, pero subsisten problemas relacionados con la construcción y calidad de los datos, la estimación de las muestras, el subregistro y el retraso en la notificación de casos (Magis C., et al. 2008).

Por lo menos en la última década, los servicios de salud municipal de Tapachula y otras localidades fronterizas han buscado fortalecer el componente de vigilancia epidemiológica. El personal entrevistado confirmó que en las unidades de salud municipal donde se realiza la revisión clínica a las personas en TS se ha desarrollado un sistema de registro de casos de ITS/VIH:

“Nosotros llevamos la hoja diaria, y se registra el nombre, la edad, el sexo, nombre del establecimiento y el diagnóstico. Estos datos también se registran en la tarjeta sanitaria y además la secretaria lleva otro control en hojas, en libretas, es lo que manejamos. El padrón lo tenemos digitalizado, pero la hoja diaria sólo está en impreso” (Médico Municipal, Tapachula).

A partir de la revisión ginecológica y la aplicación de exámenes clínicos, se identifican nuevos casos de ITS/VIH que son registrados diariamente en los formatos epidemiológicos y en la tarjeta sanitaria. Es relevante señalar que estos formatos sólo permiten registrar el nombre, edad y lugar de trabajo de la trabajadora/or que presenta una ITS u obtuvo un resultado reactivo en la prueba de VIH, pero no se cuenta con un cuestionario que permita recuperar otras variables socio-demográficas, de salud o de comportamientos. El registro es manual, es decir, el vaciado de los datos se realiza en libretas y como consecuencia, la información permanece en los archivos y se desconocen los denominadores poblacionales. En estas condiciones, las unidades de salud municipal no están en posibilidad de estimar la tasa de prevalencia de ITS/VIH, y el sistema de vigilancia epidemiológica pierde su valor estratégico para la toma de decisiones.

A pesar de que el PCS no cuenta con un registro confiable de información epidemiológica, la experiencia del personal de salud contribuye a delinear algunos de los problemas de salud que aquejan a las TS. Los testimonios de los profesionales muestran que, aún cuando en las unidades de salud municipal se han registrado pocos casos de VIH/SIDA, frecuentemente, ha sido alta la incidencia de otras ITS en la población en trabajo sexual inscrita en el PCS:

“En esta población no hemos visto muchos casos de virus del Papiloma Humano, y en los últimos tres años hemos identificado dos o tres casos de SIDA que se han reportado a la Secretaría de Salubridad inmediatamente. Pero si hemos visto que las principales ITS que tienen ellas son: hongos que es la candidiasis, tricomoniasis y la clamidia. Éstas son las más comunes, las leucorreas y el flujo vaginal” (Médico Municipal de Tapachula).

La tendencia reportada por los profesionales coincide con los datos epidemiológicos generados a través de otras fuentes de información también han permitido avanzar en el conocimiento de la epidemia del SIDA y de otras ITS que presentan los y las TS, tales como: el Registro Nacional de casos de SIDA, las muestras basales obtenidas mediante estudios centinela y los estudios de vigilancia epidemiológica de 2ª Generación.

En los años 90, se realizaron los primeros estudios relacionados con el VIH/SIDA/ITS en MTS que confluyen en la frontera México-Guatemala. Las primeras investigaciones se desarrollaron en comunidades rurales que presentaban una alta presencia de MTS, con el propósito de registrar las prevalencias de infección por el VIH en este grupo de la población mediante la vigilancia serológica centinela. Uno de los estudios pioneros fue desarrollado por Alicia Pérez y colaboradores (1991), donde se adoptó la perspectiva epidemiológica clásica desde la que se considera a las MTS como un grupo de “alto riesgo”. Los hallazgos de esta investigación mostraron que las 106 MTS residentes y temporales que fueron identificadas en la comunidad fronteriza de Huixtla, Chiapas, presentaban una nula prevalencia de VIH, pero, mostraban altas tasas de otras ITS.<sup>84</sup> Alrededor del 37% de las MTS tuvo una ITS, siendo predominantes: los condilomas acuminados (10.3%), la candidiasis (10.3%), la tricomoniasis (6.6%), la gonorrea (5.6%) y la sífilis (3.7%).

Posteriormente, los estudios incorporaron la metodología de la vigilancia epidemiológica de 2ª generación. En el estudio de Felipe Uribe (2004), se planteó la hipótesis de que las MTS centroamericanas podrían tener frecuencias de infección mayores a las encontradas en MTS nacionales y por lo tanto estarían jugando un papel importante en la diseminación heterosexual del VIH en la región de Soconusco. Sin embargo, los resultados contradijeron esta hipótesis, ya que se estimó una prevalencia de VIH de 0.6% entre las 478 MTS migrantes estudiadas, cifra que es consistente con los datos estimados para las MTS mexicanas. El

---

<sup>84</sup> A cada una de las MTS, se les tomó una muestra de sangre periférica (3 ml) y en el suero se llevó a cabo la detección Ac-VIH, con un método inmunoenzimático (SERODIA-VIH), VDRL y exudado vaginal. Los condilomas fueron identificados por observación directa (Pérez A., et al. 1991: 46).

mismo estudio también señaló que mientras la prevalencia de VIH entre las MTS fue de 0.6 por ciento, en los casos del herpes, gonorrea y clamidia se estimaron tasas globales que ascienden a 85.7%, 11.6% y 14.4%, respectivamente. Las altas tasas de ITS eran un indicador de la condición de vulnerabilidad de las mujeres, y además eran entendidas como un co-factor de riesgo ante el VIH.

En su conjunto, la información derivada de los estudios epidemiológicos indica que las MTS en la región de Soconusco muestran frecuencias de infección por el VIH menores o similares a las estimadas entre las trabajadoras sexuales mexicanas (Valdespino JL. Et al. 1995; Uribe F., 2003). A su vez, los datos muestran que a pesar de las condiciones de vulnerabilidad al VIH/ITS que enfrentan las MTS migrantes, ellas presentan una frecuencia de infección menor a la reportada en estudios realizados con MTS en puntos fronterizos de Centroamérica (PASMO, 2001; MSF, 2002).<sup>85</sup>

El Registro Nacional de casos de SIDA, contribuye a mostrar el panorama de la epidemia en población general y grupos específicos. A nivel estatal, el Instituto de Salud Estatal de Chiapas (ISECH) que a su vez depende de la Secretaría de Salud, es el sector que presta servicios y lleva el registro epidemiológico en población migrante. Desde el ámbito municipal, este sistema tiene dos fuentes primarias: el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE-SINAVE) y el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR). En el caso del VIH/SIDA, ambos sistemas están a cargo de la Coordinación del Programa de VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas (JS).

Si bien existe una desvinculación entre los datos registrados por el Programa de Control Sanitario (PCS) y el registro epidemiológico desarrollado por el Programa de VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria, entre ambas instancias se han

---

<sup>85</sup> El “Estudio multicéntrico de prevalencia de VIH/ITS y comportamientos en trabajadoras sexuales en cinco países de Centroamérica” (USAID-PASCA, 2003), muestra que prevalencia de infección por VIH en las MTS que confluyen en ciudades y puertos de Honduras continuaron presentando la prevalencia de VIH más alta de la región (10.1%), la cual, es mayor a las prevalencias reportadas entre las MTS migrantes en el Soconusco, Chiapas.

generado mecanismos de colaboración que favorecen el seguimiento de casos de trabajadoras/es sexuales con resultado VIH positivo.

A decir de los representantes institucionales involucrados en la temática, las alianzas entre las instancias de salud municipal y la Jurisdicción-ISECH se fortalecieron en el marco de creación de los Consejos Municipales de SIDA (COMUSIDAS) que se impulsaron entre 2007 y 2008. A partir de la creación de este organismo interinstitucional se fortalecieron los mecanismos de referencia y contrarreferencia. A través de este sistema, los y las TS que -en el marco de las acciones de control sanitario- obtienen un resultado VIH positivo son canalizadas/os hacia el Programa de SIDA de alcance jurisdiccional.

En esta última instancia es donde se registran los datos del paciente mediante los formatos de la “Hoja de Estudio Epidemiológico de Caso” y la “Cédula de Monitoreo del Programa de Acción VIH/ITS” que maneja la Secretaría de Salud. Aunque buena parte de la información obtenida en ambos formatos es capturada y recuperada por el sistema de vigilancia nacional, es en la base de datos que ha desarrollado el Programa de SIDA de JS (Registro Municipal de casos de SIDA), donde se pueden encontrar y estimar los casos acumulados de VIH/SIDA en el grupo de los y las trabajadoras/es sexuales migrantes.

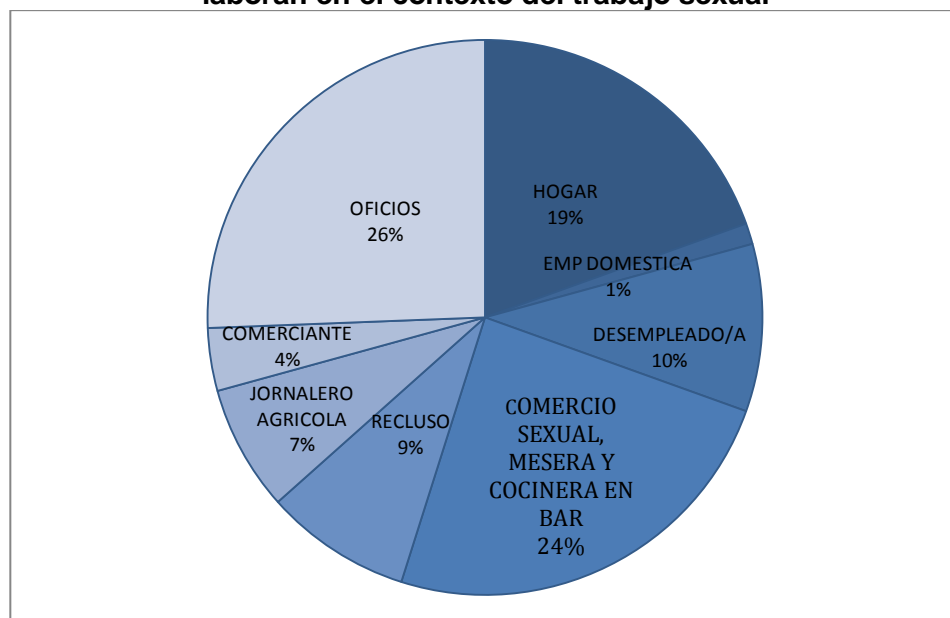
Algunos estudios han mencionado que los resultados de la información epidemiológica generada por la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, pueden presentar limitaciones relacionadas con los criterios de clasificación de las poblaciones y de los comportamientos sexuales, e incluso presentar problemas de subregistro (Uribe F., 2005).<sup>86</sup> Sin embargo, estos datos contribuyen a mostrar tendencias de la epidemia en el grupo de los y las TS migrantes. Los avances en la vigilancia epidemiológica resultan especialmente relevantes en un contexto

---

<sup>86</sup> El sistema local de vigilancia epidemiológica desarrollado por la instancia jurisdiccional puede ser calificado como tradicional, en tanto fundamenta su análisis en la información sobre casos de SIDA. Este tipo de sistema ha mostrado severas limitaciones porque muestra desfases en el tiempo y no considera la medición rutinaria de prácticas de riesgo en determinado grupo de la población (Magis C., y Hernández M., 2008).

donde impera el desconocimiento de las tendencias de la epidemia en población extranjera y migrante (Gráfico 7.1).

**Gráfica 7.1**  
**Casos acumulados de VIH/SIDA según ocupación 2003-2009: individuos que laboran en el contexto del trabajo sexual**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos presentados en el documento "Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA en extranjeros". Edelmann D., Gómez N., (2009). Programa de VIH/SIDA, Jurisdicción Sanitaria VII.

A pesar de las limitaciones que aún presenta el sistema, las observaciones capturadas en el Registro Municipal de casos de SIDA, muestran que el grupo en trabajo sexual representa alrededor del 11.3% del total de casos acumulados de VIH/SIDA en población extranjera (n=83) que fue notificada en la JS VII para el periodo 2003-2009. Si a los 7 casos de trabajadoras/es sexuales con VIH/SIDA se suman los casos identificados en meseras/os (n=11) y cocineras/os (n=2) que laboran en bares y cantinas se encuentra que este grupo de la población migrante representa alrededor del 24% (n=20) del total de casos de VIH/SIDA acumulados y registrados en este periodo (ver Gráfico 6.7).

La información del registro epidemiológico muestra que las personas en trabajo sexual aún constituyen un grupo en condición de vulnerabilidad ante el VIH/ITS. A pesar de este reconocimiento, la experiencia social y los procesos de acceso a los servicios de salud en los que se ven inmersas las personas en trabajo sexual



afectadas por la epidemia ha sido poco estudiada. De igual manera, la información epidemiológica no permite esbozar el perfil y la experiencia del personal que no se asume como trabajador/a sexual pero que labora en el contexto del sexo-servicio. Estos aspectos serán abordados en el siguiente apartado.

#### ***7.4 Vivir con VIH/SIDA en contextos del trabajo sexual en la frontera***

Desde la década de 1990, se comenzó a documentar la presencia de personas migrantes con VIH/SIDA involucrados en la dinámica del trabajo sexual de la región fronteriza. Se trata de trabajadores y trabajadoras que no pueden ser considerados como un “grupo de alto riesgo” ante la epidemia, sino como un colectivo que cuenta con una experiencia migratoria y un proceso de salud-enfermedad que están determinados por las condiciones de marginación, precariedad, violencia, desprotección jurídica, discriminación y exclusión social que se vive en México y Centroamérica. En consecuencia, la migración internacional, el trabajo sexual y la vulnerabilidad al VIH/SIDA, son fenómenos estrechamente relacionados en la vida cotidiana de este grupo de la población migrante.

De los diferentes grupos que ejercen esta actividad en la frontera México-Guatemala, se ha destacado la participación de las personas migrantes que se insertan en el ámbito del trabajo sexual reconocido y regulado. Su mención ha resultado especialmente relevante para los motivos del presente estudio en la medida en que es en este grupo de la población donde se ha identificado buena de los casos de personas migrantes con VIH/SIDA. Desde la década de los 90, en los servicios públicos se registró la llegada de migrantes con VIH/SIDA vinculados a la dinámica del trabajo sexual que opera en la región fronteriza. En un contexto donde se han acentuado las prácticas médicas que promueven el diagnóstico intencionado del VIH, se propicia la identificación de migrantes VIH positivos que laboran en los espacios donde se oferta y demanda el sexo-servicio.

¿Cómo se configura y entrelaza su experiencia migratoria y del padecimiento?,  
¿Cuáles son los efectos que tiene este entrelazamiento en las condiciones de vida

de los migrantes?, ¿Cuáles son las condiciones de acceso a los servicios de salud donde se brinda la atención para el VIH/SIDA?, ¿Qué tipo de estrategias se despliegan para el manejo de la infección y de sus consecuencias sociales? En este apartado se busca responder a estas interrogantes, las cuales fueron planteadas a partir de la experiencia de migrantes con VIH/SIDA que trabajan en las zonas de tolerancia de dos comunidades, una urbana y otra rural de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas.

- **Perfil de las PMVS**

A través de los contactos establecidos con el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, se logró contactar y entrevistar a una mujer y cinco varones migrantes con VIH/SIDA. Las entrevistas se realizaron en las instalaciones del PVIH jurisdiccional (3), en los cuartos de hotel donde vivían (2) y en el consultorio médico de salud municipal (1).

En el cuadro 7.5 se describen algunos datos que contribuyen a definir el perfil de los participantes. De acuerdo con las características socio-demográficas identificadas en este grupo (Leyva R., y Quintino F., 2011), se encuentra que la edad de los cinco informantes oscila entre los 23 y 36 años, con una media de 27.6 años. Cuatro reportan ser solteros y dos viven en unión libre. La única mujer y un varón tienen hijos y otros dependientes económicos. Todos los participantes cuentan con la educación básica y tienen menos de siete años de estudio.

Los informantes tienen una condición migratoria indocumentada y son originarios de los países de mayor expulsión de Centroamérica (3 de Honduras, 1 de El Salvador, 1 de Guatemala). La primera vez que estas personas salieron de su comunidad de origen tenían menos de 19 años de edad (media de 16.8 años); todos tenían como destino la frontera sur de México (promedio de estancia 6.6 años); y ninguno había estado en los Estados Unidos. Aunque los trabajadores/a entrevistados han retornado a sus lugares de origen para visitar a sus familiares, sus historias familiares, dinámicas laborales y migraciones de retorno ocasionales,

indican que se trata de un colectivo que puede ser considerado como parte de la **población migrante residente**.

**Cuadro 7.5**  
**Datos centrales de las PMVS-TS**

	<b>Miguel</b>	<b>Marcos</b>	<b>Javier</b>	<b>Eleazar</b>	<b>Karla</b>	<b>Ramón</b>
Código	<b>PMVS-TS-09</b>	<b>PMVS-TS-15</b>	<b>PMVS-TS-05</b>	<b>PMVS-TS-12</b>	<b>PMVS-TS-08</b>	<b>PMVS-PL-02</b>
Fecha de aplicación de la entrevista	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2007</b>	<b>2008-2009</b>	<b>2008-2009</b>	<b>2007</b>
Edad:	23	29	26	24	36	42
Estado Civil:	Soltero	Soltero	Soltero	Unión Libre	Unión Libre	Soltero
Orientación sexual:	homosexual	heterosexual	homosexual	heterosexual	heterosexual	Homosexual
Escolaridad:	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria	Primaria	Secundaria
Hijos/as	No	No	No	Sí: 1	Sí: 2	No
Lugar de origen:	Honduras/Tegucigalpa	Honduras/Tegucigalpa	El Salvador, Guatepe	Guatemala, Huehuetenango	Honduras/Tegucigalpa	Managua, Nicaragua
Edad del informante cuando migró por primera vez	16 años	18 años	19 años	16 años	15 años	20 años
Tiempo de estancia en México	2 años	1 año	7 años	8 años	15 años	20 Años
¿Ha estado en los Estados Unidos?	No	No	No	No	No	Sí
Ocupación principal en la comunidad fronteriza	Empleado en bar	Cantinero en bar	Empleado en cantina	Empleado en bar	Trabajadora Sexual	Trabajador en bar
Tiempo de saber su seropositividad *	1 año	6 meses	2 meses	4 meses	3 meses	3 Años
Vía de acceso al diagnóstico de VIH	Regulación Sanitaria	Regulación Sanitaria	Regulación Sanitaria	Regulación Sanitaria	Regulación Sanitaria	Regulacion Sanitaria
Con un cuadro de SIDA: sintomático/ Sólo vive con VIH:	Asintomático	Asintomático	Asintomático	Asintomático	Asintomático	Asintomático
Programa de VIH: No está afiliado (N-P); Sí está afiliado (S-P)	N-P	N-P	N-P	N-P	N-P	N-P
Tratamiento Antirretroviral: No está en tratamiento (N-ARV); Sí está en tratamiento (S-ARV)	N/ TARV	N/ TARV	N/TARV	N/TARV	N/TARV	N-ARV

\* Tiempo de haber recibido el diagnóstico presuntivo o confirmatorio al momento de la 1a entrevista

Las personas entrevistadas tuvieron conocimiento de su seropositividad al VIH durante su estancia en México; y se realizaron el examen clínico a través de las acciones de la regulación sanitaria del TS que están a cargo de las instancias de Salud Municipal. En su conjunto, los entrevistados reportaron un tiempo promedio de diagnóstico de 5 meses, el cual puede considerarse como reciente: Miguel con 1 año; Marcos con 6 meses; Javier con 2 meses; Eleazar con 4 meses; y Karla con 3 meses; sólo Ramón tenía tres años de conocer su condición de VIH.

Como se revisará en los siguientes apartados, el proceso de diagnóstico es un eje estructurante de la experiencia del padecimiento; y la temporalidad del mismo necesariamente influye en el hecho de que las cinco personas entrevistadas todavía no estuvieran afiliadas al Programa de VIH, por tanto, no habían recibido ningún tipo de tratamiento antirretroviral. Asimismo, cuatro participantes estaban en estado asintomático; sólo un informante (Miguel) había presentado un problema de salud en los últimos tres meses, el cual no había requerido internamiento.

La mejor forma de presentar a este grupo de migrantes es mediante la voz de sus propios protagonistas. En la presentación de sí mismos se perfilan trayectorias individuales que, al entrelazarse, contribuyen a construir una historia o experiencia colectiva. La experiencia colectiva de las personas entrevistadas está conformada por un complejo de acontecimientos y procesos que, en ocasiones, se complementan, repiten y traslapan; pero también está articulada por historias particulares que coadyuvan a visibilizar las distintas dimensiones que están implicadas en el hecho de vivir con VIH/SIDA en el marco de la migración internacional vinculada al trabajo sexual.

En esta experiencia colectiva se identifican historias en las que se entrelazan los motivos personales de la migración y las dinámicas individuales de inserción al contexto del trabajo sexual con las condiciones estructurales (jurídico-legales, económicas y sociales) que determinan el proceso migratorio. La interpretación que los propios participantes elaboran sobre su dinámica migratoria permite conocer algunos de los acontecimientos personales y sociales que en él inciden,

así como las expectativas y estrategias que los migrantes desplegaron para obtener una fuente de ingreso en el “nuevo” contexto.

La única informante mujer la nombramos Karla. Ella es una mujer hondureña de 36 años que se desempeñaba como mesera y trabajadora sexual en la zona de tolerancia de una comunidad rural de la frontera. Al igual que muchas mujeres centroamericanas de escasos recursos, ella salió de su país cuando tenía quince años para buscar opciones laborales que le permitieran mejorar sus condiciones de vida:

### **Karla, PMVS-TS-08**

“Yo soy Karla, me vine de 15 años, yo soy de Honduras. Pero ya tengo tiempo acá. Tengo 36 años (...) Estuvimos en Guatemala y después directo para Tapachula. Me quedé yo acá pa’ buscar trabajo. He luchado para mantener a mis niñas (...) Yo me viene para acá (comunidad fronteriza), dejé Tapachula porque ya no me iba bien, ya mucha mujer, mucha envidia, si acá hay envidia y no somos muchas, ¡allá más!”.

La migración fue una de las pocas oportunidades que le permitieron acceder un trabajo “mejor” remunerado. En Tegucigalpa, su lugar de origen, sólo podía acceder a empleos que requieren largas jornadas pero muy bajos salarios, por ello se migra. Pero Karla no tomó la decisión sola, sino con su pareja. Ambos vivieron un tiempo en Guatemala y luego se dirigieron a la Ciudad de Tapachula. En el nuevo contexto, ella se enfrentó a las exigencias de un mercado laboral altamente estratificado, donde el trabajo sexual se configura como una de las pocas opciones que se dejan para las personas de escasos recursos, con bajos niveles de escolaridad y con una condición migratoria indocumentada. Una vez que puso en práctica -lo que ella denomina una estrategia “*de lucha*” -el sexo-servicio, la informante se insertó en las rutas de movilidad que son características del trabajo sexual que opera en el ámbito regional. Ella ejerció esta actividad durante 17 años (19 a 36 años de edad), hasta que recibió el diagnóstico que confirmó su condición VIH positivo.

En la misma zona de tolerancia trabaja Miguel, el más joven de todos los entrevistados. El informante es hondureño, tiene 22 años, es homosexual (autoreporte) y se ha desempeñado como trabajador sexual y empleado de limpieza de un bar. Él salió de su lugar de origen cuando tenía siete años de edad, y el motivo fue el reencuentro familiar. Posteriormente, él ha retornado a su país de origen, pero las precarias condiciones socio-económicas nuevamente obligan a tomar la decisión de migrar:

### **Miguel, PMVIH-09**

I: Me llamo Miguel. Tengo 22 años, bueno hoy estoy cumpliendo 23 años. Soy de Honduras, de Tegucigalpa. Mi mamá se vino desde el 89 para acá y yo me quedé con mis hermanas. Después llegó mi mamá en el 92 a traernos. Me trajo con mi hermano, nos trajo pequeñitos (...) Aquí tuve un problema y me fui para Honduras. Me fui cuando tenía 16 años y regresé a los 22. Me regresé porque allá está más peor que aquí. En Honduras está muy difícil la situación, no hay trabajo, el dinero no vale nada, los precios de la comida son carísimos, todo está complicado. Pues como es un país pobre por eso mucha gente se viene para acá. Tal vez, buscando una mejor vida pero... (*Miguel llora*) tal vez no todos corremos con la misma suerte (silencio) Cuando le digo a mi mamá: “mírame yo en qué condiciones he quedado”, le digo (...).

Para Miguel, la inserción en el “ambiente” del trabajo sexual es una estrategia que muestra su voluntad por “*echarle ganas a la vida*”, un medio para garantizar la propia existencia en un contexto de alta precariedad. En su constante andar entre Tegucigalpa y Chiapas, considera que, a diferencia de “*otros*” migrantes que “*sí tienen suerte*”, él ha tenido que sobrevivir de la “*venta de su cuerpo por necesidad*”. Aún así el sueldo (\$35 pesos diarios) no alcanza para cubrir los gastos, por lo que se opta por adecuarse a una situación familiar difícil pero con la seguridad de un “*lugar donde llegar*”. Hasta que recibió el diagnóstico VIH positivo, se desempeñó como trabajador sexual, y al momento de la entrevista era empleado en un bar:

### **Miguel, PMVIH-09**

I: Me llamo Miguel. Tengo 22 años, bueno hoy estoy cumpliendo 23 años. Soy de Honduras, de Tegucigalpa. Mi mamá se vino desde el 89 para acá y yo me quedé con mis hermanas. Después llegó mi mamá en el 92 a traernos. Me trajo con mi hermano, nos trajo pequeñitos (...) Soy una persona de gente pobre. Yo trato de salir adelante por mi propia cuenta, o sea, ¡le echo ganas a la vida! (...) Como no tenía papeles porque todos se habían perdido, y sólo estudié primaria, y necesitaba dinero, pues me fui a trabajar a la zona, al mero Ranchón (zona de tolerancia de la comunidad rural). Trabajaba en un negocio, sabes, vendiendo el cuerpo por necesidad. Siempre he trabajado en el ambiente (trabajo sexual). Como le digo, hay quienes tienen bastante suerte y hay quienes no.”

Javier es salvadoreño, tiene 26 años, también se define como homosexual, antes de saberse VIH positivo se dedicaba al trabajo sexual, y al momento de la entrevista se desempeñaba como encargado en un bar. A diferencia de los otros informantes, él no cuenta con una red familiar en el “nuevo” contexto. El desempleo, las ganas por conocer otros lugares y el rechazo familiar por su orientación sexual lo motivaron para salir de su país cuando tenía 19 años. Aunque él considera que la vida es “*mejor acá*”, en su vida cotidiana ha tenido que enfrentar la discriminación y exclusión social vinculada a su condición de migrante e identidad genérico-sexual. En este marco, el ejercicio del trabajo sexual aparece como una de las pocas alternativas en las que se puede obtener un ingreso para la supervivencia. Por ello, durante su estancia en México (7 años) se insertó, como él lo llama, en el ambiente de la “*vida loca*”:

### **Javier, PMVS-TS-05**

“Nací en 81, en El Salvador, en Guatapá. Tengo 26 años. Tengo mi mamá, papá no tengo. Tengo un hermano es de mi propio papá, los demás son de otros. (...)Ya tiene rato que salí. Cuando tenía 19 años, siempre me iba. Me acostumbré más acá que allá. Ya tengo viniendo desde hace mucho tiempo.

Siempre pensaba “tal vez un día conoceré México”. No tenía nada que hacer en mi país y yo tenía ganas de conocer acá. Además mi familia no sabía que yo era gay, y me salieron de allá. Hay mucho rechazo, mucha discriminación para la gente homosexual (...) Pues acá en lo que he trabajado es sólo en cantinas. De cocinero, de mesero, de encargado. Después empecé con el talón, fue cuando ya me metí en la vida loca”

Los otros dos informantes también han encontrado su fuente de ingreso en el “ambiente”, pero no reportan haber ejercido el TS. Antes de recibir el diagnóstico, Marcos y Eleazar eran cantineros o empleados de bar en las zonas de tolerancia. Marcos es originario de Tegucigalpa, Honduras, soltero y heterosexual; salió por primera vez de su país a los 18 años, vivió en Guatemala durante 10 años, y después se dirigió hacia Tapachula, donde había permanecido por un año. Eleazar es guatemalteco, tiene 24 años, vive en unión libre con una mujer migrante y tiene una hija:

#### **Eleazar, PMVS-12**

“Tengo 23 años, soy de Guatemala. Estudié hasta la secundaria. Me vine a los 16 años. Soy plomero, pero me costó trabajo conseguir ese tipo de trabajo acá y llegué a vivir a Cacahoatán, me fui a vivir a la zona donde trabajaba como cantinero en un bar”

#### ▪ **El VIH/SIDA: situación disruptiva de la biografía**

El análisis muestra, como lo han hecho distintos estudios, que la experiencia biográfica de las personas migrantes entrevistadas está dividida en un *antes* y *después* del SIDA (Castro R., et al., 1997; Pecheny M., et al., 2002; Grimberg M., 2002). El descubrimiento de la seropositividad no sólo es un acontecimiento puntual que divide el curso de vida en un *antes* y *después* sino el punto de partida de una trayectoria de enfermedad que paulatinamente conlleva a la disociación de los roles, rutinas y espacios, y al trastoque de las relaciones y redes sociales cotidianas; y en un arco de temporalidad más amplio, a la paulatina modificación de los elementos simbólicos y corporales que conforman la percepción sobre el sí



mismo. Las personas que están padeciendo este cambio se enfrentan a una perplejidad teñida del temor reforzado a la muerte, el dolor y el sufrimiento, así como a la discriminación y acentuación de las precariedades económicas:

**Miguel, PMVIH-09**

“Mira soy una persona pobre, después de que me pasó eso de que me detectaran el virus, mi vida dio un giro bastante grande (...).”

**Eleazar, PMVS-12**

“Desde que me enteré mi vida ha sido un infierno. Por ratos trato de no acordarme y de olvidarme un poco, pero siempre ando con eso de que me voy a morir o de cómo voy a terminar, la verdad me da miedo”.

**Karla, PMVS-TS-08**

*“Desde entonces tuve un gran cambio, yo vivo con eso, toda la vida la vivo con eso de que ya estoy enferma”.* Para mí nada ha sido igual, puros problemas. Lo único que me da desesperación y bastante tristeza son mis hijas. ¿Quién más las va a cuidar mejor que yo? Cuando uno se muere, nadie lo trata bien, porque cuando mi mamá murió a mi me trataban como perro (...).”

**Javier, PMVS-05**

“La primera prueba me la hicieron el 27 de agosto del 2007. Desde entonces, lo que más miedo es el dolor, dicen que los medicamentos no curan, dicen que te quitan los dolores pero no curan”.

**Marcos, PMVS-15**

“No puedo dejar de pensar en la enfermedad. Me dicen que en el hospital, uno se enferma y se muere solo. Que están ahí los enfermos, y no hay ni quién les pase ni agua”.

La experiencia del padecimiento alude al continuo proceso de construcción de intersubjetividades individuales y colectivas que permiten la (auto) comprensión de sensaciones, estados de ánimo, cambios corporales, alteraciones en los sentidos, y otros eventos ligados al padecimiento y su atención (Mercado F., et al. 1999, 2000). Como se ha mencionado, la interpretación de esta experiencia debe vincularse tanto a las condiciones objetivas de vida (pobreza, migración y precariedad laboral) como a los elementos simbólicos y culturales que permiten configurar concepciones particulares del proceso salud-enfermedad (Castro R., 1997).

Las personas afectadas y sus familiares más cercanos recurren permanentemente a los diversos elementos de su propio contexto para explicarse el origen de la infección por VIH. Dichas explicaciones están conformadas por elementos objetivos como puede ser la condición de marginalidad, la historia migratoria y la propia inserción en los contextos del trabajo sexual; y por elementos culturales entre los que destacan la percepción en torno a la sexualidad, la visión en torno al uso de alcohol y otras sustancias y la permanencia de mitos en torno a la enfermedad. La interrelación de los elementos del contexto material y cultural de los entrevistados permite plantear algunas suposiciones sobre las situaciones que desde su perspectiva intervinieron en la configuración de su condición de salud actual.

En las narrativas de las personas con VIH es notable la necesidad que tienen por identificar el origen de la infección, poniendo especial énfasis en la recapitulación de las posibles prácticas de “riesgo” que han tenido en diferentes momentos de su curso de vida. Como se ha mencionado, el concepto de “riesgo” se debe analizar desde las consideraciones materiales y culturales de su percepción, las cuales se producen en la interacción social (Douglas M., 1985). Entre los entrevistados encontramos dos patrones relacionados con los “riesgos” que posiblemente condujeron a la infección por el VIH: el primero tiene que ver con las prácticas de uso/no uso de condón entre las personas que se identifican como trabajadora/or

sexual; y el segundo con las prácticas sexuales y hábitos de los varones que laboran en bares y cantinas.

