



Casa abierta al tiempo

Universidad Autónoma Metropolitana

Unidad Iztapalapa

**VULNERABILIDAD DE LAS MIGRANTES
MEXICANAS INDOCUMENTADAS FRENTE AL
VIH/SIDA: UN ESTUDIO EXPLORATORIO**

T E S I S A
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN
C I E N C I A P O L Í T I C A
PRESENTA

SOSTENE MENESES VARGAS

MATRÍCULA: 207344033



ASESORA:

MTRA. MARTHA BAÑUELOS CÁRDENAS



LECTOR:

MTRQ. ENRIQUE GARCIA MARQUEZ

Iztapalapa, Ciudad de México, Abril, 2012



VULNERABILIDAD DE LAS MIGRANTES
MEXICANAS INDOCUMENTADAS FRENTE A
VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS

TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN
CIENCIAS POLÍTICAS
PRESENTA

SOSTENE MARCELA VARGAS

MATRÍCULA 123456789

CONSEJO DE ASESORES
DR. JUAN CARLOS GARCÍA
DR. ANA LUCÍA GARCÍA
DR. JUAN CARLOS GARCÍA
DR. ANA LUCÍA GARCÍA

Para mi madre, por cuidarme e inculcarme principios y valores y por apoyarme en toda mi vida.

Para mis maestros de Ciencia Política, principalmente para mi Maestra Martha Bañuelos por los conocimientos que me transmitió y por su paciencia y apoyo para la realización de este trabajo.

Para C.P. Erwin Manuel Lino Zárate, Maestro Aurelio Alvírez Orozco y Señor Roberto Lascurain Gargollo, por la confianza y apoyo que me han brindado, tanto en el campo laboral como en el personal.

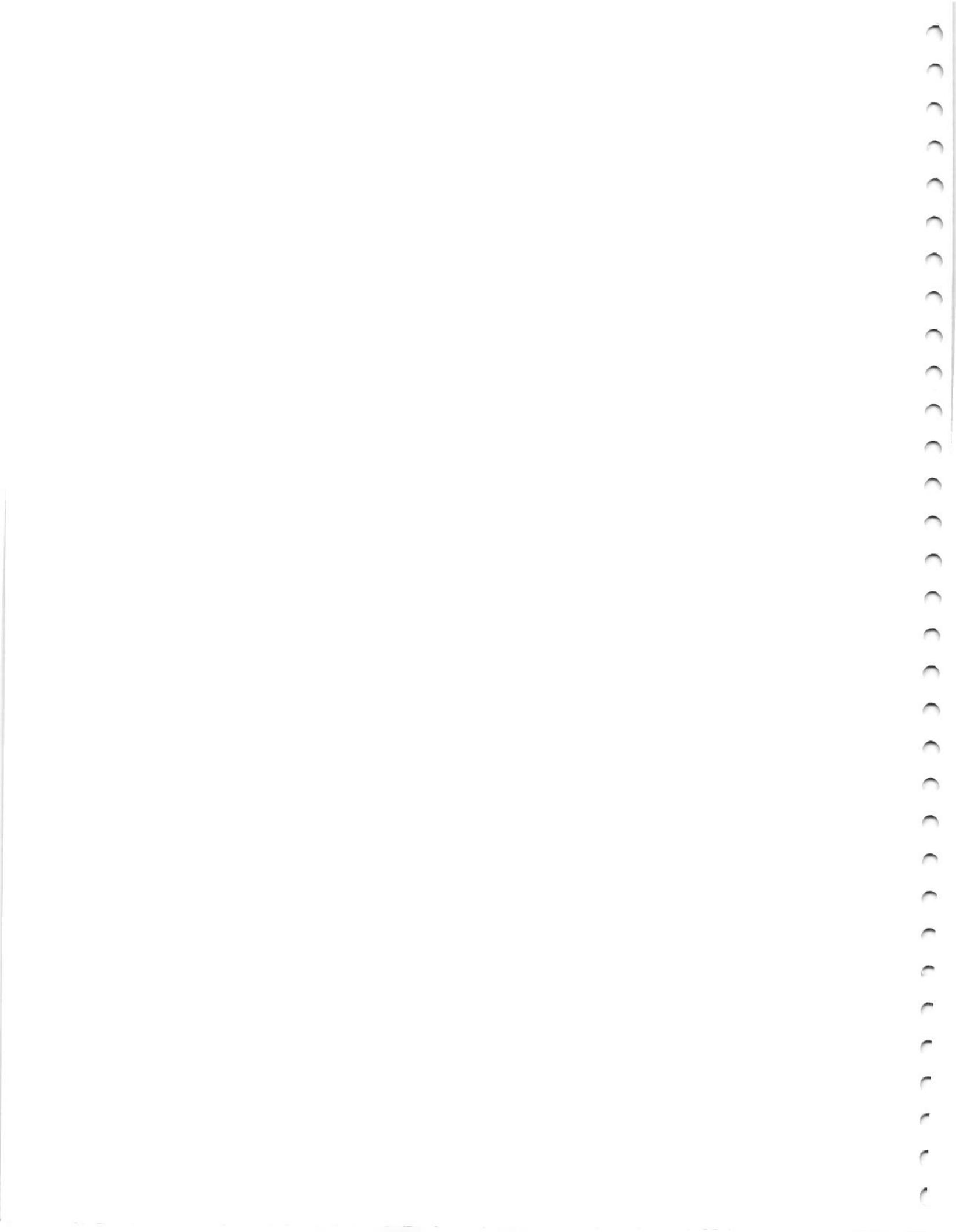
Para mi amiga Consuelo Hernández Amaiz, porque ha sido como una hermana, por su cariño, confianza y apoyo.

Para mi padre, hermanos y sobrinos, porque forman parte de mi vida.



INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO 1. QUÉ ES LA VULNERABILIDAD.....	13
1.1. Características de la vulnerabilidad.....	15
1.2. Grupos vulnerables.....	16
1.3. Atención a los grupos vulnerables en el contexto nacional e internacional.....	18
CAPÍTULO 2. MIGRANTES Y VULNERABILIDAD.....	25
2.1. Antecedentes.....	25
2.2. Las remesas.....	29
2.3. Programas y dependencias que atienden a los migrantes.....	29
2.4. Características generales del fenómeno migratorio.....	33
2.5. Características de los migrantes mexicanos.....	35
2.6. Las redes sociales.....	37
2.7. Derechos humanos.....	38
2.8. Efectos de la migración en la familia.....	39
2.9. Vulnerabilidad de los migrantes mexicanos en materia de salud.....	39
2.10. Vulnerabilidad de los migrantes frente al VIH/Sida.....	42
CAPITULO 3. MIGRACIÓN FEMENINA.....	47
3.1. Antecedentes.....	47
3.2. Características generales del fenómeno migratorio femenino.....	49
3.3. Características de las mujeres migrantes mexicanas a Estados Unidos.....	50
3.4. Flujos migratorios y cambio social.....	51
3.5. Papel de las redes sociales en las migraciones femeninas.....	53
3.6. Derechos humanos.....	54



3.7. Cobertura de seguridad médica de las migrantes mexicanas en Estados Unidos.....	55
CAPÍTULO 4. VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES MIGRANTES FRENTE AL VIH/SIDA.....	56
4.1. Antecedentes del VIH/Sida.....	56
4.2. Factores de vulnerabilidad de la migración femenina frente al VIH/Sida.....	58
4.3. Género y vulnerabilidad ante el VIH/Sida.....	61
4.4. La voz de las afectadas.....	67
4.4.1. Vivir con VIH y trabajar con mujeres con VIH.....	71
4.4.2. De mujer a mujer.....	74
CONSIDERACIONES FINALES	84
GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ACRÓNIMOS.....	88
ANEXOS.....	94
BIBLIOGRAFÍA.....	98



I N T R O D U C C I Ó N

Cuando en México escuchamos o hablamos de las remesas, nos referimos a una de las dinámicas que genera la migración de connacionales a Estados Unidos. Este fenómeno, que representa una importante fuente de divisas para el país, en los últimos años ha contribuido a mantener fuerte la moneda, a mitigar la pobreza en muchas familias, a promover la inversión en capital humano y la inversión productiva. Sin embargo, este proceso migratorio, se ha convertido en uno de los grandes problemas actuales entre ambos países.

El final del siglo XX en el mundo está marcado por la aparición de dos fenómenos: las mujeres como actores independientes de la migración y la aparición del VIH/Sida. Desde que apareció la enfermedad, a principios de 1980, hasta una década después, por lo menos la mitad de los casos registrados en México tenían antecedentes de residencia en Estados Unidos. Todavía en el 2000, 12.7 por ciento de los casos acumulados en México correspondía a personas que habían radicado en Estados Unidos. Para el 2007, según estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), existían 33 millones de personas viviendo con el VIH en el mundo, con una prevalencia de 0.6 por ciento en Estados Unidos, mientras que en México era de 0.3.

Los organismos encargados de la salud han determinado que la epidemia del VIH/Sida en México ha sido predominantemente sexual, puesto que este tipo de transmisión ha sido la causante de más de 90 por ciento de los casos acumulados de Sida. Durante los primeros años de la epidemia, sólo entre homosexuales y bisexuales alcanzaron más de 90 por ciento del total de infectados en nuestro país y actualmente todavía representan alrededor de 50 por ciento, con una tendencia ascendente en los últimos años para el tipo heterosexual y la casi desaparición de los casos de Sida asociados a la transfusión sanguínea, mientras que los casos de usuarios de drogas inyectadas y transfusión perinatal ocupan porcentajes marginales.



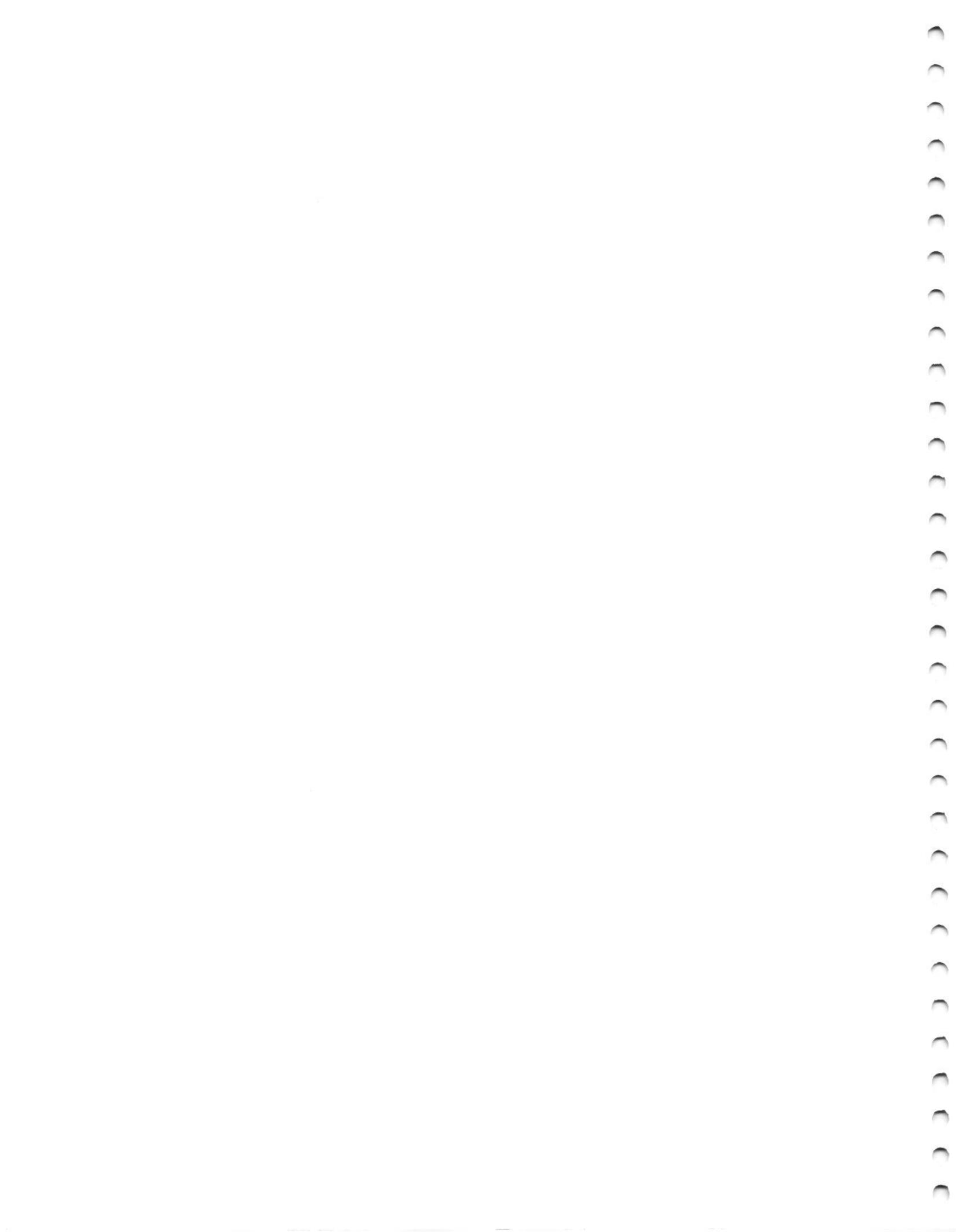
La relación hombre/mujer a principios de la epidemia llegó a alcanzar en la primera década 23 a 1 y conforme han transcurrido los años se ha reducido, para colocarse en el 2009 en 4.6 a 1. Las mujeres migrantes y esposas de migrantes vienen representando 18 por ciento del total de casos registrados en mujeres con VIH en México.

Tomando en consideración que la principal vía de infección del VIH/Sida en México es el contacto sexual, los cambios de patrones culturales y las conductas de riesgo, por ejemplo, prácticas sexuales no seguras, uso de dogas, etc., por parte de la migración masculina crean situaciones de vulnerabilidad frente al VIH/Sida para las mujeres.

Además de los posibles cambios de conductas adoptadas durante el proceso migratorio, las mujeres que viajan solas también enfrentan otros factores de riesgo para adquirir la infección del VIH/Sida, como por ejemplo, sufrir violaciones, tanto por parte de los polleros para intercambiar el pago del viaje o durante las deportaciones, donde se exponen a caer en mano de guardias fronterizos, de personas que se dedican a la trata de mujeres o se ven obligadas a ejercer la prostitución, situaciones todas en las que no se puede negociar el uso del condón.

En cuanto a las mujeres migrantes que padecen VIH/Sida, entre sus vulnerabilidades se encuentra que, por miedo al rechazo y maltrato viven su padecimiento clandestinamente, en muchos casos, es un secreto que no se comparte ni con la familia, lo que se traduce en estigma y discriminación, generando un aislamiento con el consecuente daño psicológico, adicional a su padecimiento; también se ven afectadas al momento de buscar un trabajo o conservarlo cuando lo tienen. Las mujeres que viven en comunidades lejanas de los centros de atención y tratamiento de VIH también se ven afectadas, tanto en tiempo y economía por los gastos que se generan para asistir a dichos centros.

Por otra parte, en el caso particular de las mujeres, una de las vulnerabilidades a las que se enfrenta frente al VIH es la biológica, la epidemiológica y la social y cultural, porque *biológicamente* la concentración del VIH es más alta en el semen



del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer; *social y culturalmente*, porque las diferencias sexuales se transforman en desigualdades donde la mujer es colocada en situación de sujeto subordinado, bajo una dependencia económica, psicológica, física, etc.

¿Cuáles son las principales dificultades o desventajas, en el plano familiar, social y económico, que enfrentan las migrantes mexicanas o esposas de migrantes que padecen el VIH/Sida? ¿Cómo se han modificado sus lazos familiares desde que supieron de su padecimiento? ¿Cómo valoran los servicios de salud en México y Estados Unidos? Son las preguntas que dieron origen a la presente investigación para identificar la vulnerabilidad de las mujeres mexicanas frente al VIH. Particularmente se buscó conocer el medio de contagio, la forma cómo se mantienen informadas sobre tratamientos y riesgos por VIH/Sida y las dificultades que enfrentan, como migrantes mexicanas indocumentadas y esposas de migrantes en Estados Unidos que retornan al país.

El objetivo central de esta investigación es identificar factores de vulnerabilidad de las migrantes mexicanas infectadas por VIH y la relación entre la diseminación del VIH/Sida y la movilidad humana, la cual ocurre en situaciones de desventaja social, particularmente para las indocumentadas. A través de este análisis, se busca el acercamiento al plano de la subjetividad del género ante una relación específica de migración y VIH/Sida, que tradicionalmente ha sido analizada desde su dimensión estructural (exclusión social, pobreza, analfabetismo, etc.).

El objeto de estudio es la relación entre la migración y la epidemia del VIH/Sida, donde el centro de interés es la vulnerabilidad frente a la infección producto de la inequidad de género, base de la mayor vulnerabilidad frente a la infección. Para el análisis de la vulnerabilidad nos basamos en los modelos de naturaleza social que consideran que tanto las conductas y características humanas, como el contexto en el que se desenvuelven, constituyen factores de riesgo por ciertos grupos poblacionales por los cambios mayores de vida.



Nuestro caso de estudio se centra en mujeres migrantes y esposas de migrantes indocumentadas que padecen VIH/Sida porque, como un problema social, los antecedentes señalan que las mujeres migrantes infectadas por el VIH/Sida en México representan actualmente casi la quinta parte de la población femenina infectada en los últimos años. En este sentido, son ellas en quienes se centra esta investigación.

El concepto de vulnerabilidad ha sido introducido para hacer referencia a aquella parte del riesgo de infección por VIH/Sida vinculado más a estructuras sociales que a conductas individuales, como un indicador de inequidad y desigualdades sociales.

La información recopilada sobre las mujeres que padecen el VIH/Sida se obtuvo mediante entrevistas abiertas a profundidad. No se pretenden generalizar conclusiones. El análisis tiene un carácter exploratorio, que busca constituirse como la base más viable para acercarnos a este grave problema social actual.

En primer lugar, se realizó una entrevista a profundidad a una mujer líder migrante que padece VIH y atiende a migrantes con VIH (incluyendo mujeres) en Tijuana, B.C. En segundo lugar, se entrevistaron a migrantes mexicanas o esposas de migrantes de dos Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) ubicados en Chilpancingo y Acapulco del Estado de Guerrero.

Para la primera entrevista se eligió a una mujer líder migrante que padece VIH y atiende a migrantes que padecen VIH por el valor de su testimonio como mujer migrante infectada y porque conoce la problemática de las personas migrantes que viven con VIH, ya que su organización está establecida en la frontera, lugar donde se convergen las mayores situaciones de riesgo, puesto que el 98 por ciento de los emigrantes mexicanos está en Estados Unidos.

Por otra parte, se eligió el Estado de Guerrero, porque en los últimos años se ha sumado a la lista de estados con mayor número de emigrantes mexicanos a



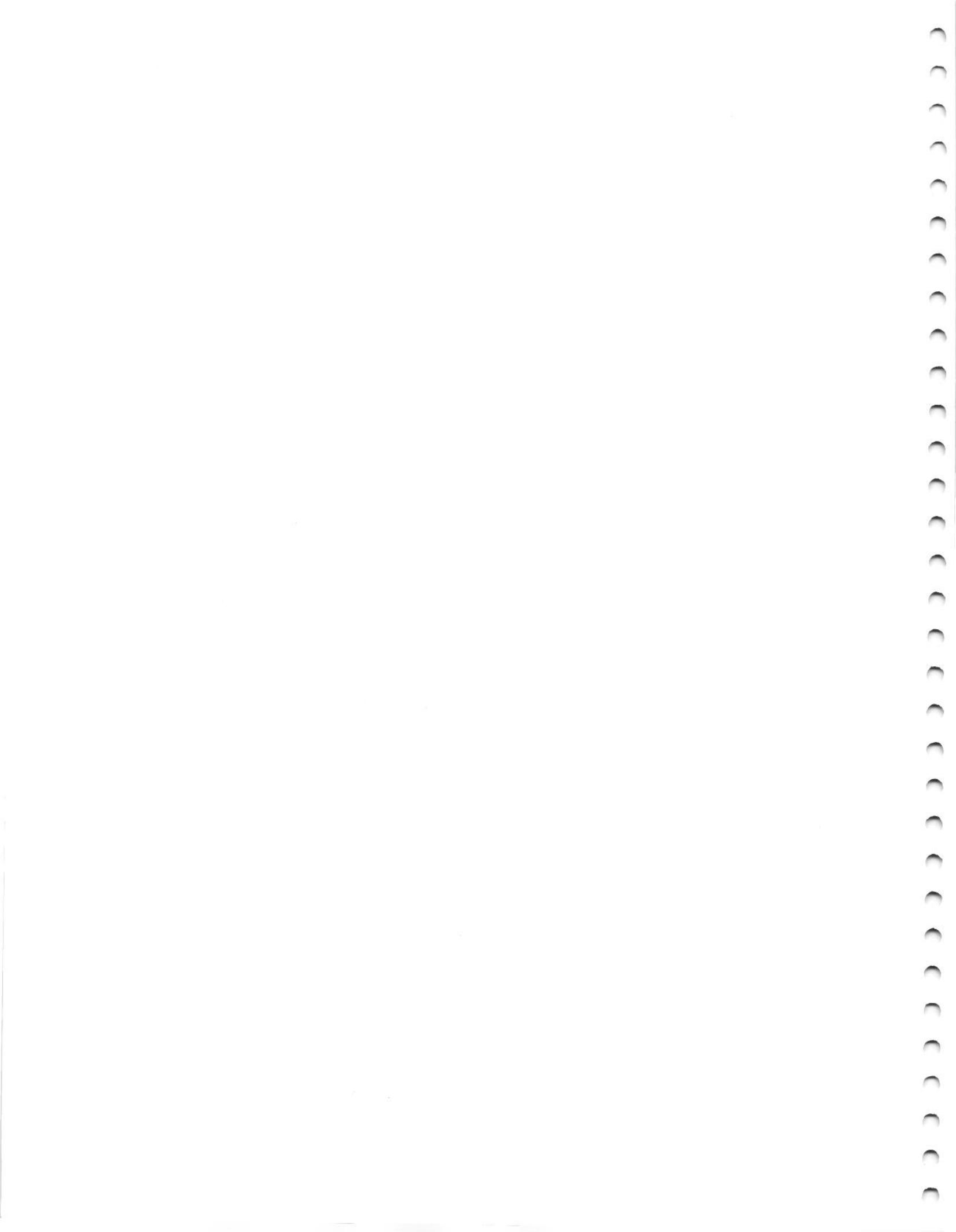
Estados Unidos, además de que registra una incidencia alta de casos de VIH/Sida (200 de cada 100,000 personas).

Sobre los cambios experimentados en la migración internacional se consultaron los análisis y propuestas de diversas fuentes (CONAPO, CESOP, Naciones Unidas, etc.). Para el VIH/Sida se consultó información proveniente de organizaciones nacionales e internacionales, entre las que se encuentran la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), CONASIDA, CENSIDA, CONAPO, entre otras, a través de páginas oficiales de internet principalmente, porque es la información más actualizada que existe sobre el tema estudiado. En este sentido, se destaca que la mayor parte de la información proviene de la Secretaría de Salud, específicamente del CENSIDA, para la realización del trabajo teórico (estadísticas, publicaciones "Ángulos del Sida", etc.), así como de los CAPASITS del Estado de Guerrero, donde se realizó la investigación de campo.

En el capítulo 1 se desarrolla el concepto de "vulnerabilidad" y su definición, características, factores de riesgo, grupos vulnerables y se presenta una breve historia de la atención a los grupos vulnerables en el contexto nacional e internacional.

En el Capítulo 2 se presentan los antecedentes del fenómeno migratorio, Se describe: Por una parte, la frontera territorial México-Estados Unidos y se hace un recorrido histórico de las etapas de la migración desde el siglo XIX. Por otra, se describen los programas y dependencias que atienden a los migrantes mexicanos, las características generales del fenómeno migratorio, su status migratorio, los factores comunes que motivan la migración, los efectos de la migración en la familia, el papel de las redes sociales, la vulnerabilidad de los migrantes en materia de salud y frente al VIH, entre otros.

En el Capítulo 3 se exponen las características de la migración femenina. Se muestran las características de las mujeres mexicanas que migran a Estados



Unidos, los cambios de roles, los impactos de la migración en el lugar de origen, el papel de las redes en las migraciones femeninas, los derechos humanos y la cobertura de seguridad social.

En el Capítulo 4 se destaca la vulnerabilidad de las mujeres migrantes frente al fenómeno del VIH, donde aparecen los antecedentes del VIH, el factor de vulnerabilidad de las migrantes mexicanas frente al VIH/Sida, el género y la vulnerabilidad ante el VIH. Se muestran los resultados de la investigación de campo, incluyendo las entrevistas a profundidad realizadas a mujeres migrantes y esposas de migrantes que padecen el VIH en los CAPASITS en el Estado de Guerrero.

Esta investigación encierra una riqueza por diversas razones. En primer lugar porque no fue fácil llegar a la población estudiada, se requirió de varias cartas de solicitud de apoyo de la Coordinación de Ciencia Política de la Universidad Autónoma Metropolitana, dirigidas a diversas instituciones y asociaciones civiles (Inmujeres, Casa de la Sal, Censida, Coordinadora del Programa Estatal de VIH/Sida y otras ITS y a los CAPASITS en el Estado de Guerrero), ya que sin éstas, hubiera sido imposible la realización del presente trabajo de investigación. En segundo lugar, porque se requirió de una gran voluntad de las mujeres entrevistadas, porque el tema del VIH/Sida no es fácil de abordar en personas que viven con este padecimiento.

Durante la investigación se encontraron ventajas y desventajas. Fue determinante el apoyo de instituciones (UAM-CENSIDA-CAPASITS) para lograr las entrevistas, aunque esto requirió de varios trámites (envío de documentos por correo electrónico, llamadas telefónicas, presentación de documentos en forma directa, visitas a oficinas públicas, etc.) principalmente, porque la población estudiada vive su padecimiento de VIH/Sida en la clandestinidad, en ocasiones, es un secreto dentro de la familia directa.

Tiempo y costo. La mayoría de las participantes viven en comunidades lejanas de los CAPASITS, normalmente van a consulta una o dos veces cada dos meses, por



lo que esto dificultó que las entrevistas se realizaran en tiempo y forma, además de que, por la distancia, las participantes se ven afectadas en gastos de traslados.

Lo anterior afectó porque en el CAPASITS de Chilpancingo no se llevaron a cabo las entrevistas en forma directa, sólo se recabaron las preguntas directas del cuestionario a través de la trabajadora social y no se pudo lograr a detalle más información.

En las entrevistas que se realizaron en forma directa en el CAPASITS de Acapulco, de mujer a mujer, se pudo recopilar detalles del padecimiento de VIH/Sida y conocer más de cerca cómo viven con el VIH, extendiendo las preguntas para obtener información adicional conforme a la accesibilidad que lo permitió cada caso.

Para lograr los resultados obtenidos de esta investigación fue muy valioso el apoyo otorgado por:

La Lic. Anette Morales Carcaño del CENSIDA, quien dio una orientación para lograr la comunicación con los CAPASITS, tanto de Chilpancingo, como de Acapulco, en el Estado de Guerrero, además de ser el enlace para entrevistar a la Profesora Rosario Padilla.

La Profesora Rosario Padilla, por la entrevista a profundidad concedida, la cual forma parte importante de este trabajo.

El Dr. David de los Santos Cebrero, Director del Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) en Acapulco, Gro., así como de la Trabajadora Social Lizet Pino, ya que fue fundamental para lograr las entrevistas en forma directa y sin contratiempos en ese centro.

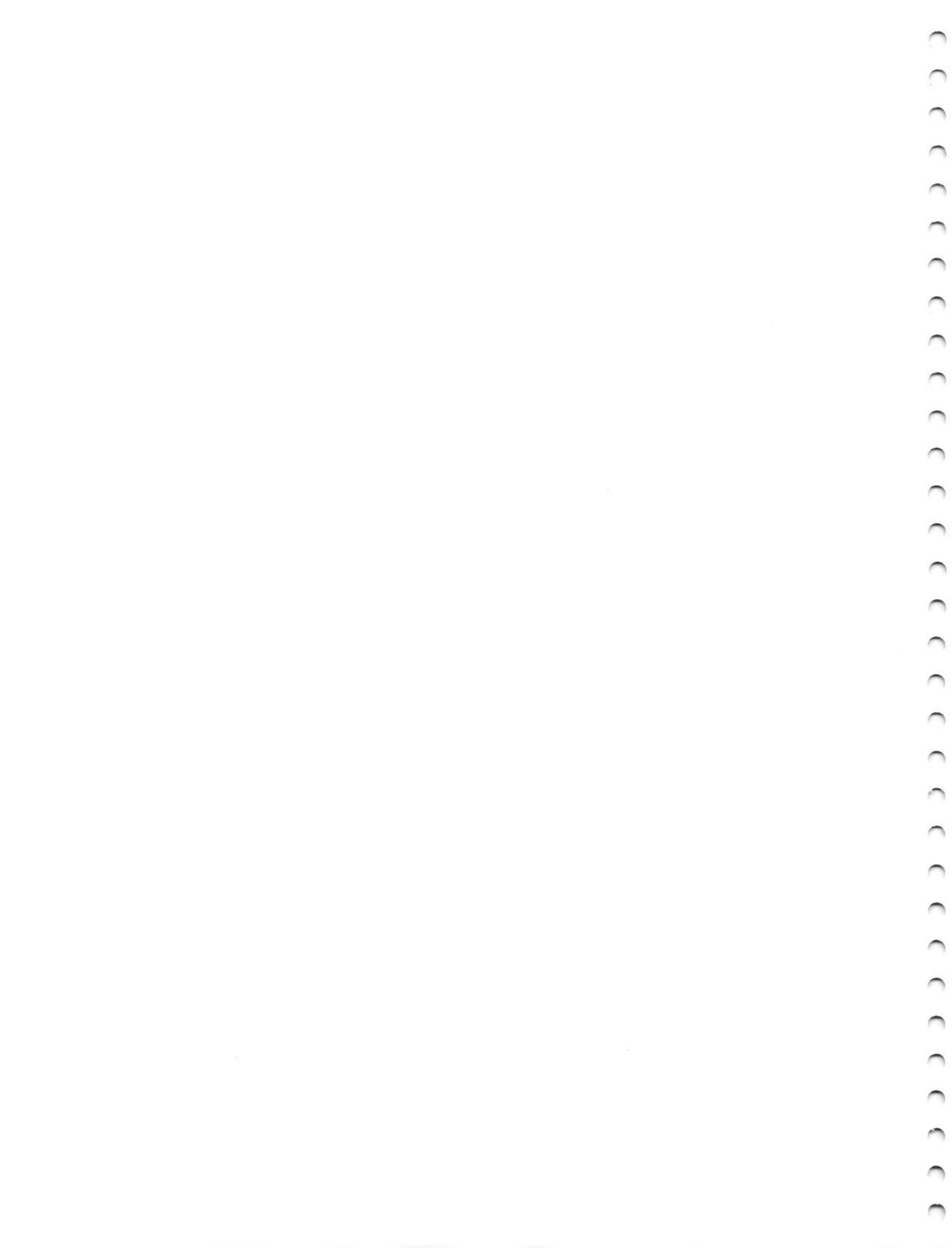
El Dr. José Luis Sánchez Bello, Director del Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) en Chilpancingo, así como de la Trabajadora Social Nefri Lucía, por la aplicación de las entrevistas en ese centro.



Las ocho mujeres migrantes y esposas de migrantes, por el tiempo y esfuerzo que dedicaron a esta entrevista, ya que por un lado, se trasladaron de comunidades muy lejanas y por el otro, porque se requirió de una gran voluntad para proporcionar la información en un tema tan complejo de salud como es el VIH/Sida, siendo ellas las directamente afectadas.

Para la realización de la presente investigación fue requisito indispensable llegar con una carta-solicitud de apoyo por parte de la Universidad Autónoma Metropolitana. Entre octubre de 2011 y enero de 2012 fueron entregadas dichas cartas a las siguientes instituciones:

Fecha	Destinatario
6-Oct-2011	Lic. Silvia Loggia Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES).
16-Nov-2011	Lic. María Eugenia Sandín Ramos, Directora del área de Programas de La Casa de la Sal, A.C.
22-Nov-2012	Lic. Anette Morales Carcaño. Centro Nacional para la prevención y Control del VIH/Sida (CENSIDA)
19-Ene-2012	Dr. David de los Santos Cebrero Director del Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) en Acapulco, Gro.
19-Ene-2012	Dr. José Luis Sánchez Bello Director del Centro Ambulatorio de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) en Chilpancingo
19-Ene-2012	Dra. María Luisa Méndez Sánchez Coordinadora Estatal del Programa de VIH Sida y otras ITS en el Estado de Guerrero



CAPÍTULO 1

¿QUÉ ES LA VULNERABILIDAD?

