

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social

Sede Distrito Federal

Maestría en Antropología Social

Línea de Especialización: Antropología de la salud y la enfermedad. Cultura, poder y estrategias de vida.

Promoción 2009-2011

RECONSTRUYENDO Y RELACIONANDO LAS EXPERIENCIAS DE MIGRAR Y ENFERMAR. REPRESENTACIONES SOCIALES Y TRAYECTORIAS DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH CON EXPERIENCIAS DE MIGRACIÓN EN EL CAPASITS DE POZA RICA, VERACRUZ

Tesis que para obtener el grado de

Maestro en Antropología Social

Presenta:

ERICK ALFREDO MACÍAS JUÁREZ

Directora: Dra. Zuanilda Mendoza González

México, D. F. Febrero de 2012

AGRADECIMIENTOS

Deseo expresar mi gratitud a las siguientes personas e instituciones, quienes cumplieron un papel fundamental para la realización exitosa de esta tesis:

En primer lugar, al Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social – Sede Distrito Federal, donde he vivido una importante etapa de mi desarrollo académico y profesional en diversos proyectos, incluyendo mis estudios de postgrado. Las experiencias y el aprendizaje adquiridos de profesores, investigadores y compañeros de trabajo han sido invaluable.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, por el apoyo financiero que disfruté y procuré aprovechar al máximo durante los dos años de duración de la maestría.

A la Dra. Zuanilda Mendoza, directora de la presente tesis, quien me guió con amabilidad y paciencia a lo largo de este proceso de investigación, redacción y análisis; su conocimiento experto en materia de salud pública y antropología de la salud/enfermedad ha sido esencial para mí en mi primera incursión en esta rama del conocimiento.

A las Dras. Patricia Ponce, Diana Reartes y Clara Juárez, integrantes del Comité de lectoras de esta tesis, por las revisiones del manuscrito y por las oportunas y útiles sugerencias que me hicieron para mejorarlo.

Agradezco también a la Dra. Laura Pedrosa, cuyos comentarios me fueron de suma importancia para mejorar el proyecto desde su confección inicial, y a la Dra. Rosa María Lara, ya que sus investigaciones antropológicas pioneras en materia de VIH en el estado de Veracruz fueron en muchos momentos mi principal guía y fuente de inspiración para conducir mi propia etnografía en el camino correcto.

A mis 23 compañeros de la maestría y a mis ocho compañeros de línea de especialización; ha sido un gran placer conocerlos y compartir con ellos docenas de momentos agradables.

A mi familia, especialmente a mi madre, Gabriela.

A Violeta.

RECONSTRUYENDO Y RELACIONANDO LAS EXPERIENCIAS DE MIGRAR Y ENFERMAR. REPRESENTACIONES SOCIALES Y TRAYECTORIAS DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH CON EXPERIENCIAS DE MIGRACIÓN EN EL CAPASITS DE POZA RICA, VERACRUZ.

INTRODUCCIÓN	1
Planteamiento general y contextualización del problema de estudio	5
Interrogantes e hipótesis de la investigación	8
Metodología de la investigación	10
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DEL ESTUDIO DEL VIH-SIDA Y LA MIGRACIÓN EN MÉXICO	18
1.1 El VIH-Sida en México	20
1.2 El VIH-Sida en Veracruz	28
1.3 El VIH-Sida en Poza Rica	39
1.4 El VIH-Sida y la migración en México: aproximaciones e investigación desde la disciplina antropológica	47
CAPÍTULO 2. ELEMENTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES	59
2.1 Enfoque relacional: la articulación entre lo estructural y lo micro-social en el estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención	60
2.2 El uso de las representaciones sociales en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención	72
2.2.1 Los conceptos de estigma y estigmatización, y su relevancia en el estudio de las representaciones sociales sobre el VIH-Sida	82
2.2.2 Representaciones del VIH-Sida: las construcciones metafóricas	86
2.3 El riesgo y su conceptualización en el contexto del VIH-Sida	90

2.3.1 La vulnerabilidad ante el VIH-Sida	97
2.4 La carrera del enfermo o trayectoria de búsqueda de atención	99
2.5 Algunas consideraciones teóricas acerca de la migración en relación con el riesgo y la vulnerabilidad ante la infección por VIH	102

CAPÍTULO 3. LA MIGRACIÓN Y EL VIH-SIDA EN LA CIUDAD DE POZA RICA, VERACRUZ

3.1 La ciudad de Poza Rica de Hidalgo: origen petrolero	107
3.2 Dinámicas poblacionales, migración y movilidad territorial: antecedentes y actualidad	109
3.2.1 Poza Rica construida por la inmigración durante el auge petrolero	110
3.2.2 Petróleo a la baja, desempleo a la alza: la migración en Poza Rica en la época actual	113
3.3 La atención en VIH-Sida dentro de los servicios de salud para la población abierta en la ciudad de Poza Rica	117
3.3.1 El CAPASITS, clínica especializada en la atención a la salud de personas viviendo con VIH	119
3.3.2 El CAPASITS de la ciudad de Poza Rica	124
3.3.3 Los prestadores de los servicios de atención a la salud en el CAPASITS de Poza Rica	130
3.3.4 VIH-Sida y atención médica: las representaciones del personal de salud	135

CAPÍTULO 4. MIGRAR Y ENFERMAR: RUTAS MIGRATORIAS, TRAYECTORIAS DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN Y REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LOS PROCESOS DE MIGRACIÓN Y DE PADECIMIENTO POR VIH-SIDA DE ALGUNOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DEL CAPASITS DE POZA RICA

4.1 Sexo entre varones, migración y VIH-Sida: “se van de aquí y	
---	--

vienen a morir aquí”. Los casos de Marcos, Juan Carlos y Santiago	143
4.1.1 Marcos	144
a) Representaciones sobre la migración y el VIH	157
b) Trayectoria de padecimiento	162
4.1.2 Juan Carlos	177
a) Representaciones sobre la migración y el VIH	189
b) Trayectoria de padecimiento	191
4.1.3 Santiago	201
a) Representaciones sobre la migración y el VIH	210
b) Trayectoria de padecimiento	212
4.2 La migración del otro, la infección propia: “¿Qué vas a pensar tú que viene del otro lado, y que anduvo por allá...? Y pues no te cuidas, porque es tu pareja.” Los casos de Remedios y Diana, esposas de migrantes infectados con el VIH	223
4.2.1 Remedios	226
a) Representaciones sobre la migración y el VIH	230
b) Trayectoria de padecimiento	232
4.2.2 Diana	238
a) Representaciones sobre la migración y el VIH	240
b) Trayectoria de padecimiento	242
4.3 Transexualidad, trabajo sexual, migración internacional y VIH-Sida: “La gente que migra allá y más si eres gay, luego luego te relacionan con eso...” La historia de <i>Gina</i>	252
a) Representaciones sobre la migración y el VIH	267
b) Trayectoria de padecimiento	273
ANÁLISIS FINAL Y CONCLUSIONES	291
BIBLIOGRAFÍA	316

ÍNDICE DE FIGURAS:

Gráfica 1. Distribución de la población emigrante de Veracruz, por lugar de residencia en los últimos cinco años (al 17 de octubre de 2005)	31
Cuadro 1. Casos acumulados y casos nuevos registrados por Jurisdicción Sanitaria para el estado de Veracruz (al 26 de julio de 2010)	32
Gráfica 2. Morbilidad por Sida, estado de Veracruz 2005-2009	33
Cuadro 2. Casos acumulados por Jurisdicción Sanitaria y sexo 1985-2010, estado de Veracruz	36
Cuadro 3. Casos de VIH y Sida notificados por la Jurisdicción Sanitaria No. 3-Poza Rica, 1988-2010	40
Mapa 1. Cobertura municipal de la Jurisdicción Sanitaria 3-Poza Rica y del CAPASITS de Poza Rica	43
Cuadro 4. Relación entre emigración e incidencia de VIH-Sida para Veracruz, frente a los estados con mayor emigración interna	47
Mapa 2. Ruta convencional hacia los Estados Unidos por la zona del Golfo, según estimaciones de la Secretaría de Salud para el programa “Vete sano, regresa sano”.	117
Cuadro 5. Organización de los servicios de salud para la población abierta en la ciudad de Poza Rica	118
Cuadro 6. Número de personas viviendo con VIH atendidas en el CAPASITS de Poza Rica por municipio de residencia y Jurisdicción Sanitaria a la que se adscriben	126
Gráfica 3. Ruta de inicio de la atención médica en el CAPASITS de Poza Rica	129
Gráfica 4. Casos acumulados de VIH registrados en el CAPASITS de Poza Rica, por grupos de edades	138

INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación que a continuación se presenta constituye un esfuerzo por partida doble: por un lado, se trata de una aproximación antropológica, desde la perspectiva teórica, metodológica y conceptual de la antropología médica, a un tema de características enormemente complejas como lo es el proceso de salud/enfermedad/atención observado, descrito y analizado en el caso particular del VIH-Sida como problema de salud pública; por otro lado, la investigación consiste en una revisión – somera, muy probablemente inconclusa y acaso, al menos para el autor, hasta ahora no suficientemente sustentada en la observación en el campo – del fenómeno migratorio o más precisamente, de una parte del mismo como lo es la reintegración social y familiar de los sujetos migrantes en retorno a sus lugares de origen.

Sin embargo, el principal esfuerzo de este trabajo, así como su principal objetivo desde el inicio al plantearlo como problema de investigación, ha sido la interrelación entre ambos procesos, el de enfermar y el de migrar, empleando para ello un enfoque relacional que hiciera posible la detección de las diversas formas y momentos en que los dos trayectos se interconectan y se explican mutuamente, y las formas y momentos en que la existencia misma de dichas trayectorias ponen en relación a sus protagonistas en su calidad de actores sociales con otros actores sociales, tanto en la realidad experimentada por los hombres y mujeres que participaron en la investigación como también (sobre todo) en el terreno de lo simbólico, de lo signifiante, de lo interpretativo, de lo que se representa acerca de dichos trayectos y los “por qué” y “para qué” de la construcción de dichas representaciones.

No menos relevante es la contextualización espacio-territorial específica, las instituciones y los actores sociales sobre las cuales versa esta tesis: la ciudad de Poza Rica, Veracruz, el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) que funciona en las inmediaciones del hospital regional de segundo nivel de atención de esa localidad y los pacientes que reciben la atención médica en dicho centro, y en un segundo

término el personal médico y administrativo que les proporciona los servicios de atención a la salud en el mismo, y otros actores sociales significativos en las trayectorias de búsqueda de atención de los pacientes como son activistas sociales por los derechos de las personas viviendo con VIH en la ciudad de Poza Rica y los familiares de los pacientes.

Las líneas escritas arriba, sin más rodeos, dan cuenta de los aspectos principales tratados en este trabajo, mismos que he intentado plasmar tan evidentemente como me ha sido posible en el título. No obstante, hay otros muchos aspectos que han sido incluidos y que han revestido una gran trascendencia para la realización de esta investigación: uno de ellos, el riesgo y la vulnerabilidad como condicionantes, inclusive como causas profundas o detonantes de la iniciación de los sujetos en los caminos de la migración, de la infección por VIH y posteriormente de la atención a la salud en el CAPASITS. Esto implica también un vistazo analítico a la adquisición de roles sociales y culturales a lo largo de estas trayectorias, que los “convierten” en migrantes, en enfermos y luego en pacientes, respectivamente, pero también a la afectación significativa de las maneras en que a partir de estas vivencias se desenvuelven como hijos, como hermanos, como padres y madres, como compañeros amorosos, como trabajadores.

La tesis consta de cuatro capítulos, organizados de manera tal que la contextualización espacial, temporal, epidemiológica y etnográfica de los temas centrales del estudio anteceden a la presentación de los seis casos. El primer capítulo consiste en una revisión somera y general de la historia epidemiológica del VIH-Sida en una estructura sintética: su aparición como una pandemia en el plano internacional y global, la historia de la epidemia en México, su aparición en el estado de Veracruz y finalmente, los datos disponibles correspondientes a la ciudad de Poza Rica. Este capítulo cierra con una revisión de las más notables y conocidas investigaciones en materia de migración y VIH-Sida realizadas en nuestro país, incluyendo trabajos académicos y científicos referidos a ambas

fronteras nacionales y al interior del territorio, tanto en lo que respecta a estudios de caso como en lo tocante a esfuerzos de teorización.

El segundo capítulo contiene una presentación del marco teórico y conceptual del que se sirve el presente trabajo: el enfoque teórico relacional el cual es, para efectos del análisis cualitativo y crítico de procesos de salud/enfermedad/atención, un recurso de gran valía. En seguida se presentan los conceptos que fueron considerados por el autor y la directora de esta tesis como los más pertinentes para efectuar un estudio con las características del presente: elemental es por tanto, explicar las representaciones sociales en su funcionalidad y utilidad como en su estructura básica, y relacionar este concepto con otros que permitan abordar el VIH-Sida como un problema de salud pública y con grandes implicaciones sociales y culturales – el estigma y la estigmatización, y las metáforas acerca de este padecimiento.

Los conceptos de riesgo y vulnerabilidad son indispensables para comprender cómo y por qué la migración y la infección por VIH pueden relacionarse en las prácticas y representaciones de los actores sociales involucrados en esta problemática, sin dejar de guardar una estrecha relación con las representaciones sociales, de manera que unos conceptos se puedan hilvanar con otros utilizando el hilo conductor de la perspectiva relacional. El concepto de carrera del enfermo, también denominado como trayectoria de padecimiento o trayectoria de atención, por su parte, es de gran utilidad para abordar en su continuidad los procesos en los que está implicado el riesgo, la vulnerabilidad, la estigmatización y la experiencia subjetiva del padecimiento, que apuntan invariablemente a una búsqueda constante de restablecimiento de la salud por parte de los sujetos y sus redes de apoyo social. Como último componente de este capítulo, se incluyó una revisión de las principales aportaciones teóricas en torno al VIH-Sida y la migración en México.

En el tercer apartado capitular se recuperan y analizan los procesos conformadores de la ciudad de Poza Rica, poniendo un énfasis especial en las dinámicas socioeconómicas y sociodemográficas que han determinado

históricamente el espacio pozarricense y que lo definen en la actualidad, lo cual permite atisbar a la manera en que la cuestión migratoria en Poza Rica implica a toda la zona norte del estado de Veracruz, convirtiéndose así en un fenómeno regional que a la vez puede tener alcances interestatales, interregionales e internacionales dependiendo del tipo de movimientos migratorios efectuados por la población que se desplaza. Posteriormente, se ofrece una explicación de la estructura de los servicios de salud pública de la Secretaría de Salud en la ciudad de Poza Rica y una descripción detallada de la conformación institucional y física de la figura institucional central del trabajo, el CAPASITS, al término de este apartado también se incluyó como integrantes activos de los servicios de salud del CAPASITS de Poza Rica y como actores sociales significativos – aunque no protagónicos ni centrales – de este trabajo, a los miembros de la plantilla médica que presta sus servicios en la clínica, con quienes el autor sostuvo una serie de entrevistas y conversaciones personales, así como un continuo trabajo de observación dentro de las instalaciones del CAPASITS durante el tiempo que duró el trabajo de campo. De dichos intercambios surgieron informaciones acerca de la perspectiva que el personal de salud tiene sobre el VIH-Sida y la migración, la calidad de la atención y las estrategias y recursos de atención empleados por los pacientes, que aportaron datos muy valiosos al confrontar sus posturas con las de los pacientes entrevistados.

El capítulo cuarto contiene el grueso de la información descriptiva y etnográfica del estudio, y es también el elemento central de la tesis al presentar los seis casos de estudio, hombres y mujeres viviendo con VIH que residen en distintos lugares de la región del norte de Veracruz y que son atendidos en el CAPASITS de la ciudad de Poza Rica: sus experiencias de migración y padecimiento, algunas más extensamente narradas que otras, han sido planteadas cediendo a ellos la palabra y reproduciendo de la manera más fiel posible las narrativas, en las que sus propias expresiones, explicaciones y construcciones causales constituyen fuentes abundantes de representaciones sociales del padecimiento, de la migración y de la atención buscada y obtenida con una mínima intervención del autor como interlocutor, con el propósito de que

la gran riqueza de los datos aportados por ellos pase de su voz al texto de la forma más directa posible. Cada caso ha sido descrito por separado, aunque he agrupado a los informantes con base en criterios que pretenden establecer tipologías: en el primer sub apartado, quienes hablan son tres hombres homosexuales con experiencias de migración diversas: hacia una ciudad fronteriza en el caso de Marcos, por diversos estados de la república en el caso de Santiago y con experiencias tanto fronterizas como transfronterizas de migración en el caso de Juan Carlos. El segundo sub apartado incluye las historias de dos mujeres, Remedios y Diana, que sin haber migrado, han estado implicadas íntimamente en la migración y movilidad laboral de sus esposos. Por último, se presenta la historia de *Gina*, una mujer transexual con experiencias de migración tanto regional o interna como internacional en diversas etapas de su vida laboral. A lo largo de este capítulo, en cada caso, la intervención del autor se dirige mayormente a la interpretación y el análisis de aspectos puntuales y particularmente relevantes de las narrativas de los informantes, procurando como se ha afirmado en líneas anteriores, otorgar la palabra en la mayor medida posible a los propios sujetos.

Planteamiento general y contextualización del problema de estudio

En primer lugar, es necesario contextualizar espacial, temporal y socialmente la realidad investigada. La ciudad de Poza Rica fue fundada en la década de 1930 como un centro de extracción petrolera de enorme importancia nacional – el auge petrolero y la expropiación del recurso durante la administración presidencial de Lázaro Cárdenas coinciden con dicho auge, y éste a su vez se sustentó en gran medida en la cantidad de pozos de profusa producción hallados en esta zona veracruzana.

Por lo tanto, la incorporación de mano de obra signó la vocación de Poza Rica como un polo de atracción poblacional durante varias décadas: la construcción de infraestructura habitacional, comercial y de servicios se concentró en este lugar al mismo ritmo vertiginoso en que los obreros petroleros llegaban a

él para trabajar y vivir. El final del auge petrolero durante las décadas de 1980 y 1990 debido a las hondas crisis económicas mexicanas de 1982 y 1993 contribuyó al estancamiento de la inmigración laboral hacia Poza Rica y paulatinamente terminó por integrar a esta ciudad en la reciente tendencia emigratoria que ha caracterizado a la generalidad del estado veracruzano – tanto la migración interna “tradicional” hacia los grandes centros urbanos como el Distrito Federal y Monterrey, como la más reciente oleada de migración hacia las urbes fronterizas del norte y hacia los Estados Unidos si bien esta emigración relativamente nueva desde Poza Rica (y desde la región norte del estado en general) no ha alcanzado los volúmenes de otros lugares de Veracruz, especialmente las del centro del estado.¹

Estas transformaciones en las dinámicas socioespaciales y económicas en la historia reciente de Poza Rica han coincidido en el tiempo con la aparición del VIH en su etapa epidémica en el plano internacional, y también en el ámbito nacional, estatal y local que ocupa el interés del presente trabajo. Desde 1985, año en que apareció el primer caso de Sida en el estado de Veracruz, esta entidad federativa se ha convertido en la tercera con más casos acumulados (13,084 a noviembre de 2010), la quinta en incidencia acumulada (179.4) y segundo en mortalidad por Sida (10.7%)² a nivel nacional, de acuerdo con las estadísticas ofrecidas por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-Sida (Panorama epidemiológico del VIH-Sida en México, Censida, 2010; “El VIH-Sida en México 2010”, Censida, 2010).

Al interior de la entidad, a su vez, Poza Rica ha llegado a ocupar el tercer y cuarto lugar en esos rubros – de manera alternada con Xalapa –, hecho que adquiere relevancia regional al considerar dos aspectos fundamentales: por un

¹ Los municipios veracruzanos señalados con los mayores índices de intensidad migratoria por el Consejo Nacional de la Población se ubican geográficamente en la parte central de la entidad, haciendo de Veracruz un estado en el que la migración (y especialmente, la emigración) es un fenómeno intenso pero no generalizado, sino localizado y concentrado mayormente en algunos municipios (Barcelata Chávez, 2010:116). De hecho, el único municipio correspondiente a la zona norte del estado y cercano geográficamente a Poza Rica que figura entre los que cuentan con un mayor número de hogares con miembros emigrantes es Martínez de la Torre (ídem p. 117).

² Este dato corresponde a 2009.

lado, la organización territorial de la atención a la salud para la población abierta por parte de la Secretaría de Salud, que en el caso de Veracruz divide la entidad en once Jurisdicciones Sanitarias, de las cuales la número 3 corresponde a Poza Rica y abarca otros 19 municipios, y por otro, que Poza Rica es la única localidad de la región norte que cuenta con un CAPASITS, por lo que además de concentrar a la población infectada proveniente de los municipios correspondientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 3, también abarca a la población radicada en municipios correspondientes a otras tres Jurisdicciones (1, 2 y parte de la 4), sumando un total de 925 casos acumulados con diagnóstico positivo e integrados al programa de atención médica ambulatoria del CAPASITS, al mes de diciembre de 2010, de acuerdo con datos estadísticos proporcionados por la coordinación estatal del programa de atención en VIH-Sida de los Servicios de Salud del Estado de Veracruz (SESVER) correspondientes a la Jurisdicción Sanitaria No. 3 y al Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR) para el CAPASITS de Poza Rica.

La infección por VIH en una región como el norte de Veracruz, que se caracteriza por una constante movilidad poblacional a través de diversas rutas interurbanas, interregionales e internacionales, es un fenómeno epidemiológico que puede guardar estrechas relaciones con los movimientos migratorios, a la vez que como han apuntado Bronfman (2004) y otros autores, las poblaciones en movimiento cuentan, al conjuntarse causas sociales, económicas, políticas y culturales, con un incremento en su vulnerabilidad ante la transmisión de infecciones de transmisión sexual. Cabe por lo tanto, considerar una serie de interrogantes y planteamientos hipotéticos que permitan indagar sobre las maneras en que ambos fenómenos, la migración y la infección por VIH, interactúan por medio de las relaciones sociales que constituyen la realidad experimentada y representada por aquellos quienes migran – y en sus trayectos, consecuentemente, contraen la infección.

Interrogantes e hipótesis de la investigación

Los puntos de partida de esta tesis, claro está, fueron contruidos antes de conocer sus resultados, por medio de la confección de un proyecto de investigación previo al trabajo de campo, tal como suele ocurrir en el decurso convencional del desarrollo de investigaciones de postgrado; y tal como suele suceder, también los resultados han divergido de dichos planteamientos iniciales, instando a quien escribe a replantearse no pocas veces el sentido y el objeto de lo que estaba tratando de hacer. No sin cierta desilusión, he caído en cuenta de que algunas de las interrogantes con que dejé la línea de partida en este recorrido se han quedado en el camino, ya fuere por los tiempos tan acotados para la realización de la investigación, por su inconsistencia de origen o al ser enfrentadas con la realidad, o por las dificultades metodológicas que implicaba su seguimiento. Pero también aparecieron otros aspectos sumamente interesantes y significativos que dieron forma y dirección a la tesis en varios tramos de su avance y por lo tanto, llegan como parte de la tesis a la línea de meta.

A continuación, pues, hago mención de aquellas interrogantes e hipótesis (tanto las planteadas originalmente, como las surgidas en momentos posteriores) que mantuvieron su vigencia durante y después de la realización de la investigación:

- ¿En qué formas representan el VIH-Sida aquellos sujetos que viven con el mismo, y de qué manera esas representaciones incluyen el hecho de ser migrantes o a la migración como parte de su historia vital?
- ¿Cómo son las trayectorias de búsqueda de atención de estos sujetos seropositivos en condición migratoria?
- ¿Cómo son las dinámicas sociales (familiares, de pareja, amicales, laborales) en el caso de sujetos implicados en procesos migratorios y que viven con VIH-Sida?

- ¿De qué manera se ha insertado la adquisición de la infección por VIH en sus trayectorias migrantes? ¿En qué maneras su carrera como migrantes ha sido afectada por su condición de personas viviendo con VIH?
- Además del tratamiento a base de medicamentos antirretrovirales, ¿estos pacientes recurren a otros sistemas médicos no alopáticos? ¿De qué manera articulan esos diversos sistemas o saberes?
- ¿Cómo se establecen y se desarrollan las relaciones entre los pacientes y el personal de atención a la salud a lo largo del proceso de salud/enfermedad/atención, en el ámbito clínico del CAPASITS de Poza Rica?
- ¿Cuál es la postura del personal de salud del CAPASITS de Poza Rica ante el planteamiento de que el fenómeno de la migración puede ser un factor altamente incidente en el riesgo y la vulnerabilidad ante la infección por VIH?
- Los migrantes ¿son considerados como un grupo vulnerable ante la infección por VIH? ¿Qué relevancia tiene este aspecto en lo tocante a la prevención y a la calidad de la atención en VIH-Sida dirigida a la población que se desplaza hacia o desde la zona de estudio?

Por otra parte, las dos hipótesis planteadas al inicio de la investigación atañen directamente a los dos aspectos centrales de la misma, esto es, las interconexiones posibles entre las migraciones, independientemente de los tipos modalidades de éstas, y los riesgos y vulnerabilidades que los hombres y mujeres que las llevan a cabo asumen o adquieren ante la infección por VIH; además de las representaciones sociales que quienes viven con el virus elaboran en torno a los procesos experimentados de migración y padecimiento. De esta forma, las hipótesis formuladas se leen como sigue:

- Uno de los factores causales de mayor relevancia para el reciente aumento de la incidencia en la transmisión del VIH en Poza Rica es la movilidad y migración que la población de esta ciudad ha presentado históricamente y también en la actualidad, tanto en el caso de la llegada de población de

otras localidades circundantes para aprovechar los servicios y equipamientos urbanos de mayor importancia a nivel regional existentes en esta ciudad, como si se trata de la partida de población hacia otras ciudades o entidades federativas del país, o hacia los Estados Unidos.

- La trascendencia del fenómeno migratorio en el aumento de casos de VIH-Sida a lo largo de la historia de la enfermedad y también en el contexto social, económico y territorial histórico particular de la ciudad de Poza Rica, influye en la construcción de representaciones sociales acerca de la migración y de los migrantes como una actividad de riesgo; por lo tanto, los pacientes seropositivos del CAPASITS de Poza Rica que han estado o están involucrados en procesos de movilidad territorial, destacan la migración entre las representaciones sociales del riesgo y la vulnerabilidad ante la infección por VIH, incluyendo sus propias trayectorias de migración.

Metodología de la investigación

El inicio de un proyecto de investigación se incuba en los intereses del investigador, en la naturaleza de su formación y también, de manera notable y a veces incluso sorpresiva, en el surgimiento de nuevas inquietudes al contacto con problemáticas poco conocidas o escasamente estudiadas, que al mismo tiempo constituyen un campo potencialmente fértil para el desarrollo de un trabajo de investigación. En este caso, el deseo del autor por indagar en el tema de la migración de retorno y de comprender y analizar su problematización social y cultural con el empleo de herramientas conceptuales como “riesgo”, “vulnerabilidad”, “representaciones sociales” entre otras, le han llevado a un terreno inesperado y desconocido (para él), el de la antropología médica y el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención, y a través de la exploración en esta rama disciplinar en busca de un tema al cual aplicar los intereses mencionados, a un fenómeno patológico y epidemiológico que es además un fenómeno social, cultural y afectivo que resulta complejo, relevante, doloroso, pertinente y de gran significancia social y cultural: el VIH-Sida.

El trazo del proyecto comenzó al elegir como lugar de estudio la ciudad de Poza Rica, habida cuenta por una parte de la movilidad laboral existente hacia y desde dicha ciudad y las muy diversas características de dicha movilidad en la actualidad con respecto a su origen, su pasado reciente y su presente, predominantemente petrolero; y por otra, del hallazgo de cierto número de notas periodísticas y datos estadísticos y epidemiológicos consultados que mostraban a esa ciudad como una en la que aumentaban rápidamente los casos y la incidencia de la infección, hasta convertirla en el tercer municipio con mayor número de casos acumulados a nivel estatal, sólo detrás del puerto de Veracruz y de la ciudad de Coatzacoalcos (en realidad, también a la zaga de la capital, Xalapa, aunque ello se debe a la mayor concentración de usuarios de servicios de salud en VIH-Sida de esa ciudad, la única de todo el país que cuenta con dos CAPASITS).

De esta manera, la problematización de esta investigación, la cual está dirigida hacia la comprensión de las relaciones que el tema migratorio guarda con la infección por VIH en la ciudad de Poza Rica, ha debido incluir como escenario principal el CAPASITS de Poza Rica, pues por una parte, en el universo de atención del mismo se encuentran varios hombres y mujeres involucrados en procesos migratorios y de movilidad social por diversas causas y motivaciones, y que a la postre brindaron la posibilidad de ofrecer un panorama de gran variedad etnográfica: personas con experiencia como trabajadores migrantes hacia las cercanas ciudades fronterizas de Matamoros y Reynosa, a Tijuana o hacia los Estados Unidos, principalmente hacia el estado de California; mujeres casadas con trabajadores migrantes o ex migrantes; y hombres con experiencias de trabajo sexual que se han desplazado fuera de sus lugares de origen hacia una gran cantidad de destinos diferentes, tanto en el territorio mexicano como en los Estados Unidos. Por lo demás, la elección de los informantes estuvo sujeta a que reunieran características básicas para los intereses del trabajo – ser o haber sido migrantes, ser personas viviendo con VIH, recibir atención médica en el CAPASITS de Poza Rica y tener disposición y tiempo suficientes para participar en sesiones de entrevista conmigo –, sin aplicar criterios de discriminación por

edades, género, condición migrante o modalidad de migración efectuada, preferencia u orientación sexual u otros aspectos, esto con la finalidad de conducir la investigación con un grupo reducido pero a la vez diverso de informantes, a sabiendas de que no se trataba de una muestra representativa de casos, sino de un trabajo de reflexión y análisis en profundidad con miras a convertirse en una tesis de antropología social.

Por último, aunque el personal médico que presta sus servicios en la clínica había sido considerado como un universo de informantes tan importante como los pacientes, especialmente para poder conocer las representaciones de los propios médicos ante el VIH-Sida y para observar otros aspectos de interés para la investigación como las representaciones y posturas ante la articulación – de ellos y de los pacientes – de sistemas de atención diversos a lo largo de los procesos de salud/enfermedad/atención, la riqueza y cantidad de datos obtenida de los pacientes fue muy superior a la cantidad de información proporcionada por el personal de salud, además de que el proyecto no fue estructurado para elaborar una etnografía específica del personal de salud; esto me obligó a reestructurar el trabajo para priorizar la información proporcionada por los pacientes y centrar en ellos la descripción y el análisis por medio de la elaboración de un capítulo específico de los casos de estudio, de forma que la riqueza y abundancia de las informaciones proporcionadas fuera aprovechada en todo lo posible, y emplear la información del personal médico en forma complementaria. El resultado fue una intervención dialógica constante de los médicos y otros integrantes del personal de atención del CAPASITS (tal como ocurrió también aunque en menor medida, con otros actores sociales, como familiares, activistas, etc.) a lo largo de las narrativas de los seis informantes principales.

A la elección de tema, lugar e instituciones de investigación, así como la definición de las características de los actores sociales principales, siguió una ardua revisión bibliográfica, hemerográfica y estadística para la construcción del proyecto inicial, proceso que nunca he querido dar por concluido del todo, pues la revisión de las referencias utilizadas y la incorporación de otras fuentes se

convierten en una actividad prácticamente permanente durante una investigación, especialmente cuando los temas a tratar tienen una producción científica, académica y literaria tan vasta como es el caso de las migraciones y el VIH-Sida.

La redacción del proyecto en su etapa germinal y su presentación en el primer Coloquio de tesis del programa de maestría en el CIESAS fue indispensable para conocer los alcances, los límites y las cuantiosas imperfecciones de esta investigación en sus primeros y muy burdos planteamientos (reitero sin pretender justificarme, mi condición de neófito en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención desde la perspectiva antropológica), así como para delinear estrategias adecuadas que hicieran posible su realización y que lo convirtieran en un proyecto más concreto y tangible, con objetivos más claros y metas más realistas.

La siguiente etapa quizá haya sido la más difícil, pero también la más provechosa y enriquecedora: el trabajo de campo en la ciudad de Poza Rica. Debido al poco tiempo disponible para desempeñarme en el trabajo etnográfico (un hecho lamentable, pero que yace más allá de los alcances del programa de posgrado, de los responsables de las líneas de especialización y aun del propio centro de investigación), el mismo careció de la necesaria profundidad, aunque la riqueza contenida en los datos proporcionados por diversos actores sociales, principalmente los pacientes entrevistados, constituyó el mayor de los logros dadas las circunstancias de apremio en las que la investigación ha debido realizarse. Dicho sea, esa riqueza en la información cualitativa, la abundancia de subjetividades y la variedad de elementos pertinentes para el análisis son en gran parte un mérito de los propios sujetos de la investigación, cuyas narrativas han protagonizado el cuarto capítulo de esta tesis; eran ellos los más adecuados para describirse, y han sido ellos quienes se han descrito en la mayor parte de las oportunidades, de formas conmovedoras, asertivas, extensas, divertidas, dolorosas, ecuanímes... quien escribe ha hecho lo posible por estar a su altura en el correspondiente análisis.

Este trabajo de campo además, tuvo otras notables dificultades: el acceso a los propios pacientes en mi calidad de etnógrafo, la posibilidad de aproximarme a ellos y plantearles mi interés por incluirlos como colaboradores en este proyecto ameritó el sometimiento del mismo a ciertos burocratismos salubristas a nivel local y también estatal, los cuales representaron un serio retraso en los tiempos previstos para el inicio de la investigación en campo; y a pesar de la franqueza y la amabilidad con que el personal administrativo y médico me recibió y me brindó las facilidades para desempeñar mis labores en las instalaciones del CAPASITS y del hospital regional de Poza Rica, dicho acceso no habría sido posible nunca sin la ayuda indispensable del Grupo Multisectorial en VIH-Sida e ITS del estado de Veracruz, y especialmente de la Dra. Patricia Ponce del CIESAS-Golfo, a quien agradezco entre tantas otras cosas, y como tantas otras veces, su respaldo para poder presentar la investigación frente a las autoridades del hospital regional, así como ante la responsable del programa de atención en VIH-Sida a nivel estatal en la ciudad de Xalapa, la Dra. Gabriela Rodríguez, de forma que pudiera obtener de ellos el consentimiento para llevar a cabo actividades de observación y entrevista con los usuarios de los servicios de atención a la salud del CAPASITS de Poza Rica.³ Ciertamente, el apoyo de la Dra. Ponce y eventualmente (no sin cierta insistencia de mi parte) también de la Dra. Rodríguez fueron indispensables para realizar este trabajo y obtener por medio del mismo los datos necesarios, no sólo los de índole cualitativa, por medio de las entrevistas con los informantes, sino también los datos cuantitativos y estadísticos que la dirección de epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria No. 3 se negó a proporcionarme en incontables ocasiones, dificultando considerablemente mi trabajo.

Una vez superados estos escollos administrativos, la labor en el campo supuso el desafío de establecer vínculos de confianza con el personal de salud y

³ Es preciso añadir que la aproximación a los pacientes, aún siendo en términos académicos y profesionales debidamente acreditados, implica la observancia de un estricto protocolo de respeto a la confidencialidad de los pacientes y el trato responsable y discreto de toda información concerniente a ellos, de acuerdo con lo establecido en diversos puntos de la Norma Oficial Mexicana correspondiente (NOM); la importancia de conseguir un acercamiento no invasivo ni imprudente a los pacientes explicaría la preocupación manifestada por los directivos del Hospital Regional de Poza Rica y del personal médico del CAPASITS, y la renuencia inicial a admitir mi presencia en la clínica que causó la postergación del inicio de mi trabajo de campo por casi dos semanas.

esperar con paciencia los momentos propicios para acercarme a conversar con ellos y sobre todo con los pacientes, mis objetivos principales como informantes, quienes iban a la consulta externa y no necesariamente tenían tiempo o ganas de hacer una escala inusual en su recorrido rutinario de atención (oficina de trabajo social-consultorio médico-consultorio de psicología-dirección general-farmacia) para conversar con el desconocido que se apostaba a registrar datos en la sala de actos de la clínica. Fue gracias al apoyo constante de la psicóloga Karla⁴ y de la trabajadora social Patricia, como pude presentarme ante varios de ellos en la primera de dos reuniones informativas y de integración del grupo de autoayuda del CAPASITS, y allegarme el interés por participar de varios de ellos.

En varias ocasiones el recinto que me fue asignado en la clínica para realizar mis actividades de observación y registro de datos no resultó el lugar más adecuado para llevar a cabo entrevistas prolongadas: los pacientes se sentían incómodos ante la perspectiva de tener que permanecer en el CAPASITS más tiempo del absolutamente necesario, tenían que atender sus asuntos laborales, académicos o familiares, de modo que realicé las entrevistas con varios de ellos en sus hogares o negocios; por cierto, la hospitalidad y apertura con que Santiago y *Gina* me recibieron en sus casas y Marcos en su negocio, convirtió las sesiones de entrevista en charlas amenas, divertidas y prolongadas, y destaco también su generosidad al compartir conmigo los alimentos a pesar de la precariedad en las condiciones de vida, en el caso de Santiago, y las ocupaciones laborales, en el caso de Marcos.

Como se mencionará en el capítulo 3, otro aspecto complejo lo fue sin duda la necesidad de abordar el tema de la sexualidad, especialmente con las mujeres y con los hombres heterosexuales (o asumidos como tales, quizá habiendo incurrido ocasionalmente en prácticas homoeróticas); los plantones en los horarios o lugares acordados para las entrevistas o las negativas a tocar ciertos temas durante las mismas, lamentablemente truncaron la posibilidad de obtener

⁴ A partir de este momento, todos los actores sociales involucrados en la investigación serán mencionados con pseudónimos, como un acto necesario de respeto al derecho a la confidencialidad de pacientes y personal de salud especificado en la Norma Oficial Mexicana.

narrativas más completas. Tal sesgo en la información me obligó a modificar varias veces los objetivos planteados inicialmente con respecto al número de informantes que deseaba incluir y desechar algunas categorías planteadas originalmente (como por ejemplo la inclusión de hombres heterosexuales migrantes), y a relegar a un plano secundario varias entrevistas inconclusas en las que faltaban datos esenciales, especialmente con respecto a los episodios de riesgo y transmisión del VIH. Sin duda, la barrera de género impidió una mejor comunicación en los casos de varias mujeres, aunque en ello también han debido influir mi inexperiencia y mi impericia para realizar entrevistas que incluyeran el tema de la sexualidad. En todo caso, lamento la escasa participación de mujeres y la prácticamente total renuencia de los varones heterosexuales a participar en la investigación.

La participación de otros actores significativos en las entrevistas como los activistas sociales Horacio y Alejandro, resultó de gran relevancia por la cantidad de datos aportados por ellos y por brindarme la posibilidad de hacer dialogar las narrativas y representaciones de unos y otros; útiles resultaron, por ejemplo, las incursiones con Alejandro a las áreas de aislamiento de enfermos de Sida del hospital del IMSS, su valiosa ayuda para presentarme ante las autoridades médicas en la Jurisdicción y en el hospital regional, y aun un par de breves presentaciones de mi proyecto ante la prensa escrita. Interesante y útil también fue la posibilidad de recorrer con Horacio las calles del centro de Poza Rica en las que se ejerce intensamente el comercio sexual tanto masculino como femenino, observación que me permitió conocer un poco más acerca de las posturas de esa población ante el riesgo de transmisión por el VIH, las conflictivas interacciones con la policía intermunicipal y las constantes amenazas de agresión verbal, física y sexual que estos hombres y mujeres padecen en sus contextos laborales. No obstante, en varias ocasiones tuve que poner distancia de por medio con ambos, para mantenerme al margen de sus posturas políticas particulares o de sus perspectivas personales con respecto a los pacientes o el personal de salud – con las que yo no concuerdo del todo – y para procurar en todo momento no

involucrarme o aparentar estar involucrándome como activista, sino estrictamente como investigador.

La tesis que a continuación se presenta es, pues, el resultado de un gran esfuerzo de indagación, descripción, análisis, redacción e interpretación y también, no poca cosa, “talacha académica”: transcripción, corrección, fichaje, clasificación, lectura y relectura de la información obtenida, que por fortuna y a pesar del cortísimo tiempo de trabajo de campo, resultó abundante. Las omisiones, erratas e inconsistencias con toda seguridad seguirán acechando el producto final, siempre perfectible, aunque confío en que las correcciones hechas las habrán reducido suficientemente, tras las correspondientes revisiones (tanto mías como de mi directora, la Dra. Zuanilda Mendoza, y de mis lectoras de Comité de tesis: Dra. Patricia Ponce, Dra. Diana Reartes y Dra. Clara Juárez, a quienes reitero mis agradecimientos). También, en su mayor parte, es el resultado de la confianza de seis personas valerosas, entusiastas, quienes han compartido conmigo historias de riesgo, vulnerabilidad, dolor, angustia, fortaleza y esperanza para que yo las comparta con quien quiera que desee leerlas; espero que entonces, terminemos ellos y yo por compartir estas historias con muchos lectores.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES EPIDEMIOLÓGICOS DEL ESTUDIO DEL VIH-SIDA Y LA MIGRACIÓN EN MÉXICO.

Como pocas enfermedades epidémicas en la historia reciente, el VIH-Sida ha recorrido el mundo (de ahí que a menudo sea referida como “pandemia” además de como “epidemia”), colocando una marca dolorosa en muy diversas sociedades durante el último cuarto del siglo XX y los comienzos del XXI; pero además, este padecimiento ha sido frecuentemente presentado (y también, *representado*) con referencias de muerte, castigo y sufrimiento en estrecha relación con la sexualidad, y más específicamente con determinadas conductas sexuales consideradas como disidentes o contrarias a la norma social por autoridades tanto religiosas como laicas en todo el mundo.

Ha sido en el seno de las naciones occidentales donde más se han dedicado espacios de discusión, descripción, estudio, representación y práctica a este padecimiento y sus implicaciones tanto epidemiológicas como sociales, culturales y económicas (una vasta literatura médica a la que se suma una creciente producción científica y académica desde las ciencias sociales; una diversidad de foros nacionales e internacionales, y la preponderancia de ser uno de los temas de salud más mencionados en la prensa escrita⁵), así como a esfuerzos por parte de la medicina científica dirigidos mayormente a la investigación farmacológica, de medicamentos que disminuyan de manera eficaz los síntomas al mismo tiempo que mejoran la calidad de vida de las personas que viven con VIH, y por qué no, de una cura definitiva o de una vacuna preventiva del

⁵ Menéndez y Di Pardo en su libro *Miedos, riesgos e inseguridades* (CIESAS, 2009), el cual es resultado de una revisión exhaustiva de los espacios dedicados a temas de salud y enfermedad en la prensa escrita mexicana, concluyen que el VIH-Sida ha sido el problema de salud más abundantemente documentado en los periódicos en la historia reciente, superando de forma más o menos amplia a otros más relevantes en cuanto al impacto real de morbilidad y mortalidad entre la población, como la diabetes, la hipertensión arterial o las lesiones o muertes relacionadas con diversos tipos de violencias; lo cual, señalan los autores, ha contribuido a crear una representación sobre el riesgo ante el VIH-Sida que no necesariamente se corresponde con los alcances reales y actuales de la infección y de la mortalidad por esta causa en México.

virus en el futuro;⁶ todo ello a pesar de que ha sido en las regiones más pobres del mundo, aquellas naciones que no participan del gran proceso tecnológico global como la gran mayoría de los países de África, algunos del sudeste asiático y no pocos en América latina, donde el VIH-Sida ha causado estragos mucho mayores: en la actualidad, diversas estimaciones coinciden en señalar una cifra mundial de más de 65 millones de personas viviendo con VIH y 25 millones de muertes por Sida, de acuerdo con lo aseverado por el ex secretario de salud de México, Ángel Córdova Villalobos (en Córdova, León y Valdespino, 2009:11), de las cuales la mayor parte viven – y mueren – en esas regiones del mundo, principalmente en el continente africano.⁷

Pero, sin importar la sociedad de la que se trate, casi todo el peso de la realidad social, cultural, económica y clínica de este padecimiento yace pesadamente sobre los hombros de los sectores más marginados: los hombres homosexuales, los trabajadores y trabajadoras sexuales, las mujeres, hombres y niños pobres e impedidos del acceso a la educación, la salud y el trabajo, los menores y adolescentes enrolados en redes ilegales de comercio sexual, los trabajadores migrantes.⁸ Huelga decir que los hombres y mujeres más afectados por el VIH suelen pertenecer a varias de estas categorías.

⁶ El comienzo de esta búsqueda data de 1986, cuando en los laboratorios del Instituto Nacional de Oncología de los Estados Unidos se produjeron los primeros resultados positivos de inhibición de la enzima replicante del virus, la *transcriptasa inversa*, mediante el empleo de un fármaco previamente utilizado en personas con cáncer conocido como zidovudina – conocido comercialmente como AZT; el AZT comenzó a ser utilizado de manera formal en enfermos de Sida un año más tarde, y continuó siendo el fármaco más usual en los regímenes antirretrovirales hasta 1996, cuando fueron presentados en la Conferencia sobre VIH-Sida en Vancouver, Canadá, los primeros resultados positivos de tratamientos antirretrovirales combinados o de gran actividad. (Suárez, M. “Del AZT a TARGA: una breve historia del VIH y sus tratamientos”; publicado en <http://gtt-vih.org>)

⁷ En 2003 se apuntaba a que existían unos 40 millones de personas infectadas por el VIH, de las cuales 28.5 millones correspondían a población del África subsahariana, de los cuales a su vez, se contaban 2 millones de fallecimientos y menos de 100 mil sujetos recibiendo tratamiento antirretroviral, mientras que en los Estados Unidos y Canadá había menos de un millón de personas infectadas de las cuales se registraban 15 mil decesos y más de la mitad tenía acceso a los medicamentos específicos (Alarcón y Ponce de León, 2003). Además, el 76% de todas las mujeres infectadas en el mundo son pobladoras de países africanos (Menéndez y Di Pardo, 2009).

⁸ En 2006, el Consejo Internacional de Organizaciones con Servicios en SIDA (ICASO, por sus siglas en inglés) en su Guía para la Promoción de las Directrices Internacionales sobre VIH-Sida y Derechos Humanos ofreció una clasificación de los grupos, comunidades y poblaciones vulnerables a la transmisión, que enlista a mujeres, niños, pobres, pueblos indígenas, migrantes, refugiados, discapacitados, trabajadores/as sexuales, hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas inyectadas y reclusos.

A lo largo de este primer capítulo se trazará de forma muy general la historia registrada de la epidemia de VIH-Sida en México, desde sus comienzos a mediados de la década de 1980 hasta la actualidad, procurando posteriormente explicar diversas maneras en que este fenómeno epidemiológico ha establecido escenarios de mutua influencia con el fenómeno migratorio mexicano, tanto en el plano interno como en el internacional.

1.1 El VIH-Sida en México

Aunque la discusión acerca de cuándo y dónde apareció realmente el VIH-Sida en el plano internacional incluye diferentes versiones,⁹ desde un inicio la expansión de la epidemia fue atribuida principalmente a la población homosexual – y también, aunque en menor medida, a los usuarios de drogas inyectadas –, y a los traslados de varones infectados a través de fronteras internacionales. Este dato es preciso tenerlo en cuenta ya que en México, los primeros casos fueron detectados en el año 1983 y en algunos casos se trataba de hombres homosexuales con niveles profesionales altos, que habían tenido trayectorias migrantes hacia los Estados Unidos y habrían tenido relaciones sexuales con varones estadounidenses, mientras que uno de los casos era un estudiante haitiano heterosexual que había residido en París (Alarcón y Ponce de León, 2003; Ponce de León y Lazcano, 2008). Como se verá más adelante, la epidemia cambió sus características socioeconómicas con relativa rapidez con respecto a sus inicios para adquirir los rasgos tanto clínicos como culturales y económicos que han caracterizado a la epidemia en México, esto es, una epidemia localizada mayoritariamente en la población masculina y homosexual, aunque con un incremento notable de la transmisión heterosexual y de la prevalencia en la

⁹ La versión más difundida sobre todo por las autoridades médicas y los medios masivos de comunicación desde los inicios de la epidemia fue que ésta provenía del continente africano asociada al consumo clínico de tejidos de simios contaminados (Velasco y Araujo, 2008) y que habría surgido varios años antes de la aparición a nivel mundial de la enfermedad; otros autores señalan que el virus podría haber surgido en la década de 1970, en los Estados Unidos. El hecho de que los 26 primeros casos diagnosticados como “sida” hayan sido detectados en varones estadounidenses en 1981 (Alarcón y Ponce de León, 2003; Ponce de León y Lazcano, 2008) podría haber servido para reforzar esta segunda postura. Además, fue en 1983 cuando se aisló al primer sujeto enfermo de Sida y se suministró por primera vez tratamiento antiviral AZT.

población femenina, y que afecta mayormente a los estratos socioeconómicos bajos (Lara y Mateos, 2006; Magis y Hernández, 2008; Ponce de León y Lazcano, 2008).

En 1985 fueron detectadas como portadoras del VIH mujeres involucradas en la donación de productos sanguíneos, y que además habían sido asistidas clínicamente en procesos de parto-puerperio; lo cual obligó a las autoridades mexicanas a modificar sus políticas de transfusión de hemoderivados, las cuales hasta entonces consistían de los llamados “donadores profesionales”, individuos que entregaban productos sanguíneos de manera más o menos periódica a las instituciones de salud pública a cambio de dinero. De esta manera, la comercialización de sangre fue el primer factor de riesgo clasificado formalmente como tal en México, considerándose un problema serio debido a que no existían estándares de sanidad para controlar las transfusiones.

En ese mismo año, 1985, se iniciaron los procedimientos legales que derivaron en que al año siguiente se estableciera como obligatoria la detección del VIH a todos los donadores de sangre, tanto en bancos de sangre públicos como privados, lo cual además fue significativo para que tanto el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) constituyeran sus propios laboratorios de tamizaje de sangre (Valdespino, García y Palacios, 2008) y que apareciera formalmente el programa “Sangre segura” como la norma principal para el control sanitario y epidemiológico de los productos sanguíneos en las instituciones salubristas mexicanas (Alarcón y Ponce de León, 2003). La aplicación de esta norma, junto con la proscripción de la práctica del comercio de sangre y otros hemoderivados, fueron clave en la disminución de la prevalencia de infección por transfusiones sanguíneas, de 2.6% en 1986 a sólo 0.7% en 1988 (Valdespino, García y Palacios, 2008), uno de los mayores logros – y hay que decirlo – del sistema mexicano de salud en materia de VIH-Sida a lo largo de la historia de la epidemia en nuestro país.

En México el VIH-Sida comenzó a crecer de manera exponencial desde mediados de la década de 1980; la migración tanto interna como internacional no sólo fue el vehículo que la condujo dentro del territorio nacional, sino también el que posibilitó su extensión hacia diversas poblaciones, debido a que los migrantes mexicanos presumiblemente contraían la infección en los Estados Unidos y la transmitían por vía heterosexual y homo-bisexual a parejas sexuales en sus comunidades de origen en México, a lo cual se llegó a denominar como la “ruralización de la epidemia de VIH” (Ponce de León y Lazcano, 2008).

La permeabilidad de la frontera mexicana con los Estados Unidos tanto en términos de tránsito de personas como de tráfico de drogas facilitó la transmisión por vía sexual y por el uso de drogas inyectadas (anteriormente denominadas “intravenosas”), constituyéndose ésta última en la segunda vía de transmisión más importante durante los primeros años de la presencia del VIH en México, a pesar de que por un lado, las autoridades migratorias estadounidenses se habían propuesto vigilar la frontera desde la cancelación del Programa Bracero en 1964;¹⁰ y que por otro, en 1987 el gobierno estadounidense había aprobado la agregación del Sida a la lista de condiciones médicas que implican el impedimento de entrada a extranjeros como una medida de seguridad nacional, y también una medida de protección económica ante los costos potencialmente elevados de brindar atención médica sufragada públicamente,¹¹ añadiéndose a criterios de exclusión

¹⁰ Las principales causas para la terminación del Programa Bracero fueron la consideración por parte de una parte del Senado estadounidense de que los trabajadores mexicanos mantenían deprimidos los salarios, y al mismo tiempo la necesidad de mecanizar la producción agrícola planteada por el fenómeno de crecimiento poblacional conocido como *baby boom*, que disparó la demanda de alimentos después de la segunda guerra mundial (Martin, 2009). Este autor agrega que aunque la migración de México a los Estados Unidos disminuyó entre el término del Programa Bracero y las devaluaciones del peso a finales de la década de 1970, en 1982 ésta volvió a aumentar al agudizarse la crisis por el inicio de la implementación de las políticas de ajuste estructural, que provocaron la crisis de los salarios reales y el empleo, conllevando a la revalorización por parte de los trabajadores mexicanos de los empleos que habían estado disponibles para ellos en los Estados Unidos hasta 1964; pero también, hay que apuntar que la demanda de mano de obra barata procedente de México no disminuyó totalmente y sí se trasladó a otros rubros como la industria de transformación de alimentos, que desde la década de 1980 hasta la actualidad se ha caracterizado por contratar mano de obra de origen mexicano e inclusive indocumentados, en ocasiones gratificando con bonos extra la incorporación de amigos o parientes por parte de los propios empleados mexicanos que ya laboran en el ramo (Lowell, Perdezini y Passel, 2009).

¹¹ Posteriormente, la ley se modificó para excluir sólo a quienes siendo seropositivos, solicitaran un permiso de residencia permanente en el país; esto debido a las grandes controversias políticas y de derechos humanos provocadas por la aprobación de esta medida en un arduo debate público que duró varios meses, en el que se

preexistentes implementados para impedir u obstaculizar el arribo de “extranjeros”, tales como la etnicidad, nacionalidad o adscripción religiosa o política (Platts, 2000).

Desde los comienzos de la epidemia hasta la creación del primer registro oficial de casos detectados en 1988, el Registro Nacional de Casos de Sida, la población con Sida había llegado al millar¹² (Valdespino, García y Palacios, 2008:29), pero la cifra creció de manera muy significativa hasta 1995, cuando dicha base contabilizaba, al 1 de abril, 22 312 casos; los retrasos en la notificación debidos a la lentitud en la operatividad de los registros de esa época, obligaron a los especialistas a hacer estimaciones del subregistro, que llevaron a cifrar la verdadera cantidad de infectados en más de 34 mil casos. Algo significativo es que se preveía que en los 12 meses siguientes al 1 de abril de ese año, la mitad de los casos reportados como enfermos de Sida ya habrían muerto, y que la gran mayoría de los que permanecían asintomáticos ya se habrían enfermado hacia el término de dicho periodo (Valdespino, García y Palacios, 2008).