Desde la perspectiva de las tres personas migrantes que ejercían el sexo-servicio (Miguel, Javier y Karla), las relaciones sexuales desprotegidas fueron la vía más probable por la que adquirieron el VIH. Los participantes indican que antes de haber conocido su seropositividad contaban con referencias sobre el VIH/ITS, identificaban al condón como método efectivo para la prevención y reconocían las tres vías de transmisión. Asimismo, los participantes consideran que por su actividad laboral estaban en riesgo a la infección, reportan haber tenido acceso a métodos para la prevención y afirman haberse aplicado rutinariamente exámenes de detección. Pero más allá de los saberes sobre el SIDA y de la auto-percepción de riesgo, los participantes reportan haber tenido prácticas desprotegidas, las cuales no ocurrieron en el ejercicio de su actividad laboral, sino en el marco de una relación con una pareja de “confianza” o sentimental.

El testimonio de Karla ayuda a dar visibilidad al peso que tiene el factor confianza en la configuración del riesgo al VIH. Al igual que muchas mujeres en trabajo sexual, la participante cuenta con una experiencia de la sexualidad en la que destaca la variabilidad en el uso del método preventivo de acuerdo al tipo de pareja sexual. Su testimonio es de particular interés en este contexto fronterizo, ya que diversos estudios han documentado que alrededor del 98% de las trabajadoras sexuales migrantes reporta haber utilizado el condón en la última relación sexual con clientes (estables o regulares); sin embargo, sólo 20% utilizó el método con su pareja sentimental (Quintino F., y Leyva R., 2011).

El VIH llegó a la vida de Karla por el diagnóstico que recibió su pareja, un migrante originario de Guatemala que también trabaja como cantinero en la zona de tolerancia. A través del diálogo entablado con la participante, se pudo conocer que después de dos años de que su pareja recibiera el resultado VIH positivo, los exámenes clínicos mensuales que le aplicaban a la informante como parte de las acciones de la regulación sanitaria, continuaban siendo negativas. Sin embargo, para fines del 2009, esta trabajadora sexual recibió los resultados del Western

Blot, prueba que confirmaba su seropositividad al VIH. Las condiciones del diagnóstico la llevaron a suponer que el origen de la infección podía encontrarla en las prácticas desprotegidas que tuvo en el marco su relación con una pareja estable mediada por el código de la confianza.

### **Karla, PMVS-TS-08**

Su familia me dijo que a él ya le habían detectado su enfermedad, según fue cuando él tenía 18 años. Parece que a esa edad lo agarraron y metieron en el reclusorio. Ahí le hicieron el examen y supuestamente él sabía que lo que tenía (...) Por eso, me gustaría que se dejara de hacer pendejo, porque yo al principio le dije que se pusiera el condón y él no acepto ponerse el condón. Tanto tiempo que anduve yo trabajando en esto (trabajo sexual), que anduve yo así, pero siempre con cuidado hacía yo mis cosas. Pero a él le dije que se pusiera el condón y me dijo que no. Cuando yo le puse el condón, él se lo quitó. Claro que también la culpa la tuve yo porque si no hubiera querido no lo hubiera hecho. Pero pensé que estaba sólo con él y le tenía confianza.

La variabilidad en el uso del condón de acuerdo al tipo de pareja sexual se expresa de manera semejante en el testimonio de Miguel. Al momento de la entrevista, este trabajador sexual tenía un año de haber obtenido un resultado positivo en la prueba de VIH. En este periodo, el participante ha buscado reconstruir la trayectoria que condujo a la infección por el VIH, destacando en este proceso la permanente necesidad económica que lo obligó a diversificar sus estrategias de sobrevivencia e insertarse en el ejercicio de un trabajo que conlleva “múltiples riesgos”, entre ellos la exposición a las infecciones de transmisión sexual. Además, desde la perspectiva de este joven, la identidad genérico-sexual que él asume y define como “homosexual”, lo situaba en una condición de mayor riesgo ante estas infecciones, por lo que procuraba utilizar el condón de manera consistente con los clientes. De esta manera, se muestra que la actividad laboral y la identidad genérica contribuyen a desplegar, desde la exclusión, estrategias efectivas para la prevención de riesgos de salud. Sin embargo, de nueva cuenta la

práctica del sexo protegido fue delegada con sus parejas más estables o sentimentales:

### **Miguel PMVS-TS-9**

Antes de venirme yo trabajaba en un negocio también (ambiente trabajo sexual) yo tenía mis resultados, y me salían negativos (...) He trabajado en cantinas, igual que ahora pero siempre usé condón con los clientes, por más tomado que anduviera siempre con preservativo, siempre cargo preservativos en la mochila (...) Yo creo que me enfermé por una relación sexual, más por eso (...) Debo reconocer que si he tenido una que otra aventura, no lo puedo negar, no sé quién me lo pasó, ni nada por el estilo. Pero seguramente fue con alguno de estos con los que salía y disque me querían (...)"

Joel, es un participante que también se autodefine como homosexual y reporta haber ejercido el trabajo sexual. En su narrativa destaca la permanente ausencia de parejas sentimentales o estables, así como una vida sexual muy activa y sin prevención en el marco de relaciones de pareja ocasionales. Para este migrante, las prácticas de riesgo al VIH se vinculan más a su identidad genérico-sexual que al ejercicio de la actividad laboral. El significado que se confiere a la "vida loca" hace referencia al "ambiente" cultural de la comunidad homosexual y a los espacios interaccionales que fungen como puntos de contacto de alguna pareja sexual. Aunque se ha demostrado que estos ámbitos de interacción pueden ser privilegiados para la prevención del VIH/ITS, en su testimonio se detecta con mayor frecuencia el ejercicio de prácticas sexuales desprotegidas (sin condón) que no se dieron en el marco del trabajo sexual sino con la pareja ocasional:

### **Javier PMVS-TS-5**

"Yo me infecté cuando me metí en la vida loca, pudo ser, no puedo ni culpar a nadie (...) Pues si he tenido muchas parejas ocasionales y no utilicé preservativo, a veces sí y en otras no."

A diferencia de los participantes que se identificaron como trabajadora o trabajador sexual, entre los cantineros y empleados de bar se visibiliza una experiencia caracterizada por la baja percepción de riesgo al VIH/ITS. Antes de conocer su condición VIH positivo, Marcos y Eleazar habían escuchado sobre el SIDA, identificaban los medios de prevención y reconocían las vías de transmisión de la infección. Sin embargo, en los testimonios de ambos participantes, persiste la actitud de considerar al SIDA como una enfermedad que afecta a los “otros”, particularmente a aquellos que, desde su perspectiva, tienen “prácticas de riesgo”, entre los cuales figuran los “*homosexuales*” y las “*trabajadoras sexuales*”.

A partir de esta idea se debe considerar que una sociedad elige lo que será considerado un peligro a un riesgo con base en la moral dominante históricamente construida. En el campo de la sexualidad y concretamente en la configuración del riesgo ante las ITS, la culpa moral es un determinante que dicta la norma para la construcción del culpable, del riesgo y de la acción frente al mismo. Así, la culpabilización de las “prácticas riesgosas” se convierte en una forma de vigilancia y control de determinados grupos sociales.

Bajo esta lógica es que los varones entrevistados consideran que, al asumir una identidad genérico-sexual apegada a las normas de la heterosexualidad y al distanciarse de las prácticas que se relacionan con el trabajo sexual, quedaban fuera de la población de “*mayor riesgo*”. En sus relatos frecuentemente se expresa la constante necesidad por afirmar la “masculinidad” y un apego a las normas socioculturales de la monogamia y fidelidad, con la intención de explicar su desconcierto ante el diagnóstico que confirmó su seropositividad al VIH:

#### **Eleazar PMVS-TS-12**

“Yo siempre he tenido una mujer...por decirlo así, nunca me he andado metiendo con una y otra mujer. Lo mío, pues, es la fidelidad. Ahora resulta que me salen con esto de que estoy enfermo (...) Pero yo casi estoy seguro de que no estoy enfermo, por eso pido que me hagan otra prueba (...) También anduve con otra muchacha, y ella no tiene nada (...) Por eso

pienso que a lo mejor tengo otro tipo de enfermedad. A lo mejor por lo mismo de que mi sangre estaba alcoholizada, mi sangre salió mal, es que había tomado mucho, todos los días”.

- **Descubrimiento de la seropositividad**

Los trabajadores y trabajadoras migrantes que están vinculados con el mercado del sexo-servicio no pueden ser considerados como un “grupo de alto riesgo” ante la epidemia del VIH/SIDA. Es importante reconocer que la inserción laboral en negocios y establecimientos regulados ha condicionado su ruta de acceso a los servicios de salud, ya que para poder laborar en el contexto fronterizo han tenido que cumplir con los requisitos y obligaciones estipuladas en la normatividad sanitaria vigente en el ámbito estatal y local. Este conjunto de requisitos y obligaciones institucionalizadas ha sido muy cuestionado desde la perspectiva de los derechos humanos. Sin embargo, como se ha revisado, el sistema público de salud en México continúa aplicando una normatividad que avala la aplicación rutinaria de pruebas de VIH para las personas en trabajo sexual. La implementación de estas prácticas que promueven el diagnóstico intencionado contribuye a explicar la identificación de casos de personas VIH positivas que forman parte del amplio y heterogéneo grupo de los migrantes indocumentados.

La recuperación de las experiencias individuales permite identificar elementos compartidos en lo que se refiere al carácter disruptivo que adquiere el diagnóstico de la infección por el VIH. Pero a diferencia de otras poblaciones que han llegado al proceso de diagnóstico desde una variedad de circunstancias, entre las personas migrantes que laboran en el contexto del trabajo sexual, prevalece la ruta de acceso que se deriva de las normativas sanitarias y de las exigencias impuestas por los servicios públicos de salud. Dicho de otro modo, los instrumentos jurídicos municipales y las prácticas médicas que estipulan la aplicación rutinaria de pruebas de VIH en los y las TS, y empleados de bares y cantinas, han moldeado el acceso a un diagnóstico “oportuno” o “intencionado” que no necesariamente cumple con los preceptos de “voluntariedad” y “confidencialidad”.

Se ha visto que la aplicación rutinaria de pruebas de VIH (bimestral o trimestral) constituye uno de los requisitos que debe cumplir el personal para poder trabajar. Estos requisitos están estipulados en el Artículo 49 del Reglamento de Sanidad Municipal 2005-2007 de Tapachula. Sin embargo, cabe recordar que el marco legal en materia de VIH/SIDA, y específicamente la NOM-010-SSA2-2010 establece lineamientos ampliamente conocidos sobre la promoción del diagnóstico oportuno en un marco de respeto a los derechos de voluntariedad, confidencialidad y consentimiento informado (cuadro 7.6). Lo anterior indica la persistencia de vacíos e inconsistencias legales en el campo de la regulación sobre VIH/SIDA y trabajo sexual. Esta situación que se agrava en un contexto político-jurídico que no reconoce los derechos laborales de TS y del personal que está inserto en este sector de la economía “informal”.

#### **Cuadro 7.6**

##### **Los derechos humanos de las personas en relación al VIH/SIDA:**

###### **NORMA Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-2010, Para la prevención y el control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana**

**6.3.4** La detección del VIH/SIDA no debe ser considerada como causal médica para afectar los derechos humanos fundamentales o disminuir las garantías individuales (...)

**6.3.5** Se debe regir por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad que consisten en que la persona que se someta a análisis debe hacerlo: Con conocimiento suficiente; en forma voluntaria; Con autorización por escrito de la persona o, en su caso, huella dactilar, y Con la garantía de que el servicio de salud al que acude respetará su derecho a la vida privada (confidencialidad del resultado) y a la confidencialidad del expediente.

**6.3.8** Ninguna autoridad puede exigir pruebas de detección de VIH/SIDA a un individuo o los resultados de las mismas, sin que presente una orden judicial.

**6.4.1** La entrega del resultado se realizará en forma individual, por personal capacitado o, en su defecto, se debe enviar en sobre cerrado al médico tratante que solicitó el estudio.



La experiencia de los propios migrantes muestra cómo en este proceso de diagnóstico intencionado se tiende a desconocer los dispositivos legales que protegen los derechos humanos de las personas en relación al SIDA. En general, los trabajadores que han obtenido un resultado reactivo y confirmatorio en las pruebas de VIH no cuestionan los requerimientos estipulados por la normatividad sanitaria. Sin embargo, en los relatos de todos los entrevistados se perfilan trayectorias de acceso al diagnóstico que están caracterizadas por la falta de confidencialidad, el temor, el rechazo, el aislamiento y el despido laboral.

Como se ha mencionado, todos los participantes establecieron el primer contacto con las instituciones de salud por motivo de los requerimientos que establece el PCS de Salud Municipal. En esta etapa del proceso se reportan hechos violatorios que se relacionan con *“la revelación indebida de la condición de seropositivo al VIH”*. Desde la perspectiva de algunos entrevistados, estos hechos violatorios iniciaron en el propio ámbito de los servicios públicos de salud. Para informantes como Eleazar, el personal de salud municipal faltó al derecho de confidencialidad porque aún cuando se entregó o informó el resultado de manera individual, para ese momento, los empleadores ya tenían conocimiento de su condición de salud. Tal como se muestra en la siguiente cita, este hecho, a su vez, genera toda una cadena de hechos violatorios, donde la consecuencia más inmediata es la exclusión y el despido laboral:

**Eleazar, PMVS-12**

Me hicieron las pruebas un viernes y el sábado me estaban tocando la puerta. Estábamos conviviendo con mi esposa y una amiga de ella. Llegan los doctores y el dueño del bar y “sin papeles” me dicen que había salido mal. Eso fue todo. De ahí empezó el escándalo y desde entonces no me quieren dejar trabajar en la zona (...) A mí me da mucha pena comentarlo. Aunque yo no se lo he dicho, aquí lo sabe todo mundo, mis amistades, las personas en la calle lo saben.

Más allá de la discusión sobre si fue o no violado el derecho de la confidencialidad por parte de las instancias de salud municipal, lo cierto es que una de las primeras consecuencias del diagnóstico VIH positivo entre los trabajadores que laboran en el contexto del TS es el estigma y discriminación, y en algunos casos la rescisión de la relación laboral. Conforme los entrevistados iban adentrándose en las implicaciones del diagnóstico, se depositaba sobre ellos la lógica estigmatizadora que vincula a las personas inmersas en el contexto del TS como sujetos “portadores” de aquellas enfermedades que se transmiten por vía sexual.

Asimismo, con el anuncio médico se desplegaban las pérdidas posibles que pueden generarse en el ámbito laboral: la prohibición de ejercer cualquier tipo de intercambio sexual (caso de Karla); la distinción y el aislamiento en el ámbito del trabajo (caso Miguel, Javier y Marcos); y en el peor de los casos el despido y la prohibición de ingresar (aún para consumir servicios) a los establecimientos ubicados en las zonas de tolerancia (caso Eleazar):

### **Eleazar, PMVS-12**

“El problema fue desde el primer día que me lo fueron a decir. Me lo van y me lo dicen así nada más. No me enseñan ningún papel, nada más me dicen “sabes que saliste mal”. Me hicieron la prueba porque trabajaba aquí en un bar, aquí de cantinero en la zona (...) Otra de las cosas hablan de que no deben de discriminar a las personas y están haciendo todo lo contrario; ellos me hablan de que apoyan y conmigo están haciendo todo lo contrario. A mí me critican, hablan de mí ellos, y amenazaron de que si algún bar me deja entrar lo van a demandar. Este señor me corre también del trabajo, y yo le digo “está bien”. Y me quita hasta el servicio y yo me entero por otras personas que tanto ellos como el doctor que está al frente del Programa de esta cosa, son los que en realidad están contra mí. No sé si es personal o qué, pero viven echándome tierra por donde ellos pueden.”

Por lo tanto, a la condición de precariedad laboral del TS que se caracteriza por la ausencia de derechos y de seguridad social, se le suman las problemáticas de la

exclusión laboral y el desempleo. Desde la perspectiva de los entrevistados, en esta situación crítica donde impera la discriminación y la falta de ingresos económicos, recursos y oportunidades para garantizar la sobrevivencia de sí mismos y sus familiares, es que la pérdida de la calidad de vida, el desarrollo de la enfermedad, e incluso la muerte son procesos que parecen más próximos:

**Karla, PMVS-TS-08**

“Póngale que yo estoy mala, pero no estoy de acuerdo en que me hagan de menos. Para todas en el trabajo yo tengo SIDA. Eso me ha afectado bastante y no digo nada. Pero la hija del dueño ha hablado cosas de mí. Me han llegado los chismes de que van a comer en la cocina porque yo y mi esposo comemos ahí, me hacen el feo (...) Tampoco estoy de acuerdo en que quieran despedir del trabajo. Yo quisiera que ustedes me apoyaran en eso, porque yo soy padre y madre para mis hijas. Que ustedes me ayudarán a que no me cierren las puertas de allá arriba, que me dejan trabajar así. Hablar con los dueños más que todo (...) prometería tener trabajo normal, tengo que tener trabajo y lo único no meterme con nadie”.

La reconstrucción del proceso de diagnóstico contribuye a mostrar los efectos que tienen las prácticas médicas sobre las condiciones de vida y salud de las personas afectadas por la epidemia. Como se ha señalado, la institucionalización de la práctica del control sanitario del TS significó tanto la capacidad asignada a las instancias públicas de salud para regular las condiciones sanitarias en este ámbito laboral, como la transferencia a los profesionales de salud de las decisiones acerca de la prevención del VIH/ITS. Esto ha conducido a un proceso de creciente injerencia pública en las condiciones de vida y en la salud sexual de las personas que laboran en estos contextos.

Desde las instituciones de salud se conforman y difunden determinados valores, normas y prácticas médicas, siendo los agentes sanitarios a quienes se han adjudicado legal y normativamente la autoridad técnica y moral para regular la sexualidad de las personas que laboran en el contexto del sexo-servicio. Por

acción u omisión son los mediadores de las políticas de salud y las decisiones de los nuevos pacientes sobre cuestiones relacionadas con la prevención secundaria del VIH/SIDA. Las características del entorno institucional llegan a modificar prioridades en su relación cotidiana con las personas. Asimismo, sus particulares visiones del mundo y de las personas que acuden con ellos marcan con gran fuerza su práctica profesional, las orientaciones que ofrecen y la forma en que interactúan entre sí y con los pacientes. Cuando los profesionales de la salud identifican a una persona con VIH, emergen un conjunto de inquietudes epidemiológicas y cuestionamientos sobre su responsabilidad ante los procesos de control de la transmisión de la infección en el ámbito comunitario, así como por el tipo de medidas preventivas y procedimientos de atención que deben implementar con los nuevos pacientes:

“Aquí tenemos tres casos de personas que trabajan en la zona de tolerancia. De hecho son los únicos casos que hemos identificado en la comunidad durante los últimos tres años. Nosotros lo quisiéramos saber ¿qué hacer cuando se tiene una persona con resultado VIH positivo? (...) Lo que hemos hecho es prohibirle que trabaje en la zona o en este tipo de establecimientos porque de otra manera pueden estar contribuyendo a diseminar la infección” (Médico Municipal).

Las narrativas muestran que en el modelo de respuesta implementado por las instancias de salud municipal, y particularmente en las prácticas que se implementan ante la identificación de casos de VIH, se entrelaza la lógica epidemiológica que define a los nuevos pacientes como “potenciales transmisores de la enfermedad”, con las perspectivas y prácticas de la medicina laboral. Desde los abordajes laboristas se prescriben medidas terapéuticas que sugieren interrumpir la exposición a determinado “factor de riesgo laboral” entre los pacientes que presentan un daño a la salud estrechamente vinculado al tipo de trabajo.

Recuperando ambas perspectivas, los profesionales de salud municipal implementan medidas restrictivas que no toman en cuenta el entorno laboral del

trabajo sexual que se caracteriza por la ausencia de derechos laborales y de seguridad social. Desde su perspectiva, este tipo de medidas supuestamente contribuirán a prevenir la infección a nivel comunitario y “cuidar” la salud de los afectados, a costa de dejar sin su fuente de ingreso a los nuevos pacientes. Por tanto, en este entorno institucional se prioriza la salud de la población general en detrimento del respeto a los derechos humanos de los y las trabajadoras directamente afectadas por la epidemia.



## **CAPÍTULO VIII**

### **ACCESO A LA ATENCIÓN DEL VIH/SIDA EN UN MARCO DE ALTA MOVILIDAD: LA EXPERIENCIA DE MIGRANTES EN TRÁNSITO EN LA FRONTERA SUR DE MÉXICO**

Desde la década de 1980, la región fronteriza de Soconusco, Chiapas se constituyó como la puerta de entrada de miles de migrantes centroamericanos (MT) que cruzan la frontera y transitan por el territorio nacional con la intención de llegar a los Estados Unidos. Como señala Flor María Rigoni, director de la Casa del Migrante de Tapachula (2007: 118), *“se trata de un río humano escurriendo de sur a norte, en su mayoría son hombres y mujeres, jóvenes, adolescentes y niños migrantes y deportados en carrera contra el hambre y la pobreza. En las nuevas veredas se encuentran vagones y trenes, además de balsas, pateras y camiones, y buitres de muchos uniformes”*. Las condiciones que promueven la migración en México y Centroamérica están vinculadas con la marginalidad y la falta de oportunidades de desarrollo. En los últimos años a estas condiciones de desigualdad que se viven en los lugares de origen se han sumado diversos tipos de violencia que han cobrado vidas de migrantes en tránsito por el territorio mexicano. Estas condiciones del contexto al que se enfrentan los migrantes desde su origen y tránsito por México determinan su condición de vulnerabilidad y exposición a riesgos que están relacionados con daños en la salud.

La implementación de estrategias que facilitan el acceso a los servicios de salud para la atención del VIH/SIDA se entiende como un medio que puede contribuir a la reducción de la condición de alta vulnerabilidad que presentan los migrantes centroamericanos. En este capítulo se analizan las trayectorias de acceso al diagnóstico y atención del VIH/SIDA de migrantes que transitan por la frontera sur de México con la intención de llegar a los Estados Unidos. Aunque sólo se recupera la narrativa de dos varones migrantes, su experiencia contribuye a visibilizar aspectos relacionados con los motivos y las condiciones en que se realiza el diagnóstico del VIH, así como a explorar factores que intervienen en el seguimiento médico y epidemiológico.

## ***8.1 Tendencias de la política hacia la migración indocumentada***

*“Si es cierto que México llora sus muertos al norte, Centroamérica llora los suyos en la fronteras sur, además de un sin fin de abusos de autoridad, de cohecho, de violaciones sexuales, mordidas y asaltos por parte de bandas delictivas”*  
Flor María Rigoni, 2005.

A lo largo de las últimas tres décadas, se ha puesto en evidencia ciertos procesos de homologación de los enfoques que guían el tratamiento del tema migratorio en las sociedades de tránsito y destino.<sup>87</sup> Particularmente, desde la década de los 80, los grupos hegemónicos y otros actores de las sociedades receptoras han tendido a sustentar la consideración de la migración internacional como un “problema social”, y han puesto en escena a ciertos sectores de la población migrante en términos de “amenaza”, “criminalidad”, “gran cantidad” o “peligrosidad”.<sup>88</sup> Esto quiere decir que, al mismo tiempo en que la migración se consolidó como un fenómeno estructural de las sociedades receptoras y emisoras, la movilidad proveniente de los países del sur ha tendido a ser sistemáticamente “rechazada” (Agrela B., 2005; Bretisey D., 2007).

Este conjunto de significaciones fuertemente arraigadas en el imaginario colectivo, se produce y reproduce cotidianamente en las enunciaciones que hacen los agentes sociales representantes del campo político, los cuales por la posición que ocupan, permean los estereotipos al ámbito jurídico y los extienden hacia el espacio social más amplio (Briceño Y., 2004). De igual manera, el debate público sobre la temática migratoria se ha establecido en un clima general de alarma y exclusión de los contingentes de migrantes indocumentados que se dirigen primordialmente a los países centrales. Una de las consecuencias de este proceso

---

<sup>87</sup> Los estudios que privilegian el análisis de las determinantes macro-sociales que influyen en la reorientación de las políticas hacia la migración internacional, argumentan que el desmantelamiento del Estado de bienestar, las grandes transformaciones registradas en los mercados mundiales, las erráticas e ininterrumpidas políticas de reconversión industrial, las graves crisis económicas y las dinámicas inflacionarias, son macro-procesos propios del capitalismo tardío y de la interconexión global que delimitan el contexto en el cual se va a dar la reorientación de las directrices en materia migratoria (Belverde C., et al. 2007; Briceño Y., 2004; Artola J., 2005; Castillo M. A. s.f).

<sup>88</sup> La estrategia de criminalización dirigida por los estados de los países centrales hacia la población migrante “consisten en la asociación de sus miembros a acciones delictivas, sucesos irregulares, situaciones al margen de la ley o problemas de orden público” (Briceño Y., 2004: 206).



se expresa en la tendencia generalizada de endurecimiento de las ya restrictivas políticas migratorias que privilegian la adopción de los enfoques de seguridad nacional.<sup>89</sup>

Un ejemplo claro de estos procesos se expresa en la construcción o modificación de los marcos legislativos sobre migración que han derivado en la emergencia de nuevas categorías de sujeto y en el fortalecimiento de una clasificación anterior: la del “migrante ilegal”. Las evidencias empíricas proporcionadas por una serie de autores han mostrado que el afianzamiento de la idea de que algunos grupos que residen en una comunidad sin tener derecho legal para ello, sin duda favorece la desigualdad y la inequidad social (Agrela B., 2005).

En un periodo marcado por acuerdos regionales dirigidos al endurecimiento de las políticas hacia la migración -y de las exigencias legales, administrativas y de seguridad-, se articula la puesta en práctica del cierre de fronteras.<sup>90</sup> En general, estos procesos incluyen modificaciones a los marcos legislativos, el fortalecimiento de las acciones de vigilancia, control e identificación de flujos, y el incremento masivo de las detenciones y deportaciones o expulsiones forzadas (Castillo M. A., 2000; Artola J., 2005; Rivera F., 2005).

México no es la excepción, ya que aún cuando en la política migratoria es posible identificar diferentes principios y orientaciones, en la regulación de las diferentes fases y componentes del fenómeno de la migración centroamericana han imperado los enfoques de control y regulación de flujos, los cuales están acompañados de toda una serie de medidas de detención y deportación

---

<sup>89</sup> El vínculo entre migración y seguridad no es nuevo; sin embargo, su relación se ha impuesto con crudeza, en el terreno de las relaciones internacionales, a partir de los sucesos del 11 de septiembre de 2001 en Estados Unidos. A partir de esta fecha, la seguridad ha ocupado un lugar predominante en la agenda internacional e interna de las grandes potencias. Esta “seguritización” de las relaciones hemisféricas ha tenido consecuencias directas en las políticas migratorias y en el control fronterizo. Desde esta perspectiva, las fronteras y su protección surgen como un tema de alta prioridad, donde se cifran los mayores riesgos y se impulsan medidas drásticas (Artola J., 2005; Rivera F., 2005).

<sup>90</sup> En América Latina se pueden encontrar múltiples estudios que muestran como a la luz de los procesos de “seguritización” de las relaciones hemisféricas impulsadas por Estados Unidos, los temas de migración quedan ligados con el tráfico de drogas, el terrorismo y las economías ilegales (Artola J., 2005; Rivera F., 2005; Castillo M. A. s.f.). En este marco se extienden los procesos de criminalización y descalificación hacia estos sectores de la población móvil.

focalizadas en la población que ingresa al país sin documentos (Castillo M. A., 2000).

Al respecto, la Red Scalabriniana (2005), señala que a partir del año 2000 se implementa, sobre todo bajo la presión de Estados Unidos, el llamado Plan Sur, que prevé la deportación o repatriación de todo indocumentado hasta sus países de origen, a través de la delegación y estación migratoria de Tapachula, Chiapas. Así, primero la frontera sur, y después todo el territorio mexicano se ha configurado calladamente como lo que Flor María Rigoni (2007:83) llama la “frontera vertical”, hecha por alambre de púas que se extiende por más de 3000 kilómetros:

“A partir de la segunda mitad de los años 90 aquellos que los indocumentados apodan el México uniformado o los buitres uniformados (corporaciones de la policía y migración) pasaron de una política de acogida y tolerancia a una licencia de cacería, que se ha venido instaurando a través de una jungla de discrecionalidad y de corrupción. Esta discrecionalidad se ha vuelto en unos casos caza al indocumentado, hemos pasado de la averiguación a la sospecha e inclusive a la acusación formal: tú no eres mexicano” (Rigoni F., 2010).

De igual manera, el Centro de Derechos Humanos Fray Matías de Córdova (2005), afirma que las violaciones a los derechos humanos de los migrantes centroamericanos se recrudecieron en el marco de una política de seguridad nacional caracterizada por la importante presencia de diferentes organizaciones policiales y militares. En este contexto, la población migrante centroamericana ha sido sujeto de importantes presiones de los diferentes operativos policiales que frecuentemente incurren en medidas que conllevan a violaciones de los derechos humanos.

La gravedad de las acciones basadas en los enfoques de seguridad nacional no sólo radica en el hecho que el gobierno haya otorgado la discrecionalidad de la revisión migratoria y de identificación a cualquier cuerpo policiaco, sino también

puso en evidencia la carencia de políticas públicas interesadas en la promoción y respeto a los derechos humanos de los migrantes centroamericanos. “Esta actitud no se trata de una simple laguna legislativa. Delante de una marea humana, de un río de pueblos que se vuelcan al camino dentro de un marco social que carece del concepto de derecho y de respeto a la dignidad ajena; este vacío se transforma en campo abierto para interpretaciones arbitrarias” (Rigoni F., 2010:87).

A pesar de las denuncias realizadas por la sociedad civil organizada, las políticas que se siguieron implementando en el periodo 2007-2012, mantuvieron vigente el enfoque de la securitización, aunque también incluyeron una línea de acción en materia de derechos humanos. En el ámbito federal y estatal deben mencionarse tres documentos de referencia que incluyen el tema migratorio: el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, el Plan de Desarrollo Chiapas Solidario 2007-2012 y la Propuesta de Política Migratoria Integral en la Frontera Sur de México del Instituto Nacional de Migración. En los tres documentos de planificación estratégica mencionados se especifican las acciones en materia migratoria que forman parte del denominado “Plan de Reordenamiento de la Frontera Sur”. Las principales acciones se articulan mediante tres ejes estratégicos: 1) Fortalecimiento de la seguridad en la zona fronteriza; 2) Diseño e implementación de programas de regularización de trabajadores temporales que conforman un sector estratégico para la economía local y regional; 3) Promoción de los derechos humanos de migrantes.

El análisis de contenido de estos documentos permite observar algunos elementos de contradicción relacionados con la forma en que se define y maneja el tema migratorio. Por un lado, en los documentos prevalece una perspectiva que tiende a definir a la migración como una “problemática social” que de alguna manera se asocia a diversos actos delictuosos que se han incrementado en esta frontera durante las últimas décadas (deterioro del medio ambiente, tráfico de personas, de armas, mercancías, robos, prostitución etc.). Desde esta perspectiva, se sugiere continuar fortaleciendo las acciones que se limitan a la implementación de mecanismos de control y contención de los flujos presentes en la frontera sur:

“La problemática de las fronteras en materia de seguridad requiere de la acción coordinada de los diferentes cuerpos policíacos que operan en la zona (...)” (Plan Nacional de Desarrollo. Objetivo 14. Estrategia 14.1).

Las acciones sustentadas en esta perspectiva no sólo contribuyen a incrementar la vulnerabilidad social de las poblaciones migrantes centroamericanas, sino facilitan los procesos de criminalización y descalificación de estos grupos sociales. Estos mecanismos discursivos y prácticos van fomentando la reemergencia de estereotipos<sup>91</sup> y prejuicios ampliamente difundidos en contextos socioculturales específicos (Santamaría J., 2002; Briceño Y., 2004). En el siguiente párrafo se ejemplifican estos mecanismos que incluso llegan a definir a la migración como parte de las “patologías sociales”:

“En los últimos seis años las patologías normales de las fronteras, se han incrementado en la región; la invasión de patologías sociales centroamericanas, el auge del contrabando y el tráfico de drogas, la violencia y la prostitución ha ido a complicar una zona en la que el incremento poblacional empieza ya a constituirse en problema” (Plan de Desarrollo Chiapas Solidario. 5.2.4 Frontera Sur).

En aparente contradicción, en los tres documentos de planificación estratégica también es posible identificar disposiciones específicas que enfatizan la necesidad de diseñar e implementar intervenciones que promuevan la defensa y garantía de los derechos humanos de los migrantes. Particularmente, en la Propuesta de Política Migratoria Integral, documento de alcance regional, se integra un rubro denominado “Protección de los derechos de los migrantes”. En éste se apela al fortalecimiento de las capacidades del personal del Instituto Nacional de

---

<sup>91</sup> Se entiende por estereotipo al conjunto de significaciones fuertemente arraigadas acerca de las características que se atribuyen a ciertas categorías de personas. Su influencia en el comportamiento social es muy importante, ya que tienen la potencialidad de predisponer el comportamiento hacia los otros, provocan una respuesta esperada. El poderoso componente inconsciente de los estereotipos, así como la importante función de normalización de los comportamientos que generan, ayudan a explicar por qué son tan difíciles de cambiar, aún cuando las condiciones sociales que parecen originarlos y mantenerlos sufran cambios importantes (Stern C., 2007).