Cuando hablamos de grupos vulnerables, lo debemos entender como un fenómeno que se encuentra condicionado por el desarrollo de las relaciones sociales. Por esto, para su comprensión y atención resulta necesario considerar la relación de éstos con los impactos y desenlaces de aquellos sucesos que causan su vulnerabilidad, así como las medidas de prevención, ya que la vulnerabilidad se coloca como el primer momento considerado en el proceso de riesgo-lesión o daño.¹

Todos los seres humanos, en algún momento de nuestra vida, experimentamos etapas de vulnerabilidad, entendida ésta como el riesgo de enfrentar problemas que aumentan de manera significativa la probabilidad de padecer una enfermedad o de morir.²

La vulnerabilidad se refiere a la condición de una mayor indefensión en la que se puede encontrar una persona, grupo o una comunidad. Las personas pueden ser vulnerables porque no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas del ser humano, como la alimentación, el ingreso, la vivienda, los servicios de salud y el agua potable, entre otros. Se es vulnerable al daño ocasionado por situaciones como la crisis económica, el desempleo, la falta de igualdad de oportunidades, las conductas discriminatorias de los distintos sectores de la sociedad e incluso de los fenómenos naturales.³

Para la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), la vulnerabilidad es la condición de ciertas personas o grupos por la cual se encuentran en riesgo de sufrir violaciones a sus derechos humanos. La vulnerabilidad coloca a quien la

¹ Pérez Contreras, María de Montserrat. "Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar". *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, nueva serie, año XXXVIII, núm. 113. México: 2005, p. 846.

² Meza, Lilitana y Cuellar, Miriam. "Introducción", en: *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009, p. 9.

³ Pérez, op cit., p. 849.



padece en una situación de desventaja en el ejercicio pleno de sus derechos y libertades. Esto implica que las personas o grupos en condición de vulnerabilidad viven, en la práctica, la negación de sus legítimos derechos, los cuales pertenecen, para ellos, como un mero reconocimiento formal.⁴ La vulnerabilidad viola los derechos de los miembros más débiles de la sociedad y los margina

Para la Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), desde su perspectiva alimentaria, la vulnerabilidad implica la presencia de factores (internos y externos) que exponen a la población al riesgo de sufrir inseguridad alimentaria. Entre los factores internos se encuentran las condiciones generales en que viven las personas y la dinámica de los hogares que limita su capacidad para evitar la inseguridad alimentaria en el futuro. Los factores externos asumen tendencias, por ejemplo disminución de los recursos naturales de los que dependen, el sustento de la población, inflación de los alimentos; de conmociones, por ejemplo catástrofes naturales, conflictos de estacionalidad como el empleo, etc.⁵

Para el Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), la vulnerabilidad social es una condición de los individuos o grupos que sufren en su contra una conducta sistematizada e incluso estandarizada de desprecio social originada por su pertenencia a un colectivo al que se le ha adherido un estigma social que tiene como efecto un menoscabo de sus derechos.⁶

La vulnerabilidad nos refiere a la noción de inseguridad, ya sea que se manifieste como una debilidad, o una exposición en condiciones de desventaja, una

⁴ Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH). "La vulnerabilidad como obstáculo para el respeto de los derechos humanos" (Fecha de consulta: 30 de octubre de 2011). Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Otras%20Publicaciones%20de%20interés%20relacionados%20con%20el%20VIH/Otros%20documentos%20relevantes/educadoresVIHy%20DH.pdf>

⁵ Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). "Personas que sufren inseguridad alimentaria" (Fecha de consulta: 30 de octubre de 2011). Disponible en: http://www.fao.org/docrep/meeting/x8018s.htm#P97_2791.

⁶ Instituto Nacional de las Mujeres. "Vulnerabilidad social" (Fecha de consulta: 31 de octubre de 2011). Disponible en: <http://generodesarrollolocal.inmujeres.gob.mx/glossary/term/190>



posibilidad de daño a la integridad física, psicológica o moral de la persona. Todo esto representa una ecuación que tiene como resultado el riesgo".⁷

1.1. Características de la vulnerabilidad.

La vulnerabilidad se manifiesta de tres formas: multidimensional, integral y progresiva:⁸

Multidimensional: porque se manifiesta tanto en distintas personas como en grupos determinados o identificados por características comunes, así como en comunidades, objetos en los que la vulnerabilidad se manifiesta de diferentes formas y a su vez en diversas modalidades.

Integral: porque la existencia de la misma, por cualquiera de las causas que le dan origen, implica la afectación no de uno sino de varios de los aspectos de la vida de las personas que la sufren.

Progresiva: debido a que como una situación lleva a la otra, como en un efecto dominó, ésta se acumula y aumenta en intensidad, lo que provoca consecuencias cada vez más graves en la vida de quienes sufren de alguna causa de vulnerabilidad y sus consecuencias, lo que propicia el surgimiento de nuevos problemas y a un aumento de la gravedad de la vulnerabilidad, por lo que esta condición se vuelve cíclica.

Entre las causas que inciden en la existencia de vulnerabilidad, podemos mencionar en primer término:⁹

- a) Falta de igualdad de oportunidades
- b) Incapacidad para satisfacer las necesidades
- c) Desnutrición y enfermedad
- d) Incapacidad para acceder a los servicios públicos
- e) Marginación

⁷ Pérez, op cit., p. 850

⁸ Ibid., p. 858

⁹ Ibid., p. 856.



Los factores internos forman parte de las características propias del individuo, grupo o comunidad, como por ejemplo, la edad, el género, el estado de salud, el origen étnico, la discapacidad, la orientación sexual y la constitución física, entre otros.¹⁰ Otro tipo de vulnerabilidad a nivel individual es el cual sugiere que los riesgos surgen por la falta de recursos personales y/o sociales básicos para el bienestar. El status social, el capital social y el capital humano de los individuos afectan su grado de vulnerabilidad.¹¹

Los factores externos están ligados al contexto social, ya que el hombre, como ser social, está en constante interacción con las personas, grupos e instituciones para satisfacer sus necesidades. El contexto social presenta una serie de características que determinan los factores externos de la vulnerabilidad. Como, por ejemplo: las conductas discriminatorias, el nivel de ingresos, la falta de empleo, la desigualdad en la repartición de la riqueza, la falta de políticas sociales, los mismos fenómenos climatológicos.¹²

Los modelos recientes de vulnerabilidad reconocen la naturaleza multifacética del concepto y sólo se diferencian en su enfoque individual y social.¹³

1.2. Grupos vulnerables.

La Ley General de Desarrollo Social en su artículo 5º. Fracción VI, define como grupos sociales a aquellos núcleos de población y personas que por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o

¹⁰Ibid., p. 857

¹¹Por *estatus social* este modelo entiende prestigio y poder individuales, los cuales están asociados a la edad, sexo, raza o etnia de la persona. *El capital social* a la cantidad y calidad de lazos interpersonales que un individuo tiene, los cuales representan apoyo psicológico, físico y económico y de cualquier otra índole. Estos apoyos hacen a los individuos menos propensos a sufrir enfermedades y a morir. Finalmente el *capital humano* se refiere a las capacidades y calificaciones de los individuos, las cuales permiten su avance productivo en la sociedad. Sin capital humano, los individuos pueden enfrentar barreras para su avance social, el cual se relaciona con un mejor cuidado de la salud y mejores oportunidades para alcanzar un nivel de vida acorde con sus expectativas. Meza y Cuellar, op cit., p.11.

¹² Pérez, op. Cit. 857

¹³ Meza y Cuellar, op cit. p.11.



discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida y, por lo tanto, requieren de la atención e inversión del Gobierno para lograr su bienestar.¹⁴

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2007-2012 concibe dentro de los grupos vulnerables a los niños, los adultos mayores, los discapacitados, los enfermos y cualquier otro grupo social que, por sus características, se encuentre expuesto a la violación de sus derechos. El PND se ha encargado de situar este tema dentro de su tercer eje denominado "Igualdad de oportunidades", Estas oportunidades deben incluir el acceso a servicios de salud, educación y trabajo acorde con sus necesidades. La situación de estos grupos demanda acciones integrales que les permitan llevar una vida digna y con mejores posibilidades de bienestar¹⁵.

Según la Comisión Nacional de derechos humanos, la vulnerabilidad se puede deber a causas diversas, como la pertenencia a algún grupo étnico, o a condiciones como la de estar en reclusión, ser migrante, ser mujer, vivir con algún tipo de padecimiento, vivir con discapacidad, condiciones socioeconómicas como la pobreza, o poseer una característica socialmente no aceptada en el entorno específico.¹⁶

La vulnerabilidad se inscribe más allá de la pobreza y abarca riesgos que se han recrudecido en estos últimos años en todas sus formas, la crisis económica mundial y la degradación del medio ambiente. El estado de vulnerabilidad en que se encuentran determinadas personas, grupos o comunidades atentan contra la dignidad humana, y por lo tanto su existencia y persistencia implica una constante violación a sus derechos humanos.

Con base en los factores de riesgo social e individual existen nueve grupos poblacionales que clasifican la vulnerabilidad en física, psicológica, y social.¹⁷

¹⁴ Ley General de Desarrollo Social, Artículo 5º. Fracción VI, (Ley vigente, publicada en el Diario Oficial de la Federación 20 de enero de 2004)

¹⁵ Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (Fecha de consulta: 27 de enero de 2012). Disponible en: <http://pnd.presidencia.gob.mx>

¹⁶ CNDH, op cit., "La vulnerabilidad como obstáculo para el respeto de los derechos humanos".

¹⁷ Meza y Cuellar, op cit., p. 12.



En la vulnerabilidad física se encuentran las madres e infantes en alto riesgo, los discapacitados, los enfermos crónicos; en la psicológica los enfermos, los discapacitados mentales, los adictos a las drogas y al alcohol; y, en la social aquellos que viven en familias violentas, los pordioseros, los inmigrantes y refugiados.

De acuerdo con esto, nuestro objeto de estudio se ubica en una vulnerabilidad física y social, por ser madres en altos riesgos, enfermos crónicos y migrantes

1.3. Atención a los grupos vulnerables.

En el contexto nacional. La asistencia social dirigida a los grupos vulnerables representa una responsabilidad del Estado moderno ante la pobreza y la exclusión social. En México, la introducción de políticas públicas de tipo asistencial tiene origen, al igual que en Europa, en la aceptación de la igualdad y la preservación de libertades y derechos individuales.¹⁸

Las primeras acciones gubernamentales tuvieron lugar durante la Reforma y el Porfiriato, con una limitada intervención del Estado, impulsada por una sociedad benevolente asociada a la caridad religiosa mediante una responsabilidad compartida entre el Estado y algunas instituciones públicas. La beneficencia pública consistía en socorrer, corregir y educar por medio de ayuda proporcionada en hospicios, asilos y correccionales, previniendo los riesgos de orden social que representaba la pobreza masiva.¹⁹

Como resultado de la Revolución Mexicana, el asistencialismo abandona el enfoque caritativo e inicia su construcción colectiva, la atención a las necesidades básicas se postula como derechos. Los rubros de educación, salud, alimentación y vivienda se garantizan constitucionalmente a todos. Se transita de la *beneficencia*

¹⁸ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. "Contexto nacional", en: Grupos Vulnerables (Actualización: 12 de marzo de 2009). Fecha de consulta: 30 de septiembre de 2011. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/cesop>

¹⁹ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. "Antecedentes", en: Grupos Vulnerables [Actualización: 2 de julio 2009]. Fecha de consulta: 20 de mayo de 2011. Disponible en: www.diputados.gob.mx/cesop/



a la *asistencia pública*. Durante el desarrollo industrial en México, comenzó a restringirse la responsabilidad del Estado ante la pobreza. En este período se consolidaron las instituciones asistenciales marcando una división entre asistencia y seguridad social, puesto que se suponía que, el crecimiento económico resolvería los problemas de pobreza; en 1937 se creó la Secretaría de Asistencia Pública.

Con el presidente Lázaro Cárdenas la asistencia pública se extendió a todo el país y se vigiló la asistencia privada; también se privilegió algunas necesidades y se limitó la cobertura de los servicios asistenciales a ciertos grupos, estimulando las aptitudes de las personas. Durante el gobierno de Ávila Camacho (1940-1946), con motivo de la escasez de recursos se adoptaron medidas de selectividad entre los más pobres como medio para evitar desviaciones; se privilegió a grupos vulnerables como mujeres embarazadas y niños. La política social incluyó el desarrollo de programas sociales que, por medio de la conformación selectiva de esquemas de atención, desvanecería el universo general de la asistencia a los pobres, seleccionando únicamente a grupos prioritarios como universo específico.

El desarrollo industrial obstaculizó la integración de políticas sociales. En la administración del presidente Miguel Alemán Valdés (1946-1952), los trabajadores tenían derecho a prestaciones de seguridad social y salud. Posteriormente, el presidente Adolfo Ruiz Cortínes (1952-1958) retomó las ideas sobre el desarrollo prevalecientes en la esfera internacional que consideraba que el crecimiento industrial favorecía automáticamente a los sectores más desprotegidos de la sociedad. La asistencia social funcionaba bajo un esquema de atención selectivo dirigido a los más pobres con cobertura restringida de beneficios centrada fundamentalmente en la salud y alimentación básica dirigida a la protección de la infancia. La selectividad de la asistencia social se afianzó para obreros, profesores, burócratas y militares excluyendo amplios sectores de la población en las zonas indígenas, rurales y las urbano-marginales.

Durante el gobierno de Adolfo López Mateos (1958-1964) se impulsó una amplia cruzada a favor de la educación; en 1958 se formuló el "Plan Nacional de Once

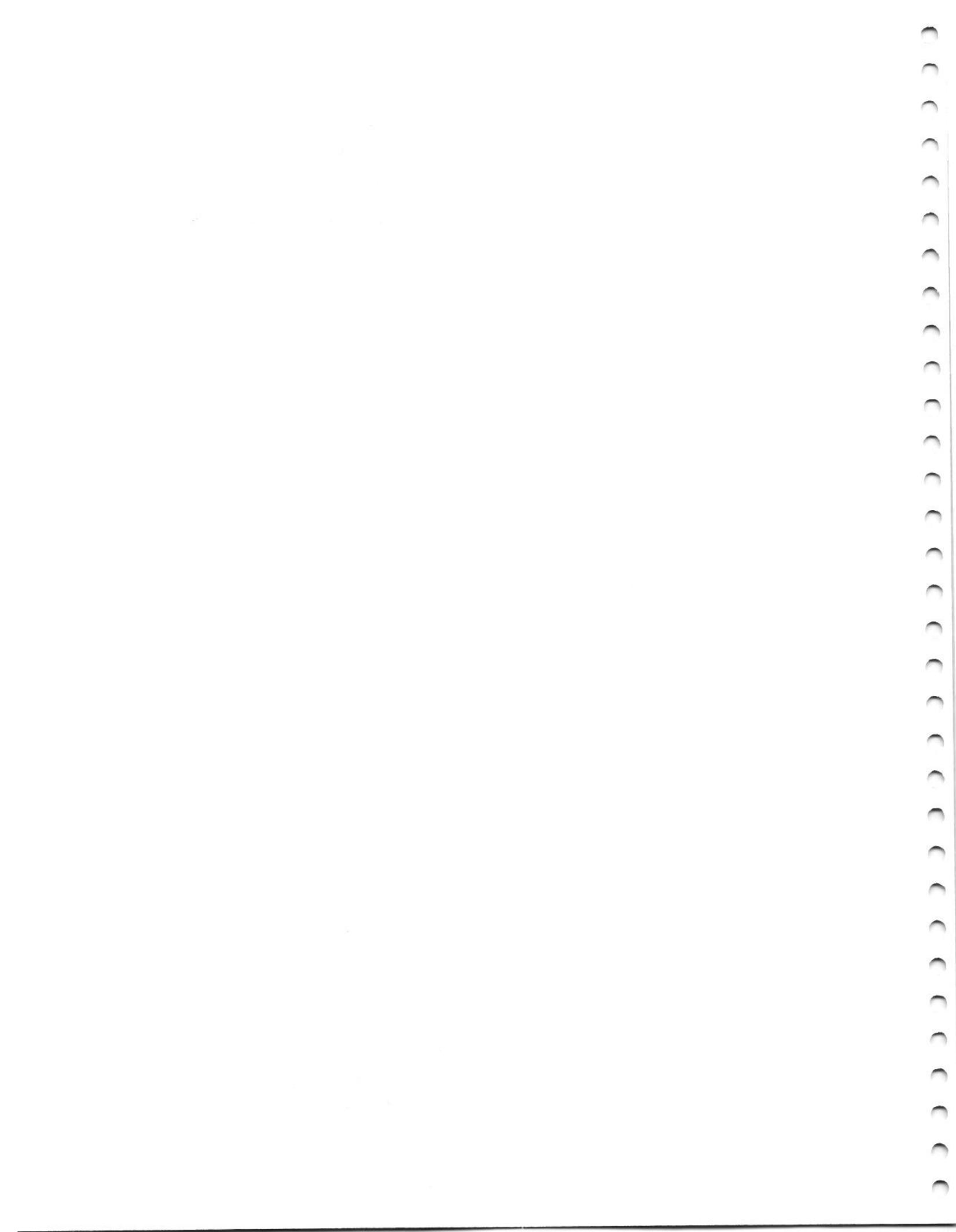


Años”; en 1961 se creó el organismo más importante de asistencia social del gobierno federal, el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), ofreciendo alimentación complementaria, servicios de salud y educación primaria; en 1968 se creó el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), para brindar asistencia médica y educativa a la infancia.

En 1977 a fin de optimizar y racionalizar los recursos ya existentes para la atención de la niñez, se fusionaron el INPI y el IMAN dentro del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), con el propósito de ampliar y coordinar los programas públicos de asistencia a los menores y a las familias necesitadas en el territorio nacional. Por su parte, la beneficencia privada a través de fundaciones y asociaciones civiles, realizaban sus labores de asistencia. En 1982 mediante un decreto presidencial se asignó al DIF la responsabilidad de la asistencia social en México, en él se establece que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, depende de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. Esta estructura fue ratificada en la Ley General de Salud de 1984. Conforme se consolidó la política de salud, la asistencia a la población vulnerable perdió cierta importancia. La infraestructura física y los recursos financieros y humanos del DIF eran insuficientes para atender la demanda, lo cual obligó a la institución a acotar su atención a los niños, mujeres, ancianos y minusválidos.

En 1986 se publicó la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, que define bases y modalidades de acceso de servicios de asistencia, y establece la concurrencia de la federación y de las entidades federativas, los beneficios y los beneficiarios en esta materia. Con este ordenamiento jurídico determinan los receptores de servicios de asistencia social, las normas técnicas y de vigilancia de la Ley. Entre 1980 y 1990, la asistencia social transitó de la discrecionalidad a la institucionalización, de la centralización a la descentralización, pero conserva la selectividad, además de fomentar la labor asistencial entre las organizaciones no gubernamentales.

Al finalizar la década de los ochenta, se instrumentó una nueva estrategia de combate a la pobreza: El Programa Nacional de Solidaridad (PRONASOL) se



orientó a la población más pobre, mediante acciones focalizadas. PRONASOL se organizó en tres vertientes: bienestar social, solidaridad para la producción y desarrollo regional. En cuanto al bienestar social, incluyó programas con orientación asistencial a los niños pobres, los cuales cubrían básicamente las necesidades de educación, salud y alimentación, se incluyeron también programas como el de "Mujeres en Solidaridad" y el "Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas". Para PRONASOL los proyectos productivos y de desarrollo local fueron prioritarios. Se considera que este programa estableció una nueva relación Estado-sociedad y una infraestructura social que propició vías más directas para hacer llegar los recursos a los más pobres sin recurrir a las estructuras burocráticas gubernamentales.

La crisis económica de 1994-1995 tuvieron efectos negativos entre la mayoría de la población, ocasionando el aumento de la pobreza, por tal motivo el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 1995-2000 redefinió sus instrumentos de política social, primero con el programa de Alimentación y Nutrición Familiar, antecedente inmediato del Programa de Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA), que inició la coordinación de los esfuerzos nacionales para erradicar la pobreza extrema, que en 1996 se estimaba en 14 millones de personas. A mediados de la década de 1990 queda establecido que el asistencialismo es un elemento constitutivo de la política social.

Entre los objetivos del PND 2001-2006 se pretende que los individuos se desenvuelvan en condiciones equitativas, para que todos los mexicanos mejoren su calidad de vida combatiendo la pobreza extrema. Por ello, se han establecido estrategias dirigidas a las mujeres que sufren violencia, a niños, niñas y adolescentes víctimas del maltrato, adultos mayores, migrantes y personas con discapacidad principalmente.

El PND 2007-2012, dentro del Eje tres Igualdad de Oportunidades, incluye la igualdad entre mujeres y hombres. La estrategia 12.3 considera "Priorizar la atención de grupos vulnerables para prevenir la violación de sus derechos humanos". El PND señala que es obligación del Estado propiciar igualdad de



oportunidades para todas las personas, y especialmente para quienes conforman los grupos más vulnerables de la sociedad. La situación de estos grupos demanda acciones integrales que les permitan llevar una vida digna y con mejores posibilidades de bienestar. El objetivo en materia de grupos vulnerables es abatir la marginación y el rezago que les permitan desarrollarse con independencia y plenitud. (PND 2006-2012)

El Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, (CONAPRED), creado por la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, aprobada el 29 de abril de 2003, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 11 de junio del mismo año, es la institución rectora para promover políticas y medidas tendientes a contribuir al desarrollo cultural y social y avanzar en la inclusión social y garantizar el derecho a la igualdad, que es el primero de los derechos fundamentales consagrado en la Constitución Federal, sin importar su origen étnico, sexo, edad, discapacidad, condición social, económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquier otra, que impida o anule el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades (artículo 4º Ley Federal para Prevenir la Discriminación).

En el contexto internacional. La asistencia de tipo individual ligada a actos caritativos cristianos mediante la creación de hospitales, dispensarios y casas de asilo se mantuvo hasta el siglo XV. A partir del siglo XVI la asistencia pública fue organizada por los Estados bajo la concepción predominantemente religiosa y caritativa. La Revolución Francesa (1789) y la Declaración Universal de los Derechos Humanos del Hombre en 1783 combinan nociones relacionadas con asistencia médica a domicilio y el derecho de socorro público.²⁰

A fines del siglo XIX el informe de La Rochefoucault Liancourt mencionó la necesidad de que las instituciones de asistencia y caridad fueran de carácter público y laico, distinguiendo pobres accidentales y los que por alguna discapacidad no podían trabajar, de aquellos que por voluntad son indigentes.

²⁰ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. "Contexto internacional", en: Grupos Vulnerables (Actualización: 12 de marzo de 2009). Fecha de consulta: 30 de septiembre de 2011. Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/cesop>



Casi al concluir el siglo XIX surgió un nuevo concepto asistencialista movido por la influencia de las ideas socialistas que propiciaban la creación de las primeras instituciones que antecieron a la seguridad social. La industrialización y el aumento del proletariado urbano condujeron a Bismarck a optar por introducir medidas que contuvieran la movilización obrera, instituyendo en 1883 un sistema de seguro social, adquiriendo un carácter universal en el siglo XX en los países escandinavos y de Europa Occidental; en cambio en América Latina la seguridad social ha estado restringida a quienes tienen empleos formales.

En consecuencia, las acciones asistenciales se mantienen para atender a quienes no están protegidos por esquemas de seguridad social. En los países de menor desarrollo en la última década, la asistencia social se ha integrado a las políticas sociales con el fin de suministrar ayuda especial a grupos vulnerables.

Con el desarrollo de normas internacionales de derechos humanos, a finales del siglo XX se produjo una nueva etapa que ha superado el enfoque asistencialista, a partir de la cual los Estados reconocen los derechos intrínsecos de las personas, incluido el derecho a no ser discriminadas con respecto al goce y ejercicio de todos los derechos, por cualquiera que sea el motivo.

Lo anterior ha estado acompañado del convencimiento de la necesidad de promover y proteger los derechos de personas que por distintas condiciones se encuentran en condiciones de especial vulnerabilidad frente a violaciones de sus derechos humanos. Es así como han surgido normas dirigidas a asegurar que las mujeres, la niñez, las personas con discapacidades, los pueblos indígenas, las minorías, los descendientes de africanos, los migrantes, entre otros, gozarán y ejercerán los derechos humanos que han sido reconocidos universalmente

En cuanto a Tratados y Acuerdos internacionales, los instrumentos jurídicos internacionales celebrados por México en temas relacionados con los grupos vulnerables obligan al país a elaborar normas jurídicas y ofrecer atención a estos segmentos de la población. De igual manera, México ha creado leyes y programas



sociales para regular y atender a personas con discapacidad y para eliminar la discriminación.

La ratificación de tratados internacionales y la celebración de Congresos han permitido comprometer a los países en la toma de acciones directas para erradicar este fenómeno para promover los mecanismos de cooperación entre naciones.



CAPÍTULO 2

MIGRANTES Y VULNERABILIDAD

2.1. Antecedentes.

En las últimas décadas la migración internacional se ha convertido en uno de los temas más importantes de la agenda nacional. Debido a que somos uno de los principales países expulsores de mano de obra y un país de paso y transición migratoria de un importante flujo de personas que tiene como destino final los Estados Unidos de América, la migración mexicana ha sido una consecuencia de las relaciones entre los dos países desde hace más de un siglo y medio, debido a la vecindad geográfica, los lazos sociales y culturales, la creciente integración económica y las intensas relaciones e intercambios comerciales que se han intensificado en los últimos años.

México tiene actualmente 3,114.7 Kilómetros de frontera con los Estados Unidos. Dos mil kilómetros aproximadamente, son frontera fluvial en el río Bravo y en una parte mínima, de 32 km., en el río Colorado; el río Bravo sirve de frontera desde ciudad Juárez hasta el Golfo de México; mil kilómetros aproximadamente son frontera terrestre, al norte del los Estados de Chihuahua, Sonora y Baja California Norte. En el estado de Baja California, los municipios de Tijuana, Tecate y Mexicali; en el estado de Sonora, San Luis Rio Colorado, Puerto Peñasco, Caborca, Altar, Saric, Nogales, Santa Cruz, Cananea, Naco y Agua Prieta; en el estado de Chihuahua, Janos, Ascensión, Juárez, Guadalupe, Praxedis G. Guerrero y Ojinaga; en el Estado de Coahuila, Ocampo, Acuña, Jiménez, Piedras Negras, Guerrero e Hidalgo; en Nuevo León, Colombia; en Tamaulipas, Nuevo Laredo, Guerrero, Mier, Miguel Alemán, Camargo, Gustavo Díaz Ordaz, Reynosa, Rio Bravo, Valle Hermoso y Matamoros.²¹

²¹ Gastélum Gaxiola, María de los Ángeles. *Migración de Trabajadores Mexicanos Indocumentados a los Estados Unidos*. México: UNAM, 1991, p. 21.



Los mexicanos que cruzan ilegalmente la frontera con Estados Unidos, lo hacen por el área de Tijuana, Baja California, y San Ysidro, California, 10 por ciento lo hacen por los alrededores de Mexicali y Caléxico; el resto ingresa por los Estados de Arizona, Nuevo México y Texas.²²

Wayne Cornelius (1990) refiere al flujo migratorio México-Estados Unidos como el de mayor antigüedad en el ámbito mundial. El autor menciona que sus migraciones se han presentado en forma de oleada y que han respondido a la demanda o a situaciones muy concretas en el país de origen. Wayne divide la historia de esta migración en cinco grandes períodos.²³

La primera fase va de 1900-1920 caracterizado por tres fuerzas: el sistema de contratación de mano de obra privado, la revolución mexicana y el ingreso de los Estados Unidos a la Primera Guerra Mundial. La segunda fase va de 1924 a 1932, en ella se presentaron deportaciones masivas de mexicanos. El tercer periodo de 1942-1964 es conocido como "bracero", motivado por el ingreso de Estados Unidos a la Segunda Guerra Mundial. El cuarto, de 1965 a 1986, se inicio con el término de los convenios del programa bracero, se optó por dificultar el libre tránsito y se dio la subsecuente deportación de los trabajadores migrantes que no tuvieran sus papeles en regla. La quinta etapa comenzó en 1987 con la puesta en marcha de la llamada "Immigration Reform and Control Act" (IRCA), que propició que se legalizaran 2.3 millones de indocumentados, lo que propició un proceso paralelo de migración clandestina.

En el siglo XIX, después de una impresionante expansión, Estados Unidos tuvo un estancamiento en el año de 1819, por lo que el gobierno empezó a restringir la inmigración. Cuando se recuperó, abrió las puertas de los inmigrantes en los años de 1830 y 1840 para cerrarlas nuevamente en 1850. Cuando volvió a recuperar su crecimiento hacia fines del siglo XIX promulgó incentivos como el *Hornsteal Act*

²² García y Griego, Manuel y Vereá Campos, Mónica. *México y Estados Unidos frente a la migración de los indocumentados*. México: Miguel Ángel Porrúa, 1988, p. 81.

²³ Mancilla Bazán, Celia y Rodríguez Rodríguez, Daniel. "La migración como cambio en las trayectorias de vida", en: *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009, p. 30.



o Ley de Nuevos Asentamientos Humanos, la cual abría las fronteras hacia las tierras arrebatadas a los indios por el Ejército Federal. En el año de 1860, se necesitó mano de obra para la expansión, por lo que el Congreso decretó una autorización expresa para que los empresarios pagaran el costo del viaje de los inmigrantes. En 1868 importaron mano de obra desde China.²⁴

A fines de 1920 se empezó a hablar públicamente de la triste situación de los mexicanos que vivían en los Estados Unidos. El presidente Obregón expresó que el gobierno gastaría lo necesario para repatriar a sus nacionales, la mayoría de ellos llegaban a México en una situación precaria.²⁵ En 1926 ya se había suspendido la repatriación con cargo al gobierno, pero continuaron regresando por cuenta de las sociedades de beneficencia o compañías de transporte.

En 1929, época de la gran crisis económica hubo desempleo en los Estados Unidos debido a la sobreproducción, la cual ocasionó una baja de precios por el exceso de oferta. En esa época florecieron grupos como el Ku-Klux Klan y otros grupos "nativistas" que estaban en contra de los inmigrantes. Esta deportación fue precedida por intensas campañas, que se realizaron a través de los medios de comunicación masiva, en las que se aterrorizaba a los indocumentados. Asimismo, se llevó a cabo una extensa propaganda negativa en contra de ellos a nivel nacional, en la que se expresaba que los inmigrantes mexicanos eran causantes de la elevada tasa de desempleo.²⁶

En estas repatriaciones se violaron muchos derechos que les otorgaban las leyes de los Estados Unidos. Muchos regresaron a México voluntariamente, otros por temor, otros porque fueron deportados. Durante los cuatro años que duró la repatriación fueron deportados alrededor de 500,000 personas. En 1941, los mexicanos que habían sido indeseables en la década de los 30, que habían sido repatriados, fueron súbitamente bienvenidos a Estados Unidos, ya que necesitaban mano de obra barata para laborar la tierra y recolectar las cosechas, pues los Estados Unidos estaban interviniendo en la Segunda Guerra Mundial.

²⁴ Gastélum, op cit., p. 38.