Sin embargo, los autores que proponen estas cifras también ofrecen una curva de crecimiento de la morbilidad y mortalidad que habría quedado dividida en tres etapas: de 1983 a 1985, con un crecimiento lento; de 1986 a 1990, con un crecimiento rápido; y a partir de 1991, con una notable desaceleración, teniendo como criterio que en la etapa de crecimiento rápido y exponencial el periodo de duplicación de los casos registrados promediaba los seis meses, mientras que de 1991 a 1993 la duplicación se observó cada doce y a partir de dicho año, descendió a 16 (Valdespino, García y Palacios, 2008). Sin embargo, la enfermedad continuó siendo predominantemente letal y desde 1987 se estableció como una importante causa de muerte, sobre todo en 1992, cuando llegó a estar entre las veinte primeras causas de mortalidad general en México. Esto era especialmente significativo para los varones jóvenes, entre quienes llegó a ser la

incluyeron no sólo cuestiones médicas o de seguridad para la salud del pueblo estadounidense, sino también y principalmente, posturas ideológicas que enfatizaban cuestiones de raza y preferencias sexuales (Platts, 2000).

¹² Esta estimación probablemente sea inexacta, ya que el cuadro de casos registrados por año en el Registro Nacional de Casos de Sida estipula más de 2 mil casos para ese año.

decimocuarta causa de muerte ya en 1988, y la sexta para 1992. Es de sobra conocido que la proporción de hombres y en especial, de hombres con prácticas homo o bisexuales, constituyeron en esta etapa la población más afectada, ya que más del 80% de todos los casos registrados hasta la mitad de la década de 1990 correspondían a varones, de los cuales a su vez 60% tenía como factor de riesgo las prácticas sexuales desprotegidas con otros varones, en cualquiera de sus modalidades; mientras que la transmisión en las mujeres era proporcionalmente mucho menos significativa y predominantemente heterosexual, guardaba una estrecha relación con las prácticas de riesgo de sus maridos o cónyuges, hubieren sido prácticas homo o bisexuales, trayectorias como donadores pagados de sangre o en mucho menor medida usuarios de drogas inyectadas o hemofílicos. Pero además, la transmisión heterosexual en mujeres era frecuentemente asociada al trabajo sexual, pese a que la prevalencia en mujeres con antecedentes de trabajo sexual era hasta siete veces menor en las trabajadoras o ex trabajadoras sexuales, que en las mujeres que no se consideraban en riesgo alto de infección por VIH (Valdespino, García y Palacios, 2008).¹³

A finales de la década de 1980, con mayor precisión el día 24 de agosto de 1988, se decretó oficialmente por parte del gobierno federal mexicano, la creación del Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA), integrando así a los sectores público, privado y social a las acciones de prevención y control planificadas desde el ámbito gubernamental (Decreto de Reforma al CONASIDA. Diario Oficial de la Federación, 5 de julio de 2001) y también se creó la línea Telsida, que posibilitaba a la población mexicana solicitar orientación y asesoría básica vía telefónica y de manera gratuita acerca del VIH-Sida y otras infecciones de transmisión sexual (actualmente abreviadas de forma convencional como ITS), la cual sigue funcionando en la actualidad; también se llevó a cabo el primer Congreso Nacional sobre Sida, además de que se realizaron

¹³ En el caso de las trabajadoras sexuales, como también en el caso de los trabajadores sexuales masculinos, diversos estudios han constatado un incremento en el uso de condón durante las relaciones sexuales en el ejercicio del sexo comercial; sin embargo, el uso del condón disminuye en esta población al tener prácticas sexuales “por afinidad”, es decir, con sus parejas afectivas o estables, y además las mujeres (y hombres) que ejercen el trabajo sexual tienen una alta vulnerabilidad frente a la infección por razones biológicas, socioeconómicas y de género (Magis y Hernández, 2008:115).

las primeras encuestas sobre comportamientos sexuales (Magis y Parrini, 2006). Una de dichas encuestas, que además tuvo un estrecho vínculo con las primeras aproximaciones antropológicas al problema del VIH-Sida en México, fue la que se preparó y aplicó en la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), por parte del profesor e investigador Xabier Lizárraga y un grupo de estudiantes de licenciatura en antropología en colaboración con una organización activista gay en la lucha contra el VIH-Sida; este cuestionario y los resultados de su aplicación fueron presentados por el propio Lizárraga y algunos de los estudiantes que participaron en el proyecto, en el marco de ciclos y jornadas de talleres sobre Sida realizados en la ENAH entre los años de 1989 y 1990.¹⁴

Un hecho significativo lo fue la creación, en 1995, de la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control del VIH-Sida (abreviada como NOM), ya que en la misma fueron incorporados diversos aspectos científicos y técnicos, pero también legislativos y normativos y operacionales, que han hecho de conocimiento público la normatividad respectiva al padecimiento y los procedimientos oficiales para brindar y obtener tanto la atención médica, como el conocimiento con respecto a los derechos humanos de las personas viviendo con VIH y las diversas prácticas preventivas sugeridas para luchar contra la epidemia. La Norma Oficial Mexicana conserva su vigencia, y los procedimientos clínicos oficiales para brindar atención a los sujetos deben apearse a los protocolos que en ella se establecen, tanto en el sector público como en el privado.¹⁵

Ya a mediados-finales de la década de 1990, Conasida¹⁶ se integró a la Secretaría de Salud como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud (antes Secretaría de Salubridad y Asistencia, SSA), y los estados adoptaron un programa con presupuesto específico sobre VIH-Sida, lo cual permitiría, al menos en teoría, una mayor capacidad de gestión y aplicación efectiva de dichos

¹⁴ El cuestionario fue publicado, junto con las diversas ponencias, en la compilación titulada *Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el sida*, CONACULTA-ENAH, 1989, México.

¹⁵ La Norma Oficial Mexicana está disponible en línea en la página web de Censida (<http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/drhumanos/nomits2002.pdf>).

¹⁶ Hoy en día, CONASIDA está integrado, en su organización y labores, al Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH-sida, Censida.

programas y recursos en la población afectada por medio de las Jurisdicciones Sanitarias de los estados; además, se promovió que cada estado tuviera un Grupo Multisectorial de trabajo (Magis y Parrini, 2006:19). Por cierto es importante tener presente el surgimiento de dichos grupos, pues en el presente estudio tiene una importancia total la intervención del Grupo Multisectorial en VIH-Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en la supervisión, control y delineamiento de mejoras de la calidad de atención que los Servicios de Salud de Veracruz (SESVER) brindan a las personas viviendo con VIH de la entidad veracruzana.¹⁷

Actualmente, la cifra de casos acumulados en México es de 144, 127 (Censida: Registro Nacional de Casos de Sida al 15 de noviembre de 2010), ocupando el tercer lugar en el continente americano en casos acumulados registrados, sólo detrás de Estados Unidos y Brasil (Magis y Hernández, 2008). En la actualidad, el panorama epidemiológico se ha modificado significativamente en términos de patrones de transmisión, aumentando la heterosexual, pero en cuanto al total de casos acumulados 83% de los mismos corresponden a hombres y el 17% a mujeres (Lara y Mateos, 2006); a pesar de que las autoridades sanitarias declararon en 1997, que la epidemia había adquirido un patrón cada vez más heterosexual, rural y de transmisión sexual, en México, al igual que en toda la región latinoamericana, la epidemia del VIH conserva las características de una epidemia concentrada mayormente en la población masculina y con un porcentaje de incidencia más elevado en hombres que tienen sexo con hombres o HSH (Lara y Mateos, 2006) que en otros grupos considerados como “grupos de riesgo” y posteriormente como “comunidades vulnerables” ante el VIH-Sida, como las trabajadoras sexuales o los usuarios de drogas inyectables.

¹⁷ El Grupo Multisectorial en VIH-Sida e ITS del Estado de Veracruz fue creado en el año 2002, a convocatoria expresa del Proyecto Políticas y el Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida, Censida, orientando las acciones del grupo a “la prevención y atención integral con calidad y calidez, y mitigación del daño en el marco de respeto a los derechos humanos, la diversidad y con perspectiva de género” (Decreto Oficial del Grupo Multisectorial en VIH-Sida e ITS del Estado de Veracruz). La creación del grupo se llevó a cabo con el respaldo de diversos ordenamientos legales estatales, nacionales e internacionales, incluyendo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Declaración de la Cumbre de París sobre Sida, la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Constitución Política para el Estado de Veracruz, la Ley General de Salud y la Norma Oficial Mexicana.

De cualquier forma, es preciso afirmar que el incremento de casos tanto en ámbitos rurales como en otros contextos de transmisión heterosexual en buena parte se ha debido al aumento de la emigración masculina hacia los grandes centros urbanos y hacia los Estados Unidos, y también hacia las urbes fronterizas con presencia de industria maquiladora de exportación (IME), esto último sobre todo a partir del inicio de la década de 1990, cuando el cambio tecnológico e industrial de la maquila propició cierta “masculinización” de la mano de obra que buscaba y obtenía empleo en la industria maquiladora (durante la década de 1980 esta fuerza de trabajo fue mayoritariamente femenina), y que en algunos casos regresaba de otros destinos migratorios, como muchos jornaleros mexicanos que habían trabajado en los Estados Unidos y se trasladaron a las ciudades fronterizas a su regreso (Ong, 1991; Fernández-Kelly, 1989; Brannon y Lucker, 1990. Citados en González, *et al*, 1995).

Con respecto al incremento de la transmisión heterosexual hacia finales del siglo anterior y los inicios del presente, Carlos Magis afirma que

“[...] en zonas rurales la vía heterosexual de transmisión es un medio de infección muy frecuente presente en 43% de los casos – HSH alcanza a 47.4% –, mientras que en la urbes representa 28% y son los HSH quienes albergan 63% de los casos. Por lo mismo, la razón de casos hombre/mujer en las localidades rurales fue de 4:1 en el 2000, cuando en las zonas urbanas era de 6:1” (Magis y Hernández, 2008: 103).

Aunque la anterior cita ilustra con relativa claridad que la transmisión heterosexual es mucho mayor en contextos rurales, como lo apunta Lara y Mateos (2006), es necesario siempre atribuir a la transmisión homosexual y a la bisexual toda la importancia y el peso específico que tienen en la transmisión sexual del VIH, desde los inicios de la epidemia pero también en la actualidad. Si bien es necesario considerar como prioritarios de las labores de prevención y atención médica a todos los casos, sin reparo de los porcentajes en los datos de casos acumulados, así como seguir atribuyendo la importancia que merecen a los patrones de transmisión con cifras más marginales; tales son los casos de la transmisión sanguínea y por uso de drogas inyectadas, por ejemplo, los cuales aparecen como cada vez menos frecuentes en los registros de Censida (de hecho,

en 1994 ya se habían registrado siete veces menos casos de transmisión sanguínea que en 1990, el año con mayor número de casos reportados de esta clase con 350), y en la actualidad ambas formas de transmisión juntas representan únicamente el 1.4% del total de casos acumulados en la población adulta; en contraste, los casos acumulados de transmisión perinatal o vertical, que suman más de 2 mil desde el inicio de la epidemia (Censida/Registro Nacional de Casos de Sida, 2010), han tendido a aumentar, con una media de 188 casos registrados al año desde 2000 (Uribe Zúñiga, Ortiz y Hernández, 2008:77).

Con respecto a esto último, aunque la atención de los partos por cesárea junto con el suministro de suplementos lácteos en reemplazo de la leche materna – la cual puede ser altamente infectante, aunque la suspensión del amamantamiento no siempre es posible – y el acceso universal y gratuito a los medicamentos antirretrovirales pueden reducir significativamente el riesgo de transmisión de las madres a los niños, lo cual supondría un avance significativo en la prevención de la transmisión vertical del VIH, el número de infecciones pediátricas ha aumentado;¹⁸ por lo tanto, es preciso realizar investigaciones que conlleven a la comprensión y a la reducción de la vulnerabilidad de varones, mujeres y sus hijos a la transmisión heterosexual y perinatal, en diversos contextos en que éstas llegan a ocurrir en un mismo caso, como pueden ser las migraciones laborales masculinas, durante las cuales los varones pueden tener contactos sexuales sin protección.

1.2 El VIH-Sida en Veracruz

La revisión de la presencia histórica de la enfermedad en la entidad veracruzana es de suma utilidad para comprender las características del fenómeno epidemiológico en la zona norte del estado y en la ciudad de Poza Rica, ya que en ambos casos el VIH-Sida se relaciona estrechamente con aspectos centrales de

¹⁸ Patricia Ponce, investigadora del CIESAS-Golfo especialista en estudios de género y salud, sugiere que sólo el 32% de las mujeres mexicanas con hijos se practicaron la prueba de detección del VIH durante su embarazo.

esta investigación, a saber: la migración, la vulnerabilidad y el riesgo tanto en el ámbito de la salud como en el económico y el cultural, los diversos procesos de estigmatización y la actuación de las autoridades salubristas en la prevención y atención a la salud en VIH-Sida.

Actualmente, el estado de Veracruz ocupa el tercer lugar en casos acumulados nivel nacional, con 13,084 casos acumulados (Censida, con datos del Registro Nacional de Casos de Sida al 15 de noviembre de 2010), superado en este rubro solamente por el Distrito Federal y el Estado de México, y superando ya con amplitud al estado de Jalisco, con el que había alternado el tercer y cuarto lugar hasta mediados de la década de 2000 (Lara y Mateos, 2006). Además, ocupa el quinto lugar nacional en incidencia acumulada – esto es, la proporción de personas infectadas por VIH o enfermas de Sida por cada cien mil habitantes –, con un porcentaje del 9.1%, sólo superado por el Distrito Federal, el Estado de México y Jalisco; esto quiere decir que si se toma en cuenta el porcentaje de población infectada con respecto al total de la población de la entidad, Veracruz ocupa el cuarto puesto a nivel nacional (Censida/Registro Nacional de Casos de Sida, noviembre de 2010; consultado en la página web de Censida). Pero además, en los últimos años Veracruz ha encabezado las entidades federativas en los rubros de casos nuevos anuales y en mortalidad por Sida.

Tal como fue en los inicios de la epidemia a nivel nacional, el origen de la epidemia en territorio veracruzano tiene una estrecha relación con la agudización de los movimientos migratorios de motivación laboral hacia las ciudades fronterizas del norte del país y hacia los Estados Unidos; en el caso veracruzano, el surgimiento de la expansión del VIH-Sida tuvo desde sus inicios un nexo innegable con los intensos movimientos demográficos y comerciales que caracterizan a las ciudades portuarias, e históricamente Veracruz ha sido un lugar preponderante en este sentido desde la época colonial.

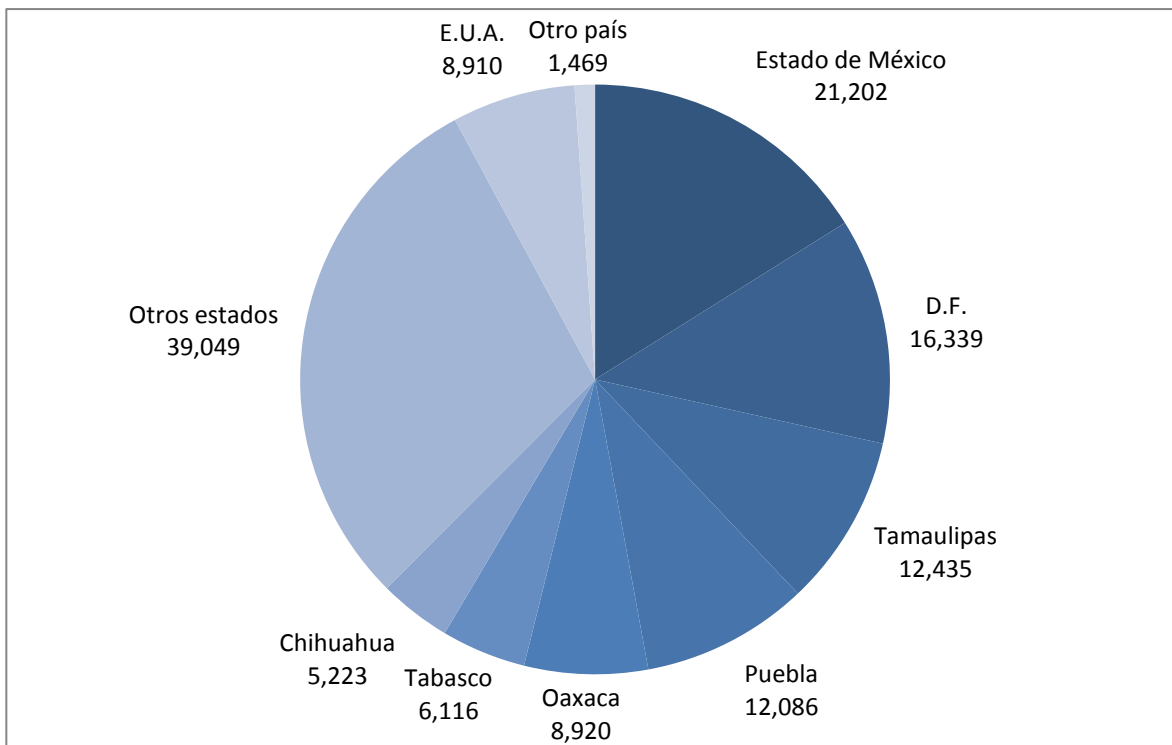
El puerto de Veracruz se consolidó como un lugar de arribo de contingentes nacionales y extranjeros que arribaban para cargar y descargar mercancías, pero también, desde principios del siglo XX, como una “puerta” para ingresar a otros

destinos veracruzanos para aprovechar oportunidades de trabajo tales como la caña de azúcar, las fincas de café y los campos petroleros (Rosas, 2008). Más recientemente, la rápida urbanización y crecimiento de la ciudad de Veracruz crearon las condiciones para una mayor y “más urbana” diversificación de la oferta laboral para la mano de obra que seguía fluyendo hacia el estado proveniente de otras entidades, principalmente Oaxaca, Puebla, el Estado de México y Tamaulipas.

Con el tiempo, Veracruz ha revertido notablemente su vocación histórica como polo de atracción poblacional, al punto que ha llegado a convertirse en el tercer estado con más emigración en todo el país, manteniendo actualmente un saldo migratorio negativo, con alrededor de 230 mil habitantes partiendo hacia otros estados, principalmente Tamaulipas, el Estado de México, Puebla y Chihuahua; el Distrito Federal cedió lugares en el orden de preferencias de los emigrantes veracruzanos,¹⁹ al tiempo que ha pasado de ser un estado con emigración internacional emergente a ocupar, a partir de 2005, el sexto lugar entre las entidades de las que parten más mexicanos fuera del país, participando de la emigración internacional con un 4.86%, es decir, 81 mil 334 veracruzanos partiendo de la entidad hacia destinos internacionales (Rosas, 2008), de los cuales la gran mayoría, alrededor de 78 mil, se habían trasladado a los Estados Unidos, lo cual equivale a afirmar que 11 de cada mil mexicanos originarios del estado de Veracruz se habrían marchado a los Estados Unidos tan sólo en el año 2000 (INEGI, 2010: página web de Cuéntame/INEGI).

¹⁹ No obstante, la gráfica 1 muestra que en 2005, aún era la segunda entidad federativa con mayor número de residentes emigrados del estado de Veracruz, después del Estado de México.

Gráfica 1. Distribución de la población emigrante de Veracruz, por lugar de residencia en los últimos cinco años (al 17 de octubre de 2005)



Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Veracruz, 2010. SEFIPLAN/Gobierno del Estado de Veracruz.

El primer caso de seropositividad registrado en el estado de Veracruz coincide con el primer caso detectado en el puerto, en 1985; en poco tiempo, el puerto de Veracruz se convirtió en el primer lugar de casos acumulados tanto a nivel estatal como nacional,²⁰ seguido por Coatzacoalcos, Xalapa y actualmente, Poza Rica, esta última la cual ha desplazado a Orizaba tanto en el número de casos acumulados como en el número de casos nuevos que se registran (Censida/SSA, 2010; Sistema Único Informático de Vigilancia Epidemiológica, SESVER, 2010), como lo muestra el cuadro 1.

²⁰ Según Lara y Mateos, el municipio de Veracruz es el que cuenta con más casos de VIH de entre todos los municipios del país (Lara y Mateos, 2006).

Cuadro 1. Casos acumulados y casos nuevos registrados por Jurisdicción sanitaria de atención para el estado de Veracruz (al 26 de julio de 2010)

Jurisdicción	Número de casos acumulados	Número de casos nuevos notificados
I. Pánuco	160	4
II. Tuxpan	455	17
III. Poza Rica	904	16
IV. Martínez de la Torre	653	23
V. Xalapa	1,069	30
VI. Córdoba	714	17
VII. Orizaba	726	20
VIII. Veracruz	4,051	87
IX. Cosamaloapan	759	11
X. San Andrés Tuxtla	588	7
XI. Coatzacoalcos	1,793	100

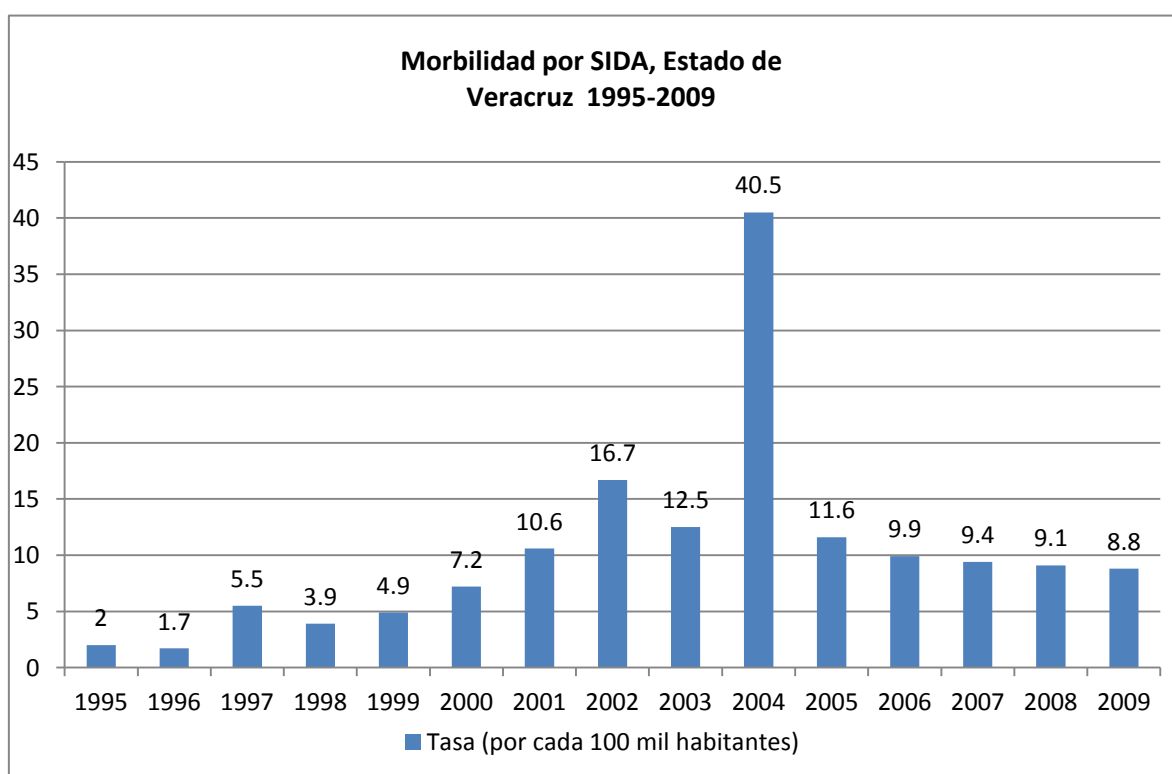
Fuente: CENSIDA/SSA, 2010

La mortalidad por Sida en el estado de Veracruz, si bien no se encuentra entre las principales causas de mortalidad entre la población, sí se ha constituido en la segunda causa de muerte entre jóvenes de 25 a 44 años, particularmente en lo referente a varones jóvenes, que constituyen el 85% de la población joven muerta por Sida (Lara y Mateos, 2006:18). La morbilidad por VIH entre los varones, tal como ocurrió a nivel nacional, ha sido históricamente mayor que la de las mujeres en porcentajes, conservando un porcentaje de entre el 57 y el 60% de la población afectada a nivel de todo el estado.

Desde 1995 hasta 2009, la morbilidad y también la mortalidad por Sida en este estado han mantenido una tendencia general a la alza – con una subida espectacular de la tasa para la primera en 2004 – y si bien se aprecian disminuciones en este rubro a partir de 2005 (ver gráfica 2), el número de casos

acumulados y la incidencia acumulada no han dejado de aumentar, por lo que es posible inferir que las estrategias preventivas implementadas por el Sector Salud veracruzano, hasta ahora no han sido suficientemente efectivas.²¹ En 2000 por ejemplo, el entonces secretario de salud Mauro Loyo declaró a la prensa que si bien Veracruz iba a la cabeza entre los estados con mayor número de personas infectadas, la situación no era grave (Lara y Mateos, 2006).

Gráfica 2. Morbilidad por Sida, Estado de Veracruz 2005-2009



Fuente: Sistema Único Informático de Vigilancia Epidemiológica, SSA-Veracruz, 2010.

²¹ A este respecto, es pertinente recordar los datos proporcionados por Lara y Mateos en su investigación sobre la estigmatización hacia hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) seropositivos en el puerto de Veracruz, los cuales evidencian que el gasto destinado a la prevención en salud en el sexenio 2000-2006 fue mucho menor (24%) al gasto destinado a tratamientos (64%), además de que el gasto público y privado para combatir la epidemia de VIH-Sida en ese mismo periodo fue del 0.5% del gasto total en salud, teniendo en cuenta que se trata de una emergencia de salud pública (Lara y Mateos, 2006:27). Con lo cual, queda claro que las aproximaciones del sector salud mexicano al problema han sido básicamente asistencialistas o emergencistas, y en mucho menor medida, preventivas.

La principal institución de salud notificante de casos registrados en el estado de Veracruz históricamente ha sido, por mucho, la Secretaría de Salud, por ser esta la instancia que atiende a la población abierta, con el 69%, seguida por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) con el 23%, mientras que el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Pemex, la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y otras representan porcentajes mucho más marginales (Sistema Único Informático de Vigilancia Epidemiológica, SSA-SESVR, 2010).

No se debe restar importancia al hecho de que hubo un notable aumento de la cobertura que la Secretaría de Salud experimentó en diversos momentos de la epidemia de VIH-Sida en México al incorporar a usuarios desahuciados por el IMSS e ISSSTE, al no contar estas instituciones con suficientes medicamentos para brindarles la atención, o al perder ellos su trabajo y por lo tanto también el acceso a la seguridad social, por un lado; y con el surgimiento del Seguro Popular, que implementó el gobierno federal a partir del año 2006 y que ha sido el vehículo para hacer llegar los medicamentos antirretrovirales de forma gratuita de Censida a la población abierta, con resultados notables al menos, en la mejoría de la cobertura y del acceso universal y gratuito a los medicamentos, algo en lo que tuvo una importante incidencia la conformación y movilización de diversas asociaciones y organizaciones por los propios usuarios de los servicios de las diferentes instituciones de salud.²²

En el estado de Veracruz, la epidemia de VIH ha seguido presentando características coincidentes con las observadas a nivel nacional: se la sigue considerando en general una epidemia localizada en la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), a pesar de que existen claras tendencias a la

²² Menéndez (2009) Menéndez y Di Pardo (2009) refieren que las luchas sociales libradas principalmente por grupos de hombres homosexuales fueron un elemento clave en la consecución del acceso universal y a costos más accesibles a los medicamentos antirretrovirales en América Latina y específicamente en México, y además diversos espacios de difusión informativa sobre el VIH-Sida han documentado históricamente esas luchas, como el suplemento “Letra S” de la Jornada y “La ballena de Jonás”, del Fondo Cultural “Albergues de México”.

ruralización, migración y heterosexualidad, además de una feminización cada vez mayor del padecimiento (Lara y Mateos, 2006).

La ruralización, migración y transmisión heterosexual del VIH ya había sido argumentada a mediados de la década de 1990; se tomó como principal referente para explicar la ruralización y la feminización del Sida en México el retorno de migrantes a sus comunidades, basándose en el hecho de que el 25% de los casos rurales de Sida registrados hasta 1994 tenían antecedentes de migración temporal a Estados Unidos, mientras que esto sólo se presentaba en un 6.1% de los casos urbanos, además de que un 21.3% de los casos femeninos estaban distribuidos en áreas rurales frente a un 14.4% de mujeres infectadas en zonas urbanas (Bronfman y Leyva, 2008:245). Además, otros estudios demostraron que los estados o regiones de Estados Unidos a los que se dirige la mayoría de los migrantes mexicanos (California, Texas, Illinois y Arizona) también son los estados que concentran las tasas más elevadas,²³ y que cerca del 39% de los casos registrados en un estado mexicano con altos índices de emigración hacia ese país como lo es Michoacán, tienen antecedentes de residencia en territorio estadounidense (Bronfman y Leyva, 2008:248).

También, es necesario tener en cuenta que los varones (y el contacto sexual con ellos, por supuesto) constituyen el principal puente de contacto con el virus para las mujeres, pero que las trayectorias de infección de esos varones frecuentemente incluyen prácticas homoeróticas u otras prácticas sexuales no convencionales; la propia Lara y Mateos señala que

“Sin negar que la epidemia ha pasado de ser exclusivamente un padecimiento de HSH como fue al inicio y durante muchos años, a ser un padecimiento heterosexual (supuestamente siete de cada 10 casos, prácticamente resulta una proporción inversa a la de 1977), y con tendencia a la feminización, habría que cuestionar si los hombres heterosexuales efectivamente lo

²³ En 2008, sólo Florida y Nueva York superaron a California en cuanto al número de sus residentes viviendo con diagnósticos de VIH o Sida, mientras que Illinois ocupaba el quinto puesto en dicha lista entre los estados de la Unión Americana, de acuerdo con el “HIV surveillance report: Diagnoses of HIV infection and AIDS in the U.S. and Dependent Areas, 2009, Vol. 21” publicado por el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC).

son y nunca tienen prácticas homoeróticas, y si ellos son el único o mayoritario puente epidemiológico de hombres a mujeres y no los bisexuales como antes sucedía.” (2006:107)

En efecto, la transmisión heterosexual casi ha llegado a doblar a la transmisión bisexual, y supera a la homosexual de manera significativa en el rubro de casos acumulados por transmisión sexual, contabilizándose 21,251 casos acumulados de transmisión heterosexual por 15,129 de transmisión homosexual y 11,517 de transmisión bisexual (Censida, 2009). Debido a la frecuente y temida estigmatización social hacia las prácticas homoeróticas, además, no pocos varones infectados niegan haber tenido contacto sexual con otros hombres y/o afirman haber contraído el virus por contacto sexual con mujeres o por vías distintas al contacto sexual.²⁴ Empero, la proporción de infecciones en el estado de Veracruz sigue guardando características predominantemente masculinas de forma consistente para todo el estado (aproximadamente 4 varones por cada mujer), como lo muestra el cuadro 2 en el que se agrega la división por sexo a los casos acumulados para la entidad.

Cuadro 2. Casos acumulados por Jurisdicción Sanitaria y sexo 1985-2010, Estado de Veracruz

Jurisd. Sanit.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	TOTAL
Masc.	122	346	730	495	837	551	591	3,210	598	476	1,385	9,547
Fem.	38	109	174	158	232	163	135	841	161	112	408	2,587
Total	160	455	904	653	1,069	714	726	4,051	759	588	1,793	12,134

Fuente: Sistema Único Informático de Vigilancia Epidemiológica, SESVER, 2010.

²⁴ La estigmatización posible o imaginada hacia las prácticas sexuales no convencionales, incluyendo en ellas las homoeróticas, y la vinculación entre dicha estigmatización y la propiciada por la infección por VIH en ocasiones orillan a los sujetos a construir narrativas falsas e incluso poco creíbles acerca de la manera como obtuvieron la infección por VIH; durante la estancia de trabajo de campo en Poza Rica, por ejemplo, una de las informantes principales prefirió admitir como cierta la versión que le contó su marido acerca de que el sobrino de él, con quien compartía un apartamento en California, tenía VIH y se lo había transmitido al utilizar el mismo cepillo de dientes. Otro sujeto me dijo que había sido contagiado al ser mordido por un hombre homosexual, durante una pelea callejera.

La reflexión de Lara y Mateos es útil para comprender que, a pesar de que el aumento en la transmisión heterosexual implica un número cada vez mayor de mujeres infectadas, ello no significa en modo alguno una disminución de la cantidad de varones infectados o de la predominancia de la localización masculina de la enfermedad, en función de que son los varones quienes infectan a las mujeres y también a otros varones; además de que la transmisión por vía heterosexual podría y de hecho, suele insertarse en procesos previos de transmisión vinculados a experiencias homoeróticas, por lo cual el sexo sin protección entre varones debe ser considerado como un factor primordial en el crecimiento de la epidemia de VIH-Sida en Veracruz y en México, además de que – y esto tiene una gran importancia en el presente estudio – tiene serias repercusiones en el aumento de las infecciones en varones migrantes y de éstos hacia sus grupos sociales y familiares cercanos.

Autores como Gloria González-López (2009) han dado cuenta de las experiencias homo y bisexuales en hombres heterosexuales migrantes en los lugares de destino (específicamente, en la ciudad de Los Ángeles, California, E.U.A.), la gran mayoría de las veces como prácticas clandestinas o no reconocidas abiertamente debido a la presión social, el estigma real o imaginado y el miedo a ser excluidos de los círculos de amigos o compañeros. González-López ha destacado el papel que juegan en la concreción de estos encuentros, factores relevantes como el uso de alcohol y otras drogas al desinhibir a los sujetos y facilitar su participación, así como también la marginalidad económica que, de acuerdo con sus informantes, orilla a los varones a buscar encuentros sexuales con otros hombres debido a la falta de dinero para invitar a citas a mujeres o para contratar frecuentemente los servicios de trabajadoras sexuales. Los informantes de González-López también reportan experiencias homo y bisexuales que involucran el pago de servicios sexuales por parte de otros migrantes abiertamente homosexuales e inclusive por parte de ciudadanos estadounidenses. Todas estas prácticas sexuales clandestinas suelen constituir escenarios de

vulnerabilidad ante el VIH en los cuales los aspectos culturales y económicos son decisivos para que los varones migrantes se hallen en posiciones claramente desventajosas, y aumentan el riesgo a contraer la infección en los destinos migratorios.

Desde luego, la activa participación de los varones en la incidencia y el crecimiento de esta enfermedad implica que las prácticas sexuales de los varones y los diversos contextos sociales, culturales y sexuales en los que las mismas se inscriben, no solamente han contribuido a incrementar la vulnerabilidad de las mujeres a la transmisión, con todas las vicisitudes clínicas, sociales, emocionales y económicas que le acompañan, sino también a crear condiciones de gran vulnerabilidad para ellos mismos. En la realidad experimentada de las prácticas sexuales proscriptas social y culturalmente, los varones no sólo se han convertido en agentes creadores de la vulnerabilidad femenina e infantil al VIH-Sida, sino que se han convertido en los actores sociales más vulnerables a la infección a lo largo de la historia del padecimiento, pese a que los constantes rejuegos moralistas y estigmatizadores que habitan en el medio social y cultural habitual de la sociedad mexicana han contribuido a fijar un distingo entre las “víctimas inocentes” (mujeres y niños) y las “víctimas culpables” (hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas, trabajadoras y trabajadores sexuales).²⁵ Cuando se trata de

²⁵ La siguiente cita de la exposición de motivos de un activista por los derechos de los enfermos de sida recopilada en 1990 es ilustrativa de ello:

“[...] El SIDA representa, al menos en América, el estigma de un estigma: la culpabilización de víctimas que en su mayoría pertenecen aún a grupos socialmente marginados y a cuyo estigma histórico de indeseabilidad por parte de una sociedad erotofóbica, moralista y sexológicamente deficiente, se añade ahora el estigma, implícito o expreso, de ser responsables directos de la propagación de la enfermedad. Esto se manifiesta en conceptos como el de “público en general”, diferente y distante de los “grupos de alto riesgo”, así como el de “víctima inocente” – refiriéndose a niños, trasfundidos y heterosexuales – generándose en consecuencia la idea de una víctima culpable, que sería aquella persona contaminada por su comportamiento sexual estigmatizado por el descrédito social. Los efectos de este manejo informativo son evidentes: una crisis de salud no es socialmente relevante si es considerada como un castigo a una conducta reprobada, pero se vuelve importante cuando afecta al grupo rector mayoritario” (Estrada, 1990:58).

Este mismo argumento ha sido encontrado repetidamente en otras referencias, como en la que se enlaza el tratamiento racista desde la prensa y la literatura occidental hacia la nación africana más golpeada por el Sida en la década de 1980, Kenia, con los comportamientos sexuales tipificados como “causantes” de la diseminación de la infección y las personas que los llevan a cabo: mientras que el escritor del periódico *The Guardian* Peter Murtagh hacía una separación entre las trabajadoras sexuales y los camioneros que las frecuentaban con respecto a “la población en general”, también justificaba el apetito sexual de los soldados

disminuir de manera efectiva la vulnerabilidad ante el VIH-Sida, no debe haber semejante distinción.

1.3 El VIH-Sida en Poza Rica

La documentación epidemiológica sobre la presencia del VIH en la ciudad de Poza Rica es sumamente escasa, y dificulta la tarea de obtener los datos concernientes a la trayectoria epidemiológica de la epidemia en dicha localidad; una tesis de licenciatura redactada por un estudiante de medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana recogió el dato que en 1986, un año después de la aparición de la infección en el estado de Veracruz, se tuvo el primer caso registrado y documentado en la ciudad de Poza Rica (Cárdenas Rodríguez, 1998). En este trabajo también fueron presentadas las cifras de casos nuevos registrados desde 1986 hasta 1995 (62), así como un informe detallado de la distribución de los casos por sexo, grupos de edades y ocupación de las personas diagnosticadas como seropositivas, además de tener en cuenta la importante clasificación de los mismos por vía de infección, cuando fue posible conocerla – 18 de ellos por contacto sexual desprotegido, de los cuales 8 eran homosexuales, 5 bisexuales y 5 heterosexuales – y la mortalidad entre los 62 casos (42 de ellos habían muerto antes de la realización del estudio, y a su realizador sólo le fue posible recoger los datos estadísticos por medio de la revisión de los certificados de defunción).

Desde entonces se ha observado un incremento importante en los casos de VIH-Sida registrados por la Jurisdicción Sanitaria No. 3 correspondiente a Poza Rica, aunque la notificación vía los certificados de defunción seguían siendo más frecuentes que el diagnóstico positivo en sujetos vivos, sobre todo en los años anteriores a la creación del CEAS (Centro Especializado de Atención en Sida) y del CAPASITS (Centro Ambulatorio para la Atención de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual); es pertinente recordar que antes de la creación de dichos

británicos por esas mismas mujeres e insistía en el peligro de transmisión del Sida que éstas suponían para las tropas, arguyendo que “seguían a la tropa a donde quiera que ésta tomara su licencia” (Platts, 2000:90-91).

centros no existía un programa de distribución de medicamentos, y las personas diagnosticadas como seropositivas debían adquirirlos por su cuenta a precios muy elevados, o solicitar su ingreso en un protocolo de medicación proporcionado por hospitales de la SSA que les permitía comprar medicamentos comunes como el AZT a precios mucho más asequibles.²⁶ Aunque las notificaciones de sujetos muertos de Sida a partir de los certificados de defunción no han dejado de ocurrir, han sido mucho menos frecuentes desde 2002 (ver cuadro 3).

Por otra parte, es imposible saber cuántas personas notificadas con vida murieron y al cabo de cuánto tiempo después de realizarse la notificación, ya que previamente no existía en Poza Rica un sistema de seguimiento de sujetos diagnosticados como seropositivos más allá de su registro epidemiológico por parte de la Jurisdicción; su status actual con respecto a su notificación comenzó a incluirse a partir de 2006, con la puesta en funciones del CAPASITS de esta ciudad y también de la base de datos denominada SALVAR (Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales), que es manejada por el personal administrativo de las propias clínicas CAPASITS.²⁷

Cuadro 3. Casos de VIH y Sida notificados por la Jurisdicción Sanitaria No. 3-Poza Rica, 1988-2010

Año de notificación	Hombres vivos	Muertos (certif. de defunción)	Mujeres vivas	Muertas (certif. de defunción)	No especificado
1987	1				
1988	6		1		
1989	3		1		

²⁶ En *Vivir muriendo...* Lara y Mateos (2006) incluye las referencias hechas por sus informantes a dichos protocolos, que dicho sea, eran de gran ayuda para los usuarios de pocos recursos, pero que tenían una limitada capacidad de cobertura y sólo unos pocos eran admitidos en ellos.

²⁷ En el apartado correspondiente a la descripción del CAPASITS, incluido en el tercer capítulo, se ahondará más en la explicación acerca del seguimiento de los procesos y de otras informaciones sistematizadas mediante la base de datos SALVAR.

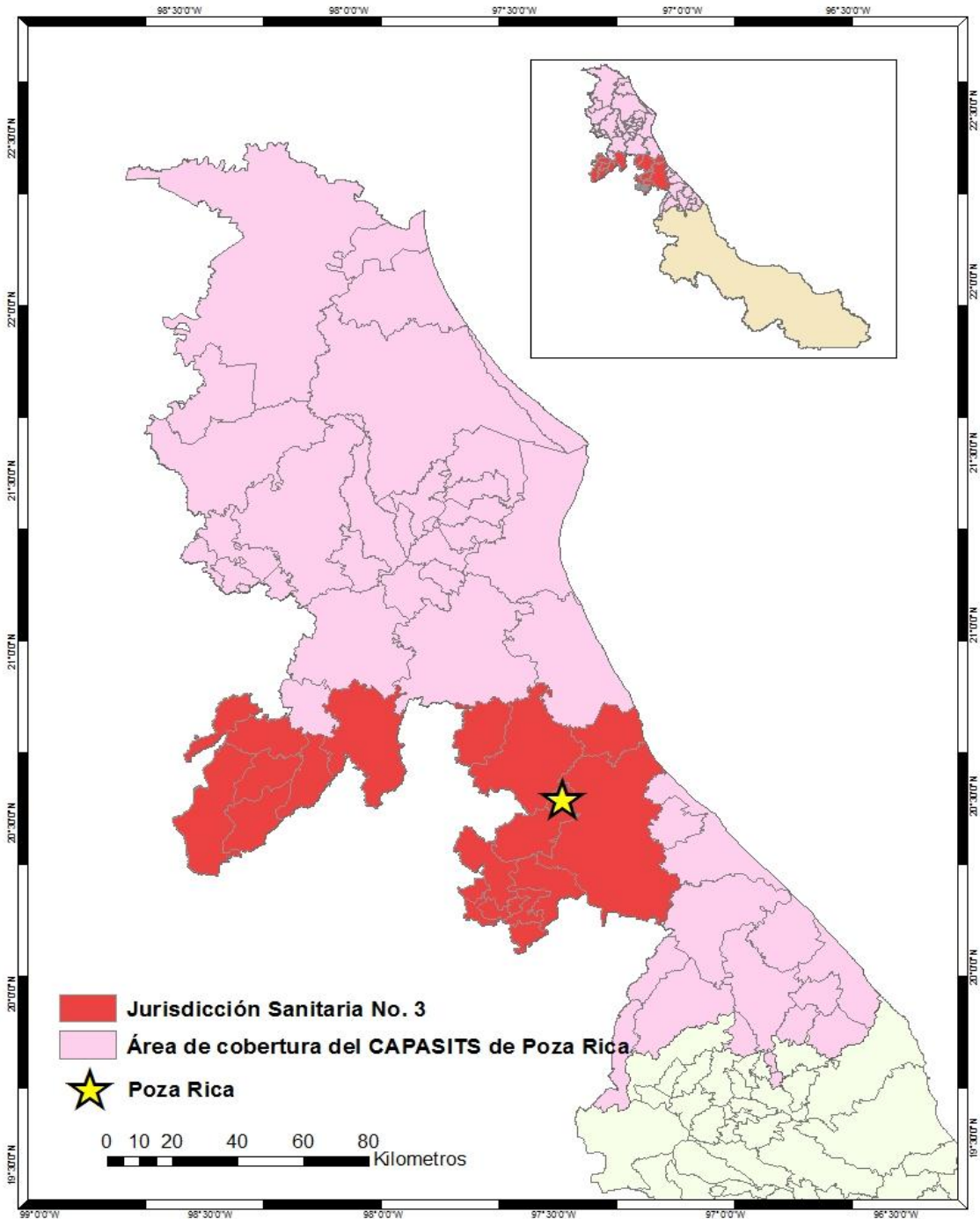
1990	4				1
1991	1				
1992	2	1			
1993	10	3	1	1	
1994	14	2	3		
1995	8		1		2
1996	24	10	1	3	
1997	11	13		4	1
1998	17	1	7		
1999	10	32	3	6	2
2000	19	24	7	3	
2001	18	45	8	4	
2002	35	15	4	1	
2003	31	19	13	5	1
2004	49	16	20	2	3
2005	35	18	17	2	
2006	60	14	14	4	
2007	56	4	11		
2008	32		5		
2009	27		6		
2010	22		7		
TOTAL	495	217	130	35	10*

*Otros 34 casos no contenían especificaciones en cuanto a la fecha en que fueron notificados.

Fuente: Estudio Epidemiológico de casos de VIH-Sida, Jurisdicción Sanitaria No. 3, SSA, con datos al 25 de noviembre de 2010.

Una de las razones por la que los casos de VIH son numerosos en Poza Rica, es porque la Jurisdicción Sanitaria No. 3 concentra el total de casos notificados por los centros de salud de la Secretaría de Salud, servicios de salud particulares y clínicas del IMSS, ISSSTE y Pemex de 21 municipios

correspondientes a la zona norte del estado, siendo la Jurisdicción de mayor cobertura municipal en toda la región norte del estado, en comparación con los 12 que abarca la Jurisdicción No. 1 y los 13 que corresponden a las Jurisdicciones 2 y 4, concentrando las acciones de prevención y atención en VIH-sida de estas cuatro Jurisdicciones en el CAPASITS de Poza Rica (ver mapa 1). Por esta razón, la Jurisdicción Sanitaria No. 3 cuenta con una gran extensión de cobertura en términos de población – 715,741 habitantes, que equivalen a un 10.06% de la población total de la entidad (Anuario Estadístico 2010/Secretaría de Finanzas y Planeación del Gobierno de Veracruz).



Mapa 1: Cobertura municipal de la Jurisdicción Sanitaria 3-Poza Rica y del CAPASITS de Poza Rica. La superficie marcada se corresponde con las superficies de cobertura de las Jurisdicciones Sanitarias 1-Pánuco, 2-Txpan, 3-Poza Rica y 4-Martínez de la Torre. Fuente: elaboración propia con datos de los Servicios de Salud del Estado de Veracruz (SESVER).

Otra razón por la que Poza Rica acumula los casos de toda la región norte es, por supuesto, que esta es la única localidad de la región norte del estado que cuenta con un Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), clínica especializada en atención a personas viviendo con VIH de la Secretaría de Salud que concentra la atención a la mayor parte de los sujetos notificados por las Jurisdicciones Sanitarias 1, 2, 3 y 4.²⁸

Esta explicación no obstante, es insuficiente, y es necesario realizar análisis mucho más profundos acerca de las diversas problemáticas sociales y demográficas que involucran la diseminación de la infección por VIH en la ciudad de Poza Rica y por ende, entre la población de toda la zona norte de Veracruz; sin lugar a dudas, una parte importante de esa problemática es la movilidad poblacional de la región, incluyendo en ella tanto el flujo constante de trabajadores de la industria petrolera entre la ciudad de Poza Rica y otros centros de extracción petrolera, que ha caracterizado a la región desde principios del siglo XX, así como también la incorporación de mano de obra a este y otros centros urbanos procedente de localidades rurales y por supuesto, la partida de hombres y mujeres hacia los centros maquiladores ubicados en las ciudades fronterizas del norte o hacia grandes urbes como el Distrito Federal y Monterrey o hacia los Estados Unidos en busca de oportunidades de trabajo.

En el estudio epidemiológico elaborado por la Jurisdicción Sanitaria No. 3- Poza Rica fue posible detectar varias características de la movilidad territorial en relación con el VIH entre los 920 casos notificados a la Jurisdicción y atendidos como población no derechohabiente en el CAPASITS acumulados al mes de noviembre de 2010; dicho recuento mostró que la migración interna e internacional puede tener una considerable influencia en la infección por VIH entre la población de la zona norte de Veracruz (especialmente de Poza Rica y de los municipios

²⁸ El estado de Veracruz es la entidad federativa que cuenta con el mayor número de clínicas CAPASITS, con seis; dos de ellas se ubican en Xalapa, y las otras cuatro están repartidas en el puerto de Veracruz, Coatzacoalcos, Río Blanco y Poza Rica. La distribución geográfica de las seis clínicas implica que todos los casos de la región norte deben ser canalizados al CAPASITS de Poza Rica para su incorporación al programa de vigilancia médica y repartición gratuita de medicamentos antirretrovirales.

cercanos o contiguos, como Tihuatlán, Coatzintla, Papantla y Cazones), y que esta relación ha sido especialmente notable en el inicio de la década de 1990 y en los últimos dos años, a diferencia de la mayor parte de la década de 1990 en que pocos sujetos habían residido en otra localidad o entidad federativa al inicio de su padecimiento o después de recibir el diagnóstico médico positivo. Un total de 140 sujetos diagnosticados positivos mostraron algún tipo de movilidad migratoria, de los cuales 95 reportaron haber residido en una localidad o estado diferente al inicio del padecimiento para luego trasladarse o regresar a la región norte de Veracruz, y los otros 45 habían tenido experiencias migratorias previas al inicio de su padecimiento; los lugares de destino reportados por los sujetos migrantes son ilustrativos de las explicaciones dadas por Rosas (2008) con respecto al comportamiento y las preferencias de los migrantes, así como las tendencias mostradas para el resto de la entidad (INEGI, 2005) mencionadas en apartados anteriores: 39 habían residido en el Distrito Federal, 22 más en ciudades tamaulipecas fronterizas (Matamoros, Reynosa, Nuevo Laredo) y cinco más habían vivido y trabajado en los Estados Unidos. Por otra parte, los traslados entre localidades de la propia entidad veracruzana conformaron la mayoría de los movimientos migratorios deducidos de los datos contenidos en el estudio, lo cual resalta la importancia de que se tome en cuenta la migración y movilidad local-regional en estudios sobre la movilidad poblacional en relación con procesos de salud-enfermedad como lo es el VIH-Sida.

Un aspecto llamativo con respecto a los casos de personas con experiencias migratorias es el que resulta de observar los factores de riesgo reportados por la Jurisdicción Sanitaria: si bien la gran mayoría de ellos fueron o son varones, cerca de la mitad de ellos (52) reportaron ser homo o bisexuales, mientras que sólo 16 afirmaron haber tenido sexo desprotegido con trabajadoras del sexo comercial al tiempo que se autoadscribían como heterosexuales; 11 de ellos, la mayor parte mujeres, reportó haber tenido sexo con hombres infectados, y una minoría de casos reportó otros factores de riesgo como transfusiones o uso de drogas inyectadas. Estos datos sugieren que es importante tener en cuenta, que la migración masculina es un factor de considerable relevancia en el riesgo y la

vulnerabilidad ante la infección por VIH – los sujetos con diagnóstico positivo con algún tipo de movilidad o migración representan el 15.2% de todos los casos notificados desde 1988 –, pero además pueden ofrecerse a este respecto varios planteamientos interesantes:

- Los migrantes masculinos suelen tener preferencias u orientaciones sexuales diversas, o bien, es probable que las diversifiquen en sus destinos migratorios, al aprender o sentirse en libertad para llevar a cabo comportamientos sexuales sancionables en sus lugares de destino, lo cual ha sido afirmado por Bronfman y Leyva (2008);
- La transmisión del VIH a lo largo de los trayectos migrantes desde y hacia el norte de Veracruz es predominantemente homo o bisexual, por lo que prevalece en ella la principal característica de la infección en México, esto es, una epidemia localizada, masculina y propiciada por encuentros sexuales entre varones, o entre éstos y miembros de la comunidad gay, transexual o travesti – se trate o no de trabajadores sexuales.
- Al elaborar explicaciones sobre la transmisión sexual del VIH en trabajadores migrantes masculinos, frecuentemente es mencionado el hecho de que sostienen encuentros sexuales ocasionales con trabajadoras sexuales femeninas en el lugar de destino, pero eso no necesariamente coincide con las prácticas ejercidas realmente en tales circunstancias, o al menos no constituye la única práctica sexual comercial ejercida por muchos de estos varones.²⁹

²⁹ Tal afirmación fue hecha por varios usuarios y personal de salud entrevistados en el CAPASITS durante la estancia de trabajo en campo. Por otro lado, al cuestionarlos sobre sus explicaciones de qué posibles relaciones tiene el incremento de casos de VIH-Sida en Poza Rica con la movilidad y migración, los médicos tratantes entrevistados en el CAPASITS afirmaron que ello se debía a la gran cantidad de trabajadoras sexuales que deambulan por sus calles y cuyos servicios son solicitados por trabajadores petroleros, comerciantes, camioneros, turistas u otros sujetos masculinos que están “de paso” por la ciudad.

1.4 El VIH-Sida y la migración en México: aproximaciones e investigación desde la disciplina antropológica

Como se ha apuntado en apartados anteriores, el avance del VIH-Sida en México tuvo desde sus inicios una importante y directa relación causal con la dinámica de los desplazamientos de personas a través de la frontera con los Estados Unidos así como dentro del territorio nacional; baste mencionar, que los dos primeros casos detectados en nuestro país – reiteramos – correspondían a hombres homosexuales que en 1983 regresaban a México después de realizar estancias estudiantiles o profesionales en territorio estadounidense; baste también, recapitular brevemente que una de las mayores problemáticas relacionadas con la expansión de la epidemia de VIH ha sido el rápido aumento de la incidencia en hombres y mujeres debido a patrones de infección heterosexuales, los cuales están fuertemente relacionados con procesos migratorios tanto a nivel local-regional como a nivel internacional, principalmente de mano de obra mexicana que se traslada al vecino país del norte.