Migración, y al fomento de la cultura de la denuncia en cuanto a violación de derechos humanos.

“Una política exterior responsable y activa como la que propone este Plan debe mirar, al mismo tiempo, por el respeto a los derechos humanos de ciudadanos latinoamericanos que ingresan al país, muchas veces de manera indocumentada y en condiciones lamentables de seguridad.” (Plan Nacional de Desarrollo. Eje 5. Rubro 5.9).

En este marco de aparente contradicción en las orientaciones de la política migratoria, se continuó restando importancia a la generación de mecanismos efectivos que contribuyeran a proteger y garantizar los derechos humanos de los migrantes centroamericanos que van en tránsito por México. “Esta actitud ha abierto las compuertas de un dique para que la impunidad prevalezca sobre todo tipo de agresión y delito, codificando un círculo vicioso que pone al transgresor en un amparo automático y a la víctima delante de fronteras insuperables” (Rigoni F., 2010:85).

En este contexto signado por la impunidad, los migrantes centroamericanos se convirtieron en presa fácil de las redes de delincuencia organizada que están involucradas en situaciones complejas y graves como son la trata de personas, el tráfico de migrantes, los secuestros y ejecuciones masivas, así como a la extorsión, el robo y a las diferentes manifestaciones de la violencia. Aunque desde años atrás se venía registrando la violación sistemática de los derechos fundamentales y de las transgresiones contra las garantías individuales, la problemática llegó a su límite con los datos arrojados por la Comisión Nacional de Derechos Humanos sobre los casos de secuestro en migrantes (2010); y sobre todo con la terrible masacre de las 72 personas migrantes que fueron encontradas el 24 de agosto de 2010, en un rancho de San Fernando, Tamaulipas.

A partir de la visibilización de estos terribles hechos, los actores involucrados en la regulación del fenómeno de la transmigración en México se vieron obligados a reposicionar el debate público en torno a la temática con el propósito de formular e

implementar algunas medidas urgentes. Hasta el momento, la principal medida se ha realizado en el campo jurídico con la modificación de la Ley General de Población y la generación de la iniciativa de la Ley de Migración.<sup>92</sup>

Además de ratificar las obligaciones que tiene el Estado mexicano en materia de protección de los derechos humanos, las recientes reformas de la Ley General de Población (noviembre 2010) incluyeron la modificación del Artículo 67 en el cual se establece que, independientemente de la situación migratoria, las personas de otros países tendrán derecho a recibir la atención médica que requieran en caso de enfermedad o accidente que pongan en riesgo su vida. De esta manera, la reforma de ley se suma al todo el instrumental jurídico –nacional e internacional– relacionado con la protección del derecho a la salud de los migrantes.<sup>93</sup>

Sin embargo, el derecho a la salud y los otros derechos humanos sólo adquieren sentido cuando se generan las condiciones para su aplicabilidad. Lo anterior plantea la necesidad de desarrollar estrategias efectivas de atención a la salud que sirvan como evidencia para el fortalecimiento de programas hasta ahora no considerados en los esquemas de atención tradicional. Asimismo, plantea el reto de desarrollar políticas orientadas a reducir barreras y facilitar el acceso de los migrantes a servicios de salud. Pero el acceso a servicios no sólo debe estar para accidentes o daños a la salud que ponen en riesgo la vida, sino para facilitar la atención de enfermedades complejas y que requieren un estricto seguimiento médico como es el caso del VIH/SIDA.

---

<sup>92</sup> De acuerdo con un Informe de la Comisión Internacional de Derechos Humanos (2002/62:7), la Ley General de Población, constituye el principal instrumento jurídico que “regulan los procesos migratorios, estableciendo las obligaciones de los migrantes y fijando límites de los derechos aplicables a los mismos”. Sin embargo, antes de la modificación de la Ley, se encontraba que ésta no recopilaba de manera explícita y exhaustiva las obligaciones del Estado mexicano en materia de protección de los derechos humanos de los migrantes”.

<sup>93</sup> En el sistema jurídico mexicano, la Constitución Política vigente, es el marco legal que sienta las bases para promover y defender los derechos humanos de las personas migrantes, ya que confirma los principios universales de igualdad y libertad en dignidad y derechos, y su derecho irrestricto a la no discriminación (art. 1º, 2º, y 7º). Asimismo, el Estado mexicano ha ratificado la mayoría de los pactos y convenciones que enumeran un conjunto de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales que protegen a las poblaciones migrantes.

## 8.2 Soconusco: contexto de tránsito migratorio

Desde la década de 1980, la región fronteriza de Soconusco, Chiapas se constituyó como la puerta de entrada de miles de migrantes centroamericanos (MT) que cruzan la frontera y transitan por el territorio nacional con la intención de llegar a los Estados Unidos. La precarización de las condiciones de vida y la acentuación de la desigualdad producto del modelo neoliberal constituyen determinantes estructurales de los movimientos poblacionales extra-regionales que se incrementaron de manera sostenida en los años 80, hasta llegar a consolidarse como el principal patrón migratorio en Centroamérica.<sup>94</sup>

Si bien persisten dificultades metodológicas para estimar la magnitud de estos flujos, los indicadores de migración irregular (basados en el número de aprehensiones), muestran que entre 1990 y el 2006, se realizaron 2, 407,902 devoluciones y rechazos de migrantes indocumentados en México (INM, 2006). En el periodo 2000-2006 fue cuando el Instituto Nacional de Migración registró el mayor número de deportaciones de migrantes centroamericanos que ingresaron al país sin documentos. Del total de personas “aseguradas” (n=826, 283) en México durante este periodo, 44% fueron detenidas en el estado de Chiapas (INM, 2006).

De acuerdo con estimaciones realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2007), alrededor de 95% de las personas “aseguradas” y deportadas en el primer quinquenio de la década del 2000, eran migrantes que provenían de los diferentes países de Centroamérica: 46.3% de Guatemala, 31.7% de Honduras, 14% de El Salvador y 2% de Nicaragua (cuadro 8.1).

---

<sup>94</sup> Desde finales de los 70, se registró el incremento sostenido de los flujos migratorios que transitan por la frontera sur con la intención de llegar a los EU. De acuerdo con la OIM (1999) entre 1970 y 1990 los migrantes centroamericanos que residían en otro país de la misma región disminuyen de 50% a 7.5%; mientras tanto, aumentó la proporción de personas que se han dirigido hacia el norte del continente (de 50% en 1979 a 92.5% a inicios de la década de los 90), es decir, que en este periodo, la migración extra-regional se constituyó como el principal patrón de la movilidad poblacional en la región.

**Cuadro 8.1**  
**Devoluciones y rechazos de extranjeros no autorizados por las autoridades migratorias según nacionalidad 2000-2006**

Año	Total	País de origen			
		El Salvador	Guatemala	Honduras	Otro país
2000	157 169	34 238	71 460	41 090	10 381
2001	144 192	31 833	61 084	37 788	13 487
2002	117 395	17 008	55 116	33 651	11 620
2003	182 630	28 425	81 831	58 798	13 576
2004	221 307	35 451	94 054	73 046	18 756
2005	248 950	42 596	100 311	77 793	28 250
2006	183 399	27 014	84 770	59 013	12 602

Fuente: Estimaciones de CONAPO con base en el Instituto Nacional de Migración, *Estadísticas migratorias*, enero de 1996, octubre de 1999, febrero 2000, enero-diciembre de 2002, enero de 2004, enero-diciembre 2004, febrero 2005, junio 2006 y febrero 2007.

No obstante, se ha identificado que la población de MT está constituida por jóvenes con una edad promedio de 27 años; los cuales con frecuencia presentan una escolaridad variable, desde profesionistas, personas con instrucción básica incompleta, hasta los que no saben leer ni escribir (Villa B., et al. 2004; Infante C., et al. 2011). En general, los MT han desempeñado diversos oficios (albañiles, carpinteros, soldadores), fueron empleados(as) en el sector servicios o han ofertado su mano de obra en las maquiladoras existentes en sus lugares de origen (Leyva R., y Quintino F., 2007).

Durante más de dos décadas, el Soconusco fue la región que concentró el mayor número de eventos relacionados con el tránsito de migrantes indocumentados en toda la frontera sur de México (ver cuadro 8.2). Los estudios publicados en los años 90, indicaron que la mayoría de los migrantes indocumentados transitaban por la ruta de Soconusco, la cual abarca un trecho de 200 kilómetros comenzando en los cruces fronterizos de Ciudad Hidalgo-Tecún Umán y Talismán-Ciudad Cuauhtémoc, hasta la región del Istmo-Costa, en Oaxaca (Ruiz O., 1998).



**Cuadro 8.2**  
**Eventos de aseguramientos de centroamericanos en la región**  
**Costa de Chiapas (ruta migratoria 1) 2001-2006**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Tapachula, Chis. (representación)	39,466	28,138	36,474	43,760	38,027	36,305
Echegaray, Chis. (representación)	12,301	5,464	7,097	7,102	8,356	8,507
Tapachula, Chis (aeropuerto)	1,543	1,194	987	1,003	489	113
Talismán, Chis. (representación)	368	91	153	119	175	17
Cd. Hidalgo, Chis (representación)	102	507	740	6	4	0
<b>Total</b>	<b>53,780</b>	<b>35,394</b>	<b>45,451</b>	<b>51,990</b>	<b>47,051</b>	<b>44,942</b>
% Participación*	54.6	46.5	49.4	43.4	37.6	39.6

Fuente: Instituto Nacional de Migración. Estadísticas 2006.

\* Participación en el total de aseguramientos registrados en todos los estados fronterizos (Chiapas, Campeche, Quintana Roo y Tabasco).

En los últimos años se ha observado una tendencia de reducción de la circulación migratoria en esta región fronteriza.<sup>95</sup> Esta tendencia se sustenta en la disminución del número de detenciones de migrantes centroamericanos registradas por las autoridades migratorias, cuyo punto más alto se había alcanzado en el 2001; y en el menor número de migrantes extranjeros que acudieron a solicitar apoyo a los diferentes albergues o casas de migrantes localizados en la frontera de México con Guatemala (INM, 2011). Los cambios en la dinámica transmigratoria aún han sido poco explorados, sin embargo, los cambios registrados en las rutas tradicionales están asociados a diversos fenómenos como el endurecimiento de la política migratoria y a las acciones de seguridad fronteriza, al recrudecimiento de la violencia y la extorsión que viven los migrantes, así como a los efectos del Huracán Stan (2005) que provocaron la interrupción de la red ferroviaria que atravesaba el corredor fronterizo de Suchiate y Tapachula, hacia el norte de México.

<sup>95</sup> De acuerdo con el INM (2011), la migración centroamericana de tránsito irregular a partir de 2006 la tendencia cambia a la baja, y se observa una reducción del orden de 70% en el periodo 2005-2010, al pasar de 433 mil a 140 mil eventos entre ambos años. Durante 2009 y 2010 los flujos parecen estabilizarse.

Aunque han cambiado las rutas migratorias, los migrantes centroamericanos continúan siendo una población en condición de alta vulnerabilidad social. Durante más de una década, los estudios realizados por diversas instancias académicas, los informes y denuncias hechas por las organizaciones de la sociedad civil, las relatorías y recomendaciones emitidas por las comisiones de derechos humanos, la información vertida en medios de comunicación, los documentales, entre otras fuentes, han mostrado que durante su tránsito por México, los migrantes indocumentados siguen enfrentando una multiplicidad de desventajas sociales, riesgos y transgresiones directas en contra de su dignidad, integridad y garantías individuales, así como otras violaciones sistemáticas a sus derechos humanos.

Además los migrantes centroamericanos son víctimas de delitos como la extorsión, el robo, asaltos, explotación, trata de personas, asesinatos provocados por autoridades o por el crimen organizado que opera con o sin anuencia de aquellas (Rigoni F., 2008). También se ha documentado que en las regiones fronterizas y en largo trayecto hacia el norte, los y las migrantes, frecuentemente se enfrentan a situaciones de discriminación, violencia física, psicológica y/o sexual; tienen un limitado acceso a los recursos preventivos y a la asistencia sanitaria; y viven las consecuencias de la desprotección laboral, jurídica y social (Leyva R. et al., 2005, 201; CNDH, 2009).

La grave problemática de la violencia se acentúa entre las mujeres centroamericanas, ya que éstas frecuentemente sufren violaciones sexuales durante el trayecto o se ven obligadas a ejercer el trabajo sexual, el sexo coaccionado o de sobrevivencia (Leyva R., et al. 2004). Al respecto, un informe elaborado en 2006 por la Relatora Especial de la FEVIM, concluyó haber observado niveles de extrema violencia contra la mujer en la frontera con Guatemala (citado en Nieves E., 2008). Por su parte, estudios realizados en la región fronteriza de Soconusco, Chiapas, han estimado que alrededor del 30% de las mujeres migrantes centroamericanas que se han alojado en el Albergue, Belén reportan haber tenido relaciones sexuales a cambio de bienes, transporte,

alimentación, protección o dinero; y 8.3% reportan haber sufrido una violación sexual (Infante C., et al., 2011).

Por tanto, a sólo 30 kilómetros de haber cruzado la frontera sur de México, se estima que tres de cada diez mujeres centroamericanas ha sufrido de violencia sexual. La violencia sexual es un problema de derechos humanos y de salud pública, el cual, además incrementa el riesgo a las ITS/VIH, y en el caso de las mujeres a un embarazo forzado. Lo anterior nulifica la capacidad de respuesta individual, situación que se agrava en un contexto donde aún son limitados los servicios de promoción y cuidado de la salud para las poblaciones migrantes que ingresan al territorio mexicano sin documentos (Bronfman M., et al. 2004; Leyva R., et al. 2005). Por todo ello, es que se afirma que la vulnerabilidad social y de salud que enfrentan las poblaciones migrantes indocumentadas constituye un indicador de la desigualdad estructural y de las inequidades persistentes que caracterizan a nuestras sociedades.

### ***8.3 La política local en VIH/SIDA y migración***

Durante la última década, el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS (PVIH-JS) y las organizaciones sociales que trabajan en la región de Soconusco, Chiapas han desarrollado un conjunto de acciones para promover los derechos de las personas migrantes en relación con la prevención y atención del VIH/SIDA. El reconocimiento de la condiciones de alta vulnerabilidad y riesgo que enfrentan los migrantes durante su tránsito por la región fronteriza, planteó la necesidad de desarrollar un modelo de prevención y atención del VIH/SIDA adecuado a las necesidades de una población que presenta una dinámica de alta movilidad.

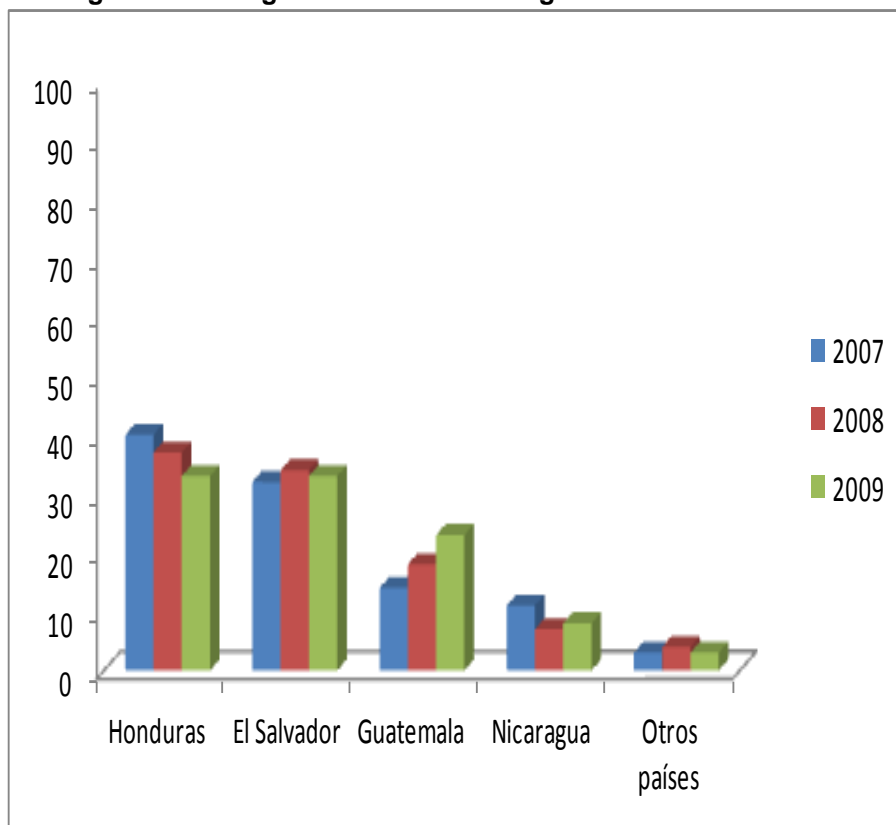
Aunque desde el año 2003, el PVIH-JS -en colaboración con el INSP y las organizaciones civiles que operan en la región fronteriza de Soconusco-, ya venía implementando estrategias de prevención primaria en la población de migrantes en tránsito (Bronfman M., y Leyva R., 2004), fue hasta finales del 2007 cuando se abrió la posibilidad para brindar atención integral a migrantes con VIH/SIDA.

Cabe recordar que la tercera fase del “modelo de prevención y atención del VIH/SIDA en población migrante” que abarca el periodo 2008-2010, está determinada por la emisión del Memorandum DG/DIO/1021/07 por parte del CENSIDA, documento donde se reitera la importancia de dar atención integral y medicamentos antirretrovirales a toda persona migrante que vive con el VIH. Esta base normativa permitió sustentar la implementación de acciones de consejería, promoción del diagnóstico oportuno mediante la oferta –voluntaria, confidencial e informada- de la prueba rápida de VIH, la atención y seguimiento médico, y la cobertura del tratamiento antirretroviral en la población de los migrantes en tránsito por la frontera sur de México. En su conjunto, estas acciones han buscado promover los derechos humanos como un medio para la reducción de la condición de alta vulnerabilidad que presentan los migrantes en tránsito por México.

Para poder llevar a cabo estas acciones, el PVIH-JS requería fortalecer las alianzas estratégicas con las organizaciones de la sociedad civil que cotidianamente proveen servicios a los migrantes centroamericanos. En el marco de estos procesos, la Casa del Migrante, Albergue Belén de Tapachula (CM) ha jugado un papel estratégico en tanto es una de las organizaciones que cuenta con mayor experiencia y capacidad para brindar servicios de apoyo humanitario, asesoría legal, promoción de derechos humanos y atención de la salud para las y los migrantes en tránsito por México.

El Albergue Belén es una organización religiosa que forma parte de la Red de Casas del Migrante Scalabrini, la cual nace en 1999 como una corriente pastoral de acogida y hospitalidad hacia todo tipo de migrante, deportado y refugiado. La Casa de Tapachula se abrió se abrió el 1º de enero de 1997, y tiene un cupo aproximado de 45 migrantes; sin embargo, en los momentos de intensificación de los flujos también ha abierto sus puertas para un mayor número de migrantes quienes se quedan alrededor de tres días con el propósito fundamental de reponer la energía y en ocasiones esperar recursos económicos para continuar el largo y sinuoso tránsito por el territorio mexicano con la intención de llegar a los Estados Unidos (Página web de la Red Scalabrini, consultado en mayo 2010).

**Figura 8.1**  
**Albergue Belén: Migrantes en tránsito según nacionalidad 2007-2009**



Fuente: Elaboración propia con base en los datos presentados por la Casa del Migrante, Albergue Belén (2009), "Los servicios de prevención del VIH/SIDA en la Red Scalabrini" Ponencia presentada en la 1ª Reunión de la Red Local sobre Migración y VIH/SIDA, celebrada en la Ciudad de Tapachula, Chiapas.

De acuerdo con el Registro de Atención de la CM, en el periodo 2007-2010, se atendió a un total de 16,872 migrantes en tránsito, alrededor del 90% son hombres y sólo 10% mujeres. Más del 95% de los migrantes que acuden a sus instalaciones son originarios de Centroamérica: en su mayoría provienen de Guatemala y El Salvador, y en menor medida de Guatemala y Nicaragua (gráfica 8.1). Asimismo, la información generada por el INSP (Infante C., Leyva R., 2011:90) mediante la aplicación de la "Encuesta sobre migración y salud sexual y reproductiva 2009-2010" muestra que los migrantes alojados en la CM presentan una media de edad de 27 años, un promedio de escolaridad de 7.4 años y alrededor de 98% tienen un estatus migratorio indocumentado. De acuerdo a su estado civil, 58% de los varones y 46% de las mujeres son solteros/as, y la mayoría tienen hijos, con un promedio de 2.2 HNV por mujer.

Como se mencionó en el Capítulo V, fue en el marco de la colaboración con el INSP y el PVIH-JS cuando el Albergue Belén incorpora a sus servicios de salud un componente específico: la prevención y atención del VIH/SIDA en el trayecto migratorio (Bronfman y Leyva R., 2004; Leyva R., et al., 2005, 2007; Infante C., et al. 2011). En el marco de colaboración, los actores han cumplido funciones diferenciales. El INSP ha diseñado los lineamientos de atención para los migrantes en tránsito (ver Anexo 8.1), y ha llevado a cabo actividades de monitoreo y evaluación. El PVIH-JS ha capacitado al personal de salud del Albergue, proporciona insumos sanitarios (pruebas rápidas) y da seguimiento a los casos de personas migrantes que obtienen un resultado reactivo en la prueba rápida de VIH. Por su parte, el equipo de trabajo de la Casa del Migrante tiene a su cargo las siguientes funciones: implementa las actividades de educativas, de sensibilización y comunicación para el cambio de comportamiento (CCC), la promoción y distribución del condón (PDC), la consejería y pruebas voluntarias de VIH (VCT) y realiza la referencia (al PVIH-JS) de las personas con resultado reactivo en la prueba rápida de VIH.<sup>96</sup>

El sistema de registro de las actividades desarrollado en el marco de diversas iniciativas desarrolladas de manera conjunta con el INSP, muestra que alrededor de 80% del total de migrantes que transita por la Casa ha sido beneficiario de los servicios de prevención y atención del VIH/SIDA (Leyva R., y Quintino F., 2005, 2007, 2008, 2009; Infante C., et al. 2010, 2011). La sistematización de las actividades desarrolladas entre el 2007 y 2010, muestra que la CM ha brindado 86 pláticas preventivas que beneficiaron a un total de 10,661 migrantes en tránsito (cuadro 8.3).

---

<sup>96</sup> En documentos técnicos elaborados por René Leyva y colaboradores (2007, 2008, 2009), se indica que las pláticas preventivas se realizan cuatro días a la semana, participa un promedio de 21 migrantes, tienen una duración aproximada de 25 minutos, y todas se llevan a cabo en las instalaciones de la CM. Una promotora de salud capacitada en la temática ha estado a cargo de la implementación de estas estrategias. Todas las pláticas incluyen la demostración del uso adecuado del condón. Una vez garantizando el suministro de los insumos sanitarios, se ofertó la prueba rápida de VIH a todos los participantes en las actividades grupales. Las personas que demandaron la aplicación voluntaria e informada de la prueba fueron atendidas por el personal médico que colabora de manera rutinaria en la CM.

**Cuadro 8.3**  
**Casa del Migrante, Albergue Belén: cobertura de las intervenciones de prevención y atención del VIH SIDA en migrantes en tránsito**

	2007*		2008*		2009◇		2010◇		Total	
	1o de abril al 31 de agosto		1o de mayo al 31 de diciembre		27 de julio al 30 de noviembre		5 de febrero al 15 de octubre		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Número de MT que participaron en las pláticas preventivas	3948	37.0	2446	22.9	3392	31.8	875	8.2	10661	100
Número de pláticas preventivas VIH/SIDA	138	28.4	140	28.8	143	29.4	65	13.4	486	100
Número de condones distribuidos	7856	33.6	4892	20.9	6777	29.0	3878	16.6	23403	100
Número de pruebas rápidas realizadas	151	22.8	170	25.7	161	24.4	179	27.1	661	100
Número de personas con resultado reactivo	1	12.5	4	50.0	1	12.5	2	25.0	8	100
Prevalencia de VIH	0.66		2.35		0.62		1.12		1.21	

Fuente: Leyva R., et al. Informes técnicos, INSP (2007-2010).

En este periodo, se ha promovido el diagnóstico oportuno mediante la aplicación de 661 pruebas rápidas de VIH. Del total de personas que se realizaron la prueba en estos cuatro años, ocho obtuvieron un resultado reactivo al VIH, lo cual representa una prevalencia de 1.2%. En general, los resultados de prevalencia obtenidos en los diferentes periodos en los que se han realizado las intervenciones muestran un panorama epidemiológico semejante al que se ha observado en los principales países de origen de los migrantes que transitan por el Albergue Belén.

Por ejemplo, entre el 1º de abril y el 31 de agosto de 2007, en el Albergue Belén se realizaron 151 pruebas y se obtuvo un resultado reactivo, lo que equivale a una prevalencia de 0.66%. En ese mismo año, la prevalencia estimada en población general de 15 a 49 años de edad en países como Guatemala, Honduras y El Salvador era de 0.8%, 0.7% y 0.8%. De igual manera, los datos generados por el Albergue Belén para el año 2009, arrojan una prevalencia de 0.62%, tasa que nuevamente se asemeja a la situación de la epidemia observada en población general de los países mencionados de Centroamérica (cuadro 8.4). Estos datos

muestran que en términos epidemiológicos, los migrantes no son un grupo de alto riesgo, más parecen representar una submuestra de la situación de la epidemia en población general. Por ello, es importante considerar las condiciones de vulnerabilidad social y los nuevos riesgos que enfrentan durante su proceso migratorio, y que son éstos los que definirán la incidencia de VIH e ITS entre los grupos móviles y migrantes (Leyva R., et al. 2011).

**Cuadro 8.4**  
**Prevalencia estimada de VIH en el grupo de 15 a 49 años**  
**de edad (%): México y países de Centroamérica**

	2001	2007	2009
México	0.3	0.3	0.3
Guatemala	0.5	0.8	0.8
El Salvador	0.8	0.8	0.8
Honduras	1.2	0.7	0.8
Nicaragua	0.1	0.2	0.2

Fuente: UNAIDS, HIV and AIDS estimates and data, 2009, 2007 and 2001.

▪ **Lineamientos de atención**

Como parte de los lineamientos de atención, se invita a las personas con resultado reactivo al VIH a realizarse una segunda prueba rápida; posteriormente, se les sugiere acudir a las oficinas del PVIH-JS con el fin de dar seguimiento al proceso de confirmación del diagnóstico por Western Blot y a la elaboración del expediente clínico que incluye exámenes de carga viral, CD4, hepatitis, TB y sífilis. Si el migrante decide permanecer en la frontera, entonces se desarrollan los procedimientos para que sea incluido en el Programa de VIH/SIDA y reciba tratamiento correspondiente de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana y a los acuerdos establecidos en el Memorandum DG/DIO/1021/07 emitido por el CENSIDA.

Aunque existe la posibilidad de acceso al PVIH en México, en general, los migrantes en tránsito con resultado reactivo al VIH toman otras decisiones. En una conversación informal con el director de la Casa del Migrante, él manifestaba su inquietud por *“la estabilidad psicológica, emocional y espiritual de las personas migrantes con VIH identificadas en el Albergue, ya que al momento de recibir su*



*diagnóstico parecen completamente derrotados, se rinden y ya no hay voluntad de reaccionar. Es como si percibieran que el diagnóstico de esta enfermedad es la última señal del fracaso, es como si dijeran: ni para migrar sirvo, yo en este país soy extranjero, mejor me regreso. Por ello, no parecen estar interesados en continuar acudiendo a los servicios de salud disponibles en México” (Director de la Casa del Migrante, notas del diario de campo, visita 7 al 9 de febrero de 2009).*

La perspectiva que tiene el equipo de la CM respecto a la reacción y decisiones que toman los migrantes con resultado presuntivo de VIH se corrobora mediante los datos de seguimiento clínico-epidemiológico. El sistema de registro del Programa de VIH, muestra que del total de casos notificados en la población de MT, en el periodo 2009-2011, 64% ha decidido esperar la confirmación del diagnóstico (proceso que tarda aproximadamente 30 días), pero una vez contando con su expediente clínico completo deciden retornar a su país de origen aún sin haber concretado el trámite para realizar la referencia a los servicios de salud de Centroamérica. Alrededor de 9% toma la decisión de continuar su tránsito hacia los Estados Unidos inmediatamente después de haber obtenido la prueba rápida. Se estima que el 27% del total de migrantes notificados decide ingresar al PVIH en México (cuadro 8.5).

Aunque son pocas las personas migrantes que deciden dar continuidad a la atención médica en los servicios de salud de la frontera, el derecho a recibir el tratamiento antirretroviral trae un beneficio importante para el cuidado de la salud y la calidad de vida. Asimismo, el acceso al diagnóstico oportuno del VIH favorece el pronóstico, en tanto, amplía el margen de posibilidad para iniciar los cuidados y el tratamiento en una etapa temprana de la enfermedad.

De acuerdo con el sistema de registro epidemiológico del PVIH-JS, la mayor parte de los migrantes en tránsito son asintomáticos y sus exámenes clínicos sugieren el diagnóstico temprano de la infección (cuadro 8.5). En este sentido, se considera que la implementación de estrategias de prevención secundaria puede tener efectos positivos en este grupo migratorio, ya hasta la fecha, la tendencia en población general tanto de México como de Centroamérica se inclina hacia el

establecimiento del diagnóstico en etapas donde ya se ha desarrollado el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

**Cuadro 8.5**  
**Datos generales de migrantes en tránsito con VIH/SIDA atendidas por el PVIH de la**  
**Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas 2009-2011**

	Mujer		Hombre		Total		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Año de notificación</b>							
	2009	0	0.0	2	66.7	2	18.2
	2010	8	100.0	1	33.3	9	81.8
	Total	8	100	3	100	11	100
<b>Nacionalidad</b>							
	El Salvador	4	50.0	0	0.0	4	36.4
	Honduras	0	0.0	2	66.7	2	18.2
	Nicaragua	1	0.0	1	33.3	2	18.2
	Guatemala	3	37.5	0	0.0	3	27.3
	Colombia	0	0	0	0.0	0	0.0
	Total	8	87.5	3	100	11	100
<b>Edad</b>							
	19-24	2	25.0	2	66.7	4	36.4
	25-29	3	37.5	0	0.0	3	27.3
	30-34	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	35-39	1	12.5	0	0.0	1	9.1
	40-50	1	12.5	0	0.0	1	9.1
	51 y más	1	12.5	1	33.3	2	18.2
	Total	8	100.0	3	100	11	100
<b>Condición de Salud</b>							
	Asintomatico	7	87.5	3	100.0	10	90.9
	Sintomatico	1	12.5	0	0.0	1	9.1
	Total	8	100.0	3	100	11	100
<b>Lineamiento de atención</b>							
	Recibe diagnóstico confirmatorio e ingresa a PVIH	2	25.0	1	33.3	3	27.3
	Decide seguir su trayecto inmediatamente después de la prueba rápida	0	0.0	1	33.3	1	9.1
	Regresa a su país sin referencia al PNS	6	75	1	33.3	7	63.6
	Referencia al PVIH del país de origen	0	0	0	0.0	0	0.0
	Presenta cuadro de SIDA y demanda servicios de salud en las unidades de 2do y 3er. nivel de atención	0	0	0	0	0	0.0
	Total	8	100	3	100.0	11	100
<b>PVIH-JS</b>							
	Afiliado al PVIH	2	25	2	66.7	4	36.4
	Sigue su ruta	6	75	1	33.3	7	63.6
	Total	8	100	3	100	11	100
<b>Acceso a TARV</b>							
	Con TARV	2	25.0	1	33.3	3	27.3
	Sin TARV	6	75.0	2	66.7	8	72.7
	Total	8	100	3	100	11	100

Fuente: Elaboración propia con base en los datos del PVIH de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas. 2009-2011.

#### ***8.4 Características socio-demográficas de los migrantes entrevistados***

*“Iba por unas cosas para Arizona, pasé por un retén en California,  
Y fue cuando me agarró migración, me tocó la perrera.  
Después de tres meses encerrado, me regresaron en avión para Nicaragua”.*  
*Andrés, migrante en tránsito*

A través de los contactos establecidos con el PVIH-JS y con el equipo de la Casa del Migrante, Albergue Belén, se pudo entrevistar a dos varones migrantes en tránsito que habían obtenido un resultado reactivo en la prueba rápida de VIH. Aunque se tenía previsto realizar un mayor número de entrevistas, el corto periodo de estancia de varios de los migrantes planteó dificultades para ampliar y diversificar la composición de los informantes. Aun cuando se recupera la narrativa de dos personas, su voz contribuye a visibilizar aspectos relevantes de la experiencia del encuentro con el VIH/SIDA en el marco del proceso de la migración internacional.