²⁵ Ibid

²⁶ Ibid



Miles de trabajadores agrícolas mexicanos inmigraron con base en el Contrato Internacional de Trabajo del año de 1942.²⁷

A partir de la década de los 50, el empleo de indocumentados impedía la contratación con apoyo en el Acuerdo Internacional, la migración que procedía de México fue declarada nuevamente un “problema nacional”. Al terminar la guerra de Corea, aumentaron de nuevo los porcentajes de desempleo en la economía norteamericana; la política del “Buen Vecino” que había operado en la Segunda Guerra Mundial fue olvidada, y el gobierno de los Estados Unidos decidió aplicar la ley con todo rigor, deportando a los trabajadores mexicanos que se encontraban sin documentos. Esta campaña recibió el nombre de “Operación Espalda Mojada” u “Operación de Fuerza Móvil Especial.”²⁸

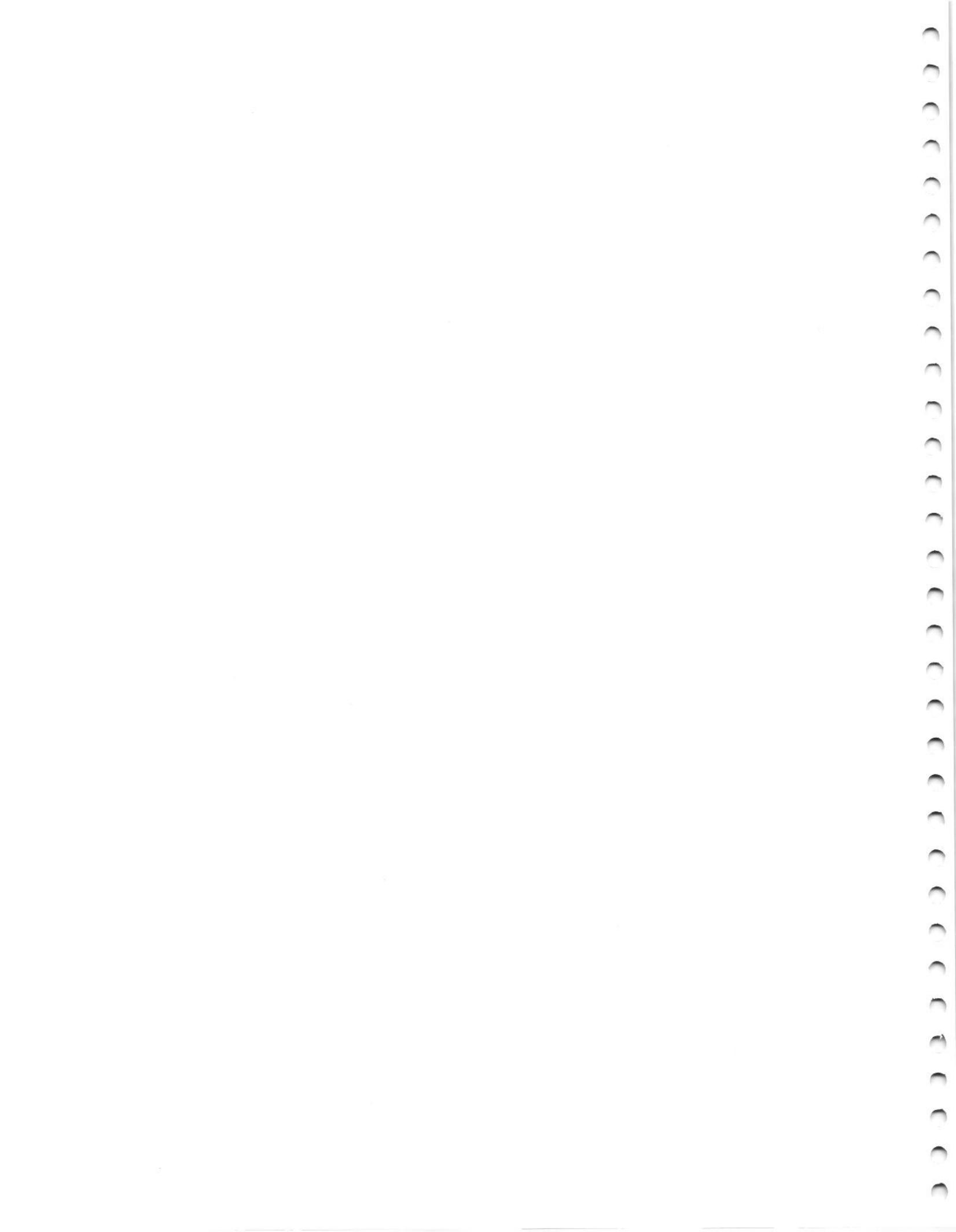
En el año 1974 hubo nuevamente una crisis económica en los Estados Unidos, por lo que otra vez se efectuaron expulsiones de mexicanos indocumentados. En el año de 1975 el tema de los trabajadores migratorios tuvo prioridad en las discusiones de Estados Unidos y México; por lo que en ese año las expulsiones alcanzaron la cifra de medio millón de personas. A partir de la promulgación de la Ley de Reforma y Control de Inmigración de 1986 conocida como “Ley Simpson Rodino”, realizada el 6 de noviembre de 1986, se incrementaron las deportaciones de los Estados Unidos.²⁹

Entre 1990 y 1999, 2.8 millones de permisos de residencia y trabajo fueron concedidos a mexicanos que inmigraron o que regularizaron su situación. Entre 2000 y 2002, unos 600,000 mexicanos más han recibido la documentación legal de residencia permanente. Las detenciones de inmigrantes a lo largo de la frontera mexicano-estadounidense comenzaron a aumentar sostenidamente después de 1990. El programa de amnistía permitió sacar de la cuenta de ingresos ilegales a los recién legalizados. La Patrulla fronteriza lanzó una serie de ofensivas, empezando con la Operación “Mantener la Línea” en el Paso en 1993, la Operación “Guardián” en San Diego en 1994, una serie de leyes en 1996 que

²⁷ Ibid., p. 39

²⁸ Ibid., p. 45

²⁹ Ibid



incluía la Ley de Reforma de la Inmigración Ilegal y Responsabilidad del inmigrante y la Ley de Reformas de Asistencia Social.³⁰

2.2. Las remesas.

Son envíos de dinero de los migrantes a sus países de origen, proceden de los sueldos y salarios que cobran por su trabajo en el país de destino, tienen una enorme importancia en la economía del país de origen. Contribuye a la reducción de la pobreza, representa una fuente importante de ingresos para muchas familias. A menudo se utilizan con fines de inversión y ahorro, para mejorar la educación, la atención médica y la nutrición, etc., esferas que contribuyen al desarrollo económico y social.³¹

Las cifras del Banco Mundial (BANXICO) confirman la creciente participación de México en la corriente global de remesas. En 2008 y 2009, por ejemplo, México ocupó el segundo lugar a nivel mundial como destino de remesas. De 2003 a 2006 esta dinámica favoreció particularmente a tres estados del Centro-Occidente del país: Michoacán, Guanajuato y Jalisco que, en conjunto, concentraron cerca de 30 por ciento del total de remesas que ingresaron al país en ese periodo. Otras entidades federativas como el Estado de México, Veracruz, Guerrero, Puebla, Distrito Federal, Oaxaca, Hidalgo y Chiapas se colocaron, en términos absolutos, entre las de mayor recepción de remesas.³²

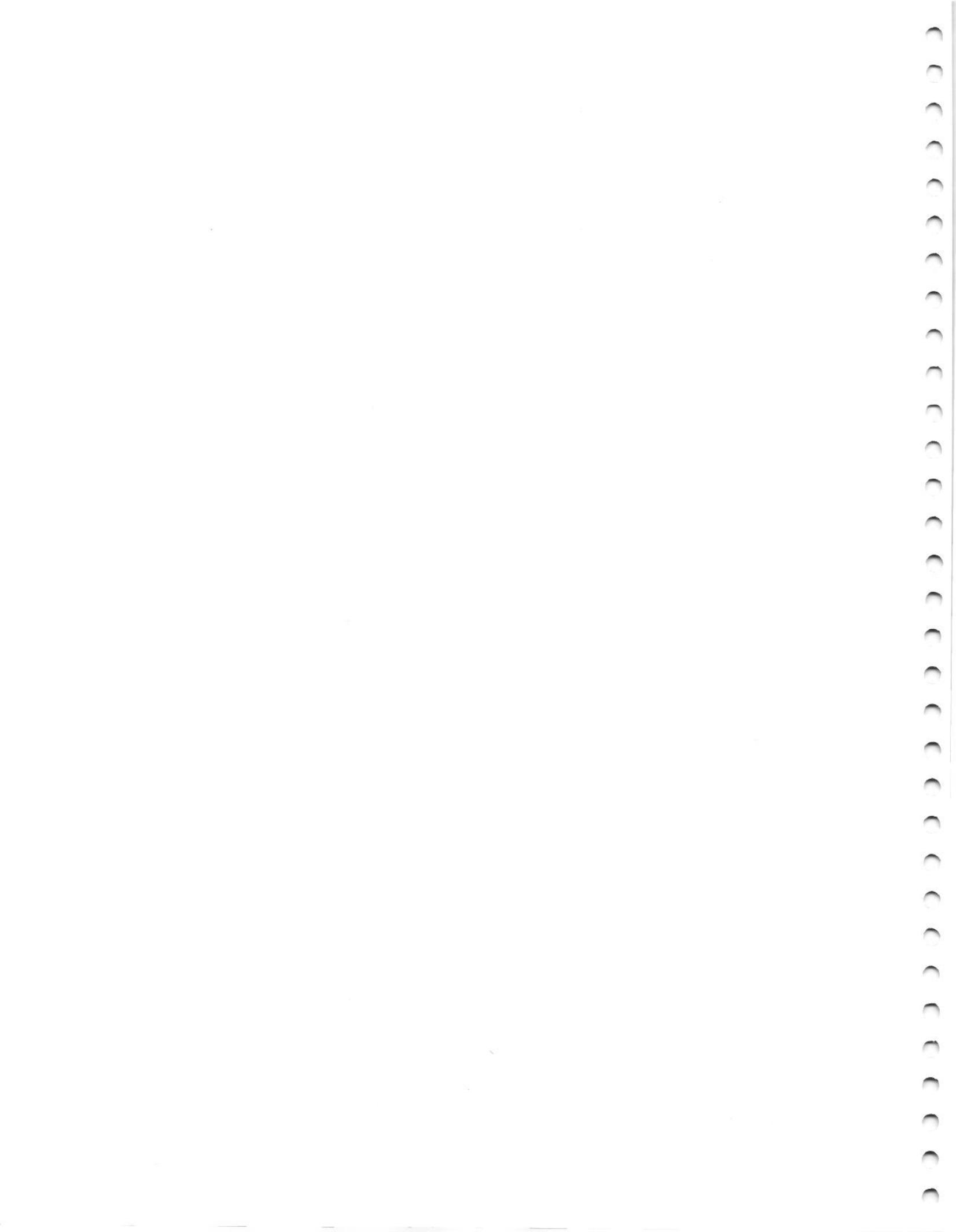
2.3. Programas y dependencias que atienden a los migrantes mexicanos.

Considerando que más del 10 por ciento de la población nacida en México, aproximadamente 11 millones de mexicanos, reside en los Estados Unidos de América, existen varios consulados y programas que atienden a los migrantes

³⁰ Ibid., p. 467-468.

³¹ Naciones Unidas. *Estudio mundial sobre el papel de la mujer en el desarrollo 2004: La mujer y la migración internacional*. 2005, p. 20-24.

³² Leite, Paula y Angoa, Ma. Adela. *Caleidoscopio de las remesas y en el mundo*. México, CONAPO, 2010, p. 22



mexicanos en materia de repatriación, salud, productivos y de protección a migrantes.³³

En Estados Unidos de América existen cuarenta representaciones consulares, además del *Instituto de los Mexicanos en el Exterior* (IME) y diversos programas de atención consular, con lo que la Secretaría de Relaciones Exteriores busca agilizar y mejorar los servicios que proporciona, así como promover estrategias, programas, propuestas y recomendaciones tendientes a elevar el nivel de vida de las comunidades mexicanas en el extranjero.

Programa Especial de Protección y Asistencia Consular a los Mexicanos en el Exterior. Desde el 2006 establece estrategias y prioridades para fortalecer la protección consular de los mexicanos en el exterior y coordina acciones entre el gobierno federal, los gobiernos de los estados y municipios, así como con los grupos sociales interesados.

Programa de Consulado Móvil. Proporciona los servicios consulares, con el fin de apoyar a los connacionales a adquirir la documentación que posteriormente pueden utilizar para regularizar su situación migratoria para trasladarse a México, viene operando desde 1991.

El Programa de Asesorías Legales Externas. Busca reforzar las actividades de protección a mexicanos a través de la contratación de abogados especialistas en las distintas ramas del derecho estadounidense que proporcionan asesoría legal o bien asuman la representación gratuita de los connacionales y/o coadyuven en el desarrollo de sus procesos legales.

El Instituto Nacional de Migración (INM) es la primera autoridad que tiene contacto con los mexicanos repatriados en el territorio nacional; su labor es proteger a los mexicanos y extranjeros que pretenden llegar de manera indocumentada a los

³³ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. "Comisión Legislativa", en: *Migración, Frontera y Población* [Actualización: 8 de junio de 2006]. Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2011. Disponible en: www.diputados.gob.mx/cesop



Estados Unidos. Por tal motivo es la dependencia que coordina los diversos programas de repatriación.

Programa Paisano. Es uno de los más importantes en materia de atención a migrantes mexicanos provenientes de Estados Unidos. Inicio en 1989, es permanente, atiende principalmente a los residentes legales mexicanos en el vecino país del norte que en consecuencia repercute que su situación económica no sea tan precaria. Este programa, busca asegurar un trato digno y apegado a la ley, para los mexicanos que ingresan, transitan o salen de nuestro país

Programa de Repatriación Humana. Se puso en marcha en marzo de 2008, su objetivo es dar un trato humanitario y digno a los mexicanos repatriados de Estados Unidos mediante apoyo para lograr la rehabilitación emocional, psicológica y física, así como otorgar la certificación de habilidades y conocimientos y apoyo para la reincorporación al mercado laboral.

Programa de Repatriación Voluntaria al Interior. Funciona de julio a septiembre de cada año, su objetivo es evitar fallecimientos de personas que intentan ingresar a Estados Unidos por las zonas desérticas más peligrosas de Sonora y Arizona; ofrecer a los migrantes asegurados por las autoridades estadounidenses, la posibilidad de ser enviados al punto más cercano a sus lugares de origen, en lugar de ser repatriados a la frontera mexicana y reincidir en su intento por cruzar de manera indocumentada en condiciones de creciente vulnerabilidad.

Programa vete sano y regresa sano. Viene funcionando desde 2001, su objetivo es proporcionar atención médica gratuita a las personas repatriadas por autoridades americanas que se asientan en esta frontera y brindar un blindaje sanitario a este grupo poblacional, es coordinado por la SSA, se suman a los esfuerzos el INM, SEDESOL, STPS y la SRE.

Programa Frontera Saludable 2010. Funciona desde 2001, su objetivo es mejorar la salud en la región fronteriza México-Estados Unidos, un área que se define como los 100 kilómetros que se encuentran al norte y al sur de la frontera México-Estados Unidos, es coordinado por la Comisión de Salud Fronteriza México-

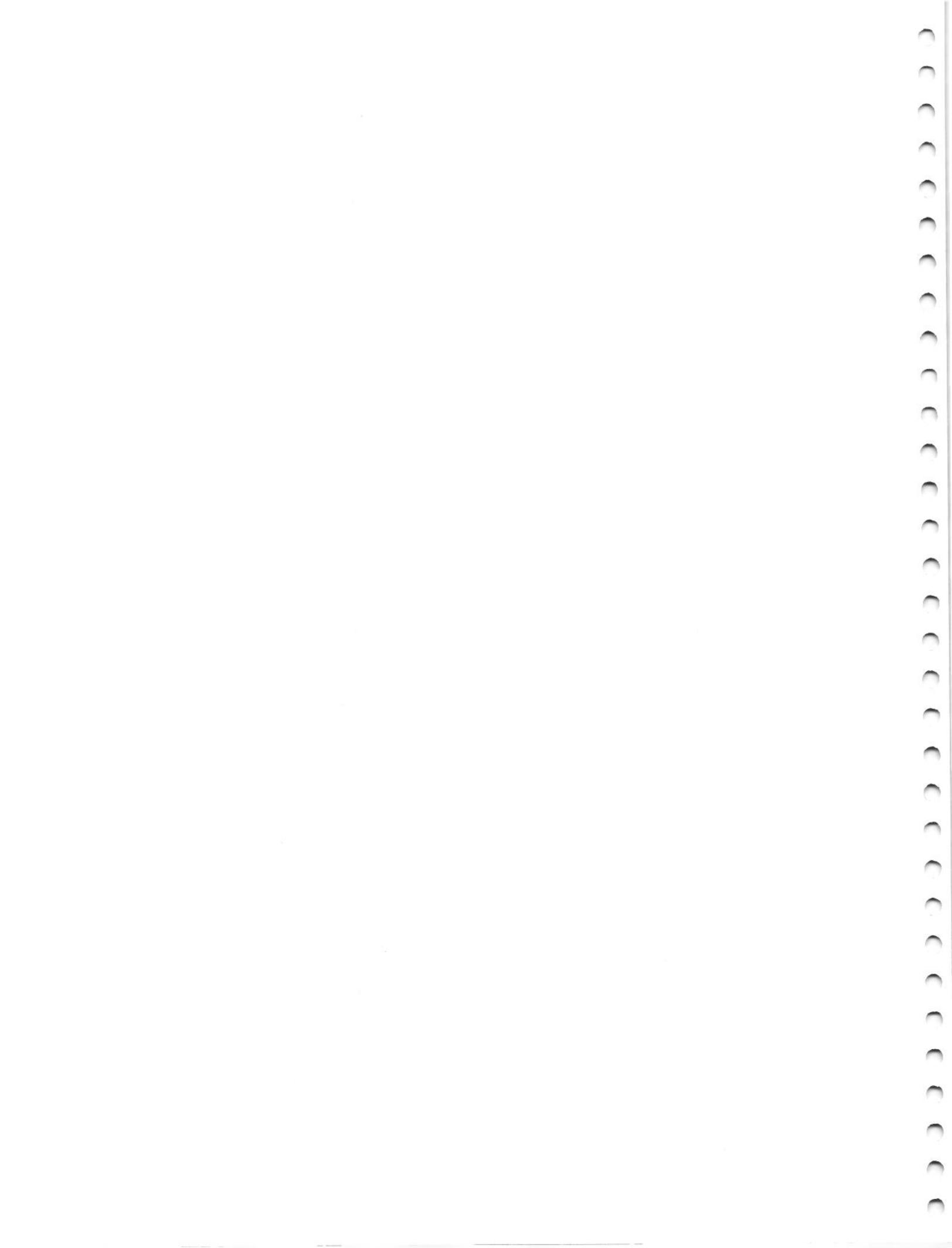


Estados Unidos, entre una de sus metas contempla reducir la incidencia de casos de VIH/Sida, entre otras enfermedades.

Programa 3x1. Este programa funciona con las aportaciones de clubes o federaciones de migrantes radicados en el extranjero, las del gobierno federal, a través de SEDESOL, y las de los gobiernos estatal y municipal. Este programa contribuye a resolver carencias en materia de infraestructura básica, de servicios y a generar fuentes de ocupación e ingreso para la población.

Programa para la creación de empleo en zonas marginadas. Es coordinado por la Secretaría de Economía (SE). Tiene como objetivo principal, apoyar el empleo y promover la instalación y operación de centros productivos en aquellas comunidades marginadas del país (y expulsoras de migrantes) que reúnan las condiciones que permitan el desarrollo de empresas que representen fuentes permanentes de empleo. En el desarrollo de este Programa, participan diversas dependencias como es la SHCP-SAT, STPS, IMSS, INFONAVIT; NAFIN, FINANCIERA RURAL, CONAVI y la SHF.

Grupos Beta. Fueron creados en 1990, tienen como objetivo primordial la protección y defensa de los derechos humanos de los migrantes, así como de su integridad física y patrimonial, con independencia de su nacionalidad y de su condición de documentados o indocumentados. Ejercen sus funciones en tres vertientes: rescate y salvamento, protección de los derechos humanos y orientación y asistencia, se encuentra integrado por personal de los tres órdenes de gobierno especializados en labores de búsqueda, rescate y primeros auxilios. Operan 15 grupos de protección en territorio nacional, tres en Baja California (Mexicali, Tecate y Tijuana); dos en Chiapas (Comitán y Tapachula); uno en Chihuahua (Ciudad Juárez); uno en Coahuila (Piedras Negras); cinco en Sonora (Agua Prieta, Nogales, San Luis Río Colorado, Sásabe y Sonoyta); uno en Tabasco (Tenosique); uno en Tamaulipas (Matamoros), y uno en Veracruz (Acayucan)



2.4. Características generales del fenómeno migratorio.

Según estimaciones de Naciones Unidas, en el año 2005 existían cerca de 191 millones de migrantes en el mundo, es decir, 3 por ciento de la población mundial vivía fuera de su país de origen. Aproximadamente 33.5 por ciento vivía en Europa, 27.8 en Asia, 23.3 en América del Norte y 8 en África y el resto de América Latina y Oceanía.³⁴

En el período 1961-1970 aproximadamente 30 mil mexicanos emigraban hacia los Estados Unidos, para el período 2001-2004 esta cifra ascendió a 390 mil personas, dando como resultado una población estimada de 28.1 millones de origen mexicano en la Unión Americana, que se conjugan con los aproximadamente 16.9 millones de personas nacidas en los Estados Unidos de ascendencia mexicana y 11.2 millones de personas nacidas en México (incluidos los indocumentados).³⁵

En el 2005 aproximadamente 98.7 por ciento de los mexicanos que radicaban fuera de nuestras fronteras residían en los Estados Unidos, representaron 29 por ciento del total de extranjeros y el grupo inmigrante más numeroso en aquel país. El 96 por ciento de los 2443 municipios del país presenta algún tipo de contacto con la Unión Americana a través de la migración.³⁶

Entre los factores comunes que motivan la migración en México y Centroamérica se encuentran las escasas oportunidades de empleo formal, las malas condiciones de trabajo, muchas veces la movilidad social es forzada e ilegal, la cual coloca en situación de vulnerabilidad a aquellos individuos que se insertan en una nueva sociedad con bajos niveles de protección social y en condiciones laborales desfavorables. Por otro lado, con los recientes planteamientos de libre mercado, la globalización y las tendencias hacia la integración de bloques económico, el

³⁴ González Gutiérrez, Carlos. *Relaciones Estado-díaspóra: Aproximaciones desde cuatro continentes*, Tomo I. México: Miguel Ángel Porrúa, 2006, p. 155.

³⁵ Fernández, Román. *La vulnerabilidad de los migrantes mexicanos en materia de salud*, en: *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009.

³⁶ *Ibid.*, p. 72.



movimiento de personas a través de las fronteras internacionales se ha incrementado notablemente.³⁷

Para los hombres es más evidente que el motivo de cruce a EUA sea la búsqueda de trabajo (72 por ciento), mientras que entre las mujeres esta cifra se reduce a 31 por ciento, pues una mayor proporción señaló que el principal motivo de cruce sigue siendo reunirse con familiares (37 por ciento).³⁸

A pesar de que la migración mexicana se está expandiendo por casi toda la Unión Americana, casi dos tercios de la población mexicana radicada en Estados Unidos se concentra en la región conformada por los cuatro estados que hacen frontera con México. California es el estado con mayor número de mexicanos (4.7 millones), seguido de Texas con 2.2 millones, Arizona con 614 mil y Nuevo México con 120 mil).³⁹ Los Estados de la República Mexicana que mayor tradición migratoria tienen son Zacatecas, Jalisco, Michoacán, Guanajuato y San Luis Potosí.⁴⁰

En los últimos años, el fenómeno de la migración internacional ha experimentado importantes cambios en relación con el pasado. Se han diversificado los lugares de origen y destino de los migrantes. se observa una mayor heterogeneidad del perfil de los migrantes (mayor proporción de migrantes de origen urbano, creciente presencia femenina, mayor escolaridad, y una considerable diversificación ocupacional, ya no se dirigen sólo al sector primario, sino que se ocupan en mayor medida en el sector terciario de la economía, principalmente en los servicios). La política de endurecimiento en el cruce transfronterizo, a través de medidas extremas de vigilancia por parte de los Estados Unidos, también ha modificado los tiempos de permanencia en aquel país y los mecanismos de circularidad.⁴¹

³⁷ Meza y Cuellar, op cit., p. 12.

³⁸ INMUJERES. *La migración México-Estados Unidos: un enfoque de género*. México: 2007, p. 6

³⁹ Estrada Márquez, Fátima y Magis Rodríguez, Carlos. *Epidemiología del VIH y migración*, en: *VHI/Sida y Salud Pública. Manual para personal de salud*. México: CENSIDA, 2009, p. 222.

⁴⁰ González, op cit., p. 225.

⁴¹ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. "Antecedentes", en: *Migración, Frontera y Población* [Actualización: 16 de febrero de 2006]. Fecha de consulta: 25 de octubre de 2011. Disponible en: www.diputados.gob.mx/cesop/



2.5. Característica de los migrantes mexicanos.

Entre la población mexicana en Estados Unidos es predominante la presencia masculina. Esto se traduce en aproximadamente 116 hombres por cada 100 mujeres. Asimismo, la mayor parte de los mexicanos son jóvenes en edad productiva, con un promedio de edad cercano a los 34. Casi 90 por ciento del total de migrantes se encuentra en un rango de 15 a 65 años de edad.⁴² Existe una escasa participación de la población en edades extremas. Esta situación obedece a que el patrón de migración permanente es un fenómeno reciente.⁴³ Asimismo, una gran parte de estos migrantes que viven en EUA están casados o viven en unión libre (ocho de cada 10 hombres y siete de cada 10 mujeres) y una menor proporción la representan los solteros.⁴⁴

Los migrantes mexicanos cuentan con niveles de escolaridad mucho más bajos que los de la población nativa de Estados Unidos.⁴⁵ El porcentaje de personas mayores de 25 años se muestra en el siguiente cuadro:

Cuadro 1
Escolaridad de migrantes mexicanos por género
2009

Nivel escolar	Hombres	Mujeres
Primaria	46%	46%
Secundaria	24%	22%
Preparatoria	26%	27%
Licenciatura	4%	5%

Sin embargo, lo anterior no significa que los migrantes mexicanos tengan niveles educativos más bajos que la población mexicana en general. Los mexicanos que deciden migrar tienen características que les ayudan a enfrentar los retos y los costos que impone la movilidad internacional: suelen ser más jóvenes, mayores tomadores de riesgos y tener una situación económica que les permite afrontar los

⁴² Fernández, op cit., p. 74.

⁴³ Leite y Castañeda, op cit., p. 8.

⁴⁴ Inmujeres, op cit., p. 6

⁴⁵ Pederzini Villarreal, Carla. "Perfil Educativo y de género de la migración mexicana a Estados Unidos", en: *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009, p. 57-58



costos del viaje. La educación con la que cuentan los migrantes es una de las características que les pueden ayudar a tomar la decisión de migrar.

La baja escolaridad de la población migrante mexicana determinará, en gran medida, su ocupación en empleos de baja remuneración y de menor especialización. La mayor parte de ellos se desempeña en empleos de carácter manual y de baja remuneración (sector agrícola, limpieza y mantenimiento, construcción, manufactura, transporte, movimiento de materiales, servicios y, en mucho menor proporción, en ventas y empleos ejecutivos). Particularmente en el sector agrícola se puede apreciar la presencia de mano de obra mexicana (aproximadamente 77 por ciento). Dichas características son determinantes en cuanto al nivel de acceso a servicios de salud, lo cual es un reflejo de su nivel de inserción en la sociedad receptora.⁴⁶

El carácter indocumentado de los trabajadores mexicanos contribuye a su concentración en la base de la pirámide ocupacional y los convierte en objetos de fácil explotación, estigmatización y marginación. Lo anterior contribuye a generar un clima social hostil a la migración mexicana, al retroalimentar la percepción en distintos sectores de la sociedad estadounidense de que la migración procedente de México constituye una cuestión extremadamente difícil de controlar, y de que los mexicanos, a diferencia de otras comunidades de inmigración, no se integran.⁴⁷

Status migratorio. Los inmigrantes mexicanos constituyen la mayoría de los indocumentados con 57 por ciento del total. Por otra parte y relacionado con esto, el porcentaje de inmigrantes mexicanos que se han convertido en ciudadanos naturalizados es el más bajo de todos.⁴⁸

⁴⁶ Fernández, op cit., p. 74.

⁴⁷ CONAPO, *Migración México-Estados Unidos: Implicaciones y retos para ambos países*. México: 2006, p. 78.

⁴⁸ González, op cit., p. 167.



2.6. Las redes Sociales.

Un aspecto de extraordinaria importancia es el peso que tienen las redes sociales y familiares como nexo y apoyo de los flujos migratorios, suelen ser de base familiar o comunitaria, aunque los encargados de contratar mano de obra también podrían estimular los desplazamientos. Los migrantes suelen dirigirse a los lugares en que ya se han asentado sus parientes, amigos y miembros de su comunidad. Los que ya están establecidos en la nueva comunidad o país brindan al recién llegado ciertos servicios, entre ellos asistencia para la búsqueda de empleo o ayuda para obtener otras fuentes de apoyo. La existencia de estas redes explica por qué los migrantes de las mismas comunidades suelen establecerse en la misma zona en el mismo país de destino y ayuda a entender por qué el mismo conjunto de factores de atracción o de expulsión de diferentes países lleva a experiencias de migración muy distintas. Si las redes no funcionaran, la oferta y la demanda no podrían vincularse.⁴⁹

Desde el lugar de destino, las personas que pertenecen a una comunidad bien establecida en Estados Unidos podrán encontrar un lugar en donde hospedarse más fácilmente, se sentirán mejor acogidos por sus paisanos. Además la presencia de una red bien establecida reduce las condiciones de incertidumbre bajo las cuales se lleva a cabo el proceso migratorio, disponen de mejor información sobre las alternativas para el cruce de la frontera, los precios que cobran los polleros, las mejores épocas para hacer el cruce, las formas de envío de dinero, entre otros, a diferencia de las personas que vienen de comunidades no tradicionalmente expulsoras y que no cuentan con una red migratoria bien establecida.⁵⁰

⁴⁹ Naciones Unidas, op cit., p. 6.

⁵⁰ Pederzini, op cit., p. 50



2.7. Derechos humanos.

La xenofobia, el racismo y la violación de derechos humanos se han exacerbado a partir de los sucesos del 11 de septiembre de 2001. Los mexicanos son los más discriminados, en comparación con otros migrantes y, además, los que menos progresan por su menor nivel educativo.⁵¹

El 2 de noviembre de 2004, el estado de Arizona votó una terrible ley antimigrante: la propuesta 200, llamada *Protect Arizona Now*, aprobada con 55.9 por ciento de votos. Dicha ley obliga a todos los funcionarios a denunciar a los indocumentados —que se calculan entre trescientos mil y trescientos cincuenta mil al año—so pena de cárcel de no hacerlo. Cada año, seiscientas mil personas son detenidas al cruzar la frontera por este estado. Según las autoridades desde 1999 más de tres mil quinientos migrantes han muerto al cruzar al otro lado. En 2003, sólo en Arizona hubo 221 muertos.⁵²

La propuesta de Arizona es una muestra palpable de la violación sistemática de los derechos humanos, pues se niegan servicios humanitarios elementales de salud, auxilio de bomberos y de policía, además de educación.⁵³ Asimismo, el 1 de noviembre de 2007, en Oklahoma entró en vigor la “Ley 1804”, la cual, al igual que la de Arizona, niega los servicios médicos públicos y sanciona en forma integral a los indocumentados. Entre las múltiples prohibiciones penaliza la transportación, albergue y contratación de indocumentados. Esta ley ha causado terror entre los trabajadores migrantes, que se calculan entre cincuenta mil y setenta y cinco mil en la entidad, donde el 80 por ciento de la población latina de ese estado es de origen mexicano (veinte mil personas), quienes huyen de los policías locales, convertidos en agentes migratorios.⁵⁴

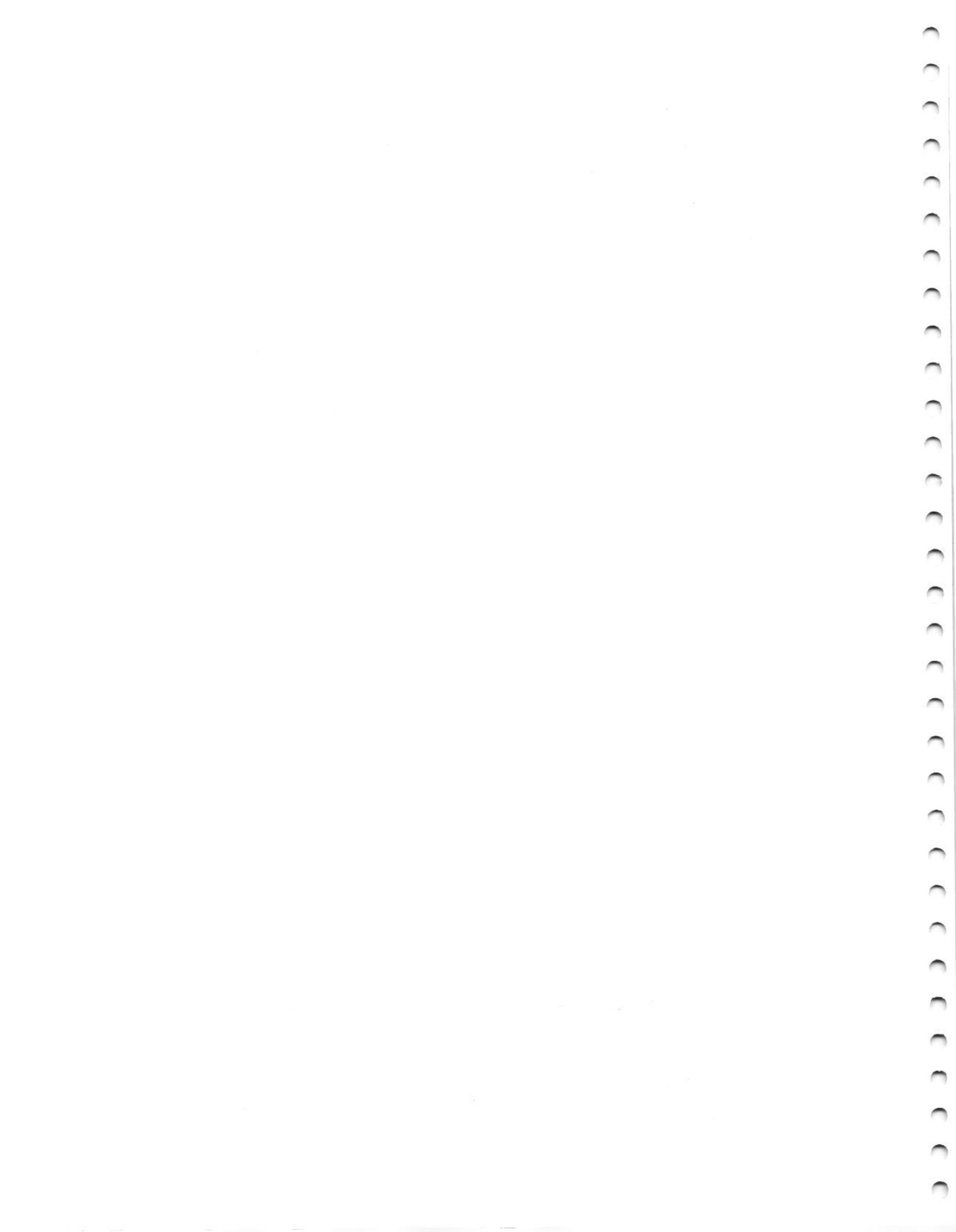
En la última década ha ocurrido una muerte por día en promedio, según cifras de la ONG Alto a la Operación Guardián, así como de la Secretaría de Relaciones

⁵¹ Galeana, op cit., p. 8.