Cuadro 4. Relación entre emigración e incidencia de VIH-Sida para Veracruz, frente a los estados con mayor emigración interna*

Entidad federativa	Saldo migratorio interno (%)	Incidencia acumulada de VIH	Incidencia acumulada de VIH (%)
D. F.	-6.3	262.7	16.1
Guerrero	-1.8	195.0	4.2
Tabasco	-1.4	129.4	1.9
Chiapas	-1.3	126.0	4.0
Sinaloa	-1.1	73.9	1.3

Chihuahua	-0.9	115.5	2.7
Durango	-0.6	73.3	0.8
Oaxaca	-0.6	139.5	3.4
Michoacán	-0.6	98.9	2.7
Veracruz	-0.5	179.4	9.1
Zacatecas	-0.4	53.9	0.5
San Luis P.	-0.2	73.9	1.3
Puebla	-0.1	118.1	4.7

*Sólo se incluyen los estados con saldo neto migratorio negativo. Fuente: elaboración propia con datos consultados en INEGI/Principales resultados del Censo de Población y Vivienda, INEGI, 2010 y en el Registro Nacional de Casos de Sida (datos al 15 de noviembre de 2010)/Censida.

La hipótesis acerca del vínculo existente entre los movimientos poblacionales y la expansión epidémica de la enfermedad ha estado presente en el discurso epidemiológico desde los comienzos de la infección en su etapa epidémica-global, fundada en los análisis que establecen la relación directa entre el alcance de una enfermedad infecciosa y la efectividad del portador para transmitirla a poblaciones susceptibles (Bronfman y Leyva, 2008:241).³⁰

La investigación en ciencias sociales sobre migración y Sida en México inició en la década de 1980, por parte de investigadores interesados en identificar las condiciones de vida y trabajo de los migrantes mexicanos en Estados Unidos y su relación con los riesgos asociados a la transmisión del virus del VIH; más tarde la atención se dirigió hacia la relación entre migración y vulnerabilidad al VIH-Sida

³⁰ La relación causal entre la diseminación del VIH y los movimientos de las poblaciones contribuyó en gran medida a afianzar el concepto de “grupos de riesgo”, al considerarse que el mayor riesgo de diseminación de la infección lo constituían los desplazamientos de ciertos grupos sociales y étnicos asociados a la misma; lo cual provocó reacciones como la del gobierno de los Estados Unidos para contener a contingentes extranjeros sospechosos de introducir el sida en el país, de la cual ya se habló en un apartado anterior.

entre mujeres en ámbitos rurales, en áreas de alta migración como los estados de Guanajuato, Michoacán y Zacatecas.³¹ En la década de 1990 se consolidó el interés de las disciplinas sociales por realizar investigación acerca del VIH y la migración no sólo en la frontera norte, sino también en la frontera sur, perfilando como propósito principal la creación de investigación-acción que permita utilizar el conocimiento generado académicamente para la implementación de estrategias de prevención en áreas geográficas identificadas como puntos de convergencia y alta movilidad poblacional, donde se generan situaciones de riesgo y vulnerabilidad ante la infección de VIH (idem p. 244).

Uno de los científicos sociales que ha desarrollado la mayor cantidad de iniciativas de investigación acerca de las maneras en que la migración implica riesgos de transmisión, adquisición y padecimiento por el VIH en el contexto socio-territorial mexicano ha sido precisamente Mario Bronfman, quien ha contribuido enormemente al reconocimiento de esta problemática tanto en la frontera norte como en la frontera sur de México; este autor ha afirmado que

“La migración y el VIH-Sida se han descrito como fenómenos asociados desde inicios de la investigación sobre el VIH-Sida. Todos los movimientos poblacionales tienen una característica común: favorecen las relaciones sexuales ocasionales, no protegidas, convirtiendo así al migrante en huésped y en *vector* potencial del virus de la inmunodeficiencia humana. Sin embargo, no son los movimientos poblacionales los que determinan el riesgo de diseminación del VIH-Sida, sino los contextos e interacciones sociales en los cuales se da la movilidad poblacional y la migración.” (Bronfman, 2003:171)

Aunque desde su llegada a México se ha ocupado de diversos temas de salud – y especialmente de salud reproductiva – y en relación con la experiencia social y cultural en México y América Latina, sus aportes específicos con respecto

³¹ En el número de abril de 2011 de “Letra S”, suplemento mensual de salud, sexualidad y sida del periódico La Jornada, se puede encontrar un artículo en el que se sintetiza la historia de la migración y el VIH-Sida en el estado de Zacatecas, que ha incluido la implementación del programa gubernamental “Vete sano, regresa sano”, y diversos datos epidemiológicos acerca del impacto de la migración masculina en la feminización y “heterosexualización” de la infección en diversas comunidades zacatecanas con gran tradición migrante.

al VIH-Sida en contextos migratorios han sido de gran utilidad para arrojar luz sobre las connotaciones culturales y los escenarios de la vulnerabilidad ante la infección para los migrantes, aspecto éste que no obstante su enorme relevancia en la problemática de la enfermedad en nuestro país, ha continuado en un segundo plano con respecto a otros aspectos de la misma como el riesgo ante la infección en grupos de adolescentes y jóvenes, la mortalidad por Sida, la prevención, la estigmatización y discriminación, que han gozado del considerable interés que el medio académico y científico y los medios de comunicación han mostrado históricamente hacia la epidemia.

En realidad, la investigación antropológica acerca de la interacción entre el fenómeno de la movilidad y la migración y el riesgo/infección por VIH en México es bastante reciente, aunque a pesar de ello la información generada y documentada es abundante; en contraste, la epidemiología y las ciencias médicas han dedicado poco empeño a incluir en sus publicaciones la migración como un factor crucial en el aumento de la incidencia en nuestro país; acaso ha sido citada de manera relativamente frecuente la condición migratoria de personas viviendo con VIH incluidas en estudios cuanti y cualitativos realizados por epidemiólogos, pero la inclusión del factor migración ha sido obviada o ha ocupado un lugar marginal en lo que respecta a los argumentos utilizados para problematizar aspectos como los mencionados en el párrafo anterior, o algunos otros que también revisten una gran importancia en el estudio del padecimiento por VIH-Sida como proceso de salud/enfermedad, como el apego al tratamiento antirretroviral.

Las principales aportaciones de Bronfman a la investigación sobre VIH y migración han incluido su multicitado *Sida en México: migración, adolescencia y género* (1995) en el que presenta, en calidad de coordinador, una compilación de trabajos llevados a cabo entre 1991 y 1992 acerca del VIH-Sida en contextos de desplazamientos poblacionales, a los que luego denominaría genéricamente como “movilidad poblacional” en diversas oportunidades (Bronfman, Leyva y Negroni, 2004; Bronfman, et al, 2005). Pero también ha participado con este mismo tema en otras obras alusivas a la epidemia, como lo hiciera en *Mujeres en las fronteras:*

trabajo, salud y migración (1993; en Tuñón Pablos, 2001) en el que hizo una importante contribución al estudio de la vulnerabilidad de las mujeres migrantes centroamericanas a través de la frontera sur de México, en la que incluye el hecho, conocido pero poco documentado con anterioridad, de que las mujeres ejercen un trabajo sexual “de sobrevivencia” para negociar con las autoridades mexicanas y evitar un mayor grado de violencia física o ideológica-racista por parte de la policía aduanal y el ejército, pero también para conseguir ingresos que les permitan continuar con su ruta hacia los Estados Unidos, así como las mujeres mexicanas que ofrecen servicios sexuales a los hombres que transitan en la frontera meridional, de gran violencia criminal por el constante tráfico de armas, narcóticos y personas que se da a través de ésta. Siempre interesado en involucrar la cuestión de género, Bronfman ha destacado que

“[...] es la convergencia de tres diferentes sistemas de exclusión lo que coloca a las mujeres en esta situación [de vulnerabilidad]: la desigualdad social, la violación de sus derechos humanos y la inequidad de género. En consecuencia, el diseño de políticas y de intervenciones preventivas debe tener en cuenta estos factores, si busca la eficacia con respecto a los derechos humanos, en particular de las mujeres.” (Bronfman, *et al* 1995:16)

Sin soslayar, por supuesto, que se trata de un contexto político y económico de gran vulnerabilidad en lo social como también en lo económico, pues la alta movilidad de un país a otro (y podría agregarse, también de una región a otra dentro de un mismo espacio nacional) está motivada esencialmente por razones económicas. Bronfman por cierto, también ha incluido en la discusión la representación histórica que se ha construido con respecto a los inmigrantes en los lugares de destino, en quienes suele depositarse toda percepción de peligro para el orden social existente, incluyendo la portación de enfermedades (lo cual a su vez podría metaforizarse como lo hiciera Susan Sontag, con respecto a la “extranjerización” del VIH-Sida como un enemigo “llegado de otra parte”).

Otros esfuerzos de investigación y publicación de la problemática migración/VIH han sido los análisis de autores como Timothy Murphy, cuya aproximación al VIH-Sida en el contexto de la frontera México-Estados Unidos (en Platts, 2000) fue notable en el apogeo de la década de 1990; en dicho artículo,

Murphy narra cómo la infección pasó de ser un problema de salud pública a un asunto de seguridad nacional al implementarse una reforma a la Ley de Inmigración en 1990 que prohibía la entrada a los Estados Unidos a personas que padecieran por VIH-Sida o de cualquier otra enfermedad infecciosa, que le convirtió también en un tema de debate en el terreno de los derechos humanos y de las diferentes tendencias políticas, en torno a los prejuicios prevaletentes sobre todo en la mentalidad del ala gubernamental conservadora de aquel país con respecto a la inmigración y al VIH – principalmente la inmigración indocumentada mexicana y centroamericana, pero también hacia otros grupos étnicos y nacionales provenientes de países asolados por la epidemia, principalmente de países en desarrollo –.

La transformación de un problema de salud en asunto de seguridad nacional, tal como lo planteó Murphy, es un asunto de gran relevancia porque relaciona el VIH-Sida con las causas políticas profundas que subyacen a la implementación de un gran número de restricciones legales a la migración mexicana y centroamericana por parte del gobierno estadounidense, algunas de ellas sumamente polémicas como la propuesta 187 en California y la Ley Simpson-Rodino en la década de 1990, y más recientemente la HR 4437 puesta en marcha en 2005 o la infame “Ley Arizona” impuesta en ese estado en 2009, que han intentado abiertamente criminalizar la inmigración ilegal.

Muchas de las investigaciones iniciadas en la frontera con respecto al VIH-Sida han tenido una orientación hacia el riesgo, la vulnerabilidad e inclusive la prevención de la transmisión; un notable esfuerzo de investigación lo fue por ejemplo, el realizado por Carrillo *et al* (2008) para la Universidad de California en San Francisco acerca de las percepciones y prácticas en torno al riesgo de infección en migrantes mexicanos indocumentados homo y bisexuales, una investigación etnográfica emprendida en la ciudad de San Diego, motivados por el alarmante aumento de infecciones en varones de origen hispanoamericano o “latinos” residentes en los Estados Unidos. En dicha investigación, Carrillo y sus colaboradores determinaron que más de la mitad de hombres inmigrantes nacidos

en México y portadores del VIH o enfermos de Sida, eran HSH (hombres que tienen sexo con hombres), lo cual constituyó un vuelco drástico a la representación arquetípica del inmigrante mexicano como un varón heterosexual de clase obrera. Pero el principal aporte de esta investigación sin duda lo fue el arrojar luz sobre la falla esencial de las estrategias de prevención del VIH empleadas frecuentemente por las instancias locales y estatales de salud para hombres homosexuales, que abordan el riesgo como una función de la actuación individual y a la prevención como una decisión fundamentalmente personal; por el contrario, estos autores enfatizan que la sexualidad y las conductas sexuales que implican el riesgo/transmisión por VIH

“ocurren en contextos de relaciones interpersonales que son influenciadas por las dinámicas relacionales y discrepancias de poder entre parejas sexuales. Lo que la gente hace sexualmente está influenciado por las situaciones y contextos en los que la gente tiene sexo, y también por las culturas sexuales que informan lo que cualquier conducta sexual significa dentro de dichas situaciones y contextos. Aun más, la estructura social y las condiciones de inequidad social a menudo forjan los encuentros sexuales.” (Carrillo *et al* 2008:4)

A continuación, proponen que los programas preventivos deben explorar de forma más profunda los contextos culturales en los cuales los inmigrantes participan, incluyendo lo sexual, en busca de posibles formas en que los inmigrantes gay y bisexuales pueden redefinir su participación en dichos contextos de forma que puedan reducir su vulnerabilidad ante la infección.

Lo que Carrillo *et al* hallaron mediante la aplicación de un estudio etnográfico en campo, fue que los contextos sexuales en los cuales los jóvenes gay y bisexuales mexicanos inmigrantes se involucran con sus pares y también con residentes estadounidenses legales de estratos sociales superiores, les confieren muy poco o nulo poder social, pues pertenecen a una clase socioeconómica marginal y en su condición de indocumentados, ven reducidas sus posibilidades de negociar un intercambio sexual seguro o protegido, o directamente están marginados de la información necesaria para evitar el contagio debido al desconocimiento del uso correcto del condón o de su importancia.

Similares conclusiones ofrece Gloria González-López en su vasto y excelente estudio sobre la vida sexual de mujeres y hombres migrantes mexicanos en el área de Los Ángeles, California (González-López, 2009); en su caso, los informantes, sobre todo los varones, reportaron pocos cambios de comportamiento con respecto a su sexualidad en el lugar de destino, pese a llevar consigo diversos grados de conocimiento con respecto al VIH-Sida, además de incurrir con mayor o menor frecuencia en actividades sexuales extramatrimoniales con compañeras de trabajo o solicitar los servicios de trabajadoras sexuales, las cuales afirmaban que preferían llevar a cabo sin condón, para luego negarse a utilizarlo con su pareja estable motivados por principios morales e ideológicos. También en la investigación de González-López se presentaron confesiones por parte de varones de sexo casual y clandestino con otros hombres, así como referencias a interacción sexual con mujeres y hombres estadounidenses de raza blanca y clase media-alta, en las cuales se hallan los inmigrantes mexicanos en una notable desventaja social y cultural que les supone un aumento del riesgo de infección de VIH, pero también de sufrir vejaciones y discriminación de índole racial, étnica y de clase social. También, y esto es relevante para efectos de la presente investigación, fueron plasmadas en dicho trabajo representaciones reveladoras de los inmigrantes mexicanos que asocian directamente el ambiente californiano de constante violencia racista y criminal y de violaciones a los derechos humanos y laborales de los trabajadores mexicanos, con los peligros del VIH-Sida, asumiendo muchas veces que se trata de una enfermedad de los Estados Unidos o caracterizando la enfermedad como un problema internacional.³²

El estrecho vínculo que tiene el VIH-Sida con la movilidad territorial y la migración no pasado desapercibido para Censida: en su página web es posible consultar y descargar de forma gratuita varios documentos que abordan el problema en ambas fronteras, pero principalmente en el caso de la mano de obra

³² González-López destaca la utilidad del concepto de “economía política del riesgo” de Rayna Rapp para abordar la problemática de los migrantes mexicanos que deben reorganizar sus vidas sexuales en el lugar de destino, sometidos a fuerzas políticas, económicas y sociales que dictaminan las condiciones (frecuentemente riesgosas, vulnerables, marginales) de su sexualidad.

mexicana que migra hacia los Estados Unidos; Censida ofrece un “Manual básico para la prevención en migrantes mexicanos hacia los Estados Unidos” (Censida-SSA, 2006). En dicho documento, la Dirección General de Promoción de la Salud estableció los lineamientos del programa “Vete sano, regresa sano” por medio del cual se identificaron las principales rutas migratorias a lo largo del territorio nacional y hacia los estados de California, Arizona y Texas que siguen los migrantes mexicanos y se hizo hincapié en un conjunto de problemas que afectan a la población migrante en relación con el riesgo y la vulnerabilidad al VIH-Sida, como por ejemplo, el limitado acceso que la población migrante mexicana tiene a la atención médica en los Estados Unidos, lo cual le convierte en la minoría racial con menor uso de aseguramiento médico en ese país; el frecuente recurso que los migrantes varones hacen a los servicios de trabajadoras sexuales en ese país, quienes a su vez frecuentemente incurren en prácticas de riesgo a la infección como el uso de drogas inyectables,³³ pero el aspecto más alarmante es sin duda el escaso uso del condón en sus prácticas sexuales, ya sea con trabajadoras sexuales, compañeras o compañeros de trabajo o parejas sentimentales con las cuales han intentado formalizar relaciones en el destino migratorio.

Al enfrentar circunstancias difíciles como la discriminación étnica y racial, el aislamiento, el desempleo, la limitación de sus movimientos sociales por temor a la deportación y el contacto casi inexistente con las autoridades sanitarias de los Estados Unidos debido a sus condicionantes económicas y socioculturales, los migrantes también tienden a atribuir una escasa prioridad a las infecciones de transmisión sexual y suelen percibir la infección por el VIH como algo lejano, improbable o poco importante. No obstante la existencia de documentos como este, que sugieren medidas preventivas e informaciones importantes a los migrantes, la promoción que el Sector Salud hace al respecto es escasa y no existen módulos específicos que brinden esta misma información en los centros de

³³ Dos estudios mencionados en el texto, realizados a mediados de la década de 1990 en dos condados distintos del estado de California, mostraban que los jornaleros agrícolas mexicanos tenían mayor actividad sexual con trabajadoras sexuales que con otras clases de compañeras o compañeros sexuales; además se trataba en muchos casos de mujeres infectadas con el VIH o en riesgo muy alto de adquirir la infección debido al uso de drogas inyectables, y sólo en el 30% de los casos los hombres entrevistados reportaban haber utilizado condón.

salud o en las unidades médicas regionales; además de que la trascendencia hacia verdaderos programas de prevención por parte de los tres niveles de gobierno no ha ocurrido o, como en el caso de “Vete sano, regresa sano”, no enfatiza en la necesidad de reforzar las acciones de prevención y vigilancia en torno al VIH-Sida y a la vulnerabilidad que los hombres y mujeres migrantes presentan frente a esta enfermedad,³⁴ todo lo cual hace improbable que la población migrante adquiera esta información o la utilice en su trayecto vital hacia sus destinos migratorios y también desde luego, a su regreso desde los mismos.

Algunas aproximaciones han sido emprendidas en el medio antropológico con respecto a estos dos fenómenos en otros contextos territoriales además de la frontera norte mexicana, como por ejemplo las realizadas por investigadores del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), como Graciela Freyermuth (2009) y Diana Reartes (2009, 2010) quienes han analizado la problemática existente al respecto en migrantes jóvenes, estudiantes y trabajadoras sexuales en el estado de Chiapas; las investigaciones de Guillermo Núñez con migrantes indígenas y su vulnerabilidad a la infección por VIH a través de trayectorias de migración entre Chiapas y Veracruz (2009) y de jornaleros migrantes oaxaqueños, chiapanecos y guerrerenses en Sonora y Sinaloa (2007) han sido prácticamente pioneras en nuestro país,³⁵ evidenciando que aún se trata

³⁴ De acuerdo con lo afirmado en el programa “Vete sano, regresa sano”, el VIH-Sida además es la principal causa de morbilidad entre los varones hispanos en Estados Unidos y la cuarta causa de mortalidad en la población de esa misma comunidad, sólo detrás de las enfermedades cardiovasculares y los accidentes; sin embargo la prevención de esta y otras infecciones de transmisión sexual no figura entre los primeros lugares de la lista de acciones preventivas y de intervención para personas en tránsito migratorio o arribadas a su lugar de destino planteadas en el programa, la cual en cambio está encabezada por acciones dirigidas a la prevención, vigilancia y control de enfermedades evitables por vacunación – ninguna enfermedad de esta clase es mencionada como causa importante de morbilidad o mortalidad en migrantes – y a la vigilancia nutricional de jóvenes en busca de prevenir la obesidad.

³⁵ Los trabajos de Núñez, especialmente *Vidas vulnerables* (CIAD, 2009) han derivado en la realización de investigaciones más profundas sobre la vulnerabilidad ante el VIH-Sida entre los pueblos indígenas, como las que han venido realizando de manera conjunta el propio Núñez y Patricia Ponce, investigadora del CIESAS-Golfo, en las que se han incluido aspectos tan relevantes como la pobreza, el racismo y la construcción ideológica de los indígenas por parte de diversos actores sociales y gubernamentales, que han contribuido a la invisibilidad de la diversidad sexual y la vulnerabilidad ante la infección en estas poblaciones y en consecuencia, a la virtual inexistencia de políticas públicas para prevenir la infección al interior de las comunidades y pueblos originarios. Los resultados de esta investigación encabezada por Ponce y Núñez, realizada entre el CIESAS y la Comisión para la Defensa de los Derechos de los Pueblos Indígenas (CDI) en 2009, mostraron además que entre los factores que disparan la vulnerabilidad de las poblaciones indígenas se encuentra la gran movilidad territorial.

de un tema emergente en la antropología mexicana. A este respecto hay que resaltar el hecho de que la mayoría de las investigaciones realizadas sobre migración y vulnerabilidad al VIH-Sida realizadas hasta ahora se han avocado a la migración a través de la frontera con los Estados Unidos, las cuales desde luego tienen una gran importancia, pero deben de dirigirse los esfuerzos investigativos también a la problemática a nivel nacional y estatal o regional, dado que la movilidad de la población entre localidades, ciudades y regiones dentro del territorio mexicano constituyen los procesos migratorios más frecuentes y es necesario identificar las características que la transmisión del VIH tiene en contextos migratorios de diversos niveles tanto locales, regionales o estatales además de la migración internacional.

Considero que la investigación sobre el impacto que la migración tiene en la transmisión del VIH – lo cual puede leerse también de manera inversa, pues el VIH-Sida impacta dramáticamente en los procesos migratorios – se ha avocado principalmente a describir y analizar el riesgo y la vulnerabilidad *ante la transmisión* y no ha sido suficientemente orientada hacia la construcción de una epidemiología sociocultural del VIH-Sida que incluya a la movilidad territorial y social y a la migración en sus diversas formas y dimensiones más allá de una estructuración causal del riesgo ante la infección; también se han abordado poco las características de los procesos migratorios en personas viviendo con VIH: cómo estas trayectorias migrantes se han modificado y por ende han modificado sustancialmente las condiciones sociales y económicas en el ámbito familiar, incluyendo en ello los cambios en la perspectiva laboral, las nuevas condicionantes sociales y las estrategias para conseguir la indispensable atención médica utilizadas por estos migrantes.

El planteamiento principal de esta investigación no se centra en el riesgo y la vulnerabilidad ante la transmisión, aunque no ha de descuidarse este aspecto, sino en el riesgo y la vulnerabilidad ante el VIH-Sida, la experiencia de padecimiento y la búsqueda de atención desde un punto de vista de personas viviendo con la enfermedad, incluyendo en dicho punto de vista las subjetividades

e intersubjetividades de una variedad de actores sociales involucrados en la problemática, especialmente los sujetos infectados y el personal médico con el que se relacionan; me he propuesto incluir también, las diversas dimensiones de la movilidad territorial en un ámbito local y regional que suelen olvidarse o excluirse, y que igualmente se concatenan en el proceso de padecimiento de estos sujetos, además de trayectorias migrantes trazadas hacia y desde la frontera con los Estados Unidos.

Huelga recalcar la importancia que un trasfondo teórico y conceptual adecuado y suficiente tiene para desarrollar semejante tarea. En el capítulo siguiente, se expondrán los elementos teóricos y conceptuales considerados para el presente trabajo, con la ayuda de los cuales se buscará comprender cómo se construyen y de-construyen esas subjetividades en forma de representaciones sociales, cómo se dimensiona la migración y la movilidad en el proceso de infectarse por el VIH y/o enfermar de Sida y buscar atención médica para paliar sus devastadores efectos, qué significados adquieren el riesgo y la vulnerabilidad en una situación de vida de la que el VIH-Sida ya forma parte y cómo se erigen, se modifican, se refuerzan o inclusive se desintegran relaciones en las trayectorias de padecimiento/atención y migración de estos hombres y mujeres originarios de diversos lugares del norte del estado de Veracruz, mismas que los han hecho confluír, en diversos momentos y formas, en el mismo lugar: el CAPASITS del Hospital Regional de la ciudad de Poza Rica.

CAPÍTULO 2. ELEMENTOS TEÓRICOS Y CONCEPTUALES.

Las formulaciones teóricas y las categorías conceptuales implementadas para realizar la presente investigación se explican a continuación, procurando hilvanar cada uno de los conceptos con el hilo de la premisa teórica relacional; de esta manera, se tendrá una visión mucho más clara y útil de la manera en que, dentro del conjunto de ideas, sentimientos, experiencias y explicaciones compartidas por los informantes que protagonizan este estudio, se suceden las relaciones entre los procesos de padecimiento por VIH que estos hombres y mujeres han experimentado a lo largo de rutas diversas de desplazamiento, movilidad y migración desde, hacia o dentro de la región norte de la entidad y la manera en que la ciudad de Poza Rica se ha convertido en un punto central y vital de sus trayectorias de padecimiento, al confluir a ella para obtener la atención médica en el CAPASITS.

En este amplio y complejo terreno del conocimiento (y con ello me refiero tanto a la antropología como a la epidemiología, por cuanto ambas aportan a la comprensión del VIH-Sida, así como a otras disciplinas científicas involucradas), las representaciones sociales conforman un elemento útil para la comprensión de las perspectivas que estos pacientes tienen acerca de sus propias experiencias vitales como migrantes, como personas viviendo con VIH y como usuarios de servicios de salud especializados en la atención de ese padecimiento; en ese bagaje de representaciones, no es secundario (sino todo lo contrario) el poco célebre y siempre presente fuste de la estigmatización, que determina en ocasiones de formas drásticas los rumbos de sus trayectorias como trabajadores, como migrantes, como pacientes y aun como integrantes de grupos familiares, vecinales, laborales y comunitarios.

A lo largo de la migración, como también en la convivencia diaria con el padecimiento por VIH-Sida, en la formación y transformación de toda la vida social de un sujeto que ha sido infectado y del conjunto social – familiar,

académico, laboral, etc. – al que pertenece, el riesgo y la vulnerabilidad son factores siempre presentes. Se presenta pues, a continuación, el conjunto de relaciones que los diversos conceptos empleados en la configuración de este esfuerzo de investigación, guardan con la realidad observada, escuchada y corporeizada del VIH-Sida y la migración en el ámbito clínico del Centro Ambulatorio para la Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual de la ciudad de Poza Rica, Veracruz.

2.1 Enfoque relacional: la articulación entre lo estructural y lo micro-social en el estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención

Uno de los aspectos más importantes en el estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención (en adelante también mencionados como procesos de s/e/a) desde una perspectiva de las ciencias sociales y en específico desde el punto de vista de la antropología social y la antropología médica, es cómo se estructuran las relaciones sociales en las que participan los actores participantes de tales procesos, y cómo es que dichas relaciones determinan el trayecto y el resultado de los mismos en términos de consecución del objetivo principal – el restablecimiento del estado de salud que el sujeto enfermo poseía antes del inicio de su padecimiento.

El abordaje de los procesos de s/e/a en la antropología médica implica como un hecho esencial la inserción de los mismos en contextos de relaciones sociales entre sujetos, instituciones y procesos que contienen y generan significados (Freyermuth y Sesia, 2006); en otras palabras, los procesos de atención a la salud suceden siempre dentro de marcos socioculturales en los que los actores involucrados construyen relaciones y a partir de éstas, elaboran interpretaciones que les permiten comprender y apropiarse de sus procesos. En este *continuum* de relaciones y significados,³⁶ las diferencias entre unos actores y

³⁶ Ronald Frankenberg (2003) retoma el término *continuum* de la propuesta conceptual del “*continuum folk-urbano*” de Robert Redfield, para explicar que tanto la antropología como las ciencias médicas están ubicadas dentro de un continuum entre lo práctico y lo teórico, en el que las relaciones y diferencias epistemológicas

otros juegan papeles decisivos y definen las características de las relaciones que establecen entre sí; y estas diferencias están determinadas por factores existentes y preexistentes en muy diversas esferas de la vida social de los sujetos y los grupos que participan en los procesos de atención de la salud.

Diversos autores han propuesto aproximaciones teórico-conceptuales a los procesos de s/e/a, partiendo de las metodologías de investigación de la antropología en el tema de la salud, de manera especialmente importante en las décadas de 1970 y 1980 (Good, 1977; Freidson, 1978; Kleinman, 1980; Young, 1982) sin ignorar que el interés de la antropología social y cultural por temas relacionados con la salud ya se había hecho presente con anterioridad (por ejemplo, en los trabajos de Evans-Pritchard, Redfield e incluso desde Malinowski); conjugando, quizás de manera un tanto casual – ya que el interés principal de esos autores era identificar la significación simbólica y ritual de las prácticas curativas – un acercamiento al conocimiento médico desde una perspectiva antropológica, el cual ha permitido a su vez, a través del tiempo, conocer las maneras en que se relacionan diversas estrategias curativas, principalmente aquellas consideradas como no científicas y las que son propias de la medicina científica, a la que también se referirá indistintamente como medicina alopática o biomedicina; así como también, las maneras en que los sujetos y grupos sociales articulan, por medio de sus representaciones y prácticas, los diversos saberes curativos – incluida la biomedicina, y las relaciones sociales que los procesos de padecimiento y búsqueda de atención propician entre los usuarios de diversos recursos terapéuticos y los proveedores de los mismos.

Uno de los aspectos más significativos que este continuum de relaciones y significados, diferencias y similitudes ha generado en el estudio social y antropológico de los procesos de s/e/a, es la distinción epistemológica entre la enfermedad y el padecimiento, enfatizada por la antropología más que por la medicina, dado que implica el reconocimiento de las diferencias existentes entre

entre ambas disciplinas existen también en la forma en que los grupos experimentan la enfermedad y el padecimiento por medio del establecimiento de relaciones con otros actores en el proceso y también mediante la asignación cultural de significados.

ambas disciplinas, pero también en la práctica, en la forma en que los sujetos y grupos sociales experimentan los procesos de enfermar y buscar la atención médica; esto es, la distinción entre el padecimiento y la enfermedad, que implica la consideración de la subjetividad como condición determinante de dicha distinción. El padecimiento (*illness*) queda entonces definido como la experiencia subjetiva de la enfermedad al ser dotada de significado por quien ha enfermado, pero también por otros actores que le acompañan e intervienen en el proceso, como su entorno social, familiar y comunitario, en diferenciación de la enfermedad (*disease*) entendida como el proceso biológico de deterioro implicado en la experiencia fisiológica y corporal de enfermar. Un tercer elemento, el malestar (*sickness*) ha sido propuesto para explicar la forma en que ambos conceptos son socializados, referidos y dotados de significado en el marco de la cultura (Osorio, 2001). Frankenberg afirma que

“[...] Se crea así un contraste entre el interés médico en la enfermedad (*disease*) biológica, episódica y el interés antropológico en el padecimiento (*illness*) culturalmente experimentado. Cada uno refiere a un contexto en el marco de patrones sociales de enfermedad (*sickness*),³⁷ a los cuales estas disciplinas prestan, sin embargo, una atención diferenciada.” (2003:12)

El padecimiento como subjetivación de los procesos patológicos, permite a la antropología social y específicamente a la antropología médica abordar dichos procesos y analizarlos de acuerdo a los sistemas de simbolizaciones y significados construidos por los actores sociales que participan de ellos. El sufrimiento, el dolor, el deterioro, la rehabilitación, no serían comprendidos de forma suficiente por las ciencias sociales (ni tampoco por las ciencias médicas) sin dotar de palabra a quien padece, sufre, se deteriora y se rehabilita; la exteriorización de las sensaciones, sentimientos, razonamientos e inferencias de causa y consecuencia,

³⁷ En la traducción al texto de Frankenberg fue utilizado el término ‘enfermedad’ tanto para *sickness* como para *disease*; mientras que Osorio y otros autores mexicanos han preferido utilizar ‘malestar’ para diferenciar de manera más clara los dos conceptos que en la literatura anglosajona son diferenciados solamente en la intencionalidad de su utilización. Aunque el empleo del término ‘malestar’ para traducir *sickness* resulta práctico en este caso, en realidad no es del todo correcto y aun puede terminar siendo vago, si se toma en cuenta que *sickness* es empleado para una variedad de condiciones y trastornos de salud tanto física como psíquica, e incluso es válida para expresar ciertas actitudes o comportamientos. La traducción ‘enfermedad’ es más leal, aunque sería pertinente hacer la aclaración con respecto a qué se está refiriendo con enfermedad en el caso de emplear ambos conceptos en el mismo contexto. Otro término en inglés, *malady*, puede utilizarse para expresar el malestar en forma genérica, aunque no es usado de forma demasiado amplia.

son necesariamente resignificadas a partir de la perspectiva de quienes experimentan el padecimiento, lo vuelven propio y lo comparten en pautas del lenguaje que les son culturalmente propias, con sus curadores como también con otros agentes sociales a quienes recurre para atender la enfermedad, frecuentemente incluso antes que a los profesionales, como los miembros de la familia. Byron Good, por ejemplo, afirma que el padecimiento implica que un dolor particular y localizado se conecta con las sensaciones, sentimientos, emociones y problemas de índole psicosocial asociado popularmente a esa parte del cuerpo, dotando de significados culturalmente predeterminados a los padecimientos (citado en Young, 1982:263).

La presencia de la enfermedad y el padecimiento implica relaciones entre ambos que no son tratadas de la misma manera o en el mismo orden de importancia, y en las que frecuentemente la aproximación a la enfermedad tiene un papel dominante, lo que se traduce en un predominio de la biomedicina, sus disciplinas, sus métodos, sus premisas teóricas, sus practicantes y sus instituciones con respecto a los diversos ámbitos de la subjetividad en el tratamiento de los procesos de s/e/a. De hecho, el binomio enfermedad/medicina conforma un fenómeno de gran expansión en los últimos cien años, en los que la medicina científica se ha extendido por todo el mundo acompañando la modernización de la ciencia y la técnica propias de la civilización industrial occidental; expandiendo la utilización de sus técnicas y prácticas, principalmente la compra-venta y consumo de fármacos.

El argumento fundamental del enfoque relacional según lo ha planteado Eduardo L. Menéndez (1998; 2002; 2009) consiste en la consideración de las formas en que se establecen relaciones entre actores, estructuras, instituciones y procesos en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención; la premisa teórica propuesta es que dichas relaciones se suceden en una forma articulada, esencialmente a través de las representaciones y las prácticas llevadas a cabo por los sujetos y grupos sociales involucrados en procesos de enfermedad/padecimiento y de búsqueda e implementación de estrategias

curativas, tanto de manera individual como colectiva. Dichas relaciones están planteadas frecuentemente en términos dicotómicos, en los que ambas partes construyen y significan relaciones de diferencia y desigualdad, lo cual es aplicable en diversos niveles de análisis y en múltiples dimensiones tanto clínicas como sociales, culturales, políticas y económicas de la realidad.

Es frecuente que los esquemas relacionales de diferencia y desigualdad en el terreno de la investigación social en salud estén ilustrados por representaciones de oposición y en algunos casos incluso negación del otro, tal como se ha indicado en lo referente a las ciencias antropológicas con respecto a las ciencias médicas, y como también se verá en lo respectivo a las relaciones entre los pacientes y los médicos o entre los pacientes y las instituciones de salud, entre los saberes curativos no científicos y la medicina alopática, entre sujetos y grupos pertenecientes a una clase socioeconómica “baja” y los adscritos a una clase dominante, entre los individuos considerados como “diferentes” con respecto de quienes se consideran “normales”, etcétera. Menéndez afirma que

“[...] Las principales diferencias son las que se organizan en torno a los siguientes aspectos planteados en términos dicotómicos: cultural/biológico; normal/patológico; local/global; diferencia/homogeneidad; *emic/etic*; *illness/disease* [o padecimiento/enfermedad, como ya se explicó con anterioridad]³⁸; cualitativo/estadístico; profundidad/generalización. Reconociendo además que existen otras dicotomías importantes que operan no sólo entre la antropología médica y la epidemiología sino también al interior de cada una de estas disciplinas, como son los casos de las dicotomías simbólico/económico-político; sujeto/estructura; prácticas sociales/representaciones sociales; micro/macro-social.” (Menéndez, 2009:179)

De entre estas y otras estructuras relacionales, según lo propone esta aproximación teórica, una de las más importantes es la que concierne las articulaciones posibles, existentes y necesarias entre los hechos sociales que suceden en el nivel más básico de análisis – o lo micro-social, como también han insistido en denominarlo algunos teóricos sociales –, el de la experiencia que acontece a nivel local entre los miembros de un conjunto social dado, y las que se suceden en un nivel social de mayores dimensiones, tanto en el sentido social,

³⁸ Énfasis añadido.

estructural o macro-social, como en las dimensiones espacial y temporal a lo largo de las que ocurren los procesos sociales; toda experiencia vivida o representada en un contexto de relaciones entre dos o más miembros de un grupo como ocurre en el ámbito doméstico, familiar o laboral, o entre éstos y las instancias o instituciones, está determinada histórica, cultural y socialmente por un contexto social mayor.

De lo anterior, se desprende que las relaciones sociales suelen funcionar en términos de diferencias y desigualdades. Las diferencias existen entre unos sujetos y otros, entre unos conjuntos sociales y otros, en cuanto a determinantes tanto biológicos como económicos, políticos, ideológicos, culturales, éticos; pero es cuando las diferencias de unos son referidas en diversas formas valorativas con respecto a “los otros”, cuando surgen y son puestas en operación las desigualdades que estructuran las dinámicas en las cuales se piensan y se materializan las relaciones sociales: las desigualdades entre hombres y mujeres, entre las élites políticas y económicas y las clases sociales populares o empobrecidas, entre la comunidad técnico-científica y la masa trabajadora, entre la cultura occidental y las culturas aborígenes, entre varones adscritos a una masculinidad social y culturalmente aceptada y aquellos participantes de masculinidades marginales,... son todos ejemplos de estructuras sociales de diferencia, articuladas en las realidades sociales por sus condiciones históricas, culturales y políticas de desigualdad.

En la antropología médica, estas diferencias y desigualdades han sido exploradas en lo respectivo a los sistemas médicos, curativos o de salud, con propuestas conceptuales de diversos autores (Kleinman, 1981; Pedersen, 1989; Menéndez, 2003), así como de la antropología con las ciencias de la salud y principalmente la medicina (Menéndez, 2009). Pero también, y de manera significativa, se han estudiado las relaciones entre los médicos y los pacientes, si no exclusiva al menos preponderantemente en el ámbito biomédico.³⁹ Roberto

³⁹ Las relaciones entre curadores y pacientes pueden implicar jerarquización y subordinación de unos hacia los otros también en otros contextos, como en la medicina tradicional y en la medicina alternativa (Menéndez, 2006).

Campos (1994) coincide con Menéndez en que existe una relación de poder y subordinación entre médico y paciente, que se ha traducido con el tiempo en una normalización de ciertas prácticas con base en la dimensión ideológica-valorativa de *toda* consulta (Campos, 1994:234), además de resaltar la importancia que tienen en ello condiciones inherentes a una y otra parte, como la pertenencia económica, cultural y étnica (por ejemplo, los pacientes indígenas y pobres; el médico letrado, urbano y mestizo, de clase media), que conllevan a la legitimación de actitudes y comportamientos de los médicos hacia los pacientes, tales como la agresión, el desprecio, el paternalismo o la empatía.

Pero el punto más importante es que la normalización de estas estructuras relacionales asignan al usuario de los servicios de salud un rol secundario, pasivo y unidimensional, de “paciente”. Desde luego, también la condición de enfermedad o padecimiento específica, por sus características particulares, puede dotar de diferencias y desigualdades a las relaciones entre el personal que brinda los servicios médicos y los usuarios de los mismos.

Entre los estudios destacables sobre el establecimiento de relaciones asimétricas en el curso de la relación médico-paciente se encuentran los realizados por Erving Goffman, especialmente su trabajo sobre las relaciones entre médicos y pacientes en el contexto de la hospitalización psiquiátrica (Goffman, 1977). Este autor afirma que las pautas sociales establecidas en estas interacciones despojan al paciente de su identidad, de su capacidad para tomar decisiones y en algunos casos, incluso de la confianza entre éste y las personas que le son más cercanas afectivamente, como sus progenitores o tutores, cónyuges, hijos u otros familiares. Para Goffman, las características del proceso patológico psiquiátrico legitiman como necesario el mayor control del enfermo y de sus acciones, su extracción fuera de su entorno cotidiano y de su “normalidad” y más aun, su propia aceptación y cooperación en la asignación de nuevos roles en el entorno hospitalario (el paciente deja de ser padre, esposo, hijo, trabajador, ciudadano; se convierte simplemente en “paciente”). Estos preceptos son elementales para comprender el concepto de “carrera” de Goffman, el cual

emplearemos más adelante para describir cómo los sujetos transitan por diversos pasajes y transformaciones de su propio universo social e identitario, a lo largo de los procesos de s/e/a. Otro autor, C. Helman (1990) plantea que la institución salubrista reproduce un esquema familiar de relaciones asimétricas, en el que están fuertemente implicadas relaciones de diferencia y desigualdad establecidas históricamente; Helman propone las relaciones entre los médicos, las enfermeras y los pacientes reproducen la estructura de las relaciones de la familia victoriana: médico=padre /enfermera=madre /paciente=hijo.

Es importante recordar, que al proponer el enfoque relacional para el análisis socioantropológico de los procesos de atención de los padecimientos, Menéndez retoma el argumento teórico marxista de Antonio Gramsci acerca de la hegemonía/subalternidad, para teorizar a su vez la existencia de las diferencias y desigualdades entre los diversos actores sociales que participan de dichos procesos. Por tal motivo, será conveniente revisar, al menos de forma breve, cómo es que el pensamiento gramsciano piensa la hegemonía y de dónde proviene ésta, según sus postulados.

De hecho, la propuesta teórica de Menéndez emana directamente de las posturas gramscianas acerca de las nociones marxistas de “estructura y superestructura”; no obstante, este notable hecho requiere de una observación atenta – en la cual el elemento central es la manera en que uno y otro definen a la sociedad civil: a diferencia de Marx, quien consideraba que la súper-estructura incluía a la sociedad civil como un “todo” o un conjunto social e histórico que abarcaba en su completitud la vida comercial e industrial desde los comienzos de la historia moderna del capitalismo, Gramsci ceñía la sociedad civil a un solo elemento de la actividad súper-estructural, el ámbito de lo privado, para distinguirlo de la “sociedad política”, es decir, el Estado (Texier, 1976).

Para Gramsci, tanto la “sociedad civil” como la “sociedad política” llevan a cabo las funciones hegemónicas, al ser ambos los componentes principales del aparato estatal, es decir, de la súper-estructura; sin embargo las diversas esferas de la sociedad civil – tanto los organismos privados o particulares, como otros de

carácter público, p. e. las universidades públicas – son puestos al servicio del grupo político y económico dominante,⁴⁰ para ejercer las funciones subalternas de hegemonía social y de gobierno político de éste con el consentimiento “espontáneo” de las grandes masas de la población (Texier, 1976:22).

Gramsci colocó el peso ideológico de la hegemonía como medio de control de unas clases por otras no en la mera existencia de una o más clases sociales dominantes o en las dinámicas económicas y laborales que acontecían al interior de la súper-estructura a la usanza de los marxismos más ortodoxos, sino en las relaciones – en muy diversos ámbitos de la vida social – que éstas crean y constituyen entre sí y con las clases dominadas, dado que es a través de dichas relaciones como se crean y consolidan los constructos ideológicos que permiten a las clases dominantes gobernar a las demás, mismos que se sostienen y se perpetúan por medio de las diversas formas de interacción social; la ideología hegemónica, inserta social y culturalmente a manera de “normas socialmente aceptables” vigentes para todos los conjuntos sociales, ejerce así la hegemonía ideológica en nombre del propio conjunto de la clase dominante en el ámbito cotidiano de las relaciones sociales, tanto en el nivel de la súper-estructura como en el de la interacción entre sujetos y conjuntos sociales en la realidad visible, en el ámbito local o “micro social”.

En este punto cabe recordar que Menéndez (2002; 2009) ofrece que la hegemonía/subalternidad es una dinámica que frecuentemente se presenta en el decurso de las relaciones sociales, y que éstas a su vez no se limitan a las relaciones entre sujetos, sino también entre instituciones, procesos e ideas a lo largo de trayectorias desarrolladas en el tiempo – y habría que agregar, desde luego, en el espacio. Este autor, por ejemplo, plantea que las metodologías epidemiológicas actuales se han alejado completa o casi completamente de un abordaje causal – y más aún, multi-causal – de los procesos de padecimiento, de los factores sociales, históricos, culturales y ambientales que se conjugan para

⁴⁰ Gramsci ubica al grupo dominante invariablemente en la figura de los actores económicos poseedores de los grandes capitales; por lo tanto, el Estado es interpretado como un agente externo a la ley económica, pero también como un factor clave en su realización.

incidir en el surgimiento de cuadros patológicos y en la frecuencia cada vez mayor de su ocurrencia, a cambio de una aproximación hacia la noción individual de “conducta de riesgo”, algo en lo cual se ahondará más adelante.

De esta manera, se ha venido desarrollando una perspectiva epidemiológica hegemónica que subalterniza las maneras de pensar la epidemiología desde otros puntos de vista, que bien pueden estar presentes o surgir en las disciplinas sociales o del comportamiento, o incluso en la propia producción epidemiológica de otros momentos históricos o de contextos socioculturales no occidentales.

La influencia del pensamiento gramsciano también puede considerarse presente en la propuesta teórica relacional al identificar que, tal como Gramsci parte de una conceptualización de la sociedad civil para explicar la hegemonía, Menéndez parte de la premisa de los “conjuntos sociales” para justificar las diferencias y desigualdades existentes a lo largo de los procesos de s/e/a; de esta manera, son los conjuntos sociales quienes dan inicio y seguimiento a los procesos de padecimiento y quienes, a través de la práctica, articulan diversas formas de atención, resultando muchas veces que la hegemonía del pensamiento médico alopático (principalmente en el ámbito clínico-hospitalario) coloca dentro de parámetros excluyentes e inclusive estigmatizadores dichas articulaciones y diversas prácticas curativas, o bien se apropia e impulsa ciertas otras (Menéndez, 2003).

Conocer las diversas maneras en que dos o más actores, instituciones, ideas o procesos sociales establecen relaciones dictadas socioculturalmente por la hegemonía (y en consecuencia también, por la subalternidad) en la realidad que se estudia conlleva que se tomen en cuenta las diversas maneras en que el pensamiento hegemónico, formulado en los espacios políticos, económicos, científicos y académicos, permea el pensamiento “corriente”, “no profesionalizado”, “informal” o “natural”;⁴¹ en el caso concreto de la ciencia médica,

⁴¹ En el apartado correspondiente a las representaciones sociales se ofrecerá una explicación más amplia acerca de cómo los esquemas representacionales que los sujetos utilizan en su vida cotidiana divergen

que ha hegemonizado de forma indiscutible todos los aspectos concernientes a los procesos de enfermedad y atención, se ha impuesto como norma una notable avocación a la enfermedad y no a la salud (y ciertamente, tampoco al padecimiento), tal como también se ha impuesto la ya mencionada tendencia a considerar los procesos patológicos como una función de prácticas de riesgo que recaen en el comportamiento de los propios individuos. Menéndez afirma a este respecto que

“[...] la biomedicina y la epidemiología trabajan casi exclusivamente sobre la enfermedad. La salud y las actividades biomédicas con respecto a la salud son secundarias en la práctica; forman parte de un discurso médico cuyo objetivo básico es trabajar sobre la enfermedad. La formación profesional y las actividades médicas se desarrollan para trabajar con la enfermedad y con enfermos, y en un segundo lugar para evitar la enfermedad, lo cual es asumido por el personal de salud y por la población, ya que los sujetos sanos ‘no van al médico’.” (2009:172)

Esta forma de pensar hegemónica acerca de la enfermedad como principal punto de discusión y práctica fue y sigue siendo originada desde los consultorios médicos y desde las instalaciones hospitalarias y clínicas que atienden enfermos, aunque rara vez o nunca esto es reconocido en el ámbito médico-clínico, y permea la forma de pensar (y de actuar, desde luego) de los propios sujetos usuarios de los servicios de salud. De esta manera, la forma habitual y ya citada con anterioridad, en que los médicos se relacionan con los pacientes en un ámbito clínico está fuertemente determinada por la manera en que el pensamiento médico interactúa con otras lógicas y prácticas, a las que frecuentemente desacredita y reemplaza; pero además, el pensamiento clínico-médico puede presentarse ante los pacientes con una fuerte carga de ambigüedades, contradicciones e inconsistencias que llegan a afectar directa o indirectamente la eficacia del proceso de atención (tales como las que supone la promoción del autocuidado y a un tiempo, la prohibición o contraindicación de la automedicación, la cual forma parte de las prácticas comunes propias del autocuidado), sin que el personal o las instituciones de salud reconozcan este hecho más allá de responsabilizar a los propios pacientes, siguiendo la “lógica del riesgo individualmente asumido” de los

lingüística y culturalmente del lenguaje “técnico” o “científico”, para ser considerados como una forma “natural” de interpretar la realidad.

pacientes. Aunque no me ocuparé directamente del concepto “estilo de vida”, en el cual se centra la discusión sobre la individuación del origen y desarrollo de los padecimientos, principalmente de los padecimientos crónicos, hago alusión a este punto ya que tiene una notable relevancia para la comprensión de aspectos tan trascendentales en una investigación sobre VIH-Sida como lo son el riesgo, la vulnerabilidad, la estigmatización y la discriminación, y la eficiencia y calidad de la atención ofrecida y recibida en el ámbito clínico, aspectos todos los cuales sí habrán de analizarse en profundidad.

El involucramiento de las disciplinas sociales con el padecimiento por VIH-Sida data de la década de 1990, por lo tanto cabe esperar que a partir de entonces se pudieran hallar diversos estudios que relacionaran uno de los brotes epidémicos de mayor, más veloz y temida extensión de nuestra época con diversas aristas de la vida económica, social y cultural de los pueblos y las sociedades alrededor del mundo. Paul Farmer (1992) ofreció notables conexiones entre el sufrimiento por este padecimiento y la enorme gravedad de la epidemia en Haití, esencialmente con la pobreza del pueblo haitiano y el racismo de que ha sido objeto históricamente, hechos ambos concebidos prácticamente desde la llegada de los europeos a las Antillas, el establecimiento de una economía de plantaciones y explotación esclavista de hombres y mujeres forzados fuera de sus tierras en el continente africano, seguida por su dominación ideológica, militar y económica por parte de los Estados Unidos, para configurar lo que este autor llama una “geografía de la culpabilización” por parte del pensamiento popular y científico estadounidense hacia el pueblo de Haití con respecto a las causas, orígenes y devastadores alcances de la epidemia en la segunda mitad de la década de 1980:

“I will argue here that the Haitian AIDS epidemic, and indeed the Caribbean pandemic in general, are best understood by taking the long view. It is further argued here that familiarity with the historical trajectory of the Haitian people helps us to understand contemporary Haitian responses to the advent of AIDS.” (Farmer, 1994:152)

De esta manera, Farmer ha propuesto incluir el racismo, la pobreza y las desigualdades como parte central de una epidemiología del VIH (Menéndez, 2009:139). En México, Lara y Mateos (2006) y Núñez Noriega (2009) han realizado recientemente importantes investigaciones sobre el riesgo y la vulnerabilidad ante el VIH desde una perspectiva socioantropológica en los cuales han incluido como un aspecto esencial, las condiciones socioculturales e incluso étnicas como las preferencias y orientaciones sexuales o la pertenencia a una clase económica marginada (en la investigación de Núñez Noriega, a estos dos factores se aunó la pertenencia a grupos indígenas), que potencian el riesgo de ciertos grupos ante la transmisión o bien, que pueden presentar para ellos obstáculos en sus trayectorias como personas viviendo con VIH una vez que lo han contraído; pero además, en las obras de ambos autores las experiencias a nivel personal-familiar-comunitario, narradas por los propios sujetos, dan cuenta, como su función a nivel micro, de las circunstancias prevalecientes en los niveles sociales mayores, de problemáticas existentes a nivel institucional, estatal y nacional como el racismo, la desigualdad y la pobreza.

Lara y Mateos (2006) ha llegado a señalar que de hecho, el VIH-Sida se ha “pauperizado” rápidamente, pasando a ser una enfermedad a la que son mucho más vulnerables los estratos más pobres o empobrecidos de una sociedad, lo cual se vuelve más acuciante en naciones golpeadas por la pobreza, la guerra, la hambruna o la crisis. En su célebre y excelente *Shock Doctrine* de 2006, la periodista Canadiense Naomi Klein recuerda cómo en la Rusia postcomunista, las intervenciones privatizadoras de las instituciones económicas extranjeras en colusión con el nuevo gobierno ruso neoliberal desataron una oleada de pobreza que se conectó de forma innegable con el aumento en el consumo del alcohol y de drogas intravenosas entre la población y la proliferación del comercio sexual, que dispararon el número de personas infectadas con el VIH de los miles hacia los cientos de miles en pocos años.

En diversos estudios sobre el VIH desde una perspectiva antropológica es puesta en juego la perspectiva relacional en diversos sentidos: uno de ellos, como

se observa en la producción de Farmer, articula los problemas económicos y étnicos gestados históricamente con una realidad epidémica devastadora para todo un pueblo; mientras que en Núñez y Lara, las experiencias de riesgo, vulnerabilidad, estigmatización y padecimiento de los sujetos en su entorno social y vital cercano son un reflejo de la realidad a la que se enfrentan las condiciones sociales, culturales y económicas a las que se adscriben en escalas mayores. Se hace así conveniente afirmar que

“las desigualdades y las diferencias deben ser referidas no sólo a los grandes conjuntos sociales [...] sino a los niveles diádicos, microgrupales y/o comunitarios en que se desarrollan y expresan. [...] De ahí que deberíamos pensar la realidad a través de niveles articulados.” (Menéndez, 2002).

De esta manera, es posible situar causalmente fenómenos epidemiológicos como el VIH-Sida en un marco histórico-social de referencia del que además no puede desprenderse, y ligar la enfermedad, a través de su consideración como padecimiento, a aspectos macrosociológicos que hagan posible la comprensión de las formas en que se dan relaciones como médico/paciente, sano/enfermo, normal/estigmatizado, local/migrante, documentado/indocumentado, etc.⁴²

La interrelación del VIH-Sida como proceso patológico con su trayectoria como fenómeno social, económico, político y ético fue referida de forma amplia en la compilación de Mark Platts intitulada *Sida. Aproximaciones éticas* (FCE-UNAM, 2000). En sus propias aportaciones a dicha obra, Platts rebate las ideas comunes acerca de una moralidad determinada de forma individual en base a la cual las personas evalúan la pertinencia de ciertas prácticas típicamente consideradas como riesgosas, como las relaciones extramaritales u homosexuales, o de ciertas prácticas preventivas ante el VIH igualmente conocidas como el uso del condón, en algo que denomina “repliegue al subjetivismo”; ante esta subjetividad moral que hace parecer el fenómeno del VIH-Sida como ahistórico y desvinculado de contextos socioculturales que existen y funcionan en las sociedades, Platts refiere

⁴² Esto, recordando una vez más que Menéndez plantea que las diferencias y las desigualdades sobre las que se encarrila frecuentemente la estructura de hegemonía/subalternidad de las relaciones sociales, se organizan en torno a aspectos planteados en términos dicotómicos, y que esto no se limita a las ciencias médicas o a su relación con las ciencias antropológicas, sino que pueden encontrarse al interior de los estudios sociales y antropológicos, y de las diversas problemáticas abordadas, tal como se ha apuntado.

de manera episódica ciertas posturas conservadoras – y francamente discriminatorias – que observó en la sociedad y la prensa del estado mexicano de Jalisco con respecto al Sida, la sexualidad y la moralidad a través de las cuales es posible atisbar a la manera en que la construcción histórica de los valores de ese pueblo⁴³ influyen en la manera en que los sujetos vierten sus opiniones con respecto a “la moralidad de cada quien”; lo cual, desde luego, no es secundario cuando se observa a ciertos actores y grupos sociales “moralizar” sobre ciertos procesos causales de determinados fenómenos (Platts, 2000:69). Es pertinente entonces, recordar (y con toda seguridad Platts lo recordó también) que la moralidad está invariablemente inserta en la cultura y es un elemento perteneciente a ella.