En el cuadro 8.6 se describen datos que contribuyen a definir el perfil de los participantes: su promedio de edad es de 28.5 años, un participante está separado y el otro casado, pero ambos tienen hijos que permanecen en el lugar de origen. Los informantes tenían entre 1 y 3 meses de estancia en Tapachula, Chiapas. Además de encontrar un refugio temporal en el Albergue, Belén, habían participado en las actividades de promoción de la salud. En el marco de estos procesos fue que demandaron -de manera voluntaria, confidencial e informada- la aplicación de la prueba rápida de VIH. Al momento de la entrevista, ambos informantes tenían menos de 20 días de haber recibido el diagnóstico presuntivo de VIH y se encontraban esperando los resultados confirmatorios que se realizan por el método del Western Blot.

<b>Cuadro 8.6</b>		
<b>Datos centrales de los entrevistados</b>		
	<b>Andrés</b>	<b>Juan</b>
Código	<b>PMVS-MT-10</b>	<b>PMVS-MT-11</b>
Fecha de aplicación de la entrevista	<b>2008</b>	<b>2008</b>
Edad	28	29
Estado Civil	Separado	Casado
Orientación sexual	Heterosexual	Heterosexual
Escolaridad	Analfabeta	Preparatoria
Hijos/as	Sí: 2	Sí: 1
Lugar de origen	Sonsonate, El Salvador	Managua, Nicaragua
Edad del informante cuando migró por primera vez	21 Años	18 Años
Tiempo de estancia en México	1 mes	3 meses
¿Ha estado en los Estados Unidos?	No	Sí
Ocupación principal en la comunidad fronteriza	Jornalero Agrícola	Hojalatería y pintura
Tiempo de saber su seropositividad *	15 Días	20 Días
Vía de acceso al diagnóstico de VIH	Modelo de prevención y atención del VIH/SIDA de la Casa del Migrante, Albergue Belén	Modelo de prevención y atención del VIH/SIDA de la Casa del Migrante, Albergue Belén
Con un cuadro de SIDA: sintomático/ Sólo vive con VIH: asintomático	Asintomático	Asintomático
Programa de VIH: No está afiliado (N-P); Sí está afiliado (S-P)	N-P	N-P
Tratamiento Antirretroviral: No está en tratamiento (N-ARV); Sí está en tratamiento (S-ARV)	N-ARV	N-ARV

Andrés es un joven de 28 años que nació en Sonsonate, departamento que está ubicado en la región occidental de El Salvador y que ocupa el segundo lugar, después de la capital, con más casos de personas con VIH/SIDA a nivel nacional (Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, El Salvador, 2010). Las condiciones de pobreza y la alta marginalidad que viven en esta región cuya economía se sustenta en el sector agropecuario, lo llevaron a tomar la decisión de migrar. La primera vez, Andrés salió de su país para buscar trabajo en una comunidad rural de Guatemala, lugar donde permaneció por cinco años. A decir del informante, en esa comunidad era muy fácil conseguir alcohol y drogas, por lo que “*fue fácil caer*

*en los vicios: fumaba marihuana, alcohol, e ingería lo que le llaman la piedra, aunque ésta fue pocas veces porque se necesita mucho dinero para poder consumirla”.*

Posteriormente, él regresó a su país para ingresar a un centro de rehabilitación para control de adicciones; y en este lugar, conoció a la que más tarde sería su compañera y madre de sus dos hijos, quienes al momento de la entrevista, tenían tres y cuatro años de edad. Durante sus dos años de estancia en San Salvador, la vida de Andrés y su familia se caracterizó por la precariedad económica y los bajos salarios que se pagan en el ámbito de las actividades marginales terciarias, así como en la incertidumbre del desempleo que se acentúa entre las personas que tienen un bajo nivel educativo y que además están, como él lo llama, “*manchados*” o “*tatuados*”. En estas condiciones es que el informante se vio orillado a tomar la decisión de migrar hacia los Estados Unidos:

**Andrés PMVS-MT-10**

“Soy de Sonsonate, El Salvador, tengo 28 años. Nunca me había hecho la prueba de VIH, ninguna vez, hasta ahora que me la hago aquí. Tengo aproximadamente como un mes de haber salido del lugar donde yo vivo. Desde la edad de diez años, yo solo me he criado en la calle (...) Mi trabajo no era muy firme, porque a veces me salían trabajos de construcción pero a veces no. Como uno está manchado y todo esto, pues no, puede que no te den trabajo, en mi país discriminan al que está tatuado, no le dan trabajo tan fácilmente, y con eso de que uno no puede leer también dificulta mucho tener trabajo. La cosa estaba muy difícil y me separé de mi esposa. Por eso salí de mi país para ir a Estados Unidos a buscar trabajo.”

Al momento de la entrevista, Andrés estaba realizando su primer intento para llegar al país del norte. Aunque este informante no pierde las expectativas de seguir subiendo, considera que en el contexto de recrudecimiento de la violencia que se ejerce contra los migrantes, tal vez sería mejor “*olvidar el intento de llegar a los Estados Unidos, y mejor tratar de encontrar un trabajo aquí en la frontera,*

*donde pueda ganar lo suficiente para mi comida, para mi ropa y tal vez algún día cuando mejore el tiempo poder ayudarles con algo a mis niños”.*

A diferencia del primer informante, Juan contaba con una amplia experiencia migratoria hacia el país del norte. La primera vez que salió de Managua, Nicaragua, su lugar de origen, tenía 18 años. Para ese momento, ya estaba casado y su compañera estaba embarazada: *“a pesar de tener algunos estudios, con el trabajo que tenía no iban a alcanzar los gastos, por lo que al igual que otros hermanos, se necesitaba migrar para mantener a la familia”.* A sus 29 años, Juan había cruzado el territorio mexicano alrededor de siete veces, y había logrado llegar a los Estados Unidos en cinco ocasiones. En relación con su experiencia migratoria el informante deja ver que los asaltos son el menor de los riesgos que se viven en el tránsito por México:

#### **Juan PMVS-MT-11**

“De Nicaragua hasta Estados Unidos me hago más de 24 días. Voy por partes. Dos hermanos que tengo, ellos siempre me mandan dinero para subir, y ya ahí luego cuando llego a Estados Unidos, ya les pago. A mí no se me ha complicado pa nada, a mí no me ha costado llegar pa el norte. Aquí en la frontera tampoco se me ha complicado. Sólo nos quisieron asaltar, pero no nos quitaron nada porque para ese momento ya no traíamos nada, bueno a mi tío le quitaron su cartera y sus documentos. A mí no me quitaron nada porque yo corrí, como a eso de las siete, ocho de la noche. Veníamos a pie porque no traíamos dinero para el bus. Pero es lo de menos porque he subido bien a la frontera, sin ningún problema. Donde se me complica un poco es Altar, Sonora, y subir hacia Arizona, por el desierto.”

Durante su estancia en Los Ángeles, California, Juan desempeñaba el oficio de la hojalatería y pintura, lo que le permitía ganar alrededor de 100 dólares diarios. Asimismo, en el nuevo contexto, mantenía los vínculos tradicionales de la conyugalidad a distancia, es decir, procuraba una relación estrecha con su familia a través del envío de dinero, bienes y comunicaciones telefónicas, así como

mediante el retorno ocasional para estar presente en situaciones importantes para la unidad familiar. Pero, al mismo tiempo en que mantenía el vínculo con el lugar de origen, constituía una nueva familia en el contexto de destino.

### **Juan PMVS-MT-11**

“A los 18 años me fui pa el Norte. Yo la dejé embarazada. Después ya regresé cuando iba a cumplir mi hija un año, fue que yo regresé para Nicaragua y después me regresé para los Estados Unidos. Allá tengo otra pareja que es puertorriqueña, con ella vivo y hemos formado una familia, nos ayudamos en los gastos y en el trabajo”.

Al igual que miles de migrantes indocumentados, Juan fue deportado de los Estados Unidos. Después de una estancia de ocho meses en su país de origen, este joven decide volver a emprender el viaje hacia el norte. Además de tener experiencia migratoria, este informante señala que en su país *“muchas personas conocen de las casas del migrante, y saben que son lugares donde te ayudan mucho para reponer las fuerzas y seguir subiendo”*. Por ello, desde Tecún Umán, este migrante había decidido que antes de seguir la ruta buscaría refugio en el Albergue, Belén.

### ***8.5 La percepción de riesgo: condicionante del diagnóstico oportuno de VIH***

Para Andrés y Juan, la migración hacia los Estados Unidos representa una de las pocas opciones que quedan para la sobrevivencia. Ambos estaban conscientes de que en el trayecto migratorio se vive una multiplicidad de abusos y riesgos, pero, no imaginaron que en el marco de este proceso obtendrían un diagnóstico presuntivo de la seropositividad al VIH: *“Cuando salí de mi casa me imaginé todos los peligros menos esto de saber de la enfermedad. En la charla que nos dieron pensé que era importante saber para poder cuidarse”*.

Desde la perspectiva de los entrevistados, las acciones que se realizan en la Casa del Migrante son relevantes porque además de fortalecer los conocimientos relacionados con la prevención de la infección, permiten “salir de la duda” y

realizarte la prueba de VIH. En este sentido, los testimonios muestran que las estrategias preventivas, más que proporcionar conocimientos muy novedosos sobre la infección, contribuyen a detonar la percepción de riesgo que se venía desarrollando en el curso de vida de los sujetos. Esta percepción de riesgo motiva a los migrantes a solicitar la aplicación de la prueba de VIH en el consultorio del Albergue, Belén.

Los dos varones entrevistados habían escuchado sobre el SIDA e identificaban las tres vías de transmisión del VIH. Asimismo, los informantes reconocen al condón como método efectivo para la prevención. El hecho de que el VIH no se manifieste en el cuerpo necesariamente de forma visible condiciona la manera en que se percibe y se imagina el padecimiento. Para los migrantes, el VIH es una especie de enfermedad devoradora “que termina poco a poco con el cuerpo”, pero a la vez, reconocen que con el tratamiento y los cuidados adecuados es un padecimiento que “se puede controlar”. Las pláticas preventivas realizadas por las organizaciones sociales y los medios de comunicación constituyen las principales fuentes por las que han obtenido información sobre las vías de transmisión y las estrategias de prevención del VIH. Al respecto, Andrés señaló:

**Andrés PMVS-MT-10**

“No sé mucho de la enfermedad, sólo sé que lo acaba a uno. Si no se toma tratamiento o no se cuida, lo va matando poco a poco (...) Sé que se transmite por relaciones sexuales, también por una aguja o un rastrillo, y ¡exacto! también por la mamá que puede estar con la enfermedad cuando está embarazada. En mi país he escuchado en la televisión, a veces, hay programas donde hablan de estas enfermedades. También en la colonia donde yo vivía llegaban hombres de estos que se creen mujeres, para dar charlas sobre eso. Aquí en la Casa del Migrante, también aprendí otras cosas, sobre todo de las otras enfermedades sexuales y de que es importante esto de la prueba del SIDA”.



Más allá de estas semejanzas, en la vivencia del diagnóstico se encuentran elementos contrastantes: el caso de Andrés permite identificar un perfil del migrante “que carece de experiencia migratoria hacia los Estados Unidos” y para el cual, la obtención de un resultado presuntivo no parece ser un evento del todo inesperado; por su parte, el caso de Juan ejemplifica el perfil del migrante “con amplia experiencia migratoria” y para el cual, la obtención de un resultado presuntivo de VIH constituye el inicio de lo que parece ser una “situación crítica” o una “disrupción de la experiencia biográfica”.

Aunque Andrés había trabajado en otros países de Centroamérica, era la primera vez que había cruzado la frontera sur de México con la intención de llegar a los Estados Unidos. Este hecho resulta relevante en tanto permite inferir que los antecedentes de la infección por el VIH están más vinculados con las condiciones objetivas y subjetivas de vida que se desarrollan en el contexto de origen (Sonsonate, El Salvador) que con la dinámica de la migración internacional.

En esta experiencia inicial de migración internacional, Andrés tuvo la oportunidad de realizarse por primera vez la prueba del VIH en las instalaciones de la Casa del Migrante. La recapitulación de posibles prácticas de riesgo que ha tenido a lo largo de su curso de vida, lo llevó a acudir voluntariamente al consultorio y solicitar la aplicación del examen clínico: *“Aquí en la Casa fue la primera vez que me hicieron la prueba. Me hicieron dos pruebas de estas del piquete en el dedo y las dos salieron mal. Después me sacaron sangre para la confirmatoria y saber si en realidad tengo el VIH”*.

Aunque desde una perspectiva epidemiológica, Andrés ha tenido prácticas que incrementan el riesgo al VIH, por ejemplo, el haberse realizado múltiples tatuajes o la adicción a sustancias, él considera que el hecho de haber tenido relaciones sexuales desprotegidas con “mujeres de la vida alegre” constituye el mayor riesgo que pudo haber facilitado la infección por el VIH. En sus propias palabras, el migrante entrevistado señala:

### **Andrés PMVS-MT-10**

“Tengo todos estos tatuajes, este, este, este, este y este, pero no creo que haya sido por eso lo del VIH porque las agujas yo mismo las fabriqué y sólo yo las usé (...) Entonces yo creo que más probable fueron las relaciones sexuales con estas mujeres de la vida alegre. A mí ese trabajo que realizan las mujeres no me gusta, o sea, no me gustaría que mi mujer trabajara en un chupadero para ganar dinero. Por eso cuando vine a la plática me sentí como identificado y quise hacerme la prueba en el consultorio”.

El análisis de la narrativa de este migrante muestra, como lo han hecho otros estudios, que en los discursos de los clientes de las trabajadoras sexuales, se destaca una construcción de la percepción de riesgo basada en términos morales. Particularmente, se proyectan ideas de peligro y de inmoralidad en las “otras”. Por tanto, los discursos y las prácticas de los clientes sobre el riesgo, frecuentemente, se articulan con base en estrategias de discriminación contra las mujeres (Smith, 2003; Plumridge, 1996). Se sabe que los procesos de clasificación y diferenciación dicotómica de las mujeres “buenas-malas”, “limpias-sucias” que han sido piedra angular la masculinidad dominante, son determinantes en la configuración de la percepción de riesgo y en las prácticas sexuales. De tal manera, que los varones calculan el riesgo en función de la “inmoralidad” de las mujeres, más aún de las trabajadoras sexuales, sin internalizar sus propios riesgos.

En los países de Centroamérica, las mujeres en trabajo sexual se han configurado en un colectivo sensibilizado e informado sobre las ITS/VIH. En la actualidad, se reconoce que las estrategias preventivas desarrolladas en el marco de la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA, han tenido un importante alcance e impacto entre las trabajadoras sexuales; sin embargo, también se sabe que la oferta de un “mayor pago” constituye uno de los principales motivos por los que las mujeres llegan a delegar el uso del preservativo con los clientes. Esta tendencia se ha observado en estudios realizados en Sonsonate, El Salvador (PSI, 2009), donde se muestra que si bien el nivel reportado de uso consistente del condón por parte de las trabajadoras sexuales supera el 90%, aún existe una proporción importante

de mujeres que delegan el uso del método con los clientes “regulares” a los que se tiene mayor “confianza” (en estos casos la proporción llega a descender a 76%).

En este sentido, el testimonio de este varón migrante contribuye a visibilizar la perspectiva que puede tener un cliente asiduo de las trabajadoras sexuales que se niega permanentemente a tener prácticas de sexo seguro. Particularmente, Andrés narra la permanente resistencia que tiene para utilizar adecuadamente el condón, ya que asevera este método le causa “mal de orín”, entendiendo a este malestar como “ardor al orinar” y “eyaculación precoz”. Ante las resistencias o molestias que presenta, el informante ha optado por ofertar “un mayor pago” a las trabajadoras sexuales:

**Andrés PMVS-MT-10**

Pues yo sí tuve relaciones sexuales con la que era mi esposa y también con otras personas. He andado mucho con las mujeres que trabajan en la vida alegre y pues como el condón no me gusta les ofrezco un poquito más de dinero y aceptan (...) No lo utilizaba porque a mí me da como “mal de orín”, siento muy raro usar, me da un fuerte “mal de orín”, por eso ya no intenté usarlo y mejor pago más aunque se vaya parte de mi sueldo”.

De acuerdo con el testimonio de este informante, “*el acudir con mujeres de la vida alegre*” y la práctica sistemática de no uso del condón lo llevaba a pensar que “*tarde o temprano podría agarrar alguna enfermedad*”. De esta manera se muestra que la idea del SIDA vinculada a la fatalidad o a un tipo de castigo que se debe asumir en el marco del ejercicio de la sexualidad que supuestamente “transgrede” las normas sociales, sumado a las prácticas concretas no uso del condón, contribuyen a explicar porqué para este joven migrante no resultaba del todo inesperado el diagnóstico VIH positivo:

**Andrés PMVS-MT-10**

“Yo no siento que me haiga sorprendido ni afectado mucho esta noticia. Yo me siento bien, me siento fuerte y creo que si en un dado caso llegara a tener esto, no me deprimiría, trataría de seguir adelante”.

A diferencia del primer informante, Juan contaba con una amplia experiencia migratoria hacia los Estados Unidos, y es en el marco de este proceso donde sitúa los antecedentes de la infección por el VIH. De acuerdo con su testimonio, en Managua, Nicaragua, en sus trayectos migratorios y durante su estancia en Los Ángeles, California: *“nunca me he tatuado, no tomo, no consumo drogas, no voy a las casas de citas, y si he estado con otra persona siempre he usado el preservativo, por eso, no entiendo dónde pude haber adquirido la infección”*.

En una revisión retrospectiva de su curso de vida, este migrante sólo percibe el riesgo a la infección por el VIH en el ejercicio de prácticas sexuales desprotegidas con sus parejas estables. Como se mencionó en la presentación de este informante, Juan tenía dos relaciones de pareja estable: su esposa y dos hijos pequeños se encontraban en el lugar de origen, y su nueva compañera embarazada e hija en el lugar de destino. Es en este marco de las relaciones personales que se articulan a través de los espacios transnacionales, donde Juan construye la percepción de riesgo al VIH basada en términos morales:

#### **Juan PMVS-MT-11**

“Tengo a mi esposa y mis hijos en Nicaragua y además tengo otra pareja que es puertorriqueña en Estados Unidos. Con ella tengo una niña. La dejé embarazada cuando me vine porque me deportaron. Siempre me he cuidado, sólo con la puertorriqueña, cuando empezamos a vivir juntos pues dejamos de usar el condón (...) Acá en mi país, sólo con mi señora, precisamente porque es mi esposa no utilizo el condón. Mi esposa es una buena mujer, nunca he tenido desconfianza de ella, mi mamá y su mamá están cerca, viven enfrente. Ellas la han visto y me dicen –no te preocupes, bien tranquila es tu señora, ni sale, sólo va del mercado a la casa”.

Nuevamente, en el imaginario de este migrante se vuelven a poner en acto las estrategias clasificatorias que proyectan las ideas de peligro en las “otras” representadas por algunas mujeres. La percepción de riesgo se articula con base en estas estrategias que le permiten diferenciar a “su esposa que sólo va del

mercado a la casa” –es decir, que forma parte de las mujeres que son madres, responsables de las tareas del hogar, de los miembros de la familia, y fieles a las pautas de la fidelidad monogámica-, de su “otra pareja” a la que nombra como la “puertorriqueña” a la que quiere, pero que es una mujer del tipo “más independiente”, “separada”, “que no necesita necesariamente de un hombre” y que previamente, “seguro ha tenido varias parejas”.

En el marco de estos procesos de categorización de las mujeres que Juan, al igual que Andrés, calcula el riesgo en función de la “moralidad” vs “inmoralidad” de las mujeres, sin internalizar sus propios riesgos. Esta percepción de riesgo es la que motivó la solicitud de la aplicación de la prueba de VIH en el consultorio de la Casa del Migrante:

#### **Juan PMVS-MT-11**

“Todo esta catástrofe de mi vida fue cuando iba subiendo al norte. La situación fue cuando yo llegué al Albergue estaban sacando los médicos un resultado del dengue y del VIH. Yo les dije que quería saber porque he vivido con una puertorriqueña en estos meses, y entonces también le dije al doctor lo del VIH. Yo desconfío de la mujer con la que estuve en Estados Unidos, por eso me hice la prueba.”

Aunque hasta el momento de la entrevista este varón migrante no había recibido el diagnóstico confirmatorio del VIH, el sólo hecho de pensar haberle “hecho daño a su esposa e hijos”, de “haber dejado a su otra pareja embarazada”, y de estar varado en la frontera, representaba el “fin de su trayectoria migratoria” y el posible inicio de una inflexión en su experiencia biográfica.

### **8.6 Las decisiones del migrante**

Una vez que los migrantes reciben el diagnóstico presuntivo de VIH emergen las siguientes interrogantes: ¿Qué decisión tomar? ¿Sigo migrando? ¿Me quedo en la frontera? o ¿Me regreso a mi país? Aunque los testimonios de los dos varones entrevistados no representan los diferentes escenarios y decisiones que puede

tomar una persona migrante en tránsito con VIH/SIDA, sus reflexiones contribuyen a visibilizar algunos de los determinantes que podrían ser tomados en cuenta para profundizar el análisis en futuras investigaciones.

En los casos de los dos varones entrevistados se encuentra que la ausencia de síntomas visibles, la fuerza para trabajar y seguir subiendo hacia el norte, lleva a dudar acerca de la confiabilidad del diagnóstico presuntivo del VIH. Para “salir de la duda” es mejor seguir las indicaciones médicas, acudir al PVIH-JS, realizarse su examen clínico y esperar los resultados confirmatorios que se realizan por el método Western Blot (WB). Cabe señalar que en Tapachula, la segunda ciudad más importante del Estado de Chiapas, los servicios públicos de salud de la SSA no cuentan con un laboratorio clínico que tenga la capacidad instalada para realizar la conformación del diagnóstico tal como indica la Norma Oficial. Por ello, las muestras se tienen que enviar al laboratorio estatal que se encuentra en la ciudad de Tuxtla, la cual queda a una distancia aproximada de 6 horas de Tapachula. Una vez a la semana, un vehículo de la Secretaría de Salud lleva estas muestras al laboratorio estatal. En el marco de estas dificultades operativas y administrativas, los resultados confirmatorios por WB pueden demorar hasta un mes.

#### **Juan PMVS-MT-11**

“Me dijeron que me iban a sacar unas muestras para saber si estaba infectado o no. Las pruebas salieron mal y fue cuando los médicos del Albergue Belén, me trajeron para acá (PVIH-JS) y comenzó todo el proceso del VIH, para ver si estoy infectado o no. Me he quedado ahorita en Chiapas, llevo como tres semanas, pero sólo estoy esperando que me den todos mis resultados.”

Para una persona migrante que carece de un lugar donde dormir, de ingresos, trabajo, sólo está de paso y su motivo es llegar lo más pronto posible a los Estados Unidos, un mes de espera representa un tiempo significativo. El PVIH-JS y el equipo de la CM tienen conocimiento de las mayores dificultades que puede

enfrentar un migrante en tránsito, por lo que han establecido un acuerdo verbal de que el Albergue Belén brindará el alojamiento y apoyo mientras se recibe el diagnóstico confirmatorio. Este tipo de acciones ha sido de gran ayuda para los migrantes quienes, frecuentemente, deciden esperar sus resultados y contar con su expediente clínico. Asimismo, estas estrategias han permitido ampliar el margen para el seguimiento clínico-epidemiológico de los casos VIH positivos.

Respecto a los determinantes que pueden incidir en las decisiones del migrante, nuevamente se encuentran perfiles diferenciales. En el caso de Andrés se identifica que la ruptura familiar y la carencia de redes sociales, el desempleo y el miedo al estigma y discriminación que viven las personas con VIH/SIDA, son elementos que se consideran para no regresar más a la comunidad de origen. Asimismo, la posibilidad de ingreso al Programa de VIH de Tapachula, Chiapas, y las facilidades de acceso al TARV constituyen apoyos y soportes sociales que motivan la permanencia en la frontera. Por todos estos motivos, cuando Andrés recibió el diagnóstico confirmatorio de VIH decidió permanecer en la frontera:

#### **Andrés PMVS-MT-10**

“Sé que en mi país a las personas que tienen eso las aíslan. Creo los discriminan bastante porque creo que ellos piensan que por estar con esa persona se van a contaminar. Por eso te pueden discriminar, hacerse a un lado y no acercarse mucho. Creo que mucha gente en mi país, incluyendo a mi familia y amigos puede tener miedo (...) Acá me han dicho que con los medicamentos puedo sobrevivir con el SIDA, y que hay la posibilidad de hacerme más exámenes para ver cuál es la contaminación que tengo yo. Yo tengo ganas de salir adelante, y pues como ya nadie me espera en mi casa, y aquí me dicen que puede haber apoyo he pensado en quedarme a buscar un trabajo aquí, y echarle ganas aquí”.

Por su parte, en el testimonio de Juan se encuentra que el conocimiento de las grandes barreras de acceso a los servicios de salud que enfrenta la población en los Estados Unidos, la falta de apoyo social y el estigma y discriminación que

viven las PVS, constituyen los principales motivos para abandonar el proyecto de seguir subiendo hacia el país del norte:

**Juan PMVS-MT-11**

“No tendría ya razón irme a Estados Unidos. Allá todo se paga. Una consulta sencilla cuesta casi mil dólares, te la dan pero te la cobran así en pagos. Y conocí a una persona que murió de VIH allá en Estados Unidos, la enfermedad lo botó a la cama. Pero como no tenía dinero, ni trabajo, ni seguro pues se quedó sólo a morirse en su casa. Entraba uno al departamento, ahí donde vivían varios, y le daba asco, pues porque todo estaba con vómito, olía muy mal, y se murió solo como un perro abandonado. Además muchas personas tienen temor de que se les vaya a pegar la enfermedad, y te dejan solo, uno se vuelve un estorbo para todos. Por eso ni lo pienso, mejor me regreso a mi casa.”.

Asimismo, la preocupación por la condición de salud de la esposa e hijos que permanecen en el lugar de origen, representa el principal motivo por el que Juan decidió retornar a su lugar de origen: *“Por eso fue que me quedé aquí para confirmar que tengo la infección. Pero ahora, ya mejor no subo allá, ¿para qué voy a seguir subiendo? mejor me regreso a mi casa y buscamos un tratamiento para mi señora. Quiero ver si no la infecté, si no le hice daño, sólo quiero salir de la duda y ayudarla”.*



## IX. CONCLUSIONES

En esta investigación se analizó la experiencia del padecimiento y las condiciones de acceso a la atención médica de personas migrantes con VIH/SIDA (PMVS) pertenecientes a grupos sociales diferenciados en términos de su composición de género, lugar de origen e inserción laboral, así como por sus motivos para migrar y tiempo de estancia en las localidades de la región fronteriza de Soconusco, Chiapas. Aunque son diversas las formas de inserción de las y los migrantes en la sociedad de tránsito o destino, se evidenció que, en general, los intercambios e interacciones familiares, laborales y comunitarias, así como las que se entablan en el proceso de búsqueda, acceso y utilización de los servicios públicos de salud ocurren en condiciones de profunda inequidad.

Diferentes enfoques permiten analizar la problemática de las inequidades en salud, y en esta investigación se privilegiaron las propuestas teórico-metodológicas provenientes de diversas corrientes interpretativas, con énfasis en la perspectiva de la vulnerabilidad social (Bronfman M., y Leyva R., 2004; Leyva R., y Caballero M., 2009, Carvalho J., et al. 2006; Paiva V., 2006). Con base en estos referentes se construyó una matriz conceptual que sirvió como guía para el análisis de las condiciones de vulnerabilidad diferencial que enfrentan las PMVS y su relación con el acceso a servicios públicos de salud en la frontera sur de México.

La matriz conceptual y el estudio de caso realizado en el marco de la presente investigación permitió analizar de manera articulada tres dimensiones de la realidad social: las especificidades del contexto socio-sanitario de la región fronteriza, el curso que han seguido las políticas y acciones de prevención y atención del VIH/SIDA desplegadas a lo largo de una década en la frontera, y las trayectorias del padecimiento de las propias PMVS. El estudio de estas tres dimensiones de la realidad social contribuyó a identificar y problematizar procesos socio-estructurales, situaciones y dinámicas relacionales que pueden incrementar la vulnerabilidad de los y las migrantes a mayores problemas de salud, daño o

abandono, imponer otras dificultades y reducir sus capacidades para hacer frente al padecimiento vinculado al VIH/SIDA.

La consideración de este conjunto de determinantes sociales de orden socio-estructural y socio-simbólico, evitó definir a la vulnerabilidad social en salud como una característica esencial de los sujetos y más bien comprenderla como un proceso dinámico y multidimensional. En este sentido, la investigación buscó abordar a la vulnerabilidad como un proceso susceptible de ser confrontado y transformado mediante la acción social que puede expresarse en el despliegue de un conjunto de respuestas personales, familiares, comunitarias e institucionales relacionadas con la prevención y atención del VIH/SIDA en un marco de migración. Así, se buscó mostrar que la vulnerabilidad diferencial que enfrentan las PMVS depende, en gran medida, de la generación y sostenibilidad de soportes sociales, así como de la construcción de condiciones que faciliten el acceso a la atención médica integral.

El estudio de las condiciones de acceso a servicios para la prevención y atención del VIH/SIDA, planteó la necesidad de caracterizar y analizar las especificidades de la política sanitaria y del sistema de salud fronterizo en relación con las necesidades y vulnerabilidades que enfrentan los y las migrantes con VIH en un contexto de frontera. Desde esta perspectiva, los posicionamientos en torno al derecho a la salud, las preocupaciones y objetivos de las políticas sobre migración y VIH/SIDA, las barreras institucionales y médicas, así como las formas de organización y las acciones implementadas por los servicios de salud del contexto fronterizo (ISECH-PVIH-JS), se reconocieron como determinantes de la vulnerabilidad que enfrentan las personas migrantes afectadas por la epidemia.

De igual manera, el estatus y la experiencia migratoria de las personas con VIH, su condición de género, las particularidades de sus condiciones de vida y trabajo en la frontera, los saberes, percepciones, prácticas y estrategias que despliegan para manejar y atender la enfermedad y la dinámica social que construyen para enfrentar los cambios en el entorno familiar, laboral e institucional (servicios de salud), se abordaron con determinantes sociales que tienen expresiones en los

procesos de salud-enfermedad, en las situaciones de vulnerabilidad social y de salud y en las dinámicas de atención y cuidado vinculadas al VIH/SIDA.

En concordancia con el modelo conceptual, el diseño del estudio y con la propuesta de sistematización y estructuración de los resultados de la investigación, las conclusiones se centran en las siguientes dimensiones: la caracterización del contexto fronterizo, el debate en torno al derecho a la salud en la frontera, el carácter dinámico de la respuesta social en salud, la situación de la epidemia en migrantes, y la experiencia del padecimiento y la trayectoria de las personas migrantes con VIH.

- **Contextos de inequidad y vulnerabilidad en la frontera**

En un primer sentido, la noción de vulnerabilidad se abordó como una expresión de las condiciones de vida y trabajo de los y las migrantes en el contexto de frontera. Desde esta perspectiva se documentaron las inequidades persistentes que viven los migrantes en la frontera, permitiendo describir el marco contextual donde se desarrolla la experiencia del padecimiento asociado a la infección por el VIH/SIDA y de su atención.

Se mostró que el contexto socio-histórico general que enmarca la dinámica de las migraciones centroamericanas se caracteriza por las inequidades persistentes y la polarización socio-sanitaria. Recuperando los aportes de la estructura conceptual integrada en el campo de la salud colectiva (López O., y Blanco J., 2004; Linares N., y López O., 2008), las inequidades persistentes que se expresan en las condiciones de vida y trabajo, y en el acceso a los servicios de salud, se reconocieron como los principales determinantes sociales de los procesos de salud/enfermedad/atención de las poblaciones migrantes que residen o transitan por las localidades fronterizas de Soconusco, Chiapas.

Para el caso de las migraciones centroamericanas, la región y sus municipios fronterizos se constituyen, al mismo tiempo, como contextos de intercambio/separación, de integración/diferenciación, en el cual se generan situaciones de vulnerabilidad social relacionadas -entre otros factores- con el acceso diferencial e

inequitativo a servicios públicos de salud y con la pérdida o desprotección de los derechos fundamentales.

Para analizar las condiciones de acceso a los servicios públicos fue necesario ubicar el fenómeno en el contexto socio-sanitario que caracteriza a las localidades de la región fronteriza. Se partió del reconocimiento de que las particularidades económicas, socio-demográficas, económicas, geográficas y culturales de la región fronteriza, la han situado como un territorio de tránsito y destino de diversas poblaciones móviles y migrantes que provienen de los diferentes países de Centroamérica.

Localidades fronterizas como Unión Juárez, Talismán o Ciudad Hidalgo constituyen puntos de internación clave para los trabajadores guatemaltecos que históricamente han ofertado su mano de obra en las actividades agrícolas temporales. Asimismo, numerosos puntos de cruce se distribuyen a lo largo de la frontera dividida por el río Suchiate, y por ellos transita el amplio y heterogéneo grupo de los transmigrantes que toman las rutas de Soconusco con la intención de seguir subiendo por el territorio mexicano para llegar a los Estados Unidos. Por su parte, Tapachula, principal centro económico de la región y la segunda ciudad más importante de la entidad, representa un polo de atracción para miles de trabajadores/as migrantes que encuentran una fuente de sobrevivencia en la construcción, en las actividades marginales terciarias y en el empleo informal.