⁵² Ibid

⁵³ Ibid., p. 9

⁵⁴ Ibid., p. 9.



Exteriores (SRE). Las causas de los decesos son diversas, desde ahogamiento —la más común— hasta hipotermia y deshidratación, entre otras. Además de los casos deleznable de cacería de indocumentados por asesinos racistas, así como de los feminicidios en Ciudad Juárez, de relación directa con el tema migratorio, y además del crimen organizado de ambos lados de la frontera.⁵⁵

2.8. Efectos de la migración en la familia.

Los efectos sociales de la emigración son complejos. Para las familias que se quedan en el país, la ausencia de un jefe de familia o un hijo adulto que esté trabajando en Estados Unidos puede traer beneficios económicos pero problemas de otro tipo. Cuando toda la familia emigra, México pierde parte de su población, lo cual no puede ser positivo, pero la comunidad de origen gana un contacto en Estados Unidos que, a veces, tiene alguna importancia local.⁵⁶

Los norteamericanos de origen mexicano, la mayoría de los cuales son estadounidenses por nacimiento, también sufren los ultrajes y humillaciones de que es hecho víctima el extranjero ilegal por las políticas gubernamentales y los prejuicios públicos. Esto se debe principalmente a que las facetas culturales, lingüísticas y raciales de los dos grupos en diversos grados tienen mucho en común y a que, para la comunidad anglosajona (una variable muy importante es el destino de ambos grupos), su diferenciación es generalmente difícil o irrelevante.⁵⁷

2.9. Vulnerabilidad de los migrantes mexicanos en materia de salud.

La salud es la condición más preciada de la que puede gozar el ser humano; constituye un derecho humano fundamental del que depende el bienestar de la población y es, por ende, una condición necesaria para el progreso y desarrollo de un país. De lo anterior se puede desprender que cualquier persona que decida

⁵⁵ Ibid

⁵⁶ García y Vereza, op cit., p. 89.

⁵⁷ Gándara, Arturo. *Chicanos y extranjeros ilegales: La conjunción de sus derechos constitucionales frente al estado norteamericano*, en: *Indocumentados. Mitos y Realidades*. México: El Colegio de México, 1979, p. 481.



emigrar de su país, tiene derecho a una atención de salud adecuada en su lugar de origen, de la misma manera que tiene derecho a conservar su salud en el lugar en donde decida trabajar. Sin embargo, para los mexicanos que emigran hacia los Estados Unidos, la realidad es otra.⁵⁸

La población mexicana, en general, tiene una mejor salud que la población nativa al momento de su llegada, conforme se adaptan al estilo de vida local y se insertan en la sociedad receptora, su salud se deteriora notablemente.⁵⁹

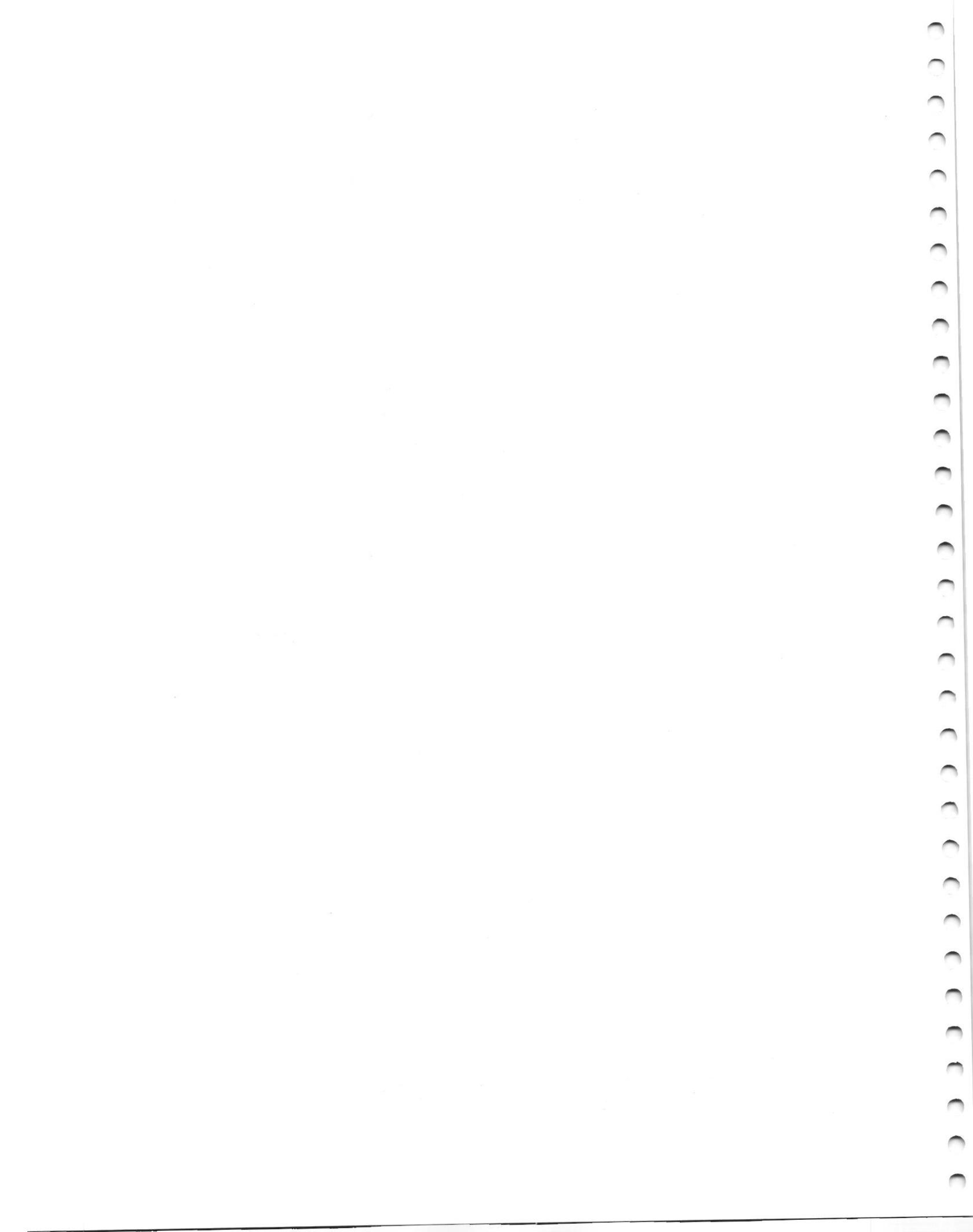
El cambio en el estilo de vida no es el único factor que impacta de manera negativa en la salud de los migrantes mexicanos; también se deben considerar las barreras culturales y lingüísticas, la poca educación en autocuidado de la salud de los migrantes mismos, las características de los trabajos que desempeñan en territorio estadounidense y su estatus migratorio, sobre todo si se toma en cuenta que la modalidad prevaleciente en los últimos años es la migración indocumentada. Este conjunto de factores tiene como consecuencia que los migrantes mexicanos se inserten en las sociedades receptoras en los Estados Unidos en una situación de total desventaja en materia de salud con respecto al resto de inmigrantes y otros grupos poblaciones en aquel país. Esto, en sí, constituye una manifestación de la vulnerabilidad en la que se encuentran los migrantes mexicanos.⁶⁰

Un estudio realizado a trabajadores agrícolas en California en 2001, nos dice que 32 por ciento de los hombres encuestados jamás había visitado algún servicio médico en México ni en los Estados Unidos. Esto nos lleva a pensar que el brindar la suficiente información sobre acceso a los servicios de salud, prevención y autocuidado a los migrantes mexicanos debe ser prioridad en cualquier programa diseñado para ellos; sin embargo, se dificulta la situación debido, principalmente a que su estatus migratorio los hace inelegibles a la mayoría de los programas públicos de salud en Estados Unidos; o bien, presentan renuencia a acercarse a

⁵⁸ Fernández, op cit., p. 71.

⁵⁹ Ibid

⁶⁰ Ibid., p. 72.



las instituciones estadounidenses por temor a ser deportados ellos mismos o algún miembro de su familia.⁶¹

Las enfermedades sexualmente transmisibles, están más ligadas a la desinformación en cuidado de la salud y al cambio de valores familiares que sufren los migrantes, entre otras cosas. Entre dichas enfermedades el VIH/Sida tiene una importante presencia entre la población mexicana, y sus tasas de contagio son mayores que las de la población norteamericana. En 2003 las personas de origen latinoamericano representaron el 21 por ciento de la población viviendo con Sida en los Estados Unidos. La atención a la epidemia de esta enfermedad entre la población mexicana migrante reviste una gran importancia al considerarse que la cuarte parte de los casos de Sida en México le ocurre a personas que han residido por largas temporadas en los Estados Unidos. Esto, como se puede observar pone en riesgo de contagio no solo a los migrantes mismos, sino a sus familiares que se encuentran en México.⁶²

Como una respuesta institucional, ante las cifras reportadas, la Secretaría de Salud (SSA) diseñó e implementó una serie de programas con el objeto de proveer de protección social a los migrantes, de manera que tengan acceso a la protección social, tanto en su lugar de origen, como en el lugar en donde decidan trabajar. Entre dichos programas se encuentran: Programa de acción "Vete sano, regresa sano", seguro popular de salud para familias migrantes, Repatriación de connacionales enfermos, Comisión de salud fronteriza México-Estados Unidos y Grupo nuclear de salud migrante.⁶³

Ante el enorme dinamismo de los flujos poblacionales, diversas institucionales, como la Organización Internacional de Seguridad Social (OISS), han lanzado una serie de acuerdos para que los países destino reconozcan los derechos de los

⁶¹ Ibid., p. 77

⁶² Ibid., p. 79.

⁶³ Luna Rios, Gabriela y Cruz Rivero, Carlos. "La protección social y la salud: nuevo reto frente a la migración México-Estados". En, *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009, p. 110.



migrantes y, en consecuencia, su derecho a tener prestaciones sociales, una pensión, etc.

2.10. Vulnerabilidad de los migrantes frente al VIH/Sida.

El VIH es uno de los principales problemas de salud pública que ha tenido que enfrentar la humanidad en los últimos 27 años. Se trata de una pandemia que ha resultado ser un verdadero desafío para los sistemas de salud de todo el planeta; afecta a cualquier persona, sin importar cultura, género, edad, religión, tendencia política o grupo social; no reconoce fronteras; afecta principalmente a las poblaciones más vulnerables de la sociedad, como son personas que realizan trabajo sexual, usuarios de drogas inyectables, hombres que tienen sexo con otros hombres; poblaciones móviles, personas privadas de su libertad, entre otras. Este problema no sólo afecta biológicamente a las personas que desarrollan la enfermedad, sino además trastorna y deteriora progresivamente su entorno familiar, laboral, económico, político y social.⁶⁴

Tanto los mexicanos que emigran a los Estados Unidos para trabajar, como muchos de los que regresan a su patria, están participando cada vez más en conductas de alto riesgo que los exponen a mayores posibilidades de contraer el VIH, especialmente considerando que suelen quedar al margen de los programas de prevención del VIH.⁶⁵

Siendo que el 85.9 por ciento de los migrantes mexicanos temporales en la actualidad se encuentran entre los 12 y los 44 años de edad; la procedencia de quienes emigran ya no se concentra en ciertas zonas, sino que se ha extendido a prácticamente todo el territorio nacional (CONAPO 2004). Así, se ha incrementado el flujo de migración temporal proveniente de localidades a 15 mil habitantes (77 por ciento), es decir, muchos de los jóvenes migrantes de comunidades rurales

⁶⁴ Magis Rodríguez, Carlos y Barrientos Barcenas, Hermelinda. "Introducción" en: *VHI/Sida y Salud Pública, Manual para personal de salud*. México: CENSIDA, 2009, p. 15.

⁶⁵ Estrada y Magis, (2009) op cit., p. 223.



regresan a las mismas para pasar algún tiempo. De ahí la importancia de considerar la vulnerabilidad ante el VIH preexistente en sus comunidades de origen, pues no se debe perder de vista que regresan de un país con una tasa muy alta de incidencia de VIH.⁶⁶

La frecuente violación de los derechos humanos de los migrantes durante su trayecto y estancia en los Estados Unidos dificulta comportamientos preventivos para la infección del VIH y el acceso al tratamiento, así como a los cuidados médicos que se requieren.⁶⁷

Incidencia de casos del VIH México-Estados Unidos. Desde el inicio de la infección y hasta 1990, 50 por ciento o más de los casos registrados cada año en México tenían antecedentes de residencia en los Estados Unidos. Todavía al 31 de diciembre de 2000, 12.7 por ciento de los casos acumulados en México se habían producido en personas que habían radicado en los Estados Unidos, con una incidencia mayor (27.8 por ciento) entre los que se habían presentado en localidades menores a 5,000 habitantes. Los estados de Michoacán y Zacatecas tienen más de 20 por ciento de los casos acumulados con historial de residencia en los Estados Unidos.³⁷⁶⁸

La historia de la enfermedad en EUA muestra que para el 2001 ya se había producido una tasa de incidencia acumulada de 285.4 casos de Sida por cada 100,000 habitantes, al tiempo que en México solamente se habían acumulado 51.7 casos por 100,000. Para los migrantes mexicanos, aún sin incrementar las prácticas de riesgo, las posibilidades de haberse infectado en EUA eran 5.5 veces mayor.⁶⁹

El borde fronterizo de los EUA es una región con elevados índices de prevalencia. Según datos del 2005 la epidemia de VIH/Sida en los 23 condados que colindan con México alcanzó una prevalencia de 239 infectados por cien mil habitantes. Ahí

⁶⁶ Rodríguez Cuadra, Silvia. "Hacia la comprensión de la vulnerabilidad ante el VIH/Sida y su relación con la migración clandestina de zonas rurales", en: *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009, p. 124

⁶⁷ Estrada y Magis, op cit., p. 223.

⁶⁸ Magis y Bravo, op cit., p. 26

⁶⁹ Ibid.



se trata de una epidemia muy concentrada en hombres (88 por ciento de los casos).⁷⁰

Otro dato que se debe considerar, según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) es que se ha estimado que en el año 2007 la prevalencia de VIH en adultos en los Estados Unidos es de 0.6 por ciento, mientras que en México es de 0.3 por ciento, lo que significa que los migrantes mexicanos en este país tienen un riesgo mayor de adquirir el VIH, comparado con la población que vive en México.⁷¹

Los migrantes se encuentran en una posición de vulnerabilidad social que determina un mayor riesgo ante el VIH/Sida por haber abandonado su lugar de origen para insertarse en una cultura con creencias, comportamientos, economía e idioma diferentes, donde tienen un nivel de vida que no es comparable con el de los ciudadanos del país de destino.⁷²

De acuerdo con un informe realizado por investigadores de El Colegio de México, los migrantes tienden a cambiar su comportamiento sexual con el cambio en el estilo de vida y su contacto con la cultura estadounidense. Por ejemplo, puede que el número de parejas sexuales se eleve en los hombres al viajar de un lado a otro. La soledad, su aislamiento y la falta de mujeres en su vida, así como su llegada a una sociedad más permisiva puede hacer que los migrantes tengan relaciones sexuales con otros hombres o con trabajadoras sexuales que utilizan drogas inyectables de forma habitual.⁷³

Algunos estudios cuantitativos han observado que los hombres y mujeres no migrantes habían tenido durante el último año un promedio de 1.8 y 1.2 compañeros sexuales respectivamente, mientras que estas cifras en los hombres que habían cruzado la frontera eran de 3.3 y en las mujeres de 1.5. Además, 9.8

⁷⁰ Ibid.

⁷¹ Estrada y Magis, op cit., p. 223.

⁷² Ibid

⁷³ Estrada y Magis. op cit., p. 224.



por ciento de los hombres migrantes utilizaron drogas intravenosas, a diferencia de 1.2 de los no migrantes.⁷⁴

Una situación de vulnerabilidad puede verse aumentada enormemente en contextos de pobreza ya que, de nueva cuenta, se forma un círculo vicioso entre pobreza y VIH/Sida, pues la epidemia contribuye al empobrecimiento de las personas, familias y comunidades afectadas. A su vez, la pobreza también aumenta la vulnerabilidad de personas al VIH. La relación entre VIH/Sida y la migración de zonas rurales está estrechamente vinculada a las condiciones y la estructura de los procesos de migración. De ahí que se le dé énfasis al volumen y composición a la migración clandestina y a su carácter temporal, ya que, como se ha puntualizado desde hace más de una década, la epidemia del Sida en el área rural es más reciente que la urbana y presenta un crecimiento exponencial.⁷⁵

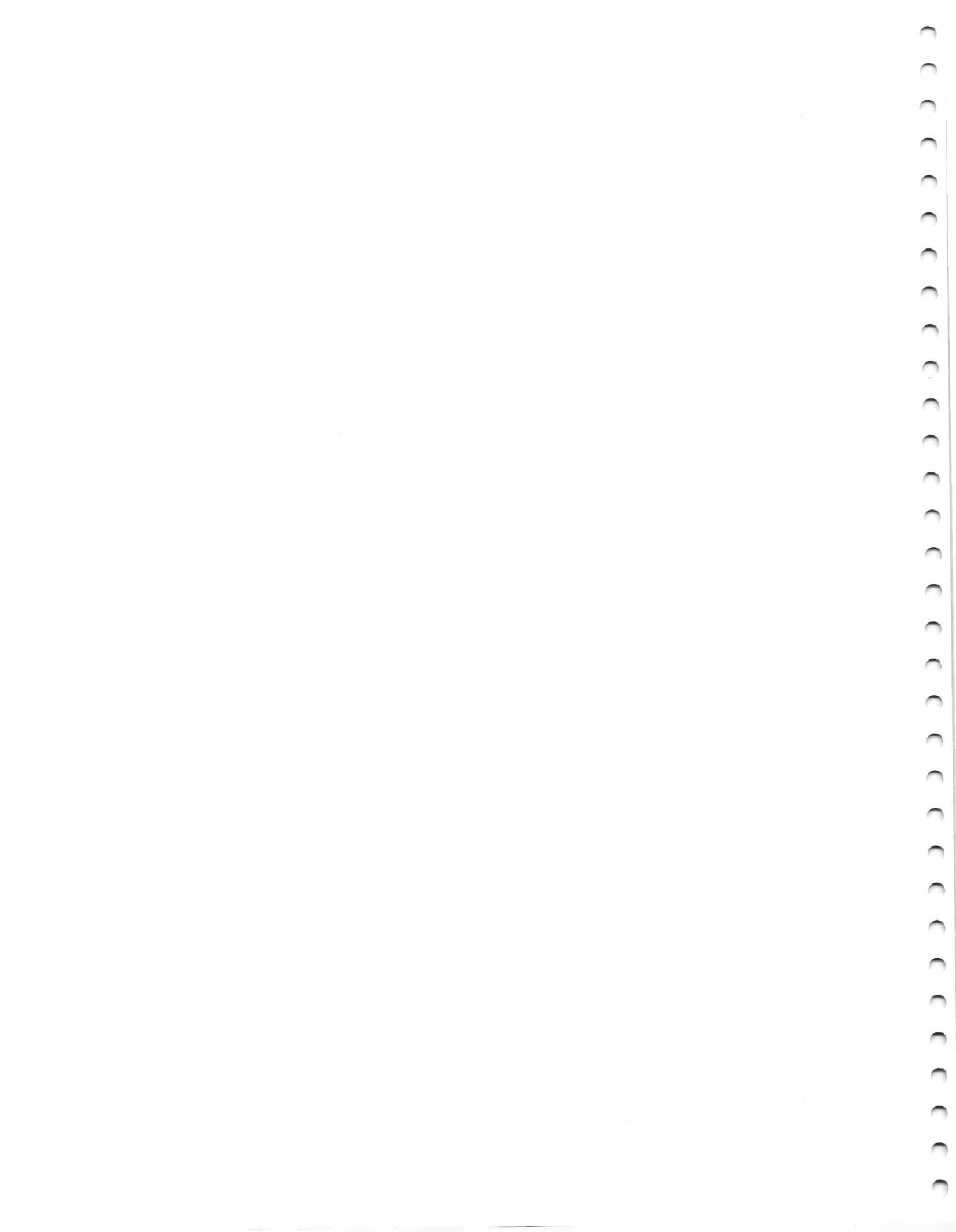
Las recientes medidas que ha tomado el gobierno de EUA para impedir la inmigración de ilegales en la frontera con México se han convertido en un factor que incrementa la vulnerabilidad de los migrantes. Por razones culturales los jóvenes suelen adoptar conductas de riesgo, sin embargo, las mismas se han incrementado en función de las nuevas condiciones (los mayores tiempos y distancias, las características de los transportes y los refugios utilizados durante la travesía) que se imponen frente al aumento del control y las persecuciones en toda la frontera. Durante la realización de estos cada vez más complicados viajes, los y las jóvenes quedan más expuestos a sufrir situaciones de riesgo, mismas que se materializan cuando aparecen las relaciones sexuales forzadas, las realizadas en momentos de quiebre emocional o las motivadas en el intercambio de sexo por drogas, junto a la mayor propensión a compartir agujas y jeringa, etc.

⁷⁶

⁷⁴ Magis Rodríguez, Carlos y Bravo García, Enrique. "Integración de los estudios recientes sobre el VIH/Sida en México", en: *VHI/Sida y Salud Pública, Manual para personal de salud*. México: CENSIDA, 2009. p. 26.

⁷⁵ Rodríguez (2009), op cit., p. 128.

⁷⁶ Magis Rodríguez, Carlos y Bravo García, Enrique. *El VIH y el SIDA en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones*, (Colección Ángulos del Sida). México: CENSIDA, 2008, p.52.



En estrecha relación con lo anterior, cabe considerar el incremento en la cantidad de deportaciones que se están produciendo en tiempos recientes. Se trata de una instancia del proceso migratorio que, como tema relacionado con el VIH/Sida, ha sido poco estudiado. Sin embargo, los indicadores cualitativos consultados sostienen que existe una vulnerabilidad creciente al contagio de VIH entre las personas deportadas.⁷⁷

Considerando la vulnerabilidad en que viven los migrantes, algunos autores han estimado que éstos tienen un riesgo diez veces mayor de contraer el VIH que el de la población general de los Estados Unidos. En México hay estudios que demuestran que las poblaciones de migrantes tienden a alterar sus prácticas sexuales, lo que también incrementa su riesgo de adquirir el VIH.⁷⁸

⁷⁷ Ibid., p.53.

⁷⁸ Magis y Bravo, op cit., p. 26.



CAPÍTULO 3

MIGRACIÓN FEMENINA

3.1. Antecedentes.

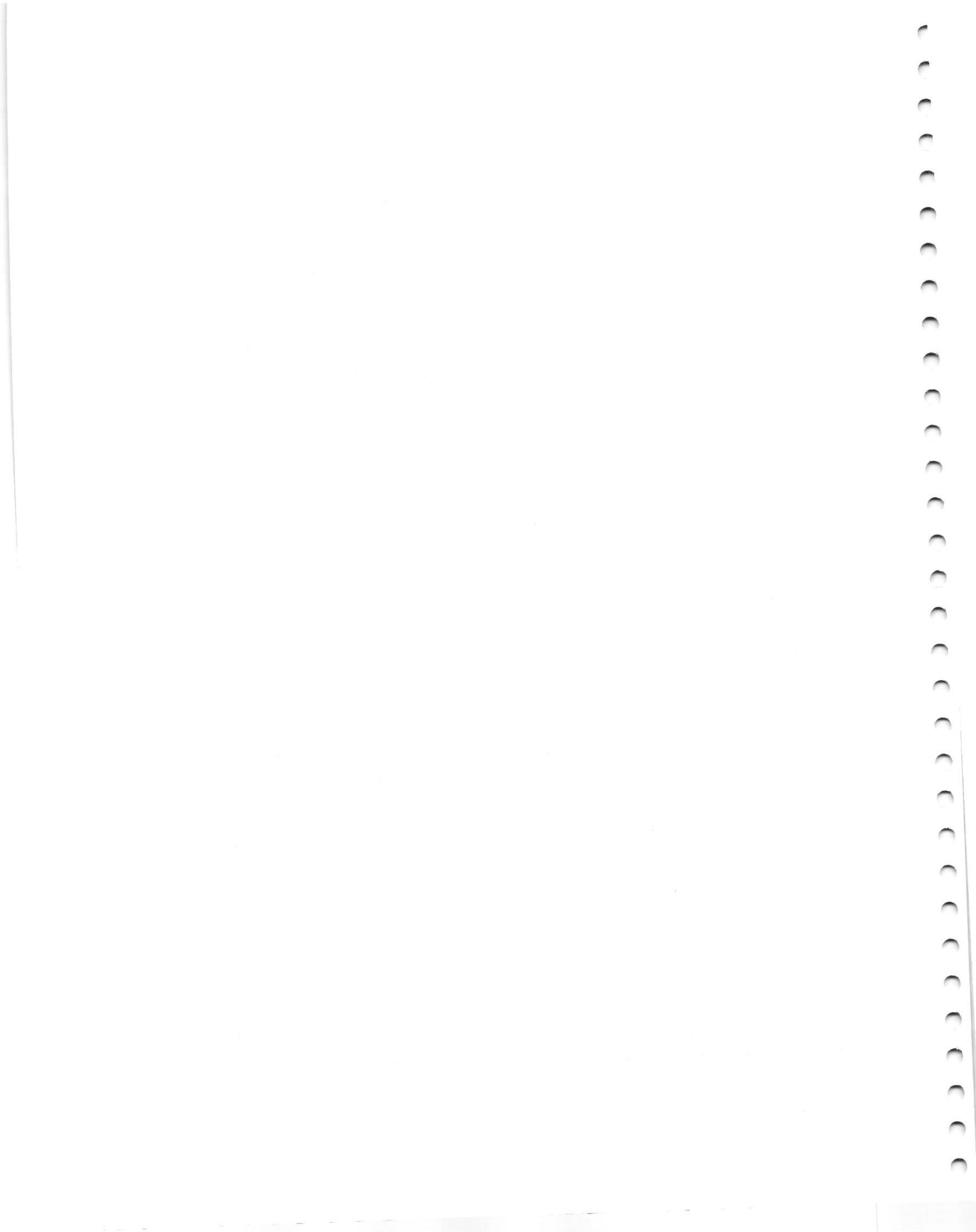
Según la tradición, la mayoría de las mujeres emigra para reunirse con sus esposos o sus padres; sin embargo, en las últimas décadas, se ha incrementado el número de mujeres que emigran por decisión propia y son las principales fuentes de ingresos para ellas y sus familias. En tanto, la ONU señala que en este proceso de migración internacional cambia la situación de las mujeres, quienes después de vivir supeditadas a una autoridad patriarcal, tradicional, logran empoderarse y con ello tener mayor autonomía en sus vidas. Incluso las mujeres que no se mudan y permanecen en sus lugares de origen cuando sus esposos o hijos emigran, por lo general asumen mayores responsabilidades económicas y familiares, convirtiéndose en “heroínas” no reconocidas en la más amplia agenda de migración de las familias.⁷⁹

Un Estudio de Naciones Unidas reporta que hay tres factores que deben considerarse al examinar la cuestión de la mujer y la migración internacional: demanda o atracción por parte de las comunidades o países de acogida; oferta o expulsión por parte de las comunidades o países de origen; y redes que enlacen la oferta con la demanda.⁸⁰

La participación femenina en el flujo migratorio de México a Estados Unidos es mucho más pequeña que la que se observa en la migración hacia Estados Unidos desde otros países del mundo. Estas diferencias pueden deberse a que el

⁷⁹ INMUJERES. *La migración México-Estados Unidos: un enfoque de género*. México: 2007, p. 1. (Fecha de consulta: 27 de enero de 2011) Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100918.pdf

⁸⁰ Naciones Unidas. *Estudio mundial sobre el papel de la mujer en el desarrollo 2004: La mujer y la migración internacional*. Naciones Unidas: 2005, p. 21.



porcentaje de migración no autorizado es mayor en el caso de la migración mexicana.⁸¹

La migración de México a Estados Unidos se ha mantenido con altas y bajas, pero ha tenido cambios importantes. En los años veinte, la inmensa mayoría de los migrantes eran hombres de 20 a 60 años, mientras que las pocas mujeres eran de edad avanzada y se habían trasladado con su marido o su familia. A principios del siglo XX, sólo 30 por ciento de los migrantes eran mujeres, proporción que subió entre 1915 y 1920 por las luchas revolucionarias, para disminuir nuevamente al finalizar este período de guerra.⁸²

En 1950 se registra un aumento importante en el porcentaje de mujeres migrantes, que llegó a 49 por ciento. Este porcentaje se mantuvo así hasta mediados de la década de los sesenta, debido a un fuerte incremento de trabajo que demandaban mano de obra femenina, además de matrimonios de mexicanas en los Estados Unidos y el surgimiento del programa bracero fue uno de los elementos importantes.⁸³

Para 1979 las mujeres constituían sólo 16.1 por ciento de los migrantes laborales, aunque en estas encuestas se subestimó el papel de la mujer en la migración, pues sólo se enfocaron en la migración laboral, esto es, a las mujeres que trabajaban fuera del hogar, mientras que muchas de ellas, que migraron como “acompañantes” no fueron tomadas en cuenta.⁸⁴

Debido a los cambios generalizados en el estatus social y económico de las mujeres en todo el mundo, éstas han aumentado su participación en el proceso migratorio a nivel mundial, pasando de 47.2 en 1980 a 49.6 por ciento en 2005.⁸⁵

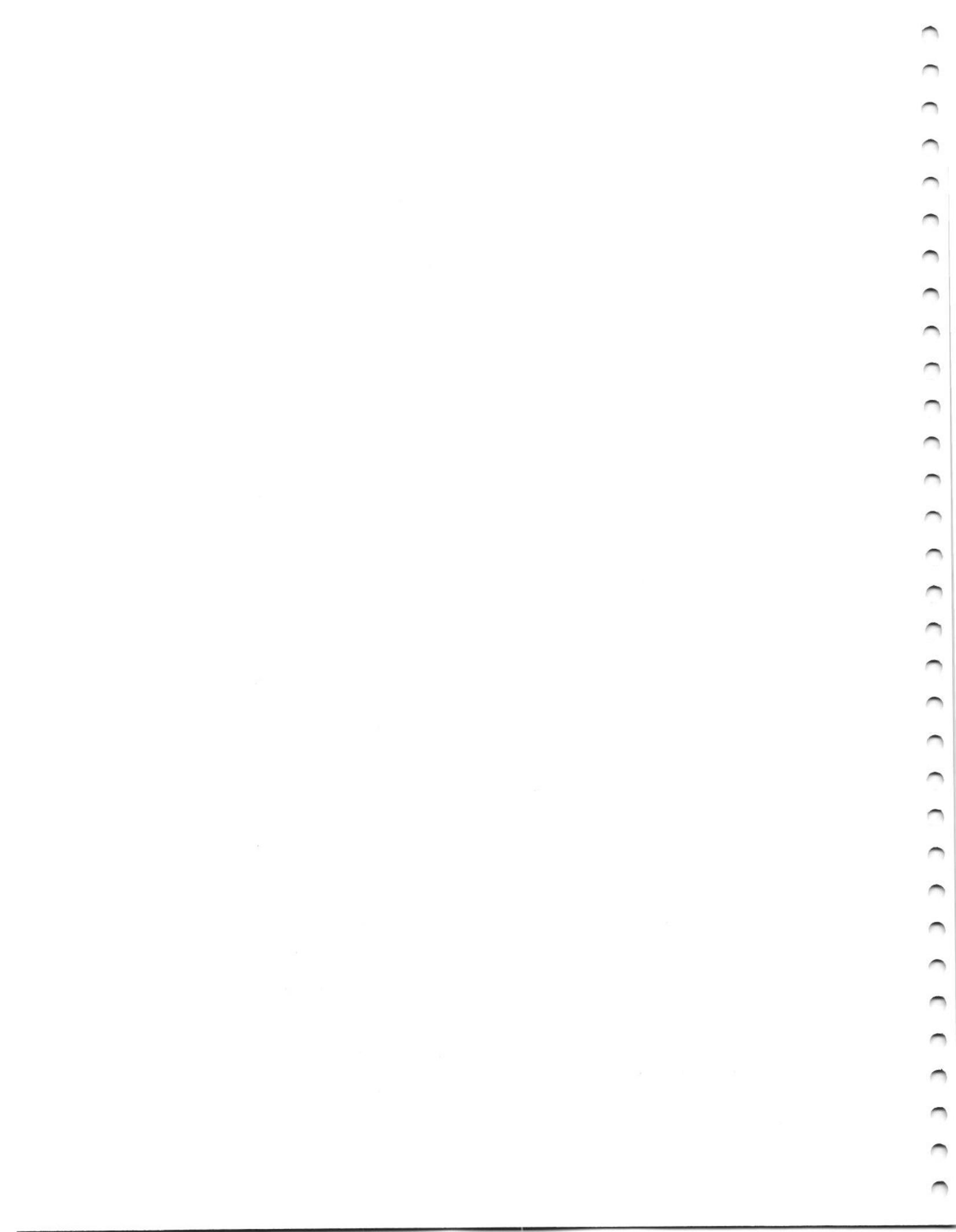
⁸¹ Pederzini, *op cit.*, p. 63.