La proscripción moral, social y sexual del Sida en la historia de la epidemia guarda desde luego, una estrecha relación con los movimientos de poblaciones, uno de los primeros y principales medios por el cual esta enfermedad se ha diseminado por todo el mundo (Bronfman, 2004; Bronfman y Leyva, 2008); ya han sido citados en el capítulo anterior las maneras en que el virus arribó al territorio mexicano, “importado” por varones que habían migrado hacia los Estados Unidos. También han sido referidos casos como el de las tropas británicas asignadas a Kenya y otros países africanos fuertemente golpeados por la epidemia de VIH que eran infectados al frecuentar trabajadoras sexuales, y pueden mencionarse otras formas de desplazamientos, algunos involuntarios, como los éxodos de familias y pueblos indígenas fuera de sus comunidades o el rapto y trata de jóvenes y niños para ser enrolados en redes de explotación sexual, ambas situaciones en las que las personas son sometidas a un gran riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH-Sida.

Sin embargo, y esto se debe en buena parte a los intereses que motivaron esta investigación, cabe poner especial atención en las formas en que los

⁴³ Concretamente, Platts cita una nota publicada en el diario “El Jalisciense” en la que queda de manifiesto por el grupo conservador que la emitió, la referencia a la virilidad de la que los varones nativos del estado de Jalisco se han jactado históricamente y que constituye una parte importante, incluso idiosincrática, de su medio sociocultural.

movimientos migratorios como tales, se vinculan con la transmisión del VIH y a su vez se insertan en procesos históricos que tienen que ver con los aspectos ya destacados en párrafos anteriores – a saber: la salud/enfermedad, la vida social y cultural, la economía, la vulnerabilidad y la discriminación o estigmatización, esperada, imaginada o real, hacia los sujetos padecientes; quizá sea de utilidad a una orientación precisa de la propuesta relacional al presente esfuerzo de investigación, el planteamiento de algunos interrogantes surgidos directamente del trabajo en campo con los sujetos de estudio, como los siguientes: ¿en qué forma se relaciona, por ejemplo, el riesgo de contraer la infección con las políticas antiinmigrantes ensayadas en diversos momentos de la historia reciente por el gobierno de los Estados Unidos con respecto a México? ¿Qué importancia tiene para la infección por VIH la violencia social que se vive desde hace varios años en los centros urbanos de la frontera septentrional mexicana? ¿Cómo se entrelazan el inicio de un proceso de padecimiento por VIH y el impacto destructor de una tormenta tropical en un pequeño pueblo pesquero veracruzano? Las respuestas a algunas de estas interrogantes constituyeron el objetivo inmediato de la investigación en el campo, aunque esas respuestas difícilmente pueden ser consideradas como resultados conclusivos; la investigación profunda y continuada de este tema es tan necesaria como compleja y cambiante es su problemática.

El vínculo entre las experiencias de padecimiento de sujetos infectados con el VIH o enfermos de Sida, y las condicionantes vigentes en los mayores niveles de la opinión pública, las instituciones y los partidos, las empresas, etc. forma parte de la historia social y cultural de la enfermedad, que ha trascendido siempre a la par que la dolorosa y a menudo letal trayectoria biológica del virus en los organismos de los hombres y mujeres infectados por éste; por lo tanto, ambos procesos, que ocurren en paralelo en la vida biológica y la vida social de las personas viviendo con VIH, han de ser abordados mediante una aproximación relacional que articule los diferentes niveles de interacción y de la vida social en los que se desenvuelven los actores sociales implicados en este padecimiento, y que además incluya otras articulaciones, como las que se dan en el uso de los servicios de salud y en la diversidad de prácticas curativas que los sujetos emplean

a lo largo de sus trayectorias de padecimiento y atención, los rasgos distintivos de sus relaciones con el personal de salud y la manera en que apropian los conocimientos sobre el VIH-Sida en relación con sus experiencias vitales, incluida por supuesto la migración, por medio de un cúmulo de representaciones simbólicas y explicativas del padecimiento y de sus implicaciones fisiológicas, éticas, religiosas, emocionales, laborales y económicas; así como una serie de representaciones sociales acerca de sus propias experiencias vitales como migrantes y la posible inclusión de esta condición entre las otras tantas que les señalan como “agentes” en la transmisión, ya sea en sus comunidades de origen o de destino, en el ámbito clínico o en el entorno familiar, lo cual aumentaría sensiblemente su vulnerabilidad no sólo ante o a causa del padecimiento, sino también en el plano de lo laboral, de lo económico y de lo afectivo.

2.2 El uso de las representaciones sociales en el estudio de los procesos de salud/enfermedad/atención

Desde los inicios de la década de 1960, cuando Serge Moscovici desempolvó el concepto durkheimiano de las representaciones colectivas y lo empleó para explicar ciertas semejanzas entre las características del pensamiento adulto y del infantil dentro de la teoría psicoanalítica, el concepto de representación social ha sido elegido de forma creciente por científicos sociales para su aplicación a un sinnúmero de planteamientos temáticos dentro de diversas disciplinas; en la investigación antropológica, comenzó a ser utilizado cada vez con mayor frecuencia para estudiar las maneras en que los conjuntos sociales elaboran sistemas de pensamiento basados en la simbolización de sujetos, objetos y acciones diversas, hasta convertirse prácticamente en un lugar común en el quehacer antropológico actual, al menos en el terreno de la investigación de corrientes teóricas como las interpretativas, en las que se coloca el énfasis en el papel del sujeto investigado como agente. Sin embargo, lejos de suponer que el concepto de representación social, o las propias representaciones sociales, han sido ya suficientemente explicadas o que su utilización es posible en cualquier

ámbito de la investigación socioantropológica, es pertinente revisar su definición y analizar la utilidad potencial (y real) de su aplicación en un estudio sobre migración, salud y VIH-Sida.

En el transcurso de sus observaciones sobre los sistemas cognitivos, Moscovici concluyó que existían dos sistemas cognitivos distintos que permitían a las personas explicar o entender planteamientos intelectuales puestos frente a ellos, argumentados de forma causal ó explicativa: uno era el denominado “sistema operativo” el cual realizaba asociaciones, discriminaciones e inclusiones a partir de razonamientos lógicos, y el otro una suerte de “metasistema” que efectuaba una suerte de repaso o verificación, lógica o no, de las premisas planteadas o estudiadas en una primera instancia (Moscovici, 1976). Willem Doise y colaboradores en el estudio de las representaciones sociales en el análisis de datos cuantitativos, se han basado en estas mismas conclusiones para ofrecer que se trata del “[...] análisis de las relaciones efectuadas por el metasistema social en el sistema cognoscitivo, [que] permite poner de manifiesto los vínculos con posiciones específicas en un conjunto de relaciones sociales” (Doise, Clémence y Lorenzi-Gioldi, 2005:23). Esta forma de objetivar los pensamientos equivale a volver concreto lo que es abstracto, al traerlo del pensamiento a la formación de una imagen o incluso al lenguaje, al adaptarlo en formulaciones sintácticas y léxicas conocidas.

La relativa simpleza de la definición de Moscovici acerca de que se trata de un conjunto de imágenes que sirven para condensar significados, se muestra claramente en la explicación de estos autores, y por cierto ha sido ampliamente recurrida en la investigación social desde su aparición; pero la aproximación más profunda y completa al concepto (sin dejar de apuntalar su atractiva simpleza) hasta ahora ha sido la realizada por Denise Jodelet, quien definió las representaciones como

“[...] sistemas de pensamiento que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre

ellos. Y a menudo, cuando se les comprende dentro de la realidad concreta de nuestra vida social, las representaciones sociales son todo ello junto.” (1986:472)

Jodelet entendió y reinterpretó los preceptos de representación de Moscovici de dos maneras diferentes: primero, como un acto de sustitución, de “estar en el lugar de”, razón por la cual la representación guarda una estrecha relación con el símbolo y con la simbolización; y segundo, como la reproducción mental de otra cosa que “actúa” en lugar de aquella primera cosa (persona, objeto, acontecimiento...). Al efectuar la representación en el proceso cognitivo, esta sustitución concretiza lo abstracto, aproxima lo lejano y familiariza lo extraño o desconocido.

Jodelet describió a la representación simplemente como una manera de interpretar y de pensar la realidad cotidiana, aspecto este último que sintetiza lo ya afirmado por Moscovici y por sus diversos revisores, esto es, que nos sirve para sustraer a la realidad concreta todo aquello que en principio, en el campo de las ideas, es una abstracción; pero Jodelet fue más allá al considerarla como “una forma de conocimiento social”, en la cual lo social interviene de diversas maneras, ya sea como sitio al contexto concreto con respecto al cual se sitúan los sujetos y los grupos, como vínculo comunicativo del bagaje cultural común a éstos, y dentro de dicho bagaje cultural, de los códigos, valores y posturas ideológicas relacionadas con las adscripciones sociales de esos individuos y grupos (Jodelet, 1986).

Un atractivo que el empleo de la representación social presenta para las disciplinas sociales y en concreto para la antropología, es que corresponde a una forma de conocimiento propia del sentido común, lo cual conlleva una apropiación del conocimiento por parte de los sujetos y los grupos mediante la integración de ese conocimiento en el universo social, material y de las ideas que les es conocido; es decir, que los sujetos que conforman un conjunto social dentro del cual comparten los mismos o similares rasgos culturales, como por ejemplo códigos morales e ideológicos adquiridos y reforzados a lo largo de trayectorias de

vida en los confines de un mismo entorno local,⁴⁴ elaborarán una suerte de “fondo común” de términos, ordenamientos, explicaciones y posturas ideológica y éticamente favorables o antagónicas con respecto a ciertos fenómenos y sucesos, determinándolos dentro de los límites de un razonamiento “lógico” consensuado o mejor dicho *compartido* colectivamente, que en realidad se convierte en tal por la vía constante de su socialización, de su utilización para una comprensión común, de su circulación en el ámbito social de que se trate. Jodelet denominó “objetivización” al acto de agenciar los conocimientos relativos al objeto de una representación, un acto que es a la vez formador de imagen y estructurante (Jodelet, 1986:481).

El punto más importante de las revisiones hechas por estos autores a la representación como concepto, y que es esencial para incorporarla como categoría a una investigación científica en el estudio de los fenómenos sociales – y específicamente, como es el caso, desde una perspectiva antropológica relacional – es que se trata de un elemento configurado en el decurso de relaciones sociales. Los esquemas representacionales no pueden ser pensados fuera de las relaciones que los sujetos y grupos establecen con otros y al interior de ellos mismos, con las instituciones, con los procesos y con los eventos; en resumidas cuentas, en la experiencia continuada que les constituye como actores sociales.

En efecto, a pesar de que su procedencia está enraizada en el ámbito de la psicología social y de que se la identifica preferentemente como una estructura cognoscitiva del individuo, las representaciones operan en el campo de las relaciones sociales; por lo tanto, es pertinente señalar la importancia que reviste su definición en cuanto socialización de la información así apropiada y adaptada a la realidad concreta; de esta manera, las representaciones sociales se pueden definir como

⁴⁴ Por supuesto, estos rasgos culturales pueden ser compartidos por todo un conjunto nacional, e incluso trascender las fronteras físicas y las del lenguaje, para convertirse en puntos de referencia comunes a muchas sociedades distintas.

“[...] un sistema de ordenamiento de la realidad de los sujetos que las elaboran, en el que el contexto y la interacción de los sujetos dotan de significado a una serie de percepciones, actitudes, valores, normas, saberes y prácticas; las representaciones además. Son una parte constitutiva de los mismos sujetos, y en consecuencia de sus realidades” (Berger y Luckmann, 1976; citados en Ravelo, 1998:124-125). Y es precisamente la acción de compartir esas percepciones, actitudes, valores, normas, saberes y prácticas lo que dota a las representaciones de sentido social, como fuente creadora de significados colectivos.

Las representaciones sociales han sido utilizadas ampliamente en el campo de los estudios sociales y antropológicos en procesos de salud/enfermedad/atención, siendo en muchos casos incursiones grandemente provechosas para la disciplina antropológica al explorar la construcción de significados por medio de los cuales los sujetos y grupos logran elaborar descripciones y asociaciones propias sobre episodios y procesos de padecimiento y aspectos puntuales de los mismos como la sintomatología de determinado cuadro patológico, el origen causal de la enfermedad o las explicaciones sobre la efectividad simbólica o pragmática de las estrategias curativas empleadas para tratarla. Un buen número de trabajos realizados en México se han avocado al estudio de las representaciones elaboradas frente a padecimientos crónicos, como la diabetes (Torres López, 2004; Cardoso Gómez, 2006).

Las representaciones sociales sobre el VIH-Sida, no obstante la cronización progresiva y cada vez más difundida del padecimiento – especialmente desde 1996, con la aparición de los primeros fármacos antivirales probados eficientes para reducir la replicación de virus en pacientes reales –, siguen centralizadas mayormente en la sexualidad disidente (y especialmente, la homosexualidad), la muerte o si se prefiere, la mortalidad, y la estigmatización hacia el sujeto infectado y su entorno social próximo; por lo tanto, es probable que sea más frecuente hallar aproximaciones desde las ciencias sociales en general y antropológicas en particular, al VIH-Sida por medio de las representaciones sociales que se centren en esos aspectos, como es el caso de las obras de Nájera et al (2000) y Agirrezábal y Valencia (2004), que observan los esquemas de representaciones sobre el VIH en el ámbito laboral español.

Pero además, existe una notable tendencia a centralizar los esfuerzos investigativos en este tema en los jóvenes y en los esquemas representacionales que éstos llevan a cabo frente al padecimiento, especialmente frente a aspectos del mismo como los modos de transmisión; en dichos estudios, se ha puesto de relieve la posición que ocupan elementos asociativos utilizados y reproducidos por los jóvenes para elaborar explicaciones sobre el riesgo ante la transmisión del VIH-Sida, y la forma en que las asociaciones más frecuentemente hechas históricamente – Sida/homosexualidad, Sida/trabajo sexual – han pasado al lenguaje corriente, de forma mucho más frecuente que la asociación entre VIH-Sida y prácticas sexuales no protegidas (Valencia Abundiz, 2007:62-63). En su tesis de maestría en psicología social acerca de las representaciones sociales del Sida en un grupo de 30 jóvenes en edad escolar, Díaz Cervantes (2001) encontró un bagaje de 69 palabras distintas empleadas como mecanismos de asociación significativa al padecimiento, de las cuales “sexo”, “enfermedad”, “muerte” e “incurable” figuraban entre las más frecuentemente enunciadas (p. 71).

De esta manera, las representaciones sociales del VIH-Sida como padecimiento crónico, que involucra de manera central la interacción entre los sujetos enfermos y el personal médico, así como la adquisición del sujeto transformado en paciente de una serie de nuevas prácticas y representaciones en relación con la mantención de su salud por medio de su sujeción permanente a un régimen de medicamentos, son un terreno que aún no ha sido suficientemente estudiado.

El transcurso de sus trayectorias de padecimiento a lo largo de cambiantes carreras laborales migrantes, y por ende, la formulación de representaciones que signifiquen y asocien el padecimiento por VIH-Sida con su participación en la migración, constituye asimismo un terreno poco explorado en el cual es posible hallar hechos de gran relevancia para el estudio de este padecimiento como un fenómeno sociocultural y para el posible replanteamiento de la vulnerabilidad de hombres y mujeres en contextos de migración, como un grupo vulnerable en sí mismo, ya que la prevención y atención de los riesgos a la salud en población

migrante se reduce a muy pocos programas, como el denominado “Vete sano, regresa sano” de la Secretaría de Salud,⁴⁵ sin que participen de esa postura suficientemente las instituciones salubristas en el marco de acciones de prevención llevadas a cabo por los diversos niveles de atención, lo cual adquiere especial importancia en lugares de gran tránsito, inmigración y emigración de personas como ocurre en la región norte de Veracruz y entre ésta y los centros urbanos y maquiladores en el norte del país, además de las zonas por donde esas personas realizan el cruce hacia los Estados Unidos.⁴⁶

2.2.1 Los conceptos de estigma y estigmatización, y su relevancia en el estudio de las representaciones sociales sobre el VIH-Sida

Es precisamente a través de su carácter de *formadoras y estructurantes* de la vida social a través de normas, actitudes y valores representativos y prácticos, que las representaciones sociales se pueden convertir en agencias codificadoras de posturas ideológicas y morales funcionales a los intereses individuales y colectivos de un grupo con respecto a otro, en referencia a determinadas aspiraciones sociales; Jodelet ya había hablado de estas aspiraciones, pero fue otro influyente autor contemporáneo suyo, el sociólogo estadounidense Erving Goffman, quien realizó una aproximación más específica al proceso de construir imágenes que fungieran como referencia no sólo a la deseabilidad de ciertos aspectos físicos, morales o comportamentales dentro de la experiencia social, sino a la indeseabilidad de ciertos otros, con el fin de crear condiciones de pertenencia/no pertenencia o de “normalidad”/“anormalidad” que confirieran a los individuos la identificación por parte de otros y de ellos mismos dentro de un grupo social; Goffman empleó de esta manera el concepto de “estigma” para denominar

⁴⁵ En los lineamientos de prevención y vigilancia epidemiológica de dicho programa, el VIH-Sida está enunciado como la primera causa de morbilidad en migrantes de origen hispanoamericano en los Estados Unidos, y especialmente entre aquellos que residen en ese país de manera indocumentada, además de que el sida es la cuarta causa de mortalidad para ese mismo sector de la población.

⁴⁶ En un capítulo anterior se mostró un mapa elaborado por el propio programa “Vete sano, regresa sano” con respecto a las principales rutas de desplazamiento de los migrantes provenientes del estado de Veracruz, y de las zonas de cruce más utilizadas por ellos para pasar a territorio estadounidense.

aquellos sujetos, actitudes, ideas o prácticas que quedan fuera de las expectativas normativas, de lo socialmente esperado, aceptable o no sancionable. Goffman define el estigma en términos de *atributos* que señalizan que un sujeto es incongruente con el estereotipo social vigente y al mismo tiempo, confirman la normalidad o la pertenencia de otros sujetos a dicho estereotipo (Goffman, 1970:13).

Debido a que, en las propias palabras de Goffman, es la sociedad la que establece los medios para clasificar a las personas de acuerdo con el conjunto de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada categoría social, es por medio de la interacción social que se construyen las expectativas con respecto al comportamiento de los sujetos y se asignan identidades a éstos. Si bien este autor no tocó explícitamente la categoría de “representación social”, el proceso que define para con la operatividad social de los estigmas puede seguir pautas similares a la codificación significativa de las representaciones sociales y la colectivización de las mismas: las sociedades constituyen un “fondo común” de imágenes, términos y definiciones para explicar sujetos, acciones y fenómenos en función de un bagaje común de códigos morales e ideológicos, y esto ciertamente concuerda con lo afirmado por Goffman en cuanto a que

“Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona, racionalizando a veces una animosidad que se basa en otras diferencias, como, por ejemplo, la de clase social. En nuestro discurso cotidiano utilizamos como fuente de metáforas e imágenes términos específicamente referidos al estigma, tales como inválido, bastardo o tarado, sin acordarnos, por lo general, de su significado real.” (Goffman, 1970:15)

En esta afirmación es posible atisbar a un aspecto de suma relevancia: la presencia de un estigma induce a la concatenación del mismo con otros rasgos desacreditables presentes en los sujetos; por ejemplo, la condición económica, la orientación sexual y en ocasiones también la pertenencia racial o étnica empeoran las condiciones sociales que se presentan adversas a las personas viviendo con VIH-Sida, lo cual tiene una severa repercusión en la forma en que sociedades

fuertemente regidas por preceptos morales y éticos católicos como es el caso de la mexicana, representan a este padecimiento.

Goffman distinguió entre dos rasgos distintos en el proceso de estigmatización: el primero corresponde a un individuo cuya calidad de diferente resulta evidente o es previamente conocida por otros, a la cual llama *situación del desacreditado* y una segunda, que consiste en una condición que por el contrario, no resulta evidente o no se conoce de antemano, o *situación del desacreditable* (ídem, p. 14). Esta diferenciación redundante en la manera como ciertos sujetos que ostentan rasgos físicos o conductuales que les alejan negativamente de la norma social implantada, enfrentan el proceso de estigmatización: los desacreditados enfrentan desde el principio una estigmatización *real*, es decir, la designación de su condición de diferente y de extraño por parte de otros, quienes dando cuenta de ese rasgo específico tenderán a anular otros que le harían apto para el intercambio social corriente y le profesarán un trato distinto. Por otro lado, los desacreditables son aquellos sujetos que observan en ellos mismos determinada cualidad que les valdría enfrentar el descrédito social antes de que éste ocurra, ocultándolo o negándolo convenientemente para mostrarse como “normales” ante otros. En su vasto estudio sobre la estigmatización a sujetos portadores del virus del VIH, Lara y Mateos ha denominado a esta forma de estigmatización como “estigmatización imaginada”, la cual resume de la siguiente forma:

[...] Un tipo de estigma, o un aspecto del mismo [que] se refiere al miedo, al temor a la estigmatización, o lo que aquí se ha llamado estigmatización imaginada. Los sujetos [...] no tienen que vivir experiencias directas de estigmatización por su condición de enfermos o por su sexualidad no convencional, para padecer y sufrir los efectos del estigma a lo largo de su vida o durante la trayectoria de la enfermedad: la representación social de la estigmatización en sus vidas, el pensar continuamente que pueden ser estigmatizados, es más que suficiente para dañarlos.” (2006:79)

Es de suma importancia, sin obviarlo nunca, el hecho de que el padecimiento por VIH-Sida constituye un atributo profundamente desacreditador pero que además, la atribución del papel de “desacreditados” y también la de “desacreditables” para sus portadores son producidos por medio de la

estructuración de relaciones sociales en las cuales se ha depreciado moral e ideológicamente a los sujetos que lo padecen, al plantearse frecuentemente hasta diluirlo en la “normalidad” discursiva, el padecimiento por VIH-Sida en referencia a un conjunto de características que han servido para representar históricamente a este padecimiento, especialmente las conductas sexuales no convencionales y dentro de éstas, el trabajo sexual y principalmente la homosexualidad o el homoerotismo en cualquiera de sus formas.

El descrédito histórico otorgado a las prácticas homosexuales u homoeróticas se ha enlazado con el origen conocido de esta enfermedad para formar un tristemente célebre binomio “Sida/homosexuales” en el terreno de las representaciones sociales, el cual ha contribuido hondamente a perpetuar tanto la transmisión del VIH como su estigmatización generalizada, tan dañina como frecuente, y que ha servido como punto de partida a la edificación de un discurso cotidiano que actualmente incluye, además de la discriminación hacia la diversidad sexual, otras posturas estigmatizantes bien conocidas: la culpabilización de los hombres por la transmisión a las mujeres, la culpabilización de los padres por la transmisión a los hijos, la asociación de la enfermedad con la dilución moral y religiosa (incluyendo desde luego, el tan mentado argumento de que el Sida es un “castigo divino” a toda actividad sexual distinta al matrimonio heterosexual sancionado por la iglesia católica y la procreación), etc. Si bien la acción de las asociaciones locales, nacionales e internacionales a favor de los derechos humanos como ONUSIDA, Censida y numerosas organizaciones no gubernamentales y asociaciones civiles, ha contribuido a disminuir la discriminación y la exclusión de las personas viviendo con VIH, las representaciones sociales que asignan significados negativos a este padecimiento se han reproducido social y culturalmente de forma tanto o más eficiente que estos esfuerzos, de modo que siguen siendo puntos de referencia que marcan de forma dramática las vidas de quienes se ven directa o indirectamente afectados por él, tanto en el aspecto económico, social y cultural como en el afectivo y personal.

En el mismo sentido que Goffman, Aggleton y Parker han aportado que el estigma relacionado con el VIH-Sida se construye sobre concepciones negativas anteriores y las refuerza:

“A menudo se cree que las personas con el VIH-Sida merecen su destino porque han hecho algo malo. Con frecuencia estas ‘malas acciones’ se vinculan con relaciones sexuales o con actividades ilícitas o reprobadas por la sociedad, como el consumo de drogas intravenosas. Los hombres infectados pueden ser percibidos como homosexuales, bisexuales o clientes de prostitutas. Las mujeres con VIH-Sida son percibidas como ‘promiscuas’ o profesionales del sexo. A menudo, la familia y la comunidad perpetúan el estigma y la discriminación, en parte por miedo, en parte por ignorancia y en parte porque resulta cómodo culpar a quienes se han visto afectados primero.” (Aggleton y Parker, 2002:8-9)

2.2.2 Representaciones del VIH-Sida: las construcciones metafóricas

Los aportes de Goffman al estudio de los significados sociales de los procesos de padecimiento han sido de gran importancia para la realización de investigaciones posteriores en este rubro, incluyendo desde luego el VIH-Sida, siendo éste un padecimiento con una enorme carga simbólica y representacional que lo ha vinculado a lo largo de más de 30 años de historia de la epidemia, a múltiples ámbitos de la vida social conforme a las cuales se han ido forjando verdaderas galerías de imágenes, terminologías y posturas ideológicas.

Desde los comienzos del diagnóstico biomédico, al saberse que se trataba de una enfermedad transmitida si bien no exclusiva, sí frecuentemente por vía sexual, y que además era común la transmisión entre hombres homosexuales, emprendió vuelo una suerte de “terror colectivo” hacia el nuevo e irremediable mal que creció a la par de su asociación con esta y con otras minorías también, previamente estigmatizadas: los negros, por haberse situado el surgimiento del virus en algún lugar de África⁴⁷ y posteriormente, por la espectacular tasa de

⁴⁷ Los afamados escritores nigerianos Chinua Achebe y Chimamanda Adichie han denunciado públicamente la postura occidental homogeneizadora hacia los pueblos africanos, frecuentemente descriptos en la literatura, la prensa y la opinión pública anglosajona como “lugares devastados por el hambre, las guerras y el Sida”; en el capítulo anterior también ha sido anotado al pie el argumento de ciertos periodistas anglosajones que

morbilidad y mortalidad ante el brote epidémico experimentado por el pueblo haitiano (caso del cual han dado buena cuenta antropólogos como Paul Farmer y Sidney Mintz); los usuarios de drogas inyectadas, y las trabajadoras del sexo comercial. Al tipificarse a estos sectores sociales desacreditados como los potenciales agentes infectantes, las representaciones sociales acerca del VIH tomaron un rumbo invariablemente conducente hacia la discriminación y la exclusión, así como también a la expiación de los “nosotros” y la culpabilización de los “otros”, y la acusación desde muy diversas trincheras, incluyendo las instituciones religiosas, políticas, educativas y médicas (Farmer, 1992); así como a los medios de comunicación, a la sociedad civil (entendida ésta en el sentido gramsciano que le distingue, por su carácter privado, de la sociedad política y sobre todo, de las instituciones políticas, es decir, el Estado) y a la población en general.

La célebre periodista estadounidense Susan Sontag fue una de las primeras autoras en publicar expresamente escritos acerca de esta enfermedad en un contexto muy próximo al de las representaciones sociales, al enumerar las metáforas del Sida como continuación a su multicitado texto *La enfermedad como metáfora*. Sontag señaló que el Sida era abordado en el ámbito médico y análogamente en niveles sociales mayores, como una metáfora bélica en la cual se nombraba y se combatía como enemigo no sólo al virus que invadía y contaminaba al cuerpo, sino a los agentes infecciosos que lo causaban, y a ambos, al virus y a sus portadores, se los situaba como “provenientes del exterior”, como habitantes transgresores de las inmediaciones de la norma social aceptable que amenazaban la tranquilidad de un cuerpo sano y de una sociedad sana. La idea de “amenaza” y especialmente la de “riesgo”, omnipresentes en la trayectoria histórica del VIH-Sida, fueron plasmadas por Sontag en referencia también a la asignación de una nueva identidad a un tiempo antagónica y miserable a los hombres y mujeres infectados:

situaba a las trabajadoras sexuales kenianas como causantes del riesgo y/o la transmisión del VIH a soldados británicos destacados en la ciudad de Nairobi, por citar un par de ejemplos.

“[...] en la mayor parte de los casos hasta la fecha, tener Sida es precisamente ponerse en evidencia como miembro de algún ‘grupo de riesgo’, de una comunidad de parias. La enfermedad hace brotar una identidad que podría haber permanecido oculta para los vecinos, los compañeros de trabajo, la familia, los amigos. También confirma una identidad determinada y, dentro del grupo de riesgo estadounidense más seriamente tocado al principio, el de los varones homosexuales, ha servido para crear un espíritu comunitario y ha sido una vivencia que aisló a los enfermos y los expuso al vejamen y a la persecución.” (2008 [1977]:129)

Tal como otros autores lo hicieron posteriormente, Sontag atribuyó al Sida la doble responsabilidad de asignar a los grupos considerados como “de riesgo” el papel dual de estar en riesgo ante la enfermedad y de significar un riesgo para quienes no pertenecen a la identidad en cuestión; y por otro lado, de confirmar la separación identitaria entre quienes se consideran “en riesgo” o “riesgosos” y los demás, confiriendo a dicho grupo múltiples oportunidades de ser señalados y estigmatizados.

Empero, el aspecto más interesante de las metáforas listadas por Sontag quizá sea que refiere al VIH-Sida como un mal “venido de otra parte”, que sitúa la enfermedad en un contexto sociocultural en el que se expulsa, se excluye o se impide entrar al otro, en el que se “extranjeriza” a quien ha enfermado o a quien si quiera se sospecha que se ha infectado:

“La epidemia de Sida sirve como una proyección ideal para la paranoia política del primer mundo. El llamado virus del Sida no sólo es la quintaesencia del invasor del tercer mundo, sino que equivale a cualquier amenaza mitológica. [...] Las denuncias de la “peste gay” forman parte de un lamento mucho más amplio, muy común entre los conservadores occidentales.” (ídem. p. 171)

No es banal esta declaración al recordar que a mediados de la década de 1990, en un ambiente de creciente animadversión hacia la inmigración indocumentada proveniente mayormente de México y Centroamérica, el gobierno de los Estados Unidos haya emitido la iniciativa de incluir el estar infectado con el VIH como uno de los criterios de prohibición de ingreso a ese país, ni los innumerables despidos por parte de empresas en México y en otros países latinoamericanos a personal de raza negra o de orientación homosexual, supuesta o real, por citar un par de ejemplos, debido a su inmediata asociación con la

portación y el riesgo de infección del VIH y el Sida. Tal como Goffman lo advirtiera desde una década antes que la epidemia mundial hiciera su aparición, el “defecto” que originó la estigmatización sirvió de pretexto para atribuir al padecimiento y mucho más a sus portadores, un elevado número de otras imperfecciones, que pudieran dar pie a delimitar a los “grupos de riesgo”, a las “prácticas riesgosas” y otras referencias utilizadas con posterioridad, ya en el contexto de la epidemia mundial de Sida: los homosexuales, siempre tildados de “extraños”, “depravados” y “promiscuos”; la población afroamericana y afrodescendiente, frecuentemente asociada con actividades oscuras como la brujería y el vudú y los usuarios de drogas, habitantes permanentes de las márgenes indeseables de la sociedad recta y sobria ahora eran vistos como potenciales portadores de un virus que estaba causando terror y muerte en ambos lados de la frontera, o peor aún como “criminales” o “asesinos” deseosos de vengar el infortunio condenatorio de haber caído víctimas de la infección como consecuencia de sus propios actos, infectando a la población “inocente”.

Con ello, no sólo las sociedades colocaron la responsabilidad por el VIH-Sida en personas provenientes de otros lugares, sino también se exacerbaron las actitudes discriminatorias hacia grupos previamente estigmatizados al asociarlos con el padecimiento; en el caso de los hombres homo y bisexuales al menos, las representaciones sobre el VIH-Sida han significado un estigma permanente, que ha determinado en gran medida no sólo la forma en que se concibe al padecimiento, sino la forma en que se concibe a las comunidades gay y aun más importante, la forma en que los miembros de dichas comunidades se relacionan entre sí y con el padecimiento, llegando incluso a reproducir al interior de sus grupos esquemas estigmáticos de relación y representación empleados genéricamente contra ellos por los grupos e instituciones sociales rectores.⁴⁸

⁴⁸ Lara y Mateos (2006) ha documentado la manera en que comunidades homosexuales reproducen en su interior la estigmatización estereotípica hacia las personas viviendo con VIH por parte de los grupos sociales rectores, al excluir de sus círculos de amigos y parejas sexuales a personas que se sospecha o se sabe que están infectados.

2.3 El riesgo y su conceptualización en el contexto del VIH-Sida

Hernández-Rosete *et al* (2005) han enfatizado sobre el hecho de que la estigmatización histórica hacia el VIH-Sida y hacia los grupos considerados como “riesgosos” con relación al padecimiento, en relación con la dinámica global de la epidemia desde sus inicios y en la actualidad, pueden favorecer a la idea de que los migrantes son un grupo de riesgo emergente y por tanto, de que los migrantes representan una amenaza como transmisores del virus, tal como ha sucedido con los hombres homo y bisexuales (u “hombres que tienen sexo con otros hombres”) y con las trabajadoras sexuales; es válido agregar, que en esta potencial (o real) forma de representación del riesgo y de los grupos de riesgo ante el VIH-Sida se insertan y conjugan frecuentemente varias identidades estigmatizables ante el padecimiento, y en un contexto de gran movilidad y de constantes desplazamientos por cuestiones laborales, diversos grupos de hombres que tienen sexo con hombres así como trabajadoras y trabajadores del sexo comercial se convierten en migrantes; hombres trabajadores migrantes que se asumen como heterosexuales pueden, como frecuentemente ocurre, tener experiencias homoeróticas que les ponen en contacto con el virus. Estos y otros escenarios de la infección y de sus representaciones, estigmatizadoras en muchas ocasiones, en medio de trayectorias de migración y movilidad han de ser analizados en relación con dos componentes conceptuales fundamentales: el riesgo y la vulnerabilidad.

El concepto de riesgo frente a este fenómeno epidémico ha sido empleado tradicionalmente para tipificar a los sujetos y conjuntos sociales considerados como “agentes transmisores” del virus debido a que llevan a cabo conductas sexuales desaprobadas por el grupo social rector/mayoritario, de tal modo se sugería que existían personas y grupos que representaban por sí mismos el riesgo de infección; la asociación entre la enfermedad y esos grupos de “chivos expiatorios” dio paso al uso común en la literatura periodística y aun en la médica, de “grupos de riesgo”: se trataba de restringir causalmente el VIH y el Sida a conjuntos ya marginados moral y socialmente por su vocación, preferencia u

orientación sexual “desviada”⁴⁹ (primero los hombres homosexuales y más tarde, las trabajadoras del sexo comercial). No fue sino hasta que el virus de la inmunodeficiencia humana pudo ser aislado por la ciencia médica como el agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida, que el señalamiento de los “grupos de riesgo” dio paso a la categoría epidemiológica de “prácticas de riesgo”, sin que el discurso clínico cambiara sustancialmente la postura mayormente aceptada de que dichas prácticas correspondían a los grupos de riesgo identificados en un principio (Hernández-Rosete, Sánchez, Pelcastre y Juárez, 2005).

El término en todo caso, se ha empleado siempre o casi siempre en asociación con la infección y la transmisión o contagio del virus, y el factor de riesgo se evalúa en función de las prácticas consideradas como “riesgosas” – interacción sexual desprotegida, compartición de agujas, transfusión de sangre no sometida a control sanitario –.⁵⁰

Sin restar importancia a la fuerte carga estigmatizante que prevalecía y prevalece aún en estas elaboraciones conceptuales y en el sentido de su utilización, hay que destacar otro elemento igualmente significativo, el cual

⁴⁹ Se recurre aquí a la acepción sociológica de la desviación como un apartamiento de las normas y valores aceptados por la mayoría del grupo social general, pero además, conocida y sancionada moralmente, de modo que trasciende a diversos grados de discriminación “informal”, como la discriminación, o “formal” como penas judiciales o administrativas; tal el caso genérico de los drogadictos, los alcohólicos, las prostitutas y los presos en las sociedades occidentales de fines del siglo XX (Gil Villa, 2000).

⁵⁰ Y dentro de éstas, especialmente de la transmisión sexual, ciertas conductas que por mucho tiempo fueron consideradas como “especial o altamente riesgosas” en el ámbito clínico y en la opinión generalizada, en buena parte emanada del pensamiento médico predominante en las décadas de 1980 y 1990, tales como el sexo anal receptivo y la promiscuidad sexual; a este respecto, Michael Clatts ha puntualizado:

“En los comienzos de la pandemia, se creyó que la propagación de la enfermedad estaba confinada a los hombres homosexuales, y de hecho era representada como algo peculiar de algún modo al llamado ‘sexo gay’, como si los heterosexuales nunca tuvieran menos de un compañero sexual y nunca sostuvieran coitos anales.” (Clatts, en Brummelhuis, 1995:241).

Aun en años más recientes, algunos autores como Manuel Ponce de León han contribuido al sostenimiento de esta lamentable postura, al “clasificar” el riesgo de transmisión de mayor, en el caso de penetración anal entre varones, a menor en el caso de relaciones por vía vaginal si es el varón el que está infectado, “[...] y finalmente, a la [forma] menos eficiente, cuando es la mujer la infectada.” (Ponce de León, 2003:80) A pesar de la probable validez científica de este argumento en la virología e infectología del VIH, no cabe duda de que ha contribuido históricamente a acentuar la estigmatización de los grupos de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) a la vez que es una pobre aportación a la prevención de la transmisión heterosexual, que sigue aumentando en contextos como el latinoamericano y específicamente el medio rural mexicano; como se ha apuntado en un capítulo anterior, todas las vías y modalidades de transmisión de hecho, deben atenderse de forma prioritaria, sin menoscabo de grupos o preferencias.

permaneció prácticamente intacto al pasar de la consideración de “grupos de riesgo” a la clasificación de las “prácticas” y más tarde las “conductas” de riesgo: la consideración del riesgo como una dimensión individual, en la que se incurre esencialmente al llevar a cabo prácticas que son una función de decisiones voluntarias y personales. La epidemiología no es en modo alguno ajena a esta consecuencia, debido a que la implementación del concepto de riesgo en el ámbito epidemiológico se realizó en primera instancia desde la estadística matemática, como una variable probabilística,⁵¹ en la cual el individuo realiza prácticas de riesgo por su libertad de elección – y por lo tanto, se termina convirtiendo en un agente del riesgo, en un miembro de algún “grupo de riesgo” (idem).

No pocos autores han debatido las debilidades o insuficiencias de esta postura reduccionista en lo tocante al riesgo, que desarticulan al individuo del entorno de relaciones sociales en el que habita y dejan en la oscuridad las estructuras históricas y sociales que determinan las condiciones materiales e inmateriales de su existencia; Mary Douglas, de amplia trayectoria y producción referente a la teorización sociológica del riesgo, ha cuestionado la forma en que las condiciones sociales o económicas afectan, haciéndolo aceptable o no, el gasto que un sujeto de la clase trabajadora está dispuesto a hacer en ciertos bienes o servicios tales como la educación, el cual representaría un riesgo en función de los beneficios potencialmente obtenibles en el largo plazo y la magnitud de las pérdidas probables en el plazo inmediato o cercano (Douglas, 1996); de esta manera, el concepto de riesgo adquirió relevancia en el ámbito de las ciencias sociales y comenzó a insinuarse la posibilidad de involucrar en la

⁵¹ El concepto de riesgo en las ciencias sociales, al menos en un principio, retomó también aspectos cuantitativos y probabilísticos procedentes de la teoría económica, entendido como “una justificación de la ganancia empresarial por medio de la función de la absorción del margen de incertidumbre” (Knight, 1921 citado en Luhmann, 2006:45); los elementos decisión, certeza-incertidumbre y probabilidad pasaron de la matemática del juego a la economía de la empresa (Douglas, 1996:74), conservando siempre el parámetro de un comportamiento racional llevado a cabo en un contexto de libre elección (en otras palabras, la decisión de “apostar”, de “arriesgar”, es puramente individual, y ello haría pensar que los sujetos tienen la opción de no arriesgarse, cuando la decisión de tomar ciertos riesgos frecuentemente es determinada e impulsada por condiciones sociales, culturales y económicas que yacen fuera del control de los sujetos).

cuestión, factores que bien podían quedar fuera del ámbito de las decisiones individuales de los sujetos.

Anteriormente, la propia Mary Douglas había contribuido a edificar la propuesta de que “el riesgo, así como la percepción pública y los niveles aceptables del mismo, son construcciones colectivas” (Douglas y Wildavsky, 1982:186), partiendo del hecho de que el riesgo (o los riesgos) son creados, vividos y enfrentados por diversos tipos de organizaciones sociales – que pueden ir desde los grupos familiares, conjuntos vecinales o el grueso de las sociedades, las instituciones mismas pueden ser vistas como formas de organización social que se articulan para lidiar con situaciones de riesgo, tal como ocurre en ciertos contextos como las emergencias por desastres; en este rubro, por ejemplo, el estudio de los procesos de construcción de riesgos enfatiza frecuentemente el carácter colectivo de los mismos (Lavell, 1994; Calderón, 2000).

Pero, si los riesgos son constructos colectivos, ¿por qué se ha individualizado históricamente la concepción y el tratamiento de los riesgos en el ámbito de la salud, especialmente desde el punto de vista de la medicina alopática? Una primera explicación podría hallarse en la “naturaleza” teórica de la ciencia médica (y también por supuesto, de la epidemiología), en el enfoque con el cual sus practicantes proceden a aplicar los conocimientos propios de su disciplina en pos de un interés que comparten con los pacientes: la búsqueda pragmática del alivio o la cura al cuadro que aqueja a estos últimos; en estos términos, la consideración tanto de la enfermedad como del enfermo por parte del médico (así como también, y en consecuencia, del curador y del acto de curar por parte del paciente), tienden fácilmente a ocupar un plano de acciones individuales, que incluyen los dos aspectos más importantes del procedimiento médico, a saber: la consulta y la medicación. Los médicos suelen ser formados en la observación de la enfermedad alojada en el cuerpo, en los procesos biológicos que la han provocado y en la intervención terapéutica – ya sea física, psicológica o farmacológica – que representará su sanación, tal como lo plantea Ronald Frankenberg:

“[...] El clínico busca, con una habilidad naturalmente adquirida, una similitud de causa biológica, incluso psicológica, dentro de la diversidad de respuestas individuales, histórica y culturalmente moldeadas, frente a las amenazas del bienestar físico corporal.” (Frankenberg, 2003:15)

Esta reducción de los procesos enfermantes a planos individuales es característica del pensamiento biomédico en general, aunque no es infrecuente encontrarse con visos de la misma reproducidos en algunas posturas antropológicas de autores interesados en los procesos de atención de los padecimientos, como por ejemplo en las propuestas teóricas de Arthur Kleinman, uno de los más importantes ponentes de la subjetividad en la experiencia del padecimiento, quien además propuso uno de los primeros modelos conceptuales de atención de los padecimientos; Kleinman, un antropólogo interpretativo, rescataba el papel del sujeto/paciente como agente, a menudo marginando o incluso excluyendo de la realidad del sujeto las dimensiones macro y micro sociales que constituyen los ámbitos en que se desarrollan los procesos vitales de éste (Menéndez, 2009), incluyendo desde luego las trayectorias de padecimiento y de búsqueda de atención.

No obstante, la principal causa de la insistente individuación del riesgo en el abordaje de los procesos de s/e/a hay que buscarla en el surgimiento del concepto estilo de vida como una categoría importante en el estudio y tratamiento de los procesos patológicos, especialmente en referencia a enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes mellitus, y anteriormente también (y sobre todo) en el seguimiento médico realizado a las consecuencias de prácticas potencialmente nocivas para su salud en el mediano y largo plazo, como es el consumo de sustancias como el tabaco, el alcohol y otras drogas, que derivó en la consideración de los riesgos como una función directa o indirecta de las acciones que los propios sujetos llevaban cabo y que estaban fuertemente asociadas con el desarrollo de enfermedades como las antes mencionadas.

Margaret Lock observó la forma en que instituciones médicas estadounidenses retomaban la fórmula probabilística-economicista del riesgo-beneficio para evaluar la conveniencia de incluir a mujeres de mediana edad con

riesgo de cáncer de mama en terapias de reemplazo hormonal altamente agresivas con miras a disminuir los efectos fisiológicos de la menopausia, considerando entre otras cosas si dichas mujeres consumían alcohol o tabaco y sobre todo, si habían utilizado píldoras anticonceptivas en su juventud, como criterios para recomendar o no el tratamiento mencionado (Lock, en Lindembaum y Lock, 1993).

Castro y Llanes (2006), por otra parte, dan cuenta de la aproximación histórica que diversas instituciones salubristas y organismos oficiales y particulares especializados en la atención a las adicciones en México, han abordado el consumo experimental de sustancias tóxicas en jóvenes, enfocándose en un conjunto de elementos tales como los patrones de consumo y los posibles vínculos entre esta y otras conductas consideradas como riesgosas, tales como la actividad sexual desprotegida o los actos “antisociales” asociados estereotípicamente al uso de drogas; estos autores centran su preocupación en que la percepción y tratamiento del riesgo como una conducta individual, atendiendo sólo o preponderantemente a las consecuencias para la salud de los sujetos practicantes, impide realizar una valoración suficientemente amplia de la problemática social en la cual se inserta el uso de drogas entre jóvenes adolescentes e incluso pre adolescentes (Castro y Llanes, 2006).

Los anteriores ejemplos, no obstante estar más o menos distantes temáticamente del problema que nos ocupa, sirven para ilustrar que la tendencia a individualizar el riesgo, a reducirlo a la categoría de comportamiento o conducta muchas veces sin el menor empeño en tener en cuenta la manera en que el riesgo se conecta con la cultura o inclusive se inserta en ésta como un elemento intrínseco, y a soslayar las características inminentemente sociales de su construcción por medio de representaciones, prácticas y relaciones por parte de los sujetos y grupos, es tan frecuente como para ser considerada como la tendencia predominante en la inclusión del concepto en los estudios médicos y aun en muchas investigaciones sociales y antropológicas sobre temas de salud/enfermedad; es necesario el recurso a una perspectiva relacional en la cual

el análisis no aísle la construcción de los riesgos ante fenómenos epidémicos, de las condiciones sociales, económicas y culturales que se constituyen como el habitáculo habitual de las prácticas de riesgo, mediante las cuales los sujetos no sólo construyen situaciones o escenarios de riesgo, sino que también y sobre todo, edifican redes y vínculos con su entorno o entornos sociales, que les son indispensables para la consecución de su reproducción social y también de su existencia material y económica. Dicho de otro modo, es en la socialización del VIH-Sida por medio de la interacción entre sujetos y grupos como se configura el riesgo y la vulnerabilidad ante este que además y por lo tanto, es y debe ser abordado como un problema de salud pública.

También, y esto es de gran importancia, el riesgo ante la transmisión de enfermedades como el VIH y los riesgos asociados a éste en las trayectorias de los sujetos, como los peligros de la migración, la precariedad económica y laboral, la clandestinidad social y afectiva, han de ser considerados como aspectos que aparecen en sus vidas muchas veces – incluso, me atrevería a afirmar, las más de las veces – no como subproductos de decisiones tomadas de forma individual ni meramente correspondientes a ciertos “estilos de vida”, sino condicionadas por factores diversos sobre los que no han tenido la posibilidad de efectuar elección alguna, y sobre los cuales no tienen ningún control; después de todo, la libre elección del estilo de vida (así como también de las prácticas y conductas que representan riesgos o bien, que previenen a los sujetos de éstos y les brindan las condiciones para reducirlos) son elementos que sólo están disponibles para las clases sociales de altos ingresos (Menéndez, 1998 en Lara y Mateos, 2006:384) o para plantearlo de forma más precisa, sólo están al alcance de ciertas clases sociales que tienen a su alcance capitales no sólo económicos, sino también políticos y culturales que les permiten conducirse entre un rango mayor de posibilidades entre las cuales realizar determinadas elecciones.

El riesgo ante el VIH, tal como la orientación o preferencias sexuales, la carencia o escasez de conocimientos con respecto a los modos de prevención o de las prácticas que representan riesgos serios de transmisión, el acceso

suficiente a la educación y el trabajo, el apego a un tratamiento médico que posibilite una mayor sobrevida una vez adquirido el virus y/o el síndrome, son elementos estructurales que se interconectan y reproducen en el quehacer cotidiano de los sujetos de esta investigación y que determinan el rumbo de sus trayectorias presentes y futuras como personas viviendo con VIH, como migrantes laborales o estudiantiles y como pacientes-usuarios de servicios de salud en la búsqueda de disminuir, sin poder nunca eliminar, los efectos bio-fisiológicos, emocionales, socioculturales y económicos de un padecimiento que en modo alguno han elegido incorporar a sus vidas.

2.4 La vulnerabilidad ante el VIH-Sida

El riesgo – o riesgos – ante la transmisión del VIH para hombres y mujeres en situación migratoria conlleva una consideración de los diversos contextos de vulnerabilidad de los sujetos y grupos sociales estudiados; algunos autores han definido la vulnerabilidad como una función de los factores inherentes a la existencia material e inmaterial de las personas, que posibilita o anula su capacidad de dar respuesta a determinadas situaciones de riesgo, y que al igual que lo afirmado en el párrafo anterior, se significa en las opciones que los sujetos y los grupos tienen para efectuar dicha respuesta. La vulnerabilidad también ha sido medida en relación con el acceso a los recursos, y en el rubro de éstos tienen cabida tanto los materiales como los inmateriales (acceso al trabajo, a la educación, a la información, a la salud, a los servicios públicos, a la vivienda segura y de calidad, a un trato digno por parte de las instituciones gubernamentales, etcétera).⁵²

La vulnerabilidad en el contexto de la migración y el riesgo ante la transmisión del VIH, de acuerdo con Hernández-Rosete *et al*, implica la

⁵² Georgina Calderón (2000) retomó varias definiciones preexistentes de vulnerabilidad en contextos de riesgo y desastre para ofrecer que el sistema social crea las condiciones materiales e inmateriales bajo las cuales las poblaciones se vuelven más o menos vulnerables, siendo las variaciones en la vulnerabilidad de unos y otros grupos una función de su acceso a los diversos recursos, y por lo tanto, también de la diferenciación en el nivel del impacto de una situación desastrosa sobre los diversos grupos de la población (Calderón, 2000:113).

consideración del género además de otras estructuras de dominación como la clase socioeconómica o la posibilidad de acceder al capital cultural y político:

“[La] vulnerabilidad se puede analizar por medio de la estructura jerárquica y la asimetría social derivada de las relaciones de poder que existen en todo orden social basado en el sistema sexo-género. Esto nos permite sugerir que la vulnerabilidad es un fenómeno que se produce históricamente y se puede conceptualizar como el conjunto de factores económicos, políticos y socioculturales que, ligados a la identidad e historia de vida de las personas (sexo, edad, escolaridad, condición étnica, situación migratoria y nivel socioeconómico), colocan a los individuos en situaciones que pueden limitar su capacidad para prevenir y responder ante una infección por VIH/ITS. Por eso, sostenemos que la vulnerabilidad se adquiere y depende de las condiciones estructurales en que se desenvuelven las poblaciones móviles.” (2005:22-23)

Y continúa:

“[...] De lo anterior, se sigue que la vulnerabilidad se adquiere en el proceso de interacción entre el migrante y las sociedades por las que transita. [...] Así, la vulnerabilidad se modifica según las condiciones históricas y sociales de los lugares de origen, de paso y de destino; pero, además, es distinta según la edad, la etnia, el sexo, la escolaridad y las normas sociales que rigen la identidad sexual, e incluso los motivos que el propio migrante tiene para desplazarse.” (Ídem.)

Mario Bronfman realizó una importante contribución conceptual en el estudio del riesgo ante el VIH, pues ha definido la vulnerabilidad al contagio como una función del riesgo a la infección por VIH que está más relacionado con estructuras sociales de dominación como la inequidad de género y la pobreza, que con conductas individuales. (Bronfman *et al* 1995:15)

Todas las perspectivas mencionadas acerca de la definición de la vulnerabilidad son útiles para entender los diversos factores que acompañan las trayectorias de vida de los hombres y mujeres entrevistados y las distintas maneras en que su vulnerabilidad social, económica y cultural posibilita su incursión en prácticas que representan riesgos a su salud, incluyendo en ésta además de la propia infección por VIH, diversas formas de agresión a su integridad física y emocional efectuadas por otros (o en ocasiones, por ellos mismos), transformaciones dramáticas de sus estatus y roles laborales, familiares y comunitarios así como la incorporación a sus vidas diarias de la perspectiva real

o imaginada, experimentada directa o indirectamente, de la estigmatización hacia su “nueva identidad” como pacientes seropositivos, y la ruptura de lazos amicales, familiares y afectivos; todo ello a lo largo de trayectorias migrantes que han facturado en ellos la adquisición del padecimiento pero que además, muchas veces supusieron una acentuación de sus condiciones de vulnerabilidad social y económica al implicar para los migrantes un alejamiento de sus núcleos familiares y domésticos, en ocasiones enfrentando ambientes socioculturales violentos u hostiles, trayectos peligrosos (incluyendo cruces ilegales hacia los Estados Unidos) y un limitado o difícil acceso a los servicios médicos entre otros problemas, por lo que hay que plantear al proceso migratorio mismo como una situación de riesgo.

En muchos casos, la interrupción definitiva de sus migraciones laborales debido al padecimiento por VIH-Sida ha representado por sí misma también un factor de aumento en sus condiciones vulnerables, limitando sus posibilidades laborales al ámbito local o incluso doméstico y en algunos casos además reduciendo sus ingresos reales o potenciales, disuadiéndolos de reanudar sus procesos migratorios una vez que han tenido episodios de desgaste u hospitalización o simplemente después de ser diagnosticados como seropositivos, a riesgo de empeorar en su salud o de alejarse del indispensable tratamiento médico.