De esta manera, se muestra, como lo han hecho otros estudios, que la categoría del “migrante” en realidad incluye una diversidad de grupos sociales y de subcategorías ocupacionales (Leyva R., y Quintino F., 2011). Aunque todos los grupos se caracterizan por la mayoritaria condición indocumentada de sus integrantes, cada colectivo cuenta con condiciones de vida y trabajo y se desenvuelven en contextos sociales particulares. De esta manera, a nivel colectivo, se van perfilando procesos diferenciales de vulnerabilidad social en salud definidos de acuerdo al grado de equidad/inequidad en el acceso a capacidades, recursos y servicios públicos vitales para el bienestar.

Las inequidades que se viven en la frontera sur afectan con mayor fuerza a los grupos de la población más vulnerabilizados por las interacciones y las estructuras sociales subyacentes. Este es el caso de las tres poblaciones que se constituyeron como los sujetos en los que se centró la presente investigación: los migrantes residentes, las personas migrantes en trabajo sexual y los transmigrantes.

Como se documentó en el presente estudio, los migrantes residentes constituyen un grupo poblacional que se ha establecido en las localidades urbanas y rurales de la frontera, dando continuidad a los históricos desplazamientos transfronterizos característicos de la región. De acuerdo con los datos disponibles, la mayor parte de los migrantes son originarios del vecino país de Guatemala, aunque también es relevante la presencia de población de otros países de Centroamérica (Castillo M.A., 2008, 2009).

Si bien la mejoría en las condiciones de vida y trabajo continúa siendo el principal motivo de la migración centroamericana, en la frontera sur se termina por replicar a otra escala las inequidades sociales y de salud que enfrentan en los lugares de origen. Aunque los migrantes no conforman un grupo homogéneo, puede decirse que las personas que residen en la frontera, comparten una característica común: en este contexto desempeñan ocupaciones marginales terciarias, las cuales se caracterizan por la informalidad, la flexibilidad, precariedad, los bajos salarios y la falta de seguridad social (De la Garza, 2010; Canabal B., 2004).

Las condiciones de inserción laboral en la sociedad de destino no sólo definen la perpetuación de condiciones de vida precarias, sino reducen el acceso a recursos para la satisfacción de necesidades básicas, y favorecen la exclusión de los servicios prestados por las instituciones de seguridad social. En este contexto, las opciones de atención en el sistema público de salud se limitan a los servicios que presta la SSA-ISECH a través de las unidades de salud que forman del área de alcance de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas. Precisamente, fue en el espacio de los servicios públicos de salud donde a inicios de la década del 2000, se registraron los primeros casos de VIH/SIDA en migrantes. Desde

entonces, el mayor número de casos notificados se ha concentrado en el grupo de los migrantes residentes que tienen un promedio de estancia de 12.5 años en México.

Otro grupo en condición de alta vulnerabilidad corresponde a las personas migrantes que laboran en los contextos del trabajo sexual. Estudios previos habían documentado la condición de alta vulnerabilidad social en salud que enfrentan las trabajadoras y trabajadores migrantes de origen centroamericano que han encontrado una fuente de ingresos y una estrategia de supervivencia en el creciente mercado del sexo-servicio (Villa B., et al. 2004; Leyva R., et al. 2007, 2008).

En esta investigación se mostró que como mercado de trabajo, las actividades vinculadas al sexo-servicio poseen características singulares. Destaca entre otras, el hecho de que se sustentan, más aún que otros mercados, en la capitalización de aspectos extra económicos de la fuerza de trabajo sustentada tanto en la condición migratoria indocumentada como de las construcciones de género, aspectos que refuerzan la explotación y subordinación. Por ello, en este y otros estudios se ha llegado a afirmar que este mercado se inscribe en redes de comercio nacional e internacional que, traspasando con frecuencia los linderos de la legalidad, usufructúan en su provecho la condición de necesidad o debilidad en que se encuentran los y las migrantes (OIT, 1998; Ariza M., 2004).

Es difícil conocer el modo en que se establecieron los circuitos del trabajo sexual, lo cierto es que en la actualidad existen redes establecidas entre el principal centro urbano de la región y las localidades que se ubican a uno y otro lado de la frontera. Lo anterior habla de un mercado estructurado que produce cuantiosos beneficios para una diversidad de agentes dentro de los cuales, por supuesto, no figuran los y las trabajadoras migrantes. El estudio etnográfico realizado en el marco de la investigación, permitió documentar que Tapachula, Huixtla, Ciudad Hidalgo y Cacahoatán son los principales polos de atracción laboral. En estas localidades, “las esquinas”, las “zonas de tolerancia” y diversos tipos de

establecimientos se constituyen en los espacios laborales donde se oferta y demanda el trabajo sexual.

De las diferentes modalidades que adopta el mercado del trabajo sexual en la frontera, interesó destacar la participación de los y las migrantes que laboran de forma “regulada” en los numerosos negocios y establecimientos ubicados en las zonas de tolerancia de Tapachula y Cacahoatán. La investigación contribuyó a evidenciar que este grupo definido en función del sector de laboral, no sólo incluye a las personas que se auto-identifican como trabajadores/as sexuales sino a todas aquellas personas migrantes que se desempeñan como cocineros/as, cantineros, meseros/as, bailarinas, músicos, encargados y personal de limpieza. En el marco de la investigación se decidió focalizar la atención en este grupo porque el hecho de laborar en espacios reconocidos y regulados por las autoridades sanitarias constituye un determinante prioritario de las rutas de acceso a los servicios de prevención, diagnóstico y atención de las ITS/VIH/SIDA.

El tercer grupo de estudio corresponde a los migrantes que van en tránsito por la región fronteriza con la intención de seguir subiendo por el territorio para llegar a los Estados Unidos. Como se documentó en este trabajo, durante más de dos décadas, el Soconusco fue la región que concentró el mayor número de eventos relacionados con el tránsito de migrantes indocumentados en toda la frontera sur de México (INM, 2006). Sin embargo, en los últimos años se ha observado una tendencia de reducción de la circulación migratoria en esta región fronteriza. Los cambios en las rutas tradicionales están asociados al endurecimiento de la política migratoria y a las acciones de seguridad fronteriza, al recrudecimiento de la violencia y a la extorsión que cotidianamente viven los migrantes, así como a los efectos del Huracán Stan (2005) que provocaron la interrupción de la red ferroviaria.

Al igual que en otros trabajos, se señaló que la política pública que impulsan los grupos hegemónicos justifica la necesidad de implementar acciones cada vez más restrictivas frente a los flujos de migrantes centroamericanos que buscan llegar al país del norte (Castillo M.A., 2000). Estas posturas hostiles y restrictivas que han

sido adoptadas por buena parte de las instituciones migratorias y de seguridad pública relacionadas con la temática, han contribuido a instaurar lo que Flor María Rigoni (2007: 83; 2010) -director de la Casa del Migrante de Tapachula- llama la “frontera vertical”. Esta noción alude a la política de “licencia de cacería” que ha implementado el Gobierno de México bajo presión de Estados Unidos. En el marco de esta política, el “México uniformado” se asume como un país frontera, un territorio donde cada día se instaura una “jungla de discrecionalidad y de corrupción” que tiene como principales víctimas y como fuente permanente de ingresos económicos a los migrantes indocumentados.

Diversas instituciones gubernamentales y organizaciones sociales han realizado un cuestionamiento importante a esta política que favorece la violación sistemática de los derechos humanos. Sin embargo, su vigencia se ejemplifica en la reciente declaración del todavía subsecretario para América Latina y el Caribe de la Secretaría de Relaciones Exteriores, quien ante las consecuencias que ha tenido la terrible masacre de 72 migrantes que fueron encontrados en 2010 en el norte del país, se atrevió a argumentar que “México no tiene toda la culpa de la violación de los derechos humanos de migrantes (...) En ninguna parte del mundo se da una situación en la cual el migrante va caminando entre algodones desde su país natal hasta el de destino. No hay una súper-carretera donde reciba trato de *business class*” (Pérez C., La Jornada, 20 febrero de 2012).

Diversas organizaciones de derechos humanos han documentado que, en este contexto de impunidad, corrupción, adversidad y violencia, los y las migrantes siguen siendo víctimas de delitos como la extorsión, el robo, asaltos, explotación, trata de personas y de asesinatos (CDHFMC, 2005; CNDH, 2010). Asimismo, otras investigaciones han mostrado que en el largo trayecto hacia el norte, las mujeres migrantes, frecuentemente se enfrentan a la discriminación y a situaciones de violencia física, psicológica y/o sexual, tienen un limitado acceso a los recursos preventivos y a la asistencia sanitaria, y viven las consecuencias de la desprotección laboral, jurídica y social (Leyva R., et al. 2005; Infante C., et al. 2011). Por todo ello, se afirma que la vulnerabilidad social y de salud que enfrentan las poblaciones migrantes indocumentadas constituye un indicador de la



desigualdad estructural y de las inequidades persistentes que caracterizan a nuestra sociedad.

En este contexto es que adquieren particular importancia las acciones humanitarias y de defensa de los derechos humanos realizadas por organizaciones como la Casa del Migrante de Tapachula, Chiapas. Como se ha documentado, estas organizaciones buscan facilitar el acceso a servicios de salud integrando como componente específico las estrategias de prevención y atención de las ITS/VIH/SIDA. Desde su origen y motivaciones particulares, las organizaciones no gubernamentales presentes en la frontera han realizado un importante trabajo que en muchos casos solventa los vacíos que deberían ser obligación del Estado y en otros los complementa. A partir de la sistematización de su experiencia cotidiana se mostraron importantes avances en el desarrollo de estrategias dirigidas principalmente hacia la prevención de la infección, sin embargo, de manera gradual, las organizaciones civiles han ido incorporando líneas de acción que facilitan el acceso a la atención médica integral para migrantes que ya viven con el VIH. Aunque se trata de un proceso en construcción, la experiencia de trabajo desarrollada por ésta y otras organizaciones (por ejemplo, la organización Una Mano Amiga A.C.) que operan en la frontera, mostró la importancia que tiene la conformación de redes de apoyo capaces de estructurar una respuesta alternativa ante la vulnerabilidad y las necesidades de salud de los grupos móviles y migrantes.

- **Derecho a la salud en el contexto de frontera**

El análisis puso especial énfasis en las formas de respuesta social en salud que despliegan tanto las personas migrantes con VIH, como las instituciones gubernamentales y las organizaciones sociales con experiencia de trabajo en el tema de la migración y el VIH/SIDA en la frontera. Las respuestas personales, familiares, comunitarias e institucionales relacionadas con la prevención y atención del VIH/SIDA, se abordaron como procesos situados en una trama de relaciones que se modifican a lo largo del tiempo y según el contexto en donde se aplican.

En lo que concierne al ámbito institucional, el estudio contribuyó a mostrar que las diversas y no siempre complementarias modalidades de respuesta social (políticas, normativas y acciones en salud) pueden promover o, por el contrario, dificultar la protección, defensa y garantía de los derechos humanos de las personas migrantes en relación con la atención del VIH/SIDA.

La investigación partió del reconocimiento de que, en la última década, han prevalecido las políticas y acciones que imponen importantes obstáculos para el acceso a servicios de salud entre los grupos migratorios indocumentados. Sin embargo, el principal interés de esta investigación fue evidenciar que este tipo de respuestas adversas y hostiles frente al fenómeno, pueden ser contrastadas y relativizadas por la acción social de actores institucionales (principalmente por el Programa de VIH/SIDA de la JS-VII) que confluyen en una región fronteriza donde la migración centroamericana ha sido formado parte de su constitución histórica.

La idea, entonces, fue mostrar que la cercanía geográfica con Centroamérica, el fuerte arraigo histórico que tiene la circulación de personas y la intensificación de la dinámica de la migración internacional registrada en las últimas tres décadas, constituyen procesos sociales que definen la emergencia de otras formas de respuesta social en salud. Estos procesos imponen retos a los sistemas de salud (de uno y otro lado de la frontera), contribuyen a definir diferentes posicionamientos en torno al derecho a la salud y delinean las tendencias de las políticas y acciones que abordan el vínculo migración-salud-VIH/SIDA.

En este sentido, se evidenció que en una región donde las relaciones interfronterizas y la movilidad poblacional constituyen la norma, el sector público de salud (ISECH-PVIH-JS), ha tendido a brindar servicios de prevención y/o atención del VIH/SIDA a la población extranjera residente y a los trabajadores(as) migrantes cuyas condiciones laborales los excluyen de cualquier esquema de seguridad social. Este hallazgo por sí mismo resulta significativo, sobre todo si se compara con las imponentes barreras institucionales y las exclusiones sociales en salud que viven los migrantes en otras localidades y entidades federativas.

Por ejemplo, en un estudio que tuvo el propósito de analizar la vulnerabilidad al VIH/SIDA que enfrentan las trabajadoras sexuales migrantes en las principales ciudades de Quintana Roo (Leyva R., Quintino F., Gutiérrez A., 2008), se encontró que todas aquellas mujeres con condición migratoria indocumentada eran excluidas de los servicios públicos de salud. El mismo estudio mostró que frecuentemente, los representantes institucionales y personal de los centros de salud de Cancún y Chetumal, no sólo reproducían el estigma y discriminación contra las mujeres, sino también asumían un rol de colaboración con los agentes de migración encargados de las actividades de “aseguramiento” y deportación.

Otros estudios realizados por la organización Sin Fronteras (2012), muestran que las actitudes discriminatorias y las barreras médicas que obstaculizan el acceso a servicios públicos para migrantes centroamericanos se replican en el centro del país. De acuerdo con el artículo 27 de la nueva Ley de Migración, vigente desde el 25 de mayo de 2011, a la Secretaría de Salud le corresponde “promover en coordinación con las autoridades sanitarias de los diferentes niveles de gobierno que, la prestación de servicios de salud que se otorgue a los extranjeros, se brinde sin importar su situación migratoria”. Sin embargo, señala Sin Fronteras (2012), más allá de la promulgación de la Ley, entre el personal de los servicios públicos de salud de la capital del país, prevalece la discriminación y la desinformación sobre la obligación que tienen de brindar atención a la población extranjera.

En este contexto de inequidad es que adquieren mayor relevancia las acciones desarrolladas por los servicios de salud que forman parte de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas, y particularmente las estrategias desplegadas por el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS. En el estudio se presentaron testimonios donde los representantes institucionales y profesionales de salud que laboran en la JS-VII apelan al respeto del derecho a la salud de los migrantes. Sin embargo, el análisis también contribuyó a mostrar que no todos los representantes institucionales y profesionales de salud, ni todas las instituciones públicas que están relacionadas con el tema migratorio, promueven el respeto al derecho a la atención médica y a la asistencia sanitaria.

Se sabe que los procesos de reconocimiento y denegación del derecho que tienen los migrantes a recibir atención médica en los servicios públicos disponibles en las sociedades de tránsito o destino, constituye una de las principales controversias que enfrenta el campo de la salud pública en la actualidad. En este debate político confluyen desde las posturas que definen a la migración como una “problemática social” y remarcan la exclusión del derecho a la salud de los migrantes, hasta aquellas que problematizan la condición socio-jurídica del migrante indocumentado, apelan al respeto a sus derechos humanos y promueven la construcción de condiciones que favorezcan el acceso a servicios que son básicos para el bienestar (Luengo J., 2005; De Sousa B., 2002).

Este escenario de conflicto entre los actores se replica y adquiere particularidades en la región fronteriza del sur de Chiapas. Como se ha mostrado, en el ámbito comunitario de localidades fronterizas como Tapachula y Cacahoatán, circula un conjunto de significaciones que definen al fenómeno migratorio centroamericano como una “problemática social”, y que han colocado a los migrantes en términos de “amenaza para la seguridad nacional”, “criminalidad” o como “portadores de enfermedad” y de “peligrosidad para la salud pública”.

En este sentido se muestra que, en la frontera sur, se reproduce, como lo ha señalado Adbelmalek Sayad, “una de las principales consecuencias que tiene esta visión e imposición en torno a la migración, que es la de percibir al sujeto migrante siempre en referencia a un problema social, es decir, a un problema que remite a sus condiciones de existencia y en último lugar a su derecho a existir. En este contexto histórico tenemos que preguntarnos ¿si en realidad se trata de problemas propios de los migrantes o más bien se trata de los problemas que las sociedades receptoras se plantean a propósito de esta figura y que por ello mismo crean verdaderos problemas a los propios migrantes?” (Sayad A., citado en Lenoir R., 1993:72). Desde esta perspectiva, fue que la investigación se propuso lograr una mejor comprensión sobre cuál es el posicionamiento del sector público de salud respecto al derecho a la atención médica de las personas migrantes con VIH/SIDA.

En el sistema público de salud del contexto fronterizo de Soconusco se identificó la vigencia de las perspectivas y acciones que vinculan al fenómeno migratorio con “problemáticas” de salud poblacional, y particularmente con la epidemia del SIDA. Como se mostró en esta investigación, estas acciones de salud pública han estado basadas en los enfoques epidemiológicos clásicos que históricamente han concebido a los procesos migratorios y a los intercambios fronterizos como un condicionante de la distribución y diseminación de las enfermedades infecciosas.

Las medidas de control fitosanitario que se realizan en la franja fronteriza, la creación de “zonas de tolerancia” y la implementación rutinaria de las “verificaciones” y “redadas” que aplican como parte de los programas de control sanitario del trabajo sexual, están permeadas por estos enfoques. Estas acciones de salud pública no sólo operan como fronteras sanitarias que separan y dividen a las poblaciones de diferentes nacionalidades, sino como ocurrió en el pasado, estas medidas han contribuido a reproducir las fronteras simbólicas a través de las cuales se refuerzan los estigmas y la discriminación hacia la población migrante centroamericana.

Otros estudios han evidenciado que las actitudes discriminatorias y la exclusión se reproducen en el propio ámbito de los servicios públicos de salud disponibles en la frontera. En un estudio elaborado por Gerardo Espinoza (2011), se documentó que el estatus migratorio sumado a los prejuicios y la desinformación del personal de salud sobre el derecho y la obligación que tienen de brindar atención médica, imponen barreras de acceso los servicios de salud para la comunidad hondureña asentada en Chiapas. Por su parte, las investigaciones que focalizan su atención en la temática del VIH/SIDA, han mostrado que en el espacio comunitario los actores sociales (incluyendo los proveedores de servicios de salud) continúan reproduciendo la perspectiva de que el “SIDA viene de fuera” y que “los extranjeros”, “los extraños”, “los migrantes” pueden estar asociados a la diseminación de la epidemia. Así, “el SIDA se ha constituido en un elemento adicional que contribuye a incrementar actitudes de rechazo hacia grupos de migrantes indocumentados” (Bronfman M., y Leyva R., et al. 2004; Infante C., et al., 2004:45).

No obstante, como se ha podido observar en este trabajo, en los mismos ámbitos comunitarios y en los servicios públicos de salud, también tienen un importante peso los posicionamientos que reconocen la condición de alta vulnerabilidad que enfrentan las poblaciones móviles y migrantes en el contexto fronterizo. Se trata de actores que han buscado generar mecanismos para la exigibilidad del derecho a la salud de los ciudadanos centroamericanos, independientemente de su condición migratoria. El Programa de VIH de la JS-VII de Tapachula, los centros de salud fronterizos (SSA-ISECH), el equipo del Instituto Nacional de Salud Pública, la Casa del Migrante, Albergue Belén y la organización civil Una Mano Amiga han sido actores relevantes en este proceso de conformación de redes de apoyo social cuyo trabajo está orientado hacia la reducción de la vulnerabilidad social en salud (Bronfman M., et al. 2004; Leyva R., et al. 2005, 2007, 2011).

La sostenibilidad y fortalecimiento de esta red de actores gubernamentales y sociales ha permitido desarrollar un conjunto de acciones y modelos de atención que buscan amortiguar las consecuencias de las desigualdades sociales e inequidades en salud que enfrentan los migrantes en la frontera chiapaneca. Aunque se trata de una modalidad de respuesta social en permanente reconstrucción, y de un conjunto de acciones que sin duda presentan limitaciones y nuevos retos, puede decirse que la conformación y sostenibilidad de una red de actores interesados en abordar, desde una perspectiva de derechos humanos, las cuestiones relacionadas con la salud de los migrantes puede contribuir a amortiguar la vulnerabilidad al VIH/SIDA que se acentúa en los tránsitos y cruces a través de las fronteras.

El presente estudio mostró que las políticas y acciones en materia de migración y VIH/SIDA, se (re)construyen en un escenario de permanente conflicto y debate en el que participan tomadores de decisiones, profesionales de la salud y miembros de la sociedad civil organizada. Incluso en el nivel intra-institucional (servicios de salud de la JS-VII), se identificaron expresiones de este debate entre los actores que al reconocer las condiciones de inequidad y vulnerabilidad, buscan construir mecanismos para la exigibilidad de los derechos de los migrantes centroamericanos en relación al VIH/SIDA; y aquellos que tienden a fortalecer las

fronteras simbólicas, jurídicas y administrativas que separan, excluyen o rechazan a los “otros”, “los migrantes”, obstaculizando, aún más el acceso a los servicios públicos de salud.

En síntesis, el estudio permitió identificar individuos, equipos de trabajo y otros actores sociales que adoptan con mayor fuerza uno u otro posicionamiento. También evidenció que las maneras de conceptualizar, abordar, formular e implementar respuestas a la relación entre migración y VIH/SIDA, deben ser entendidas como un proceso situado en una trama de relaciones que se modifican a lo largo del tiempo y según el contexto histórico en donde se aplican.

- **El carácter dinámico de la respuesta social al vínculo migración y VIH/SIDA**

En el estudio se mostró que la vulnerabilidad social en salud que enfrentan las PMVS está estrechamente vinculada con los cambios y continuidades de las políticas, normativas y las acciones en salud. El análisis de la política local sobre el vínculo migración y VIH/SIDA y la exploración de las singularidades del sistema público de salud fronterizo (SSA-ISECH), contribuyó a visibilizar dinámicas y barreras (institucionales y médicas) que pueden acentuar o, por el contrario amortiguar las condiciones de vulnerabilidad que enfrentan los migrantes con VIH.

En este trabajo se buscó destacar el carácter dinámico y procesual de las modalidades de respuesta social que despliegan las organizaciones gubernamentales y sociales en torno al tema de la migración y la epidemia del VIH/SIDA. Desde esta perspectiva, el estudio tuvo el propósito de caracterizar y reconstruir el proceso de formulación de políticas e implementación de acciones en salud que se generaron a largo de una década (2000-2010), así como analizar los efectos y consecuencias que estas formas de respuesta institucional tienen sobre las trayectorias de búsqueda, acceso y utilización de los servicios públicos de salud de las PMVS.

Los posicionamientos y tendencia de las políticas (locales y nacionales), así como los modelos de atención y acciones en salud desplegadas en el periodo que abarca del año 2003 al 2005, se reconstruyeron a partir de análisis documental y

de la experiencia de los actores clave. En lo que respecta al periodo 2005-2010, se adoptó una metodología de investigación participante y una lógica prospectiva de seguimiento de la respuesta social al VIH/SIDA que se ha focalizado en los principales grupos móviles y migrantes confluente en la frontera sur de México. La implementación de esta metodología permitió identificar tres fases por las que han transitado las políticas y estrategias de prevención de la epidemia, así como caracterizar el perfil socio-demográfico y de salud de las personas migrantes con VIH.

En la primera fase, la investigación se planteó como un estudio de caso para migrantes residentes con VIH en la frontera. La revisión de la literatura, los datos epidemiológicos y la información proporcionada por los actores clave mostraban que la mayor parte de las personas extranjeras con VIH (notificadas en los servicios públicos de salud) eran migrantes que residían en México. Por ello, el estudio buscó identificar elementos estructurales de la política migratoria y de salud que podrían funcionar como barreras institucionales que dificultaban el acceso a la atención para el VIH/SIDA.

Esta primera fase (1999-2003) se caracterizó por la informalidad de la respuesta de los servicios públicos de salud (SSA-PVIH-JS) que se limitaron a brindar una “atención reactiva” tanto a varones migrantes que se encontraban en etapas avanzadas de la enfermedad, como a mujeres migrantes cuya pareja vivía con el VIH/SIDA. Los hallazgos mostraron que si bien el PVIH-JS se ha caracterizado por brindar servicios a las personas migrantes, en el tema de la atención integral del VIH/SIDA sus derechos no eran del todo respetados, ya que enfrentaban importantes *barreras legales y administrativas*. En ese periodo, las deficiencias en el acceso al tratamiento antirretroviral eran frecuentes entre la población nacional con y sin seguridad social, sin embargo, los migrantes con VIH enfrentaban mayores obstáculos.

En este sentido, la investigación evidenció que las lagunas normativas en materia de migración y salud sumadas al conjunto de procedimientos institucionales estipulados por las políticas nacionales de VIH/SIDA, fungieron como mecanismos



y barreras que acentuaron la exclusión social en salud. El estudio examinó los documentos de política pública elaborados desde el CENSIDA, encontrando que “los migrantes” (no se hace referencia explícita a los centroamericanos) figuran como parte de las poblaciones clave. No obstante, las líneas de acción se han limitado al control y prevención primaria del VIH/SIDA, pero no incluyen medidas específicas para la prevención secundaria y menos aún explicitan mecanismos que garanticen el acceso a TARV para las PMVS. En términos prácticos, durante la primera fase, los migrantes indocumentados no podían ingresar al PAUMA pues el trámite para la afiliación requería de documentos que acreditarán el permiso de estancia o residencia en el país.

Los procedimientos institucionales dictados desde el nivel central, e implementados a nivel local operaron como una especie de “barco titanic”, es decir, obstaculizaron el acceso al TARV para las poblaciones más marginadas y vulnerables, con importantes efectos negativos en la salud de los migrantes residentes con VIH. Las consecuencias de las inequidades en salud se expresaron tanto en el deterioro de la salud y la calidad de vida, como en el avance acelerado de la enfermedad, y en ocasiones en la muerte de migrantes.

Se trata de muertes rodeadas de búsquedas, dudas, precariedades, separaciones, resignación y coraje, desplazamientos, denuncias y demandas de atención médica. Son muertes de hombres y mujeres que visibilizan las graves consecuencias de las inequidades en salud en un contexto de frontera, pero que también pueden representar la historia de cientos de migrantes que mueren en el proceso de búsqueda de atención para enfermedades crónico-degenerativas y de padecimientos altamente medicalizados que requieren de un estricto seguimiento, servicios públicos que son frecuentemente negados o condicionados en los sistemas de salud de las sociedades receptoras.

También son muertes que evidencian los graves efectos de las políticas de medicamentos que han imperado en el neoliberalismo. Como señala Bernardo Useche (2005: 2), “son las políticas de “libre comercio” que han permitido hacer un fabuloso negocio a las corporaciones productoras de estos fármacos extremando

la miseria de quienes los necesitan. En el caso del SIDA, el neoliberalismo se ha encargado de exacerbar hasta el límite las desigualdades, creando un intenso mercado potencial para los nuevos antirretrovirales que requiere una población (que casi en su totalidad) no posee ninguna capacidad para adquirir este tipo de medicamentos.

Este marco de inequidad planteó la necesidad de desarrollar estrategias que facilitaran el acceso a la atención médica integral para las PMVS que demandaban servicios en la frontera sur de México. En este sentido, la investigación permitió mostrar que los lineamientos de política pública y las definiciones administrativas y legales son siempre filtrados y aplicados en situaciones concretas, y es en el ámbito de los servicios de salud donde se desarrolla la verdadera controversia en torno al derecho que los migrantes tienen o no a la atención médica integral. Son los profesionales de salud quienes interpretaron estos lineamientos tratando de dar respuesta a la necesidad de TARV que presentaban los migrantes residentes con VIH.

A nivel local, los profesionales de salud desarrollaron estrategias que aparentemente estaban fuera del marco político-jurídico dictado a nivel central, ya que apelando al derecho a la salud, y considerando las necesidades específicas de las PMVS notificadas en ese periodo, se atrevieron a brindar el TARV “algunos pacientes”. Desde su perspectiva, sólo los migrantes residentes (independientemente de su estatus migratorio u ocupación) cumplen con los criterios del “paciente ideal” para recibir el TARV. Por tanto, es en el proceso de provisión de servicios donde los profesionales establecen criterios de elegibilidad que, en este caso, tuvieron la intención de facilitar el acceso a la atención integral para un sector de la población migrante afectada por la epidemia.

Así, el estudio mostró que las acciones impulsadas por el PVIH-JS se caracterizaron por tener una base local, pero con posibilidades de desarrollar redes de solidaridad que rebasan las fronteras nacionales, y en algunos casos pueden fortalecer la defensa de los intereses percibidos como comunes. A partir de la concertación de acuerdos informales con actores clave de Centroamérica, se

sentaron las bases para el desarrollo de una política local, la cual, a corto plazo tuvo la capacidad de incidir y reordenar las normativas que regulan el acceso al TARV en población migrante.

En la segunda fase (2004-2007), se mostró que los servicios públicos de salud buscaron ampliar las acciones de “promoción del diagnóstico oportuno de VIH” en grupos que presentan una condición de alta vulnerabilidad y riesgo a la infección por el VIH, entre ellos, figuraban las trabajadoras(es) sexuales. En el marco de estos procesos, fueron claramente observables los conflictos de interés y de posición. Por un lado, se encontraba el PVIH-JS-VII que ha tendido a promover la prevención y atención del VIH como una estrategia orientada hacia la exigibilidad del derecho a la salud, y por el otro, los Servicios Municipales de Salud, cuyos intereses se centran básicamente en la recaudación de recursos económicos para el municipio y en argumentos basados en la aplicación de la epidemiología tradicional para el control de infecciones que ha dejado de lado el respeto a los derechos humanos de las personas que laboran en contextos del trabajo sexual.

En este debate prevalecieron las posturas que apelan a la replicación del viejo modelo del Programa de Control Sanitario, el cual, ha tendido a promover la pruebas obligatorias y rutinarias de VIH entre los y las migrantes que laboran en contextos del trabajo sexual. La perspectiva de la regulación sanitaria del trabajo sexual expresa la vigencia de los enfoques reglamentaristas-higienistas que se han mantenido sin cambios desde el siglo XIX.

La replicación de este enfoque y modelo de atención que ha sido muy cuestionado por los grupos en lucha contra el estigma y discriminación (Uribe P., 2000; Monroy P., 2008), tuvo un fuerte impacto en la vida de los y las trabajadoras que obtuvieron un resultado reactivo en la prueba de VIH. El estudio evidenció que las condiciones de la atención prestada por los servicios municipales de salud de las localidades seleccionadas, propiciaron la violación de los derechos a la voluntariedad, confidencialidad y consentimiento informado, y favorecieron la reproducción de actitudes de rechazo y discriminación en el entorno familiar,

laboral y comunitario en donde se desenvuelven los y las trabajadoras migrantes con VIH.

El reconocimiento de las limitaciones que presentan los programas de control sanitario planteó la necesidad de formular e implementar otro tipo de intervenciones. De manera reciente, el INSP en colaboración con los actores locales, impulsaron una iniciativa de revisión del marco jurídico-político que regula las condiciones de acceso a servicios de salud para las personas en trabajo sexual, así como una propuesta de reforma al Reglamento de Sanidad Municipal de Tapachula, Chiapas (Quintino F., Leyva R., et al. 2011).

El proyecto de reformas y adiciones a este ordenamiento se realizó con un enfoque basado en el derecho a la protección de la salud sexual y reproductiva de las personas mayores de edad que de manera libre e independiente laboran en contextos del trabajo sexual (Yañez R.M., et al., 2011). La propuesta de reforma fue aprobada por el Cabildo Municipal, lo cual, constituye un primer paso para cambiar el enfoque del control sanitario que ha prevalecido en el ámbito local y en el nacional (Leyva R., et al. 2009, 2011). Sin embargo, como se ha enfatizado en este trabajo, el derecho a la salud de los y las trabajadoras migrantes sólo adquiere sentido cuando existen condiciones para su aplicabilidad, lo cual sigue representando un reto para el sistema de salud fronterizo.

La tercera fase (2007-2010) reconstruida en el marco de la investigación, corresponde a una respuesta de alcance local que tuvo la capacidad de incidir en los lineamientos de política emitidos a nivel nacional. El PVIH-JS en colaboración con el INSP y los actores locales lograron posicionar en la agenda pública del CENSIDA el tema de la situación de la epidemia en población migrante que confluye en la frontera chiapaneca. En el marco de este proceso de gestión, los representantes del CENSIDA asumieron el compromiso de facilitar la cobertura del TARV a todas las personas migrantes con VIH que son atendidas en las unidades de salud de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula. Estos acuerdos se formalizaron en el Memorándum DG/DIO/102/07 emitido por la Dirección de Prevención y Participación Social del CENSIDA (2007).

Los acuerdos concertados no sólo facilitaron el acceso a TARV para las PMVS, sino también abrieron la posibilidad de realizar acciones de prevención y promoción del diagnóstico oportuno (voluntario, confidencial e informado) entre los miembros de otros grupos migratorios. El foco de atención fueron los migrantes en tránsito por México, para quienes se había documentado una condición de alta vulnerabilidad al VIH vinculada con la violación de sus derechos humanos y con la multiplicidad de delitos perpetrados en su contra en la zona fronteriza y en toda la ruta por el territorio mexicano (Rigoni F., 2010; Leyva R., et al. 2005; Infante C., et al., 2011).