⁸² Mancilla Bazán, Celia y Rodríguez Rodríguez, Daniel. “La migración como cambio en las trayectorias de vida”, en: *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009, p.39.

⁸³ *Ibid.*, 40.

⁸⁴ *Ibid*

⁸⁵ Pederzini, *op cit.*, p. 63.



Entre las entidades que presentan las tasas de migración al exterior más altas se encuentran Jalisco, Michoacán, Estado de México, Guanajuato y Guerrero.⁸⁶

3.2. Características generales del fenómeno migratorio femenino.

Existen factores comunes que motivan tanto a mujeres como a hombres a migrar (situación económica precaria, desempleo, falta de oportunidades, etc.) aunque también hay otras situaciones que afectan sobre todo a las mujeres, por ejemplo la violencia familiar, que las lleva a tomar la decisión de migrar, aunque antes de poder hacerlo deben sortear una serie de dificultades visibles e invisibles de los controles familiares, la tradición y las costumbres, dificultades que no experimentan los hombres.⁸⁷

Al menos tres factores han conducido históricamente a la preeminencia masculina en el fenómeno migratorio: El primero, conforme a las normas de género, permite a los hombres ir y venir sin perder su posición en la comunidad de origen o en las estructuras de parentesco, además, tener una esposa en el hogar es eficiente en términos de costos. El segundo, es la independencia financiera determinada por los roles económicos institucionales y por las características estructurales del mercado de trabajo, la contribución económica de la mujer al hogar se concibe como secundaria, a la vez que se ve reforzada la dependencia económica de las mujeres. Finalmente, la política de inmigración de Estados Unidos ha fortalecido una migración caracterizada por un marcado componente de género.⁸⁸

También se vislumbra como una vía a través de la cual pueden iniciar un nuevo proyecto de vida, un nuevo proyecto de sí mismas, que les permita reconfigurar sus relaciones de pareja, familiares y comunitarias, lo cual implica procesos amplios de modificación de su identidad de género. Estas situaciones hacen que

⁸⁶ CEAMEG. *Estudio sobre los efectos de la migración en las mujeres*. México: Cámara de Diputados, 2008. Disponible en:

http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/Inv_Finales_08/DP2/2_2.pdf

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Pederzini, op cit., p. 61.



la migración constituya para las mujeres una serie de riesgos y a la vez una oportunidad para cambiar su vida.⁸⁹

Además de las razones que se relacionan con la reunión familiar, existen motivaciones importantes para la migración de las mujeres jóvenes y solteras, que van desde la búsqueda de mayor libertad para decidir sobre su vida sexual y sobre su matrimonio, el deseo de escapar de la monotonía del trabajo doméstico hasta la necesidad de escapar de las decisiones de sus padres.⁹⁰

Status migratorio de las migrantes mexicanas. Las mujeres participan en menor medida en el proceso migratorio pero, cuando lo hacen, presentan patrones migratorios mucho más estables.⁹¹ Sólo 60 por ciento de las mujeres migra sin documentos, mientras que, en el caso de los hombres este porcentaje se eleva a 70.6. El porcentaje de mujeres que migra por razones relacionadas con el trabajo sustancialmente es más pequeño que el de los hombres (51.4 por ciento en comparación con 92 de los hombres).⁹²

3.3. Características de las mujeres migrantes mexicanas a Estados Unidos.

Las mujeres migrantes son más jóvenes que los hombres. Alrededor de 50 por ciento se ubica entre 15 a 24 años de edad, son jefas de hogar, recurren a la migración como una opción para sacar adelante a su familia.⁹³ Cuentan con un bajo nivel educativo, limitado dominio de inglés, baja participación en el mercado laboral, el 48 por ciento de mujeres adultas vive en familias de bajos ingresos, tienen bajas tasas de naturalización, sólo 25 por ciento tiene la ciudadanía.⁹⁴ Las

⁸⁹ Ibid.,

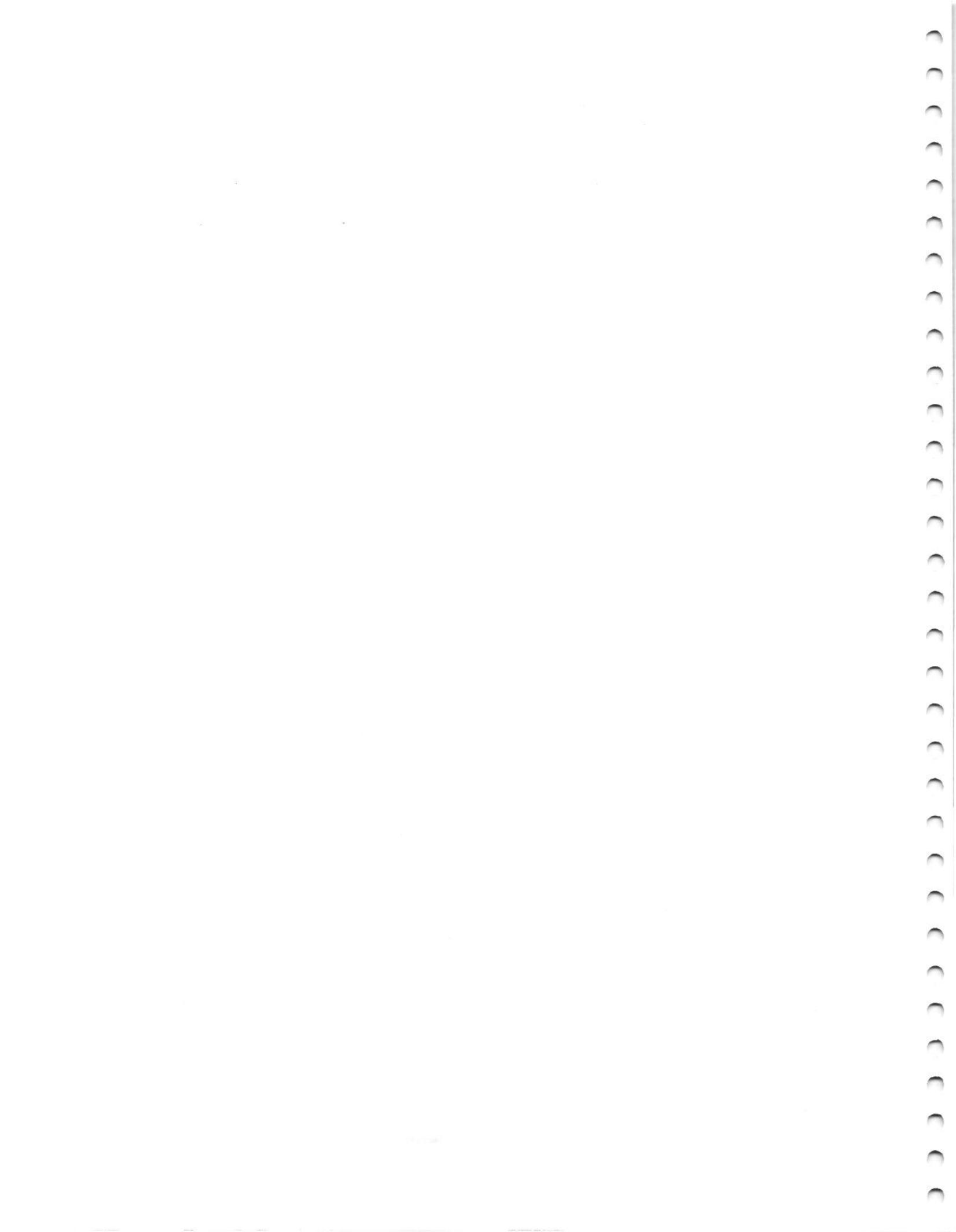
⁹⁰ Ibid., p. 63.

⁹¹ Ibid., p. 66.

⁹² Ibid., p. 64.

⁹³ Pederzini, op cit., p. 64.

⁹⁴ Leite, Paola y Castañeda, Xóchitl, (Coordinadoras). *Migración y Salud. Inmigrantes mexicanas en Estados Unidos.* México: CONAPO, 2010, p.12. (Fecha de consulta: 26 de noviembre de 2011) Disponible en: (http://www.phs.ucdavis.edu/mahrc/images/stories/immigrant%20women%20and%20health_spanish.pdf).



mexicanas tienden a convertirse en madres a edades más tempranas (casi 40 por ciento de las mujeres mexicanas que dieron a luz en 2007 no había cumplido 25 años). En conjunto, 72 por ciento de las mujeres mexicanas adultas tiene hijos menores de 18 años, una proporción muy superior a la de otros grupos inmigrantes y nativas.⁹⁵

3.4. Flujos migratorios y cambio social.

En México se ha considerado que la familia se organiza a través de una estructura patriarcal. Bajo esta estructura, los hombres y las personas mayores tienen el mayor poder y respeto dentro de la familia. En la construcción del género masculino, el padre se posiciona como el protector y proveedor principal de la familia. En este sentido, el machismo también es asociado con la dominación y opresión de los padres sobre los demás miembros de la familia. Las mujeres en las visiones más conservadoras, son criadas para ser sumisas a la autoridad masculina, devotas al hogar, al esposo y a sus hijos.⁹⁶ Esta estructura familiar se ha visto disminuida en las últimas décadas a causa de la industrialización y por el creciente número de mujeres que forman parte del campo laboral.

El proceso de migrar usualmente provoca un cambio de poderes y de roles en la pareja mexicana migrante, ya que se disminuye la dominación masculina en la familia, y la relación suele volverse más igualitaria y compartida en la toma de decisiones. En la primera generación de mexicanos migrantes, se ha visto que la pareja suele tener altos niveles de cooperación, apoyo mutuo y comparte la toma de decisiones. En las relaciones de pareja migrante, los hombres cambian su machismo por una identidad más igualitaria, donde se vuelve más activa su participación en el hogar, en el cuidado de los hijos y en la fidelidad a sus esposas. Tanto la mujer como el hombre, se transforman en el país de destino.⁹⁷

⁹⁵ Ibid., p. 11.

⁹⁶ Mancilla y Rodríguez, op cit., p. 38.

⁹⁷ Ibid.



Otro de los cambios que se presentan es que ella se permite ser más sociable, trabajar tiempo completo, visitar a sus amigos y familiares y tener más poder en el proceso de toma de decisiones en la relación de pareja y en la familia. La pareja cambia o equilibra los roles de género para funcionar mejor en su nuevo ambiente. La mujer, al conseguir trabajo, se empieza a sentir mejor con ella misma, lo cual forma un sentido de competencia y de alta autoestima, en contraste con el hombre que puede debatir con sentimientos de inferioridad y sentir que su rol de proveedor y de protector disminuye.⁹⁸

Un reto considerable señalado por las mujeres de migrantes es la falta de respeto a la autoridad materna, sobre todo cuando los hijos llegan a ser adolescentes. Suele presentarse una pérdida de interés de los hijos (especialmente los varones) en la escuela, pues el estudio se ve opacado por las ganas de trabajar en el norte. Las esposas de migrantes terminan por negociar mayores cuotas de poder (en una noción de poder como cuantificable y margen de decisión dentro del hogar).⁹⁹

En cuanto a la incursión de las mujeres de migrantes en la esfera pública, es útil distinguir la percepción de analistas del fenómeno, en algunas ocasiones ellas mencionan un “despertar” que las lleva a una participación inédita en asuntos comunitarios. La mujer de migrante debe ser hábil administradora de las remesas para que contribuya a acrecentar y salvaguardar el patrimonio familiar. Aún cuando el marido pueda agradecer la colaboración de su mujer en este sentido, frecuentemente existe poco reconocimiento social de su aporte económico y sus labores.¹⁰⁰

La supervivencia de familias migrantes así como la convivencia cotidiana de sus miembros suponen retos especiales, ya que la ausencia física del jefe o jefa de

⁹⁸ Ibid., p. 39.

⁹⁹ Mummert, Gail. *¡Quién sabe qué será ese norte! Mujeres ante la migración mexicana a Estados Unidos y Canadá*, en: *Los grandes problemas de México: Migraciones internacionales*, Tomo III. México: El Colegio de México, 2010, p. 302.

¹⁰⁰ Ibid., p. 303.



hogar introduce ciertas tensiones y conflictos en las dinámicas familiares que pueden colocar a sus miembros en situación de vulnerabilidad social.¹⁰¹

Las remesas. Aunque los ingresos de las mujeres migrantes, tienden a ser menores a las de sus parejas varones, ellas suelen enviar un mayor porcentaje de sus ingresos y en el transcurso del tiempo, son las mujeres quienes tienden a mantener de manera sostenida su patrón de envío de remesas, conservando un nexo cercano con la familia. Por otro lado, las mujeres, que en la mayoría de los casos son quienes reciben y administran las remesas enviadas, pueden lograr bajo ciertas circunstancias, que esta experiencia se traduzca en un elemento que les brinde mayor autonomía y eleve su estatus de autoridad en el ámbito familiar.¹⁰²

En este contexto, el marco de normas jurídicas y políticas juegan un papel importante respecto a la experiencia migratoria y a los efectos de las remesas en la vida de las mujeres, debido a que se inscriben como parte del contexto que puede favorecer o no las relaciones democráticas y equitativas entre mujeres y hombres, en la medida que promueven y observan los principios de los derechos humanos y en particular los derechos de las mujeres.¹⁰³

3.5. Papel de las redes sociales en las migraciones femeninas.

La maduración alcanzada por las redes con el continuo ir y venir de los migrantes ha establecido una cadena de relaciones directas o indirectas que ha contribuido a que las mujeres o sus familiares busquen más opciones para migrar hacia Estados Unidos. Los riesgos y peligros que significa cruzar la frontera norte, cuando se realiza de manera indocumentada, han llevado a la migración femenina a buscar

¹⁰¹ Ibid., p. 307.

¹⁰² CEAMEG, op ct., *Estudio sobre los efectos de la migración en las mujeres*, México

¹⁰³ Ibid.



otras formas más seguras, entre las que destacan el uso de documentos apócrifos o con visa de turista, diversificando las redes y estrategias de cruce.¹⁰⁴

El esposo, el padre, el hermano, de la mujer migrante ha establecido a través de su experiencia relaciones con amigos, parientes o paisanos que viven en la frontera norte, quienes saben cómo cruzar, por dónde, y con quién dirigirse para establecer la forma de cruce más segura. Las redes mixtas en esta etapa son cruciales para poder lograr un cruce exitoso.¹⁰⁵

3.6. Derechos humanos.

Las mujeres migrantes corren mayores riesgos de ser discriminadas, explotadas y maltratadas que los migrantes hombres u otras trabajadoras. Muchas veces no están bien informadas acerca de sus derechos y de las obligaciones de sus auspiciadores.¹⁰⁶ Los obstáculos que deben superar las mujeres migrantes para adaptarse bien al país de acogida incluyen la intolerancia racial y la discriminación contra mujeres extranjeras. Muchas veces las agencias de contratación privadas son las culpables de los abusos que sufren las mujeres migrantes.¹⁰⁷

Las mujeres constituyen la población más vulnerable, no son conscientes de sus derechos, creen que por ser indocumentadas no tienen ninguno. Desempeñan los trabajos que nadie quiere hacer. Aceptan todo tipo de explotación, bajos salarios y ninguna prestación social.¹⁰⁸

¹⁰⁴ Woo Morales, Ofelia. "Redes sociales y familiares en las mujeres migrantes", en: *Mujeres en las Fronteras: Trabajo, Salud y Migración*. México: Plaza y Valdés, 2001, p. 313.

¹⁰⁵ Ibid

¹⁰⁶ Naciones Unidas. *Estudio mundial sobre el papel de la mujer en el desarrollo 2004: La mujer y la migración internacional*. Naciones Unidas: 2005, p. 43.

¹⁰⁷ Ibid., 44.

¹⁰⁸ Galeana de Valadés, Patricia. *La migración México-Estados Unidos y su feminización*. México: UNAM, 2008, p. 10.



3.7. Cobertura de seguridad médica de las migrantes mexicanas en Estados Unidos.

El índice de desprotección de mujeres inmigrantes mexicanas que se encuentra en condición de pobreza es dramático (68 por ciento).¹⁰⁹ Casi una tercera parte tienen menores probabilidades de recibir cuidados prenatales (62 por ciento); 7 por ciento que dieron a luz empezaron a recibir atención médica hasta el último mes de gestación y 3 por ciento no asistió al médico durante el embarazo.¹¹⁰

Las inequidades en el acceso a los servicios de salud en Estados Unidos expresan y refuerzan procesos de integración socioeconómica que difieren según la etnia o raza y el estatus migratorio. El estado de salud de la mujer nacida en México en comparación con los inmigrantes de otras nacionalidades y de las no hispanas nacidas en Estados Unidos, señala claramente su desventaja en cuanto a logro educativo y acceso a la atención de salud.¹¹¹

¹⁰⁹ Leite y Castañeda, op cit., p. 22.

¹¹⁰ Ibid., p. 47-48.

¹¹¹ Ibid., p. 49.



CAPITULO 4

VULNERABILIDAD DE LAS MUJERES MIGRANTES FRENTE AL VIH

4.1. Antecedentes del VIH en mujeres.

Las estimaciones presentadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) indicaron que en el año 2007 se encontraban 33 millones de personas viviendo con VIH en el planeta, de las cuales la mitad eran mujeres.¹¹²

Las estimaciones del CENSIDA de manera conjunta con el ONUSIDA, reconocen que en el 2009 existían en México 220,000 personas adultas infectadas por el VIH, de las cuales casi las dos terceras partes corresponden a hombres que tiene sexo con otros hombres (HSH), el 22.3 por ciento a mujeres heterosexuales y 6.6 por ciento a clientes de trabajadoras sexuales, principalmente heterosexuales. El 3.1 por ciento correspondió a trabajadoras sexuales y el 2.0 por ciento a varones heterosexuales. Mientras que los usuarios de drogas inyectadas y las personas privadas de su libertad contribuyeron cada uno con el 1.5 por ciento del total de personas que viven con VIH en México.¹¹³

La estimación de mujeres viviendo con VIH/Sida en México en el 2009 ascendió a 48,072, de las cuales 6,964 son mujeres migrantes a EUA y 1,658 son mujeres parejas de migrantes, representando una quinta parte de los casos de mujeres infectadas en México, como se muestra en el siguiente cuadro:

¹¹² Magis Rodríguez, Carlos Y Bravo García, Enrique. *El VIH y el SIDA en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones*, (Colección Ángulos del Sida). México: CENSIDA, 2008, p. 20.

¹¹³ SSA, CENSIDA. *Mujeres y VIH/Sida en México* (Fecha de consulta: 19 de noviembre de 2011). Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/EPI_MujeryVIH-Izazola.pdf.



Cuadro 2
Mujeres viviendo con VIH/Sida según grupo/población vulnerable en México
2009

Población o grupo	Población vulnerable	Prevalencia estimada	Mujeres VIH
Mujeres Unidas/casadas	17,219,644	0.001	17,220
Solteras sexualmente activas	4,359,347	0.001	4,359
Separadas/Divorciadas sexualmente activas	2,975,646	0.001	2,976
Mujeres que ya no son sexualmente activas	1,383,701	0.0005	692
Mujeres UDI (Usuarias de Drogas Inyectadas)	10,647	0.105	1,119
Mujeres parejas de UDI (Usuarias de Drogas Inyectadas)	21,300	0.04	852
Parejas de militares	161,000	0.00146	235
Mujeres migrantes a EUA	3,482,099	0.002	6,964
Mujeres en reclusorios	11,193	0.02	224
Mujeres parejas de reclusos	105,500	0.01	1,055
Mujeres parejas de migrantes	829,070	0.002	1,658
MTS (Mujeres Trabajadoras Sexuales)	200,000	0.02	4,000
MTS-UDI (Mujeres Trabajadoras Sexuales-Usuarias de Drogas Inyectadas)	5,000	0.11	550
Transgéneros (18-60 años)	30,039	0.2	6,008
Niñas explotadas sexualmente	8,000	0.02	160
		TOTAL	48,072

Fuente: CENSIDA, 2009.¹¹⁴

En México el primer caso femenino se notificó en 1985. Para 1987 había 23 hombres con SIDA por cada caso femenino.¹¹⁵ Desde el inicio de la epidemia en nuestro país, hasta el 17 de noviembre del 2009, en el Registro Nacional de Casos de SIDA se han contabilizado 135,003 casos acumulados de SIDA, de las cuales el 82.3 por ciento son hombres y el 17.7 son mujeres, es decir, existe una relación hombres/mujeres de 4.6 a 1. 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 2009.¹¹⁶

¹¹⁴ SSA, CENSIDA. *Mujeres y VIH/Sida en México* (Fecha de consulta: 19 de noviembre de 2011) Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/EPI_MujeryVIH-lzazola.pdf.

¹¹⁵ Kendall, Tamil. *La vulnerabilidad de las mujeres mexicanas frente al VIH y el Sida*, en: *VHI/Sida y Salud Pública, Manual para personal de salud*. México: CENSIDA, 2009, p. 149.

¹¹⁶ SSA, CENSIDA. *El VIH/Sida en México 2009*. México: 2009 (Fecha de consulta: 30 de noviembre de 2011). Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>.



La epidemia del Sida en México es predominantemente sexual, ya que este tipo de transmisión ha sido la causante de más del 90% de los casos acumulados de Sida. Aunque en los primeros años de la epidemia, los casos en homosexuales y bisexuales llegaron a representar más del 90 por ciento, a finales de la última década representaron alrededor del 50 por ciento, con una tendencia ascendente en el porcentaje de casos de tipo heterosexual, así como la desaparición de los casos de Sida asociados a la transfusión sanguínea. Los casos en usuarios de drogas inyectadas y transmisión perinatal ocupan porcentajes marginales.¹¹⁷

Las condiciones estructurales de desigualdad social en que viven las mujeres son el principal factor de vulnerabilidad. Las mujeres son más vulnerables que los hombres al VIH/Sida en varios sentidos. En términos biológicos, las mujeres tienen una superficie mucosa genital más amplia que se expone al contacto con el virus durante las relaciones sexuales. Cuando se crean heridas muy pequeñas (por enfermedades de transmisión sexual, acciones rudas durante la penetración vaginal, relaciones sexuales sin lubricación vaginal natural o artificial, etc.), se cree que estas lesiones facilitan la entrada del VIH al organismo de la mujer. Además, hay una mayor cantidad de VIH en el esperma que en el flujo vaginal. Por otro lado, las mujeres son cuatro veces más vulnerables a las otras infecciones de transmisión sexual, las cuales a su vez facilitan la transmisión del VIH.¹¹⁸

4.2. Factores de vulnerabilidad de las migrantes mexicanas frente al VIH/Sida.

Desde inicio de la investigación sobre el VIH/Sida se ha descrito su relación con la migración. México tiene una epidemia relativamente estable. Las estadísticas muestran que la prevalencia de VIH en la población adulta de los Estados Unidos es de 0.6 por ciento en los últimos años, mientras que en México es de 0.3 por

¹¹⁷ SSA, CENSIDA. "Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS" México, 2010. p.26. Fecha de consulta: 4 de marzo de 2012. Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/UNGASS_Mex2010.pdf.

¹¹⁸ Leigh, Betania Alen y Torres Pereda, Pilar. "Género, poder y VIH/SIDA en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias", en: *25 Años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009, p.278



ciento. Diversas investigaciones han mostrado que los mexicanos que migran a los Estados Unidos para trabajar están participando cada vez más en conductas de alto riesgo que aumentan sus posibilidades de contraer el VIH. Algunas de ellas son: tener sexo con un número mayor de parejas, acudir con trabajadoras sexuales, utilizar el condón de forma inconsistente, consumir droga e intercambiar jeringa para su consumo.¹¹⁹

En cuanto a las mujeres migrantes indocumentadas, los estudios revelan que casi la mitad de ellas sufren violencia durante el viaje, generalmente a manos de los oficiales fronterizos y la policía, parte de esta violencia es sexual. Las relaciones sexuales pueden ser consensuales, forzadas o intercambiadas por techo y comida, o como soborno a guardias fronterizos o policías para que la mujer y el grupo con el que viaja puedan seguir adelante. Estos actos sexuales casi siempre se realizan en condiciones de subordinación que impiden que la mujer pueda negociar el uso del condón.¹²⁰

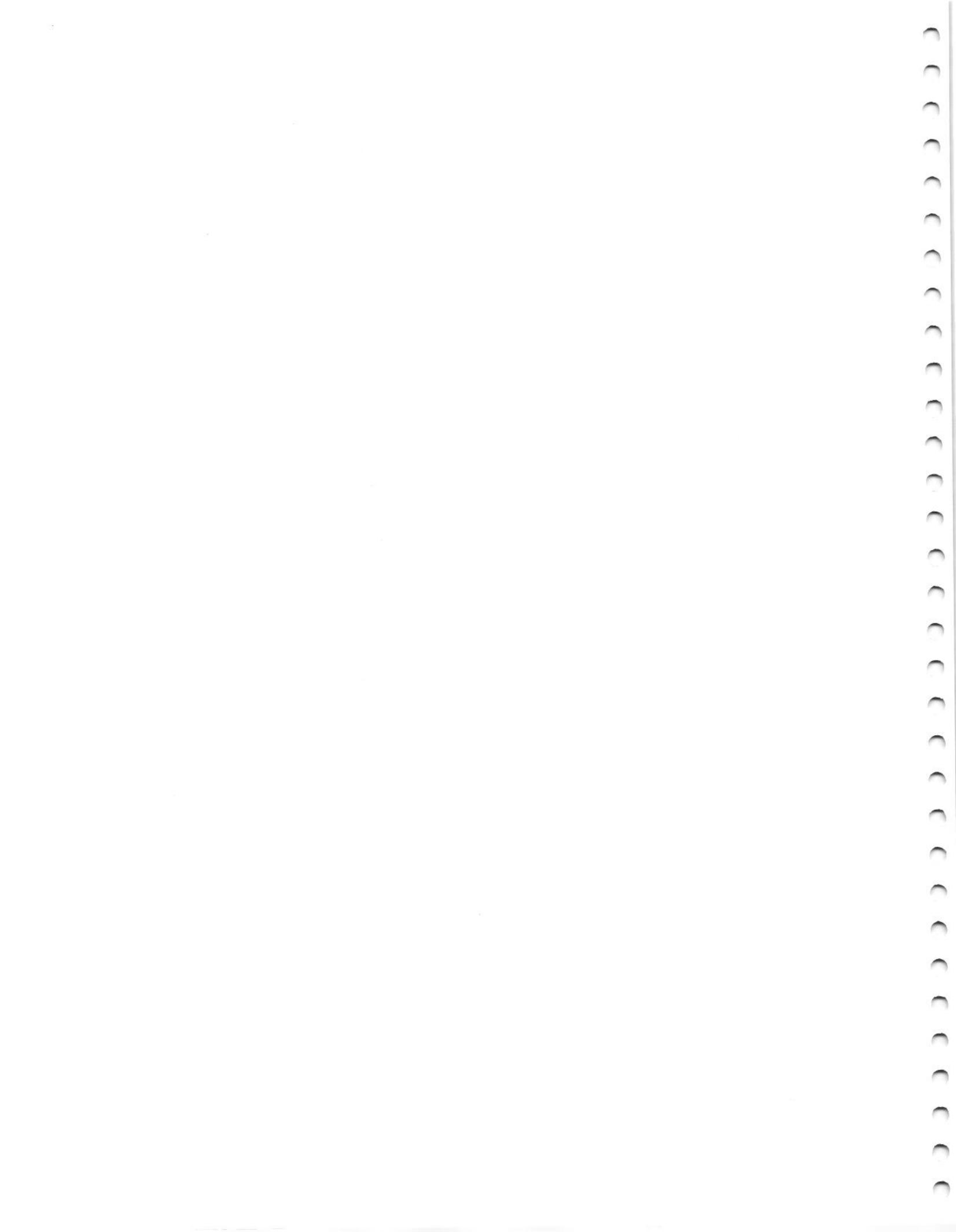
Al llegar a sus destinos las mujeres migrantes pueden ser particularmente vulnerables porque por lo general ganan menos que los hombres y se ven forzadas a ingresar a los sectores informales de la economía, donde no tienen acceso a beneficios de la seguridad social o protección de las leyes laborales locales y tienen miedo de buscar ayuda, especialmente si están trabajando ilegalmente o son trabajadoras domésticas que viven en la casa de sus empleadores.¹²¹

Durante el momento de retorno del migrante, las mujeres que se quedan en México tienen que enfrentar situaciones de riesgo de ITS/VIH/Sida en condiciones de desigualdad debido al comportamiento sexual de sus parejas migrantes y a su limitada capacidad para proteger su salud sexual, ya que las normas dominantes les impiden actuar para prevenir el VIH. Los migrantes en los lugares de destino

¹¹⁹ Ibid., 221

¹²⁰ Ibid., 153.

¹²¹ Ibid., 153



viven nuevas experiencias sexuales que intentan replicar con sus parejas en sus comunidades de origen, lo cual podría contribuir a la transmisión de ITS.¹²²

Un estudio documentó que mientras casi todas las mujeres parejas de migrantes mexicanos que viven en zonas rurales han oído hablar del Sida (90 por ciento), pero la mayoría (60 por ciento) no hace nada para protegerse. Sólo el 5 por ciento de las mujeres dijo que siempre utilizaba condones.¹²³

Diversos estudios etnográficos indican que las compañeras de migrantes despliegan ciertas estrategias para protegerse, por ejemplo, buscando información sobre el comportamiento sexual de la pareja en el “otro lado”, directamente con él o mediante otras fuentes, yendo a la clínica para verificar si tienen alguna infección de transmisión sexual, alentando a su pareja para que vaya, e incluso en alguno casos, solicitándole el uso del condón. No obstante, la inequidad de género y las construcciones sexuales dominantes impiden que las mujeres puedan protegerse de manera efectiva.¹²⁴

Para las mujeres que se infectaron con el VIH sosteniendo relaciones heterosexuales con sus cónyuges, se percibe claramente que no existieron posibilidades de protección en la práctica, ellas consideran que no estuvieron expuestas a campañas de promoción de la salud sexual ni que poseían los conocimientos y las actitudes para oponerse a las relaciones desprotegidas con sus compañeros estables. Contrariamente a lo que suele pensarse, no fue la actividad sexual de ellas sino la de sus cónyuges el factor crítico de transmisión de VIH, todo en un contexto sociocultural adverso para la negociación de las condiciones de los intercambios sexuales, marcado por una desinformación que no facilita la adopción de medios para protegerse.¹²⁵

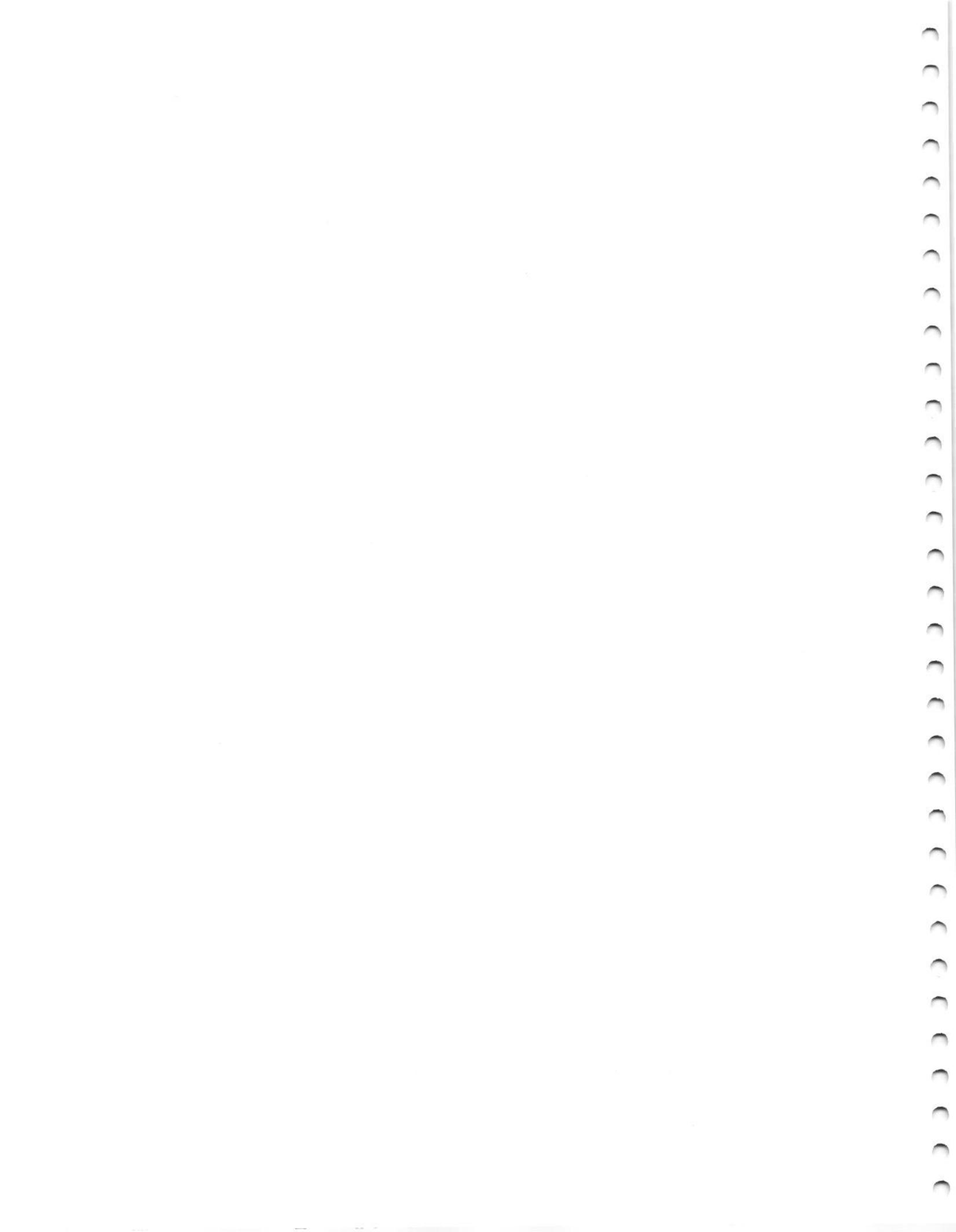
Naciones Unidas reconoce que a pesar de que las mujeres representan aproximadamente la mitad de los migrantes internacionales del mundo, no se ha

¹²² Bronfman, Mario y Leyva Flores, René. *Migración y SIDA en México*, en: *25 Años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*, México: SSA-CENSIDA, 2009, p.247.