2.5 La carrera del enfermo o trayectoria de búsqueda de atención

El concepto de “carrera” en aplicación a los procesos de salud/enfermedad/atención ha sido propuesto por Erwin Goffman (1961) y posteriormente por otros autores, como Eliot Freidson (1978) y David Mechanic (1981); de los dos últimos, el primero ha definido la carrera como

“[...] una secuencia de acontecimientos sociales [que] podemos definir por los roles e imputaciones que el individuo experimenta en el curso de su paso a través de distintas entidades de control social, ya sean médicas o de otro tipo.” (Freidson, 1978 citado en Osorio, 2001:40)

Mientras que la definición del último se ha ceñido más a un sentido descriptivo de la trayectoria que los individuos siguen en la búsqueda de alivio o remedio a algún dolor o disfunción:

“[La carrera] describe la manera en que las personas monitorean sus cuerpos, definen sus síntomas, toman acciones para remediarlos y utilizan los sistemas de atención a la salud. La gente percibe, evalúa y responde diferencialmente al padecimiento y tales conductas tienen una enorme influencia en la manera en la que el padecimiento interfiere con sus rutinas cotidianas, la condición de cronicidad, el logro de un cuidado apropiado y la cooperación del paciente en el tratamiento de la condición.” (Mechanic, 1981, citado en Good, 1994:42)

Ambas definiciones cruzan importantes aspectos de la carrera que es pertinente incorporar en un estudio en el que el interés esté colocado en la descripción y el análisis de una trayectoria de búsqueda de la atención: por un lado, la estricta y pragmática búsqueda de atención, que para el paciente significa la obtención de un estado de salud o bienestar interrumpido por su incursión en un cuadro clínico que le ha causado un malestar o dolor de forma temporal o permanente; proceso en el cual el propio paciente participa activamente. Por otro lado, la aproximación a la “carrera” de Freidson enfatiza el control social que las instituciones efectúan sobre el sujeto que padece, lo cual le somete al cumplimiento de diversos roles en el camino a la consecución de la mejoría o el término del estado de deterioro.

La definición de Freidson retoma pues, aspectos del concepto de “carrera” de Goffman, quien propusiera que los enfermos mentales experimentan una carrera moral, a lo largo de la cual se convierten en pacientes, y esta transformación de su estatus a su vez va acompañada de una serie de otras modificaciones en las relaciones que el sujeto establece con otros, tanto en su entorno familiar y afectivo como en relación con el personal de salud y la institución sanitaria que lo acoge.

Goffman definió su concepto de “carrera” como

“[...] cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida [...] se desatienden los resultados singulares para atenerse a los cambios básicos y comunes que se

operan, a través del tiempo, en todos los miembros de una categoría social, aunque ocurran independientemente unos de otros.” (Goffman, 1961:133)

No obstante coincidir en que se trata de procesos en los que los sujetos pasan por la asignación de diversos roles por parte de instituciones y agentes que les controlan, Goffman insistió en que las transformaciones que los sujetos experimentan se dan principalmente en dos ámbitos: el moral, en el que tiene un gran peso la percepción subjetiva del propio sujeto y su papel como agente (el paciente es un agente, tal como lo son los otros actores sociales significativos en el esquema de Goffman), y el social-relacional: las maneras en que el sujeto se relaciona con los otros sujetos o actores a lo largo de su carrera son determinantes del curso que la misma ha de seguir. Al igual que como ocurre en las representaciones sociales, en la carrera moral el sujeto-paciente construye una serie de imágenes acerca de sí mismo y acerca de los demás; dicha carrera además, la divide Goffman en tres etapas, de las cuales sólo explica las dos primeras.⁵³

- El pre-paciente, periodo previo a la internación; el autor afirma que las sensaciones de temor, fracaso o dolor emocional al saber cierto un diagnóstico sospechado son propias de esta etapa, y también señala un proceso de expropiación de la identidad y transformador del estatus o rol social del sujeto, al perder éste (o considerar perdidos) derechos y relaciones que poseía antes de ser notificado. La transformación o dislocación de las estructuras relacionales de su vida cotidiana se dan tanto en el nivel familiar, laboral y también a nivel de diversos elementos, actores e instituciones del ámbito público que forman (o solían formar) parte de la vida diaria del sujeto.

- El paciente, periodo en el cual el universo de las relaciones sociales significativas para el sujeto pasa a ser protagonizado por el personal médico, incluyendo dentro de éste tanto al propio médico como al personal de enfermería y administrativo,

⁵³ La tercera etapa, denominada “post-paciente”, posiblemente refiere a la instancia, a menudo improbable, en la cual el sujeto recupera no sólo su salud, sino su estatus social y moral completamente; sin embargo, Goffman evitó explícitamente dar mayores explicaciones con respecto a la misma, al considerar que son las dos primeras las que tienen un peso específico mucho mayor en la carrera.

quienes se convierten en “mediadores” del esquema de relaciones en las cuales éstos se empoderan y despojan de todo poder social al paciente, dado que éste no puede relacionarse como un “igual” con el personal médico, y en cierto modo tampoco puede hacerlo ya más con sus redes de relaciones sociales, cuando le han acompañado en el proceso, al transformarse de manera real o imaginada por el propio sujeto enfermo, los mecanismos de interacción social que solían serle normales.

2.6 Algunas consideraciones teóricas acerca de la migración en relación con el riesgo y la vulnerabilidad ante la infección por VIH

En un sentido general, la migración es entendida como un proceso que obedece a razones económicas: la movilidad de los sujetos y grupos se plantea en términos de la estructura ocupacional, de la oferta laboral disponible y por lo tanto demandada en los lugares de destino en contraposición a la escasez de la misma en las localidades de origen. La migración, entonces, también implica frecuentemente una incorporación a los sectores secundario y sobre todo terciario de las economías urbanas, de mano de obra poco calificada transferida desde zonas rurales o de pequeños entornos semi urbanizados carentes de grandes infraestructuras o equipamientos, lo cual redundará en la ocupación de una gran parte de esa población en actividades pobremente remuneradas del sector productivo, o en la persistencia e incluso el incremento de los servicios personales⁵⁴ y el comercio informal (Muñoz Cornejo, 1977:93).

Aunque no es posible generalizar, es cierto que la mano de obra poco calificada arribada a los centros receptores (no sólo los grandes centros urbanos dentro del propio país, sino también los centros urbanos de mayor relevancia a nivel regional y los destinos migratorios internacionales) tenderá a ocuparse en dichas actividades y tendrá menores posibilidades de mejorar su posición inicial en la estructura laboral del lugar de destino. Es posible, por lo tanto, identificar el

⁵⁴ Dentro de los cuales, para el estudio que nos ocupa, es importante incluir el trabajo sexual, forzado o voluntario, como alternativa laboral principal o complementaria.

inicio de la vulnerabilidad de un sujeto migrante carente de calificación profesional en su limitado capital económico como motivación principal para el inicio de su carrera migratoria, pero también como un factor condicionante de los alcances a los que ese sujeto puede aspirar a lo largo de su trayectoria de migración.

Al hablar de migración y movilidad, es preciso especificar los aspectos que de dicho fenómeno interesan a esta investigación: por un lado, la consideración de que los desplazamientos migratorios son motivados principalmente por la búsqueda de insertarse en el campo laboral urbano, pero también por otras motivaciones (sociales, personales, incluso afectivas) que pueden ser igualmente importantes en la decisión de migrar.⁵⁵ Por otro, la vinculación entre el desplazamiento migratorio y el inicio de la trayectoria de padecimiento por VIH, siendo ésta última un factor que puede modificar o interrumpir las carreras migrantes, o bien reducir la movilidad social de los sujetos al mermar su salud y su capacidad para el trabajo o al ser marginados del campo laboral a causa de la estigmatización imaginada o real de su condición serológica. Aunque esto último puede no ser en principio más que un planteamiento hipotético, ofrece un notable estímulo a la revisión de los aspectos teóricos y conceptuales de la migración en relación con el riesgo y la vulnerabilidad ante el VIH-Sida.

Daniel Hernández Rosete (2007), quien ha estudiado los vínculos causales y estructurales de la migración y el VIH-Sida, refiere como un elemento importante a considerar al abordar el tema, los diferentes estadios epidemiológicos de alusión al riesgo a lo largo de la historia global de la epidemia de VIH, los cuales han ido de los “grupos” a las “prácticas” y luego a los “contextos” de riesgo, lo cual representaría un avance en la desestimación del VIH-Sida como un problema de salud del cual pueda responsabilizarse a ciertos grupos socioculturales o a las prácticas sexuales que dichos grupos llevan a cabo, tal como históricamente ha ocurrido a los hombres homosexuales, a las comunidades afrodescendientes y

⁵⁵ Zarco Mera (2009) en su estudio sobre migración, VIH-Sida y trabajo sexual indígena en los Altos de Chiapas destaca como principales motivaciones para la migración además de la pobreza de los sujetos migrantes y de sus grupos familiares, la violencia o rigidez social que persuade a los jóvenes a abandonar sus comunidades.

posteriormente a las trabajadoras sexuales; no obstante, este autor también propone que las características globales de la epidemia han debido contribuir a la identificación de un surgente grupo de riesgo: los migrantes mexicanos (y especialmente los migrantes indocumentados en los Estados Unidos).

Esto, de acuerdo con Hernández Rosete, conllevaría un retroceso conceptual hacia la delimitación de los migrantes como un grupo de riesgo que propaga la infección de dos formas diferentes: como migrantes de llegada que “ingresan la infección” desde México a las sociedades estadounidenses receptoras, y como migrantes de retorno que esparcen la infección por VIH en sus lugares de origen – tal como fue el caso de la “ruralización del VIH” a mediados y finales de la década de 1990 (Magis, 2008) –, a lo que él mismo rebate argumentando que

“Si bien es cierto que la movilidad poblacional juega un papel decisivo en la propagación del VIH, sobre todo en fronteras internacionales que separan a países con niveles de prevalencia e incidencia de VIH-Sida desiguales (Lalou y Pichet, 1994), es necesario considerar que la epidemia se propaga en contextos estructurados cultural, política y económicamente. Esto significa que las nuevas infecciones de VIH no pueden ser analizadas sólo considerando a los migrantes como actores históricamente responsables de esta dinámica” (Hernández Rosete, 2007:197-198).

La puntualización hecha por Hernández Rosete a este respecto hace pertinente además, destacar otros aspectos de gran relevancia: en primer lugar, que los contextos de interacción sexual a lo largo de las rutas que siguen los migrantes deben ser abordados en su complejidad social y cultural; es decir, que dichas prácticas sexuales pueden darse en escenarios de coerción física o ideológica, como los episodios de agresión sexual y las redes de trabajo sexual forzado a través de las fronteras estudiados por Bronfman (1998), o en situaciones de hegemonía y subalternidad, como el establecimiento de relaciones sexuales en las que prevalecen diferencias de índole étnica o de clase socioeconómica entre migrantes indocumentados y ciudadanos residentes observado por González-López (2009) en el área de Los Ángeles, California, E. U. A.

En segundo lugar, y tomando en cuenta lo anterior, cabe recordar la señalización de Menéndez sobre la hegemonía/subalternidad como un factor determinante en la construcción de relaciones sociales significativas, en las que él mismo menciona como un escenario posible las que se dan entre pobladores locales y pobladores migrantes, o entre migrantes documentados y migrantes indocumentados (Menéndez, 2002). El hecho es que la estructura de las relaciones así configuradas y en contextos de migración, supone para los sujetos migrantes su posicionamiento como actores sociales subalternos frente a los habitantes locales o frente a otros migrantes con un estatus social o económico más favorable, pero ello además puede hacer más visibles otras características propias de los sujetos que les hacen susceptibles a ser subalternizados, como su pertenencia étnica, de género o su orientación/preferencia sexual; estas condicionantes pueden a su vez, dar lugar a interacciones en las que prevalecen diversas formas de discriminación o incluso de violencia, que desde luego no excluye el plano sexual.

Lo verdaderamente llamativo es que entre los resultados de estudios de autores como Bronfman (1998, 2001), Hernández Rosete (2005, 2007), Núñez (2009) y González-López (2009) es posible identificar la migración (laboral o inicialmente motivada por otros factores, como ya se ha destacado) como un factor que, junto a otras condicionantes como las mencionadas en el párrafo anterior, aumenta la vulnerabilidad ante la transmisión del VIH para los sujetos subalternos por parte de los actores sociales que cumplen roles hegemónicos en los intercambios sexuales que efectúan con ellos a lo largo de sus trayectorias, lo cual es contrario a la representación sobre los migrantes como un grupo de riesgo, o como un “agente transmisor” de la infección; esto deberá contribuir a la desestimación de la concepción epidemiológica que identifica a los migrantes como “vectores epidémicos” (sic) de la infección por VIH (Hernández Rosete, 2007), y a recolocar el énfasis en la construcción de la vulnerabilidad de los sujetos migrantes a adquirir la infección dadas las condiciones sociales en las que se desempeñan como compañeros o compañeras sexuales, así como las características socioculturales que los subalternizan frente a otros (ser

homosexual, pobre, indígena, contar con un escaso capital cultural, económico y político, estar relegados a la marginalidad laboral, etc.).

CAPÍTULO 3. LA MIGRACIÓN Y EL VIH-SIDA EN LA CIUDAD DE POZA RICA, VERACRUZ.

3.1 La ciudad de Poza Rica de Hidalgo: origen petrolero

El lugar en el que se llevó a cabo la presente investigación está enclavado dentro de la gran región cultural de la Huasteca, en la parte veracruzana, la cual aún es habitada por grupos huastecos y totonacos (aunque los grupos indígenas se encuentran fuera de la actual ciudad de Poza Rica).

Para comprender la conformación histórica de esta ciudad como un centro urbano, es imprescindible tener en cuenta su origen petrolero, mismo que sirvió de pretexto a su fundación y que asignó a este espacio su vocación económica y estratégica a nivel tanto regional como nacional, y que implicó los comienzos de los mayores movimientos migratorios dentro y fuera del mismo.

Los primeros hallazgos de yacimientos de petróleo en realidad se remontan a la época prehispánica, ya que las chapopoterías veracruzanas eran bien conocidas por los habitantes indígenas; sin embargo, fue hasta la época colonial cuando la Legislación colonial y específicamente las Leyes de Indias brindaron a la Corona española la posibilidad de adquirir los derechos sobre el subsuelo – pese a que los hidrocarburos no fueron demasiado apreciados o conocidos entonces (Quintal Avilés, 1981:74), y sólo comenzaron a serlo hasta el comienzo del Imperio de Maximiliano, quien decretó el petróleo como sujeto de denuncia y exigió la reglamentación de las zonas determinadas como abundantes para su concesión (ídem p. 75).

Sin embargo, los primeros en realizar explotaciones de hidrocarburos fueron exploradores y empresarios “aventureros” de origen británico, de apellidos Autrey y Furber; durante la segunda mitad del siglo XIX, el primero constituyó la primera compañía de explotación petrolera en la región, la Compañía Explotadora de Petróleo del Golfo de México, y el segundo constituyó la Compañía Petrolera

Palma Sola-Furbero habiendo adquirido minas de petróleo de inversionistas italianos (el lugar en el que se encontraban dichas minas comenzó desde entonces a ser conocido como “Furbero”, actualmente el municipio de Coatzintla, contiguo a Poza Rica).

En la década de 1920, México se había convertido ya en el segundo productor mundial de petróleo; los continuos hallazgos de pozos nuevos en esta región incluyeron la denominada “franja de oro”, una extensa fracción de pozos de extracción a baja profundidad de unos 72 kilómetros (Barrios, 2009:20-21). La concesión para exploración y explotación de las minas a inversionistas extranjeros desde luego continuó y aumentó durante el porfiriato, lapso durante el cual llegaron a existir un gran número de compañías, la mayoría de base británica; sin embargo, dentro de éstas, una empresa nacional denominada Compañía Mexicana de Petróleo “El Águila”,⁵⁶ logró en 1922 la concesión de derechos de exploración en la zona de la antigua hacienda de Palma Sola, cerca de donde años antes se fundara la primera empresa petrolera en México; allí, la compañía “El Águila” instaló un campo de extracción que dio pie al surgimiento de un auténtico núcleo de población, formado con trabajadores mayormente inmigrados de otras ciudades veracruzanas y de la Ciudad de México, y también de las ciudades tamaulipecas portuarias de Tampico y Madero, que a su vez habían comenzado a fungir como zonas de extracción.

La incorporación de estas grandes cantidades de trabajadores, ingenieros y técnicos implicó el necesario aprovisionamiento de servicios y equipamiento urbano. En un principio sólo se construyó una escuela primaria para los hijos de los trabajadores de la compañía, así como algunas tiendas de abarrotes; posteriormente, el descubrimiento de los pozos 2 y 4 en 1930 motivaron a la compañía “El Águila” a invitar a ingenieros y trabajadores de la construcción a edificar viviendas y constituir un verdadero centro urbano, habiendo decidido que

⁵⁶ No obstante, “El Águila”, al igual que la mayoría de las compañías inglesas que explotaban los yacimientos, era subsidiaria de la Royal Dutch Shell, la compañía transnacional petrolera más poderosa de la época (Barrios, 2009).

Poza Rica reemplazara a Palma Sola como el principal campo petrolero y como sede del inicio formal de la industria petrolera mexicana (Quintal Avilés, 1981:81).

El crecimiento de la industria del petróleo en el norte de Veracruz y en particular en la ciudad de Poza Rica alcanzó su auge en las décadas de 1940 y 1950,⁵⁷ periodo durante el cual petróleo era la más importante de todas las exportaciones mexicanas (especialmente a los Estados Unidos, interesados en el bruto mexicano para abastecerse de combustible durante y después de la segunda guerra mundial), y constituía el principal sustento al producto nacional bruto.

La ciudad creció rápidamente durante el resto de la década de 1950 hasta alcanzar los 28 mil habitantes, distribuidos en un terreno de 80 hectáreas que además estaba dividido ya en colonias principales como la Manuel Ávila Camacho – la cual estaba en el lugar que anteriormente fuera conocido como “Kilómetro 52”, por la existencia de un gran yacimiento a la altura del kilómetro 52 de la vía férrea de Cobos –, Petromex, y la vieja congregación de Poza de Cuero (Quintal Avilés, 1981; Barrios, 2009).

3.2 Dinámicas poblacionales, migración y movilidad territorial: antecedentes y actualidad

La migración hacia las grandes ciudades y hacia los centros urbanos surgentes se explica por la concentración y centralización de servicios que tiene efecto en estos desarrollos; el equipamiento de los centros urbanos como así también, el hecho de que éstos al emerger ofrecen gran cantidad de trabajo en diversos ramos como la construcción, el comercio y los servicios, atrae a las poblaciones desde municipios y localidades próximas y desde otras ciudades. Esta concentración del equipamiento, infraestructura y servicios tiene un efecto de atracción de la población, lo cual por un lado significa un desequilibrio en la fuerza de trabajo

⁵⁷ El distrito Poza Rica, proclamado como tal tras la nacionalización de la producción petrolera bajo la administración federal de Lázaro Cárdenas, alcanzó su mayor importancia en la segunda mitad de la década de 1950, cuando llegó a producir el 63% del total de crudo de todo el país.

disponible que desfavorece al sector agrícola y que por otro, implica que eventualmente existirá una sobreoferta de mano de obra poco calificada en la ciudad, que deberá vender su fuerza de trabajo en los rubros sobrantes y peor remunerados; los cinturones de pobreza que se forman de esta manera tienden a estancar el proceso de inmigración, y en algunos casos lo invierten volviéndolo hacia afuera. La concentración y centralización de servicios en la nueva ciudad también significa su escasez en los centros de población más cercanos, y el término de la bonanza de trabajo en la primera significa muchas veces el éxodo forzoso desde los segundos.

3.2.1 Poza Rica construida por la inmigración durante el auge petrolero

Sin dejar de mencionar el enorme crecimiento poblacional y urbano que se dio durante el auge petrolero del distrito, es necesario recalcar la importancia que para el crecimiento de la ciudad de Poza Rica tuvo la inmigración de trabajadores procedentes de otras localidades del estado de Veracruz, de otras entidades y aun de otros centros de extracción de crudo, como las ciudades portuarias de Tampico y Madero, Tamaulipas. Los obreros petroleros, muchos de ellos inmigrantes, conformaban el 30% de la fuerza de trabajo hasta comienzos de la década de 1970, mientras que la población que llegó para ofrecer sus servicios o para establecerse de manera definitiva como comerciantes llegó en la misma década al 40% de la participación en la actividad económica local (Quintal Avilés, 1981). La expansión de la ciudad estuvo marcada por la continua llegada de mano de obra para las obras ferroviarias y para la exploración y extracción en los pozos petrolíferos, pero también y de forma consecuente con ello, se mudaron en busca de trabajo o para ofrecer sus servicios; las colonias Laredo y Obrera albergaron a algunos de los primeros dueños de tendajones, mientras que la zona de Poza de Cuero fue el lugar de residencia para los primeros médicos. A partir de 1933, en la ciudad se fue conformando un área comercial, en los terrenos que hoy ocupa la central de autobuses (ídem).

Un dato que ofrece una perspectiva de la importancia de la inmigración para la constitución de Poza Rica no sólo como el centro petrolero más importante de la región sino como un creciente centro urbano, es que a principios de la década de 1950 algunas refinerías de las ciudades de Tampico y Madero, Tamaulipas, cerraron para trasladar a sus trabajadores al centro petrolero de Poza Rica; los trabajadores procedentes de Tamaulipas, junto con sus familias, llegaron a constituir el 8 por ciento de la población del municipio de Poza Rica. El cronista de la ciudad de Poza Rica, Leonardo Zaleta, describió de forma jocosa el éxodo de obreros desde Tampico y Madero en aquellos días, destacando los grandes contrastes culturales y territoriales que por entonces mostraban los obreros tamaulipecos y los pozarricenses:

“En ese entonces estaba de moda un ritmo musical de extracción cubana, el *cha cha chá*; entre otros temas, en Poza Rica se popularizó ‘Los marcianos llegaron ya’, canción que habla de seres extraterrestres que llegaron a la Tierra bailando ese ritmo; en el mismo momento histórico el puerto petrolero de la colonia ‘Árbol Grande’ en Ciudad Madero, cerró la refinería que llevaba el mismo nombre, orillando a alrededor de 150 obreros petroleros a emigrar a Poza Rica, donde se les daría trabajo en la creciente ciudad [...] Acostumbrados a eventos deportivos, conciertos y obras artísticas, llegaron a un municipio recién formado donde no existían calles pavimentadas, palacio municipal, teatros, estadios ni centros de diversión modernos. [...] Las costumbres lenguaje, tradiciones y visión de estos obreros contrastaron con la de los locales, por lo que los foráneos fueron apodados ‘Los Marcianos’, al relacionar la canción de moda con el evento que ocurría.” (Noreste, 18 de enero de 2009)

En sus comienzos como ciudad, Poza Rica estaba enclavada en una región mayormente dedicada al sector agropecuario y con una escasa densidad de población; la abundancia del petróleo y los numerosos consorcios en busca de su explotación provocaron una rápida industrialización y urbanización, por lo que las oportunidades de empleo eran florecientes, y esto proporcionaba a las corrientes migratorias diversas oportunidades en el mercado de trabajo industrial, de servicios y comercial.

De esta manera, la fuerza de trabajo inmigrada constituyó el motor principal de la veloz consumación de la ciudad de Poza Rica. La migración a los campos petroleros hizo surgir campamentos y colonias de obreros que se constituían en lo

que se ha denominado “ciudades petróleo”, centros de población constituidos en su gran mayoría por migrantes que se afianzan como proveedores de servicios a los obreros. De hecho, el incremento medio anual de población de Poza Rica fue del 11.3% entre las décadas de 1940 y 1950, del cual sólo un 2.0% era natural y un 9.3% era propiciado por la inmigración (Quintal Avilés, 1981:90).

El hecho de que se trataba de una inmensa mayoría de trabajadores migrantes masculinos – pero además, muchos de ellos jóvenes y solteros, sin lazos familiares importantes en el lugar de destino – jugó un papel decisivo en el tipo de servicios que prosperaron en las inmediaciones de los campamentos y colonias: además de las tiendas de abarrotes, las fondas y los cafés, también los burdeles, las cantinas y las casas de juego. En un principio, la mayoría de cantinas y prostíbulos se establecieron en la zona de Poza de Cuero, donde las leyes habían delineado una improvisada zona de tolerancia que más tarde sería disuelta, trasladándose la mayor parte de los centros nocturnos, cantinas y trabajadoras sexuales que laboran en la calle a los primeros cuadros de la ciudad, a las actuales colonias Flores Magón y Tajín.⁵⁸

El posterior declive del auge petrolero también provocó el comienzo de una reversión en la situación migratoria de la ciudad: dejó de ser un centro de gran atracción, durante las décadas de 1970 y 1980, si bien se continuó sucediendo la llegada de obreros y trabajadores; la inmigración disminuyó visiblemente y en la

⁵⁸ Recientemente, las autoridades locales han trazado pre proyectos para establecer una nueva zona de tolerancia en las afueras de la ciudad, específicamente en terrenos ubicados en el sureste de la ciudad, ya que la proliferación de cantinas y la presencia de trabajadores y trabajadoras sexuales en las muy pobladas colonias del centro implica constantes incomodidades a los colonos, lo cual es nota frecuente en los medios impresos locales (Noreste, 18 de septiembre de 2008; Noreste, 19 de septiembre de 2008; Noreste, 29 de enero de 2009).

En la actualidad, la ciudad no cuenta con una zona de tolerancia; las trabajadoras y trabajadores sexuales no cuentan con restricciones y pueden apostarse en cualquier calle y avenida, aunque son frecuentemente acosados y arrestados por la policía por “prostituirse en la vía pública”, lo cual constituye una notable contradicción por parte de las autoridades municipales y de la policía intermunicipal al permitir y *castigar* a un tiempo el ejercicio del comercio sexual. Este, dicho sea de paso es un escenario propicio para la frecuente violación de los derechos humanos y laborales de hombres y mujeres que se desempeñan en dicha actividad, ya sea en las calles o en bares y cantinas de la ciudad: son comunes las detenciones y arrestos, la remoción arbitraria de las tarjetas de salud para las trabajadoras sexuales que cuentan con las mismas, las solicitudes de dinero o favores sexuales a cambio de la devolución de dichos documentos o de su liberación, e incluso las agresiones verbales y físicas, de acuerdo con lo señalado por varias trabajadoras sexuales entrevistadas en la avenida Constitución, en el centro de la ciudad.

misma medida en que Poza Rica dejó de ser el primer centro de extracción de crudo a nivel estatal y nacional, cediendo en importancia ante el cercano puerto de Tuxpan y otras localidades veracruzanas como Minatitlán; así, a diferencia de las décadas de 1930 y 1940, la incorporación de población inmigrante dejó de ser un factor clave en el aumento posterior de la población, que tuvo un gran crecimiento entre las décadas de 1960 y 1970 (de 71,770 a 120,040 habitantes), y en cambio sí es probable que la emigración de mano de obra – tanto residente como temporal, en el caso de los trabajadores de plataformas petroleras – y de pobladores jóvenes en edad de trabajar haya sido un hecho relevante en la disminución de la misma entre las décadas de 1980 y 1990 (de 166,799 a 151,202) (datos consultados en Barrios, 2009:29-30).

3.2.2 Petróleo a la baja, desempleo a la alza: la migración en Poza Rica en la época actual

Las décadas de 1980 y 1990 supusieron un cambio importante en la movilidad poblacional que caracterizó a la ciudad en las décadas precedentes; mucho tuvieron que ver los despidos en la industria petrolera, al disminuir sensiblemente las ventas de exportación. El comienzo de los despidos coincidió además, con el inicio de la implementación de políticas económicas neoliberales durante las administraciones presidenciales de Miguel de la Madrid y Carlos Salinas, en el mandato de este último se sucedió la devaluación monetaria que comenzó en 1993 y que un año después, degeneró en la gran crisis económica conocida como “el efecto tequila”; durante estos años, Pemex despidió a cerca de 100 mil trabajadores en todo el país. Aunque Poza Rica siguió convocando el arribo de población desde las localidades rurales y las pequeñas cabeceras circundantes como Álamo, Naranjos, Tuxpan, Martínez de la Torre y Papantla, no escapó a la oleada de desempleos masivos de la paraestatal petrolera, por lo cual el proceso de poblamiento e incorporación a la vida productiva de la ciudad tomó un cariz muy distinto: la mayoría de los inmigrantes comenzaron a ser mayormente familias y no obreros petroleros solteros, y dadas las condiciones limitantes de la industria

petrolera (escasa disponibilidad de puestos de trabajo, tecnificación y especialización de los mismos) muchos de los recién llegados hubieron de desempeñarse en el sector terciario, en el comercio informal o en el autoempleo.

Pero la veloz urbanización y el igualmente rápido declive de la ciudad de Poza Rica como centro industrial y de trabajo a nivel regional tuvieron otros impactos previsibles: por un lado, la concentración de servicios y la promesa de trabajos mejor remunerados que permitieran a los trabajadores del campo obtener mayores ingresos que los propiciados por la agricultura de pequeña producción o de subsistencia, provocaron una creciente fuga de fuerza de trabajo desde esas localidades, que contribuyó a la proliferación del comercio informal en la ciudad de Poza Rica, a la par del cual creció también la vivienda precaria de autoconstrucción en ciertos sitios, como las orillas del río Cazones y la municipalidad conurbada de Coatzintla que se convirtieron gradualmente en cinturones de pobreza. La precarización económica de estos sectores de la población contrasta con el elevado precio de la vida en la ciudad, al concentrar ésta los servicios y el equipamiento urbano más importantes en toda la región norte del estado (inclusive, los precios de varios servicios públicos, como el transporte, son más elevados en Poza Rica que en la capital Xalapa, de acuerdo con testimonios reunidos en el trabajo de campo).

Por otro lado, la concentración de servicios en Poza Rica ha derivado en una consecuente escasez de empleo, de infraestructuras de diversos tipos (principalmente servicios médicos de segundo y tercer nivel, centralizados en Poza Rica y Tuxpan) y de servicios educativos en las cabeceras cercanas, lo cual ha instado a una parte de la población en edad de trabajar a unirse al éxodo emigratorio veracruzano hacia los estados del norte y hacia los Estados Unidos, por lo que la población en movimiento desde la zona norte de Veracruz no sólo está dejando las comunidades o poblados rurales, sino que la fuerza de trabajo se va también para incorporarse a los sectores industriales y terciarios de las economías de ciudades más grandes, como los centros maquiladores fronterizos, o se desplazan hacia los Estados Unidos.

No debe olvidarse lo ya señalado en el capítulo 1, sobre el aumento de la emigración veracruzana en la segunda década del siglo XX, y otros aspectos como la masculinización de la mano de obra en la industria maquiladora de exportación en la década de 1990 y principios de la de 2000, establecida en ciudades fronterizas, que atrajo migrantes desde estados del sur del país afectados por el desempleo no sólo a las propias maquiladoras, sino a un creciente sector formal e informal de servicios y comercio en dichas ciudades, y por supuesto a la posibilidad de realizar el cruce hacia los Estados Unidos; también hubo un aumento en la participación de jornaleros veracruzanos en la agricultura industrializada de estados del norte, como Sinaloa, Sonora y Baja California (Noreste, febrero de 2009).

De acuerdo con las afirmaciones de empleados del ayuntamiento de Papantla, uno de los municipios más próximos a Poza Rica y con una tasa de emigración relativamente alta, un buen número de migrantes se trasladan a los Estados Unidos, mayormente a los estados de Arizona, California, Carolina del Norte y Texas, mientras que hay grupos migrantes mucho menos numerosos en Canadá; sin embargo, tanto estos informantes como los medios impresos consultados coinciden en que la gran mayoría de los migrantes acuden a las ciudades fronterizas cercanas, principalmente Reynosa y Matamoros.

Las declaraciones del personal que labora en el ayuntamiento de Papantla, a quienes se realizaron breves entrevistas con relación a la perspectiva general de la migración en la región, abordaron precisamente el problema de la escasez de fuentes de trabajo como la principal razón para la migración, sobre todo de jóvenes en edad de estudiar: el encargado de protección civil detalló que

“cada año entre sesenta y setenta estudiantes del *Teba* [telebachillerato] se salen, el 60 por ciento se va a Reynosa, un diez por ciento continúa sus estudios y el resto se queda a trabajar en el campo o como ayudantes de albañiles”; una reportera de la cadena local Papantla.Tv coincidió y agregó que la mayoría de los migrantes son jóvenes en edad secundaria o bachillerato y que

buscan empleos como obreros en las maquiladoras, dado que las opciones en el sector agrícola local se limitan a la recolección y empaque de hoja de maíz”.⁵⁹

La emigración desde municipios como Gutiérrez Zamora, Naranjos, Cerro Azul y Papantla también han sido frecuentemente mencionados en la prensa local y regional, destacándose siempre su directa relación con el desempleo y con el contacto que los habitantes de estos lugares tienen con familiares y amigos ya radicados en los lugares de destino (La opinión, noviembre de 2007; Noreste, septiembre de 2008; Noreste, octubre de 2008; Noreste, diciembre de 2008; Noreste, febrero de 2009; Noreste, mayo de 2009). Las informaciones contenidas en algunas de esas notas destacan también, que los migrantes

“[...]vuelven con dinero, [...] pero también regresan con drogas y Sida. Sabemos de algunos casos, pese al hermetismo del sector salud.” (Guadalupe Cabrera, secretario de la agencia municipal de la comunidad de Agua Dulce, municipio de Papantla, para el diario Noreste, 14 de septiembre de 2008).

⁵⁹ La hoja de maíz es usada en el ramo de la agroindustria, para la preparación de forrajes para ganado y en menor medida como materia prima para la fabricación de artesanías; en Papantla hay tres plantas empacadoras de hoja de maíz que dan empleo a unas 150 personas, de acuerdo con lo declarado por el personal entrevistado en el ayuntamiento de esa ciudad.



Mapa 2 ruta convencional hacia los Estados Unidos por la zona del Golfo, según estimaciones de la Secretaría de Salud para el programa “Vete sano, regresa sano”. Reynosa y Matamoros aparecen como los destinos fronterizos principales a lo largo de dicha ruta. Fuente: “Manual para la Prevención del VIH-Sida en migrantes mexicanos a Estados Unidos”, SSA, 2007.

3.3 La atención en VIH-Sida dentro de los servicios de salud para la población abierta en la ciudad de Poza Rica

La relevancia regional de Poza Rica tiene por supuesto, implicaciones relativas a la infraestructura de servicios existente en esa ciudad; los servicios de salud para la población abierta no son una excepción. Además de ser sede para la Jurisdicción Sanitaria No. 3, de acuerdo con la división por Jurisdicciones Sanitarias de la Secretaría de Salud para la entidad, Poza Rica cuenta con un hospital regional de segundo nivel de atención, por lo que concentra la mayor

parte de los servicios de salud disponibles para los 20 municipios que le corresponden como universo de atención (los municipios de Huayacocotla, Papantla, Ixhuatlán y Espinal cuentan con hospitales subzonales). También se incluyen en esta infraestructura tres centros de salud de primer nivel. La organización de los servicios de salud de la ciudad se presenta en el siguiente cuadro:

Cuadro 5. Organización de los servicios de salud para la población abierta en la ciudad de Poza Rica.

Municipio	Localidad	Tipo	Nivel de atención	Institución
Poza Rica	Poza Rica de Hidalgo	Jurisdicción sanitaria		SSA
		CAPASITS	Primer nivel	SSA
		Centro de salud (2)	Primer nivel	SSA
		Centro de salud urbano	Primer nivel	SSA
		Hospital regional	Segundo nivel	SSA

Fuente: Directorio de Unidades Médicas, Secretaría de Salud/ Servicios de Salud de Veracruz.

Tal como lo muestra el cuadro anterior, el CAPASITS está considerado entre los servicios de primer nivel de atención, y dado que es la única clínica especializada en brindar atención médica en toda la región norte del estado, la Jurisdicción Sanitaria No. 3 termina por abarcar también la población residente de municipios correspondientes a otras jurisdicciones como la 1 (Pánuco), la 2 (Tuxpan) y la 4 (Martínez de la Torre). La Jurisdicción recibe las notificaciones de casos nuevos de seropositividad registrados tanto por los centros de salud como

por clínicas privadas, y también edifica y actualiza las bases de datos a partir de las cuales se realiza un registro estadístico de la trayectoria de padecimiento de las personas infectadas; sin embargo, el CAPASITS cuenta con su propia base de datos, el Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR) en la cual se detalla además la trayectoria de atención en lo referente a la obtención de los medicamentos y el estatus ante la atención, es decir, si la han abandonado por alguna causa específica (baja, defunción, derechohabiencia).

3.3.1 El CAPASITS, clínica especializada en la atención a la salud de personas viviendo con VIH

La creación del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) tiene como antecedente principal la creación en 1986 del Comité Nacional para la Prevención del Sida (CONASIDA) y principalmente su descentralización de la Secretaría de Salud una década más tarde al crearse homólogos estatales, lo cual permitió un enfoque más específico de los esfuerzos en materia de investigación del VIH, seguimiento de los casos diagnosticados – la cual se limitaba entonces al manejo de las infecciones oportunistas y de las neoplasias (Censida/SSA, 2006) y la implementación de acciones de prevención; estas últimas, ya con la intervención de CONASIDA, estuvieron orientadas en dos formas principales: por un lado, la reducción de los casos debidos a transfusión o donación de sangre y hemoderivados, por medio de modificaciones a la Ley General de Salud que prohibieron la donación remunerada y determinaron como obligatoria la detección del VIH en toda transfusión sanguínea; y por otro, la recomendación de acciones educativas dirigidas a los “grupos de riesgo” o “grupos vulnerables”, principalmente los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mediante el contacto con organizaciones gay y defensoras de los derechos humanos de los homosexuales, incluyendo la campaña “Sexo Seguro” de 1992 (ídem).

La descentralización de CONASIDA también derivó otras implicaciones: la concentración y seguimiento más cercano de los enfermos de sida en hospitales de segundo nivel de la Secretaría de Salud (anteriormente, Secretaría de Salubridad y Asistencia) y la instalación de los Consejos Estatales para la Prevención del Sida o COESIDAS, además de la consolidación de la línea TELSIDA y de la puesta en funcionamiento, entre los años 1990 y 1993, del Centro Nacional de Capacitación en VIH-Sida, en coordinación entre el sector salud mexicano y el consulado de México en Los Ángeles, EE.UU., con una oficina que atendió a cerca de 450 migrantes mexicanos al año (Censida/SSA, 2006), lo cual representa probablemente el primer antecedente de esfuerzos de atención específicos en VIH-Sida para migrantes mexicanos hacia los Estados Unidos, y que es indicativo de que los intereses de prevención y atención contemplaban la migración como un aspecto relevante, a pesar de que dicho proyecto sólo existió durante tres años, aunque sentó el precedente para un mayor involucramiento y colaboración de la Secretaría de Relaciones Exteriores con la Secretaría de Salud en lo tocante al riesgo y vulnerabilidad ante la infección por VIH en migrantes mexicanos.

Este hecho es a su vez el precedente directo de la firma del acuerdo bilateral de colaboración para la Salud Fronteriza entre los secretarios de salud de México y de Estados Unidos (Programa de Acción-Atención en Migrantes “Vete Sano, Regresa Sano”, SSA; versión preliminar).⁶⁰ La iniciativa binacional México/California contra el VIH-Sida, como también fue conocida esta estrategia, fue propuesta para ese estado estadounidense por ser el que recibe a la mayor cantidad de migrantes procedentes de México (Los Ángeles es la segunda urbe

⁶⁰ Sin embargo, es necesario apuntar también que estos acuerdos e iniciativas pusieron una mayor atención en las causas que generan la vulnerabilidad ante la infección en migrantes y también en las dificultades sociales y culturales de ser migrante y vivir con VIH hasta 2000, cuando ONUSIDA enfatizó en aspectos como la marginación, la discriminación, la xenofobia, el aislamiento y la escasa o nula protección jurídica y asistencial en el lugar de destino para los migrantes, especialmente los indocumentados, como factores que aumentan la vulnerabilidad a la infección o bien, incrementan las dificultades para buscar asistencia médica a migrantes infectados todo a lo largo de su tránsito migratorio; ONUSIDA también apuntó como factores importantes el poco acceso a la información sobre el VIH, los servicios de salud y los principales medios de prevención del VIH-Sida, que incluyen los obstáculos idiomáticos y culturales tanto en un contexto migratorio internacional (mexicanos migrados a Estados Unidos) como en el ámbito local o regional (como por ejemplo, las barreras lingüísticas y culturales que enfrentan los pobladores indígenas al acudir a los servicios de salud).

con mayor población mexicana en el mundo, después de la Ciudad de México), además de que es de origen mexicano más del 90% de la mano de obra agrícola de esa entidad; dicha estrategia también incluía la prevención y atención de las dos infecciones oportunistas más frecuentemente relacionadas con la infección por VIH: las infecciones de transmisión sexual y la tuberculosis broncopulmonar (Menéndez y di Pardo, 2009:150-151).

El sector salud buscó mejorar la eficacia de los COESIDAS mediante la automatización de la línea Telsida y la publicación de guías sobre prevención y atención dirigidas a médicos, odontólogos, enfermeras y psicólogos; la inclusión de este conjunto de profesionistas permaneció como el modelo básico de atención en sida en posteriores etapas, y sigue siendo la forma en la que se componen los equipos de atención en los actuales CAPASITS – con la adición de trabajadores sociales y personal administrativo.

La descentralización de CONASIDA en 1997-2000 sirvió de marco para la creación del primer “Modelo para la atención médica para pacientes con VIH”, el cual consistía en la integración de un equipo de salud multidisciplinario como el descrito en el párrafo anterior, con el objetivo de proporcionar atención médica ambulatoria e integral en los hospitales de cada entidad federativa, aunque en 1999 sólo siete hospitales en todo el país contaban con estos servicios en sus instalaciones (Censida/SSA, 2006).

En ese mismo periodo se inició el otorgamiento de medicamentos antirretrovirales gratuitos a personas sin derechohabencia, lo cual constituye uno de los más notorios logros del activismo social – principalmente las organizaciones no gubernamentales, grupos de defensa de los derechos homosexuales y frentes de personas viviendo con VIH, quienes pugnaron por una ampliación sustancial de la atención médica gratuita y de calidad para personas viviendo con VIH ante el grave desabasto de medicamentos en las instituciones mexicanas de seguridad social.

Es necesario recordar que entre 2001 y 2002, las quejas y denuncias contra el maltrato a pacientes con Sida en el IMSS presentadas por varios de estos grupos, redundaron en un planteamiento formal de la situación de la Comisión Nacional de Derechos Humanos ante el gobierno mexicano, que tuvo como resultado la oferta de medicamentos gratuitos por parte de la Secretaría de Salud para pacientes sin derechohabiencia o excluidos de la misma por las instituciones de seguridad social (Menéndez y Di Pardo, 2009:236-237), aunque el principal antecedente de esta lucha data de 1996, con la fundación del grupo que encabezó esta lucha a nivel nacional, el Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH-Sida (Frenpavih), el cual sólo un año después de su creación ya había conseguido la terapia antirretroviral gratuita para pacientes con derechohabiencia en el IMSS (*Letra S*, núm. 181:7).

El requisito para la obtención de la atención médica gratuita incluyendo los medicamentos antirretrovirales era la pertenencia al Servicio Especializado para la Atención Integral de Personas con VIH-Sida (SEA); la cobertura de dicho servicio incluyó, además de la atención en sida, la prevención y atención en infecciones de transmisión sexual (ITS), al comprobarse clínicamente que el manejo adecuado de las ITS repercutía en una disminución del riesgo de transmisión sexual del VIH, por lo cual el programa fue designado definitivamente para atender simultáneamente VIH-sida e infecciones de transmisión sexual. (Censida/SSA, 2006).

En los años previos, como se apuntó anteriormente, los servicios de atención en VIH-sida habían sido principalmente de carácter ambulatorio, pero al momento de la descentralización de CONASIDA había muy pocos casos de servicios como estos asentados en instalaciones hospitalarias, los cuales eran llamados inicialmente Centros Especializados de Atención en Sida (CEAS).

Fue en 2003 cuando en el contexto de la ejecución del Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud⁶¹ dio inicio la creación de los Centros Ambulatorios

⁶¹ La creación de este proyecto fue impulsada por el Modelo de Atención a la Salud para Población Abierta (MASPA); se elaboraron 32 Planes Estatales de Infraestructura en Salud para Población Abierta (PEMISPA)

de Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS), con el objetivo de que éstos cumplieran la función de una unidad médica para la consulta externa, con unidades auxiliares de diagnóstico en laboratorio, farmacia y un área de atención psicológica (Censida/SSA, 2006); como se mencionó, los equipos multidisciplinarios de atención a la salud en estos centros también incluyeron personal de enfermería, área de atención odontológica y personal auxiliar administrativo y de secretaría, así como un área de trabajo social. Estos equipos de trabajo se encargan de canalizar a los pacientes de los CAPASITS a las diferentes áreas de atención médica especializada en los hospitales, por lo cual cobró una mayor importancia, como necesaria, la presencia de estos nuevos centros en los hospitales estatales de segundo y tercer nivel de atención.

La presencia del CAPASITS se ha convertido en un hecho vital para las personas viviendo con VIH, ya que ha significado la consolidación de la obtención de la atención médica gratuita y especializada para personas carentes de derechohabencia o seguridad social, especialmente en lo tocante al acceso universal y gratuito a los medicamentos antirretrovirales como un servicio de carácter permanente; sin embargo, el funcionamiento óptimo de un CAPASITS depende de la superación de un gran número de problemas, que van desde la contratación de personal calificado y con la voluntad y compromiso necesarios para atender a personas viviendo con VIH hasta el mantenimiento de las instalaciones en condiciones óptimas y funcionales, pasando por el aún frecuente desabasto de medicamentos y la eliminación de toda forma de maltrato o marginación hacia los usuarios de los servicios por parte del personal de salud – no sólo en el propio CAPASITS, sino también y sobre todo en otras áreas de atención a las que son canalizados en los hospitales de segundo o tercer nivel en los que se encuentran los CAPASITS.

que fueron implantados formalmente en 1996 con proyección a 2010. (Plan Maestro de Infraestructura Física en Salud: Síntesis ejecutiva. SSA, 2003)

3.3.2 El CAPASITS de la ciudad de Poza Rica

El de Poza Rica es uno de los seis Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención de Sida e Infecciones de Transmisión Sexual que existen y funcionan en el estado de Veracruz, siendo ésta, de tal forma, la entidad federativa que cuenta con la mayor cantidad de tales centros en todo el país; como se ha mencionado, es el único localizado en la zona norte de Veracruz, mientras que los otros cinco se encuentran en Veracruz, Coatzacoalcos, Río Blanco y Xalapa (en la capital del estado hay dos).

El CAPASITS de Poza Rica tuvo su origen en 2005, cuando inició siendo un Centro Especializado de Atención en Sida (CEAS) que proporcionaba servicios de orientación psicológica y consulta médica externa a personas diagnosticadas como seropositivos desde el laboratorio o bien desde el banco de sangre del hospital regional de esta ciudad; a decir del personal de salud de la clínica entrevistado, el personal que brindaba la atención en CEAS se componía de una psicóloga, una trabajadora social y uno de los médicos tratantes, el doctor Pedro (los dos últimos aún prestan sus servicios en el CAPASITS actualmente), así como el doctor Vera, quien a la postre también fungió como coordinador de actividades del CAPASITS en sus inicios, y ocupaban un pequeño espacio en el área de medicina preventiva del hospital.

En el mes de septiembre de 2006, como parte de la creación de los CAPASITS a nivel nacional y de la expansión de estos servicios en el estado de Veracruz,⁶² los servicios de consulta externa fueron trasladados a las nuevas instalaciones del CAPASITS, quedando ubicado frente a la nave principal del hospital regional. La nueva clínica incluyó los elementos necesarios para proporcionar los servicios ya mencionados en apartados anteriores: dos consultorios destinados a la realización de consultas externas, un área de orientación psicológica, un consultorio odontológico, un área de trabajo social y

⁶² El de Veracruz-puerto fue el primer CAPASITS del estado; ya había sido fundado desde 1995 como CEDI (Centro de Especialidades en Inmunodeficiencias). Fuente: Revista electrónica HRV, Órgano oficial de difusión del Patronato del Hospital Regional de Alta Especialidad de Veracruz, 6 de febrero de 2007.

una de enfermería. La de Poza Rica es además, la única de estas clínicas de la entidad veracruzana que contó con la construcción de infraestructura nueva para su puesta en funcionamiento, a diferencia de los otros que funcionan en el estado, los cuales fueron instalados en estructuras preexistentes acondicionadas para tal fin.

De esta manera, la infraestructura del CAPASITS de Poza Rica se compone de una oficina de trabajo social, dos consultorios para la realización de consultas externas, una oficina de coordinación, un consultorio de enfermería, uno de odontología y uno de asesoría psicológica; también cuenta con sanitarios para los pacientes diferenciados de los sanitarios para el personal de salud, un espacio para el almacenamiento de los archivos, una sala de espera y un salón de actos destinado para la realización de actividades de información e integración para el grupo de autoayuda (el grupo de autoayuda debe existir en la clínica, y las actividades del mismo quedan a cargo del coordinador y del personal de salud).

Los servicios del CAPASITS de la ciudad de Poza Rica tienen una cobertura muy amplia, que implica la concentración de la atención en VIH-sida de cuatro jurisdicciones sanitarias: 1-Pánuco, 2-Tuxpan, 3-Poza Rica y 4-Martínez de la Torre, aunque la mayoría de las personas atendidas proviene precisamente de la propia ciudad de Poza Rica y de la cabecera municipal de Tuxpan (ver cuadro 2); esto, debido principalmente a la distribución territorial de estos servicios en la entidad, que como ya se mencionó con anterioridad, coloca al CAPASITS como la única clínica que brinda atención médica a personas viviendo con VIH no derechohabientes en el norte de la entidad.

Además, hay que apuntar que la organización estatal por jurisdicciones de los servicios proporcionados por el sector salud impide que la canalización a los CAPASITS de otros estados se dé desde el momento del diagnóstico, es decir, que sujetos diagnosticados que habitan en municipios de Pánuco, a quienes podría convenir ser canalizados directamente al CAPASITS de Tampico, por ejemplo, el cual es mucho más cercano para los habitantes de dichos municipios,

cuentan con la única opción de buscar la asistencia médica en Poza Rica. Los trasposos de usuarios de un CAPASITS de una entidad a otro de una entidad diferente requieren la petición específica y expresa del propio usuario, para que pueda ser colocado como baja definitiva en la base de datos del sistema de vigilancia de suministro de antirretrovirales (SALVAR) y a continuación registrado de nueva cuenta en el CAPASITS de la localidad a la que se desplace.

Cuadro 6. Número de personas viviendo con VIH atendidas en el CAPASITS de Poza Rica por municipio de residencia y Jurisdicción Sanitaria a la que se adscriben.

J. S. 1 – Pánuco		J. S. 2 – Tuxpan		J. S. 3 – Poza Rica		J. S. 4 – Martínez de la Torre	
Chicontepec	16	Tuxpan	106	Poza Rica de Hidalgo	304	Gutiérrez Zamora	23
Tempoal	16	Temapache	67	Papantla	87	Tecolutla	23
Tantoyuca	9	Cerro Azul	20	Tihuatlán	71	Martínez de la Torre	6
Pánuco	8	Tepetzintla	10	Coatzintla	38	Nautla	2
Pueblo Viejo	3	Tamiahua	9	Cazones	18	San Rafael	2
El Higo	3	Chinampa de Gorostiza	6	Ixhuatlán de Madero	15	Misantla	1
Chalma	1	Tamalín	6	Espinal	10	Vega de Alatorre	1
Ozuluama	1	Amatlán de los Reyes	4	Coahuatlán	4		
Platón Sánchez	1	Ixcatepec	4	Castillo de Teayo	2		
		Citlaltepec	2	Coxquihui	2		
		Chontla	2	Coyutla	2		
		Tantima	2	Chumatlán	2		
		Tantoco	2	Zozocolco	2		
				Filomeno Mata	1		
				Zontecomatlán	1		

*Nota: dos casos hallados en la base no correspondían a ninguna de las cuatro jurisdicciones de cobertura del CAPASITS de Poza Rica (uno era del puerto de Veracruz y el otro del municipio de Jalpan, Puebla); en siete casos más no fue especificado el municipio de procedencia del usuario.

Fuente: Base de datos del Sistema de Administración Logística y Vigilancia de Antirretrovirales (SALVAR), para el CAPASITS de Poza Rica (datos al mes de diciembre de 2010).

Los traspasos o cambios de sede desde el CAPASITS de una entidad al de otra se registran de forma específica en las bases de datos del programa de atención como “bajas por emigración”, y dan cuenta directa del estatus migratorio de los usuarios que se encuentran en semejante condición y han solicitado o recibido su alta en otro CAPASITS; sin embargo, a pesar de que la revisión de los datos acerca de las bajas por traspasos de sede de un estado a otro pudiera resultar interesante como una forma de detectar la movilidad y migración de los usuarios de estos servicios, los traspasos interestatales son poco frecuentes en el caso de la clínica de Poza Rica (sólo se registraron 14 bajas acumuladas por esta causa entre septiembre de 2006 y diciembre de 2010, de entre 921 casos, de acuerdo con los datos consultados en la base SALVAR para el CAPASITS de Poza Rica, con datos al mes de diciembre de 2010), y en realidad no reflejan el estatus migratorio actual de la mayoría de ellos: a decir de los médicos tratantes, son mucho más frecuentes los sujetos que migran o se desplazan de forma intermitente, incluso abandonando el tratamiento y retomándolo al volver.

De hecho, la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales de un CAPASITS bien abastecido como el de Poza Rica, puede determinar la permanencia de los usuarios de los servicios en esta clínica aún en casos en los que se encuentren residiendo en otro estado, o en contados casos, que se trate de sujetos con una actividad migratoria considerable.⁶³ Como se verá en la

⁶³ Pude obtener ejemplos de ello en el trabajo de campo: uno de los médicos tratantes de la clínica me habló de un caso específico de un paciente que se va periódicamente como trabajador agrícola eventual a los Estados Unidos, a quien el CAPASITS le prescribe medicamentos para cinco a seis meses; otro paciente me informó personalmente que reside desde hace varios años en Reynosa, pero que ha decidido permanecer adscrito al CAPASITS de Poza Rica y trasladarse cada dos meses exclusivamente para la consulta externa y la adquisición de medicamentos, además de la realización bianual de análisis de sangre; él me dijo que

descripción de casos de estudio específicos en el capítulo siguiente, la existencia o disponibilidad de los medicamentos también puede implicar la ruptura de la trayectoria de migración, ante la perspectiva del medicamento como un elemento imprescindible en la experiencia vital de las personas viviendo con VIH y del potencial desabasto en otras clínicas (lo cual puede presentarse, por ejemplo, cuando el universo de atención de determinada clínica llega a rebasar la capacidad logística de esa clínica en cuanto al surtimiento de un medicamento específico).