Al igual que en la fase anterior, el estudio mostró la presencia y participación de actores sociales (principalmente el PVIH-JS y la Casa del Migrante) que han contribuido a formular e implementar acciones orientadas a facilitar el acceso a servicios de salud y a la prevención del VIH/SIDA, esto como parte de un proyecto más amplio que busca amortiguar las situaciones de alta vulnerabilidad social y de salud de estos grupos de población durante su tránsito por México.

A nivel local, existe consenso en que el cúmulo de situaciones de vulnerabilidad en salud que enfrentan los migrantes centroamericanos están estrechamente vinculadas (entre otros muchos factores) con la fragilización o desprotección social, jurídica y política en materia de derechos humanos. Sin embargo, como señala Flor María Rigoni (2010), director de la Casa del Migrante, Albergue Belén, los niveles de violencia y los delitos cotidianos que se perpetran en un contexto signado por la impunidad, los intereses económicos y la corrupción, parecen haber restado fuerza a la noción tradicional de “violación de los derechos humanos”. Por ello, Rigoni considera que “cultura y derecho deben ir de la mano. De nada sirve una reforma en nuestra mentalidad sobre la dignidad, si no se instrumentan mecanismos culturales, jurídicos e intervenciones eficientes para que el Estado de Derecho supere y desaparezca la impunidad” (2010:85).

En este sentido, la investigación evidenció que la transmigración centroamericana implica una constelación de nuevas problemáticas para los que buena parte de las políticas públicas tradicionales no están preparadas, así como nuevos desafíos de

integración social y de tolerancia en un contexto socioeconómico profundamente adverso y donde cada día se profundizan la desigualdad. La migración y la salud, como fenómenos sociales, son más rápidos que la respuesta institucional. Así, los desafíos anteriores demoran en encontrar adecuada respuesta por parte de las políticas de migración y salud de los países en que ocurren.

A pesar de ello, en este trabajo se buscó evidenciar que los programas e intervenciones desarrolladas por algunas organizaciones sociales y gubernamentales de la frontera sur de Chiapas, han comenzado, por lo menos en el ámbito local, a crear algunas bases para enfrentar los desafíos que se plantean en materia de protección y garantía del derecho a la salud de los migrantes, y particularmente en lo que respecta a la promoción del derecho a la salud y el derecho a la atención médica integral para el VIH/SIDA. Estos puntos se presentaron como una base para encontrar respuestas eficaces a las necesidades de las poblaciones socialmente más vulnerables.

En este marco, se considera que la contribución realizada por la presente investigación participativa se basa esencialmente en la sistematización y difusión de la experiencia sobre el proceso de política desarrollado en la frontera. El procesamiento de datos epidemiológicos y el análisis de la perspectiva y valoración sobre servicios y las políticas de salud que realizan las propias personas migrantes con VIH, constituyen otros aportes relevantes del estudio. Recuperar la perspectiva de los profesionales de salud y de las personas migrantes desde una posición metodológica cualitativa, es clave para comprender los procesos de diseño, monitoreo y evaluación de políticas, las cuales corresponden a procesos cambiantes en el tiempo.

- **La situación de la epidemia del VIH/SIDA en migrantes**

En la actualidad se reconoce que los sistemas actuales de vigilancia epidemiológica en migrantes son limitados, puesto que sólo permiten compilar información de usuarios de los servicios de salud, presentan dificultades metodológicas para estimar la prevalencia e incidencia de casos de VIH/SIDA, y se enfrentan al reto de la alta movilidad poblacional que dificulta el seguimiento del

historial clínico de las personas afectadas por la epidemia. A pesar de los retos metodológicos que plantea la vigilancia epidemiológica, tanto en la frontera norte como en la frontera sur se han hecho esfuerzos para conocer la situación del VIH/SIDA en diversos grupos de la población migrante. La mayor parte de los estudios realizados en las fronteras se basan en las encuestas centinela, de comportamientos, y de estigma y discriminación que focalizan su atención en aquellos grupos migratorios que enfrentan condiciones de alta vulnerabilidad y riesgo al VIH (Bronfman M., y Rubin J., 1996; Rangel G., 2006; Sánchez M., et al. 2004; Kaiser H., 2004; Leyva R., et al. 2007, 2008, 2011).

Desde el año 2003, el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, no sólo ha apoyado la aplicación de encuestas, sino ha desarrollado un sistema de registro de casos de migrantes VIH positivos que fueron notificados y atendidos en los servicios públicos de salud de la región de Soconusco. De acuerdo con los datos generados por el PVIH-JS, los migrantes representan el 11% del total de casos notificados en el periodo 2003-2010. La población migrante afectada por la epidemia está compuesta por hombres (54.7%) y mujeres (45.3%) que son originarios de Guatemala (54.2%), Honduras (24%) y El Salvador (19%). Más de la mitad de las personas con VIH/SIDA que han recibido atención son migrantes residentes (59%), alrededor del 25% son migrantes que laboran en los contextos del trabajo sexual en la frontera, y en menor medida se encuentran los trabajadores agrícolas (6%) y las personas privadas de libertad (8%).

Si bien estos datos contribuyen a conocer mejor la situación de la epidemia, en esta investigación se sugirió analizar los datos con reserva, ya que los casos registrados no necesariamente corresponden a los grupos donde se concentra la mayor prevalencia, es decir, los migrantes no pueden ser considerados como un “grupo de riesgo”. El análisis de los datos debe considerar que el sistema de vigilancia epidemiológica no sólo se enfrenta al constante reto de mejorar los instrumentos de registro (Uribe F., 2005), sino que el proceso de notificación de casos de VIH/SIDA también está determinado por las capacidades de infraestructura, técnicas y de recursos con las que cuentan los servicios públicos

de salud, así como por la disponibilidad y acceso a las estrategias de prevención y atención por parte de la población.

Desde esta perspectiva, se planteó que el desarrollo de la política local de VIH/SIDA ha incluido a diversos grupos móviles y migrantes como parte de las poblaciones estratégicas, facilita el acceso al diagnóstico oportuno de VIH, acciones que se ven reflejadas en la vigilancia epidemiológica. Si bien en el periodo 2007-2010 no se ha dejado de registrar la llegada de migrantes residentes que acuden por libre demanda a los servicios de salud, los datos muestran una disminución del número de personas que reciben el diagnóstico de VIH en condiciones críticas de salud. Asimismo, la información indica una mayor afluencia de trabajadores/as sexuales que tuvieron acceso al diagnóstico oportuno como parte de las estrategias impulsadas por el PVIH-JS y el INSP (Quintino F., 2011). De igual manera, los datos generados entre el 2009-2011, periodo en el que se mejoraron los instrumentos epidemiológico, indican que las iniciativas también han facilitado el acceso al diagnóstico oportuno por parte de migrantes en tránsito, quienes han llegado a representar el 18% del total de casos notificados (Leyva R., et al. 2011).

Aunque ha habido un incremento sostenido en la detección de casos, en general, los datos muestran que los migrantes parecen representar una submuestra de la epidemia que se ha observado en población general y en grupos específicos de los principales países de origen de los migrantes. Por ello, es importante considerar las condiciones de vulnerabilidad y los nuevos riesgos que enfrentan durante su proceso migratorio, ya que éstos son los que definirán la incidencia de VIH/ITS entre los grupos móviles y migrantes (Leyva R., et al. 2011). Diferentes metodologías que permiten explorar estos procesos, y esta investigación se optó por los abordajes cualitativos que permiten asignar centralidad a la dimensión subjetiva de la acción social, adoptando técnicas que se centraron en el punto de vista de los actores sociales involucrados para acceder a sus propias interpretaciones y atribuciones de sentido (Castro R., y Bronfman M., 1995: 58).



- **Experiencia del padecimiento y trayectorias de acceso a servicios**

La adopción de una metodología cualitativa contribuyó a visibilizar la heterogeneidad del subgrupo migratorio afectado por la epidemia, permitiendo documentar la diversidad de experiencias y perspectivas sobre los servicios de salud y los programas de prevención y atención del VIH/SIDA, así como explorar los diversos contextos y situaciones que delimitan e influyen en la manera en que los sujetos responden a las necesidades de salud que se presentan en el marco de los procesos de migración internacional. Asimismo, la importancia de la investigación cualitativa radica en que reclama “el derecho de las personas a ser escuchadas y tomadas en cuenta en el análisis de sus padecimientos (...) así pasan a ser sujetos activos, portadores de conocimientos, experiencias y prácticas cuya recuperación puede beneficiar a los servicios de salud” (Mercado F., 1999:180).

En la presente investigación se buscó lograr una mejor comprensión de la manera como hombres y mujeres migrantes perciben, interpretan, despliegan prácticas y manejan un conjunto de situaciones vinculadas a la infección por el VIH, el desarrollo del SIDA y de su atención, en relación con su experiencia migratoria y sus condiciones de vida en la frontera. Recuperando aportes del pensamiento sociológico relacional y del modelo conceptual de la vulnerabilidad social, se analizó la experiencia del padecimiento y las condiciones de acceso a la atención médica de personas con VIH que forman parte del grupo migratorio residente en la frontera, de los colectivos en trabajo sexual y del grupo de los migrantes en tránsito.

La diversidad que se encuentra al interior del subgrupo migratorio afectado por la epidemia puso en evidencia la configuración de procesos de vulnerabilidad diferencial frente al VIH/SIDA en contextos caracterizados por la precariedad socio-económica, la violencia y la inequidad social en salud. El estudio de caso permitió mostrar que en su interrelación, la condición migratoria indocumentada, las dinámicas de movilidad poblacional, las construcciones inequitativas de género, las precarias condiciones de vida y de trabajo y los cambios en las

modalidades de la respuesta social desarrollada en la frontera, marcan diferencias significativas en la experiencia y trayectorias del padecimiento de migrantes con VIH que enfrentan condiciones de alta vulnerabilidad social. Los cambios y continuidades que presenta este conjunto de determinantes sociales imponen límites y posibilidades en la construcción de capacidades, recursos y estrategias para manejar y atender las necesidades vinculadas a la infección por el VIH o el desarrollo del SIDA en un marco de migración.

La experiencia migratoria, del padecimiento y de su atención, se abordaron como procesos situados en una trama de relaciones intersubjetivas que son variables a lo largo del curso de vida de los sujetos. Desde esta perspectiva, el estudio privilegió el análisis del componente de la experiencia que se relaciona con el manejo del padecimiento y con las trayectorias de búsqueda, acceso y utilización de los servicios públicos de salud para la atención para el VIH/SIDA, procesos que tienen la particularidad de desarrollarse en el contexto social impuesto por la dinámica del desplazamiento.

Al igual que otros estudios, el análisis mostró que el VIH/SIDA es un padecimiento que genera una disrupción en la experiencia biográfica históricamente determinada (Bury M., 2001; Grimberg M., 2003; Mercado F., 1999). Esta experiencia no puede considerarse como un episodio puntual en la vida de los sujetos, sino como la historia de una trayectoria en la que se articulan situaciones relevantes –del pasado, presente y futuro- del curso de vida de cada individuo. La reconstrucción de las trayectorias de acceso a los servicios públicos de salud de la región fronteriza, permitió identificar dos episodios que se constituyen como ejes estructurantes de la experiencia de atención de los y las migrantes con VIH/SIDA: el primer contacto con los servicios de salud y el diagnóstico, y, las condiciones de acceso a la atención médica integral.

Como se habrá podido observar, todos los informantes tuvieron conocimiento de su condición de salud durante su tránsito o estadía en la frontera sur de México. Más allá de esta constante, se documentó que el primer contacto con los servicios de salud, las condiciones en las que se estableció el diagnóstico y el acceso a la

atención médica integral, fueron episodios de la trayectoria del padecimiento que presentaron variabilidades de acuerdo al grupo migratorio, a la condición de género, y las fases y modalidades de la respuesta social en salud desarrollada en la frontera.

El colectivo de los migrantes residentes que participaron en la investigación estuvo conformado por cuatro hombres y tres mujeres adultas (media de edad de 37.8 años), con pareja estable e hijos, y con un promedio de estancia de 12.5 años en México. Este grupo de informantes se aplicaron el examen de VIH en las unidades de salud de la SSA de la Jurisdicción Sanitaria VII de Tapachula, Chiapas.

Los varones migrantes residentes entrevistados recibieron el diagnóstico en una situación crítica de salud y en condiciones de internamiento hospitalario. Por lo tanto, el primer contacto con los servicios de salud estuvo precedido por el padecimiento de un conjunto de síntomas que no tenían explicación aparente. La experiencia de los profesionales de la salud confirmó el hecho de que entre los varones migrantes residentes ha prevalecido el diagnóstico tardío del VIH, es decir, se han aplicado la prueba del VIH en etapas avanzadas de la infección que los han hecho vulnerables a infecciones o neoplasias.

Por su parte, en las trayectorias reconstruidas por las mujeres migrantes residentes, se encontró que ellas no acudieron a los servicios por presentar enfermedades oportunistas, sino que solicitaron la aplicación de la prueba como parte de las acciones de prevención secundaria sugeridas a la pareja (un varón mexicano) que ya contaba con un diagnóstico confirmatorio de la infección. Esta tendencia fue confirmada por algunos profesionales de salud, quienes identificaron que entre las mujeres migrantes ha sido frecuente el desconocimiento de su condición de salud hasta que su pareja comienza a desarrollar la enfermedad.

Aunque en el primer contacto con los servicios de salud se registraron variabilidades según el género, a partir del diagnóstico de VIH, hombres y mujeres enfrentaron situaciones similares en el espacio de los servicios de salud. Particularmente, los y las migrantes que llegaron al PVIH-JS entre el 2004 y el

2006, periodo en donde las acciones se limitaban a brindar una atención reactiva, se enfrentaron a importantes barreras para acceder a la atención médica integral.

En esta investigación se consideró que la atención médica integral debería incluir por lo menos los siguientes recursos: acceso al diagnóstico oportuno del VIH y a otras infecciones asociadas (p.e. TB e ITS), consejería pre y post prueba y entrega de resultados (en un marco de respeto a la voluntariedad, confidencialidad y consentimiento informado), protección a la no discriminación, oportunidad para la afiliación a programas de VIH, atención médica, referencia a servicios especializados (p.e., apoyo psicológico, nutrición, atención odontológica), seguimiento, acceso a exámenes clínicos, medicamentos para enfermedades oportunistas, tratamiento antirretroviral y estrategias para la adherencia.

No obstante, el contexto de crisis, desestructuración y desfinanciamiento del sistema público de salud, impone importantes obstáculos para brindar este conjunto de servicios, por lo que las personas migrantes residentes tuvieron acceso a la atención médica, con excepción del medicamento ARV. Como se ha mencionado, las barreras de acceso al TARV que imperaron hasta el año 2007, tuvieron graves efectos en la condición de salud de los y las migrantes. Sin embargo, el estudio también mostró que los sujetos no asumieron las consecuencias de la inequidad de forma pasiva. De manera semejante a lo que ocurre en otros contextos migratorios signados por la inequidad y la desigualdad social, las necesidades de sobrevivencia a corto plazo forzaron a desarrollar una gama de estrategias para afrontar la situación.

Como señala Beatriz Canabal (2004: 639), a pesar de las violencias e inequidades persistentes que se viven en el marco de la movilidad poblacional, se ha observado que los y las migrantes acuden más frecuentemente a los centros de derechos humanos: “quieren vivir mejor, capacitarse más, estudiar más, ejercer la ciudadanía plena; desean abrirse paso, hacerse oír y ponerse al frente de procesos que impliquen su desarrollo, que es también el de sus familias y comunidades”. En el caso de las personas migrantes residentes que provienen de los diferentes países de Centroamérica, se escucharon voces de denuncia sobre

violaciones a derechos humanos, de demandas de atención médica integral, y de cuestionamientos en torno a las disparidades que se asocian a la condición migratoria indocumentada. Asimismo, se visibilizó todo un despliegue de estrategias de búsqueda de atención integral al padecimiento que no siempre tuvieron un desenlace afortunado.

El estudio también proporcionó evidencias sobre la experiencia de los integrantes de otro grupo migratorio con alta presencia en la región fronteriza: los y las migrantes que laboran en contextos del trabajo sexual. Se evidenció que entre las personas migrantes que han encontrado una fuente de ingreso y una estrategia de sobrevivencia en el mercado del trabajo sexual, continúa prevaleciendo la aplicación rutinaria del examen de VIH que forma parte de los programas de control sanitario a cargo de las instancias de salud municipal. La aplicación de la prueba favorece el diagnóstico oportuno del VIH, lo cual se expresó en las experiencias de las mujeres en trabajo sexual y de los varones que forman parte de una subcategoría ocupacional (meseros, cantineros, encargados y personal de limpieza que laboran en establecimientos de las denominadas zonas de tolerancia) hasta ahora poco visibilizada en los estudios relacionados con la temática.

En esta investigación se entrevistó a una trabajadora sexual y cinco varones migrantes que laboraban en establecimientos reconocidos y regulados por las instancias de salud municipal. Durante el proceso de aplicación de entrevistas fue difícil identificar a mujeres trabajadoras sexuales con VIH, lo cual, puede ser un indicador de la mayor vulnerabilidad que enfrentan aquellos varones migrantes que si bien se insertan en contextos de trabajo sexual, tienen una baja percepción de riesgo ante la infección. Las personas que participaron en las entrevistas eran jóvenes (media de 27.6 años), solteros o en unión libre, y con un promedio de estancia en las localidades fronterizas de 6.6 años. Todos se aplicaron la prueba de VIH en el marco de los programas de control sanitario, es decir, como parte de los requisitos que deben cumplir para poder trabajar.

En contextos de alta desprotección social, los servicios de salud municipal pueden constituirse como un espacio institucional donde se pueden definir programas de prevención y atención, sin embargo, los resultados del estudio indicaron que la vigencia de la perspectiva reglamentarista-higienista continúa propiciando la violación de los derechos humanos de las y los trabajadores migrantes en relación al VIH/SIDA. La principal violación de los derechos se asoció al incumplimiento de los preceptos de voluntariedad y confidencialidad de la prueba, pero sobre todo al incumplimiento del derecho a la no discriminación en el ámbito comunitario y laboral. Particularmente, la revelación indebida de la condición VIH positiva que propiciaron algunos profesionales que laboran en las instancias de salud municipal, ocasionó diversas situaciones de exclusión, tales como, el inmediato despido laboral, el despojo de la vivienda, la discriminación y aislamiento en el ámbito comunitario. Por lo tanto, a la condición de precariedad laboral y a las adversas condiciones de vida que enfrentan los y las migrantes que laboran en el mercado del sexo-servicio, se sumaron una multiplicidad de exclusiones que tuvieron consecuencias para la salud y bienestar a mediano plazo.

La discriminación tiene un efecto secuencial, ya que acentúa la marginalidad económica, favorece la permanencia en trayectorias laborales inestables y precarias, y la inserción en espacios donde se enfrentan los mayores riesgos a la violencia y extorsión. En el ámbito doméstico, se evidenció el recrudecimiento de los conflictos familiares y la violencia de género; y a nivel personal se acentúa la depresión, el consumo de alcohol y la desesperanza. En su conjunto, las problemáticas que caracterizan la vida de los migrantes "*después del SIDA*", obstaculizan el desarrollo de capacidades para hacer frente al padecimiento y favorecen la discontinuidad en la búsqueda de atención médica y la adherencia al TARV.

Los casos presentados ratifican la necesidad de generar mecanismos orientados a garantizar la exigibilidad del derecho a la salud de todas las personas que laboran en contextos del trabajo sexual, independientemente de su género, origen nacional o situación migratoria (Yañez R., et al. 2011); y la incorporación del usuario o usuaria como un actor relevante para los programas y servicios que no

pueden estar focalizados sólo en el tema de las ITS/VIH/SIDA sino en modelos basados en un enfoque de atención a las necesidades de salud y de promoción integral de la salud sexual y reproductiva.

En lo que respecta a los migrantes en tránsito, el estudio mostró que el acceso al diagnóstico oportuno del VIH está definido por la implementación de estrategias preventivas en espacios clave. En el marco de un proceso migratorio que se desarrolla en un contexto adverso y signado por la violencia, la prevención y diagnóstico del VIH/SIDA no constituye como una necesidad de salud prioritaria para los migrantes. Durante el trayecto, sus preocupaciones y estrategias están centradas en las necesidades básicas (alimentación, comida, vestido y calzado), así como en zanjear el camino y evitar el encuentro con los grupos de la delincuencia organizada y con la multiplicidad de organismos policiales que participan en las redadas, detenciones y deportaciones. Asimismo, las necesidades de atención a la salud se concentran en las enfermedades infecciosas, en los accidentes y en las violencias. En este marco, la prevención del VIH juega un papel secundario; sin embargo, las actividades de información, educación y comunicación que se realizan en la Casa del Migrante y en otros espacios clave (por ejemplo, en la Casa Roja del punto fronterizo de Talismán) favorecen la búsqueda y acceso al diagnóstico del VIH, particularmente, entre los migrantes que identifican el ejercicio de prácticas de riesgo en algún punto de su curso de vida.

De acuerdo con el sistema de vigilancia epidemiológica del PVIH-JS, la mayor parte de los migrantes en tránsito que obtienen resultados reactivos en la prueba rápida de VIH son asintomáticos y sus exámenes clínicos sugieren el diagnóstico oportuno de la infección. Por ello, se considera que la implementación de estrategias de prevención secundaria puede tener efectos positivos en éste y otros grupos migratorios, ya que hasta la fecha, la tendencia en población general tanto en México como en Centroamérica se inclina hacia el diagnóstico tardío que se caracteriza por un avance del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. En los testimonios de los migrantes entrevistados se mostró que el diagnóstico es un eje estructurante de esta experiencia, ya que constituye el momento en el que las

concepciones médicas cobran significación alterando su curso de vida, obligándolos a tomar la decisión de retornar a su país de origen, permanecer en la localidad fronteriza o seguir subiendo por el territorio con la intención de llegar al país del norte.

La reciente temporalidad del diagnóstico que presentaron los varones en tránsito entrevistados, permitió explorar la vivencia del VIH/SIDA como una situación crítica, una situación de frontera de la experiencia biográfica históricamente determinada. De acuerdo con la experiencia del director de la Casa del Migrante, aquellos que deciden interrumpir el proceso migratorio y retornar a su país, *“es como si percibieran que el diagnóstico de esta enfermedad es la última señal del fracaso, es como si dijeran ni para migrar sirvo”*.

El conocimiento de las grandes barreras de acceso a servicios de salud que enfrenta la población migrante, la falta de apoyo social y el estigma y discriminación que vive las PVS en los Estados Unidos, constituyen los principales motivos para abandonar el proyecto de seguir subiendo hacia el país del norte. Para otros, la ruptura familiar, la carencia de redes sociales, el desempleo y el miedo al estigma y discriminación son elementos que se consideran para no retornar al país de origen, *“es mejor permanecer en la frontera chiapaneca”*. Aunque son pocos los migrantes en tránsito que deciden dar continuidad a la atención médica en los servicios de salud de la frontera, el derecho que actualmente tienen de recibir atención médica integral (incluyendo TARV) en los servicios públicos de salud de la frontera, sin duda puede traer importantes beneficios para el cuidado de su salud y la mejoría de su calidad de vida.

En su conjunto, los casos presentados sugieren la necesidad de dar continuidad a las estrategias de prevención del VIH focalizadas en la población masculina migrante que confluye en la región fronteriza. Aunque los indicadores de distribución del VIH/SIDA han mostrado la acelerada reducción en la brecha de género que se registró en los primeros años de la epidemia, ciertos grupos de la población masculina han sido los más afectados tanto en México como en Centroamérica (OPS, 2004). No obstante el trabajo y los esfuerzos de



innumerables organizaciones involucradas en la lucha contra el SIDA, se sabe que la profundización de las brechas de la desigualdad registradas en el periodo neoliberal (y la consiguiente agudización de la pobreza y la marginalidad socioeconómica), algunas de las formas de respuesta a la epidemia (p.e. las acciones basadas en la noción de los “grupos de riesgo”), y las inequidades de género, son determinantes sociales que han contribuido a crear condiciones para que no haya sido posible disminuir el número de nuevas infecciones entre los varones. Sin embargo, innumerables experiencias de trabajo también han demostrado que la implementación sostenida de las estrategias que integran los servicios de consejería, promoción del diagnóstico oportuno y de atención médica integral, constituyen una de las vías más efectivas para prevenir las nuevas infecciones y para mejorar la calidad de vida de las personas que ya viven con el VIH/SIDA.

Asimismo, los casos presentados sugieren que entre la población migrante residente se está expresando la tendencia de feminización de la epidemia que se ha hecho evidente a nivel nacional, regional y global (Kendall T., y Pérez H., 2004). Esta tendencia registrada desde los años 90, se ha caracterizado por el acelerado incremento de nuevos casos de mujeres heterosexuales que reportan una única pareja sexual y que declaran haber contraído la infección por su pareja estable (Herrera C., 2000). Asimismo, en México y Centroamérica, se ha demostrado que el VIH/SIDA afecta cada vez más a la población femenina, particularmente, a las mujeres en condición de alta vulnerabilidad social. Es por esta razón que se ha planteado que la lucha contra la epidemia es la lucha contra la discriminación, la pobreza y las inequidades sociales y género (Useche B., y Cabezas A., 2004). Por ello, en múltiples espacios, las organizaciones involucradas en la respuesta al SIDA han apelado al reconocimiento de las graves consecuencias que tienen las inequidades persistentes sobre la salud de las mujeres.

El estudio de caso realizado en la frontera sur de México, permitió mostrar que la acción social desarrollada por una red de organizaciones gubernamentales y sociales contribuye a debatir, contrastar y relativizar estas políticas y sus

consecuencias en la salud de los migrantes. En un ambiente de conflicto social, los actores locales han acudido a la interpretación y adaptación normativa como un mecanismo que contribuye a la construcción de condiciones para la exigibilidad del derecho de las personas migrantes en relación al VIH/SIDA. A nivel local, las normas y procedimientos para la atención del VIH/SIDA frecuentemente son filtrados, interpretados y ajustados en función de las particularidades del contexto social y esto contribuye a dar respuesta a las necesidades y vulnerabilidades diferenciales que enfrentan las PMVS.

Las acciones orientadas a facilitar el acceso a servicios de salud para las PMVS son resultado de un proceso se basa en la sensibilización y fortalecimiento de las capacidades de los actores locales; la conformación de alianzas estratégicas y el trabajo en redes sociales; el desarrollo de sistemas de información clínico-epidemiológica; y la revisión, debate, cuestionamiento y reformulación de los procedimientos y normativas relacionadas con la atención del VIH/SIDA. Si bien existen importantes avances en el desarrollo de acciones que facilitan el acceso a la atención del VIH/SIDA en grupos móviles y migrantes, es necesario considerarlas como parte una dinámica en constante reconstrucción. La orientación de las políticas sobre migración y salud, así como los cambios en las fuerzas sociales, en las capacidades y en la organización de los servicios locales de salud, pueden marcar un retroceso o por el contrario un avance en las acciones que buscan amortiguar y contrarrestar las condiciones de inequidad y vulnerabilidad social en salud que prevalecen en la frontera.

## X. Bibliografía

Aggleton Peter y Parker Richard, (2002), *Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA: Marco conceptual e implicaciones para la acción*. El Colegio de México- Centro de Estudios Sociológicos.

Aggleton Peter y Parker Richard, (2003), "HIV and AIDS-related stigma and discrimination". En *Rev. Soc. Sci Med.* 57:13-24.

Aguilar Margarita y Jiménez Hugo A., (2007), "La situación del VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en Chiapas". En Tinoco Rolando, Martínez María E., Evangelista Angélica, (edit.) *Compartiendo saberes sobre el VIH/SIDA*. Centro de Investigaciones en Salud, Comitán. Instituto de Salud de Estado de Chiapas. Consejo Estatal de Población. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Colegio de la Frontera Sur. México. Pp. 25-35.

Agustín Laura M., (2001). "Mujeres migrantes ocupadas en servicios sexuales". En *Mujer, inmigración y trabajo*. Colectivo IOE, Madrid: IMSERSO. Pp. 647-716

Agrela Belén, (2005), "El efecto dominó del levantamiento de fronteras". En Santibáñez Jorge y Castillo Manuel A., *Actas del Congreso: nuevas tendencias y nuevos desafíos*. El Colegio de México.

Allen Betania, et al., (2003), "Afecto, besos y condones: el ABC de las prácticas sexuales de las trabajadoras sexuales en la Ciudad de México". En *Rev. Salud Pública de México*. Vol. 45. Suplemento 5:S594-S607.

Almeida Naomar, (2000), *La Ciencia tímida. Ensayos de reconstrucción de la epidemiología*. Lugar editorial.

Alonso Pedro, (2003), "Tendencias de la salud internacional: retos y oportunidades para nuestra sociedad". En *Ganc Sanit* , 17(3): 175-8

Amaya Adalgisa, Canaval Eugenia G., Viáfara Elizabeth, (2005), "Estigmatización de las trabajadoras sexuales: influencias en la salud". En *Rev. Colomb Med*, Vol. 36 No. 3. Julio-septiembre.

Ariza Mariana, (2004), "Obreras, sirvientas y prostitutas. Globalización, familiar y mercados de trabajo en República Dominicana". En *Rev. Estudios Sociológicos*, Enero- Abril, Año/Vol. XXII, No. 001. El Colegio de México. Pp. 123-149.

Arsaluz Socorro, (2005), "La utilización del estudio de caso en el análisis local". En *Región y Sociedad. Revista de El colegio de Sonora* Vol.32, Sonora, El Colegio de Sonora.

Arribillaga Marcela, (2010). "Dimensiones de adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: una perspectiva social". En *Rev. Latinoamericana de Psicología*, Vol. 42, No. 2, Colombia. Pp. 225-236.

Artola Juan, (2005), "Debate Actual sobre Migración y Seguridad". En *Rev. Migración y desarrollo*. Segundo semestre. núm. 005. Red Internacional de migración y desarrollo, Zacatecas, México.

Azaola Elena, (2000), *Infancia robada. Niñas y niños víctimas de explotación sexual en México*. DIF-UNICEF-CIESAS.

Bautista Sergio, Dmytraczebko Tania, Kombe, Bertozzi Stefano, (2008), "Costing of scaling up HIV/AIDS treatment in México". En *Revista Salud Pública de México*, Vol. 50, suplemento 4 de 2008. S437-S444.

Balcázar Patricia, González Norma, et al, (2006), *Investigación Cualitativa*. Universidad Autónoma del Estado de México. México.

Barros Claudia N., (2000), "Nuevas y Viejas Fronteras ¿Nuevos y Viejos Encuentros y Desencuentros?". En *Rev. Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales.*, Vol.69.N.1 Pp.1-10

Becker H., (1993), *Método de pesquisa en ciencias sociales*. San Pablo: Hucitec.

Belvedere Carlos, Caggiano Sergio, Casaravilla Diego, et al., (2007), "Racismo y discurso: Una semblanza de la situación Argentina". En Van Dijk Teun A. *Racismo y discurso en América latina*. Edit. Gedisa.

Betrissey Débora, (2007), "Inmigración y Discriminación en la Frontera Argentina-Paraguay". En *Rev. Migrantes Internacionales*, enero-junio, Vol.4, Núm.001, El Colegio de la Frontera Norte. Tijuana, México.

Bernabeu Josep, (1989), "La actualidad historiográfica de la historia social de la enfermedad". En *Rev. Demografía Histórica*, Vol.7, No.3, Pp. 23-36

Berlinguer Giovanni, (1994), *La enfermedad Sufrimiento, Diferencia, Peligro, señal y Estímulo*. Lugar Editorial. Harald Siem

Biagini Graciela, (2000), "El hospital público y la significación social del VIH/sida". En *Rev. Cuadernos Médico Sociales* N° 78: 55-71. Rosario, CESS

Bilder Paula., (2012), "VIH-SIDA y parejas serodiscordantes: una aproximación a la percepciones y prácticas de los miembros seronegativos". IEC (Instituto de Estudio Sociales de la ciencia y la tecnología), Universidad Nacional de Quilmes.

Bollini Paola y Siem Harald, (1995), "No real progress towards equity: Health of migrants and Ethnic Minoritis on the eve of year 2000". En *Rev. Soc Sci Med*, Vol.41, No. 6. Pp 819-828.

Borges Guilherme, Medina María E., Breslau Joshua y Aguilar Sergio,(2007). "The migration to the United States on substance use disorders among returned Mexican Migrants and families of migrants". En *Rev. American Journal of Public Health* 97(10):1847-1851.

Bovin Philippe, (1997), "Prólogo". En Bovin Philippe. *Las Fronteras del Istmo, Fronteras y Sociedades entre el Sur de México y América Central*. Centro de Investigaciones y Estudios Sociales en Antropología Social (CIESAS). México. p.9.

Bourdieu Pierre, (1998), *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

Bourdelaís Patrice, (1999), *La Población en Francia. Siglos XVII-XX*. Instituto Mora, Cuadernos Secuencia. México.