¹²³ Kendall, op cit., 153.

¹²⁴ Ibid

¹²⁵ Magis y Bravo, op cit., 62



incorporado una perspectiva de género ni en la investigación ni en la elaboración de políticas y programas.¹²⁶ La incorporación de la perspectiva de género en el estudio de las causas y consecuencias de la migración puede ampliar la comprensión de la migración internacional y mejorar la situación de las mujeres migrantes.

4.3. Género y vulnerabilidad ante el VIH.

Se entiende por “género” una serie de características y funciones que se atribuyen culturalmente a hombres y a mujeres, y que van más allá de su condición biológica. El género constituye una serie de construcciones sociales, que muchas veces se traducen en prescripciones acerca del comportamiento que se considera “aceptable” en una mujer o en un hombre. Estas construcciones se aprenden a través de un intenso proceso de socialización que inicia desde el nacimiento y continúa a lo largo de la vida.¹²⁷

Las normas sociales predominantes condicionan para que los hombres tengan más parejas sexuales que las mujeres. Entre las mujeres la necesidad de cumplir con el rol de esposa-madre dificulta el poder de negociación de las condiciones de protección durante el acto sexual, especialmente si aún no han tenido hijos.¹²⁸

Para muchas mujeres del mundo, la construcción social del género, que incluye la dependencia económica (y de otros tipos) de las mujeres hacia la pareja masculina, crea una situación donde ellas no pueden controlar cuándo tendrán relaciones sexuales. Tampoco pueden decidir cómo serán tales relaciones; por ejemplo, si ocurrirán con condón, de manera brusca o no, acompañadas del disfrute o placer y por lo tanto (entre otras cosas) acompañadas de lubricación

¹²⁶ Naciones Unidas, *Estudio mundial sobre el papel de la mujer en el desarrollo 2004: La mujer y la migración internacional*. Naciones Unidas: 2005, p.1.

¹²⁷ Kendall, op cit., p. 150

¹²⁸ Magis y Bravo, op cit., p. 62.



natural; todas estas situaciones están relacionadas con el riesgo de transmisión del VIH.¹²⁹

Introducir el tema del condón o del diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual expone a las mujeres no sólo a enfrentarse emocional y psicológicamente a la posible infidelidad de su pareja en una cultura que valora la monogamia, pues esto rompe con las construcciones de amor y confianza; además de que las expone a conflictos de pareja y hasta a padecer violencia o abandono. Bajo esta circunstancia, no sorprende ver que la mayoría de las mujeres abandona la idea de insistir en el uso del condón, aún conociendo el riesgo de infección por VIH.¹³⁰

La vulnerabilidad de las mujeres heterosexuales suele estar relacionada con los comportamientos sexuales de su pareja.¹³¹

Mujeres jóvenes que se relacionan con hombres mayores. Algunos patrones socioculturales como el noviazgo entre hombres mayores y mujeres jóvenes, contribuyen a incrementar la vulnerabilidad en las mujeres, ya que es mucho más factible que los hombres mayores hayan tenido más parejas sexuales y, por lo tanto, hayan tenido más probabilidades de adquirir el VIH u otra infección de transmisión sexual.

Falta de prevención por infidelidad. Estudios realizados en México y Estados Unidos han identificado que los ideales culturales impiden que ellas reconozcan la infidelidad, a pesar de que cuenten con evidencia de lo contrario. Como consecuencia, muchas no toman medidas de prevención para no evidenciar sospecha de la infidelidad de su pareja, y peor aún, para evitar posibles reclamos.

Poco poder de decisión de las mujeres. Diversos estudios indican que las mujeres mexicanas heterosexuales tienen poco poder de decisión y tienden a no hablar de sexualidad, anticoncepción ni sexo protegido con sus parejas y que tampoco se

¹²⁹ Leigh y Pereda, op cit., p.278

¹³⁰ Kendall, op cit., 153

¹³¹ Ibid., p. 149-154



consideran con posibilidades de influir en el comportamiento sexual de su pareja, incluso cuando perciben su vulnerabilidad a la infección por el VIH.

Mujeres con pareja masculina que tienen sexo con otros hombres. Debido a que la población con los niveles más altos de VIH en México son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), se considera que la reciente tendencia a la feminización de la epidemia se debe a que las mujeres adquieren el virus al relacionarse con hombres que tienen sexo con hombres y con mujeres.

En muchos países de Latinoamérica, incluyendo México, se ha documentado que tener sexo con otros hombres no implica necesariamente la construcción de una identidad homosexual o gay. Por otra parte, los hombres que tienen relaciones con otros hombres (HSH) pueden asumir una identidad bisexual o gay, y casarse con una mujer, tener hijos y cumplir con otras normas dominantes de masculinidad. Además, algunos hombres perciben el sexo con otros hombres como “socialmente seguro” porque supuestamente ninguno de los dos va a enamorarse, a embarazarse o a decir nada de esta relación a la esposa.

El estigma y la discriminación asociados con ser identificado como gay se suman a la clandestinidad proveniente de la infidelidad sexual, creando contextos en donde las prácticas preventivas son psicológica y materialmente difíciles de implantar, volviendo más vulnerables aún a los hombres que tienen sexo con hombres y a sus parejas, sean hombres o mujeres. Los HSH que no se identifican como gays reciben escasos mensajes relevantes para prevenir la transmisión del VIH.

Un estudio retrospectivo con 150 hombres mexicanos VIH positivos y con una pareja femenina estable indicó que 92 por ciento tuvo coito anal con al menos otro hombre en su vida y 70 por ciento no usó condón con otros hombres en los tres años anteriores al estudio. De las parejas femeninas de estos hombres, sólo dos sospechaban la posibilidad de prácticas homosexuales de su pareja y ninguna había considerado necesario el condón, a excepción del uso ocasional como un método de planificación familiar. Otro estudio cualitativo con hombres mexicanos



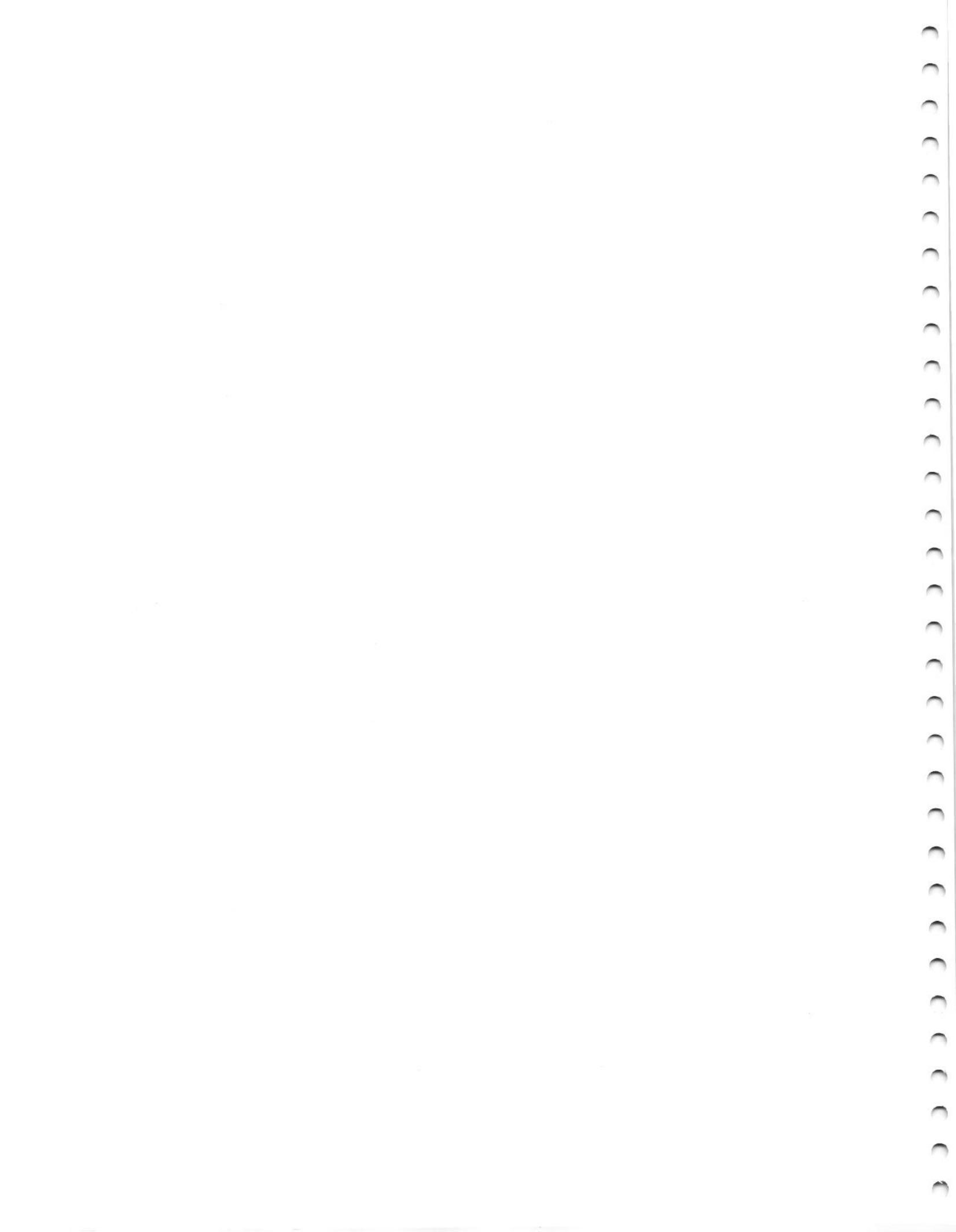
que viven con VIH, quienes se autoidentificaron como hombres que tienen sexo con mujeres, encontró que el sexo con hombres era común en sus historias sexuales.

Mujeres que sufren violencia. El sexo coercitivo con una pareja infectada incrementa la vulnerabilidad a la infección por VIH en las mujeres, limita la habilidad de la mujer para negociar comportamientos preventivos como el uso del condón. Es relevante reconocer que la violencia de género es común en el contexto mexicano.

Mujeres usuarias de drogas o que son pareja de usuarios de drogas. Las mujeres que usan drogas inyectadas, o que son compañeras de hombres que usan drogas, parecen ser una población vulnerable al VIH. Algunos datos sugieren que la prevalencia del VIH entre mujeres usuarias es más alta que entre hombres usuarios (8 a 3), ya que las mujeres UDI reportaron compartir jeringas con sus parejas masculinas estables (es frecuente que existe una regla que establece que ellas se inyectan después de sus parejas, y a veces después de sus amigos) y muchas usuarias están involucradas en el trabajo sexual o en el sexo recompensado con drogas.

Mujeres que tienen sexo anal no protegido. El sexo anal no protegido es una práctica sexual común en las parejas heterosexuales, pero se trata de un tema tabú. Según estudios realizados en Estados Unidos, Europa y África, esta práctica está asociada con un incremento de casi dos veces en la posibilidad de adquirir el VIH. Muchas mujeres perciben el sexo anal como una exigencia por parte de su pareja masculina, otros motivos incluyen la posibilidad de evitar embarazos, preservar la virginidad (vaginal) y se tiene la idea equivocada de que el sexo anal protege contra las infecciones sexuales, incluyendo el VIH.

Uno de los pocos estudios latinoamericanos, realizado en Brasil, encontró que entre las parejas femeninas de hombres VIH positivos, el sexo anal fue el factor más fuertemente relacionado con la infección de la pareja femenina, además de que el uso del condón es menos frecuente durante el sexo anal que durante el



sexo vaginal. Otro dato relevante es que los hombres mexicanos con prácticas bisexuales son más propensos a reportar sexo anal con sus parejas femeninas que los hombres con prácticas exclusivamente heterosexuales.¹³²

Mujeres embarazadas. En las áreas rurales el riesgo de contagio aumenta durante el embarazo, puesto que es frecuente que el cónyuge mantenga relaciones con trabajadores del sexo comercial. En las áreas urbanas, los hombres tienden a tener más compañeras sexuales mientras se encuentran solteros, y mayor cantidad de parejas ocasionales durante los períodos de separación de la pareja estable. Crece el riesgo para que las mujeres adquieran vulnerabilidad por la confianza que les deben guardar a sus compañeros estables, un producto de la condición de subordinación frente a los hombres que pesa sobre ellas.¹³³

Mujeres que intercambian sexo para su supervivencia y Mujeres trabajadoras sexuales. Muchas mujeres se ven obligadas a intercambiar sexo por favores materiales para su supervivencia diaria. Existe el trabajo sexual formal, pero este otro tipo de intercambio existe también en muchos lugares pobres y es la única forma que tienen muchas mujeres para mantener a sus hijos y a ellas mismas.¹³⁴

En este contexto de invisibilidad social, las mujeres que viven con VIH, además de padecer la inequidad de género, que se recrudece por el hecho mismo de haber adquirido el virus, enfrentan la pérdida de salud, en ocasiones la muerte de sus parejas y de sus hijos, la violación de sus derechos humanos, la pobreza, la soledad y el estigma social, por mencionar algunos de los fenómenos más recurrentes.¹³⁵

Confluyen diversos factores sociales, económicos y culturales para impedir el acceso de las mujeres VIH positivas a los servicios de salud, como la distancia, el tiempo y los costos de transporte que afectan el acceso a los servicios disponibles.

¹³² Kendall, op cit., p. 154.

¹³³ Magis y Bravo (2008), op cit., p. 62.

¹³⁴ Pérez Vázquez, Hilda, Taracena, Rosario. *Mujeres que viven con VIH/SIDA y servicios de salud: Recomendaciones para mejorar la calidad de atención*, Colección Ángulos del Sida. México: CENSIDA, 2004, p. 16.

¹³⁵ Ibid., p.19



Respecto a la consulta médica, las mujeres reportan algunos obstáculos para acudir a ella, sobre todo las que pertenecen a medios rurales;¹³⁶

Estigma y discriminación. Una de las terribles características de este problema de salud, es que no sólo afecta biológicamente a las personas que desarrollan la enfermedad, sino que además trastorna y deteriora progresivamente su entorno familiar, laboral, económico, político y social. En todo el mundo ha sido documentado que el VIH/Sida genera reacciones de rechazo que se traducen en estigma y discriminación y, por ende, en el aislamiento y el consecuente daño psicológico para las personas que viven con el virus de la enfermedad, al grado de que la muerte social puede adelantarse a la biológica a causa del maltrato de una sociedad que actúa de forma despiadada e ignorante, ocasionando que las personas con mayor riesgo quieran acercarse a los servicios públicos de salud.¹³⁷

Las reacciones de rechazo, son producto en muchos casos de miedo infundido al contagio y se ha manifestado en actos de discriminación con la negación de servicios médicos, los despidos laborales injustificados y la estigmatización de personas. Ante esta situación, con base en resoluciones que comenzaron a aprobarse en 1989, en el año 1996 se acordaron en Naciones Unidas las directrices y obligaciones que deben asumir los estados para, en el contexto del VIH/Sida, proteger de las violaciones los derechos humanos a los sectores más vulnerables.¹³⁸

Muchos proveedores de servicios de salud asumen que las mujeres VIH seropositivas no tienen vida sexual o se oponen a que la tengan, ellas han manifestado que en los servicios de salud hay reticencia a brindarle atención ginecológica y obstétrica y, cuando se les da, algunos proveedores del servicio exageran las precauciones y tienen actitudes discriminatorias. Los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de

¹³⁶ Magis y Bravo, op cit., p. 57.

¹³⁷ Magis Rodríguez, Carlos y Barrientos Barcenás, Hermelinda. "Introducción" en: *VHI/Sida y Salud Pública, Manual para personal de salud*. México: CENSIDA, 2009, p. 15.

¹³⁸ Magis y Bravo (2008), op cit., p. 43.



la Salud incluyen consideraciones específicas para mujeres con VIH, y que existen muchas opciones adecuadas para ellas.¹³⁹

4.4. La voz de las afectadas.

El 6 de octubre de 2011 se inició la investigación de campo. El primer objetivo era encontrar la población objeto de estudio, para ello se contactó a la Lic. Silvia Loggia, del Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES), con el fin de obtener un enlace a través de las instituciones con quienes mantiene una relación ese Instituto; sin embargo, se perdió el contacto debido a que la Lic. Loggia dejó de laborar en el Instituto, posteriormente, se siguió la comunicación con la Lic. Gabriela Luna, quien proporcionó por correo electrónico un "Informe final de la consulta de VIH/Sida y pueblos indígenas en áreas fronterizas", con la idea de que podría ser de utilidad para la elaboración del presente trabajo de investigación. La Lic. Luna quedó en hablar con la Directora del Instituto para ver la forma en que se podría otorgar el apoyo. Aunque se siguió insistiendo, no se pudo obtener una respuesta favorable, por lo que se optó por buscar otras alternativas.

A partir del 16 de noviembre se sostuvo comunicación con la Lic. Patricia Rodríguez Valenzuela, de la organización denominada La Casa de la Sal, A.C. Se le planteó el objetivo de la investigación, días después, por acuerdo de la Lic. María Eugenia Sandín Ramos, Directora del área de Programas, fue solicitada toda la información que se manejaría durante la investigación para su revisión, para que, en el caso de que fuera aprobada, se procediera a buscar la población que participaría en las entrevistas. Ante tal respuesta se optó por buscar otras opciones para conseguir el enlace.

Desde inicios del mes de noviembre se venía manteniendo conversaciones telefónicas y vía correo electrónico con la Lic. Anette Morales Carcaño del CENSIDA. El día 23 de noviembre de 2011 se acudió a una cita en las oficinas de

¹³⁹ Kendall, op cit., 155.



la colonia Anzures. En la entrevista la Lic. Morales informó de la existencia de los Centros Ambulatorios de Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)¹⁴⁰ distribuidos a nivel nacional, asimismo, proporcionó una guía sobre el VIH, un video con las experiencias de enfermos de VIH en los CAPASITS; además, en ese instante, envió un correo a la Profesora Rosario Padilla, fundadora de una Asociación que atiende a personas migrantes con VIH en Tijuana, B.C., quien además padece el VIH y ha sido migrante mexicana. La idea era que la Profesora otorgara una entrevista a profundidad.

Para llevar a cabo las entrevistas se elaboraron tres cuestionarios: uno especial para la Profesora Padilla, el otro para mujeres migrantes con VIH y el tercero para esposas de migrantes infectadas por el VIH. (Anexo 1, 2 y 3)

Después de la visita al CENSIDA en la ciudad de México, el siguiente paso fue lograr el contacto con personal de los CAPASITS, por lo que a través de internet se obtuvieron los datos de dichos centros ubicados en Chilpancingo y Acapulco en el estado de Guerrero.

A partir del mes de diciembre se logró la comunicación con las trabajadoras sociales de dichos centros, en Chilpancingo con Nefri Lucía y en Acapulco con Lizet Pino, a quienes se les planteó el objetivo de la investigación. Después se envió por correo electrónico: carta-solicitud de apoyo enviada por la Profesora Investigadora Titular del Departamento de Sociología, con el Visto Bueno del

¹⁴⁰ Desde 1983 a 1986 la atención de pacientes con VIH/Sida se centró en hospitales del segundo nivel de la Secretaría de Salud; en 1987 se crea el CONASIDA y en 1997 se descentraliza y se elaboró el primer modelo de atención médica para atención a pacientes con VIH, de los que sólo existían siete hospitales estatales de la SS en todo el país. En 2001 se crea el CENSIDA y se constituye el CONASIDA. Para el 2000, la mayoría de los pacientes ya no requerían de toda una estructura hospitalaria. Por esto se planeó y desarrolló un nuevo modelo de infraestructura en salud, de tipo ambulatoria, es decir no hospitalaria y es así como se inicia en 2003 la creación de los CAPASITS. Actualmente existen 70 CAPASITS distribuidos en la república mexicana. SSA, CENSIDA, Manual de Organización específico de los CAPASITS (Fecha de consulta: 4 de marzo de 2012). Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/man_org_capasits.pdf. SSA, CENSIDA, Centros ambulatorios para la prevención y atención del Sida e ITS (CAPASITS) en la república mexicana. (Fecha de consulta: 4 de marzo de 2012) Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/directorios/directorio_CAP_0112.pdf. SSA, CENSIDA, Hacia un nuevo modelo de respuesta al VIH. (Fecha de consulta: 4 de marzo de 2012). Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/letras/2007/septiembre.html>



Coordinador de Ciencia Política de la Universidad Autónoma Metropolitana, identificación y cuestionarios dirigidos a los Directores de ambos centros, posteriormente se acordaron fechas para llevar a cabo las entrevistas, quedando programadas para el 1 y 2 de febrero de 2012, respectivamente.

Las entrevistas programadas para el 2 de febrero del año en curso en el CAPASITS de Acapulco se llevaron a cabo sin contratiempos; sin embargo, en el caso de Chilpancingo se presentaron algunos problemas, ya que aunque ya se habían enviado los documentos por correo electrónico, éstos fueron requeridos en forma directa, los cuales fueron entregados personalmente a la Trabajadora Social Nefri Lucía, posteriormente se tuvieron que reprogramar la fechas que se tenían contempladas para realizar las entrevistas el 1º. de febrero, ahora serían con fecha 3 de febrero y días más tarde fue cancelada en forma definitiva. Según Nefri, las mujeres viven en comunidades lejanas y en muchas ocasiones que se les cita no llegan, esto debido principalmente al problema económico, ya que se originan gastos de transportes, por lo que consideraba conveniente que las entrevistas se realizaran conforme se fueran presentando a la consulta durante el mes de febrero, por lo que, se le dejaron los cuestionarios debidamente foliados, para que directamente ella aplicara la entrevista. El día 2 de marzo del año en curso se recogieron cuatro cuestionarios requisitados.

Lo anterior representó una desventaja, al no poder realizar las entrevistas directamente, ya que, a diferencia del CAPASITS de Acapulco, en Chilpancingo no se alcanzaron a recoger los testimonios directos de las entrevistadas, lo que no permitió ampliar detalles para conocer cómo viven su padecimiento las mujeres migrantes que padecen VIH que asisten a ese centro.

Durante el periodo de investigación se recopiló diversa información, tanto de la Lic. Anette Morales, así como de las Trabajadoras Sociales de Chilpancingo y Acapulco, misma que se describe a continuación:



Lic. Anette Morales Carcaño. CENSIDA.

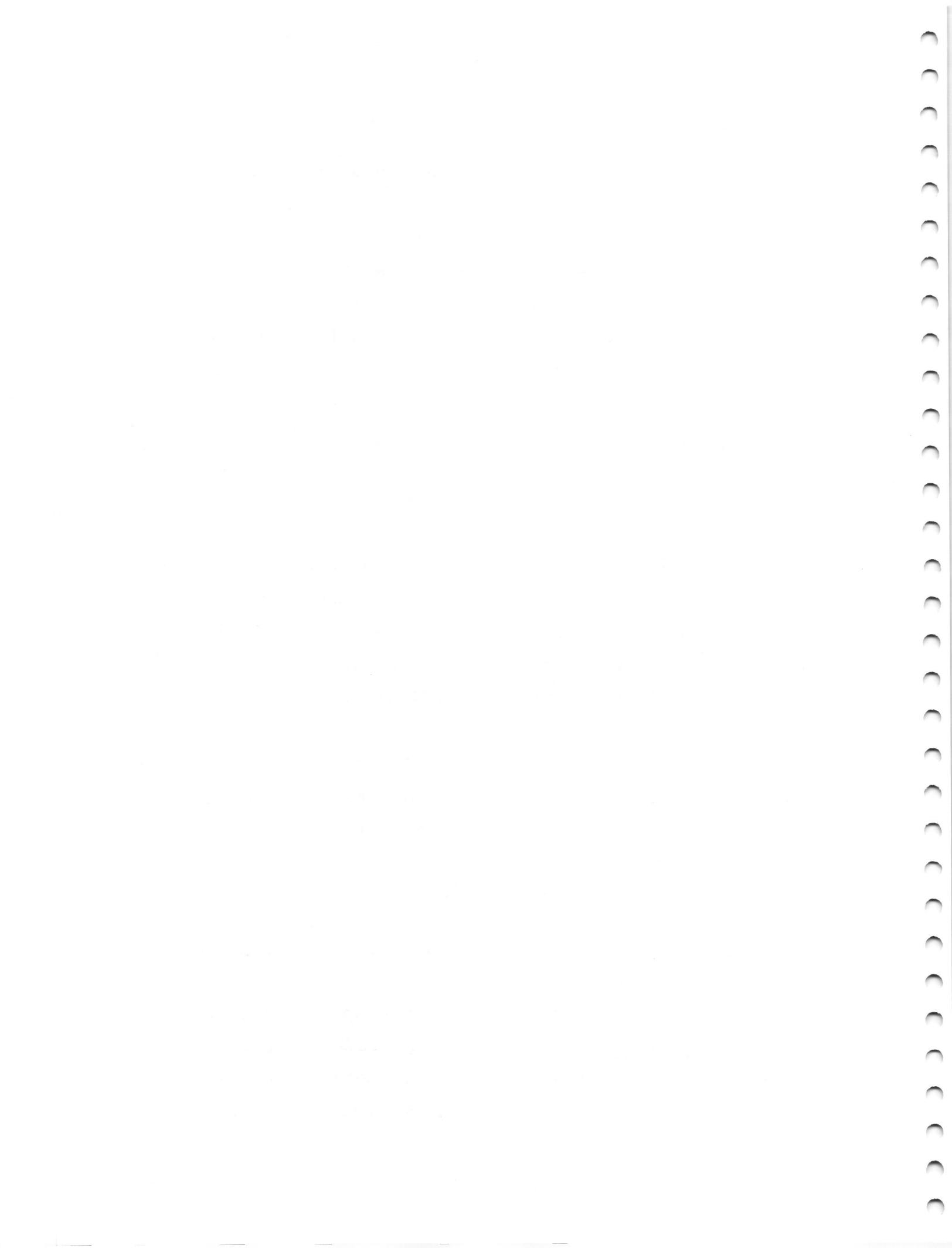
- Señaló que es incorrecta la expresión “existe una feminización de la epidemia”, lo correcto es “existe un incremento de infección de VIH en mujeres”, puesto que hay más hombres que mujeres con el VIH.
- También indicó que existe el Uso de Medicamentos Antirretrovirales en Profilaxis Postexposición Ocupacional. Se usan como una prevención después de una exposición para evitar la infección del VIH. La Lic. Proporcionó una guía del manejo para personal de salud.

Nefri Lucia. Trabajadora Social del CAPASITS en Chilpancingo.

- Informó que los CAPASITS prestan un servicio ambulatorio, es decir, trabajan con un horario de 8:00 a 15:30 Hrs., únicamente se atiende a personas con VIH, se les brinda servicio de psicología, consultas y se les entregan medicamentos a los pacientes. Aunque se requieren servicios adicionales como por ejemplo dentales, de nutrición que es muy importante, sólo se trabaja con los recursos que se les asignan. No se atienden a personas que son derechohabientes del IMSS y del ISSSTE, ya que éstos reciben la atención en su clínica correspondiente.
- Asimismo, se mantiene una comunicación con los Centros de Salud en los Municipios, con la finalidad de mantener una coordinación; sin embargo, las consultas y medicamentos se dan directamente en cada centro.

Lizet Pino. Trabajadora Social del CAPASITS en Acapulco

- Informó que para atender a la población con VIH es un requisito que estén inscritos en el seguro popular.
- Comentó que los pacientes prefieren mantener en secreto su padecimiento de VIH en sus comunidades. Cuenta que en una ocasión un joven se encontró a otro joven de su comunidad en el CAPASITS y uno de ellos le manifestó su preocupación, ya que según él, ahora todos se iban a enterar en el pueblo de



su padecimiento, por su parte, ella le aconsejó que hablaran y después los veía platicando en el Centro. Señaló que esta situación es común entre los pacientes (hombres y mujeres), por miedo al estigma y la discriminación.

4.4.1. Vivir con VIH y trabajar con mujeres con VIH.

El día 8 de diciembre de 2011, en el Loby de un hotel ubicado en Álvaro Obregón, casi esquina con Cuauhtémoc, en la Colonia Roma de la ciudad de México, nos concedió una entrevista la Profesora Rosario Padilla. Rosario Padilla, nació en Río Bravo, Tamaulipas, tiene 49 años, es fundadora junto con su pareja del Centro de Servicios SER, A.C., el cual dirige desde 2010.

SER, ubicada en Tijuana, Baja California, tiene como objetivos mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH, ofreciendo servicios de psicología, canalización a sus servicios médicos y acompañamiento. Como la asociación está en la frontera llegan personas migrantes, de hecho, son a las que se da acompañamiento para sacar algunos documentos. SER atiende aproximadamente a 70 personas mensualmente, de las cuales 15 son mujeres.

La Profesora cruzó la frontera a Estados Unidos hace 15 años cuando la diagnosticaron seropositiva, porque deseaba tener un mejor acceso a los servicios de salud, habla poco inglés, fue deportada, estuvo entre cinco y seis meses en la cárcel.

Actualmente trabaja para un proyecto de investigación de la Universidad de San Diego para personas migrantes precisamente. Para el financiamiento de SER recibe apoyo financiero de su pareja. Su vínculo con el gobierno se reduce a algunos recursos para proyectos y al contacto directo con la Directora del Programa de VIH del Estado, Remedios de los Santos, que la apoya cuando se necesita reciclar pruebas infecciosas de VIH. Vínculos con el gobierno, realmente no se tienen.



“.. es bien difícil estar en esta situación del VIH, el trabajar con personas vulnerables al VIH, el bajar recursos para el VIH, es tan difícil porque como el VIH tiene que ver con el sexo y si tiene que ver con el sexo es bien difícil. El objetivo del VIH sino ha sido el mejor y el idóneo, ha hecho lo que le han dejado hacer. Las ONG´s están empujando siempre a manera de que se les apoye lo más que se pueda”.

SER forma parte de una red global denominada Comunidad de Mujeres viviendo con VIH, como asociación son un comité binacional de la frontera de Baja California. Mantiene relaciones con asociaciones o agencias de San Isidro o San Diego de Estados Unidos, son quienes donan medicamentos, pañales, conocimientos, etc., también brindan apoyo con especialistas en algún tema y para hacer algunas presentaciones. Reciben más apoyos de estas agencias norteamericanas que del propio Estado de Baja California en México y de la propia Directora del Programa de VIH del Estado. De ahí se recibe cero apoyo.

Rosario Padilla fue diagnosticada de VIH positiva desde hace 15 años, aunque lo padece desde hace 20.

“.. actualmente ya enfrento más tranquila este padecimiento, pero al inicio fue mucho más difícil en aquellos tiempos, porque si hablabas de VIH y eras mujer eras puta en aquel tiempo. Ha sido difícil, aparte de que hablamos de un país donde el patriarcado reina, si eres mujer estás más lejana de tener un buen trato, no ha sido nada fácil, he tenido que trabajar mucho para ganar el respeto de las personas, siendo mujer pública con VIH, no ha sido nada fácil porque si decías que tenías VIH inmediatamente decían pues con cuantos te metiste. Con comentarios como ese se tiene que lidiar recién diagnosticada”.