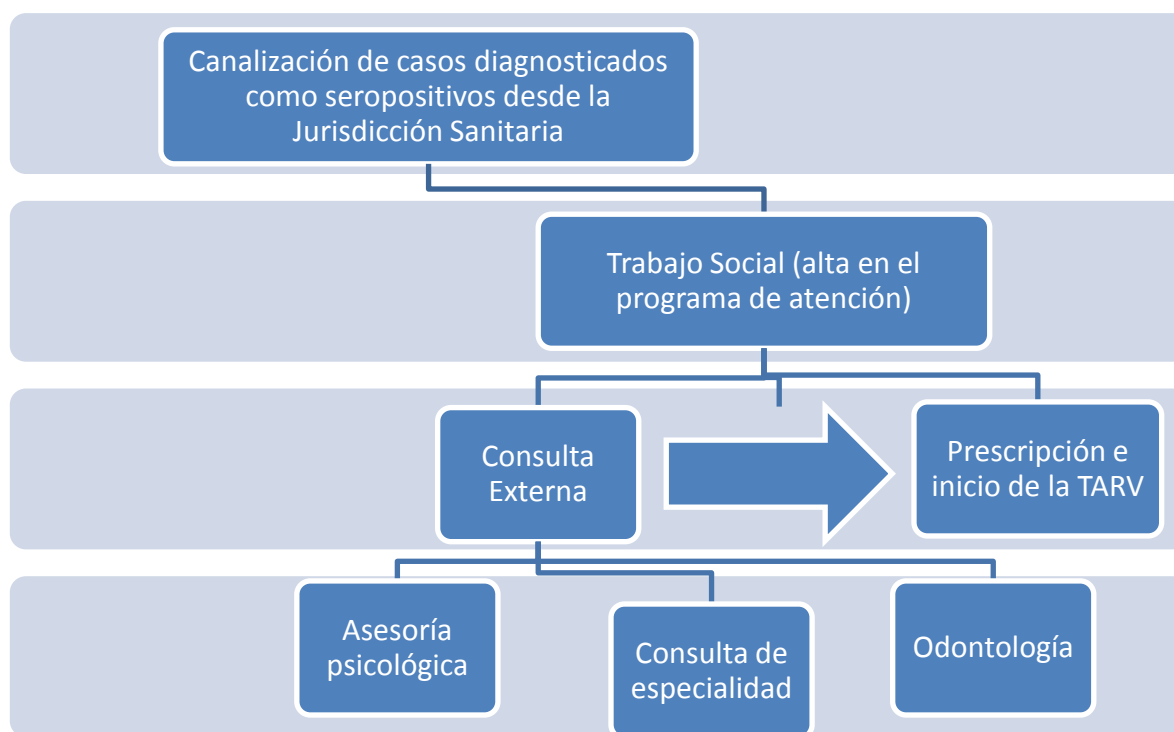
El esquema usual de la atención en el CAPASITS tiene como punto de partida la recepción por parte de la persona responsable del área de trabajo social, de los casos diagnosticados como seropositivos por instancias de primer nivel de atención – mayoritariamente los centros de salud, pero también los laboratorios privados – enviados a través de la coordinación de epidemiología de la Jurisdicción Sanitaria; a continuación, se presenta al paciente un estudio sociomédico que contiene como punto principal una declaración de no derechohabencia que le permita acceder al programa de suministro gratuito de medicamentos, incluido en el Seguro Popular (ya que de hecho, los medicamentos son recursos aportados por el gobierno federal).

La atención que los usuarios reciben se compone de una consulta externa que suele ser bimestral, misma que es proporcionada por los médicos tratantes que prestan sus servicios en la clínica, quienes preferentemente deben ser especialistas en virología o infectología. En el caso del CAPASITS de Poza Rica, los dos prestadores del servicio son médicos generales con cierta experiencia práctica en las áreas de medicina preventiva y banco de sangre del hospital regional de esa ciudad. Los servicios de asesoría psicológica y de odontología, así como la canalización a áreas de especialidad requeridas por las personas

“No he pedido mi cambio al CAPASITS de allá porque ahí se ven en las noticias locales de que no tienen medicamento, que batallan bastante; ahí en Matamoros hay uno, [...] en Reynosa también hay otro. Pero creo que sí tienen problema con la medicina, entonces de que esté yo batallando a perder por decir un mes o dos meses sin medicamento, y recaer, prefiero gastar y venir acá. Porque aquí ya sé que sí me van a dar mi medicina para dos meses.”

atendidas para el tratamiento de problemas específicos – como las frecuentes infecciones oportunistas a las que son vulnerables tras iniciarse la replicación de los virus en sus organismos – son procesos que necesariamente parten también de la consulta externa.

Gráfica 3. Ruta de inicio de la atención médica en el CAPASITS de Poza Rica



Fuente: elaboración propia con información proporcionada por el personal de atención a la salud del CAPASITS de Poza Rica, Veracruz.

El diagrama muestra que el inicio de la medicación antirretroviral, también referida como tratamiento antirretroviral o terapia antirretroviral (TARV) parte asimismo de la consulta externa, siendo los médicos tratantes los responsables de determinar el esquema de medicamentos más conveniente para los usuarios de los servicios de salud de acuerdo a sus conteos iniciales y subsecuentes de réplicas virales en sangre. Son precisamente estos dos los principales objetivos de la atención del CAPASITS: el control y monitoreo del estado de los sujetos

adscritos a la atención y el suministro de medicamentos antirretrovirales que les permitan mantener los niveles de carga viral tan bajos como sea posible. El enfoque biomédico que prevalece en este esquema de atención hace evidente que la medicación es el punto central de la misma, especialmente considerando la importancia que el apego completo al tratamiento tiene en relación con la preservación de una buena calidad de vida así como una mayor sobrevivencia para las personas viviendo con VIH.

3.3.3 Los prestadores de los servicios de atención a la salud en el CAPASITS de Poza Rica

La plantilla de trabajo dentro del CAPASITS está conformada por dos médicos tratantes, el doctor Pedro (quien había trabajado en diversas áreas del hospital, entre ellas el área de farmacia y el banco de sangre) y el doctor Román, ambos adscritos al programa de atención a personas viviendo con VIH desde 2006; el doctor Vázquez, quien había fungido como coordinador de la clínica en sus inicios, fue removido de su cargo y su lugar lo ocupó la doctora Brenda, aunque eventualmente ella también dejó dichas funciones. Karla, quien había prestado sus servicios en el área de farmacia, se hace cargo de la atención psicológica.

La principal característica del CAPASITS es que se trata de una clínica que proporciona servicios de salud de tipo ambulatorio, lo cual significa que la atención médica de este tipo es proporcionada por una instancia de primer nivel de atención externa a la institución hospitalaria, de manera que la primera se encargue del grueso de las acciones de prevención, el control de patologías comunes e intervenciones menores, y la segunda tenga a su cargo la atención médica de segundo y/o tercer nivel, incluyendo las especialidades (Puschel, Chacón y Peñaloza, 1995). Esto implica que los médicos tratantes del CAPASITS proporcionan una consulta externa y canalizan a los usuarios que requieren de servicios médicos de especialidad a alguna de las áreas de especialidad existentes en el hospital regional. Los médicos además se coordinan con los

encargados de los servicios diagnósticos y de control de laboratorio para la realización de las tomas de muestra de sangre y con los nutriólogos para las asesorías semanales que éstos proporcionan a las personas que viven con VIH que acuden a la clínica.

El resto del equipo de trabajo lo conforman Patricia, la trabajadora social, quien también ha asumido funciones correspondientes a la coordinación, aunque de manera informal, debido al vacío existente en dicha área; Eunice, quien cumple funciones de secretaria, captura y actualización de la base de datos SALVAR; Corina, la enfermera, y Daniela, la odontóloga.⁶⁴ La presencia de ésta última es necesaria en la clínica dada la gran propensión de las personas infectadas con el virus del VIH a sufrir lesiones infectantes.⁶⁵ Las labores de la enfermera normalmente se limitan a las tomas rutinarias de presión arterial, talla y peso en personas que asisten por primera vez a consulta, y al control periódico del peso en las citas médicas sucesivas; esto, debido a que las especificaciones de seguridad laboral impuestas por el hospital para el personal que trabaja en el CAPASITS y el rol como clínica de consulta externa y ambulatoria del propio centro, reducen la intervención del personal a dichas funciones. Las curaciones, aún para heridas muy pequeñas, así como la aplicación por vía intravenosa de ciertos medicamentos, vitaminas o sueros, no las realiza la enfermera: son inmediatamente canalizados al área de urgencias o de medicina preventiva.

Es pertinente apuntar las numerosas dificultades que esta plantilla de trabajo ha debido enfrentar a lo largo de los casi cinco años que la clínica lleva funcionando: para empezar, desde principios de 2010, la coordinación ha permanecido desocupada, por lo que el doctor Pedro y Karla, la responsable del área de psicología, se han hecho cargo de las labores de coordinación e

⁶⁴ Al igual que con los pacientes y los médicos tratantes, los nombres del resto de los integrantes del personal de atención a la salud de la clínica han sido cambiados por pseudónimos, con el fin de preservar la confidencialidad de todos los actores sociales involucrados en la investigación, a petición expresa del director del hospital regional de Poza Rica.

⁶⁵ De acuerdo con las afirmaciones de los médicos tratantes y la odontóloga, las candidiasis bucales son algunas de las infecciones oportunistas más comunes y que se presentan más pronto en sujetos infectados con el VIH; de éstas, una forma particular conocida popularmente como “algodoncillo” (cuyo nombre formal en la terminología biomédica es candidiasis pseudomembranosa) es incluso considerado corrientemente como un indicador de la presencia de la infección por VIH.

integración del grupo de autoayuda, aunque éste ha sido desintegrado y reformado un par de veces, sin lograr una cohesión significativa del mismo, a lo cual ha contribuido también la inconsistencia organizativa del propio grupo, aun a pesar de la dirección entusiasta de ciertos sujetos, como Horacio (presidente del grupo “Compañeros”), Jorge y otros, quienes han integrado mesas directivas y comités no demasiado duraderos en el pasado. La falta de un coordinador del centro también ha derivado en que Patricia, la trabajadora social, ha debido hacerse cargo de casi todos los trámites administrativos y de control, así como de coordinar las actividades del resto de la plantilla.

Debido a la escasez de personal de atención dispuesto a colaborar en la clínica, ésta sólo opera en horario matutino,⁶⁶ cuando debe funcionar en ambos turnos horarios. Pese a que la cantidad de personas que la clínica atiende no ha rebasado la capacidad de respuesta de la misma, el doctor Román prevé que esto pueda llegar a convertirse en un serio problema organizativo, al igual que como ocurre con el abastecimiento de medicamentos antirretrovirales. Las prestadoras de servicios en las áreas de psicología, odontología y enfermería además no siempre están en sus lugares de trabajo, forzando a los usuarios del CAPASITS a esperar varios minutos o incluso una hora o más, a que ellas regresen.

La recepción de las personas atendidas en el CAPASITS en ciertas áreas de atención especializada del hospital, como el área de medicina preventiva y el área de urgencias, suele ser un proceso burocratizado y difícil, en el que la calidad de la atención (de acuerdo con lo afirmado por los propios médicos, especialmente el doctor Román) suele ser muy pobre; la discriminación del parte médico en urgencias en la forma de negativas a recibirlos es común, lo cual puede tornar el

⁶⁶ La mayoría de los integrantes del equipo de trabajo de la clínica han ocupado sus puestos por sugerencia o indicación de la dirección del hospital, y no por una postulación voluntaria; a decir de la enfermera y la odontóloga, el personal que brinda atención en otras áreas se rehúsa a trabajar en el CAPASITS pues prevalece una fuerte discriminación en la forma de temor a ser infectado(a) entre la mayoría de los prestadores de servicios médicos, a pesar de que el curso de capacitación que se les proporciona por parte de la coordinación estatal del programa enfatiza en la reducción del riesgo de transmisión laboral, y tanto los médicos como las enfermeras tienen prohibida la aplicación de agujas, catéteres u otros instrumentales de curación en la clínica que impliquen un contacto directo con productos sanguíneos de los pacientes (se les canaliza al área de urgencias).

tránsito hospitalario en un auténtico calvario, como ha ocurrido con algunos casos graves:

[...] hay pacientes que vienen muriéndose, todos deshidratados, que ya están más para allá que para acá, que entiendes tú que tienes que enviarlos a urgencias para que los estabilicen, y a la mejor hasta tenga alguno que quedarse en piso [internado]; o pacientes que ya llegan con tuberculosis comprometida, con neumonía comprometida, que son pacientes que sabes que van a requerir estar cuatro o cinco días hospitalizados, tienes que derivarlos a urgencias. Pero siempre encuentras problemas: por ejemplo, 'que no hay camas'... ponen mil pretextos. Finalmente los aceptan, digo, tienen que aceptarlos, pero yo tengo la necesidad de estarle hablando al director: 'oye, habla con ellos'... cuando no tenemos por qué estar haciendo eso.

El personal de atención del CAPASITS enfrenta otros problemas. A pesar de su capacidad y de su genuino interés en la consecución de una mejora en la salud general de las personas atendidas, ambos médicos tratantes son médicos generales; no cuentan con una especialización en virología, infectología o farmacología, lo cual incide en la calidad de la atención que brindan: a decir del doctor Pedro, en ocasiones ha decidido recurrir a la elaboración improvisada de dosis o esquemas específicos para medicar a personas infectadas con resistencias a los esquemas habituales o a infantes, algunos de muy corta edad, mientras que el doctor Román mencionó episodios en que ha juzgado necesario romper los protocolos de inicio de la atención para suministrar medicamentos a sujetos con gran desgaste que no han presentado un diagnóstico médico (prueba confirmatoria o Wester blot) que compruebe formalmente su seropositividad:

A veces tratamos de hacer cosas saliéndonos de las reglas y de las normas, porque cuando lo hemos hecho nos ha funcionado; por ejemplo, llega un paciente mal, crítico, le digo a la trabajadora social '¿ya tienes los estudios?', 'no, apenas los van a mandar'. El resultado de carga viral y la Wester [blot] demora un mes, ves el paciente que ya no llega... ¿qué haces? Una de dos: o lo dejas a que se muera, o le das el tratamiento por adelantado, así estés rompiendo una norma,

un protocolo de Censida. [...] O sea la guía es bien estricta, y si no quieres problemas tienes que acatar lo que la guía especifica: paciente con VIH, para poder iniciar el tratamiento tiene que tener todos sus estudios. Claro, hay ciertas excepciones en que puedes iniciar [el tratamiento] sin los estudios, que es lo que hemos hecho en esos casos... porque hemos rescatado a muchos.

Sin embargo, el principal problema del CAPASITS de Poza Rica, más allá de la capacidad que hasta ahora ha mostrado para albergar casi mil pacientes de forma acumulada y ofrecer a todos ellos la atención médica así como la seguridad acerca del abastecimiento suficiente y entrega pronta y gratuita de los medicamentos, es que, ya sea debido a la ausencia de un coordinador, al poco interés de los prestadores de servicios encargados del centro o a la aplicación de estrategias inefectivas, ha faltado grandemente a una parte importante del compromiso institucional para el que estos centros fueron creados: la promoción a la salud sexual y a la prevención de la infección por VIH.

En otras palabras, el enfoque de la clínica ha sido mucho más asistencialista que preventivo, al centralizar la atención en el abasto y distribución de los medicamentos antirretrovirales y al poner casi todo el énfasis de la orientación médica a las personas viviendo con VIH en la importancia del apego al tratamiento; los instrumentos y materiales con que el centro cuenta para promover acciones de prevención (folletos, revistas, presentaciones, pláticas temáticas y aun recursos videográficos acerca del uso correcto del condón; uso correcto del condón femenino; erotización del condón; promoción a la salud sexual para varones homosexuales; guías para la defensa de los derechos humanos, sexuales y de la diversidad sexual y cultural, así como del trabajo sexual, etc.) no son suficientemente utilizados en la interacción médico-paciente,⁶⁷ y en algunos casos estas informaciones son omitidas por completo, de modo que son ellos mismos

⁶⁷ Otros elementos preventivos implementados por los servicios de salud de Veracruz (SESVER), como el llamado “condonmóvil” o “condoneta”, que supuestamente participa en campañas publicitarias a favor del uso correcto y constante del condón y promueve la interacción sexual segura e informada entre los jóvenes, en algunos casos ni siquiera son conocidos por los pacientes o no han visto nunca dicho módulo móvil, además de que el mismo prácticamente nunca puede ser localizado ni en las inmediaciones del Hospital Regional, ni de la Jurisdicción Sanitaria No. 3, ni se lo ve patrullando las calles de la ciudad.

quienes, de forma eventual, se interesan por obtener dichas informaciones en los estantes que el CAPASITS tiene en la oficina de trabajo social o frente a la sala de espera. De esta manera, son las personas viviendo con VIH que se atienden en la clínica quienes asumen cierto liderazgo con respecto a gran parte del proceso de distribución de dicha información desde la clínica hacia sus hogares o centros de trabajo, proceso en el que las mujeres cumplen un papel especialmente protagónico al difundir un buen número de dichos datos a sus esposos o compañeros, hermanos y hermanas, hijos o sobrinos.

Además, y este es un aspecto de importancia para el presente trabajo, los esfuerzos preventivos son escasos pese a la representación común al personal de atención a la salud y a muchos usuarios de los servicios del centro, de que el estado de Veracruz, la zona norte del mismo, y dentro de ésta, especialmente la ciudad de Poza Rica, son lugares que cuentan con un gran riesgo ante la infección por VIH debido al número de casos acumulados en la historia de la entidad, que lo colocan como el tercer lugar en dicho rubro a nivel nacional, y dentro de Veracruz la ciudad de Poza Rica, que se ha acercado a ocupar el tercer lugar a nivel estatal; una postura que además, ha sido ampliamente reproducida en diversos medios de comunicación impresos y electrónicos (La Opinión, 18 de septiembre de 2007; La Opinión, 11 de noviembre de 2007; La Opinión, 4 de diciembre de 2007; Noreste, 8 de marzo de 2008; Noreste, 1 de diciembre de 2008; La Opinión, 6 de junio de 2009) , y aun por las asociaciones civiles y grupos de defensa de derechos humanos y de promoción a la salud, como la asociación “Acción solidaria” de Alejandro y “Compañeros”, dirigida por Horacio.

3.3.4 VIH-Sida y atención médica: las representaciones del personal de salud

Este planteamiento de un riesgo particularmente elevado de contraer la infección en una ciudad como Poza Rica resulta en una representación social que incluye necesariamente el contexto socioespacial e histórico de esta ciudad, y que concatena dicho contexto con las representaciones usuales del VIH-Sida como un

problema de salud “foráneo” y propio de ciertos sectores sociales que llevan a cabo prácticas sexuales no convencionales; este escenario representacional también trasciende a las representaciones y explicaciones del personal de salud. Uno de los médicos, Román, elaboró una relación causal del riesgo ante la infección por VIH con las características de la ciudad como un centro petrolero, de arribo y partida constante de obreros que se desempeñan en ese rubro, en combinación con la proliferación histórica del trabajo sexual prácticamente desde los inicios de la fundación de la ciudad (cabe recordar que algunas fuentes consultadas también apuntaban ese hecho); el doctor Román enarboló como principal causa del aumento del riesgo y vulnerabilidad en esta urbe veracruzana el hecho de que

[...]Poza Rica es un parador; y la zona más importante yo diría de la zona norte del estado. Pues es lógico: pasadero, parador turístico hasta cierto punto, y una de las ciudades más grandes, o la más grande, con un nivel de vida caro, de hecho nosotros tenemos un nivel de vida más caro que Xalapa y que el puerto [de Veracruz], ¿qué te dice eso? Que aquí hay billete; donde hay billete hay de todo... entonces aquí hay mucha prostitución. [...] Poza Rica fue fundada por prostitutas; todos los que vivimos aquí lo sabemos, Poza Rica se creó por un campo petrolero, así fue como surgió: se halló petróleo, llegaron campamentos petroleros, pero atrás de los campamentos petroleros venían las sexoservidoras de Tampico. Y así se fundó esta ciudad. [...] Entonces, al haber mucha prostitución, es lógico que fluyan este tipo de enfermedades.

Como puede verse, la representación que sobre el VIH hace el doctor Román también está dirigida principalmente a la extensa red de trabajo sexual comercial existente en el norte del estado, de manera tolerada; cabe recordar lo demostrado por diversas investigaciones en VIH-sida en México, acerca de los bajos porcentajes de transmisión del virus de trabajadoras sexuales femeninas a sus clientes en comparación con otros contextos de transmisión sexual. Por cierto, dicha representación se contradice con otra que el propio doctor Román ofrece, surgida directamente de su experiencia como médico tratante:

El perfil epidemiológico [de estos pacientes], siguen siendo varones el más alto índice: y dentro de los varones, la gente homosexual. Siguen siendo ellos los primeros, los que más...

El doctor Pedro, por su parte, dirige la causalidad de la propagación acelerada del VIH directamente hacia los hombres homosexuales, a quienes otorga un papel de culpabilidad en relación con el aumento de casos no sólo al interior de la propia comunidad homosexual, sino desde ésta hacia un sector visto como “víctima inocente” y particularmente vulnerable ante la propagación epidémica de la enfermedad: los jóvenes en edad escolar:

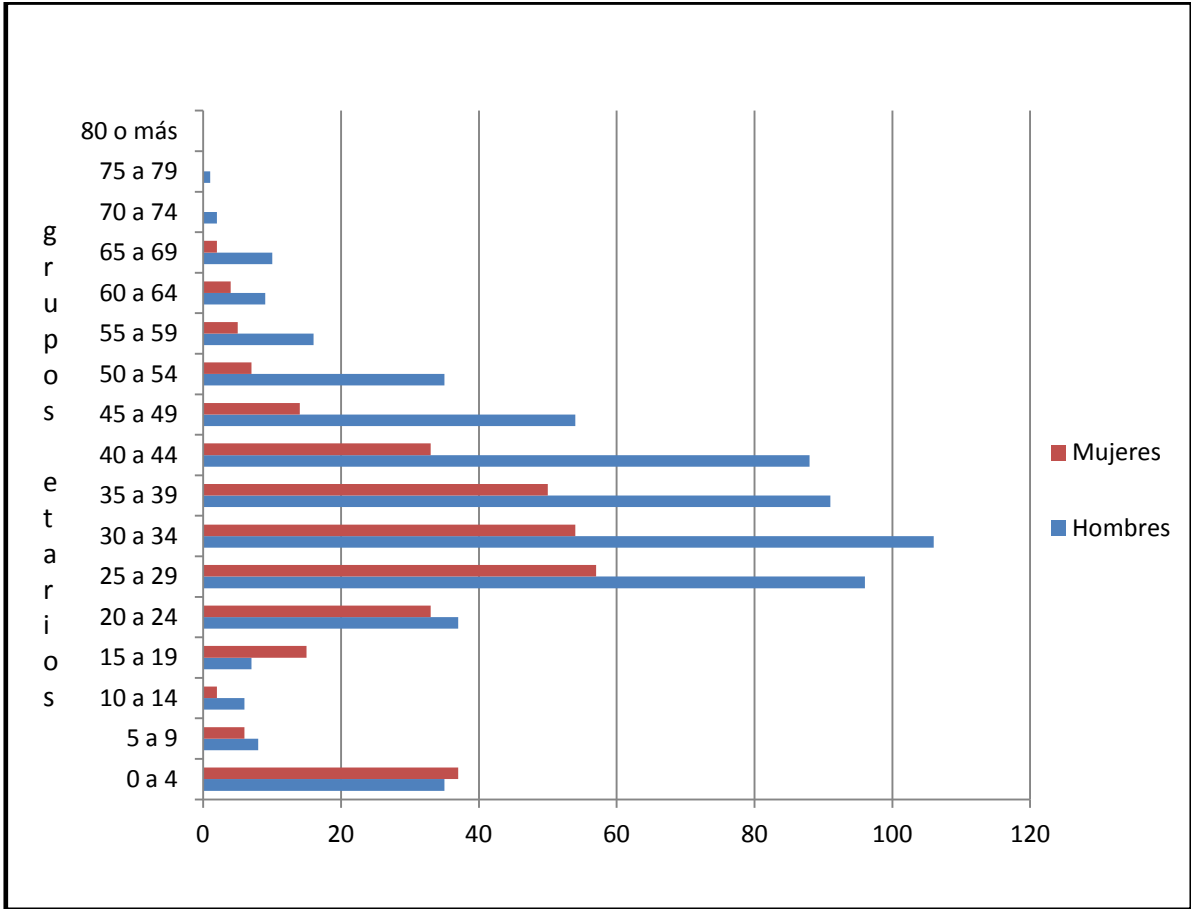
[...] los más fáciles de contagiarse en un momento dado, bueno: los jóvenes, definitivamente los jóvenes; porque los homosexuales los tienen en la mira. Por eso. Hay mucho homosexualismo y pues, desgraciadamente, la juventud no percibe esas cosas...

Los jóvenes, y especialmente los chicos en edad escolar secundaria y preparatoria son referidos también en numerosas ocasiones por el personal médico de la clínica y por los medios impresos de comunicación locales como las personas más susceptibles ante la infección por VIH en escenarios de constante riesgo por contactos sexuales casuales sin protección.⁶⁸ Esta concepción, no obstante, está lejos de la realidad concreta de la infección en Poza Rica, al menos en lo que respecta a los datos concretos disponibles, pues menos del 5% de las personas registradas en la base SALVAR del CAPASITS de esta ciudad tienen una edad correspondiente a dicha etapa vital; incluso hay muchos más casos pediátricos que de preadolescentes o adolescentes con edad apropiada para la escuela secundaria, y los jóvenes en edad de bachillerato o universidad tampoco conforman el conjunto etario más numeroso en cuanto a casos de seropositividad

⁶⁸ La representación jóvenes-sida ha sido reforzada por las estrategias publicitarias del sector salud con respecto a la salud reproductiva y sexual, que a menudo es abordada como un conjunto en el que se incluyen tanto el riesgo ante la infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual, como el riesgo ante el embarazo y maternidad adolescente como los principales objetivos de la prevención por medio del uso del condón; estas aproximaciones a la prevención en jóvenes incluyen actividades académicas e informativas en las instalaciones de escuelas secundarias, bachilleratos y centros de educación superior de la ciudad, aunque solamente son visibles el primer día del mes de diciembre, cuando se conmemora el día mundial de la lucha contra el Sida.

registrados en el Sector Salud. Si bien es cierto que esta es una epidemia que afecta a los jóvenes, los datos evidencian que son los varones pertenecientes a grupos etarios intermedios los que más participan de la transmisión y también de la búsqueda de atención, es decir, los rangos de edades que van de los 25 a los 45 años.

Gráfica 4: Casos acumulados de VIH registrados en el CAPASITS de Poza Rica, por grupos de edades.



Fuente: elaboración propia con datos obtenidos de la base de datos SALVAR para el CAPASITS de Poza Rica, Veracruz.

Esta gráfica también hace notorio el predominio masculino en la transmisión del VIH, lo cual a su vez indica que los hombres, como se mencionó, participan más de prácticas sexuales que aumentan su vulnerabilidad ante la infección que

las mujeres, lo cual haría suponer que existe una mayor vulnerabilidad entre la población masculina; sin embargo, las mujeres de hecho son más vulnerables a la infección por VIH, ya que hay que tomar en cuenta la notables desventaja que supone la falta de poder para tomar decisiones en el ámbito conyugal, doméstico, laboral y social en general que la gran mayoría de las mujeres padecen en la sociedad mexicana. Las mujeres que se infectan de VIH, suelen hacerlo en contextos de subordinación sexual – aún sin violencia de por medio – en los cuales además pueden carecer de recursos informativos y culturales necesarios para prevenir la infección.

Es por ello que desde la perspectiva salubrista, las mujeres suelen ser consideradas como agentes pasivos, como ‘víctimas’ o como simples ‘receptoras’ de la infección en el intercambio sexual, pero después son ellas a quienes se atribuye el papel más activo en la búsqueda de la atención médica y en el traslado de las prácticas y representaciones del cuidado en el ámbito familiar, lo cual a su vez excluye o secundariza notablemente la participación masculina de la prevención, el autocuidado y el cuidado de los miembros de la familia desde esa perspectiva, promovida de cotidiano por el Sector Salud al incluir frecuentemente la salud sexual y la salud reproductiva en un mismo ‘paquete’ cuyo objetivo central es la planificación familiar y el cuidado médico en el proceso de embarazo/parto/puerperio. Como Graciela Freyermuth ha referido al citar a sujetos entrevistados en el estado de Chiapas en circunstancias de migración y de riesgo y vulnerabilidad ante el VIH-sida, “la información sobre la salud y sus cuidados no es asunto masculino, pero el sexo extramarital sin protección sí lo es” (Freyermuth y Meneses, 2009:240), esto también es visible en las afirmaciones de mujeres con VIH y en la perspectiva salubrista, observadas en el trabajo de campo en el CAPASITS de Poza Rica.

Además, y esto reviste una gran relevancia, la participación de los grupos familiares, amigos y parejas a lo largo del proceso de inclusión e integración en el programa de apoyo médico ambulatorio del CAPASITS no es un hecho que ocupe – y debe ocuparlo – un lugar preponderante en las representaciones, ni en las

prácticas, ni en el planteamiento de la información estadística manejada por el equipo de trabajo de la clínica; las madres, los hermanos, los compañeros y compañeras sentimentales, son en muchos casos actores clave en la iniciación del proceso de atención médica al llevar a los sujetos enfermos, al acompañarlos a la consulta en ocasiones subsecuentes y de hecho también, como apoyo moral en la búsqueda del apego completo al tratamiento antirretroviral en casa, algo que, como se verá en el siguiente capítulo, representa un verdadero desafío diario y una profunda transformación de la vida social, dentro y fuera del hogar de los sujetos. De gran importancia y en no pocos casos indispensable, el acompañamiento de un familiar a la consulta es un dato no medible, y escasamente tomado en cuenta como un elemento integral de la atención a la salud de las personas viviendo con VIH.

Como se ha explicado a lo largo de este capítulo, estudiar la construcción histórica y social del espacio pozarricense, de sus dinámicas socioespaciales es una pieza clave en la búsqueda por comprender la enorme complejidad sociocultural de las prácticas y representaciones de la sexualidad y el VIH-Sida de sujetos y grupos que se desenvuelven en la propia ciudad y también a lo largo de rutas de desplazamiento poblacional entre ésta y otras localidades, pero también es de gran importancia para entender por qué Poza Rica, aún sin estar implicada como un lugar de origen o de destino en los procesos de movilidad y migración de ciertos sujetos y grupos radicados en otras localidades de la región norte, se convierte en la piedra angular de las trayectorias vitales de aquellos que a través de sus carreras como migrantes, entran en contacto con la infección por VIH.

En tales circunstancias, el CAPASITS de Poza Rica se traduce en el lugar al que confluyen para recibir una dolorosa confirmación de diagnóstico, para buscar y obtener la atención médica y desde luego, para iniciar una carrera diferente, una carrera como enfermos y como pacientes prescriptos con un régimen permanente de medicamentos antirretrovirales que transforma profundamente sus vidas no sólo como trabajadores, sino también como parejas, como miembros de un grupo familiar y como usuarios de servicios de salud

enfrentados a una cotidianidad no exenta de vulnerabilidad, dolor, incertidumbre, estigmatización y temor, pero también de amor, solidaridad y fortaleza: vivir con VIH.

CAPÍTULO 4. MIGRAR Y ENFERMAR: RUTAS MIGRATORIAS, TRAYECTORIAS DE BÚSQUEDA DE ATENCIÓN Y REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE LOS PROCESOS DE MIGRACIÓN Y DE PADECIMIENTO POR VIH-SIDA DE ALGUNOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS DEL CAPASITS DE POZA RICA.

Los casos de estudio que se presentan en este capítulo corresponden a personas viviendo con VIH-Sida y que han tenido diversas experiencias con la migración y movilidad desde la zona norte del estado de Veracruz y son atendidos actualmente en el CAPASITS de la ciudad de Poza Rica; esa diversidad de experiencias me ha permitido establecer, si bien no de manera formal, una clasificación tipológica de los informantes, aunque también he incluido entre los criterios para su agrupación otras condiciones tales como el género y la preferencia sexual de estos hombres y mujeres, quienes radican en lugares distintos – dos de ellos en Gutiérrez Zamora, uno más en Álamo, y una en Tecolutla; los otros dos sí viven en Poza Rica –, pero se reúnen en torno a un lugar común: ellos reciben atención médica en el CAPASITS de Poza Rica.

No tengo la certeza de que todos se conozcan entre sí, pues han ingresado al CAPASITS y también han participado y dejado de participar en el grupo de autoayuda de la clínica en diferentes momentos, aunque a varios de ellos los conocí en las reuniones de integración proporcionadas por el doctor Pedro y Karla, la psicóloga, quienes organizan dichas reuniones debido a la falta de coordinador en la clínica (Patricia, la trabajadora social, no participaba activamente de la integración e información para el grupo de autoayuda, pese a que se encargaba frecuentemente de otros asuntos que también competen directamente al coordinador).

Entre la diversidad de representaciones, ideas, opiniones y vivencias que estos seis hombres y mujeres han compartido, también es posible encontrar ciertas semejanzas y coincidencias: el miedo a la estigmatización, los desencuentros con el personal de salud que les ha atendido tanto en los diferentes

hospitales y centros de salud a lo largo de sus trayectorias migrantes y también en diferentes estadios de sus trayectorias de padecimiento, el dolor físico pero también y sobre todo emocional que el padecimiento les ha ocasionado, la esperanza puesta en el tratamiento antirretroviral de tener una vida y una sobrevivida tan normales como cualquier otra persona, el respeto e incluso el afecto que en algunos casos profesan a los médicos tratantes, y que convierte a éstos en actores sociales significativos en sus vidas como usuarios de servicios de salud...

Cedo la palabra a ellos, interviniendo mediante el análisis y la explicación cuando lo he considerado pertinente: tres hombres homosexuales que han tenido experiencias de migración interna (y uno de ellos también internacional), dos mujeres casadas con trabajadores migrantes y una mujer transexual con experiencias de migración, trabajo sexual y activismo social. He estructurado en cada caso la exposición de sus trayectorias migrantes, sus representaciones sobre la migración y el VIH, sus trayectorias de padecimiento y búsqueda de atención y dentro de estas últimas, numerosas representaciones respectivas a la propia atención, el personal de salud y el tratamiento antirretroviral. En diversos momentos de sus narrativas han aparecido además, los temas de la estigmatización, tanto imaginada como real, en diferentes escenarios.

4.1 Sexo entre varones, migración y VIH-Sida: “se van de aquí y vienen a morir aquí”. Los casos de Marcos, Juan Carlos y Santiago⁶⁹

A continuación se describen los casos de tres hombres que tienen sexo con hombres – o HSH, como suele abreviarse – y cuyas experiencias migratorias hacia ciudades fronterizas o inclusive hacia los Estados Unidos (en el caso de uno de ellos, Juan Carlos) se enlazan de forma directa con el inicio de sus trayectorias

⁶⁹ En todos los casos, incluyendo también los de los siguientes apartados, los nombres de los informantes han sido reemplazados por pseudónimos para proteger la identidad y el derecho al trato confidencial de los pacientes de la clínica CAPASITS, no sólo por petición suya, sino también de la dirección del Hospital regional de Poza Rica y como ha sido indicado en lo tocante al tratamiento de datos referentes a personas viviendo con VIH-Sida y el establecimiento de contacto con éstos o con sus familiares, en los apartados 6.3, 6.7, 6.9, 6.10 y 6.15 de la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH (NOM).

de padecimiento. Es importante emplear la designación inclusiva de “hombres que tienen sexo con hombres”, mediante la cual es posible referirse a una gran diversidad de hábitos y estilos de vida referentes al sexo entre varones, y no limita simplemente a la homosexualidad las prácticas sociales, sexuales y afectivas de estos sujetos, ni tampoco los contextos sociales y culturales en los que se han infectado, si bien los tres: Marcos, Juan Carlos y Santiago se adscriben a sí mismos como homosexuales “obvios”. Vale la pena recordar que algunos autores como Rosa María Lara (2006) han referido varias de estas “modalidades” de interacción homoerótica y las han descrito de forma amplia en el pasado.

Se presentará una descripción de cada caso por separado, acompañada de información adicional producida por la observación y por las aportaciones de otros actores sociales incluidos en la investigación, esto es, el personal de servicios de salud del CAPASITS, familiares y activistas de agrupaciones de lucha contra el Sida como “Compañeros”, presidida por Horacio y “Acción Solidaria”, dirigida por Alejandro.⁷⁰

4.1.1 Marcos

Marcos es un hombre de 30 años de edad, moreno, de estatura mediana; sus ojos grandes miran de una forma un tanto apagada y resaltan sobre los rasgos afilados de su cara. La delgadez de su complexión ha sido exacerbada por el síndrome de

⁷⁰ Al igual que con los pacientes y el personal de salud de la clínica, los nombres de los activistas y de las asociaciones que dirigen también han sido cambiados a propósito de dar un tratamiento confidencial a sus identidades y a las informaciones proporcionadas por ellos.

Con respecto a estas asociaciones, aunque son muy pequeñas y en cierto modo carecen de una buena organización, Alejandro y Horacio realizan por medio de las mismas, algunas tareas que resultan sumamente relevantes e inciden en la prevención y en la atención a la salud en VIH-Sida (algunas de ellas las realizan de forma voluntaria e independiente, pese a que son acciones que corresponden al sector salud local y estatal): Alejandro, por ejemplo, efectúa anualmente eventos de aplicación de pruebas orales de detección del VIH, también conocidas como pruebas orales u “Oral Quick”, tanto en Poza Rica como en Papantla, de las cuales afirma haber tenido buenas convocatorias, especialmente en las vísperas del Día mundial de la lucha contra el sida, el 1 de diciembre. Horacio, por su parte, realiza recorridos nocturnos por las zonas de mayor incidencia de trabajo sexual de Poza Rica, repartiendo condones e información preventiva, sirviendo de enlace a la Jurisdicción Sanitaria no. 3 para tal fin. Ambos se encargan además, de la canalización de personas notificadas como seropositivas a la atención médica en el CAPASITS y en el hospital regional del IMSS, y de la distribución eventual en el propio CAPASITS de otros recursos como despensas o medicamentos de uso común, obtenidos como donativos.

desgaste que ya presenta, aunque su voz, en notable contraste, es fuerte e imperativa. Nació en la localidad de Gutiérrez Zamora, muy cerca del turístico pueblo de Papantla. Vivió con su madre y siete de sus nueve hermanos y hermanas hasta los 17 años, edad en que se trasladó a la ciudad tamaulipeca de Reynosa a buscar trabajo y a vivir bajo la tutela de dos hermanas mayores, que tenían ya algún tiempo radicando en la urbe fronteriza. Aunque uno de los propósitos planteados en su viaje a Reynosa era continuar sus estudios, una vez allá optó por descartarlos y buscar un empleo como obrero en el sector industrial maquilador. Marcos permaneció varios años en Reynosa y posteriormente regresó a Gutiérrez Zamora para probar con el negocio de jugos y mariscos que atiende actualmente, cerca de otros puestos de comida atendidos por sus hermanas mayores. A raíz de la muerte de su madre por causa de una muy avanzada diabetes, Marcos ha debido ocuparse del negocio familiar prácticamente por su cuenta, y además tiene como dependientes económicos a la menor de sus hermanas y a la pequeña hija de ésta, sin poder contar con el apoyo económico – que sí moral y anímico – de sus hermanos mayores.

Conocí a Marcos durante mi primer día de trabajo en el CAPASITS, cuando la psicóloga de la clínica organizó una reunión-taller informativa en la cual ella y una pasante de la carrera de psicología de la Universidad Veracruzana proporcionaron a algunos usuarios información acerca de la socialización del resultado de la prueba serológica confirmatoria a los familiares y parejas de los sujetos infectados, además de diversas actividades de integración. En un inicio, Marcos se mostró desconfiado ante la perspectiva de ser entrevistado para un proyecto de investigación sobre migración y VIH, pero al final de la sesión me comunicó que él tenía experiencias como migrante a un centro maquilador del norte del país y que accedería a realizar una entrevista, siempre y cuando ésta se realizara en Gutiérrez Zamora, debido a su reducida disponibilidad de tiempo. Una vez en su lugar de trabajo, su actitud defensiva se disipó con rapidez y Marcos comenzó a hablar de forma profusa acerca de su caso, interrumpiendo esporádicamente para atender a los pocos clientes que ese día se acercaron para

comprar jugos de frutas, tostadas de seviche y cocteles de camarón que constituyen los principales productos que él ofrece en su local.

La infección, la reciente pérdida de su madre y la voluntad de cambiar su orientación sexual a raíz de su adscripción en la iglesia adventista del séptimo día, algún tiempo antes de saberse infectado, configuran la trayectoria de padecimiento de Marcos, y la forma en que recuerda su proceso como migrante.

Somos diez de familia; ahorita ya somos todos adultos, pero cuando yo tenía 17 años te puedes imaginar que éramos menores algunos: mi hermana, mi otro hermano... entonces mis hermanos todavía uno estudiaba en la prepa, mi mamá fue mamá soltera, dejó a mi papá cuando éramos pequeños; entonces, era un ritmo de vida, era de que yo ya ocupaba que el desodorante y que esto y que aquello, y ya no me animaba a pedirle a mi mamá porque me sentía mal, cositas de esas que tú te vas dando cuenta que la situación está difícil y entonces dices “¡ah la! No, ya me siento así como que ya debo de... apoyar, dejar de ser una carga entre comillas”, piensa uno; también porque dije “aquí no me siento...”, pus a los 17 años es cuando empiezas a explorar tu vida y tus maneras, no me sentía a gusto en este lugar, sentía que tenía que irme a otro lado para ser yo. Así pensaba erróneamente; y pues por eso fue lo que me llevó, vino una hermana en una ocasión, ella ya estaba allá; [me dijo] “oye vámonos, allá estudias, allá trabajas” y yo un chamaco, pues se deja llevar: “no pues sí es cierto”; [me dijo] “allá hay trabajo, allá hay estudio, allá te quedas, trabajas y le echas ganas” pues te lo ponen como fácil ¿no? Y pues te vas.

Me fui a Reynosa 10 años, me fui a los 17. Y no me fue muy bien la verdad, porque al principio pues con 17 años no te dan trabajo en cualquier lado; menos sin la experiencia. Allá la mayoría es en maquiladoras, pero te piden experiencia, ¿para qué?, para hacer algo que a lo mejor es insignificante, pero te la piden. Y si nunca has trabajado pus batallas, yo batallé para encontrar trabajo; mis hermanas ya se habían desesperado conmigo porque pues eres una boca más, o sea... sí es algo feo. Sí tuve la oportunidad de estudiar, intenté estudiar la prepa pero me

faltó ganas o sea uno de chamaco ya ves cómo es; de hecho mi mamá me decía, me apoyaba, ella no quería que me fuera.

¡Pues yo creo que estuve [sin trabajo] como un mes! Ya estaba desesperado, porque pues sentía feo, ibas y te decían “no, venga luego” y así como que te daban largas, o luego te decían

- No, es que eres menor de edad y no tienes experiencia.

Y luego pus yo no mentí:

- Es que yo voy llegando, quiero echarle ganas, necesito trabajar.

Pero no era suficiente para ellos; ya me coloqué en un trabajo donde estaba mi hermana pero porque ella me echó la palanca, o sea ella anduvo ahí duro y duro; porque ella tenía más tiempo ahí pero sí batallé como un mes, o hasta un poquito más. Pero pues persistí y gracias a dios encontré trabajo, después de un tiempo; pero no fue una buena experiencia al principio, y también el hecho de que cuando te botan de una empresa por recorte de personal y empezar de nuevo, buscar otra vez o sea no es fácil, porque pues como en cualquier lado pienso yo: tener que andar tocando puertas, y que ya no tienes dinero y eso, y en otro lugar cuando estás lejos de tu familia, sabes que a lo mejor no tienes para comer y no va a haber quién te de un taco o quien te ayude porque pues no está tu familia cerca; y tus hermanas a lo mejor también están batallando económicamente, porque la frontera tú sabes no es garantía, y menos ahorita, de que todo está bien.

Mi primer trabajo fue en una empresa maquiladora, hacían partes para autos: botones, clock spring, bolsas de aire, partes para autos internas: radios... Cuando entré me mandaron a un área de retrabajo donde sortean el material, lo inspeccionan. Eso fue lo que empecé a hacer, ya después me fueron colocando en otras áreas, fui agarrando experiencia, llegué a un área que es de calidad; pues nomás con la secundaria no puedes ascender mucho, pero si ven tu trabajo y ven que le echas ganas, pues te colocan en áreas más o menos, digamos que ganas

un poquito más, que estás menos estresado. Yo siempre le eché ganas donde estuve y siempre me colocaron en puestos más o menos... digo, no podía subir más porque no estudié, me quedé nomás con la secundaria pero sí tenía buenos puestos. La gente confiaba en mí, los supervisores me buscaban, o sea siento que me desempeñaba bien, dentro de lo que cabe.

Pues ese fue mi primer trabajo, ya después me metí a otra empresa porque ahí me liquidaron, no sé qué pasó. Me metí a otra empresa, duré ahí seis años; yo duraba en mis trabajos, no era de que un año aquí y un año acá, no. Yo era responsable: en el primer trabajo tardé dos años y medio, luego en la otra tardé seis, hubo una que estuve temporalmente nomás un mes pero fue por causas de que la empresa estaba muy mal y yo no me iba a poder quedar ahí; y sí, casi todo el tiempo que estuve allá fue como en tres empresas por así decirlo, no es que anduviera en una y luego en otra.

Los recursos sociales y familiares fueron indispensables para Marcos, tanto para conseguir empleo como alojamiento en Reynosa; después, esas mismas redes familiares de ayuda él las ha continuado, cediendo en alquiler a otro hermano suyo la casa de interés social que adquirió allá por su trabajo.

En un principio [viví] con mi hermana, después hubo un tiempo que viví solo, luego otra vez con mi hermana, después me dieron mi casa de INFONAVIT, viví solo otra vez ahí; después [me mudé] con un amigo. De hecho no era muy cómodo vivir con ellas porque pues con sus hijos y eso y yo soltero pues como que no, ¡me estresaba!, y yo buscaba a veces estar solo; o a veces se enojaba y me corría y pues me iba con mi otra hermana o a rentar, ya sabes, situaciones de familia que nunca faltan. Por un tiempo ellas también vivían juntas, a veces vivían separadas, dependía. La casa [de INFONAVIT] la tengo todavía. Nada más que ahorita ya estoy bien atrasado con el pago porque... pues se me ha salido de las manos pero sí se puede decir que es mía todavía. Ahorita se la rento a otro hermano que ahorita vive allá.

De mojado nunca pude irme: yo quería pasarme con mis papeles, con la visa y todo pero me la negaron y no insistí, nada más una vez me la negaron y con eso tuve. Pues no sé [por qué me la habrán negado],... ni siquiera vieron mis documentos, no sé, es que ya sabes que ahí no se sabe qué ven en ti o tu perfil, quién sabe. Ni siquiera revisaron mis papeles, no vieron nada: o sea nada más me la negaron y ya, tal vez por mi apariencia, tal vez no me creyeron que nada más quería ir de compras. Pus no sé, el caso es que me la negaron; y sí, mi plan era irme a trabajar allá, irme de ilegal, estar así... por un amigo que me había invitado. Pero pus por algo también no fue, y la verdad no me arrepiento o sea, qué bueno que no me fui. Porque ya me imagino estando por allá, yo soy muy... soy muy extraño, soy muy sentimental; y me imagino que estando allá no sé, como que no la iba a hacer, como que me iba a deprimir o iba a extrañar mucho, o no sé. Como que no iba a ser algo bueno para mí.

Aquí antes de irme a Reynosa, tanto como parejas no; sí había tenido relaciones sexuales. Te digo yo me fui a los 17 y mis relaciones sexuales empezaron desde que yo era chamaco. Porque pus primero me abusaron; o sea, jugando jugando pero me abusaron. Entonces a partir de ahí ya como que mi mente yo pienso que se dañó, o sea cuando me abusaron yo tenía como 6 años, [él] era un muchacho de 16 años, o sea que jugando jugando pues me violó; y a partir de ahí yo siento que como que mi mente se dañó, como que ya después yo buscaba que me tocaran, bueno yo así pienso... A partir de ahí pues yo ya fui creciendo, ya buscaba más, ya era más directo; a los 12 o 13 años yo ya provocaba tener una situación así. Qué pena, qué feo pero pues es la realidad. Y pues sí, yo ya había tenido, cuando yo me fui de aquí ya había tenido relaciones, ya sabía.

En Reynosa me sentí más libre para ser quien yo era. Sí porque pues allá es más otro ambiente, como más liberal... Yo siempre fui de un carácter noble, dócil, entonces yo era muy enamorado; entonces cuando yo me involucraba con una persona, obviamente pues daba todo de mí y, o sea se aprovechaban; y más

en ese ambiente, yo no sé si conozcas un poco de ese ambiente:⁷¹ las personas son muy frívolas, muy... aprovechadas, no hay respeto, o sea si tienes tu pareja igual andas con otro, entonces... yo siempre fui muy confiado, y sí sufrí mucho porque me enamoraba. Yo no sabía, para mí era amor, pero obviamente no era amor; te ilusionabas o lo que tú quieras, y sí sufrí mucho. Pero pues también eso me enseñó a aprender que precisamente por eso no es ahí donde quiero estar, porque no es un ambiente sano para mí. Tuve más parejas ocasionales que estables; estables se puede decir que tuve cuatro o cinco y de poca duración. Y ocasional sí, la verdad sí porque pues desafortunadamente, no es algo de lo que me sienta orgulloso pero sí, tuve muchas parejas ocasionales; como la mayoría de los homosexuales, porque no es un secreto. Y yo que lo permitía porque pues uno se da cuenta; a veces por ejemplo un chavo me gustaba, y yo sentía que esa persona se estaba aprovechando pero como esa persona me gustaba, pues yo cedía. También uno no es tonto, o sea tú sabes cuando no te quieren y lo único que quieren es aprovecharse de ti, tú lo notas; yo lo notaba, pero como yo me sentía enamorado e ilusionado, lo que tú quieras, pues... le seguía.

Allá en Reynosa pues todo es muy liberal, o sea los antros: había dos tres antros gays, cuando yo iba subías, bailabas, si querías como se dice vulgarmente fajar con alguien le tirabas la onda, le coqueteabas, se iban; había cines, cines pornos, ahí es donde se da mucho el ambiente gay. De hecho en Poza Rica hay uno también, yo hasta hace dos años todavía iba; ahí todo el ambiente es así, se tienen relaciones sexuales ahí, es algo la verdad muy feo pero pues ni modo... en Reynosa también había cines, había lugares donde la gente ya sabía, las plazas... o sea el ambiente gay se mueve y uno sabe dónde ir. Y pues sí, era muy así. Simplemente en las mismas maquiladoras había gente que era así y pues, te tiraban la onda, y tú también, pasaba lo que tenía que pasar, la ocasión y ya. Así es el ambiente: todo muy abierto, muy descarado.

Tal como algunos autores lo han apuntado ya (Lara y Mateos, 2006; Rodríguez Salazar y García Curiel, 2007), los sujetos suelen representar el riesgo

⁷¹ Marcos se refiere primero al ambiente social de Reynosa en general, y posteriormente al ambiente gay urbano en particular.

ante la infección por VIH utilizando criterios como la apariencia o el aspecto exterior, y de esta manera tienden a usar menos el condón en encuentros sexuales con personas que, por su atractivo físico o su arreglo prolijo, proyectan una imagen más sana y por lo tanto, un encuentro sexual menos riesgoso. Marcos empleaba estos mismos criterios para decidir acerca del uso de condón en sus encuentros sexuales casuales, aunque también señala que en ocasiones se veía presionado por sus parejas para tener sexo sin protección.

Había algunos que no les gustaba [usar condón]; había algunos que me decían ellos mismos, o ellos mismos se lo ponían, cosas así. O que se cuidaban, sí me tocaban personas... había otros que no les importaba, que nada más se dejaban llevar por la emoción, ¡y yo también! Y pues no nos protegíamos. A veces yo como que presentía algo de esa persona y le decía “póntelo”, o “me lo voy a poner”, cosas así; pero pues no era constante o sea, a veces sí y a veces no, pues qué chiste tiene ¿verdad? A veces me tocaba que no se lo querían poner. Y yo no cedía, o sea yo no, llegaban y tons no porque como que yo presentía algo, no sé, a veces ves a las personas, y a veces sale peor que lo que menos te lo esperas; pero a veces uno se deja mucho llevar por las apariencias.

Mi familia sabía que yo ya andaba aquí, “protégete, cuídate” me decían mis hermanas y así. ¡Sí! Pues sí, pero pus uno no hace caso, la verdad es que no te cae el veinte: tú vives tu vida a tu manera, tal vez te llega a caer el veinte cuando ya, como ahorita. Y nunca es tarde porque pus digo igual, total, al menos ya me freno; yo ya no quiero estar involucrado con personas, y menos sin precaución, o sea eso para mí ya pasó; o sea ya tuve mucho de eso, será porque yo ya viví mucho en ese mundo, en ese ambiente, que digo yo “oye pus ya cálmate, ya sabes de qué se trata, no te van a contar”. Sí, era un ambiente feo; para mí, sí. Que en el momento te agrada, porque pus sí, el placer, y bla bla bla, disfrutas, echas relajo pero si tú te das cuenta tiene un trasfondo feo: porque una malgastas tu dinero; dos te enamoras y no eres correspondido, porque en ese ambiente o sea sufres; tres, a veces hay ambiente de drogas en eso o la tomadera; y burlas, críticas “ay mira cómo se viste”, “ay es un naquito” o sea hay mucho en ese

ambiente, es un ambiente muy de frivolidad; la mayoría de los gays son afeminados, la mayoría quieren verse bien, la mayoría quieren vestirse bien, o sea la mayoría quieren gustar, ser atractivos, llamar la atención. Entonces pues por lo mismo hay mucha frivolidad y eso te lleva a criticar, te lleva a hacer sentir mal a los otros, a quererte sentir más guapo o más guapa que la otra; hay mucha hipocresía en el ambiente gay, también mucha traición, o sea andas con uno y si le gustó al otro ya te lo bajó, ¿me entiendes? Era como un círculo: termino con uno y vuelvo con otro, y luego el otro y no sales de ahí. Lo disfrutaba sí, pues el momento, el placer, lo que tú quieras; la relación sexual, y lo disfrutas porque no puedes decir que no, pero pues... ya después salía yo de ahí y me sentía vacío, o sea salía de un hotel o de un lugar donde estaba con alguien y me sentía sucio, me sentía así. Pues la verdad yo no creo que eso a alguien le agrade; te puedes vivir el momento y es como cuando te emborrachas: te emborrachas y te sientes bien en el momento, ya cuando llega la cruda te sientes fatal. Yo así me pasaba, o sea, vivía el momento y disfrutaba, iba al antro y me soltaba, me deschongaba como dicen en el ambiente, y ya luego qué: pues la realidad, estás otra vez solo. Entonces yo por eso te lo digo, por mi punto de vista, lo que yo viví; y no creo que cambie mucho con otros, yo pienso que es lo mismos con otros; sólo que muchos se acostumbran y son más frívolos o más frívolas, y pues soportan vivir más en ese ambiente pero en el fondo yo estoy seguro que también sienten como yo, o sea se sienten vacíos.