Briceño Ybelice, (2004), "Inmigración, exclusión y construcción de la alteridad. La figura del Inmigrante en el contexto español". En Mato Daniel (Coord.), *Políticas de Ciudadanía y sociedad civil en tiempos de globalización*. Caracas: FACES. Universidad Central de Venezuela. Pág. 201-219

Breilh Jaime, (1989), "La Salud –Enfermedad como hecho Social". En *Deterioro de la Vida en Ecuador*. Cap. II.CEAS.

Brieño Jacqueline, (2010), *El acceso de los migrantes a las prestaciones de la seguridad social en países receptores y de origen*. CIESS, México, D.F.

Briggs Charles, (2005), *Perspectivas críticas de salud y hegemonía comunicativa: aperturas progresistas, enlaces letales*. University of California.

Bronfman Mario, Gleizer M. (1994), "Participación comunitaria: ¿Necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria". En *Rev. Cad Saúde Publ*, Rio de Janeiro, 10(1): 111-122.

Bronfman Mario y Minello Nelson, (1995), "Hábitos de los migrantes temporales mexicanos en los Estado Unidos, prácticas de riesgo para la infección por VIH". En Bronfman Mario, Amuchástegui Ana, et al., *Migración, adolescencia y Género*. Colectivo Sol., A.C. México, D.F.

Bronfman Mario, Rubin-Kurtzman J., (1996), "Two borders, one country; sexual behavior of migrants and HIV infection risk practices at Mexico's southern and northern borders". En *Rev. Int Conf AIDS*, Jul 7-12;11(1) 414. 1996.

Bronfman Mario, Castro Roberto, Zuñiga Elena, et al, (1997), "Del "cuánto" al "por qué": la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios". En *Rev. Salud Pública México*, Vol.39, No.5, Septiembre-octubre, Pp. 442-450.

Bronfman Mario, Segenovich G., y Uribe Patricia, (1998), *Migración y SIDA en México y América Central. Una revisión de la literatura*. Ángulos del SIDA. CONASIDA.

Bronfman Mario, y Minello N., (1999), "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos en los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH". En: Bronfman Mario, Amuchástegui A, Martina MR., et al. *Sida en México. Migración, adolescencia y género*. Colectivo Sol A.C, México, D.F.

Bronfman Mario y Leyva René, (2000), "Truck-Drivers at the Mexico-Guatemala Border, STDS/HIV/AIDS and the use of Condom". En *Rev. Social Science, Rights, Politics, Commitment and Action*, Monduzzi Editore, Bologna, Pp. 319-323.

Bronfman Mario, Uribe Patricia, Halperin David y Herrera Cristina, (2001), "Mujeres al borde... vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México". En Tuñón Pablos E., *Mujeres en la Frontera: trabajo, salud y migración*. Colegió de la Frontera Norte, Ecosur, El Colegio de Sonora y Plaza y Valdés editores. Pp. 15-31

Bronfman Mario, Leyva René y Negroni Mirka, (2004), *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. INSP. Cuernavaca, México.

Bronfman Mario, Leyva René, (2008), "Migración y SIDA en México". En Córdoba (edit.) *Veinticinco Años del SIDA en México*. México, Secretaría de Salud. Pp. 241-258

Bury Michael, (1982), "Chronic illness as biographical disruption". *Rev. Sociology of Health & Illness*, Vol. 4, No. 2. Pp 167-182.

Bury Mike, (2001), "Illness narratives: fact or fiction". *Rev. Sociology of Health & Illness*, Vol. 23, No. 3. Pp. 263-285.

Bustamante Jorge A., (1996), "El marco teórico-metodológico de la circularidad migratoria: su validación empírica". *Ponencia presentada en el IV Simposio de Evaluación Externa Bienal*, Tijuana, COLEF, Octubre 23-25.

Bustamante Jorge A., (2004), "La paradoja de la autolimitación de la soberanía; Derechos Humanos y Migraciones Internacionales". En Santibáñez Jorge y Castillo Manuel A., *Nuevas Tendencias y Nuevos Desafíos de la migración Internacional. Memorias del Seminario Permanente sobre Migración Internacional*. El Colegio de la Frontera Norte, El Colegio del México y Sociedad Mexicana de Demografía. México. Pág. 293 -331.

Cáceres Carlos, (1999), "Dimensiones sociales y relevantes para la prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe". En Izazola J. (editor) *El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria*. Fundación Mexicana para la Salud. México, DF.

Caggiano Sergio, (2003), *Fronteras múltiples: Reconfiguración de ejes identitarios en Migración Contemporáneas a la Argentina*. Instituto de Desarrollo Económico y Social, Buenos Aires, Argentina. Pág. 3-24.

Canabal Beatriz, Barroso G., (2004), "Migración Indígena y Cambios en la Estructura Familiar Guerrero, México". LASA 2009, Congress paper archive. Disponible en: <http://lasa.international.pitt.edu/members/congress-papers/lasa2009/csm.asp>

Canabal Beatriz, (2004), "Mujeres indígenas, participación económica y social". En INEGI-INMUJERES, *Mujeres y Hombres en México*.

Casillas Roberto, (2005), *Migración Centroamericana y Trata de Migrantes en Chiapas*, México. Facultad Latinoamericana de ciencias sociales (FLACSO)

Casillas Roberto, (2006), *La trata de mujeres adolescentes, niñas y niños de México. Comisión Interamericana de mujeres de la Organización de Estados americanos*. Organización Internacional para las migraciones, INM. México.

Castillo Manuel A., (2000), "Las políticas hacia la región centroamericana en países de origen, tránsito y destino". En *Rev. Papeles de Población*, abril-junio, No. 24, Universidad Autónoma del Estado de México.

Castillo Manuel A., (2002), "Región y Frontera: La Frontera Sur de México". En Kauffer Michel Edith (Coord.). *Identidades Migraciones y Género en la Frontera Sur de México*. El Colegio de la Frontera Sur. México. Pág. 19 – 47.

Castillo Manuel A., y Santibáñez Jorge, (2004), *Nuevas tendencias y nuevos desafíos de la migración internacional, Memorias del Seminario permanente sobre migración internacional*. El Colegio de la Frontera Norte, SOMEDE, Tijuana B.C. México.

Castillo Manuel A., (2004), "Migración y movilidad territorial de la población". En Bronfman Mario, Leyva René, Negroni Mirka, edit. *Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica.*, Instituto Nacional de Salud Pública.

Castillo Manuel A., (2008), *Promoción de los derechos de jóvenes migrantes y mujeres en áreas vulnerables de la frontera México-Guatemala*. Sistematización de información. Informe Técnico. UNFPA-México.

Castillo Manuel A. y Toussaint Mónica, (2009), Diagnóstico sobre las migraciones centroamericanas en el estado de Chiapas y sus impactos socio- culturales. Ministerio de asuntos exteriores y de cooperación-AECID.

Castro Roberto., (2000), *La vida en la adversidad: significado de la salud y la reproducción en la pobreza*. Centro regional de Investigaciones Multidisciplinario, Cuernavaca, México.

Castro Roberto, et al., (1997), "Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar". En *Rev. Salud Pública de México*, Vol.39, No.1. Pp. 32-43.

Castro Roberto y Bronfman Mario, (1995), "Investigación cualitativa en salud y reproducción. El caso de Ocuituco". En *Nigenda, G y Langer A.* (editores). *Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública*. México, Instituto Nacional de Salud Pública: 53-68.

Castells Manuel, (1999), *La era de la información económica social y cultural, el poder de la identidad*. Edit. Siglo veintiuno. México.

Carballo Manuel y Mboup Mourtala, (2005), *International Migration and Health. Paper prepared for the policy Analysis and Research Programme of the global commission on International Migration*. [Consultado 2010 Agosto]. Disponible en: [www.gcim.or](http://www.gcim.or)

Carvalho José R., Paiva Vera, Franca Iván, et al., (2006), "Vulnerabilidad, Derechos humanos, y amplias necesidades de salud de los jóvenes que viven con el VIH/SIDA". En *Rev. Am J Public Health*, Junio; 96(6). 1001-1006

C.D.H Fray Matías de Córdoba A. C., (2005), *Violaciones a derechos humanos en el contexto de la migración en la frontera sur*.

C.D.H Fray Matías de Córdoba, (2006), *Monitoreo de detención a migrantes y condiciones de aseguramiento en la estación migratoria de Tapachula, Chiapas: Junio 2004-2005*. Recuperado en octubre 2006 [Disponible en: <http://www.redtdt.org.mx/home/noticias/informes/2005/septiembre/infooooo1Anexo-I.pdf>]

CENSIDA, (2007). *Panorama Epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México*. 31 de diciembre del 2007. <http://WWW.salud.gob.mx/conasida/estadis/2007/panoepide31dic2007.pdf>

CENSIDA, (2009), *El VIH/SIDA en México 2009*. Primera Edición. Centro Nacional para la Prevención y control del SIDA (CENSIDA). México.

CENSIDA, (2010), *Impacto financiero del Programa de Acceso Universal a Medicamentos Antirretrovirales*. Unidad de Análisis Económico. Centro Nacional para la Prevención y control del SIDA (CENSIDA). México.

CENSIDA, (2011), *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México, Registro Nacional de casos de SIDA Actualización al 30 de junio del 2011*. Centro Nacional para la Prevención y control del SIDA, México.

CENSIDA, (2011), *Casos acumulados de SIDA, por año de diagnóstico y notificación*. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/casos\\_acumulados\\_marzo2011.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/casos_acumulados_marzo2011.pdf) . Revisado el 5 de septiembre del 2011.



CEPAL, (2002), Informes sobre migración internacional en países de Centroamérica. SIEMCA.CAPAL-OIM-MID., Serie Seminarios y conferencias.No.24.

CEPAL, (2006), Migración Internacional, Derechos Humanos y desarrollo en Americana Latina y el Caribe., Montevideo, Uruguay.

Cerruti Marcela (2008), "Problemas de salud, utilización de servicios y conductas preventivas de los migrantes limítrofes en la Argentina". En Jelin E., (dir.) *Salud y migración regional*. Cuadernos del IDES, Argentina. Pp 15-33

Chong Francisco, López Rosemberg, (2007), "La experiencia de la organización, Una Mano Amiga en la lucha contra el sida, A. C. a favor de la no estigmatización y no discriminación de las personas con VIH/SIDA en la Región Costa de Chiapas". En Tinoco Rolando, Martínez María E., Evangelista Angélica. (edit.) *Compartiendo saberes sobre el VIH/SIDA*. Centro de investigaciones en salud Comitán. Instituto de Salud de Estado de Chiapas. Consejo Estatal de Población. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Colegio de la Frontera Sur. México. Pp. 227-240

CNDH, (2011), Informe Especial sobre Secuestro de Migrantes en México. México.

CONAPO (2007). Encuesta sobre migración en la frontera Guatemala-México. Consejo Nacional de Población. México.

CONAPO, (2009), Encuesta sobre migración en la frontera Guatemala-México. Consejo Nacional de Población. Consejo Estatal de Población. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Colegio de la Frontera Sur. México. Pp. 227-240

Instituto de Salud del Estado de Chiapas (2011), Coordinación estatal del programa VIH/SIDA/ITS. Se encuentra en. <http://www.salud.chiapas.gob.mx/index.php?menu=13&submenú=26> . Revisado el 9 de agosto del 2011.

Córdova José A., Ponce S. y Valdespino José L., (2008), *25 Años de Sida en México: Logros, Desafíos y Retos*. México, Instituto Nacional de Salud Pública.

Cortes Mariela., Hernández Daniel., (2004), "Honduras, la entrada de Copán". En Bronfman M, Leyva R, Negroni M, *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*". INSP; Cuernavaca, México. Pp.213-248.

Crago Anna. (2008), *Our Lives Matter. Sex Workers Unite for Health and Rights*. Open Society Institute. Public Health Program. New York.

Creswell John., (1998). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing among five traditions*. California, Sage.

Cross H., et al., (2001), *La reforma de las políticas operativas: una herramienta para el perfeccionamiento de los programas de salud reproductiva*. Serie de estudios. Policy, No.7 Diciembre.

Cruz Hugo A. y Rojas Martha L., (2000), "Migración femenina Internacional en la frontera sur de México". En *Rev. Papeles de población*, No, 23. El Colegio de la Frontera Sur, enero/marzo, México.

Cruz L., Et al., (2004), *El Comercio sexual en Chiapas*. IDH-ECOSUR. Documento no publicado.

Cruz L., Almazan P., Albores G., (2007), *El comercio sexual en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas*. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/noticias/migraif/pdf/burguete.pdf>

Cruz M, (2009). *Diagnóstico sobre la realidad social, económica y cultural de los entornos locales para el diseño de intervenciones en materia de prevención y erradicación de la violencia y en la región sur: el caso de Tapachula, Chiapas*. Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres, SEGOB.

Cuadra Silvia M., et al. (2003), *The regulation of STI/HIV/AIDS Control Among Sex Workers in two Cities along the southern border of Mexico*. Research for Sex Work 6. Amsterdam, The Netherlands.

Cusick L. y T Rhodes (1999), *The process of disclosing positive HIV status: findings from qualitative research*. *Culture Health and Sexuality*. 1,1.

Dardón Jacobo, (2003), *La franja fronteriza de Guatemala con México: características, sitios de cruce. Flujos migratorios y gobernabilidad*. Ponencia presentada en el Encuentro Internacional sobre Desarrollo e Integración Regional en el Sur de México y Centroamérica. El 6 de junio del 2003 y organizado por CIESAS, ECONOSUR, UNACH, UNICACH y el gobierno del Estado de Chiapas.

Defensor del Pueblo Andaluz (2002), *La prostitución: Realidad y políticas de intervención pública en Andalucía*. Andalucía. Disponible en: <http://books.google.com/books?id=vY0nPCZdPXcC&dq=defensor+del+pueblo+andaluz+prostituci%C3%99>

De la Garza Enrique, (2009), "Hacia un Concepto Amplio de Trabajo". En Neffa César J., De la Garza Enrique y Muñiz Leticia, *Trabajo, Empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales*. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, CLACSO:CAICYT, Buenos Aires. Pp 11-140.

De Erice (1994), *De la interacción focalizada al orden interaccional*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Vol. 138, Madrid.

Delaporte Francois, (2005), "El Saber de la Enfermedad". En *Rev. Ciencia de la salud*. Abril-Julio. Bogotá Colombia. Pp 104-108.

Delor Francois y Hubert Michel, (2000), "Revisiting the concept of 'vulnerability'". En *Rev. Social Science and Medicine*, 50:1557-1570.

Denzin N., y Lincoln S., (2005), *The Sage handbook of qualitative research* (3rd Ed.). Thousand Oaks, CA: sage.

De Sousa Boaventura, (1998), *De la mano de Alicia, lo social y lo político en la postmodernidad*. Edit. Siglo del hombre, ediciones UNIANDES, Universidad de los Andes. Colombia.

De Sousa Boaventura, (2002), *La Globalización del Derecho, Los Nuevos caminos de la regularización y la Emancipación*. Facultad de Derecho, Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Colombia, Instituto latinoamericano de Servicios Legales Alternativos, ILSA. Colombia.

De Vos Jan., (1993), *Las fronteras de la frontera sur. Reseña de los proyectos de expansión que figuraron entre México y Centroamérica*, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco- Centro de investigaciones y estudios Superiores en Antropología Social, Villahermosa.

Díaz C., (2008), *Panorama de salud en Chiapas*. Disponible en: [colegiomedicodechiapas.org/.../....](http://colegiomedicodechiapas.org/.../....) Revisado el 24 de junio del 201.

Díaz G., y Gretchen K., (2007), *Seminario Migración y Género San Salvador, El Salvador, 19-20 de julio 2007: Experiencias de mujeres migrantes en tránsito y detenidas en México*. Red de Organizaciones Civiles para las Migrantes.

Dreser A., (2002), "The vulnerability to HIV/AIDS of migrant sex workers in Central America and Mexico". *Research for Sex Work* 5. June. Pp 15-16.

Douine M; Bouchaud O; Moro MR; Baubet T; Taïeb O (2012), "*Representations and illness narratives in migrants HIV-patients originating from West Africa*". *Presse Med*; 41(4): e204-12, 2012 Apr.

Elías Norbet, (1970), *Sociología Fundamental*. Editorial Gedisa. Barcelona, España.

Eroza Enrique. (2007), "Introducción". En Tinoco Ojanguren R., Martínez Hernández M., Evangelista García A. (edit.) *Compartiendo saberes sobre el VIH/SIDA*. Centro de investigaciones en salud Comitán. Instituto de Salud de Estado de Chiapas. Consejo Estatal de Población. Fondo de Población de las Naciones Unidas. El Colegio de la Frontera Sur. México. Pp. 7-17

Estébanez P., Fitch K. y Najera R., (1993), "El VIH y las Trabajadoras Sexuales". En *Rev. Bol Of Sanit Panam* 115(5). Pp. 415-436.

Ezequiel A., (1990), *Repensando la investigación participativa*. Ed, Lumen Humanitas. Colección política, servicios de trabajo social.

Esquivel Georgina, Magis Carlos y Ortiz Raúl, (2005). "El uso de drogas inyectables, su relación con el VIH: estrategias de tención y prevención en el municipio de san pedro de las colonias, Coahuila". En *Rev. Científicas de América Latina y el caribe*. año/ vol. 12 número 003, enero-abril, Escuela Nacional de antropología e historia, México.

Fairchild Amy L., y Tynan Eileen A., (1994), "Policies of containment: immigration in the era of AIDS". En *Rev. America Journal of public Health*: 84(12): 2011-2022

Fajardo G., (2005), "Escudriñando la Historia de la atención hospitalaria en TAPACHULA, CHIAPAS". En *Revista Cirugía y cirujanos*, año/vol. 73, Número 003. Academia Mexicana de Cirugía, Distrito Federal, México. Pp. 237-240

Fernández Carmen (2009), "Experiencias de mujeres migrantes que trabajan en bares de la frontera Chiapas-Guatemala". *Papeles de Población* Vol. 15 No. 59, enero-marzo. Universidad Autónoma del Estado de México. Pp 173-192.

Ferreira Sueli., y Gómez Romeu, (2007), *La investigación cualitativa en los servicios de salud: notas teóricas. Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud*. Lugar Editorial. Pp. 80-93.

Foucault Michel, (1992), *La vida de los hombres infames*. Edit. Altamira, Argentina.

Fourcher Michel, (1986), *Politiques et foncieres territoriales*. Karthalala, Paris.

Fourcher Michel, (1991), *Los frentes de las Naciones Unidas et Fronteras: Tour du Monde Géopolitique*. Paris; fayard.

Fourcher Michel, (1997), "Tipología de las fronteras contemporáneas". En Bovin Philippe, *Las fronteras del istmo, Fronteras y sociedades entre el sur de México y América Central*. Centro de investigación y Estudios superiores en Antropología social, Centros francés de estudios mexicanos y Centro americanos. México, D.F.

Freyermuth Graciela, (2003), *Las mujeres de humo morir en Chenalhó género, etnia y generación factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. Centro de Investigaciones y Estudios Sociales en Antropología Social CIESAS, Instituto Nacional de las Mujeres, Instituto de la Mujer construyendo la Equidad, Miguel Ángel Porrúa, Grupo Editorial, México.

Freyermuth Graciela, (2010), *Desiguales en la vida, desiguales para morir. La mortalidad materna en Chiapas: un análisis desde la inequidad*. En Ponencia presentada en el Informe sobre desarrollo Humano en Chiapas Documentos de trabajo. Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre Desarrollo Humano en Chiapas.

Glasser B., Strauss A., (1967), *The discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aladine Publishing Company. 1995

Goffman Erving, (2004), *Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Editores Amorrortu, Buenos Aires.

Goffman Erving (1969), "The insanity of Place". *Psychiatry*, 32, 4:357-388.

Goldberg Alejandro, (s.f.), Paciente boliviano tuberculoso. Representaciones del personal sanitario sobre la identidad y estilo de vida de inmigrantes bolivianos en la ciudad Autónoma de Buenos Aires. Instituto de ciencias Antropológicas.

Gómez Octavio y Kbosnood Babak, (1991), "*La evolución de la Salud Internacional en el Siglo XX*". En *Rev. Salud Pública México*, Año/vol.33, No. 004, Julio-Agosto, Cuernavaca, México. Pp. 314-329.

González Miguel A., Hayes David E., (1991), "SIDA: La callada amenaza a la seguridad binacional". En *Rev. Salud pública México*. 33,360-370.

González Ana P., (2006), *Las manos que cortan café: jornaleros agrícolas guatemaltecos en el Soconusco*, Dinámica Migratoria de la Frontera Sur. ECOSUR. México.

González I., Díaz –Jidy M., Pérez Ávila., Toledo-Rómani E., Berdasquera-Corcho D. (2007), "Natalidad en parejas serodiscordantes al VIH/SIDA en Cuba". En *Rev. Biomed* Vol. 18, No.2, Mayo-agosto del 2007

Gooldberg Alejandro, (2003), "Ser inmigrante no es una enfermedad, Inmigración, condiciones de vida de trabajo. El proceso de salud/enfermedad/atención de los migrantes senegaleses en Barcelona". Tesis de doctorado, Tarragona, España.

Granados Arturo y Delgado Guadalupe, (2008), "Identidad y riesgos para la salud mental de jóvenes gays en México: recreando la experiencia homosexual". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 (5): 1042-1050.

Granados Arturo, Méndez José, Delgado Guadalupe (s.f.), Vulnerabilidad social y salud mental en jóvenes gays de la Ciudad de México. Disponible en: [www.geocities.ws/congresoprograma/9-8.pdf](http://www.geocities.ws/congresoprograma/9-8.pdf)

Grimberg Mabel, (2000), "Género y vih /sida. Un análisis de los diferenciales de género en la experiencia de vivir con vih". En *Rev. Cuadernos de Antropología social*. Núm.17 Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Grimberg Mabel, (2002), "Vih/sida, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH". En *Rev. Cuadernos médicos sociales*. Núm. 82, Asociación Médica de rosario. Centro de estudios sanitarios y sociales. Pp. 43-59.

Grimberg Mabel, (2003), "Narrativas del cuerpo. Experiencias cotidiana y género en personas que viven con VIH". En *Rev. Cuadernos de Antropología social*. Núm.17 Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Grimson Alejandro, (1997), "Relatos de la diferencia y la igualdad. Los bolivianos en Buenos Aires". En *Revista Nueva Sociedad*, No.147, enero-febrero. Pp.96-107

Grimson Alejandro, (1997). *La ciudad de Buenos Aires y el proceso migratorio contemporáneo: el caso de los migrantes bolivianos*. Postales urbanas del final del milenio una construcción de muchos. Buenos Aires.

Grimson Alejandro, (2003), "Disputas sobre las fronteras. Introducción a la edición en español". En Michaelsen Scott y David E. Johnson. *Teoría de la Frontera. Los límites de la política cultural*. Serie Culturas, Gedisa editorial. Barcelona, Pp. 13 – 23.

Guber R., (2001), *Etnografía. Método, campo y reflexividad*, Buenos Aires, Norma, Capítulos 2, 3, y 4.

Haour-Knipe Mary y Rector Richard (2006), *Crossing borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. United Kingdom. Taylor & Francis.

Hernández Daniel, Sánchez Gabriela, et al., (2005), "Del riesgo a la vulnerabilidad. Base metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos". En *Rev. Salud Mental*, Vol.28, No. 5, Octubre.

Hernández Daniel, Cuadra Silvia, Dreser Anahí, Caballero Marta, Leyva René, Brofman Mario. (2004), "Chetumal". En Bronfman M., Leyva R., Negroni M., *Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Pp. 249-274

Hernández José F., (2009), "Capítulo I, Ubicación y extensión territorial del núcleo urbano y medio ambiente". En *Diagnostico sobre la realidad social, económica y cultural de los entornos locales para el diseño de intervenciones en materia de prevención y erradicación de la violencia y en la región sur: El caso de Tapachula, Chiapas*. SEGOB, Comisión Nacional para prevenir y erradicar la violencia contra las mujeres.

Herrera Cristina (2002), "La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constante y cambios en el tema". En *revista Salud Pública México*. Vol.44, No. 6, noviembre-diciembre del 2002.

Herrera Cristina, Campero Lourdes, Caballero Martha y Kendall Tamil, (2008), "Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida". En *Rev. Saúde Pública*; 42(2): 249-55.

Hodagnou Sotelo Pierret, (2001), "Trabajando "sin papeles" en Estados Unidos: hacia la integración de la calidad migratoria en relación a consideraciones de raza, clase y género". En Tuñón Pablos Esperanza. *Mujeres en las fronteras: Trabajo, Salud y Migración*. El Colegio de la Frontera Norte, ECOSUR, El Colegio de Sonora, Plaza y Valdés editores, México.

IIDH, (2003), *Migraciones y Derechos Humanos*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, C.R.

Infante César, Zarco Ángel, Cuadra Magali, et al., (2006), “El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México”. En *Rev. Salud Pública México*. Vol.48, No.2, Marzo- Abril. Cuernavaca, Morelos, México.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos, (2005), *Derechos humanos y VIH/SIDA: jurisprudencia del sistema interamericano y análisis comparativo del marco jurídico interno relativo al VIH/SIDA en los países centroamericanos*. Instituto Interamericano de Derechos Humanos—San José, C.R.

Instituto de Salud en el Estado de Chiapas, (2008). Diagnóstico de salud del Migrante. Mimeo.

Index Mundi. (2011), Expectativa de vida al nacer. Disponible en: [http://www.indexmundi.com/es/guatemala/expectativa\\_de\\_vida\\_al\\_nacer.html](http://www.indexmundi.com/es/guatemala/expectativa_de_vida_al_nacer.html) Consultado el 23 de Agosto del 2011.

INEGI, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Tuxtla Gutiérrez, (2008), Estadísticas a Propósito del Día Mundial de la Población. Datos de Chiapas.

INEGI, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2011), Perspectiva estadística Chiapas.

Infante César, Leyva René, Caballero Martha, et al., (2004). “VIH/SIDA y el rechazo a migrantes en contextos fronterizos”. En *Rev. Científicas de América Latina*. Número 3, El caribe, España y Portugal.

Infante César., Zarco Ángel., Cuadra Silvia., et al. (2006), El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. En *Salud Pública de México*. Vol. 48, No.2 Marzo –abril del 2006. México. Pp. 141-150.

Infante César, Rigoni Flor María, Velázquez Jorge, Ramos Ubaldo y Leyva René, (2011), “Migrantes en tránsito por México: derechos sexuales y reproductivos”. En Leyva René y Quintino Frida (edit.) *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. Instituto Nacional de Salud Pública, UNFPA.

INMUJERES, (s.f), 2002 *Situación en las leyes federales y de Quintana Roo*. Disponible en: [http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos\\_download/100641.pdf](http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100641.pdf)

INM. (2010), Estadísticas del Instituto Nacional de Migración 2002., D. F.: Centro de Estudios Migratorios del INM.

INM, (2006), Boletín de estadísticas migratorias. Revisado el 22 de febrero del 2012. Disponible en: [www.inm.gob.mx/estadisticas/2006/01/cuadro2.12.xls](http://www.inm.gob.mx/estadisticas/2006/01/cuadro2.12.xls)

ISSTECH (2011). Programa Institucional Instituto de seguridad social de los trabajadores del Estado de Chiapas 2007-2012. Disponible en: [http://www.haciendachiapas.gob.mx/contenido/Planeacion/Informacion/Programacion\\_Sectorial/Programas\\_Institucionales/pdfs/38PROG\\_INST\\_ISSTECH\\_060907.pdf](http://www.haciendachiapas.gob.mx/contenido/Planeacion/Informacion/Programacion_Sectorial/Programas_Institucionales/pdfs/38PROG_INST_ISSTECH_060907.pdf). Consultado el 9 de agosto del 2011.

ISECH (2011). Programa Institucional de la secretaria de salud 2007-2012. Disponible en: [http://www.haciendachiapas.gob.mx/contenido/Planeacion/Informacion/Programacion\\_Sectorial/Programas\\_Institucionales/pdfs/27PROG\\_INST\\_SALUD\\_060907.pdf](http://www.haciendachiapas.gob.mx/contenido/Planeacion/Informacion/Programacion_Sectorial/Programas_Institucionales/pdfs/27PROG_INST_SALUD_060907.pdf). Revisado el 16 de agosto del 2011.

Jansá Josep M. y García Patricia, (2004), "Salud e inmigración: nuevas realidades y nuevos retos". En *Rev. Gac. Sanit* ; 18(Supl): 2007-13

Jarillo Edgar C. y López Oliva, (2007), "Salud pública: objetivo de Conocimiento, prácticas y formación". En *Rev. Salud Pública*. 9 (1):140-154.

Jasis S., (2000), "A palabras de usuaria... ¿odios de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California Sur". En Stern C., y Echerri C., (coord.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México, El Colegio de México: 97-143.

Jelin E., (2008), ¿Servicio? ¿Derecho? ¿Amenaza? La llegada de los inmigrantes limítrofes a los servicios públicos de salud. En Jelin E., (dir.) *Salud y migración regional*. Cuadernos del IDES, Argentina. Pp 33-46.

Kaiser Henry J.,(2004), *HIV Prevalence Among Mexican Migrant Workers three times as High as General U.S.* *Rev. Mexican Population, Studies Show*.

Kauffer Michel Edith Francoise. (2002), *Identidades Migraciones y Género en la Frontera Sur de México*. El Colegio de la Frontera Sur. México.

Kauffer Edith F., (2002), *Identidades, Migraciones y Género en la Frontera Sur de México*. El Colegio de la Frontera Sur. México.

Kendall Tamil, Pérez Hilda, Taracena Rosario, et al., (2004), *Mujeres que viven con VIH/SISA y servicios de salud, Recomendaciones para mejorar la calidad de la atención*. Ángulos del Sida, CENSIDA. México.

Koku Manuel F., (2011), "Estigma asociado al VIH entre los inmigrantes africanos que viven con el VIH/SIDA en EE.UU". *RePEc: Research Papers in Economics* [Consultado 2010 Agosto]. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>



LACCASO,(2002), *Informe sobre el acceso a la atención integral y los tratamientos antirretrovirales (ARVs) y derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA en América Latina el Caribe*. Presentado en la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Washington, D.C. Octubre de 2002.

Lagarde Marcela, (1993), *Los cautiverios de las mujeres: madres, esposas, monjas, putas, presas y locas*. México. Universidad Nacional Autónoma de México.

Lamas Marta, (1996), “Violencia simbólica, mujeres y prostitución”. Tejera G., *Antropología política: Enfoques contemporáneos*. pp. 391-408. Plaza y Valdés.

Lara F., Támez G., Eibenschutz H., Morales E., S.L. (2000), “Investigación de necesidades y utilización de servicios de salud: una reflexión sobre el uso de métodos cualitativos”. En: Mercado M., y Torres L., (comp.). *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y Práctica*. México, Universidad de Guadalajara-Plaza y Valdez: 97-112.

Leal F., y Martínez S., (2002), *Cuatro ensayos sobre calidad clínica de las atención. El caso de la salud reproductiva*, UAM-Xochimilco, México.

Lara Rosa M., (2006), *Vivir muriendo. El estigma a hombres que tienen sexo con hombres (HSH) seropositivos del puerto de Veracruz*. CENSIDA, México.

Ledermann Walther, (2003), “El hombre y sus epidemias a través de la historia”. En *Rev. Chil Infect*, Edición aniversario. Viña del mar.

Lerín Sergio, (2004), “Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta”. En *Rev. Desacatos*. Núm. 016, Otoño –Invierno.15-16:111-125.

Leyva René (2000), *Descentralización de los Servicios de Salud: ¿Una política de la crisis de fin de siglo?*. People`s Health Assembly. PAHO.

Leyva René, Infante Cesar, Caballero Martha, et al., (2004), “VIH/SIDA y el rechazo a migrantes en contextos fronterizos”. En *Rev. Científicas de América Latina*. Número 3, El Caribe, España y Portugal.

Leyva René, Caballero Marta y Bronfman Mario, (2005), *Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA: Experiencias en Centroamérica y México*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Leyva René, Quintino Frida E., (2006), *Marco regional para las abogacía, coordinación y diseño de políticas y programas para poblaciones móviles*. Informe Técnico del Proyecto Mesoamericano de atención integral para la población móvil: reduciendo la vulnerabilidad de las poblaciones móviles al VIH/SIDA en Centroamérica. Informe Técnico. Instituto Nacional de Salud Pública.

Leyva René, Quintino Frida E., Infante Cesar, Rigoni Flor María. (2007), *Informe técnico final modelo de prevención del VIH/SIDA/ITS para población migrante en la frontera México-Guatemala*. Mimeo. Instituto Nacional de Salud Pública.

Leyva René, Caballero Marta (2009), *Las que se quedan: contextos de vulnerabilidad a VIH/SIDA en mujeres compañeras de migrantes*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos.

Leyva René, Quintino Frida E., Castañeda Xochitl, et al., (2008), *Oaxacalifornia: Vulnerabilidad y VIH/SIDA en Migrantes indígenas*. Ponencia presentada en la "XVII International AIDS Conference". México.