En el plano personal Rosario se sintió muy afectada porque quería ser mamá y le dijeron que no podía tener un hijo. También le afectó para encontrar pareja. Actualmente sigue padeciendo la situación de la discriminación y el estigma sigue haciéndose presente, en el ámbito familiar, con las amistades.



Tiene que pretender ser una mujer que no es. En la escuela, cuando tomó un diplomado de personas usuarias de drogas inyectables, tenía que mantener el secreto, los comentarios que escuchaba era de que “esas personas no tienen respeto por su vida sexual”. Al principio mantenía lo más privado que se podía su padecimiento, poco a poco entendió que entre más fuera abierta iba a tener más aceptación del VIH. Para poder contarle a alguien que padecía de VIH primero sondeaba a la persona, preparaba su terreno para saber si podía decirle a esa persona que era una mujer con VIH.

Cuando estuvo en Estados Unidos limpiando casas, cuando las personas se enteraban que estaba enferma la despedían automáticamente, porque tenían miedo al contagio. Económicamente la afectó mucho al principio, además su salud física no le permitía buscar un trabajo, o si encontraba uno laboraba tres meses y otros tres estaba enferma, dependía de alguien más para salir adelante.

A partir de que conoce su padecimiento sus relaciones con su familia son más estrechas, más abiertas. Está segura de que si no estuviera el VIH/Sida en su vida no tendría la apertura de hablar con sus sobrinos y sobrinas del condón como lo hacen ahora.

Padecer VIH tiene una ventaja social “... hay “modas”, por ejemplo, si eres “gay” todo mundo quiere ser amigo del “gay”, si eres una mujer pública que tienes VIH y lo puedes hablar abiertamente ...porque es una figura pública con VIH, socialmente ahora ha sido diferente, en cuanto a ONG, medios de comunicación, del gobierno, te buscan porque eres una figura pública”.

Rosario Padilla estuvo cinco meses y medio en la cárcel en Estados Unidos, pudieron deportarla antes, pero ella peleó su caso porque su abogado le recomendó hacerlo desde adentro. Este proceso fue bien difícil cuando la deportaron,

“... porque te deportan donde se les da la gana, no les importa si eres de Tamaulipas o de Tijuana, no te dan información si tienes un mal, a quién recurrir, a ver un médico por ejemplo. Se deben cambiar los programas para deportar a las



mujeres, orientarlas, señalándoles un semáforo rojo, porque cuando las mujeres son deportadas intentan cruzar nuevamente y quedan en manos de polleros que le dicen que si no traen dinero les paguen cuando lleguen, (ese es el gancho) y esos polleros van a violarla antes de cruzarla de nuevo”.

Rosario conoció en la cárcel a una salvadoreña quien le contó que la primera vez que la deportaron sufrió una violación, tenía tres meses de embarazo y no sabía de quien iba a tener un hijo y nuevamente la iban a deportar; asimismo, existen casos de otras mujeres que las secuestran para tenerlas como esclavas y venderlas. Cuando a ella la deportaron había un espacio donde estaba una raca, donde traen a personas que purgaron años de prisión y viajan juntos. Estas deportaciones las hacen a las dos o tres de mañana, donde avientan a las mujeres a su suerte. Por eso, es necesario gestionar cambios en las políticas de migración.

4.4.2. De mujer a mujer.

A continuación se presenta un resumen de las entrevistas realizadas en los CAPASITS de Chilpancingo y Acapulco, Gro. A petición de las entrevistadas, los nombres han sido cambiados en el presente trabajo:

Siete de las entrevistadas son migrantes y esposas de migrantes a la vez, sólo una es esposa de migrante. Seis se fueron para alcanzar al esposo que se había ido antes y una se fue después de que fue diagnosticada de VIH, con la idea de recibir mejor atención médica y tratamientos en Estados Unidos.

Las entrevistadas tienen entre 22 a 32 años de edad, a excepción de una que tiene 56 años. Tres son casadas, dos de ellas están separadas; cuatro son viudas, una tiene una nueva pareja sana que conoce su padecimiento y una vive en unión libre. Todas son originarias del Estado de Guerrero, a excepción de una que es originaria del Estado de México.

Dos no terminaron la primaria, llegaron hasta el 3er. y 4o. grado; una la concluyó. Una llegó hasta 2o. grado de secundaria y dos si concluyeron la secundaria. Una



no concluyó la preparatoria, llegó hasta el 2o. grado y otra sí la concluyó. En cuanto a su ocupación, cuatro son amas de casa, una de ellas además, dijo que vende antojitos mexicanos por su cuenta; cuatro trabajan como empleadas, en una cocina económica, cajera en una tienda de autoservicio, costurera y empleada doméstica.

Una de las entrevistadas llegó al CAPSITS por información que le proporcionaron en Estados Unidos, tres se enteraron por su pareja, dos se informaron a través de internet, una fue informada en el Hospital General del Estado de Guerrero y una se enteró por un amigo.

La primera de ellas cruzó la frontera en 2006 y regresó en 2008; la segunda se fue en 2004 y regresó en 2008; la tercera cruzó en 2007 y regresó en 2009; de la cuarta el esposo cruzó en 1990, en uno de sus viajes a México se casó con ella; la quinta cruzó en 1999 y regresó diez meses después; la sexta cruzó tres veces, en el 2000, en el 2005 y en el 2007 y regresó en el 2005, en el 2007 y en el 2008, respectivamente, la séptima cruzó en 1999 y regresó en el 2010 y la octava cruzó dos veces en 1999 y en 2007 y regresó en 2002 y 2009.

De las siete mujeres migrantes dos hablan poco inglés, una lo entiende y cuatro no lo hablan ni lo entienden. Sólo dos fueron deportadas una vez. Dos padecen el VIH desde hace cuatro años; dos desde hace cinco; una desde hace seis, otra desde hace siete, una desde hace nueve y una desde hace once años.

Cinco recibieron tratamiento del VIH en Estados Unidos, valoran los servicios de salud como buenos, tres de ellas fueron diagnosticadas del VIH durante el embarazo, sus hijos nacieron sanos, no se vieron afectadas por ser indocumentadas, una no recibió atención médica ni tratamiento porque todavía no había sido diagnosticada seropositiva, mientras una fue diagnosticada de VIH en México y para no ser discriminada se fue a Estados Unidos y como indocumentada resultó peor, porque allá fue discriminada y nunca recibió atención médica.



Todas cuentan con el servicio de salud del CAPASITS, les dan consultas, pláticas, medicamentos e información sobre tratamientos y riesgos del VIH; sin embargo, aunque los medicamentos los contempla el sistema, a veces no los hay. Todas cuentan con el seguro popular, reciben consultas para otras enfermedades, pero los medicamentos deben comprarlos y son caros. Sólo una cuenta además con servicios médicos privados por parte de su trabajo. Todas coincidieron en que los servicios de salud en México son buenos, tanto en el CAPASITS, como en el seguro popular. Sólo reciben el tratamiento para el VIH, si tienen otras enfermedades tienen que comprarlos y son muy caros.

Todas coincidieron en que el medio de contagio fue el sexual a través de su esposo. Dos viven separadas, una fue abandonada, su esposo es gay, otra por no complacer a su esposo embarazándose (sabiendo que ambos padecían del VIH), actualmente él vive con otra pareja con quien está procreando hijos- Tres no tienen sexo porque no tienen pareja, una recibe información sobre protección en el CAPASITS y las demás prefirieron no contestar la pregunta, una se embarazó después de conocer el padecimiento de VIH de ella y de su pareja (su hijo nació sano).

Tres se ven afectadas porque no pueden tener una pareja, una siente tristeza por su niño de cuatro años, una se preocupa por los riesgos, por ejemplo, cortarse y transmitir la infección a su hija de tres años y no poder donar sangre, otra asegura que el VIH le cambió la vida, se siente insegura y deprimida. Una se ha visto afectada en su salud, se enferma seguido del estómago y no puede trabajar porque tiene que extremar los cuidados en su alimentación y tiene que depender, ella y sus hijos de su familia.

Las ocho entrevistadas prefieren mantener su padecimiento en secreto para no ser discriminadas, ven limitadas sus relaciones sociales Una se ve muy limitada económicamente porque vive lejos del CAPASITS y sus gastos de ella y de su esposo ascienden a más de \$1,000.00 en cada cita, por eso han pedido citas más distantes, una se vería afectada económicamente si se enteraran de su padecimiento en su trabajo, otra se ve afectada en no tener dinero para



alimentarse adecuadamente, una se deprime y no puede buscar trabajo, otra depende de sus hermanos que viven en Estados Unidos, no puede trabajar por problemas de salud.

Tres tienen todo el apoyo de su familia, de una sólo sus papás y sus suegros conocen del padecimiento de ella y de su esposo, otra tiene más comunicación en la familia. De una sólo una hermana conoce su situación, no se lo informa a sus padres y a un hermano para no hacerlos sufrir; otra ha recibido el apoyo de su mamá y de sus hermanos, pero su papá no sabe de su padecimiento, una tiene dos hijos que viven en Estados Unidos que la discriminan, le dicen que sería mejor que se muriera, se avergüenzan de ella, pero tiene el apoyo de sus otros tres hijos. De dos ningún familiar está enterado de su situación.

Entrevistas realizadas el 2 de febrero de 2012 en el CAPASITS de Acapulco, Gro.

Siente tristeza por su niño.

ANGELES. Migrante y esposa de migrante, 22 años, casada, tiene un hijo sano de cuatro años, es originaria de San Vicente de Jesús, Atoyac, Guerrero, terminó la primaria y es ama de casa. Cruzó la frontera en 2006 para alcanzar a su esposo que cruzó en 2004, regresaron juntos en el 2008, ambos están diagnosticados seropositivos, actualmente viven juntos, habla poco inglés, nunca fueron deportados. Padece el VIH desde hace cuatro años, fue diagnosticada de VIH durante el embarazo. De acuerdo a lo que le han informado, el medio de contagio fue a través del esposo. Actualmente tiene sexo con protección.

En el plano social, ninguna persona conoce su padecimiento fuera de sus papás, sus suegros y su esposo.

Recibió tratamiento del VIH en Estados Unidos, valora los servicios de salud como buenos, siempre recibió una atención adecuada, aunque vivían como



indocumentados, además, “..sino se dispone del transporte allá te apoyan”. Se mantiene informada sobre tratamientos y riesgos por VIH a través del CAPASITS por medio de folletos, Se siente muy limitada económicamente, vive muy lejos del CAPASITS, los gastos sobrepasan los \$1,000.00 en cada visita, de ella y de su esposo, por eso ha pedido sus citas distantes.

Adicionalmente señala que en Estados Unidos en los servicios de salud había más confidencialidad para las personas que padecen VIH, las entrevistas para su tratamiento son privadas. En el CAPASITS en un principio se sentía incomoda porque todos son concentrados en pláticas.

Le preocupa en que al cortarse pueda transmitir la infección a su hija.

ANDREA. Migrante y esposa de migrante, 26 años, casada, pero está separada, tiene una hija sana de 3 años y cinco meses, es originaria de Ecatepec, Estado de México y desde chica radica en Acapulco, estudió la preparatoria y trabaja como cajera en una tienda de autoservicio.

Cruzó la frontera a Estados Unidos en 2007 y regresó en 2009, entiende el inglés, sólo fue detenida una vez, estuvo retenida una noche, Fue diagnosticada del VIH desde 2007 en Estados Unidos durante su embarazo, allá recibió tratamiento para el VIH; Como indocumentada no le afectó padecer el VIH, ya que siempre recibió buena atención.

Su medio de contagio fue a través de su esposo, asegura que él es “gay”, ella lo conoció en Acapulco, él se fue a Estados Unidos y ella decidió viajar y se casaron allá. Ella consideraba que era normal por ejemplo que se depilara las cejas; sin embargo, después de casados empezó a salir con amigos con quienes mantenía una relación homosexual reconocida por él, la situación se volvió insoportable para ella, por lo que decidió separarse. A pesar de que ambos fueron diagnosticados con el VIH, al parecer la única afectada fue ella.



Se siente sola y no se puede relacionar con otra persona como pareja, no puede tener más familia por miedo al contagio. Ella sólo platica su padecimiento a las personas de su confianza, como su hermana, mientras que sus padres y otro hermano lo desconocen.

Adicionalmente, señala que en Estados Unidos existe más privacidad para atender a los pacientes con VIH y en México es más público.

Él mejor decidió dejarla.

ROSA. Migrante y esposa de migrante, 32 años, casada, pero actualmente está separada del esposo, tiene dos hijos sanos, 14 y 11, es originaria de Zihuatoloyca, Cuautepec, Guerrero., estudio dos años de preparatoria, se dedica al hogar.

Ha cruzado la frontera tres veces, en el 2000, en el 2005 y en el 2007, su esposo cruzó en 1997 y ambos regresaron en 2008. Habla poco inglés, nunca fueron deportados. Padece el VIH desde el año 2000 (hace 11 años).

Recibió tratamiento en Estados Unidos para el VIH, no le afectó padecer VIH como indocumentada, siempre recibió buenos servicios.

Se contagió a través de su esposo, fue diagnosticada durante el embarazo de su segundo hijo en Estados Unidos. Actualmente no tiene pareja ni relaciones sexuales. Se mantiene informada sobre tratamientos y riesgos a través del CAPASITS con folletos y a través de internet. Cuenta con el servicio de salud del CAPASITS, recibe sus medicamentos cada mes, además cuenta con el seguro popular.

No trabaja porque ha tenido problemas de alimentación, siente tristeza por sus hijos que la necesitan. El VIH es un secreto que sólo conocen sus hermanos, su mamá y su hijo de 14 años, Su papá no sabe que tiene VIH. En el plano económico, no trabaja actualmente, ha trabajado por períodos muy cortos en los últimos meses porque ha tenido problemas en su alimentación. Se ha visto muy



afectada porque económicamente depende de sus hermanos que viven en Estados Unidos.

Desde que supo de su padecimiento, tiene una relación estrecha con su mamá y sus hermanos, cuenta con todo el apoyo moral y económico por parte de ellos; sin embargo, la relación con su pareja se vio afectada a partir de que ambos fueron diagnosticados seropositivos, ya que él le pidió que se embarazara porque quería que tuvieran otro hijo y, por no complacerlo la abandonó. Actualmente vive con otra mujer con quien está procreando otros hijos, a pesar de que tiene el VIH.

Sus hijos le dicen que sería mejor que se muriera.

TERESA. Migrante y esposa de migrante, 56 años, viuda, originaria de Acapulco, estudió hasta el tercer grado de primaria, se dedica al hogar y vende antojitos mexicanos por su cuenta. Llegó al CAPASITS a través de su esposo enfermo, él falleció hace cinco años de VIH/Sida. Cruzó la frontera en 1999 y en 2007; regresó a México en el 2002 y en el 2009 (respectivamente). No habla inglés, nunca fue detenida por autoridades migratorias,

En Estados Unidos recibió tratamiento para el VIH. Ignora cuál fue su medio de contagio, su esposo fue diagnosticado de VIH cuando donó sangre, él vivió en Estados Unidos entre 2003 y 2007. Actualmente no tiene sexo ni tiene pareja.

En México cuenta con los servicios de salud del seguro popular; en el CAPASITS recibe el tratamiento de VIH. Vive con preocupación por su salud permanentemente; en el plano social, sólo su familia conoce su padecimiento, en el plano económico, se ve muy limitada, porque si se enferma tiene que comprar la medicina, ya que en el CAPASITS, sólo recibe el tratamiento para el VIH. Considera que los servicios de salud son buenos en México, pero la medicina es cara.



Tiene problemas con dos de sus hijos que viven en Estados Unidos, ya que no aceptan su situación, sienten vergüenza de ella. Otros tres hijos si la apoyan y la comprenden.

Entrevistas en el CAPASITS de Chilpancingo, realizadas por la trabajadora social Nefri Lucia durante el mes de febrero de 2012.

Se vería afectada si se enteraran de su padecimiento.

CECILIA. Migrante y esposa de migrante, 26 años, Unión libre, nació en Chilpancingo, Gro., estudió hasta el segundo año de secundaria, trabaja como empleada en una cocina económica. Cruzó la frontera a Estados Unidos hace 8 años (2004), no habla inglés; fue deportada una vez. Su esposo era migrante y falleció después de haber sufrido la enfermedad de VIH/Sida, Tiene meses que empezó una relación, su pareja conoce su padecimiento de VIH, él es sano,

Cuando fue diagnosticada seropositiva decidió emigrar a Estados Unidos por miedo a la discriminación por parte de la gente del pueblo, pero allá fue peor porque nunca recibió tratamiento ni atención médica. Su medio de contagio fue sexual. Se mantiene informada sobre tratamientos y riesgos por VIH a través del CAPASITS.

Se limitan sus relaciones sociales y en su trabajo. Cuenta con el apoyo de su familia.

No tiene dinero para alimentarse adecuadamente.

ESPERANZA. Esposa de migrante. 29 años, viuda, originaria de Chilpancingo, estudió hasta el tercer grado de secundaria, trabaja como empleada en un costurero. Su esposo cruzó la frontera en 1990, cuando vino la primera vez se casaron, él regresó a Estados Unidos y desde allá le habló para informarle que estaba enfermo, falleció por VIH/Sida en el 2008.



Padece de VIH desde hace cinco años; su medio de contagio fue sexual. Recibe el servicio de salud en el CAPASITS, ahí recibe tratamientos y se mantiene informada sobre riesgos de VIH, además cuenta con el seguro popular.

Lamenta no poder tener una relación sentimental, limita sus relaciones a personas con padecimiento de VIH. Siente que ahora hay más comunicación con su familia.

El VIH le cambió la vida

GUADALUPE. Migrante y esposa de migrante, 30 años, viuda, originaria de Coacoyul, Gro., cursó hasta el cuarto grado de primaria, trabaja como empleada doméstica. Cruzó la frontera a Estados Unidos en 1999, regresó 10 meses después, no habla inglés, nunca fue detenida por autoridades migratorias. Su esposo murió de VIH/Sida.

Padece el VIH desde hace 6 años; no recibió atención en Estados Unidos porque todavía no era diagnosticada seropositiva, no se vio afectada como indocumentada, su medio de contagio fue sexual, se mantiene informada sobre tratamientos y riesgos por VIH en el CAPASITS, cuenta además con el seguro popular.

Se siente muy insegura y deprimida. Ni siquiera su familia está enterada de su padecimiento. La depresión le impide buscar trabajo.

Sus familiares desconocen su padecimiento.

MARIA. Migrante y esposa de migrante, 32 años; Unión libre, originaria de Xochipala, Gro., terminó la secundaria, ama de casa. Su esposo cruzó la frontera a Estados Unidos en 1993 y ella en 1999, regresaron a México en el 2010, no habla inglés, nunca fue deportada, tiene un hijo (sano), se embarazó después de conocer su padecimiento de VIH.



Padece el VIH desde hace 9 años, su medio de contagio fue sexual, se mantiene informada sobre tratamientos y riesgos por VIH a través de CAPASITS e internet; Recibió tratamiento para el VIH en Estados Unidos, valora los servicios de salud en Estados Unidos como buenos, no se vio afectada como indocumentada.

Sufre la discriminación por parte de algunos conocidos.



CONSIDERACIONES FINALES

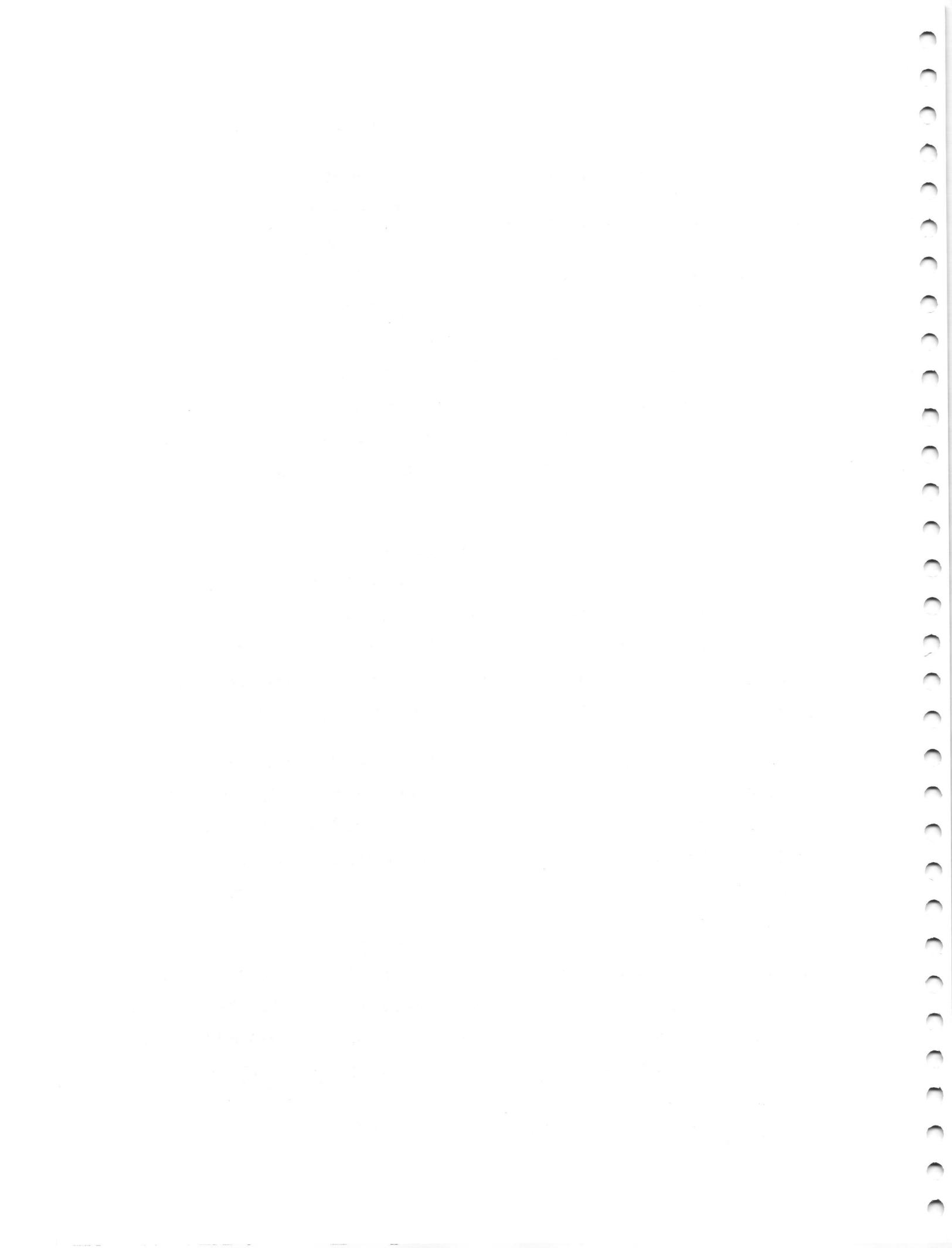
La importancia de la investigación social en los diversos problemas sociales es fundamental para conocerlos y buscar la solución de fondo. En los campos que nos ocupamos, el de la salud y la migración, específicamente desarrollando el concepto de vulnerabilidad de las mujeres migrantes frente al VIH/Sida. Por un lado tenemos el fenómeno migratorio que es muy antiguo, pero ha experimentado cambios importantes en relación con el pasado, entre sus nuevas características aparece la mujer como un actor nuevo independiente, cuando en el pasado sólo viajaba como acompañante. Por el otro, uno de los problemas de salud que se ha presentado en las últimas décadas en la humanidad es el VIH/Sida, que a diferencia de otras enfermedades, es un problema muy complejo. Los medios de infección son: sexual, sanguínea y perinatal.

Los migrantes se encuentran clasificados dentro del grupo socialmente vulnerable. Las migrantes por ser madres y enfermas crónicas se encuentran, además, en el grupo de vulnerables físicamente. En este sentido, nos centramos en mujeres migrantes mexicanas que padecen el VIH, donde introducimos el concepto de vulnerabilidad, como un indicador de la inequidad y las desigualdades sociales que exigen respuestas en el ámbito de la estructura social y política.

La relación entre VIH/Sida y migración se da, en primer lugar, porque hay un estrecho vínculo poblacional entre ambos países, debido a la gran cantidad de migrantes mexicanos que viven en Estados Unidos, tanto de origen mexicano nacidos en Estados Unidos como los nacidos en México documentados y no documentados

En segundo lugar, porque en Estados Unidos existe una prevalencia de VIH/Sida más alta que en México. A principios de la epidemia la mitad de las personas tenían antecedentes de haber residido en Estados Unidos y hasta la fecha, los Estados que registran más emigrantes siguen manteniendo una tasa alta.

En tercer lugar, La salud es un derecho fundamental, sin embargo, para los mexicanos indocumentados que emigran hacia Estados Unidos este derecho no



existe. El cambio en el estilo de vida afecta de manera negativa la salud de los migrantes, además, se deben considerar otros factores como las barreras culturales y lingüísticas. La desinformación en cuidado de la salud y el cambio de valores familiares que sufren los migrantes están ligados a las enfermedades sexualmente transmisibles que sufre la migración masculina, creando situaciones de vulnerabilidad frente al VIH/Sida para las mujeres.

Las mujeres son más vulnerables que los hombres al VIH/Sida física, social y culturalmente. *Físicamente* porque la concentración del VIH es más alta en el semen del hombre que en las secreciones sexuales de la mujer; *social y culturalmente*, porque las condiciones estructurales de desigualdad social en que viven las mujeres son el principal factor de vulnerabilidad. Muchas mujeres no pueden decidir dónde, cómo y cuándo serán las relaciones sexuales y si éstas irán acompañadas de placer y protección.

Para las mujeres que se infectaron con el VIH sosteniendo relaciones heterosexuales con sus cónyuges no existieron posibilidades de protección en la práctica, ellas consideran que no estuvieron expuestas a campañas de promoción de la salud sexual ni que poseían los conocimientos y las actitudes para oponerse a las relaciones desprotegidas con sus compañeros estables.

Asimismo, las mujeres migrantes que viajan solas son vulnerables para contraer la infección del VIH/Sida durante el trayecto migratorio o en las deportaciones, ya que éstas se llevan a cabo en diferentes puntos de la frontera y quedan expuestas a sufrir violaciones por parte de polleros y guardias fronterizos o a caer en manos de personas que se dedican a la trata de personas., etc., situaciones en las que no se puede negociar el uso del condón.

Las redes sociales juegan un importante papel en los flujos migratorios, suelen ser de base familiar o comunitaria. Los encargados de contratar mano de obra también podrían estimular los desplazamientos. Los migrantes se dirigen a los lugares donde ya se han establecido sus parientes, amigos y miembros de la comunidad. Los que están establecidos brindan al recién llegado un apoyo como hospedaje y asistencia para la búsqueda de empleo. La presencia de una red bien



establecida reduce las condiciones de incertidumbre bajo las cuales se lleva a cabo el proceso migratorio, disponen de mejor información sobre alternativas para el cruce de la frontera, precios que cobran los polleros, etc.

Se pudo constatar que, a pesar de que a partir de los sucesos del 11 de septiembre de 2001 se ha incrementado la vigilancia en la frontera y se han cambiado los lugares de cruce, todas las mujeres migrantes entrevistadas cruzaron para alcanzar a su esposo ya establecido en Estados Unidos. Cinco lo hicieron después del 2001, una cruzó dos veces, mientras otra lo hizo en tres ocasiones, sólo dos fueron detenidas en una ocasión.

Las mujeres migrantes entrevistadas que padecen VIH son jóvenes, tienen entre 22 y 32 años de edad, a excepción de una que tiene 56, tres de ellas fueron diagnosticadas de VIH durante el embarazo en Estados Unidos. Tienen bajos niveles de escolaridad, de tres que estudiaron la secundaria sólo una la concluyó, de tres que estudiaron la secundaria sólo dos la concluyeron y de dos que estudiaron la preparatoria sólo una la concluyó.

La vulnerabilidad progresiva permite, de acuerdo a lo que se encontró en la presente investigación, que las mujeres que padecen el VIH/Sida vivan su padecimiento en la clandestinidad, para no ser estigmatizadas o discriminadas por miedo al rechazo y al desprecio de la sociedad. En muchos casos aparte de sufrir la pérdida de su pareja, por muerte o abandono, tienen limitaciones en la vida como no poder relacionarse con una nueva pareja, no poder tener hijos, no poder donar sangre, no tener los recursos económicos para alimentarse adecuadamente, para comprar sus medicamentos o simplemente, para asistir a los centros de atención de VIH, en perjuicio de su salud y de su propia vida.

Viven preocupadas por posibles riesgos, como por ejemplo cortarse y contagiar a su familia, no pueden trabajar porque tienen deteriorada su salud, viven deprimidas sin ganas de buscar trabajo, se sienten culpables de depender de los demás. Las que cuentan con un trabajo tienen miedo de perderlo si se enteran de su padecimiento. Aparte de su enfermedad, tienen que lidiar con una sociedad que



no comprende su situación por ignorancia, a pesar de que han pasado tres décadas desde que apareció la epidemia y de que ha habido avances significativos en la medicina sobre riesgos.

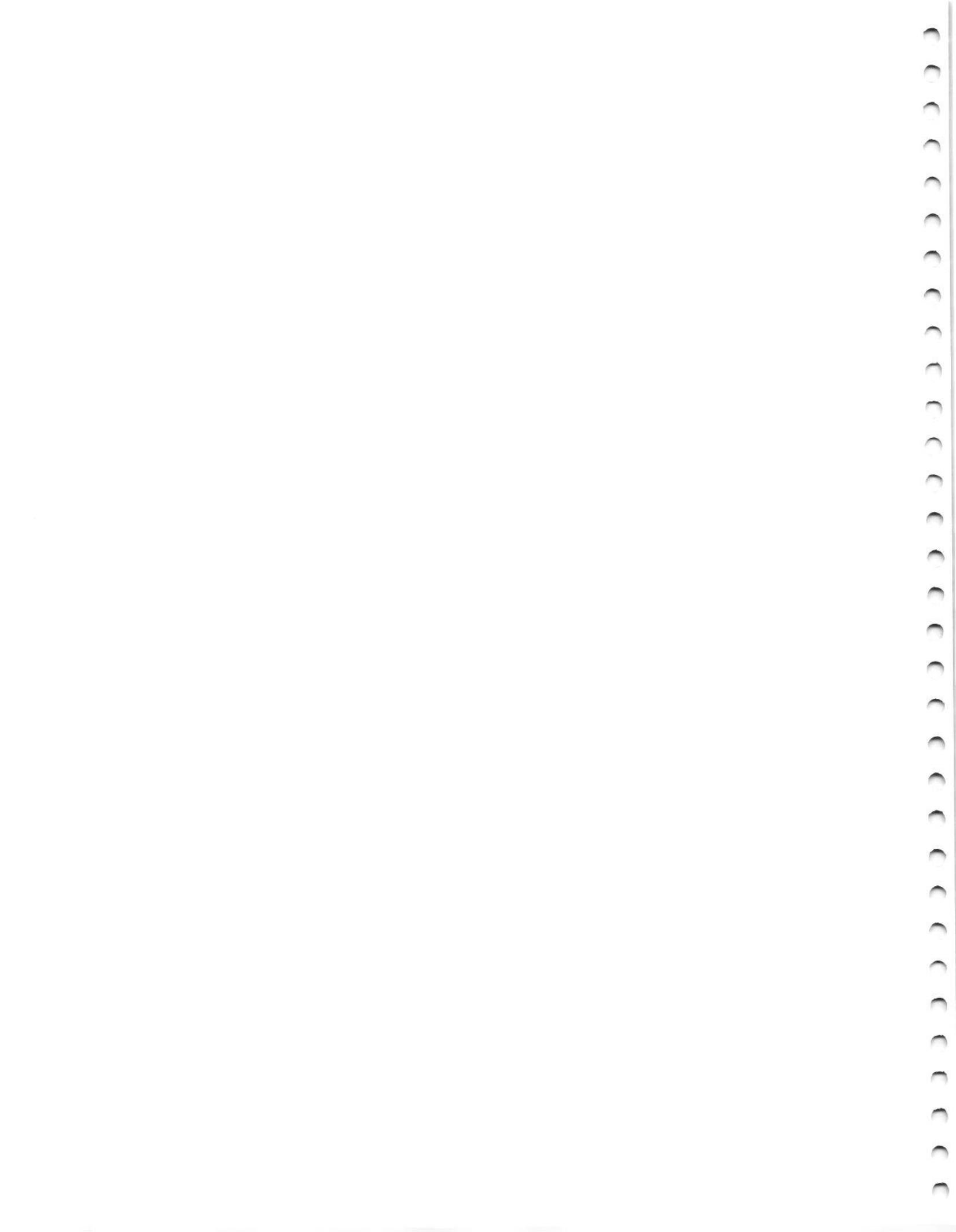
Aunado a lo anterior, se encontró que algunas mujeres que viven con el VIH mantienen su padecimiento en secreto dentro de su familia directa, por miedo al rechazo o para evitarles el sufrimiento. En uno de los casos los hijos discriminan a la madre y le han manifestado que "...sería mejor que se muriera porque les causa vergüenza".