Dejé Reynosa primero porque me dieron de baja en la empresa; y eso fue, pues ya sin trabajo y ya eran vísperas de diciembre, dije yo “pus qué hago aquí”; fue en vísperas de diciembre cuando me dieron de baja, y pues ya después busqué un trabajo, porque eso sí, a mi no me gustaba estar sin trabajo. De volada busqué trabajo, me coloqué en una [empresa], me salí porque era una empresa muy fea, te trataban mal, de esas empresas que dices tú ¡a la mecha, negreros! Te trataban mal o sea te humillaban, yo nunca había estado en una así; nada más aguanté un mes, ya luego me metí a otra, estaba a gusto pero era muy poco lo que pagaban. Y ya me vine para acá porque pus mi mamá me parece que para

entonces ya se había estado sintiendo enferma; entonces dije ¿qué hago aquí?
Me dieron un dinerito, hablé con mi mamá y le digo

- Me voy para allá, quiero que me ayudes a poner un negocio,
quiero ya quedarme por allá.

Arreglé todo, tramité todo y dejé todo en orden y me vine; pero el hecho de que me quedé sin trabajo influyó mucho, porque a la mejor si yo no me hubiera quedado sin trabajo pus a lo mejor no hubiera pensado en venirme, pero Dios sabe por qué pasan las cosas, mi mamá después se empezó a enfermar, cayó en cama, yo la pude ver o sea... coincidencia o lo que tú quieras pero fue bueno haberme venido. Me vine y ella me ayudó a poner un negocio, me fue bien: primero en la playa puse un negocio; ya después puse este con su apoyo también, y también apoyó para el de mis hermanos que está aquí al lado. Yo le dije mi mamá, mami quiero poner un negocio – cuando supimos que habían desocupado este, platicando ya:

- Es que en la playa no me gusta le digo, porque se viene un viento y ya no puedes trabajar, quiero poner algo más estable, y aquí cerca.

Como ya ella vendía comida [me dijo]

- No pus vende otra cosa, vende jugos, licuados, algo que no vendan aquí, vende mariscos, vende tortas y métele un poquito de esto y esto otro...

Y así, entre mi mamá y yo, así fue como surgió. Principalmente mi mamá fue la que estaba ahí, y una de mis hermanas también, la más chiquita, ella me apoyó, me daba ánimos al principio cuando no había ventas, ella... y pues mi hermano con las ideas, él me ayudó a hacer estas barras, él me consiguió las mesas.

Entonces aquí estoy, puedo decir que estoy relativamente tranquilo; pero yo creo que fue más que nada eso, que me recortaron. No regresaría nunca ¡ni dios lo quiera! Y menos ahorita que está todo bien feo p'a allá, tiroteos... no. De por sí

nunca me gustó Reynosa, nunca así plenamente que “ay qué padre, qué bonito, qué a gusto estoy” no, y ahora menos: ya tengo mi negocio, ya tengo aquí mis raíces, ya volví a echar raíces se puede decir; ya soy más maduro, ya valoro más. Regresar para allá como para qué... ya no.

Cuando yo me di cuenta de mi enfermedad, ya tenía este negocio, entonces no me he visto afectado por eso [de que no pudiera trabajar], ¡gracias a Dios! O sea yo desde que me di cuenta de esta enfermedad, ya tenía el negocio, te digo que fue hace poco: yo tengo este negocio desde hace dos años y fracción, y yo me di cuenta hace como un año y meses... entonces pus no me afecta. Si algún día cierro aquí, si tengo que depender de irme a trabajar a otro lugar, yo siento que sí me afectaría y eso sí me da un poquito de miedo: batallar y eso, Dios no lo quiera cierro aquí y a lo mejor no puedo poner mi propio negocio después y tengo que depender, o colocarme en un trabajo; sí siento que me afectaría, la verdad sí. Pero pus primeramente Dios que no pase ¿verdad?

Yo estudié hasta secundaria. Ya no le eché galleta... ahí me quedé. Y sí tuve la oportunidad, intenté estudiar la prepa pero me faltó ganas, o sea como trabajaba y estudiaba se me hizo fácil dejar de estudiar y trabajar, o sea uno de chamaco ya ves cómo es; de hecho mi mamá me apoyaba, ella no quería que me fuera. Y sí, yo tengo el coeficiente como para haber sacado una carrera, siento que tengo la capacidad pero pus no se dio... ya a estas alturas con 30 años, no digo que sea tarde; pero como que ya no quiero, como que ya... me siento a gusto así con el trabajo, ya me acostumbré: este trabajo me da chance de hacer mi vida, actividades de la iglesia, de llevar una vida más tranquila; y con la enfermedad y eso ya no quiero meterme a tantas cosas, o sea ya no quiero preocuparme ¿me entiendes?

El ingreso en el negocio se puede decir que son aproximadamente 1500 por semana, poquito más, poco menos, depende. No es el único ingreso que tengo, yo tengo otro ingreso: yo hago tandas, tandas con el número cero, entonces yo por ejemplo si hago una tanda de 10 mil, yo me quedo el 0 y yo gano 10 mil pesos; si hago una tanda de 5 mil, yo gano 5 mil, o sea ese es un ingreso; entonces aparte

tengo eso del producto, y pues... así, y lo que se vaya sacando del negocio, lo poquito o lo mucho... pues eso ahorita todo eso estamos en un plan de que queremos saldar las deudas de mi mamá, porque mi mamá dejó deudas entonces ahorita estamos con eso y pues ahí vamos... son situaciones que hay que resolver. Digamos que vamos saliendo; no vivimos así con lujos, pero vivimos más o menos: tenemos para comer, tenemos un techo, tenemos pues lo básico.

Mis hermanas no me apoyan en lo económico, porque están en peores condiciones que yo; o sea como ellas tienen sus vidas de matrimonio, o de mamás solteras, lo que tú quieras, sus vidas son más conflictivas, sus entradas son menores o pon tú que sean iguales que las mías pero sus gastos son mayores, ellas están en menos condiciones de apoyarme que yo a ellos, o sea eso me coloca en una situación de cómo te digo, de responsabilidad, la otra vez vino mi hermana: “oye préstame 300 pesos”, es mayor que yo; “préstame 300 pesos porque mi niña está en el hospital y necesito el medicamento”, y ahí están los 300. La otra vez mi hermana “no, que no completé para el pago de no sé qué”, ahí está; “oye que no tengo para la luz, son 1500”... yo siento que mi sobrina en cierta manera al estar en mi casa, ya depende de mí; por ejemplo ayer tenía que lavar ella su ropa, le digo “ahí hay jabón, ahí hay suavizante”, pues en cierta manera ya es un gasto que lo compré y que ahí lo tienen pero si yo quiero al rato no va a haber, voy a tener que comprar, es un gasto ¿no? De repente se le acaban los pañales, su mamá no tiene yo sé que le puedo dar, se los doy; o que su mamá no tiene para el medicamento, yo sé que se lo puedo dar, se los doy, o sea en cierta manera sí. Ella sobre todo porque mi otra hermana pues como quiera tiene su taller y ahí sale; ella ve cómo le hace. Pero sí, siento que depende, se puede decir que ella nada más. Y los gastos de luz y agua y eso, cuando no se junta, la renta de acá pues yo, porque yo soy el que siempre cuando mi mamá, yo era el que me preocupaba por pagar, o sea entre los dos nos dividíamos los gastos, o le decía “yo pago esto” y ahora que ya no está mi mamá, quién, pues yo. De aquí, de la accesoria pago mil quinientos. Aquí todavía está accesible, hasta eso; no me quejo porque desde que empecé a pagar esto no me ha subido la renta la señora, la dueña del local.

A mí nada más me ha acompañado una de mis hermanas al CAPASITS. Entonces mi hermana pues sí ha platicado con la psicóloga nada más, pero nada más con ella porque pues mis familiares no se involucran o más bien yo no los involucro. Esta última vez de hecho yo había invitado a mi mamá y mi mamá había aceptado pero pues mi mamá falleció y ya no pudo ir, mi mamá dijo “sí hijo, yo voy a ir contigo”, pero ya no pudo. Cuando mi mamá falleció vivía nada más con ella, nada más éramos nosotros dos. Ella era diabética y le dio un coma diabético, un infarto; de hecho yo fui el último que la vi con vida, digamos que casi murió en mis brazos o sea, tuve ese privilegio, yo era el único que estaba ahí cuando falleció entonces pus yo la vi agonizar, yo vi todo... le dio un coma diabético, se le subió el azúcar. Ahorita que mi mamá falleció, pues mis hermanos se preocuparon porque alguien estuviera conmigo, por mi condición de que mi mamá acaba de fallecer, y que yo estoy enfermo, te digo que esa vez me vi muy mal cuando mamá... y este, pues ya, mi hermana ahorita se está quedando conmigo, una de mis hermanas tomó la decisión de irse para allá,... junto con otra, con su hija. O sea ellas dos; y ya luego mi cuñado iba también, a veces porque como tiene su taller y tiene que 24 horas estar ahí, no podía; y mi hermana pues los fines de semana la otra, y a veces llegaba mi hermano los fines de semana, y ahorita está mi sobrina la que te digo que se está quedando en la casa, no estoy solo, ellos se preocupan por mí.

Yo le doy gracias a dios de que en mi iglesia me aceptan, me apoyan: “estamos contigo, échale ganas” o sea... pues bueno, o sea bien la verdad. O sea, siento que fui con las personas que tenía que haber ido, hay un señor que es muy áspero que es esposo de una hermana, la hermana es muy accesible y todo, de mucha confianza y yo la veo como mi segunda madre; y a pesar de que es su esposo, y aún así se lo dije porque él es muy rudo, siempre en su vida pasada fue muy machista, hasta ahorita tiene rasgos todavía muy machistas; y dije yo “no al hermano Justo no se lo voy a decir”. Fíjate que se lo dije, se lo dije junto con su esposa y sí, muy accesible. A veces te vas con la finta de que “ay me va a rechazar” pero sí, ha sido bueno. Mira, el grupo en el que yo estoy, por lo que vi y por lo que me dijeron, fue como de sorpresa para los que yo les he contado; no habían tenido situaciones similares, no habían conocido a alguien que dijera

abiertamente que está luchando [contra la homosexualidad] – o sea en la iglesia a la que pertenezco. Entonces para ellos también fue una sorpresa, no sabían exactamente cómo reaccionar, dijeron “no sabemos qué hacer pero cuenta con nosotros”. Y yo lo entiendo, porque no se les había presentado una situación así: un homosexual que dijera abiertamente que está luchando contra la homosexualidad, y pues tampoco VIH. Entonces pues es relativamente nuevo para ellos y siento que dentro de lo que cabe, a su manera pues me apoyan, me entienden.

En el CAPASITS siento que tanto como amigos no he hecho, pero sí le he tomado aprecio a ciertas personas, hay una muchacha con su bebé que ha tenido una situación muy difícil. A ella como que le he tomado un cierto interés por su situación de que pues está padeciendo algo; no como yo tiene su enfermedad, pero está padeciendo rechazo y cosas de esas, hay otro señor también o sea, situaciones que son peores, que dices “a la ¡está peor que yo!” que no tienen familia o que no tienen apoyo, o que su familia es ignorante o que los rechazan. Pues sí como que uno se preocupa por ellos, o que ves que son muy callados, como que algo traen... te interesas. Aparte de que, pues hablando con ellos⁷² te enfocas más a lo que es tu problema, te identificas con ellos, pues sí. Porque están pasando por lo mismo, la situación tal vez sea la misma, o sea... o situaciones de rechazo que te digo yo gracias a dios no he sufrido nada de eso: mi familia me acepta, todos me apoyan, o sea todos “échale ganas, tómate tu medicamento, ¿estás bien? Come bien”; es una bendición para mí mi familia a pesar de que sea una familia disfuncional, o sea con sus errores, y somos muchos.

a) Representaciones sobre la migración y el VIH

Cuando le pregunté acerca de las maneras en que la migración influyó para que él adquiriera el VIH, Marcos consideró que el acceso a encuentros sexuales en la

⁷² Marcos se refiere a los hombres y mujeres que acuden a las reuniones informativas que la psicóloga y el doctor Pedro realizan en el CAPASITS, con quienes siente que puede sostener una conversación mucho más empática acerca del VIH-Sida que con personas que no lo padecen.

frontera o en Estados Unidos se facilita debido a que se trata de ambientes “más liberales”, distintos a la mentalidad mucho más conservadora en localidades pequeñas, como su natal Gutiérrez Zamora; sin embargo, también admitió que alejarse de su familia fue en su momento un factor que propició una mayor libertad de expresión de su sexualidad, hecho este último que ahora lamenta pues atribuye al mismo la consecución de la infección. Esta connotación profundamente negativa de su pasado migratorio no excluye lo económico y lo laboral; Marcos recuerda con desánimo que su estadía de diez años en Reynosa fue poco satisfactoria en dichos aspectos, e incluso no olvidó mencionar la violencia e inseguridad que prevalecen en esa ciudad desde hace varios años:

Tal vez sí tiene qué ver, porque por ejemplo aquí en México muchos emigran a Estados Unidos; como son países más liberales, Estados Unidos, la frontera, de hecho yo también cuando me fui para el norte pensaba que allá, a los 17 años yo en mi cabeza estaba “allá es diferente, allá voy a poder ser yo” entonces sí en cierta manera pienso que emigrar tiene que ver con “voy a poder ser yo”. Pues a veces la gente se sale de un pueblo porque es muy reprimido, no te entienden desde tu punto de vista; y te vas a otro [lugar] porque “ay es la ciudad, allá nadie te dice nada”.

Mira sí siento que [el VIH] tiene relación [con la migración] porque fue allá donde más me liberé, donde fui más promiscuo; entonces pues solamente eso que tenga relación, el hecho es de que sí es más probable que me haya infectado allá a que me haya infectado acá, sí siento que hay más probabilidad: por el tiempo, por la vida que llevé allá, porque acá yo ya me frenaba, porque no es lo mismo. O sea, de cierta manera si tengo que elegir entre si me infecté allá o acá, pues creo que es más probable que me haya infectado allá en la frontera donde era más liberal. Acá no, porque pus acá aunque yo me frenaba, o sea sabes que es diferente, sabes que tu familia está cerca, hay algo que te frena; allá no porque pus aunque estaban mis hermanas, allá era grande, salía más. Yo sé por gente que he conocido: así como yo pensé en un momento en irme y liberarme, así yo oía comentarios allá:

- Yo también me salí de mi pueblo porque ahí eran muy así y así y acá yo ya hasta me visto de mujer;

Entonces por mi propia experiencia, por lo que me han dicho conocidos del ambiente en el que estuve, yo creo que sí influye. Porque te desinhibes más, eres más tú y por lo tanto vives tus relaciones sexuales más libremente, y sin responsabilidad; o con responsabilidad, como sea pero con mayor riesgo.

La gente se va, nos vamos con la ilusión de que... como la gente que se va al otro lado, de que todo es color de rosa y en realidad no es así. Para muestra pues ahí están las noticias: a veces nos vamos buscando algo mejor, y pues no sale tan bien como esperábamos, pero pues ya uno ahí se queda, o sea te acostumbras; yo me acostumbré a vivir diez años allá de esa manera. Te digo, no es muy bueno pero te acostumbras al ritmo de vida de allá y luego ya no quieres regresar porque también piensas “ay voy a volver y me van a ver derrotado” muchos tenemos esa idea, te digo; y pues no vuelves, vienes de vacaciones y te la llevas allá: sufriendo igual que aquí pero pues en otro lado. Yo pienso que en todas partes es igual; claro, sube de tono de acuerdo a la ciudad, si la ciudad es más grande, si es más liberal, si es frontera; pero yo pienso que aquí también o sea, aquí también ya se sabe que eres homosexual, se sabe que te prostituyes, o sea igual. Nada más que digamos que a nivel un poquito más abajo, es como allá [en Reynosa] hay asaltos y tiroteos, aquí a lo mejor todavía no pero también hay cosas así o sea... va subiendo de tono de acuerdo a la ciudad: si es más grande, si es frontera, todo eso influye, pero en cierta manera yo siento que es relativamente igual.

Marcos también incluye en su relato escenarios reales o imaginados de discriminación no sólo a su padecimiento, sino también y en inminente asociación con éste, a su condición homosexual (incluso en un apartado anterior, fueron incluidas también referencias hechas por él a situaciones de discriminación de clase entre sujetos gay). Las múltiples experiencias sexuales y afectivas negativas vividas prácticamente desde la infancia, incluyendo desde luego la infección por VIH resultante de encuentros sexuales sin protección, se han conjugado en su

vida con un constante temor a la estigmatización o al “rechazo” y la “discriminación”, como él lo refiere, y constituyen una parte importante de la forma en que él representa su padecimiento. En esto último también influyen fuertemente las representaciones sociales comunes del VIH como un padecimiento característico de hombres homosexuales, y de la asociación de esta idea con imágenes de quienes tienen el padecimiento, como la delgadez, la languidez y los cuadros respiratorios recurrentes o crónicos.

Generalmente la gente no es consciente y no habla bien de las personas, la gente generalmente siempre habla mal de las otras personas; y pues te critican: “estás enfermo” y esas cosas. Te digo yo traía la tos y me dice mi hermana

- *Oye, ponte un cubrebocas*

Y le digo

- *No, si me lo pongo ¡van a pensar lo peor! Me ven delgado y van a pensar que ya me estoy muriendo, nadie va a venir.*

Y no me lo puse. Porque yo sé que sí era lo indicado, pero pues yo no me lo puse porque eso me iba a afectar más, me iba a sentir más mal yo todavía nada más de ver como la gente me ve: delgado, con un cubrebocas, con una tos, ¿qué van a pensar? Que tengo esa tos pulmonar, pulmonía o VIH... por eso soy muy cuidadoso en ese aspecto. Porque quieras que no, sí te afecta lo que los demás digan de ti, por más que tú tengas un criterio amplio y digas “yo lo tomo de quien viene”, porque yo soy así; pero no, sí te afecta.

Y pues obviamente también [afecta] la homosexualidad, tus rasgos afeminados y eso pues, si te ven delgado, así decaído, saben que tienes rasgos afeminados o conocen que te fuiste...⁷³ pues te señalan. Porque obviamente la mayoría señala el VIH, relaciona el VIH con la homosexualidad todavía; ya no

⁷³ Marcos refiere con ello a la condición de migrante, la cual cobra importancia en un contexto de alta incidencia de VIH-sida y una alta tasa de emigración hacia el norte; el VIH-sida tradicionalmente ha sido considerado como una enfermedad traída “de fuera”, lo cual se vuelve relevante en el caso de un hombre homosexual, migrante, viviendo con VIH y que experimenta un frecuente temor a la estigmatización de su padecimiento.

tanto, porque ahorita ya se sabe que cualquiera puede infectarse, heterosexual, homosexual o como sea. Pero sí, ese es un rasgo pienso yo, si eres afeminado, si saben que llevas una vida doble o algo así. Yo cuando anduve con mi vida pasada siempre fui muy discreto, allá [en Reynosa] también; en la empresa me respetaban, nunca nadie me faltaba al respeto o sea, digamos que llevaba mi doble vida pero lejos de chismes, lejos de involucrarme con personas así.⁷⁴ Yo siento que eso me ayudó, qué bueno porque si no ¡imagínate! Ya ahorita sería un caos todavía, mi vida sería más descarada, hubiera sido más peor. Y aquí también la gente me respeta mucho, siento que hasta me valoran, siento que me tienen aprecio. Entonces pues no, cuando alguien quiere tocar un tema así raro conmigo, como que me quieren preguntar sabes qué, los evado, o les corto la vuelta muy educadamente, porque es mi vida y si lo hice o si no lo hice, tampoco me interesa estárselo contando a la gente.

Yo también pienso que es más que nada porque lo ven como algo sucio, vuelvo a lo mismo que lo vinculan con la homosexualidad; y quieras que no, aunque la sociedad ya te acepta entre comillas, Es como te digo, aceptamos como a medias. Es como a mí mi familia: cuando yo les dije que yo era homosexual, que era mi vida y que me respetaran [me dijeron] “sí, te aceptamos, adelante” pero siempre había notado en mi mamá y en mis hermanos un cierto así como que no, o sea te dicen “te acepto” pero no, porque cómo contradecir lo que a lo mejor ellos tenían anhelos para mí, que tuviera hijos, lógico ¿no? O sea por eso la gente nunca termina por aceptarte, es que es lo que te digo: nos engañamos, yo pienso que las personas que son homosexuales con sus marchas gay y todo eso viven en un engaño. Yo te lo digo por lo que he visto, por lo que he vivido, porque sé y he sentido qué es ser un homosexual rechazado, he sentido qué es lo que se burlen de ti, saber que no te aceptan, saber que nunca vas a tener los mismos – aunque peleen por sus derechos nunca va a ser igual, porque simple y sencillamente no va.

⁷⁴ Hombres gay en el trabajo.

A pesar de su condición como varón homosexual que ha padecido discriminación abiertamente, Marcos justifica la marginación hacia varones con orientación homosexual debido al comportamiento o la apariencia exagerada, poco apegada a la norma, de algunos sujetos – y de él mismo, en ocasión de que afirma que le fue negado el empleo debido a su aspecto exterior o su arreglo personal.

Antes cuando iba a los antros pues no faltaban los bravucones que te ven afeminado o con un grupo de amigos que son gays, se empiezan a burlar, te corretean. En una ocasión nos corretearon, allá en Reynosa. Y aparte también en una situación cuando fui a buscar trabajo, yo traía el pelo un poco pintado, largo; y siento que la persona o sea, era obvio que me rechazó por mi apariencia o sea, tú te das cuenta. Pero eso lo atribuyo también a mi comportamiento y a mi apariencia, o sea también ¿cómo vas a buscar trabajo así? Debes de tomar en cuenta que como patrón, pon tú que a lo mejor no lo justifico, pero también ellos ven sus intereses ¿no? No van a meter a una persona que a lo mejor les va a generar un conflicto, o sea... porque quieras que no, cuando una persona es gay en cierta manera genera conflictos, genera situaciones. En cierta forma pienso que también uno es responsable. Sí, la verdad sí he sido... por eso te digo, son situaciones que a mí ya no me gusta vivir y por lo tanto, tengo que manejar como es. No tanto por eso, son muchas cosas o sea, es en sí lo que yo quiero ahora para mí. Pero sí he sido discriminado y yo creo que como la mayoría que son homosexuales, yo no creo que alguien no haya tenido una experiencia donde lo hayan discriminado.

b) Trayectoria de padecimiento

Yo pienso que [me infecté] allá [en Reynosa]; o tal vez aquí, tal vez en Poza Rica, porque yo sí fui muy promiscuo, entonces pues para saber... además no siempre me cuidaba, o sea a veces sí, a veces no, en realidad no sé; pero supongo que bien pudo haber sido allá, ¿cómo saberlo?

Problemas de salud allá, pues no [tuve], te digo que yo siempre he sido bien sano, hasta yo creo por eso ya me tocaba... aparte por mi situación era de mucho riesgo, viví mucho tiempo así, con relaciones sexuales sin protección. La consecuencia es esto y pues ni modo, a echarle ganas, pero no, nunca; siempre he sido muy sano, no me enfermaba ni de gripa. Aquí fue donde me vine a dar cuenta, los ganglios ya sabes que se inflamaban, las diarreas, los síntomas básicos; y ya fue lo que me hizo alertarme, ir al médico, hacerme la prueba y sí, tenía... sí. La primera [prueba de VIH] me la hice aquí con un particular.

La primera vez... pues, cuando me lo hice aquí, el médico nada más me dio el sobre, ni siquiera me lo leyó ni yo le dije "léamelo": me lo dio y así con la misma que me vengo para acá, aquí que lo veo y no entendí, para empezar yo estaba como en shock; no sabía, decía ya ves que dice cuando sale "seropositivo" o ¿cómo es? Ya hasta se me olvidó, ¡nunca me he concentrado en eso! El caso es que no entendí, como que me bloqué o quise bloquear, no sé; pero había algo que me decía que sí, que yo era, aunque no entendía me decía que yo estaba infectado. Y pus... de volada que le hablo a mi hermana porque es a la que le tengo más confianza, la que está en Poza Rica. Que le digo

- Mira, veme mi diagnóstico que me acabo de hacer

Y que me dice

- ¡A la manito... estás infectado!, tienes...

¡Ah su máquina! Sentí que el mundo se me venía encima. Fue algo... la verdad sí eso sí creo que ha sido lo más fuerte... bueno, me han pasado cosas feas; pero para mí, te puedo asegurar que el darme cuenta de que estaba infectado de algo así... en su principio, ahorita ya lo tomo diferente; creo que sí ha sido lo más fuerte de mi vida, o sea el golpe más... sí me atrevo a decirte, ¡lo más fuerte! Hasta lo de mi mamá sí me dolió mucho, pero creo que me dolió más saber que estoy infectado.

Al principio qué piensas, “me voy a morir en poquito tiempo”... me agarré a llorar, me sentí muy mal, mi mamá estaba de aquél lado, que voy, que me le postro así en las rodillas y que me pongo a llorar... hasta me ahogaba de llanto, fue algo muy feo, y yo creo que para ella también porque ella no entendía, yo no le quise decir “mami tengo...”. No hallaba, pero al ver que ella es diabética, dije “no”. En mi mente con todo y mi dolor le tuve que decir que me había dado cuenta porque me había hecho análisis que tenía Sida pero sí, fue algo bien feo. Y ya ella lo negaba: “no, a lo mejor se equivocaron”, ¡tratando de consolarme, a su manera! Y yo era un mar de lágrimas; lloré, creo que de las dos veces que más he llorado es esa y cuando mi mamá murió. Son las dos veces que he llorado así derramando todo, porque no es fácil darte cuenta que estás infectado y menos cuando no sabes qué sigue, o sea... igual ahorita ya sabes que pasa, es diferente. Pero cuando no sabes qué sigue, cómo le vas a hacer, qué vas a hacer, te vas a morir, no te vas a morir, no sabes nada al respecto; o sea no sabes que hay un CAPASITS, no sabes nada. Pues sí te sientes muy mal; aparte como te digo, en mi mente ya pasaba tener hijos, y yo dije “ahora con Sida o sea...” y piensas en todo, a lo mejor te van a rechazar... piensas que habías visto otra persona con VIH pero nunca pensaste que te fuera a pasar a ti, aunque sabías que estabas en un riesgo latente, porque yo sabía mi condición de homosexual; pero no piensas que te va a pasar a ti. Ya después fue puro apoyo por parte de mi hermana y de mi mamá o sea, mi hermana fue la que anduvo investigando junto conmigo, ella fue la que me acompañó al hospital, yo la quiero mucho a ella; a todos, pero ella es muy especial para mí porque ella me ha demostrado mucho su amor. Será porque ella comparte la iglesia a donde yo voy y mis demás hermanos no. O sea como que tenemos más cosas en común siempre, desde antes siempre fuimos buenos amigos y yo creo que por eso...

Cuando me detectaron pues lo primero que hice fue investigar, fui con mi hermana a la internet, buscamos centros de ayuda; encontramos el CAPASITS, fue así como lo encontramos, investigando porque pues sí me dediqué a aprender,

a ver cómo para empezar eso la de Wester Blot⁷⁵ porque cuando me la hice la primera vez pues es la de Elisa la primera, ya luego pues no sabía qué seguía y pues empecé a investigar. Primero fue así como te digo, busqué en internet; busqué información ahí en las computadoras y como tengo una amiga que también... más bien es amiga de mi hermana y ahora mía, que ella sabíamos que estaba infectada,⁷⁶ pues empezamos por ahí: fuimos con ella, le dijimos “

- ¿Qué pasa, qué hago?, aconséjanos qué sigue,

Ella ya tiene más tiempo que se le detectó y está bien la chava. Entonces nosotros fuimos con ella, ella fue la que nos informó bien, nos dijo

- Vayan aquí [al CAPASITS]

Y ya fue como empezamos a ir al hospital de aquí primero [de Gutiérrez Zamora], algunos trámites para ingresar al CAPASITS.

Pues llevé mis resultados y les dije que quería información porque no sabía ni qué hacer, que si podían apoyarme porque ella ya me había dicho – esta amiga que te digo – que ahí me podían dar apoyo, y sí me dijeron que sí pero que tenía que reunir requisitos para poder ir al CAPASITS y ya empecé a reunir los requisitos: fui al centro de salud, me hicieron una evaluación de todo y ya me pasaron para allá. Yo siento que no perdí tiempo. Si he perdido tiempo es por mi inmadurez a lo mejor, de que he dejado [el tratamiento] por situaciones así, que me da asco, o sea lo normal, pero no porque yo esté retrasado... mientras iniciaba los trámites y eso me atendieron bien. Imagínate, yo le agradezco a Dios por el tratamiento, porque hay un centro, o sea le agradezco a quien sea: a Dios primero que nada y al gobierno, a quien se haya interesado o de quien fue la idea, no sé porque pues sé que en otros lugares no tienen apoyo, hay lugares donde no

⁷⁵ La prueba confirmatoria de la presencia de antígenos ante el virus del VIH en la sangre se denomina Wester blot o inmunoblot, aunque esta misma prueba es empleada para confirmar la detección preliminar de anticuerpos en diversos procesos patológicos, como la encefalopatía espongiforme bovina (o “enfermedad de las vacas locas”) y la enfermedad de Lyme o borreliosis. Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Western_blot

⁷⁶ La chica de la que habla Marcos asiste esporádicamente con él a las reuniones informativas y de integración del grupo de autoayuda, y de hecho asistió con él a una de las sesiones en las que participé como observador y proyectando las diapositivas de las presentaciones durante el trabajo de campo.

tienen medicamento, la gente se muere de VIH y digo “gracias Dios mío” porque estoy en un lugar donde hay apoyo, yo veo cada vez que me evalúan, me ponen ahí donde firmo cuánto vale cada medicamento o sea cinco mil pesos, diez mil pesos... si no fuera por ese tratamiento pues igual vivirías más, menos, estaría enfermo, entonces sí agradezco pues porque hay un centro de apoyo, porque hay psicólogos, porque hay un médico que te está llevando un control; claro, ya si tú no te apegas pues es tu problema, ¿no? Como él dice aquí hay muchos que han abandonado, hay muchos que él me platica el médico pero aquí se les da la oportunidad. Pero a veces tu baja autoestima o no sé, el medio en el que tu familia no te anima o sea... y pues yo sí agradezco la verdad por los médicos, la verdad sí porque pues es una gran ayuda, ¡imagínate! Yo creo que es algo que tenemos que estar bien agradecidos con Dios primero y después con el gobierno, o con quien se encarga, no sé. Igualmente la psicóloga yo la verdad mis respetos para ella porque me ha hecho mucho bien. La verdad yo la admiro, le reconozco porque se ha esforzado mucho, siento que se esfuerza mucho por integrar⁷⁷, que se preocupa mucho por los enfermos, o sea los hace sentir humanos, tiene mucha calidad humana y la verdad que a veces más que un tratamiento a veces es tu estado de ánimo lo que te hace sentir bien, lo que te anima porque ¿de qué sirve que tengas el tratamiento si a veces no te lo quieres tomar, porque te sientes deprimido? Entonces su labor ahí yo siento que es muy buena. Yo a ella la considero mi amiga, alguien importante para mí, [cuando] le dije “oye qué crees que mi mamá falleció” inmediatamente o sea, al rato ya estaba aquí; yo valoro mucho eso, que se haya tomado la molestia de venir desde allá hasta acá, pues para mí es importante. Y pus de Pedro he oído cosas muy buenas; esta última vez me invitó a su cumpleaños, o sea y me cayó de sorpresa, porque nunca me hubiera imaginado que él me fuera a invitar, porque es tu médico, no te imaginas que te fuera a invitar a su cumpleaños. Y pues me dio gusto, me invitó; después me dio ride esa vez que fui, nunca me había dado ride, y veníamos platicando, bien ameno y todo ¡como cuates! Y este... pues sí yo pienso que a partir de aquí

⁷⁷ Karla y Pedro, psicóloga y médico tratante del CAPASITS, tienen a su cargo la integración del grupo de autoayuda y la organización de las sesiones informativas que se imparten en la clínica de manera mensual.

como que sí nos vamos a llevar mejor o vamos a tener más confianza. Me dijo algo que no me había dicho: me dijo que cuando yo llegué ahí él creía que yo era bien agrio, que no tenía motivación por la vida... veía eso en mi semblante y tal vez en algún momento sí pasó por mi mente porque pus cuando empecé a ir estaba muy desmotivado, estaba muy desanimado, y ahora ya me conoce que ve que soy diferente, que le gusta mi forma de ser y eso... o sea me dijo cosas que me alentaron. Lo valoro mucho como médico.

Pedro, el médico tratante que atiende a Marcos en el CAPASITS, me explicó que él trata de granjearse la amistad de las personas a las que atiende, para obtener su confianza y así poder acercarse más a la consecución del apego al tratamiento; pero también, como una manera de acaparar la preferencia de las personas frente al otro médico, en base al trato que ambos dispensan a los usuarios de la clínica, a lo que Marcos no es indiferente:

El otro médico nunca me ha tratado, pero dicen que... la verdad no tengo nada en contra ni lo conozco, pero oigo comentarios de que él es diferente o sea... no es muy bueno por así decirlo; pero no lo conozco, o sea no puedo opinar, oigo lo que dicen. También la secretaria que está ahí, es media agria. La verdad no me inspira, no me cae. Ellos siento que tratan diferente, por ejemplo hay personas que conocen ahí y que tienen un tratamiento de años, ahí tienen diálogo mejor con ellos, o hay pacientes que son más sociables, más saludadores, más platicones... pues sí influye eso. Por ejemplo yo llego ahí con la trabajadora social y normal; llego con la secretaria y así como que normal, o sea no... nunca se interesa, es muy seria; la dentista pues casi no tengo trato con ella; la enfermera pues nada más así [hace] su trabajo. O sea no, no siento que te traten igual; depende de si te conocen, no sé, pero no siento que traten igual a todos. Yo pienso que ellos deberían ser diferentes ¿no? Porque son servidores públicos. Pienso que debería ser un requisito ahí: "sabes de qué, trata de estar bien, saluda a todos" pienso que así debería de ser; porque son servidores públicos por así decirlo. Yo diría "estoy en este puesto y debo ser muy accesible, porque mira dónde estoy, se supone que llegan aquí personas enfermas, decaídas o

desanimadas que lo que menos quieren es venir a aplastarse y así nada más todos aguados”. Yo al menos lo haría, pienso yo, desde mi punto de vista si yo estuviera ahí en el lugar de cualquiera de ellos, pero yo veo que no todos ellos se interesan.

Hasta ahorita nunca me ha faltado [tratamiento]. Yo creo que sí va a haber una situación así ¿no? Ah creo que una vez me preguntaron “oye, ¿todavía tienes de esta?” y yo les dije “sí, todavía tengo”, porque creo que no había o no estaba el médico, no recuerdo. Pero por algo pues normal, pero así que me digan “no es que no hay” pues no, no exactamente. Yo no sé, a lo mejor sí llega un momento en que pasa, como son tantos pacientes, a veces se desorganizan o algo pasa. Yo pienso que en cierta manera es lógico, ahí creo que somos 700, 600 o no sé cuantos pacientes, o sea es mucha gente.

Yo nunca había estado en un régimen así de medicamentos ¡nunca! Yo siempre por eso yo creo que también, no me quiero justificar pero yo siento que también por eso a veces batallo pero igual trato de apegarme al tratamiento, porque yo sé que es por mi bien. Sí, al principio lo dejaba, porque no me acostumbraba, porque me daba asco, porque se me hacía molesto porque pus me da asco porque [las cápsulas] están bien grandotas, porque huelen mal, porque siempre he sido muy quisquilloso para la medicina, ya como que mi mente está bloqueada con eso; y ahorita con lo de mi mamá por todo lo que pasó lo interrumpí también o sea... andaba en vueltas, que los rezos, que yo ni creo en eso pero pus me tocó a mí. Y sí lo interrumpí dos ocasiones: al principio y ahorita... Al principio fue más el tiempo que lo dejé; ahorita nada más digamos que diez días; pero al principio sí fue más tiempo. De hecho Pedro me regañó, porque se dio cuenta en mis análisis que no lo estaba tomando, porque ahí se refleja... Pues me habló duro, me hizo ver las cosas bien; me habló a lo pelado como se dice, a lo pelón y le agradezco, porque me hizo reaccionar; también mi psicólogo, le dije y me hizo ver las cosas. Es que a veces hace falta que otra gente te haga reaccionar, tú mismo no reaccionas; y sí, ahorita ya lo estoy tomando. A veces, se me pasa y así... pero ya trato de apegarme.

La dinámica en las consultas descrita por Marco, en especial en lo tocante al apego al tratamiento, está fuertemente verticalizada por el doctor Pedro, quien no tiene empacho en afirmar que esa es la mejor manera de lograr que las personas se adhieran de forma suficiente al régimen de medicamentos. La postura dominante del médico ante las personas a quienes atiende está consensuada por ambas partes, y representada como una consulta de calidad al incluir una presión constante acerca de la ingesta puntual de los medicamentos antirretrovirales. El doctor Pedro indica que

[Ellos mismos] justifican el hecho de que yo les haga ver esto y que los esté acatarrando y acatarrando a cada rato. Porque así es como yo he querido que lo vean, no como un regaño sino como algo que es necesario para ellos, ¿no? Entonces hay muchos que sí me lo dicen: 'pues le agradezco que me diga así'. Más que nada creo yo, es convencerlos; de llevar el medicamento correctamente, de no abandonarlo, de que no dejen ni un momento de tomarlo, porque sí hay consecuencias aunque ellos no lo sientan [...]

Sin embargo, Marcos señala un aspecto importante del tratamiento antirretroviral que no es considerado por el doctor Pedro como una justificación para la interrupción de la terapia: los efectos adversos a la salud de la misma. Por ejemplo, Marcos atribuye a los medicamentos una afectación en las vías urinarias.

Yo pienso que esta medicina sí me ha hecho daño para otras cosas; pus obvio yo sé que bajan tus defensas también, tanto químico, algo así he oído. Entonces, me pongo a pensar que a lo mejor tal vez por eso también ahorita este medicamento a lo mejor me está afectando también mis vías urinarias, no sé, ato cabos yo pero no hay como ir al médico. Pero sí, yo saco mis conclusiones... porque pus como nunca había tomado medicamento y este medicamento es muy fuerte. Ahorita por cierto, voy a hacerme unos análisis que me mandó a hacer Pedro, no he ido pero como ahorita no tengo cita con él hasta noviembre, pero tengo que llevarle ya mis análisis de plaquetas, todos los generales; porque como que él presiente que ando mal de mis defensas, ando mal de glóbulos y yo también lo presiento porque yo sé que he abandonado el tratamiento en dos

ocasiones, porque ahora que mi mamá estuvo así yo no comí bien, hay temporadas en las que no como... ahorita estoy comiendo bien, pero no todo el tiempo.

Aquí casi no se come tan saludable o sea, como es un lugar así regional, se comen los antojitos, la carne de puerco. Pero sí, sí procuro comer dentro de lo que cabe, sano; grasas y eso procuro no comerlas tanto porque sé que me hacen mal, o sea trato de más o menos sí de comer saludable: frutas, verduras, cereales carnes sí pero en dosis regular... pues yo a eso le llamo comer saludable, tomar mucha agua, cosas que te nutran. A veces tomo de esos,⁷⁸ a veces pero como luego no me gustan. Son energéticos, vitamina para fortalecer las defensas; para asimilar más las, o sea son para estar bien... son de estos productos de Omnilife. Pero yo sé que son buenos, o sea sé que ayudan, hay testimonios de que ayudan mucho a las personas con VIH, con cáncer, te fortalecen; y yo por eso me las quería tomar, hubo un tiempo que me hice el propósito de tomármelos todo el tiempo pero no, no me gusta el sabor y aparte que no soy muy constante yo.

Un aspecto de gran relevancia en la trayectoria de padecimiento de Marcos es su pertenencia a un grupo religioso – la iglesia adventista del séptimo día; es necesario considerarla como una parte integral de la atención a la salud desde su perspectiva, ya que una buena parte del origen causal de la infección por VIH reside, para él, en su identidad homosexual. Por lo tanto, la supresión de dicha identidad y su reemplazo por una nueva como varón heterosexual se asocian con un proceso de “sanación” simbólica de las heridas emocionales dejadas por su pasado homosexual, y Marcos representa su fe religiosa como una suerte de “terapia” que le permite mantenerse al margen del universo, ahora para él desagradable y dañino, de la interacción sexual con otros hombres y el ambiente de los cines y antros gay.

Yo asisto a una iglesia, a la iglesia adventista del séptimo día; haz de cuenta que ahí en esa iglesia hay ministerios y yo ahora que me di cuenta que

⁷⁸ Señala el estante que pone afuera de su establecimiento, en el que tiene diversos suplementos alimenticios de la marca Omnilife que vende por menudeo de manera ocasional para obtener ingresos extras.

tenía la enfermedad, me vinieron ideas a la cabeza, quiero ayudar a la gente; o sea quiero verle hacer a la gente, a los homosexuales sobre todo y lesbianas, porque yo estoy saliendo de eso o sea te puedo decir que estoy saliendo porque sí estoy saliendo gracias a Dios, y ayuda psicológica porque yo voy al psicólogo, hasta ahí pongo mis citas y todo.⁷⁹ Y con ayuda de dios y así, haz de cuenta que se me ocurrió la idea de tomar la iniciativa de hacer por todo lo que es esta zona un grupo; más que nada enfocado a las personas homosexuales. Y sí claro, va de la mano la enfermedad, porque la intención mía es hacerles ver que es posible cambiar, porque muchos dicen que no, que así eres y así te mueres; y yo puedo asegurarte por mi propia experiencia y por la de otros que sí es posible cambiar, que no es como muchos psicólogos te dicen “acéptate tal como eres” o como la sociedad te ha hecho creer que debes de aceptarte y que no hay problema, pero no, la realidad no es esa porque no es eso lo que Dios quiere para nosotros. Y no es lo correcto para nosotros, porque independientemente de que sea lo correcto o no pues no está bien. Bueno, esa es mi perspectiva. Y yo sé que así como pienso yo hay otros que piensan así, sólo que a veces no encuentran la manera, no encuentran cómo hacerle... y yo ya sé cómo hacerle, yo sé que tengo que mantenerme apegado a dios, echarle ganas, mantenerme alejado de los lugares que antes frecuentaba o sea sé qué tengo que hacer para ya no volver a caer.

Te digo, quiero hacer eso, todavía quiero hablar con mi pastor, porque mi pastor ni siquiera sabe que yo estoy enfermo, no sabe que tengo VIH ni que estoy luchando contra la homosexualidad, ¡no lo sabe! Yo quiero que me apoyen: buscar ayuda psicológica, ayuda del pastor, de todas las personas que pueda involucrar y que crean que pueden ayudarme, porque quiero cambiar mi vida.

A mí me interesa dejar la homosexualidad, pues por lo que te decía: porque no me siento a gusto. O sea cuando no te sientes a gusto con algo pues lo dejas. Yo he vivido desde los 17 años o antes dentro de este mundo y apenas hace tres años o dos, tomé la decisión de querer cambiar, y es algo que yo me siento bien

⁷⁹ Marcos anota las fechas en que tiene sesiones de terapia con el psicólogo que le recomendó Karla, la psicóloga del CAPASITS, de quien Marcos afirma que le está ayudando en el proceso de transformación de su identidad sexual.

de querer cambiar, no es porque la sociedad o mi mamá o mis hermanos, ¡no! Claro que no. Yo porque tengo el criterio, tengo la seguridad de que quiero cambiar, porque me voy a sentir mejor. Yo sé que a lo mejor hay gente que le resulta difícil porque hasta la misma psicóloga me dijo

- Es que aquí viene mucha gente que quiere que los ayude a aceptar su homosexualidad.

Le digo que pues sí a lo mejor es lo clásico, pero pues, yo no creo que yo sea el único que quiere cambiar, de hecho al grupo ha ido otro muchacho, aparte de mi y eso me reitera que yo tengo razón, que no soy el único que quiere cambiar, que no soy el único que está a disgusto con su condición de homosexualidad. Es eso más que nada, simple y sencillamente me he dado cuenta que no es algo que quiero, que no es algo que a Dios le agrada y pues quiero dejarla, porque para mí mis intereses ya cambiaron: ya no es satisfacerme yo, sentirme bien yo sino agradar a Dios.

Mi propia experiencia con esto del VIH pues no ha sido muy buena, te soy sincero; siento que lo he sabido sobrellevar, pero sí ha habido momentos en que sobre todo al principio me quebraba, lloraba, o sea me centraba en que no me daba apetito, me deprimía, pensaba yo “ah la pero yo quería formar” – porque a raíz de esto de que cambio, de la homosexualidad, esto que estoy pasando pues yo ya tenía en mi mente “pues yo quiero casarme, quiero tener hijos, quiero tener una esposa, una familia”. Pensaba yo, y cuando me voy dando cuenta que estoy enfermo, pues sí imagínate, sí cambió porque de por sí estás luchando por salir de una cosa, y ahora ya estás saliendo, estás intentándolo y de repente ¡sópate! Ahora tienes VIH. O sea, pues sí me afectó la verdad; porque pues quién en la vida no quiere ser padre, quién en la vida no quiere tener una familia, yo creo que la mayoría. O sea los planes que yo tenía para mi vida en un futuro y este pues sí me los afectó. Y aparte pues ves a otros con sus familias, mis hermanos con sus hijos y sí, como que te llega tantito, te duele; pero ahorita pues gracias a dios ya he aprendido a asimilarlo, ya estoy más tranquilo y más maduro en ese aspecto aunque claro, yo como le digo a Karla la psicóloga: yo sé que va a haber

momentos en que me voy a quebrar, por ejemplo ahorita, con lo de que me sentí muy enfermo no sé si te platicué: yo estaba muy mal, tosía mucho, me dio miedo o sea sentí miedo la verdad, sabes que eres vulnerable y que te puede pasar algo, no sé...

Honestamente, tengo tan clara mi convicción que así me encontrara al príncipe azul, bonito y hermoso, ¡lo que tú quieras! No cedería; siento que mi convicción es más firme, siento que o sea, eso no sucedería, no pasaría nada. Son situaciones que a mí ya no me van; pero si alguna vez se presenta la situación, espero poder mantenerme firme en mi convicción, no ceder, mantenerme en lo que creo, en lo que he visto y en mi fe en Dios. Sí, creo que a estas alturas me voy haciendo digamos, más fuerte para soportar tentaciones, porque no falta que todavía me llegue a mover el tapete algún chavo, o algunos notan que soy algo afeminado o algo notan en mí. Entonces siento que estoy como en un riesgo latente; siento que soy como un drogadicto, o que soy como un alcohólico ¿me entiendes? Así, siento como que tengo que estar luchando contra esto. Lo que hacía últimamente era que me masturbaba, pero ya también no quiero hacerlo porque también es algo que desde mi punto de vista que conozco pues no va, y le doy gracias a Dios de que ahorita no he sentido la necesidad de masturbarme porque cuando lo hago vienen a mi mente ideas de mi pasado, ¿me entiendes? O sea de lo que era, como siempre me involucré con varones, no creo que vengan a mi mente ideas de mujeres, si alguna vez llego a tener otra vez vida sexual activa ocasional o lo que sea, pues quiero que sea con una mujer. Ahorita ya está más difícil como sea, mi condición de VIH, todo... Entonces por lo tanto pues prefiero,... no sé, quedarme así en el celibato, y no es el fin del mundo tampoco, no pasa nada; dijeras tú nunca he sabido lo que es una relación sexual pero sí lo sé, o sea yo la verdad ya le di mucho vuelo a la hilacha y sé de qué se trata. Nunca he estado con una mujer pero te digo, no me siento mal si no se da, me siento tranquilo.

Varias semanas después de la primera entrevista que sostuvimos, me encontré con Marcos en el CAPASITS acompañado de dos de sus hermanos

mayores, visiblemente desgastado y con un cuadro de tos muy grave, que prácticamente le impedía hablar sin agitarse. La psicóloga de la clínica y Horacio, uno de los activistas que frecuenta el Hospital Regional, explicaron a sus familiares que Marcos básicamente había abandonado el tratamiento antirretroviral y también había interrumpido el tratamiento de amoxicilina que el doctor Pedro le había mandado para las molestias en la garganta, y que sería necesario practicarle análisis para confirmar o descartar una posible tuberculosis pulmonar. Tras saludarle y externarle mi preocupación por su estado, le solicité una breve entrevista, a la cual Marcos accedió pero en la que respondió con evidente dificultad.

He dejado de tomar el medicamento y pues, he decaído... o deprimido no sé qué es, por la enfermedad tal vez. He llorado, me da coraje, me da miedo porque me ahogo, me desespero, no me da hambre, todo eso. Hace semana y media, apenas, de eso. Ya desde la vez pasada que vine a consulta venía mal, traía infecciones. Ahorita me llevaron a urgencias, me sacaron una placa y me dijo el médico que tengo tuberculosis, pero Pedro ahorita está como que dudando, o sea no me ha dicho él, pero allá [en urgencias] me dijeron que sí, que tengo tuberculosis.

Dejé el medicamento por lo mismo que te digo, porque me he sentido mal de la infección y todo eso, me empiezo a tomar [el medicamento] para eso y ya luego dejo el otro porque siento que ya es demasiado, o sea, yo y mis ideas. Este, obvio que yo sé que no es así pero no sé qué es lo que me pasa, tal vez necesitaba que mis hermanas estuvieran, ... no sé, yo sé que están conmigo, que saben lo que tengo y que me quieren pero no sabían de mi medicamento. O sea no estaban al pendiente, el que tiene que estar al pendiente soy yo; y la verdad nunca les dije "mira, yo tomo esto y esto" porque bueno, no creí que fuera necesario, pero pues sí es necesario. No sabían qué tomaba ni a qué hora debía tomarlo. Mis hermanos ya les dije,

- *Vayan temprano y pregúntenme si ya me lo tomé, vayan en la tarde, no sé les voy a decir las horas a todos; no sé, mándenme un mensaje, asegúrense de que...*

Yo sé que a lo mejor estoy exagerando, pero mientras yo me acostumbro, pues creo que es una buena idea. Aparte ahorita me acaba de cambiar el esquema, no sé a qué horas. Pero generalmente es en la tarde, temprano en la mañana y luego en la tarde pero ahorita no sé cómo vaya a ser.

El médico mandó hacer unos exámenes, unas muestras de flema; no sé lo que irá a hacer. Mañana voy a venir a lo normal,⁸⁰ la otra semana voy a venir para que me digan si tengo pues eso, tuberculosis. Hace rato que me trajeron aquí me saqué de onda, dije ¡Ah la...! porque de por sí con Sida y ahora con tuberculosis yo no sé qué debo hacer, sé que es contagioso, los utensilios, o sea me saqué de onda, así como me dijeron así me quedé helado en ese momento: me imaginé así que porque es contagioso pero Dios quiera que no sea eso, y si no el médico me dijo que hay un tratamiento también, pero Dios quiera que no tenga nada. Ahorita me voy a ir con mi hermana y me voy a recostar, me duelen las piernas. El doctor me puso cuatro litros de agua diarios pero la verdad me cuesta trabajo, tanta cosa que pasa una y después me pasa otra, pero pues no quiero estar cada vez peor. Si yo sé que hay gente que está peor que yo, con VIH; tal vez más endebles, tal vez están allá arriba [en hospitalización].

Marcos ya me había explicado con anterioridad las dificultades que tenía con el medicamento y la manera en que interrumpió tanto el TARV como el tratamiento para la aparente infección en la garganta, y en esta ocasión sus familiares, la psicóloga y Horacio me externaron su preocupación por ello. La hermana de Marcos me dijo lo siguiente:

Nosotros estamos dispuestos a acompañarlo y a cuidarlo, pero la verdad es que necesitamos también saber cómo... es que Marco se cierra, se aísla y no nos

⁸⁰ A la consulta externa. Las visitas “normales” de las que Marcos habla consisten en la consulta externa y la adquisición de los medicamentos en la farmacia del hospital, previa expedición de receta y autorización de la dirección. Este procedimiento es observado cada dos meses para la mayoría de los pacientes del CAPASITS.

cuenta lo que tiene o cómo es su enfermedad. Yo me siento responsable de su estado de salud, quiero hacerme cargo de él porque mi mamá hace poco que falleció y pues él era el que estaba más cerca de ella, a él le ha pegado mucho, yo creo que como a todos, o más... la muerte de mi mamá él la tiene muy presente y se deprime demasiado.

Por su parte, Horacio me comentó que los problemas de salud de Marcos están relacionados también con las dificultades que ha tenido respecto a la aceptación de su orientación sexual:

Marcos necesita saber que en su familia realmente respetan su orientación sexual, para que él mismo deje de negarla; sea cual haya sido su vida sexual pues ya no tiene caso que se avergüence o se fustigue por eso. Mira, sus hermanos ya sabían cómo era él y hasta sabían que se prostituía en Reynosa, que tomaba y que por eso él se culpa tanto de estar enfermo ahorita.

Una semana después de su consulta externa, un Marcos muy repuesto y de buen humor me comunicó que se sentía mejor y se estaba apegando más al medicamento, aunque no tenía aún los resultados del estudio de flema que el médico le había mandado a realizar para verificar la posible tuberculosis pulmonar.

Me siento bien, mucho mejor, ya me estoy tomando me medicamento; no he sentido náuseas ni dolor de estómago, la verdad es que me siento muy bien ahorita con el medicamento. Estoy comiendo mejor, ya me da hambre, es que no me daba nada de hambre; ya no te llamé para decirte a qué hora me toca mi medicamento porque pues, ya me lo estoy tomando, mira: me tomo unas a las 7 y a las nueve de la mañana, y otras a las 7 y a las 9 de la noche; sólo me pongo despertador para la de las 7 de la mañana, porque es la hora que me tengo que levantar, pero las demás no me pongo alarma porque pus ya estoy despierto. Mañana voy al hospital de [Gutiérrez] Zamora para que me digan del estudio de la flema, ese estudio 'baro' o no sé cómo se llama, para ver qué tengo.