Leyva René, Quintino Frida E., et al., (2008), *Modelo de Atención Integral para el VIH/SIDA en Poblaciones móviles en la Frontera México-Guatemala*. Informe Técnico. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Leyva René y Quintino Frida E., (2008), Informe técnico del proyecto "Fortalecimiento del modelo de prevención de ITS/VIH/SIDA para población migrante en la frontera México-Guatemala". Mimeo, Instituto Nacional de Salud Pública-centro Nacional para la prevención y control del VIH/SIDA.

Leyva René y Quintino Frida E., (2009), Informe técnico del proyecto "Modelo de prevención del ITS/VIH/SIDA para población migrante en tránsito: rápida movilidad-rápida respuesta del sistema de atención en salud". Instituto Nacional de Salud Pública-Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Leyva René, Infante Cesar y Quintino Frida E., (2009), *Modelo de Prevención de ITS/VIH/SIDA para población Migrante en la Frontera México-Guatemala (Continuación Del Proyecto y Replicación En La Frontera Norte En Nuevo Laredo, Tamaulipas)*. Instituto Nacional de Salud Pública. Informe Técnico del Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Leyva René y Quintino Frida E., (2010), Informe técnico final del proyecto de *La Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva, incluida la prevención del VIH/SIDA y la violencia de género de poblaciones migrantes, particularmente mujeres y jóvenes*. Informe Técnico Final del Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Leyva René y Guerra Germán, (2011), *Frontera y salud en América Latina: Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Leyva René, Quintino Frida E. y Mora Luis, (2011), "Introducción". En Leyva René y Guerra Germán, *Frontera y salud en América Latina: Migración, VIH-SIDA, violencia sexual y salud sexual y reproductiva*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, México.

Linares Nivaldo y Oliva López (2008), “La equidad en salud: propuestas conceptuales, aspectos críticos y perspectivas desde el campo de la salud colectiva. En *Revista Medicina Social*, volumen 3, número 3, septiembre.

Lincoln Cheny y Berlinguer Giovanni, (2001), “Equidad en la salud en un mundo que marcha hacia la globalización”. En Evans Timothy, *Desafío a la falta de equidad en la salud; de las ética a la acción*. OPS- fundación Rockefeller. Pp. 36-48

López Oliva. (2010), Desigualdad, pobreza, inequidad y exclusión. Diferencias conceptuales e implicaciones para las políticas públicas. Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp/hp-xi-taller04-pres-lopez-arellano.pdf> consultado el 15 de octubre de 2011.

López Oliva y Blanco José, (2004), “Desigualdad social e inequidades en salud. Desarrollo de conceptos y comprensión de relaciones”. En *Rev. Nueva época/salud problema*. Año 8 núm.14-15. Junio-diciembre. Pp. 8-16

López Sergio, Garrido Francisco y Hernández Mauricio, (2000), “Desarrollo histórico de la epidemiología: su formulación como disciplina científica”. En *Rev. Salud Pública de México*, Vol.42, No. 2, Marzo-Abril. Cuernavaca, Morelos, México.

Luengo Julián J., (2005), *Paradigmas de gobernación y de exclusión social en la educación*. Fundamentos para el análisis de la discriminación escolar contemporánea. Ediciones polares. Barcelona, España.

Madueño Nicanor, (2010), “El impacto de la variable de género en la migración Honduras-México: el caso de las hondureñas en Frontera Comalapa”. En *Rev. Liminar. Estudios sociales y humanísticos*. Año 8, vol. VIII, núm. 2, Diciembre del 2010, san Cristóbal de las casas, Chiapas, México.

Magis Carlos y Ruiz Armando, (2003), “Consumo de drogas inyectables y VIH/sida en una población rural de la laguna, Coahuila”. En Ruiz Armando y Magis Carlos, *La otra epidemia: sida*. Secretaría de Salud, México.

Magis Carlos, Leyva René, Quintino Frida E., (2005), *Encuesta de comportamientos sexuales en población migrante en tránsito por la frontera sur de México*. Informe Técnico. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA/ITS.

Magis Carlos, et al., (2008), *El VIH y el Sida en México al 2008. Hallazgo, tendencias y reflexiones*. Centro Nacional para la Prevención y control del SIDA, 1era Edición. No. 9. México.

Magis Carlos, Hernández M., (2008), “Epidemia del SIDA en México”. En: Córdoba J., (edit.) *Veinticinco Años del SIDA en México*. Secretaría de Salud, México, pp. 101-119.

Mckinlay J., (1972), "Social Network Influences on Morbid Episodes and the Career of Help-Seeking". En L., Eisenberg y A. Kleinman (eds.), *The Relevance of Social science for Medicine*. Drodrecht: Reidel, pp. 77-110.

Margulies Silvia S., (2003), "Candidaturas y VIH/SIDA: tensiones en los procesos de atención". En *Rev. Cuadernos Antropol. Soc.* v.17 n.1, Ene. /Ago. Buenos Aires.

Martínez Ángel, (2008), *Antropología médica, Teoría sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos, Barcelona.

Massé P., (1985), Realidad y actualidad de las prostitutas mexicanas fotografiadas. Política y cultura. Pp 11-31. Disponible en: <http://WWW.xoc.uam.mx/-polcul/pyc06/111-131.pdf>

Médicos del Mundo (2008), *El acceso a la sanidad de las personas sin permiso de residencia en once países europeos*. Observatorio Europeo del Acceso a la Sanidad de Médicos del Mundo. Informe de la Encuesta 2008.

Menéndez E., (1992), "Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo subordinado, Modelo de Auto atención. Caracteres estructurales". En Campos Roberto. *La Antropología Médica en México*. Tomo I. México, Universidad Autónoma Metropolitana.

Menéndez Alfredo, (2007), "La Colaboración Sanitaria Internacional: Reflexiones y Propuestas desde la Historia". En Campos Ricardo, Montiel Luis y Huerta Rafael, (Coord.). *Medicina, ideología e historia en España (Siglos XVI-XXI)*. Consejo Superiores de Investigaciones Científicas. Madrid. Pp. 51-75.

Mendoza G., (2004), Salud Fronteriza: tema y objeto de estudio. Salud pública y nutrición, Vol. 5, núm.3. En [http://www.respyn.uanl.mx/v/3editorial/editorial\\_salud\\_fronteriza.htm](http://www.respyn.uanl.mx/v/3editorial/editorial_salud_fronteriza.htm). Consultado el 12 de septiembre del 2011.

Meñaca Arancha, (2004), "Salud y Migraciones Sobre algunos Enfoques en uso y otros por utilizar". En Fernández Gerardo, *Salud e Interculturalidad de América Latina, perspectivas Antropológicas*. Edic. Abya- yala. Quito, Ecuador. Pp. 53-64.

Mercado Francisco J., (1998), *El manejo del tratamiento medico en el marco de la vida diaria. La perspectiva de los enfermos con diabetes*. Ed. Universidad de Guadalajara, relaciones 74, Vol.3.México

Mercado Francisco J., Robles Leticia, et al., (1999), "La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico". En *Rev. Cad Saúde Pública*, 15(1), Jan-mar. Rio de Janeiro. Pp. 179-186

Mercado Francisco J. y Martínez S., (2002), *Cuatro Ensayos sobre calidad clínica de la atención. El caso de la salud reproductiva*. México, UAM-Xochimilco.

Mercado Francisco J., (2002), "Investigación cualitativa en América Latina: perspectivas críticas en salud". En *International Journal of Qualitative Methods*. 1(1), Winter. Pp. 1-27.

Mercado Francisco J., Alcántara Elizabeth, et al., (2007), "La atención medica a los enfermos crónicos en México. ¿Qué tan diferente es la perspectiva de los médicos, las enfermeras y los sujetos enfermos?". En Magalhaes María L., Mercado Francisco J., *Investigación cualitativa en los servicios de salud*. Lugar Editorial. Pp.275-303

Mercado Francisco J., et al., (2007), "Reflexiones sobre la evaluación en servicios de salud y la adopción de abordajes cualitativos y cuantitativos", En: Magalhaes B., y Mercado F., (org) *Investigación Cualitativa en los servicios de salud.*, Lugar Editorial. Argentina.

Mercado Francisco J., y Magalhães M., (2007), Introducción, Notas para un debate. *Investigación Cualitativa en los Servicios de Salud*. Lugar Editorial. Pp.28-60

METAPA, (2002), Departamento de San Marcos (Guatemala).Diagnostico. En [www.mecapal.org/admin/archivo/docdow.php?id=10](http://www.mecapal.org/admin/archivo/docdow.php?id=10) -. Consultado el 10 de abril del 2011.

Montoya G., Bello E., Parra M., Mariaca M., (2003), *La Frontera Olvidada entre Chiapas y Quintana Roo. Pensamiento contemporáneo*. Tuxtla Gutiérrez: El Colegio de la Frontera Sur.

Monsiváis Carlos, (2008), "El Trabajo sexual en Veracruz: las tribulaciones (hartas), los avances en derechos humanos (importantes) y en el conocimiento del tema (bastantes)". En Ponce P., *L@ guerrer@s de la noche lo difícil de la vida fácil. Diagnóstico sobre las dimensiones sociales del trabajo sexual en el estado de Veracruz*. Instituto Veracruzano de la Cultura, Universidad Veracruzana, Secretaría de Educación de Veracruz. México. Pp. 5.21

Monroy P., y Cilia D., (2008), "La calle es de quien la trabaja". Revista Contralínea. Disponible en:[http://www.contralinea.com.mx/archivo/2008/febrero2/htm/calle\\_trabaja.htm](http://www.contralinea.com.mx/archivo/2008/febrero2/htm/calle_trabaja.htm)

Mora Luis, (s/f), *Las Fronteras de la Vulnerabilidad: género, migración y derechos sexuales y reproductivos*. Mimeo. [Consultado 2010 Abril]. Disponible en: <http://www.eclac.org/celade/noticias/paginas/2/11302/LMora.pdf>

Moya José y Mónica Uribe, (2006), *Migración y Salud en México: Una aproximación a las perspectivas de investigación; 1996-2006*. [Consultado 2010

Abril]. Disponible en:  
<http://www.mappingmigration.com/pdfs/migracionsaludmex.pdf>

Muñoz M., (1998), *Reformas Legislativas.*, Comisión de Salud. Foro Internacional: El VIH/SIDA: reto social y desafío legislativo, 25-27 de marzo, 1998. Palacio Legislativo.

Muñoz Rafael y Antón José I., (2010), "Utilización de los servicios públicos de salud por parte de la población inmigrante Latinoamericana en España". En *Rev. Salud Pública México*, Vol.52, No. 4, Julio-Agosto.

Neumann Elisa., (s.f.), Extensión de la protección social y acceso a la salud de la población migrante en Latinoamérica. [Consultado 2010 Abril]. Disponible en: [www.powershow.com/.../EXTENSION DE LA PROTECCION SO](http://www.powershow.com/.../EXTENSION_DE_LA_PROTECCION_SO).

Nieves Efraín, (2008), La protección de los derechos humanos de las y los migrantes indocumentados en México: la experiencia de la FEVIM. En *Rev. Los Derechos Humanos en México, Social Demócrata, Nueva visión*, Fudsa, julio-septiembre.

Núñez F., (2002), La prostitución y su representación en la Ciudad de México (siglo XIX). *Prácticas y representaciones*, Gedisa, Barcelona. Pp. 147- 151.

Núñez Guillermo., (2003), Quiénes son los HSH: identidades sexuales, clase social y estrategias de lucha contra el sida. Centro de investigación y desarrollo, A.C. Hermosillo Sonora.

Núñez A., Fernández H., (2003), *Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en Trabajadoras Comerciales del Sexo en Panamá [monografía en internet]*. Panamá: Ministerio de Salud de Panamá 2003 [Consultado 2011 Abril]. Disponibles en: <http://www.pasca.org/multicentrico.htm>.

OIM (2005), La OIM y los derechos Humanos de las poblaciones migrantes en Centro América.

OIM (2006), *Encuesta sobre remesas 2006 inversión en salud y educación Organización Internacional para las migraciones, Ginebra*. Cuadernos de Trabajo sobre migración.

ONUSIDA, (2003), Trabajo Sexual y VIH/SIDA, Colección Practicas Óptimas de ONUSIDA.

ONUSIDA, (2004), "Estudio de caso sobre la estimulación de la infección por el VIH. En una epidemia concentrada: Enseñanzas de Indonesia". Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA. Española. Disponible en: [http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub06/jc978-indonesia\\_es.pdf](http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/publications/irc-pub06/jc978-indonesia_es.pdf), Consultado el 20 de noviembre de 2011.

ONUSIDA-OIM, (2002), *El derecho de los migrantes a la salud*. [http://data.unaids.org/Publications/IRCub02/JC519MigrantsRightToHealth\\_es.pdf](http://data.unaids.org/Publications/IRCub02/JC519MigrantsRightToHealth_es.pdf)

Orillana E., Caballero M., y Dreser A., (2004), "Corredor Inter-fronterizo Santa Ana - Jutiapa". En Bronfman M., Leyva R., y Negroni M., *Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de Vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. PP. 117- 144

Ortiz Luis, López Sergio y Borges Guilgerme, (2007), "Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana". En *Rev. Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(6);1255-1272.

OIT (1998), "La Industria del sexo: los Incentivos económicos y la penuria alimenta el crecimiento". En *Rev. OTI*, No. 26, septiembre y octubre, Disponible en: <http://international.vlex.com/vid/sexo-incentivos-economicos-penuria-alimentan-119536>

Paiva Vera, Rivero Ligia y Barboza Renato, (2006), "The right to prevention and the challenges of reducing vulnerability to HIV in Brazil". En *Rev. Saude Pública*. Vol.40. Brasil.

Paris María, (2005), "Derechos humanos y etnicidad de los inmigrantes indígenas en California". En Sandoval Juan M., y Álvarez Raquel, (Coord). *Integración Latinoamericana, Fronteras y migración. Los casos de México y Venezuela*. Universidad de los Andes, Centro de estudios de fronteras y chicanos A.C . Plaza y Valdés.

Parra M., (2002), *Cultura y sexualidad de menores en la frontera sur Mexicana*. El Colegio de México.

PASCA, (2000), *Análisis comparativo de las legislación Centroamericano y Panamá sobre el VIH/SIDA.*, Programa acción SIDA en Centroamérica.

Paz Bermúdez María, Teva Inmaculada, (2004), "Situación Actual del VIH/SIDA en México: Análisis de las diferencias pro entidad federativa". En *revista Psicología y Salud*. Enero-junio, Año/Vol.14, número 001. La Hemeroteca Científica en línea en ciencias Sociales. Universidad Veracruzana, Xalapa, México. Pp. 101-111.

Pecheny Mario., Manzelli Hernán y Daniel jones. (2002), *Vida cotidiana con VIH/SIDA y/o hepatitis "C" Diagnóstico tratamiento y proceso de expertización*. Centro de Estudios de Estado y Social. Buenos Aires.

Pedone C., (2001), "La inmigración extraordinaria y los medios de comunicación: la inmigración eucariana en la prensa española". En *Revista electrónica de geografía y cien naciones sociales*. Unidad de Barcelona, N.94.

Peimbert Adriana, (2006), "Visión de la prensa respeto a la situación de adición entre las mujeres Mexicanas, 1997-1999". En *Revista Mexicana de ciencias*

*políticas y sociales*, Mayo- Agosto, año/vol. XLVIII. Universidad Nacional Autónoma de México, DF, México.

Peña Joaquín, (2005), *Migración indígena Mam en la frontera Chiapas-Guatemala. Ponencia presentada en el Seminario-Taller Migración Intrafronteriza en América Central, Perspectivas regionales*. San José Costa Rica del 03 al 05 de febrero 2005.

Pérez A., Mazariegos M., Casahonda J., et al (1991), "Prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la relación con otras enfermedades transmitidas sexualmente en un grupo de prostitutas en Huixtla, Chiapas". *Revista de investigación clínica*. Vol.43 enero-marzo. Pp.45-46.

Pérez Hilda, Taracena Rosario, Magis Carlos, et al., (2004), *Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud, recomendaciones para mejorar la calidad de la atención*. Secretaría de Salud. Ciudad de México.

Pérez L., (2004), "Comercio sexual en Chiapas". *Revista Contralínea Periodismo de Investigación*. 24 de Abril del 2011. Pp. 1-6.

Pérez Ciro, (2012), "México no es único responsable del maltrato a migrantes del Sur". En *La jornada*, Lunes 20 de enero, P.19

Pierret Janine, (2003), The illness experience: state of knowledge and perspectives for research. En *Rev. Sociology of Health & Illness*, Vol. 25, Silver anniversary Issue, ISSSN 0141-9889. Pp. 4-22.

Pizarro Roberto, (2001), *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. División de Estadística y proyecciones económicas, CEPAL-ECLAC, Santiago de Chile.

Plaza José, Soriano Raúl y Nogúes Blanca, (2002), "Las circunstancias socio sanitarias de los inmigrantes: la visión desde la organización médicos del mundo". En *Rev. Cuadernos de Geografía*, No. 72, Valencia. Pp.349-360

Ponce P., (2008), *L@ guerrer@s de la noche lo difícil de la vida fácil. Diagnóstico sobre las dimensiones sociales del trabajo sexual en el estado de Veracruz*. Instituto Veracruzano de la cultura, Universidad Veracruzana, Secretaria de Educación de Veracruz. México.

Porthé V., Amable M., Benach J., (2006), "La precariedad laboral y la salud de los inmigrantes en España: ¿Qué sabemos y qué deberíamos saber?". En *Rev. Arch prev Riesgo Labor*, 10(1):34-39.

Programa Nacional de Salud 2007-2012, (2007), *Por un México Sano: construyendo alianzas para una mejor salud*. Primera edición. Secretaria de Salud. México. Pp. 37-58.



PSI, (2009), *Estudio TRAC de VIH/SIDA trabajadoras sexuales femeninas en San Salvador, Sonsonate, Santa Anna, San Miguel y San Vicente*. 2ª Ronda nacional. Populati3n Services International.

Quintino F., Leyva R., Guti3rrez A., Badillo S., Aguirre A., Caballero M., Infante C., (2009), *Respuesta social al trabajo sexual y VIH/SIDA en localidades de alta movilidad poblacional en Quintana Roo*. M3xico. Mimeo. Disponible en: [http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:H9WyNJluy\\_cJ:biblioteca.cogcyt.gob.mx/bvic/Captura/upload/RESPUESTA-SOCIAL-TRABAJO-SOCIAL](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:H9WyNJluy_cJ:biblioteca.cogcyt.gob.mx/bvic/Captura/upload/RESPUESTA-SOCIAL-TRABAJO-SOCIAL)

Quintino Frida, et al., (2011), "El Contexto: Salud y migraci3n en la frontera M3xico-Guatemala". En Leyva Ren3., y Quintino Frida (edit) *Migraci3n y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de M3xico*. Instituto Nacional de Salud P3blica, UNFPA.

Quintino Frida E., Leyva Ren3, Cer3n M3nica, Espinosa Gerardo, G3mez Nelly, Mateos Catalina y S3nchez Guadalupe, (2011). "Capitulo IV. Servicios de salud: Prevenci3n y atenci3n de necesidades de SSR en poblaci3n migrante". En Leyva Ren3 y Quintino Frida E., *Migraci3n y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de M3xico*. Instituto Nacional de Salud P3blica. Cuernavaca, Morelos, M3xico.

Quintino Frida E., Leyva Ren3, Chong Francisco, G3mez Nelly, Alcal3 Paola y L3pez Rosenberg, (2011). "Capitulo VI. Trabajadoras sexuales en la frontera M3xico-Guatemala: vulnerabilidad y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva". En Leyva Ren3 y Quintino Frida E., *Migraci3n y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de M3xico*. Instituto Nacional de Salud P3blica. Cuernavaca, Morelos, M3xico.

Rangel Gudelia M. y Santib3n3ez, Mart3nez Ana P., (2006), *Migraci3n y SIDA: factores de riesgo de infecci3n por VIH en migrantes mexicanos en flujo, que cruzan la Frontera M3xico-Estados Unidos por la ciudad de Tijuana, baja*. Mimeo

Rangel G., (2009), "El consumo de sustancias psicoactivas en la frontera norte". En Rangel G., Hern3ndez M., *Condiciones de salud en la frontera norte de M3xico*. Secretaria de salud, Comisi3n de salud Fronteriza M3xico-Estados Unidos. Instituto Nacional de Salud P3blica. El Colegio de la Frontera.

Reartes, Diana (s.f), "Principales problemas, necesidades y obst3culos en la atenci3n a la salud reproductiva. El punto de vista de los prestadores de servicios" ponencia elaborada en el marco del proyecto: *identificaci3n de barreras sociales para acortar las distancias entre las necesidades de salud reproductiva y los servicios de salud*.

Gobierno del Estado de Chiapas (2005), *Reglamento Municipal de Sanidad 2005-2007 del municipio de Tapachula Chiapas*.

Reyes M.A. "Denuncian desabasto de antirretrovirales en el IMSS". Noticia de periódico. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/site/05121411-Denuncian-desabast.10910.0.html>. CIMAC, Revisado el 23 de Octubre del 2011

Rigoni Flor M., (2007), *Nuestro Shoah olvidada*. Poema leído al terminar su intervención en la mesa sobre migraciones en el hemisferio, parte del Seminario Internacional América Latina: ¿Integración o fragmentación? El 18 de abril. ITAM, Derechos reservados.

Rigoni Flor M., (2008), *De la jungla de la discrecionalidad a una cultura del derecho*. Algunas reflexiones sobre 30 años de migración en la frontera sur de México. En *Rev. Los Derechos Humanos en México social democrata nueva visión*, Fudsa, julio-septiembre.

Rigoni Flor M., (2010), *El Norte se Vuelve Sur 30 años de presencia Scalabriniana en México*. Tijuana: Editorial A.M.A.C. Impresos S.A de C.V., 48.

Ríos G., (2004), "Un reglamento más sobre prostitución". Disponible en el ARCHIVO de Tiempo y Escritura en: <http://www.azc.uam.mx/publicaciones/tye/reglamentosobreprostitucion.htm>

Rodríguez Ernesto, Berumen Salvador y Ramos Luis F., (2011), *Migración Centroamericana de tránsito irregular por México*. Estaciones y características generales. Centro de estudios Migratorios, INM. México.

Rojas Martha L. y Cruz Hugo Á., (2003), *La frontera de Chiapas con Guatemala como región de destino de migrantes internacionales*. Dinámica migratoria en la Frontera Sur.

Rosen George, (1974), *De la policía médica a la medicina social, Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*. Edit. Sligo XXI. Argentina.

Ruiz Olivia, (1998), *La migración centroamericana en la frontera sur: un perfil del riesgo en la migración indocumentada internacional*. Center for U.S: Mexican Studies.

Ruiz Olivia, (1998), *Los riesgos de migrar: la migración centroamericana en la frontera México-Guatemala*. En "Nuevas tendencias y nuevos desafíos de la migración internacional, Memorias del Seminario Permanente sobre Migración Internacional". El Colegio de la Frontera Norte, SOMEDE y El Colegio de México.

Ruiz M., (2005), *Migración transfronteriza y comercio sexual en Ecuador: condiciones de trabajo y las precepciones de las mujeres migrantes*. Investigadora asociada de FLACSO-Ecuador.

Sabido Olga, (2009), "El Extraño". En León Emma. *Los Rostros del Otro, Reconocimiento, Intervención y borramiento de la Alteridad*. Editorial Anthropos,

Universidad Nacional Autónoma de México, Centro regional de Investigaciones Multidisciplinarias. México. Pp. 25-57

Salgado L., (2007), Investigación Cualitativa: Diseños, Evaluación Del Rigor Metodológico y Retos. En *Liberabit, Lima Perú*. 13: 71-78.

Salgado Nelly, (2009), “Aspectos socio-demográficos de la frontera norte”. En Rangel G., Hernández M., *Condiciones de salud en frontera norte de México*. Secretaria de salud, Comisión de salud Fronteriza México-Estados Unidos.

Sánchez H., y Vargas J., (1999), *Tuberculosis pulmonar en zonas de alta marginación socioeconómica de Chiapas, México: problemas y retos a superar*. El caso de la región fronteriza, tesis de doctorado, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona.

Sánchez Melissa, Lemp George., Magis Carlos, et al, (2004), “The epidemiology of HIV among mexican migrants and recent immigrants in California and Mexico”. En *Rev. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 37(S4): 204-214

Sánchez G., Tuñón E., (2004), “Esperanza de vida al nacimiento y mortalidad infantil en Chiapas. Experiencia Metodológica de construcción de indicadores Regionales”. En *Revista de Papeles de Población*, No. 042, Octubre –Diciembre. Universidad Autónoma de México, Toluca, México.

Sánchez J., Jarquin R., (2008), *La frontera sur, reflexiones sobre el Soconusco, Chiapas y sus problemas ambientales, poblacionales y reproductivos*. Senado de la republica, El Colegio de la Frontera sur. México.

Santacruz E., (2009), “Atraso económico, migración y remesas: el caso del soconusco, Chiapas, México”. En *Revista convergencia UAEMex*, núm. 50, mayo-agosto.

Santamaría Enrique, (2002), *La incógnita del extraño. Una aproximación a la significación sociológica de la inmigración no comunitaria*. Editorial Anthropos. Rubí, Barcelona.

Santamaría E., (2003), “Presentación. Interrogarse sobre el conocimiento de las migraciones transnacionales”. En Santamaría E., (Ed.) *Retos epistemológicos de las migraciones transnacionales*. Editorial Artrópodos, Rubí Barcelona.

Sayad A.,(1993), “La migración como problema Social”. En Remi Lenoir, *Objeto sociológico y problema Social*. Siglo XXI, México.

Secretaria de relaciones exteriores, (2005), *Programa de cooperación sobre derechos humanos: México- Unión Europea, Derechos humanos de los migrantes*. Disponible en: [portal.sre.gob.mx/pcdh/libreria/libreria.html](http://portal.sre.gob.mx/pcdh/libreria/libreria.html)

Secretaría de Planeación del Estado de Chiapas (2003), Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal, Gobierno del Estado de Chiapas.

Shelton J., Angle M., Jacobstein R., (1992), Medical Barriers to access to family planning. *Lancet*, 340:1334

Sierra Juan G. y Barrera Ana, (2009), "Capítulo 7. Apego al tratamiento antirretroviral". En Magis Carlos y Barrientos Hermelinda, *VIH/SIDA y Salud Pública, manual para personal de salud*. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA), Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). México

Simon Williams, (2000), "Chronic illness as biographical disruption or biographical disruption as chronic illness? Reflections on a core concept". En *Rev. Sociology of Health & Illness*. Vol. 22, No. 1, ISSSN 0141-9889, Pp. 40-67

Simmel George, (1986), *Sociología 2, Estudios sobre las formas de socialización*. Edit. Alianza Universidad. Madrid.

SINAIS-SSA .Sistema Nacional de Información en Salud. (2008), Mortalidad. Revisado el 3 de octubre del 2011. Disponible en: <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/>

SINAIS-SSA. Sistema Nacional de Información en Salud. (2011), Sistema de salud y programas. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/basesdedatos/>

Sin fronteras I.A.P, (2005), *México y su frontera sur*. Disponible en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4239.pdf?view=1>

Soberón G., Chacón F., (1991), "Hacia un nuevo concepto y práctica de la salud internacional". En *Revista de salud Pública de México*. Julio-Agosto del 1991, Vol.33, No.4

Soler C., (2009), "Acceso universal al programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México: resultados a seis años." En *Revista Salud Pública de México*, Vol. 51, No.1, Enero-febrero del 2009. Pp 26-33.

Solorio Rosa M., Currier Judith y Cunningham William, (2004), "HIV Care services for Mexican Migrants". En *Rev. Journal of acquired Immune Deficiency Syndromes*; 37/ S4:240-252.

Somerville M., Wilson S., Gilmore N., Jurgens R., (1993), "Crossing boundaries: travel, immigration and AIDS". En *Rev. Int Conf AIDS*. Jun 6-11;9:915.

Sontag Susan, (2003), *La enfermedad y sus metáforas, el sida y sus metáforas*. Santillanes editores, España.

Spradley J., (1979), *The Ethnographic Interview*. Holt, Rinehart and Winston. New York.

Spradley J., (1980), *Participant observation*. Holt, Rinehart and Winston. New York.

Stake R., (1994), "Case Study". En Denzin N., y Lincoln (1994), *Handbook of Qualitative Research*. Sage. London: 236-247.

Strathdee SA, Philbin MM, Semple SJ, Pu M, Orozovich P, Martinez G et al. (2008), *Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities*. Drug Alcohol Depend; 92(1-3):132-140.

Suchman E., (1965), "Stages of Illness and Medical Care". *Journal of health and Human Behavior*, 6:114-118.

Taylor S., y Bogdan R., (1990), *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

UNAIDS/OIM, (2004), Statement on HIV/AIDS Related travel Restrictions. International Organization for Migration.

Twaddle A. (1979), *Sickness Behavior and Sick Role*. Boston: Schenkman-Hall.

Uribe Patricia y Hernández Griselda, (2000), "Sexo comercial e infecciones de transmisión sexual (ITS) en la Ciudad de México". En *Rev. Papeles de Población*. Enero-Marzo, número 23, CIEAP-UAEM;203-219

Uribe Felipe., Conde C., Juárez L., (2003), "Sociodemographic dynamics and sexually transmitted infections in female sex workers at the Mexican- Guatemalan border". *Rev. Sex Transm Dis*, Vol.30, Nom.3, CISEI. 2003. Pp. 266-271

Uribe Salas Felipe (2004), Comportamiento sexual y VIH/sida en sujetos masculinos. Análisis del comportamiento sexual de individuos VIH positivos como punto de partida para atender la transmisión del virus en la región sur del estado Chiapas. El Colegio de la Frontera Norte, Tijuana, B. C.

Uribe Felipe, Conde Carlos J., Magis Carlos (2005), Consistencia de las categorías de transmisión sexual del VIH/SIDA informadas por el sistema de vigilancia epidemiológica del estado de Chiapas, México. Un problema metodológico. En *Gac Méd Méx* Vol.141.No. 5. Pp. 401-406

Useche Bernardo, (2005), "Desigualdad social y Sida: el contexto neoliberal de la epidemia". En *Rev. Envío*, Agosto, Nicaragua.

Useche Bernardo, Cabezas Amalia, (2004), "Desigualdad social y SIDA: el contexto neoliberal de la epidemia". En Rev. Deslinde [Serie en internet].2004. [Citado en 2006, sept. 21];35[Aprox. 17 páginas]. Disponible en: <http://deslinde.org.co/files/desigualdad%20social%20y%20SIDA%20el%20contexto%20neoliberal%20de%2019%20epidemia.pdf>

Valdespino JL, García ML, Del Río A, et al., (1995), "Epidemiología del VIH/SIDA en México; de 1983 a marzo de 1995". *Revista Salud Pública México*; 37: 556-571.

Valdespino JL, García LM, Palacios M., (2008), "El diagnóstico epidemiológico 1981-1995 y el primer Programa Nacional de Prevención: 1990-1994". En: Córdoba J., (edit.) *Veinticinco Años del SIDA en México*. México, Secretaría de Salud. Pp.27-57

Van D., (1997), *Racismo y análisis crítico de los medios*. Barcelona-Buenos Aires. México.

Villa Blanca, Tapia Antonio, Caballero Marta, et al., (2004), "Chetumal, México". En Bronfman M, Leyva R, Negroni M. *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. INSP. Cuernavaca, México.

Villa Blanca, et al., (2004), "Ciudad Hidalgo, Chiapas". En Bronfman Mario, Leyva Rene, Negroni María, (edit.) *Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Villalobos B., L., Chamizo G, Piedra G, y Mora S., (2004), "La Cruz – Peñas Blancas Guanacaste". En Bronfman M., Leyva R., y Negroni M., *Movilidad poblacional y VIH/SIDA: contextos de Vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Instituto Nacional de Salud Pública. México. Pp.81- 116

Wacquant L.,(2001), *Parias Urbanos. Marginidad en la ciudad a comienzos del milenio*. Manantial. Buenos Aires.

Wolffers I., (2002), Health, HIV and sex work: the influence of migration and mobility. *Research for Sex Work* 5. June. Pp 1-2.

Wallerstein Immanuel, (2005), *Análisis de Sistemas – mundo: Una Introducción*. México, Siglo XXI.

Yañez R., López R., Chong Francisco, (2011), "Capítulo VII. La reforma del Reglamento Municipal de Sanidad en la frontera sur México: la exigibilidad del derecho". En Leyva René y Quintino Frida E., *Migración y salud sexual y reproductiva en la frontera sur de México*. Instituto Nacional de Salud Pública.

Yin R., (1994), *Case study research: Design and methods*. California, Sage.

Yin R., (2003), *Applications of case Study Research*. California, Sage.

Young P., (1939), *Scientific social surveys and research. An introduction to the background, content, Methods, and analysis of social studies*, Nueva york, Prentice Hall.

Zapata Emma, (2002), "La Perspectiva de Género en los Estudios Regionales". En Kauffer Edith., *Identidades Migraciones y Género en la Frontera Sur de México*. El Colegio de la Frontera Sur. México. Pp.69-104.

Zoeaiga Víctor, (1986), *Elementos Teóricos sobre la Noción de Frontera*. El Colegio de la Frontera Norte. Monterrey, México.