Lo anterior, de acuerdo a las palabras de la Profesora Rosario Padilla en la entrevista realizada para esta investigación, bajo estas circunstancias, se "Tiene que pretender ser una mujer que no es", lo cual, conforme a algunos estudios, esto conlleva a un daños psicológicos, adicional a su padecimiento.

En cuanto a los servicios de salud recibidos en Estados Unidos, cinco de las migrantes recibieron buenos servicios y tratamiento para el VIH. Las dos restantes, una no estaba diagnosticada seropositiva, y sólo un caso fue diagnosticado en México y cuando viajó con la idea de recibir mejor atención en Estados Unidos sufrió discriminación.

Consideran que los servicios en México son buenos, especialmente en el CAPASITS donde reciben el tratamiento e información sobre riesgos de VIH, además cuentan con el seguro popular; sin embargo, consideran que los medicamentos son muy caros.

Naciones Unidas reconoce que a pesar de que la mitad de los migrantes internacionales en el mundo son mujeres, no existe una perspectiva de género ni en la investigación, ni en las políticas y programas para conocer las causas y consecuencias para ampliar su comprensión.



GLOSARIO DE TÉRMINOS Y ACRÓNIMOS



GLOSARIO DE TERMINOS

ARV	Siglas como se conocen a los antirretrovirales, medicamentos empleados en el control del VIH y Sida
Carga Viral (CV)	La concentración del VIH en la sangre circulante medida con número de materiales genéticos en plasma.
Condón femenino	Es una bolsa de poliuretano de 7 pulgadas que se inserta dentro de la vagina. Es un método de barrera para evitar el ITS y el control de la natalidad de la mujer.
Condón masculino	Es una cubierta de látex que se coloca cubriendo el pene durante las relaciones sexuales. Es un método de barrera para evitar ITS y el control de la natalidad.
Detección o identificación de casos	Actividad realizada para detectar casos de alguna infección o enfermedad previamente desconocida. Puede ser pasiva (examen de una persona que se atiende en un centro de salud) o activa (búsqueda intencionada de casos entre las personas infectadas)
Discriminación	Hacer una distinción o aplicar una medida que tiene un impacto desproporcionado; dar un trato injusto basado en una categoría, por ejemplo el sexo de una persona, su orientación sexual, raza, edad, nacionalidad, religión o cualquier otra distinción real o supuesta.
Epidemiología	Estudio de la incidencia, distribución y determinantes de una infección, enfermedad u otro acontecimiento, relacionado con la salud de una población.
Estigma	Infamar, afrentar, mala fama. Tratar a las personas como algo vergonzoso, deshonroso o desprestigiado porque difiere de las "normas sociales" (reales o imaginarias). Por lo general, se estigmatiza a las personas con infección por VIH/Sida o ITS, o a las cercanas a ellas, por prejuicios morales, no necesariamente relacionados con el padecimiento mismo.
Factores de riesgo	Condiciones o comportamientos que aumentan las posibilidades de que una persona adquiera una infección.
Género	Se refiere a la condición de la persona de ser masculina o femenina y está vinculada a expresiones y comportamientos que, como la vestimenta, expresiones, formas de pensar, de sentir y externar sentimientos o de relacionarse con la sociedad.



Heterosexual	Atracción sexual hacia personas del sexo opuesto.
Homosexual	Atracción sexual hacia personas del mismo sexo.
HSH	Siglas con que se conoce la práctica sexual de Hombres que tienen Sexo con otros Hombres.
Identidad de género	Se refiere a como la persona se identifica psicológicamente con alguno de los dos géneros y busca su desarrollo dentro del mismo.
Incidencia	Frecuencia de nuevas infecciones durante un período determinado, representa como proporción de la población en riesgo de infección, enfermedad u otro acontecimiento relacionado con la salud.
Indicador	Instrumento que sirve para mostrar algo. El concepto recibe distintos nombres, según el ámbito de utilización y el uso coloquio; en el ámbito social es una medida de resumen, de preferencia estadística, referida a la cantidad o magnitud de un conjunto de parámetros o atributos de una sociedad. Permite ubicar o clasificar las unidades de análisis (personas, naciones, sociedades, bienes, etc.) con respecto al concepto o conjunto de variables o atributos que se están analizando.
Infección	Implantación y desarrollo en el organismo de seres vivos patógenos con acción morbosa de los mismos y reacción orgánica consecutiva.
Inmunodeficiencia	Incapacidad del sistema inmunitario de proteger al cuerpo en forma satisfactoria, lo que resulta en un aumento de la susceptibilidad a varios tipos de infecciones oportunistas y cánceres.
ITS	Siglas para designar a la Infección de Transmisión Sexual, anteriormente se utilizaba el término Enfermedades de Transmisión Sexual o ETS.
MTS	Siglas para designar a las Mujeres Trabajadoras Sexuales
Perinatal	Referencia al período anterior, durante e inmediatamente posterior al parto (desde la vigésima semana de gestación hasta el séptimo día después del nacimiento).
Población clave	Se refiere a personas que pertenecen a grupos poblacionales cuya probabilidad de contraer o transmitir la infección por el VIH es superior a la de la población general, en el caso de México dadas las prevalencias conocidas



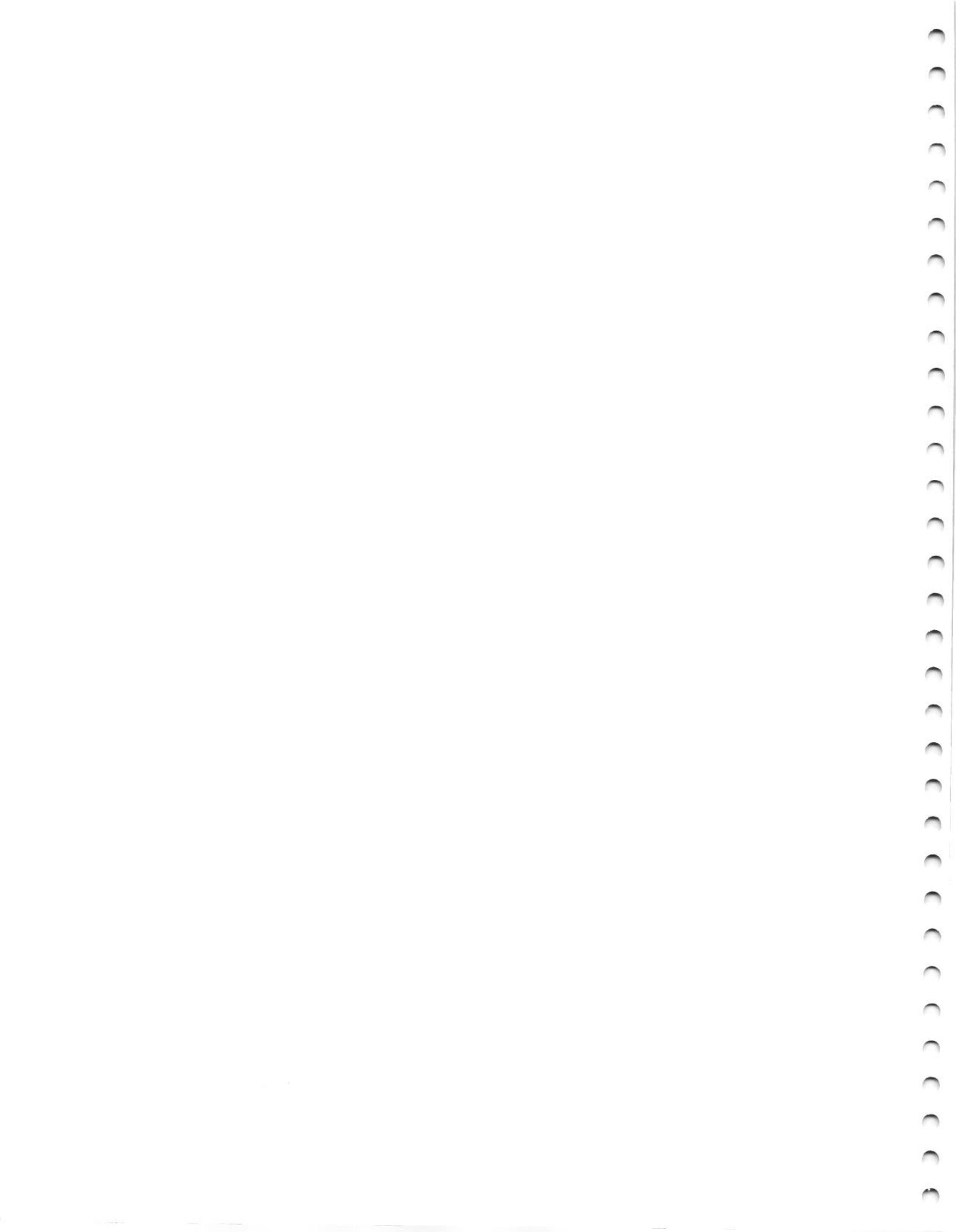
éstas son: hombres gay y otros HSH, personas que se dedican al sexo comercial,, TTT, UDI y otros privados de la libertad.

Prácticas de riesgo	Actividad pene ano, pene vagina, pene boca en donde existe intercambio de secreciones potencialmente infectantes sin uso correcto de una barrera protectora.
Prevalencia	Proporción de una población definida como portadora de una infección, enfermedad o hecho de interés relacionado con la salud en un punto de período de tiempo dado.
Prevención	Conjunto de medidas que sirven para preservar de enfermedades al individuo o a la sociedad.
Seropositiva (o)	Persona cuya prueba de detección de anticuerpos contra el VIH es positiva. Esta persona ha estado en contacto con el virus y debe de considerarse como potencialmente transmisora del virus durante toda la vida. Cuando la prueba no detecta anticuerpos anti-VIH, la persona se dice "seronegativa)
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
Síndrome	Conjunto de signos y síntomas que existen a un tiempo y definen clínicamente un estado morbooso determinado.
Transgénero	Persona que no se identifica con el género (masculino o femenino) asociado a sus características sexuales, pero que no necesariamente entra en conflicto con su anatomía, por lo regular busca vivir como integrante del género opuesto.
TAR	Tratamiento Antirretroviral Altamente Supresivo
TS	Siglas con que se conoce el Trabajo sexual
UDI	Siglas con que se conoce a los Usuarios de Drogas Inyectadas
VIH	Siglas con se conoce al Virus de la Inmunodeficiencia Humana.



ACRÓNIMOS

BANXICO	Banco de México
CAPASITS	Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención del Sida e infecciones de Transmisión Sexual
CENSIDA	Siglas para designar al Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida en México. Tiene a su cargo la función normativa de la Secretaría de Salud.
CESOP	Centro Social de Opinión Pública (Cámara de Diputados)
CNDH	Comisión Nacional de los Derechos Humanos
CONAPO	Consejo Nacional de Población de la Secretaría de Gobernación
CONAPRED	Comisión Nacional para Prevenir la Discriminación
CONASIDA	Consejo Nacional para la prevención y Control del SIDA. Es una instancia de coordinación interinstitucional del sector salud.
CONAVI	Comisión Nacional de Vivienda
FAO	Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
IMAN	Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez. (Al fusionarse el INPI y el IMAN surge el DIF)
IME	Instituto de los Mexicanos en el Exterior
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INFONAVIT	Instituto del Fondo Nacional de Vivienda de los Trabajadores
INM	Instituto Nacional de Migración
INMUJERES	Instituto Nacional de las Mujeres
INPI	Instituto Nacional de Protección a la Infancia (Al fusionarse el INPI y el IMAN surge el DIF)
NAFIN	Nacional Financiera
OIM	Organización Internacional para las Migraciones



OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONU	Organización de Naciones Unidas
ONUSIDA	Es un programa de las Naciones Unidas destinado a coordinar las actividades de los distintos organismos especializados de la ONU en su lucha contra el SIDA.
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PROGRESA	Programa de Educación, Salud y Alimentación (Actualmente se denomina OPORTUNIDADES).
PRONASOL	Programa Nacional de Solidaridad
SAT	Sistema de Administración Tributaria (SHCP)
SE	Secretaría de Economía
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SHF	Sociedad Hipotecaria Federal
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
SSA	Secretaría de Salud
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
UNAM	Universidad Nacional Autónoma de México
UNGASS	Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el SIDA.

El glosario fue elaborado con datos obtenidos del documento "Programa de acción específico 2007-2012 en respuesta al VIH/Sida e ITS", México, Secretaría de Salud, 2008, fue complementado con datos obtenidos de todo el trabajo de investigación.



ANEXOS



ANEXO 1

CUESTIONARIO ENTREVISTA

Universidad Autónoma Metropolitana-
Unidad Iztapalapa

Licenciatura en Ciencia Política

I. Datos personales

1. Edad:
2. Estado Civil:
3. Origen:
4. Nivel de estudios:
5. Ocupación:

II. Datos de su organización

6. ¿Cómo se llama su organización y desde cuándo existe?
7. ¿Cómo llegó usted a la organización?
8. ¿Cuáles son los objetivos?
9. ¿A cuántas personas atiende la organización?
¿Cuántas de ellas son mujeres?
10. ¿Además de tener oficina en Tijuana tiene otras en la República Mexicana?
Sí () ¿En el Distrito Federal?
No () ¿En qué entidad?
11. Me podría decir ¿Cuáles son sus medios de financiamiento?
12. ¿Cuál es su vínculo con el gobierno?
13. ¿Cómo valora la política del Estado Mexicano frente al problema?

14. ¿Su organización forma parte de alguna red social?

Sí () ¿Cuál?

No ()

III. Vulnerabilidad VIH

15. ¿Desde cuándo padece VIH?
16. ¿Cómo mujer como enfrenta este padecimiento?
17. ¿Cuáles son las principales dificultades o desventajas que tiene en su vida el VIH?
En el plano personal
En el plano social
En el plano económico
18. ¿Se han modificado sus lazos familiares a partir de que conoce su padecimiento?
Sí ()
No ()
¿Porqué?
19. ¿Los servicios de salud que usted recibe son adecuados, oportunos?
Sí ()
No ()
Porqué
20. El padecer VIH ¿Representa alguna ventaja social para usted?
Sí ()
No ()
Porqué



ANEXO 2

CUESTIONARIO PARA MUJERES MIGRANTES CON VIH

Universidad Autónoma Metropolitana-
Unidad Iztapalapa

Licenciatura en Ciencia Política

I. Datos generales

1. Edad:
2. Estado Civil:
3. ¿Dónde nació?
4. ¿Hasta qué año estudió?
5. Ocupación:
6. ¿Cómo llegó usted al
CAPASITS

II. Vulnerabilidad como migrante

7. ¿En qué año cruzó la frontera
a EU?
8. ¿Cuándo regresó a México?
9. ¿Habla usted inglés?
Sí ()
No ()
10. ¿Alguna vez usted fue
detenida por autoridades
migratorias?
Sí ()
No ()

III. Vulnerabilidad VIH

11. Desde cuándo padece VIH?
12. ¿En EU recibió algún
tratamiento para el VIH?
13. ¿Cómo valora los servicios
de salud en EU?
14. ¿Cómo indocumentada cómo
le afectó padecer VIH?

15. Me podría decir ¿Cuál fue su
medio de contagio? ¿Tiene
sexo con protección?

16. ¿Cómo se mantiene
informada sobre tratamientos
y riesgos por VIH?

17. ¿En México con qué servicios
de salud cuenta usted?

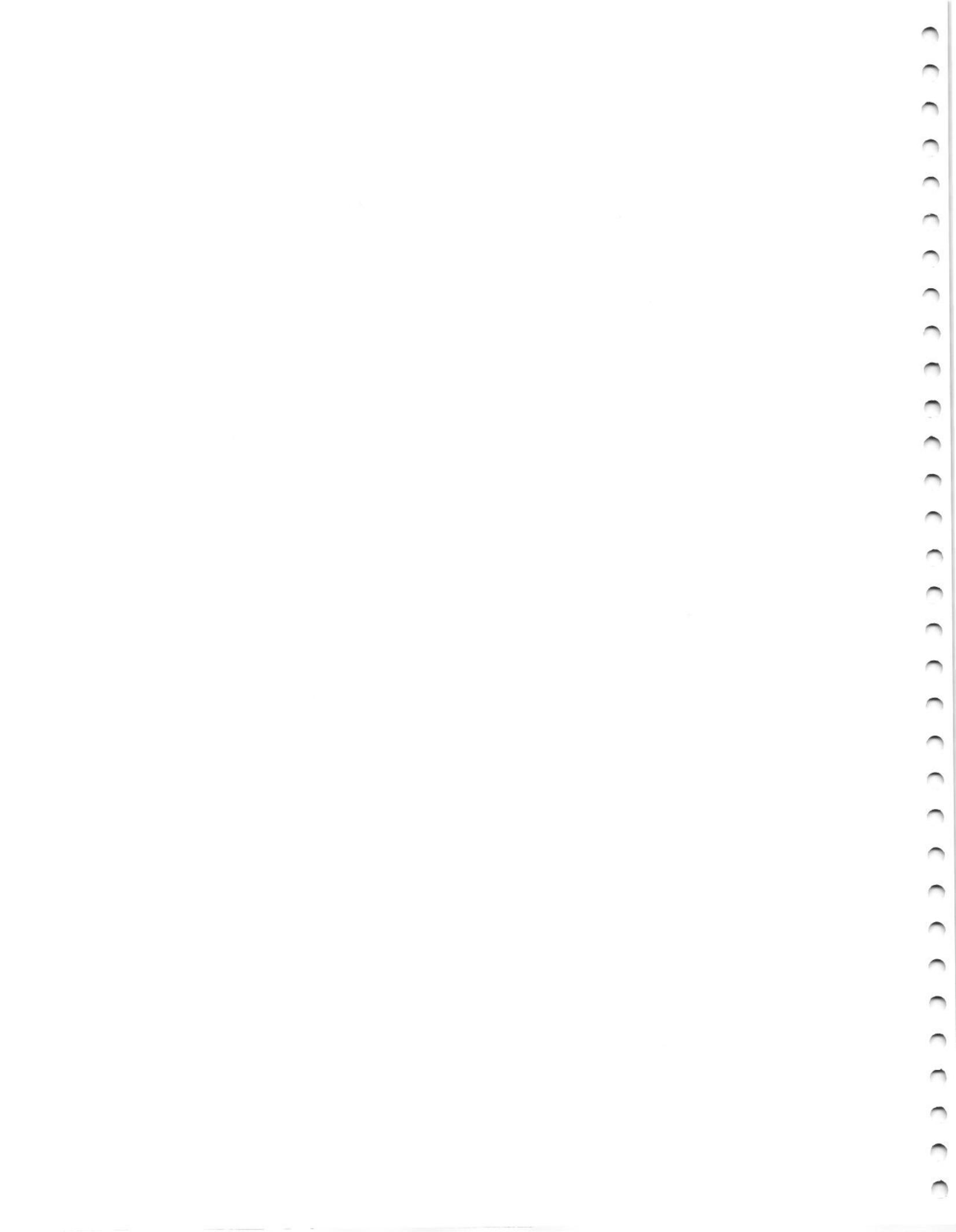
18. ¿Trabaja actualmente?
Sí () ¿En qué?
No () ¿Cuándo fue la última
vez que trabajó? ¿En qué?

19. ¿Cuáles son las principales
dificultades o desventajas que
tiene en su vida el VIH?
En el plano personal
En el plano social
En el plano económico

20. ¿Se han modificado sus lazos
familiares desde que supo de
su padecimiento?
Sí ()
No ()
¿Por qué?

21. ¿Cómo valora los servicios de
salud en México? (atención,
precio de los medicamentos,
etc.)

22. ¿El padecer VIH tiene alguna
ventaja social en su vida?
Sí ()
No () ¿Por qué?



ANEXO 3

CUESTIONARIO ESPOSAS DE MIGRANTES INFECTADAS POR VIH

Universidad Autónoma Metropolitana-
Unidad Iztapalapa

Licenciatura en Ciencia Política

I. Datos generales

1. Edad:
2. Estado Civil:
3. ¿Dónde nació?
4. ¿Hasta qué año estudió?
5. Ocupación:
6. ¿Cómo llegó usted al CAPASITS?

II. Vulnerabilidad como esposa de migrante

7. ¿En qué año cruzó la frontera su esposo a EU?
8. ¿Su esposo vive con usted?
Sí ()
No () ¿Dónde está?

III. Vulnerabilidad VIH

9. ¿Desde cuándo padece VIH?
10. ¿Qué servicio de salud tiene usted?
11. Me podría decir ¿Cuál fue el medio de contagio? ¿Tiene sexo con protección?
12. ¿Cómo se mantiene informada sobre tratamientos y riesgos por VIH?
13. ¿Trabaja actualmente?
Sí () ¿En qué?
No () ¿Cuándo fue la última vez que trabajó? ¿En qué?

14. ¿Cuáles son las principales dificultades o desventajas que tiene en su vida el VIH?

En el plano personal
En el plano social
En el plano económico

15. ¿Se han modificado sus lazos familiares desde que supo de su padecimiento?

Sí ()

No ()

¿Porqué?

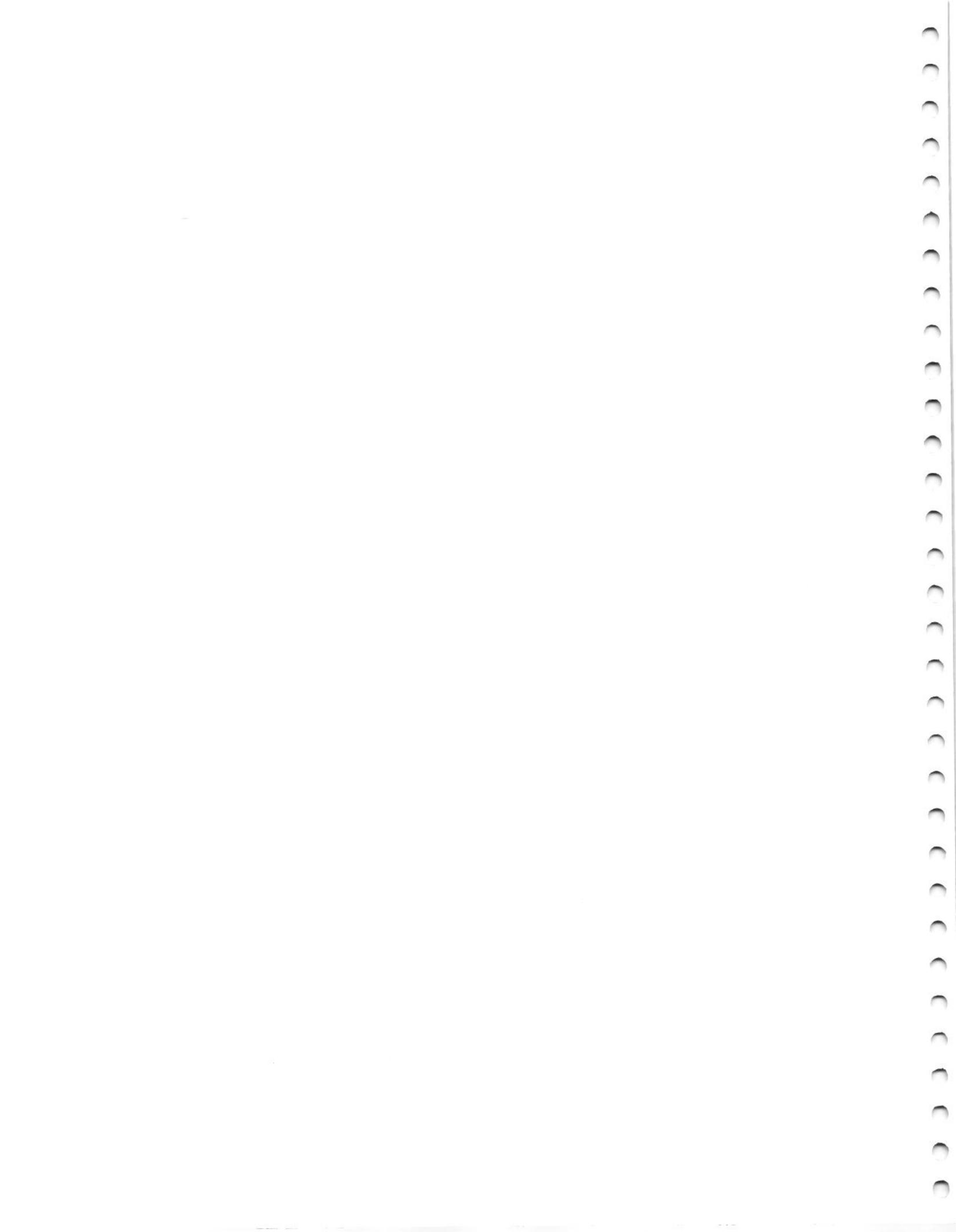
16. ¿Cómo valora los servicios de salud en México?
(atención, precio de los medicamentos, etc.)

17. ¿El padecer VIH tiene alguna ventaja social en su vida?



BIBLIOGRAFÍA

- Bronfman, Mario y Leyva Flores, René. "Migración y SIDA en México", en: *25 Años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*. México: SSA-CENSIDA, 2009, p. 242-258.
- Estrada Márquez, Fátima y Magis Rodríguez, Carlos. "Epidemiología del VIH y migración", en: *VHI/Sida y Salud Pública, Manual para personal de salud*. México: CENSIDA, 2009, p. 221-230.
- Fernández, Román. "La vulnerabilidad de los migrantes mexicanos en materia de salud", en: *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009, p. 71-94.
- Galeana de Valadés, Patricia. *La migración México-Estados Unidos y su feminización*. México: UNAM, 2008.
- Gándara, Arturo. "Chicanos y extranjeros ilegales: La conjunción de sus derechos constitucionales frente al estado norteamericano", en: *Indocumentados. Mitos y Realidades, traducción de Sergio Aguayo*. México: El Colegio de México, 1979, p. 480-493.
- García y Griego, Manuel y Vereza Campos, Mónica. *México y Estados Unidos frente a la migración de los indocumentados*. México: Miguel Ángel Porrúa, 1988.
- Gastélum Gaxiola, María de los Ángeles. *Migración de Trabajadores Mexicanos Indocumentados a los Estados Unidos*. México: UNAM, 1991, p. 21.
- González Gutiérrez, Carlos. *Relaciones Estado-diáspora: Aproximaciones desde cuatro continentes*, Tomo I. México: Miguel Ángel Porrúa, 2006.
- Kendall, Tamil. "La vulnerabilidad de las mujeres mexicanas frente al VIH y el Sida", en: *VHI/Sida y Salud Pública, Manual para personal de salud*. México: CENSIDA, 2009, p. 149-160.
- Leigh, Betania Alen y Torres Pereda, Pilar. "Género, poder y VIH/Sida en la vida de las mujeres mexicanas: prevención, atención y acciones prioritarias", en: *25 Años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*. México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009, p. 275-288.
- Leite, Paola y Castañeda, Xóchitl, (Coordinadoras). *Migración y Salud. Inmigrantes mexicanas en Estados Unidos*. México: CONAPO, 2010



Leite, Paula y Angoa, Ma. Adela. *Caleidoscopio de las remesas y en el mundo*. México: CONAPO, 2010.

Luna Ríos, Gabriela y Cruz Rivero, Carlos. "La protección social y la salud: nuevo reto frente a la migración México-Estados", en: *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009, p. 95-116.

Magis Rodríguez, Carlos y Barrientos Barcenas, Hermelinda. "Introducción", en: *VHI/Sida y Salud Pública. Manual para personal de salud*. México: CENSIDA, 2009, p. 15-18

Magis Rodríguez, Carlos y Bravo García, Enrique. *El VIH y el SIDA en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones*, (Colección Ángulos del Sida). México: CENSIDA, 2008.

Magis Rodríguez, Carlos y Bravo García Enrique. "Integración de los estudios recientes sobre el VIH/Sida en México", en: *VHI/Sida y Salud Pública, Manual para personal de salud*. México: CENSIDA, 2009, p. 19-36.

Mancilla Bazán, Celia y Rodríguez Rodríguez, Daniel. "La migración como cambio en las trayectorias de vida", en: *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009, p. 25-46.

Meza, Liliana y Cuellar, Miriam. "Introducción", en: *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009, p. 9-25.

Mummert, Gail, "¡Quién sabe qué será ese norte! Mujeres ante la migración mexicana a Estados Unidos y Canadá", en: *Los grandes problemas de México: Migraciones internacionales*, Tomo III. México: El Colegio de México, 2010, p. 271-316.

Naciones Unidas. *Estudio mundial sobre el papel de la mujer en el desarrollo 2004: La mujer y la migración internacional*. Naciones Unidas, 2005.

Pederzini Villarreal, Carla. "Perfil Educativo y de género de la migración mexicana a Estados Unidos", en: *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009, p. 47-70

Pérez Contreras, María de Montserrat. "Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar". *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, nueva serie, año XXXVIII, núm. 113. México: 2005.

Pérez Vázquez, Hilda, Taracena, Rosario. *Mujeres que viven con VIH/Sida y servicios de salud: Recomendaciones para mejorar la calidad de atención*, Colección Ángulos del Sida. México: CENSIDA, 2004.



Rodríguez Cuadra, Silvia. "Hacia la comprensión de la vulnerabilidad ante el VIH/Sida y su relación con la migración clandestina de zonas rurales", en: *La vulnerabilidad de los Grupos Migrantes en México*. México: Universidad Iberoamericana, A.C., 2009, p.117-138.

Woo Morales, Ofelia. "Redes sociales y familiares en las mujeres migrantes", en: *Mujeres en las Fronteras: Trabajo, Salud y Migración*. México: Plaza y Valdés, 2001, p. 303-324.

PAGINAS ELECTRONICAS

CEAMEG. *Estudio sobre los efectos de la migración en las mujeres*. México, Cámara de Diputados, 2008. Disponible en: http://archivos.diputados.gob.mx/Centros_Estudio/ceameg/Inv_Finales_08/DP2/2_2.pdf.

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. "Antecedentes", en: *Grupos Vulnerables* [Actualización: 2 de julio 2009], (Fecha de consulta: 20 de mayo de 2011). Disponible en: www.diputados.gob.mx/cesop/.

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. "Antecedentes", en: *Migración, Frontera y Población* [Actualización: 16 de febrero de 2006], (Fecha de consulta: 25 de octubre de 2011). Disponible en: www.diputados.gob.mx/cesop/.

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. "Comisión Legislativa", en: *Migración, Frontera y Población* [Actualización: 8 de junio de 2006]. (Fecha de consulta: 18 de septiembre de 2011). Disponible en: www.diputados.gob.mx/cesop/.

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. "Contexto internacional", en: *Grupos Vulnerables* (Actualización: 12 de marzo de 2009), (Fecha de consulta: 30 de septiembre de 2011). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/cesop/>.

Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. "Contexto nacional", en: *Grupos Vulnerables* (Actualización: 12 de marzo de 2009), (Fecha de consulta: 30 de septiembre de 2011). Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/cesop/>.

CNDH. *La vulnerabilidad como obstáculo para el respeto de los derechos humanos*" (Fecha de consulta: 30 de octubre de 2011). Disponible en: <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Otras%20Pu>



blicaciones%20de%20interes%20relacionados%20con%20el%20VIH/Otros%20documentos%20relevantes/educadoresVIHy%20DH.pdf.

INMUJERES. *Vulnerabilidad social* (Fecha de consulta: 31 de octubre de 2011). Disponible en: <http://generodesarrollolocal.inmujeres.gob.mx/glossary/term/190>.

INMUJERES. *La migración México-Estados Unidos: un enfoque de género*. México: 2007, (Fecha de consulta: 27 de enero de 2011). Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100918.pdf.

Ley General de Desarrollo Social, Artículo 5º. Fracción VI. Ley vigente, publicada en el Diario Oficial de la Federación 20 de enero de 2004 (Fecha de consulta: 6 de agosto de 2011). Disponible en: <http://cgsservicios.df.gob.mx/prontuario/vigente/353.htm>.

Organización de Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO). *Personas que sufren inseguridad alimentaria* (Fecha de consulta: 30 de octubre de 2011). Disponible en: http://www.fao.org/docrep/meeting/x8018s.htm#P97_2791.

Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 (Fecha de consulta: 27 de enero de 2012) Disponible en: <http://pnd.presidencia.gob.mx>.

SSA, CENSIDA. *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS*. México, 2010 (Fecha de consulta: 4 de marzo de 2012) Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/UNGASS_Mex2010.pdf.

SSA, CENSIDA. Centros ambulatorios para la prevención y atención del Sida e ITS (CAPASITS) en la república mexicana. (Fecha de consulta: 4 de marzo de 2012) Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/atencion/directorios/directorio_CAP_0112.pdf.

SSA, CENSIDA. *El VIH/Sida en México 2009*, México: 2009 (Fecha de consulta: 30 de noviembre de 2011). Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>.

SSA, CENSIDA. *Hacia un nuevo modelo de respuesta al VIH* (Fecha de consulta: 4 de marzo de 2012). Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/letras/2007/septiembre.html>.

SSA, CENSIDA. Manual de Organización específico de los CAPASITS (Fecha de consulta: 4 de marzo de 2012). Disponible en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/man_org_capasits.pdf.



SSA, CENSIDA. *Mujeres y VIH/Sida en México* (Fecha de consulta: 19 de noviembre de 2011). Disponible en:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/EPI_MujeryVIH-Izazola.pdf.