Acompañé a Marcos a la dirección para que le firmaran la receta con la cual debe solicitar el medicamento a la farmacia del hospital; aunque aún lucía algo

débil, se lo notaba mucho mejor y podía caminar por su cuenta. Tengo el agrado de haberlo conocido, y aún mejor: he recibido recientemente un par de mensajes de texto suyos en los que me comunica que los síntomas de la tuberculosis prácticamente se han disipado y que se ha mantenido apegado al tratamiento antirretroviral sin mayores problemas. Aunque el desgaste físico que lucía cuando lo conocí muy probablemente seguirá avanzando a medida que el virus en su cuerpo lo debilita más y más, su mejoría actual sólo puede suponer alegría y consuelo para él y para su familia. Al pensar en Marcos, sólo puedo enunciar para él las mismas palabras que él me dedicó a mí cuando nos despedimos: que Dios lo bendiga.

4.1.2 Juan Carlos

Juan Carlos es un hombre de 36 años, de complexión media y buen semblante. Su personalidad risueña y el hecho de que disponía de tiempo suficiente entre su consulta externa y unos análisis de sangre programados para un par de horas más tarde, me permitieron entablar fácilmente una conversación con él y comenzar de inmediato con la entrevista, aunque desafortunadamente no pude volver a establecer contacto con él después de ese día.

Juan Carlos es originario de la ciudad de Álamo, Veracruz; siendo aún adolescente abandonó la escuela y fue echado de casa de forma violenta por su padre al conocer su orientación sexual, por lo que recurrió a un amigo que le ayudó a llegar a Tijuana, desde donde realizó varias incursiones como indocumentado al área de Los Ángeles donde trabajó como cuidador de viejos y en estéticas. Tras conocer su estado serológico y luego de experiencias duras por el consumo excesivo de drogas y alcohol, en buena parte debidas al impacto emocional de saberse positivo al VIH, decidió regresar a Álamo con su familia y consiguió trabajo en una pequeña cantina atendiendo la barra.

De manera similar al caso de Marcos, el conocimiento de su seropositividad acercó a Juan Carlos a la fe religiosa (en su caso el culto católico disidente a la

Santa Muerte) para buscar consuelo y estímulos morales que le ayudaran a enfrentar el padecimiento – así como el nada sencillo tratamiento antirretroviral – y a alejarse de un modo de vida que lo hizo vulnerable a la infección.

También de manera similar al caso anterior, Juan Carlos asocia la migración con un acercamiento mucho más estrecho a los encuentros sexuales casuales y desprotegidos, en combinación con el uso del alcohol u otras drogas; pero además, a otros factores de riesgo existentes para la salud y la vida de los trabajadores migrantes en la frontera con los Estados Unidos, como la intervención policial violenta de la patrulla fronteriza estadounidense en la detención de inmigrantes indocumentados.

Tenía 16 años cuando me fui a Estados Unidos, allá estuve casi diez años; regreso a mi tierra, a los 25, 26 años; estoy unos años aquí en Veracruz, estuve unos dos tres años y vuelvo a regresar a Tijuana. De ahí me estoy cinco años en Tijuana; empiezo a sospechar de que estoy infectado y todo eso, y mi idea es quedarme allá, quedarme allá para ya pues desaparecer allá; o sea no acarrearle problemas a mi familia. Pero tengo una amiga⁸¹ que me echa la mano y que me regresa para acá. Allá trabajé en casas, en estéticas y cuidando viejitos. Estuve en California, San Diego y Los Ángeles; en San Diego estuve en lo que es la línea fronteriza de San Isidro y en Imperial Beach, y de ahí este me fui a Los Ángeles, estuve en Roseville, California. ¡Pues otro mundo! Pues [todo es] más bonito, ahí tienes todo, está todo a tu alcance, todo... y aquí está más o sea, todavía cómo te diré... con más pobreza... bueno, te estoy hablando de hace casi veinte años. Trabajé también haciendo casas, allá nomás haciendo casas porque también era parte de... A la semana pues cobras por decir por horas, en ese tiempo cobraba yo seis dólares la hora; a veces salía con... bueno, a veces hasta mis mil dólares en una semana. Y también vivía en la casa de la gente. Ya cuidando ancianitos es más dinero y menos trabajo, nomás hay que darles la medicina y eso.

⁸¹ Juan Carlos, al igual que otros informantes homosexuales entrevistados en campo, feminiza a ciertos amigos también homosexuales y los llama “amigas”; eventualmente, puede llegar a referirse a determinada persona como “amigo” o “amiga” de manera más o menos indistinta.

Primero me fui porque cuando estaba morro tuve muchos problemas con mi papá, no me aceptaba como era; más que nada fue lo que me orilló a irme. Había muchos golpes. Una amiga, te digo, esa chava, ella es ciudadana americana, me dijo

- *Vente para acá, te echo la mano.*

Vino de vacaciones y allá le platicué mi situación y todo, y me dice ella:

- *Pues si quieres vámonos*
- *Pues no tengo dinero y bla bla bla*

Me dice:

- *No pues no te preocupes de nada de eso.*

Y ella fue la que arregló todo y decidí, yo nomás avisé en mi casa y me fui. Yo no tenía comunicación con mi papá, no le hablaba, siempre con mi mamá; y soy el mayor de mis hermanos, mis hermanos estaban chiquillos; y ya cuando me fui pasaron como tres, cuatro años para yo tener comunicación con mi papá, para poder hablar y todo eso, ya volví a venir un mes dos meses y me volví a regresar, ya hicimos las paces; me fue aceptando, yo creo que ya [mi mamá] había hablado con él y todo pero ahorita ya ningún problema, ya todo es distinto: ya entiende y me acepta tal y como soy.

Recién llegué a Estados Unidos pues, como estaba chamaco primero empecé en una estética, ahí trabajando, aseando y me dijeron que si quería aprender [a cortar] pues que aprendiera y todo eso; ahí estuve unos meses, ya después de ahí me pasé a cuidar una casa, nomás a cuidarla o sea a mantenerla limpia y ahí vivía; de ahí me fui hasta Los Ángeles y ahí empecé. Ahí como conocía gente, sabían cómo trabajaba y les gustaba, me tenían confianza; me decían “no pues vas a cuidarme a mi papá o vas a cuidarme al tío” y así, pero siempre viviendo con la misma familia. Sí le mandaba dinero a mi mamá, como te digo ella es mayor y mis hermanos uno estaba en la primaria, el otro estaba por entrar a la secundaria, les ayudaba yo mucho. Mis patronos eran nacidos allá pero

de sangre hispana. Mexicanos, pues. El inglés era, cómo te diré... si a duras penas hablo así el español, no puedo pronunciar las palabras, en inglés es peor; sí, entiendo unas cosas, pero pronunciarlas no puedo, porque cómo te diré, si no puedo decir "concecto" (concepto), a veces no sé si lo digo bien; imagínate, ahora palabras que llevan "c" o "g" que no puedo, me cuesta trabajo, nunca se me dio. Sí le entiendo más o menos,... Me daba a entender; para ir a comprar a los supers y todo eso, para eso sí me doy a entender, lo básico y más sencillo eso sí.

Casi no salía allá porque allá eres mayor hasta los 21 años, no te dejan entrar a los antros si no tienes identificación. Otra [cosa es que] todos los lugares están lejos: para todo tienes que tener carro, o sea, puedes tener amigos en un lado pero si yo vivo en Roseville y él vive en Pomona, tengo que cruzar todo Los Ángeles y si tengo en San Diego tengo que regresarme todo... o sea, son días; y salir, salía más con mis jefes, o sea con mi patrona, con los niños, eso; y como unas dos tres que eran mujeres y no, con ellas no (risas) nunca se me dio. Me refiero a que es que yo era menor de edad allá; entonces yo no podía ir a bailar, no podía ir a divertirme porque no tenía identificación. Entonces tenía que brincar a Tijuana para venirme a bailar a los antros y todo eso, y al otro día regresar; yo no tenía ninguna necesidad de andar cruzando, yendo y viniendo, sino por diversión nada más.

En Tijuana, cuando recién llegué igual que en Estados Unidos: no salía, no tenía amigos, trabajaba en una casa nada más. Hacía la limpieza, hacía de comer... ¡lo fácil fue que me enseñaran el camino, lo difícil fue que me sacaran de la calle! Ya conociendo gente,... primero empecé cada semana a ir a un antro, a entrarle a la tomadera y a otras cosas; pasó un tiempo, ya después fue de sábado y domingo; otro tiempo ya fue de viernes, sábado y domingo, después ya fue del diario. Y era así enredarte con quien sea y todo eso, no sabía cómo era, era promiscuo. Igual y a mi conclusión, yo me infecté acá en mi tierra. Y te digo porque también me lo dijo una persona con la que yo tuve que ver, él todavía cuando me vio me dijo

- ¿no te has enfermado?,

- *no, ¿de qué?, dice*
- *porque yo estoy enfermo*

Pero yo también dije, no creo, no creo... y hasta ahora no voy a saber si fue él o no porque él falleció, pero no precisamente por el VIH sino porque tuvo un accidente. Perdí mi trabajo en Tijuana por lo mismo de las borracheras; igual a la siguiente semana me lo volvieron a dar, pero ya no regresé porque fue cuando me puse mal.

En Estados Unidos cuando me cruzaba a veces me llegó a agarrar la migra, en ese entonces como que todavía eran más conscientes o no sé; a como lo pintan ahorita sí ya está más cabrón. Antes no tanto; no fue una vez, fueron muchas veces: yo vivía en el pasadero, donde está lo mero de Tijuana a lo que es San Isidro, donde lo único que divide es la lámina; y era de que yo a veces me iba caminando al trabajo y veía pasar gente corriendo y así, la patrulla, la migra a veces [me veía] que andaba todo chamagoso, así sí ya me paraban y me pedían papeles, y si no traía pues ¡p'arriba! Y nada más. Me pedían papeles:

- *¿Traes identificación?,*
- *No pues no,*

y ya me decían

- *¿Quieres ir a corte o quieres regresar voluntariamente a tu país?,*
- *No pus voluntariamente a mi país.*

Ya tardaba una hora o dos horas al cambio de guardia, nos iban a dejar a la línea, nos sacaban y en la noche estaba p'atrás otra vez. Fue así, o me quedaba en Tijuana y ya. Una vez, ya estando acá, me rompieron mi pasaporte: llegué a arreglar mi pasaporte, y la visa la rompieron porque iba con una señora que lleva indocumentados, un niño que iba a pasar y la cacharon y pues "yo no sé nada" les dije, y "también tú", me dijeron. Y ya [me explicaron] que estaba penado, que no iba a ir [a la cárcel] en ese momento, pero que si yo volvía a intentar cruzar al otro

lado por cualquier cosa, que iban a ser cinco años, y ya después no sé cuántos y así me dijeron y pus vas p'atrás pero ya sin pasaporte. Y ya no volví. Era muy dado a eso pero cuando estaba más fácil, ahorita creo que ya son dos muros; antes era uno, corrías quince minutos y estabas al otro lado. O pagabas cincuenta dólares. En ese tiempo estaba a tres [pesos] el dólar. No era mucho.

La primera vez fue fácil y las demás más fácil (risas), ya te sabes por dónde te cruzas. A como está ahorita, no; ya después como en el 95 ya se puso más feo, ya empezó a haber más problemas y todo eso, ya leyes y todo, ya hubo más problemas...⁸² Cuando entró la ley 187 fue en el noventa y cinco creo ay, ¡fue todo un caos!, porque hacían muchos paros en las fábricas y era un desastre; y empezó a haber más el racismo a los hispanos. Ay es que... allá desgraciadamente los mexicanos somos tan desunidos, tan ahora sí, mezquinos entre nosotros mismos, y los más cochinos allá en el otro lado: porque la comunidad que son los salvadoreños, los asiáticos, colombianos, todos esos [son] más unidos, o sea más serios; y nosotros no, entre nosotros en esos tiempos se ha visto, entre nosotros mismos nos discriminamos los mexicanos, y lo que es los demás, no. Y eso fue cuando ya empezó más; ya de ahí los anglosajones sí ya son más... algunos, no todos, más culeritos. Ellos todavía, cuando el tiempo de cruzar, en los ranchos son más gabachos; para cruzar por los ranchos ¡a veces hasta a caballo nos correteaban, corretean a la gente! Los mismos gabachos son los que nos empezaban a corretear en caballos o en motos, y por pasarnos nosotros, por ir corriendo no molestas a sus animales pero hay uno que otro que sí se espanta; y pues pasas corriendo ¡a lo que vas!, no pasas viendo si vas a robar; tú vas corriendo. Y ya estaban listos y te corretean o te tiran;⁸³ ya después ya empezó a entrar más el ejército y todo eso... Una vez fue cuando la sentía más

⁸² Carolina Rosas (2008) ofrece una explicación elocuente del escenario de la migración indocumentada en el suroeste de los Estados Unidos a mediados de la década de 1990:

“[...] Al ponerse en marcha varios operativos a lo largo de la frontera (entre los que sobresale la llamada Operación Guardián iniciada en 1994) la estrategia de sólo detener a un mayor número de las personas que cruzaban sin documentos la frontera cedió lugar ante la de “prevenir por medio de la disuasión”. A partir de ese momento aumentaron los instrumentos desplegados, como patrullas, mallas, sensores y telescopios de visión nocturna. Se pretendía desbaratar los circuitos tradicionales de cruce, lo que empujó a los migrantes hacia espacios cada vez más inhóspitos.” (Rosas, 2008:65)

⁸³ Juan Carlos se refiere a que les disparaban con armas de fuego.

recio que pasé porque en uno sí me golpearon muy feo y me acuerdo que fue... un 15 de julio, cuando la última vez que yo pasé, me dieron una golpiza bien fea, pero me les escapé.

Ya no me volvería a ir, pensaba [irme]... tengo un amigo que está recibiendo tratamiento allá, pero en pláticas con el doctor, me decía que el medicamento está más avanzado; entonces que sí, que él me puede dar un pase, me puede dar medicamento para tanto tiempo, pero si yo agarro otro tratamiento por allá y yo me regreso a la mejor ya no va a ser igual, porque está más avanzado el tratamiento allá que el de acá. Y no sé si lo vaya a recibir bien mi cuerpo, ya si yo quiero regresar acá,... entonces hay pro y contra, no sé. Y es lo que me ha detenido, pero de ganas no me faltan.

Ahorita estoy trabajando en un bar en Álamo; me encargo de la barra. Vendemos cerveza nada más, bebida de licor y eso casi no, pura cerveza. Es más cantina que bar, cómo se puede decir... es más para borrachos para que me entiendas. Hace año y medio que entré a trabajar ahí, conseguí por medio de un amigo.

Yo entro a la una de la tarde, dos de la tarde a más tardar, y salgo a la una, dos de la mañana. De lunes a viernes. Me han dicho que no me debo de desvelar, pero también, si no trabajo no hay pa' dormir. El movimiento ahí donde estamos nosotros es durante el día, o sea en la tarde; de las dos a las tres flojea mucho, empieza el movimiento a las cuatro cinco. Ya en la noche ni se diga... pero durante el día no.

En la cantina sí hay muchachas; pero no tenemos ni privados, no. Ellas tienen su revisión, pero y ya también depende de ellas si se van, si les llegan al precio se van; pero de que ahí vayan y paguen en el bar de que "me la voy a llevar", no, nosotros no; ese es su problema porque al ratito les pasa algo y ahí si no nos hacemos responsables, ya es fuera de su trabajo. Ellas tienen que ir cada quince días a estarse checando a este, al centro de salud van; van cada quince

*días a revisión, si no pasa la patrulla, les pide papeles y si no tienen se las llevan. O les cobran multa y las llevan a checar.*⁸⁴

Me irrita mucho ese trabajo, no te creas. Me estresan mucho los borrachos: de que no quieren pagar, que no quieren esto y lo otro y hay que pelear mucho. Pues me gusta la convivencia de las mujeres, de que todas son unidas; cualquier bronca ellas la calman, ahí todo lo hacen las mujeres; ahí o sea soportar, de que pues los que están en la barra los tengo que soportar yo, pero ya los que están sentados pues son ellas las que se encargan, o algún pleito pues ellas también. Si me meto yo me madrean (risas). Me dice mi mamá “no trabajes”, pero también si no trabajo estoy pensando en tonterías, ya me deprimó más, lo que me gusta es mucho dormir. Y este, no hago nada; y en el día, o sea amanece durmiendo, nomás a levantarme a comer, me la paso todo el día durmiendo por no hacer nada... mejor así, me estreso un poquito pero también me desaburro más.

La revelación de su orientación sexual le causó a Juan Carlos problemas de maltrato tanto en casa como en la escuela – incluyendo la imposición por parte de autoridades escolares de administrar hormonas de manera forzada a Juan Carlos “para cambiar su orientación” –, y en ambos casos el trato violento del que fue objeto fue un factor determinante en su decisión de migrar.

Sin embargo, a pesar de haber padecido una viral discriminación hacia su condición homosexual desde joven, queda claro que atribuye a la estigmatización de su condición serológica una importancia mucho mayor actualmente, implementando estrategias para evitar ser descubierto y expresando su preocupación al plantearse la posibilidad real o imaginada por él, de que la gente se entere de su condición de seropositividad.

⁸⁴ Las redadas policiales en los bares son un hecho frecuente en toda la zona norte de Veracruz, durante las cuales las mujeres que trabajan como meseras suelen ser detenidas bajo acusación de prostitución, sobre todo en el caso de que no cuenten con una cartilla de certificación de salud proporcionada por la Secretaría de Salud (Noreste, 24 de enero de 2009; Noreste, 4 de febrero de 2009). Sin embargo, Horacio y algunas trabajadoras sexuales entrevistadas me comentaron que los policías a veces las “levantan” aunque cuenten con su cartilla y a veces hasta se las quitan para que tengan que pagar una multa o para poderlas llevar a los separos, donde no es infrecuente que los policías exijan favores sexuales a cambio de su liberación y de la devolución de su cartilla.

Yo nomás terminé la secundaria y ya, no le seguí a la escuela, yo era muy rebelde. Lo que pasa que yo salgo de la secundaria en el 89; empiezan a haber muchos problemas de que o sea, no estaba muy bien visto la homosexualidad, bueno no está pero ahorita ya hasta hay matrimonio; pero en ese tiempo era más discriminación. Entonces yo en la escuela tuve mucho problema porque tenía la voz muy delgada, pues era muy o sea, muy obvia; muchos problemas con los maestros de que, “o te adaptas a esto o esto” entonces me rebelaba a todo: a veces no entraba, o si no los mandaba por un tubo... o sea hacía muchas cosas, hasta llegarles a romper cristales a los carros... y me quitan la carta de buena conducta, ya para entrar a segundo entré condicionado: con cualquier cosita que hiciera ya no entraba a tercero, ¡me corrían!

Pues así me la llevé suave, soportándolos; pero ya en tercero ya no soporté, ya era mucha burla, ya eran muchas cosas, hasta incluso nos llegaron a mandar a dos tres personas que éramos así, con un doctor para que nos inyectaran hormonas masculinas. Fue al grado que yo ya no, mi mamá no aceptó, mi papá sí [pero] mi mamá no, entonces yo ya era muy rebelde. Y dejo de ir, me mandan a traer otra vez pero nomás pa’ burlarse y vuelvo a hacer otro desmadre y me corren en definitiva y ya dejo la escuela. Me mandan a traer para que haga mis exámenes extraordinarios pero ya no, me despegué de todo. O sea pensé que toda la vida mía iba a ser así de burlas y demás, entonces te digo llega esta amiga que está en Estados Unidos y me ofrece esa oportunidad: ¡pélate! Otro mundo, no hay discriminación, nadie te voltea a ver al otro lado... ya cuando regreso acá también nomás vengo por unos días y no quiero volver p’acá, namás porque estaba mi mamá; si en mis manos hubiera podido y ella hubiera querido, ¡me la hubiera llevado! Pero ella no quiso dejar a mi papá, hasta la fecha [siguen] juntos.

Pues ahora sí que tener una vida... o sea, social, pero cómo te diré, todavía mi temor a que se den cuenta, al rechazo por muchas cosas de que se ve, de que comentarios que hacen de otras personas, también les digo ¡imagínense si con el que están hablando, si supieran que está infectado!, cómo no ¡me destrozarían! Y todo eso, y otras cosas que en mi caso no quiero que se acuesten en mi cama por

cosas, digo, no les vaya a pasar algo, mi ignorancia, no sé; a mí me gusta mucho cocinar y todo eso, y a veces no, no me meto a la cocina por lo mismo de que vaya a cortarme, o se vayan a infectar por X o Y. Pero ese es un temor mío; mi familia no, mi familia me acepta como soy, no hay de que por decir: yo tome de un vaso y ellos digan “no, esto p’allá”, no, hasta incluso cuando empecé yo porque me aislaba de ellos; ellos agarraban lo que yo estuviera comiendo y ellos le metían mano o tomaban de mi mismo vaso, y todo eso... como para demostrarme de que todo seguía igual, que nada cambiaba. Y eso me ayudó mucho, pero todavía hay ciertas cosas que no supera uno; es el miedo que te digo, a que vaya a infectar a alguien de mi familia, no sé, de que me llegue a cortar o X, no sé. Ya me han platicado que no, que tiene que haber cómo se llama... de por medio sangre, para contagiar a otra persona, o tener relaciones. Pero no, a veces la ignorancia o no sé, me gana... o mi miedo, todo eso. No me he llevado todavía a otros extremos de atender⁸⁵ contra mi vida o X, eso todavía no.

Al principio me quería morir por el miedo al rechazo; al rechazo de la gente, y todavía la sigo teniendo pero te digo, por los comentarios, por cómo se expresan de uno, digo a veces me río pero... pues digo, a veces sí me molesta porque no sé, a veces exploto y a veces me preguntan

- Y tú ¿por qué te enojas?

Y les digo,

- Pues cómo puede estar criticando si no sabes si tú también te va a tocar – le digo –, o no sé si yo lo tenga...

No sé, no sé si me explico pero este, es una manera de escudarme a que no se den cuenta o a la mejor es un secreto a voces dijiera, que tal vez la demás gente ya lo sepa. Porque hay incluso, ahí de donde yo soy hay una persona que está infectada, chavo también; y se enteraron. Y a espaldas de él hacen comentarios, hay bromas, hay todo y entonces a veces estoy y lo único que hago es nomás reírme o seguir el juego porque ni modo de ponerme por... van a decir

⁸⁵ Atentar.

“¿y tú por qué?”, si ellos se llegan a enterar imagínate cómo me iría a mí también. A veces te digo me da más coraje o miedo a que también lo estén diciendo por mí, no sé; porque sé lo que tengo, no sé.

A mi mis amigos me preguntan

- *¿Y a qué vas a Poza Rica, si no tienes este, familiares allá, a qué vas?,*
- *No pues voy a comprar,*
- *¿Qué fuiste a comprar?*

Me he llegado a topar [conocidos] aquí [en el hospital],

- *No es que estoy eh... vengo con el dermatólogo.*

Y así; si caigo en su juego, van a llegar y un día me van a acosar y voy a terminar diciendo “sí, voy al CAPASIT”. Agarré de pretexto que tenía una prima que trabajaba aquí; era, fue cuando empecé a hablarles de eso o que les daba condones y sí les daba unos dos tres folletos también, o cuando en el condón venía con un folleto chiquito. Y se lo daba y ya después me empezaban a preguntar

- *Y tú por qué los traes, y quién te dio,*
- *No pues mi prima me da*

Les digo y así, trabaja en servicio y saben que es enfermera. Pero ya llegar y repartir así es como decirles “yo estoy así”, pues no.

Tengo un amigo, bueno no sé si es mi amigo mi amigo, pero tenemos añísimos conociéndonos, de hecho yo lo traje acá, cuando vino él estaba en Reynosa; él vino a dar aquí a Álamo, yo fui el que lo fui a ver, todavía cuando él se sostenía y le dije, pero él me decía que no, que tenía tuberculosis y yo le decía que no, “vamos a hacer un”, pero yo no podía decirle que también estoy infectado porque no sabía cómo él lo iba a tomar, no sabía, si él no se aceptaba imagínate a

mi cómo me iba a poner. Ya cuando él estaba en cama que no se podía ni levantar, él me mandó hablar y ya me dijo, le dije

- *pues te voy a llevar a un lugar a ver si todavía...*

Dijo que sí. Hasta apenas hace unos meses nos topamos aquí, coincidimos, me preguntó

- *Y tú ¿qué haces aquí?*
- *Lo mismo que tú – le digo,*

y hasta ahí se vino a enterar de que también yo estoy infectado. Ya empezamos a platicar y todo y ya le expliqué por qué no le había dicho, y dice “no pues tienes razón”; y yo pues espero que él no me eche de cabeza... si no quién sabe.⁸⁶

La gente que sí sabe, bueno mi mamá te digo, pues ella qué te puedo decir, pero no ha cambiado nada. Has de cuenta que no estuviera enfermo: no hay ni compasión ni nada de eso, todo sigue igual. Eso sí me dice “cuídate, no te desveles, no tomes, ya no fumes, no hagas esto; no hagas daño” o sea, que no vaya a infectar, ¿me entiendes?

De que infecté personas, las infecté. Ahorita ya no, te digo me abstengo o más que nada preservativo. Igual, hace rato anduve saliendo con un chavo, pero de tener relaciones no; como yo le decía: “primero hay que conocernos, porque al ratito pasa algo o X le digo, y a lo mejor tú me infectas o yo te infecto y no sabemos ni quién ¿verdad? Mejor hay que conocernos así”. Y es mejor te digo, salíamos más, terminamos siendo buenos amigos, pero nada más, nunca tuvimos que ver, no pasó ni de un beso; fuimos más amigos que otra cosa. Pues ahorita no, no tengo en puerta a nadie ni nada.

⁸⁶ Uno de los grandes temores de pacientes como Juan Carlos en relación con la estigmatización del padecimiento por VIH, es encontrarse con conocidos o con gente que los pueda reconocer en el CAPASITS; esto ha sido referido también por uno de los médicos tratantes. La razón por la cual estos episodios, reales o imaginados, de estigmatización llegan a ser graves en el proceso de salud/enfermedad/atención de los pacientes viviendo con VIH-sida, es que los disuade de asistir normalmente a sus consultas, alterando la regularidad con la que acuden a las mismas simplemente por el temor a ser reconocidos y que ello derive en un señalamiento público por parte de la o las personas que los pudieran identificar.

Vida sexual, hasta ahorita tiene mucho que no: tengo miedo a tener a alguien; y obvio, muchos se protegen y hay muchos que no; entonces por lo mismo llegan y te dicen

- *no pues vamos acá*

Y pues sí, entonces ya llegas, sacas tu preservativo y ellos dicen

- *no, así a limpio*

Y les digo

- *no pues no*

- *¿y por qué?,*

- *pues yo me quiero,*

- *no, pero no se siente igual,*

- *no, pero yo me quiero, no sé tú. Sí es así, pues no...*

Y así, y sí por lo mismo es que luego empiezan

- *ah entonces tú estás*

... entonces por eso mejor me abstengo. Y no me da tiempo de andar... salgo tarde, no hay tiempo para tener alguna pareja, los días que descanso la paso con mi familia. Y así que me inviten en mi trabajo a tener relaciones, pues no porque son más gente, cómo te diré... borrachos, son ya, son catarrinos,⁸⁷ no nos visitan tanto jóvenes o sea,... no, son más señores. Sí hay uno que otro que te anda diciendo o cotorreando o proponiendo cosas pero no, al menos a mí no me gusta la gente grande.

a) Representaciones sociales sobre la migración y el VIH

Las representaciones del VIH en el caso de Juan Carlos están directamente relacionadas con la asociación entre la infección y la migración masculina: la gente de Álamo, una localidad con gran movilidad y migración de su población

⁸⁷ Con este término se refiere a hombres de edad media o mayores que, ya alcoholizados, molestan a las meseras o a los cantineros.

masculina, asocia el crecimiento de la infección con la partida y regreso de varones jóvenes a entornos urbanos más grandes o a los Estados Unidos, pero también con las imágenes evocadoras de agonía y muerte que aún prevalecen al mencionarse el padecimiento por VIH.

Cuando estuve allá también había gente [decía] que el medicamento es muy escaso, es más problema; y me dice el doctor que aquí también han llegado compañeros que están de otras partes, y vienen y reciben el medicamento y pues se van; y no quieren el pase para otros hospitales porque dicen que a veces los adquieren y a veces no. Y por eso también es mi miedo: no creas tú que sí, si fuera de “te doy tu pase y allá está igual” pues me voy para otro lado. Pero no. Mejor [me quedo] aquí, aquí estoy seguro con el medicamento, no hay tanto problema.

Muchas veces la gente tienen un dicho: “ya se va,” y dicen “se van de aquí y vienen a morir aquí”. O sea siempre que le preguntan a los que llegan: “¿te vienes a quedar?”, “no pus que sí”, “ah entonces ya te vienes a morir; ¿verdad?” Siempre siempre, es lo primero: cuando llega alguien que se fue por mucho tiempo y regresa, “ya te vienes a quedar por acá”, es lo que dicen. Quién sabe si habrá algo de cierto en eso. No creo. O podría ser... bueno, al igual y sí, porque, vas y vienes; igual, no sabemos si también uno la lleva de aquí p'allá, no sabes, o sea... no, sí tiene que ver.

El aspecto más interesante de esos comentarios escuchados y mencionados por Juan Carlos, es que ilustran puntualmente el hecho de que la infección suele truncar las carreras migrantes de los sujetos que la adquieren, obligándolos a regresar a sus lugares de origen en calidad de “condenados a muerte”, por no existir en esa ciudad servicios médicos que suministren atención médica más allá del diagnóstico serológico pero también por el temor a no contar con acceso garantizado al sistema de salud existente en el lugar de destino.

No pues sí, ahora estoy más informado; antes sí yo pensaba al oír la palabra Sida era morirse, era lo que tenía en mente pero ahora sé que puedes

vivir más tiempo, que puedes tener una, ahora sí que calidad de vida porque, tú solito te haces daño; o sea igual yo estoy consciente de que cuando tomo, pues que hay riesgos, eso puede hacer daño para el medicamento, y pues ahí, pero tampoco hago tan así seguido que digamos. Y ahorita pues ya aprendí a vivir te digo, pero hay muchas cosas que todavía no supero eso del miedo a que si se llegan a enterar las demás gentes, si me van a aceptar o no, y tratar ese miedo de a veces digo, infectar a mi familia y equis, tontería y media.

En Álamo pues hay mucha infección... pero hay mucha gente que no cree todavía; creo que hasta así como que es uno de los municipios que tiene más infectados. No nos conocemos todos, pero yo he conocido dos o tres, más por las rancherías y por las comunidades. Quién sabe por qué será ahí, eso sí no te lo sabría explicar pero es que todos se van para el norte, todos; bueno uno le echa la culpa a eso pero no es cierto, [es] por promiscuos y por no protegerse más que nada. Pero pues sí también porque ya no se sabe si lo llevas o lo traes; y es que a veces quieres platicar así con amigos y con chavos de eso, y lo único que salen y dicen

- ay pues si ya lo tengo, hay que... hay que esparcerlo,

Y le digo

- ah, si supieras, eso lo dices porque no lo tienes, y si lo tuvieras quién sabe cómo te va.

Sí, porque cuando te llegas a enterar es desesperante: sientes que se te cierra el mundo, sientes que no se te van a acercar, o sea sientes muchas cosas.

b) Trayectoria de padecimiento

Una vez vine para acá y me volví a ir. Fue para el 98 o 99... me estoy aquí dos años, me voy otra vez en el 2000 a California, pero ya no cruzo. Ya me quedo a radicar nomás en Tijuana y ya en 2005 que empiezo con mis malestares y todo eso; en sí ya sospechaba porque, por allá dan folletos y todo y demás, en los bares y todo; entonces ya empezando a leer y todo me daba cuenta de las

reacciones y de cuáles son los principios y todo eso. Empecé a sospechar, empecé a tomar mucho, caí en el alcoholismo, me drogué, caí en drogadicción, hasta estuve anexado,⁸⁸ estuve dos meses ahora sí cómo decir, desintoxicándome. Usaba el cristal. Y me estaba dejando más, pus ahorita estoy gordo a comparación como estaba. Si vieras, ¡estaba muy seco, demasiado! Fue cuando decidió [mi amiga] mandarme de regreso.

[La droga] era un así, un escape, no sé, no quería ya más, o sea no estaba seguro; pero ya empezaba yo a sospechar y todo eso, las calenturas de noche, las brotaciones de así de granitos, empecé a hacer del baño aguado y todas esas cosas. Ya después ya empecé dije yo pues “mijito pues ya estás así, ni qué hacerle, te quedas aquí”. Y ella se dio cuenta, pero ella no sabía porque la droga esta que te digo es similar al VIH porque este, te adelgaza mucho, te chupa, te consume, los labios se te cuarteán, te hace unas ojeras o sea quedas como un palillo. Y ella me decía “pues o te llevo a hacer análisis y no sé qué tengas, o no sé si sea por las drogas” dice, “no sé” dice, ya le decía que no, que así estaba mejor, que me dejara así; dice “no pero estás a tiempo” y pues sí, no quise y no quise hasta que me vine para acá y aquí un amigo me llevó a Tuxpan, ya ahí fue que me diagnosticaron bien, me mandaron a hacer análisis y luego pues me mandaron para acá, o sea al tratamiento.

Ahí donde me diagnosticaron que me lo dijo no fue en un hospital, fue en un... este cómo se llama, en un consultorio de una farmacia pues, de esa económica. Quien me lo diagnosticó fue muy cruel; muy cruel, la verdad. Fue una doctora. Y más cruel para mi mamá que iba conmigo: me mandan a hacer mis estudios y me dice “no pues tal día ven, para mañana y me los traes para decirte” y yo de haber sabido que iba a decir “positivo” pues los abro yo y me doy cuenta yo pero, se los damos y los abre, y dice “pues salió infectado, señora lo único que les queda es esperar”. ¡Imagínate! Te dicen eso qué sientes, o sea yo sabiendo

⁸⁸ Estar “anexado” significa ser internado o internarse voluntariamente en un centro de rehabilitación, o “granja” ó anexo, como también se les conoce; muchos de estos centros se sabe que operan de forma clandestina, y algunas notas periodísticas han dado cuenta de episodios de privación de libertad y abuso físico hacia los sujetos que ingresan en estos lugares.

digo ¡puta! ¿pus cuántos días me quedan? Mi mamá pus no llorar enfrente de mí imagínate... y le digo [a la doctora] “así de plano” y dice “así de plano, pues no hay cura”. Nos levantamos y nos salimos. No le dije nada a mi mamá, no comentó nada, no hablamos; pero camino allá llegó mi papá, habló con nosotros y ya, lo único que me quedó fue llorar. Ya llegó mi amigo y me dijo

- *ya investigué, hay un lugar aquí, hay un lugar allá –dice,*
- *mañana vengo por ti a tales horas y nos vamos”*

Y le digo

- *no para qué ¡se van a enterar!*

Y él fue el que me anduvo jalando para todos lados.

Ahora hay gentes que donde te vas a hacer los estudios, si sales positivo, bueno vienes y te hacen estudios primero. Antes de hacerte los estudios, pasas con el psicólogo; y ya para cuando te los van a entregar también vas con el psicólogo. Y ahí en Álamo no; ahí es el miedo, que son más crueles todavía. Y ahora ya nomás veo a la doctora y le digo “aquí voy”, nada más la saludo. Sí porque sí fue muy cruel. Me acuerdo de su “pus no queda más que esperar”... quién sabe qué ha de haber sentido mi madre en ese momento. Es que mi mamá es muy sensible, mi mamá como te diré, ya lastimarla más ya no. No quiero porque a veces ella como que está... no me dice las cosas porque creo que dijeras tú, vive más la enfermedad ella que yo; se preocupa más, a ella la lastima todo lo que me hagan a mí.

Quando Juan Carlos fue diagnosticado, en 2006, la clínica de VIH del hospital subregional de Poza Rica aún no existía como CAPASITS sino que se conocía como CEAS (Centro Especializado de Atención en Sida), y no contaban con un espacio propio, sino que se proporcionaba la consulta externa en un pequeño consultorio en el área de medicina interna. Él recuerda esa etapa y me la describe brevemente:

Antes no estaban aquí, estaban en una salita más chiquita que esta. En lo que yo estuve, no recuerdo si un año o menos del año. No recuerdo, pero no fue tanto; fueron meses, más bien. El mismo doctor que estaba desde entonces me sigue atendiendo, Pedro, la trabajadora social que es Leticia y antes había otra compañera que se llamaba Viridiana, la psicóloga, eran nomás las tres, eran ellos tres; se portaban muy bien, nos jalaban pa' todos lados, ahí estuvimos bien; ya para las recetas y todo eso, cuando uno no sabía, pues ahorita ya no se maneja así, nada más pasa uno por su consulta, llevas tus papeles y ya te vas.

Una cosa que me ha ayudado [es que] no tiene cómo te diré; no hay compasión, te dice las cosas como son. No hay hipocresías de que te esté hablando, no, él si sales mal en un estudio, te lo dice; y es o sea ya su responsabilidad de uno, no de él, y como dice él "si ustedes no se cuidan, no los vamos a andar cuidando nosotros"; y otra, de que me ha ayudado mucho de todo eso de cómo habla, o me ha dicho, ciertamente la alimentación, qué debo y qué no debo, cómo y por qué; porque dice que a veces mucho por las grasas o por los triglicéridos o por el colesterol, que muchas veces le hace al corazón o puedes llegar a tener algo, cómo te diré las... es que me lo explica y no le entiendo... o sea puedo tener una recaída si exagero en otras cosas. Y él pues me orienta, más que nada, sí es bueno porque como me decía Patricia (la trabajadora social) hace rato: que hay gente que viene por medicamento y no se lo toma; y ya cuando quiere hacer algo cuando ora sí ya no hay remedio. Y me preguntaba "tú cuánto tienes", "pus tengo todavía para dos semanas", "por qué no te lo tomas", "no sí me lo tomo" le digo, "pero es que me han dado a mí citas y no me las dan justamente cuando ya me faltan tres días o dos días de medicamento". Y dice "ah, porque hay unos que no se lo toman", le digo "sí, pero estoy consciente de lo que dice el doctor: de que si lo dejo, va a poder ser que yo esté bien por un tiempo, pero si llego a recaer, ya ni el medicamento lo va a recibir ni a rescatar de lo que tengo". Pues es importante ese medicamento.

El tratamiento lo tomo cada dos meses; empecé con uno, después seguí con otro y hasta ahorita no he terminado con, nomás dos veces, bueno con este

son tres; pero ahorita ya llevo un año con este. Ah... el primero que tomé fue Kaletra, es que son varios... este se llama Truvada, y el otro que estoy tomando ahorita se llama... Neviduvina.⁸⁹

Hasta ahorita no he tenido problemas [con el medicamento] ¡ni quiero! (risas). He salido bien. La ha recibido bien mi cuerpo, porque yo he visto otros paciente que no, que a veces que no les cae bien uno y que les cambian otro, y así. Yo no. Muchas veces es que sí, cuando inicias sí te da mucho, te dan mucho medicamento, son muchas pastillas y a veces por eso muchos pacientes no lo... no se lo toman, porque a veces en una toma son hasta seis, siete tabletas; y muchos no quieren, y dijeras son pastillitas, ¡no, son enormes! Parecen supositorios.

En ocasiones cuando recién, sí; empiezas así como que, como que andas flotando o que, como si anduvieras borracho, más que nada, sí porque a veces vas caminando y no sabes si, pues si eres tú el que nada más lo sientes o si te ve la gente que sí vas así, porque en ocasiones sí quieres, por más que quieras ir así derecho, sí te vas del lado. Pero no, no sé, o no me explico si es por lo mismo de que a veces son, o anda uno bajo de defensas o no sé... el medicamento, quien sabe. Y sí se lo he platicado también al doctor. Espero no dejarlo, hasta ahorita no lo he dejado. A lo mejor ya la costumbre por inercia, pero levantándome es lo primero; a las nueve de la mañana mis dos tomas, ya si me voy a trabajar me llevo mi pastilla, me acuerdo a la hora que es, la tomo; y así. Igual ya en dado caso que se me llegue a olvidar, que no me la eche que ya ves las prisas, tengo una nota en mi refrigerador que dice “tomarte la pastilla a la hora que llegues”, es mi recordatorio; y mi mamá, constante siempre está: “¿ya te tomaste esto?” y también con las citas: “ya está la fecha, ¿cuándo vas a ir?” y todo eso, mi mamá está al pendiente, también [están] medio involucrados en esto todos. Sí, eso es lo que me ha ayudado más que nada.

⁸⁹ Juan Carlos se refiere a la lamivudina, uno de los fármacos antivíricos más agresivos con el hígado y cuya presentación suele ser en cápsulas de nombre comercial Epivir.

De manera semejante a como ocurrió con Marcos, el padecimiento por VIH ha propiciado un acercamiento mayor de Juan Carlos a la fe religiosa: en el caso de él, se trata del culto a la Santa Muerte, el cual él ha adquirido y reproducido con el apoyo de sus padres y hermanos, quienes también son devotos de dicho credo. La fe depositada por Juan Carlos también se entrelaza con la trayectoria de padecimiento al significarse como el parteaguas entre el punto más álgido de la alcoholización y el consumo de sustancias tóxicas (especialmente el crack) y el diagnóstico de su estatus serológico, para su posterior incorporación al programa gratuito de atención médica en el CAPASITS de Poza Rica.

Soy católico, pero también adoro a la muerte. Pues ya tiene como once, doce años; más o menos, si no es que más. Esto se da cuando ella quiere que tú la adores, ella solita te busca; cuando yo todavía estando allá en Estados Unidos a veces veía, así apariciones; en mis sueños a veces que andaba en la carretera y que andaba medio dormido veía pasarla y así cosas, pero en ese tiempo no las tomaba en cuenta. Siendo que cuando yo vine para acá, en mi casa ya la tenía pero yo ni en cuenta, tampoco la había visto ni nada. Yo venía a lo que venía, así nomás de vacaciones y eso; ellos tenían su altar, pero yo como siempre en la casa [ha habido] santos y eso... fue hasta después que por medio de unos amigos [quienes me dijeron]

- *hoy no te podemos ver,*
- *¿por qué?,*
- *es que vamos a ir a tal lugar.*

Ah bueno, sí; después hablando con mi mamá, le dije

- *oye mami, los muchachos van a un templo le digo, y me decía mi mamá*
- *¿a qué templo? y le decía yo*
- *no sé, tienen reuniones los viernes.*
- *Investígalos.*

Ya empecé y pues sí, ya luego me dijo mi mamá

- *es que es por la Santa,*

Y yo le dije

- *es que yo antes tenía sueños así y así...*

Y solito se dio... que yo llegara al templo ese. Ya de ahí, cuando ya empecé a creer en ella o sea, por la curiosidad, primero fue curiosidad: ir viendo. Ya después de que empecé yo, cuando ella me empezó a ayudar fue que me sacó de muchos problemas; incluso cuando yo caí te digo, a la que le hablaba y le decía era a ella porque yo quedé inconsciente como dos días, del alcohol y las drogas que traía.

Vagamente recuerdo que fue un domingo que dejé de tomar, llego a la casa en la madrugada para amanecer lunes: yo me acosté, siendo que yo en mi idea era de que yo tenía que trabajar ese día, y nomás iba a recostarme unas horas. Y me pasó que yo oía que sonaba el teléfono y sonaba y sonaba – te digo, en mi mente yo no sé si ya estaba quedando ahí inconsciente, pero yo le hablaba mucho a ella: le decía por favor que me diera vida, que me prestara vida, que me diera fuerzas para salir adelante, que no me dejara ahí. Y suena el teléfono, y despierto y lo contesto y ya contesté y era esa amiga que te digo,⁹⁰ y me dice ella

- *dónde te has metido y le digo*
- *pues aquí en la casa en el departamento.*

Y dice

- *¿pues es que no has ido a trabajar?*
- *Ay que sí voy a ir –le digo, es temprano. Dice*
- *¿pues en qué día piensas que estás?,*
- *le digo ¿pues qué no es lunes?,*

Y me dice

⁹⁰ La misma amiga que lo convenció de migrar a los Estados Unidos, y la misma que también lo asesoró para buscar ayuda con respecto a sus sospechas de seropositividad y su consumo excesivo de alcohol y drogas.

- *¡es miércoles, pendejo!*

Y ya me paro y eran las seis de la tarde, y yo la tenía a ella,⁹¹ tenía un bulto; y ya la vi, y le digo “ay gracias” le digo, y ya fue cuando mi amiga empezó a hablarme y me dijo “sabes qué, te vas” y yo no quería venirme, lo que quería era mejor quedarme por allá. Y solito se van dando las cosas, desde entonces más creo en ella. Me han invitado a México, incluso creo que fue ahora en agosto o septiembre... algo así, no sé... iban a ir, o sea se reúnen todos, porque así tienen templo los curanderos y van a ir; había fiesta o algo así, no sé⁹². Me invitaron pero también por lo mismo del trabajo y eso... eran dos días. Pero ahí en la casa siempre su ofrenda y todo se tiene, su luz. En mi casa todos son devotos: mis hermanos, mi mamá, mi papá. Mi hermano que está en México también, bueno él hasta la trae tatuada en el pecho.

Pero ya tiene como ocho años más o menos que al altar que yo iba ya no voy; es que antes había cada viernes, ahora sí que reuniones pero ya dejaron de hacerlas creo... pero soy muy devoto. Así es. Me gusta hacerme limpias, a veces voy para que me limpien mi aura, [para] que no atraiga a malas vibras y todo eso; hasta incluso me han dicho que a veces, me dijo una persona que tenía don, pero quién sabe ‘don’ de qué. Pero que tenía, que podía ser muy malo y que podía servir también pa’ lo bueno. Pero no me interesó... eso ya es mucho. [Pero] yo a ella la traigo siempre y la adoro, le pido favores y que siempre me cuide, que me proteja para que no me pase nada; así como está ahorita la situación, que no me vaya a pasar algo feo; que como salgo de la casa que me deje regresar.

Ya que yo ya sabía, pues se dio cuenta mi mamá; ya después a mi papá, mis hermanos y a otro, a mi amigo que te digo que me llevó, el que me anduvo jalando para que me recibieran en el hospital.

⁹¹ A la Santa Muerte.

⁹² En la ciudad de México se realiza anualmente la peregrinación en honor a la Santa Muerte, que se dirige hacia el barrio de Tepito, en concreto hacia el altar principal ubicado en la calle de Alfareros (Pacheco, 2006; Fragoso, 2007); esta celebración convoca grandes multitudes que incluyen a muchas personas que viajan desde distintos lugares de la república para hacer ofrendas de gratitud y peticiones de muy diversa naturaleza, siendo frecuente entre estas últimas la restauración de la salud propia o de familiares o seres queridos en contextos de lesiones o padecimientos causados por alcoholización, uso de drogas, accidentes o violencias.

En CAPASIT nos hacen varias pruebas que son... o sea no me grabo los nombres; pero me dice, me dice a veces el doctor que para eso nos hacen primero las biometrías, para ver cómo estamos, qué tanto mm qué tantas defensas tenemos y bla bla, es la carga viral, esa es cada seis meses; y los estudios de biometría para ver cómo estamos de colesterol y todo eso, son cada este, dos tres meses. De por sí bueno yo ahorita ya tenía un año que no los hacía pero hasta ahorita estoy bien gracias a Dios.

Me han dicho que le cambie [a la alimentación] pero no; porque yo sigo comiendo lo mismo: grasas, tortillas, de todo... me han dicho, a veces me ponen a dieta de que porque tengo el colesterol alto, que los triglicéridos, que esto que lo otro... que le baje a las tortillas o al pan, que al café, que al refresco... y así, pero de que tenga que dejar de comer algo, no. Al contrario, el doctor me dice “come de todo pero tampoco en exceso”. Mm lo que nos hace más daño así también es, nos han dicho que no comamos carnes rojas y este, aquí nos decían que nos hace daño la toronja; lo que es refresco de toronja y la toronja natural, no sé qué tiene que ver que contrasta los medicamentos, algo así; de ahí en fuera, todo. Sí nos dicen que no debemos tomar. Bueno cuando yo inicié fue el doctor Vázquez, me acuerdo... él me dijo que nos podíamos tomar dos o tres cervecitas pero que no dejáramos de tomar el medicamento, así fue con el doctor Vázquez y yo seguí su consejo (risas) hasta ahorita no he tenido reacciones así. No te voy a decir que todavía sigo en el mismo alcoholismo de siempre, para nada... a veces sí una vez al mes vuelvo a tomar pero en ocasiones especiales.

Siempre he sido muy dado a tomar la medicina por mi cuenta, así que la aspirina y que la pastilla para el estómago o para esto. Todavía tomo la aspirina y el naproxeno aunque no tenga nada (risas). Dice mi mamá que estoy loco, me dice “chamaco, ya te vas a tomar todo eso” porque después también tomo vitaminas: me tomo el ácido, el complejo b y otras que me mandan, como tres cuatro juntas, ¡p’adentro! Me dice “chamaco estás loco” y mi aspirina y mi naproxeno ya de cajón, o sea siempre. Es que a veces, por lo regular a veces da calentura en la noche, o sea sí... y ya para prevenir nomás, una aspirina.

Aunque no vi a Juan Carlos en ninguna de las dos sesiones informativas y de reunión del grupo de autoayuda que pude observar durante el trabajo de campo, él recuerda que solía participar en dichas reuniones y en las actividades que se llevaban a cabo en el transcurso de las mismas:

Yo sigo viendo a todos con los que inicié [tratamiento]; de hecho yo creo que me voy a morir porque ¡hoy los he visto a todos! (risas) Nos frecuentábamos mucho antes; ahorita ya tiene un año que, desde que se deshizo el grupo ya tiene como un año que no nos vemos, y pues todos por trabajo, por trabajo y eso ya no... Antes salíamos mucho; nos reuníamos cada este, era cada lunes que teníamos reuniones aquí. Y ya fines de semana, los que pudiéramos veníamos e íbamos a dar la vuelta, o planeábamos ir a tal lado... pero ahorita creo que no. El grupo no me acuerdo cómo se llamaba. Lo formamos recién llegamos. Bueno, yo te digo tres años estuve con ellos constantemente, tres... sí, tres años porque hace un año que ya dejé de venir... o sea sí venía pero ya no era tan seguido, a veces cada dos meses y así. Ahorita ya también ya no nos vemos; hasta ahorita incluso este diciembre que pasó no nos vimos: cada diciembre teníamos reunión, o sea posada. O a lo mejor se reunieron igual ellos, pero yo ya estaba trabajando.

Platicábamos de lo que nos, o sea de que ahora sí... nos desahogábamos de lo que no le podemos contar a las demás gentes, lo que hemos hecho y lo que no hemos hecho, cómo llevamos el tratamiento, cómo se lo toma uno, porque a veces tomamos el mismo medicamento pero a veces no todos lo tomamos igual; porque muchos ah tenía un compañero que me decía

- *¿Y tú cómo te tomas el medicamento?,*
- *yo en la mañana,*
- *pero cómo,*
- *pues sí – dice.*

Hay unos que dicen que bueno, el doctor dice “tómame uno a las ocho de la mañana, media hora y te tomas el otro”; y yo soy de las personas que agarro y me

tomo los dos juntos, va, todos al mismo tiempo, así sean tres cuatro pastillas, van todas pa dentro; y ya, me decían “¿no te hace daño?”⁹³

Sí, es muy bueno que haya el grupo. Hasta ahorita creo que volvió, hicieron el comentario de que volvieron a reunirse, que van a empezar este 26... este 26 van a reunirse; estaban comentado ahorita, creo que cae en martes, no sé si sea 26 que se van a reunir⁹⁴, le digo pero ellos yo ya no puedo les digo, tendría que ser un jueves o un viernes, que son los días que descanso. Seguro para diciembre sí. Es que antes era obligatorio; bueno no tanto obligatorio pero sí era necesario porque decían este “van a dar pláticas de tal cosa y les conviene a ustedes por su tratamiento” y ya, porque a veces no termina el doctor, tiene tantos pacientes y no termina de explicar para qué es esto y para qué es el otro, pero dice “es de ustedes ahí saben si vienen o no vienen; es para bienestar de ustedes” y sí, aquí estábamos y éramos muchos, y eran cada reunión, era que traíamos esto, que convivíamos más que nada. Ahorita no sé cómo esté.

4.1.3 Santiago

Conocí a Santiago el mismo día que conocí a Marcos, durante la celebración de la reunión informativa-integrativa organizada por la psicóloga Karla en las instalaciones del CAPASITS. Desde un principio él mismo me pidió que le realizara una entrevista, y se mostró muy entusiasta con respecto a la posibilidad de que su caso pudiera ser leído por otras personas; sin embargo, transcurrió más de un mes desde entonces hasta que pude localizarlo de nuevo, además de que tuve que ir hasta su casa a las afueras de Gutiérrez Zamora, pues él no podía permanecer demasiado tiempo en la clínica debido a que había encontrado un trabajo a tiempo completo como recolector de zacate en un terreno cercano a la

⁹³ La ingesta de diferentes medicamentos antivirales juntos puede tener consecuencias serias a la salud; otra paciente, Remedios, me describió las complicaciones cardíacas que sufrió al ingerir dos pastillas juntas, por lo cual tuvo que ser llevada de emergencia al hospital. La falta de información precisa en cuanto al uso correcto de los medicamentos es uno de los factores que pueden impedir el apego exitoso de los pacientes al tratamiento antirretroviral.

⁹⁴ El martes 26 de octubre efectivamente hubo una reunión, pero se trató de una sesión informativa sobre transmisión y prevención del VIH impartida por el doctor Pedro.

colonia donde vive. Una vez allí, fui amablemente invitado por él y su familia a almorzar seviche y estofado del conejo que su hermano había cazado el día anterior, en la cocina de leña instalada afuera de la vivienda de Infonavit en la cual vive con su madre y su hermano mayor; su madre intervino en varias ocasiones para complementar o ampliar las explicaciones que Santiago me proporcionaba, lo cual fue una importante fuente de información en este caso. La casa está incluida en la colonia Renacimiento, un complejo de viviendas de reubicación construidas por el gobierno federal para los damnificados por las inundaciones que afectaron gran parte del territorio veracruzano en 1999.

La de Santiago es una historia abundante en cuanto a movilidad migratoria; desde su infancia, cuando fue raptado por un primo mayor y obligado a trabajar para él en un bar de forma clandestina, Santiago vivió en las calles de la ciudad de México, en las cantinas de Poza Rica y en zonas de prostitución de San Luis Potosí y Orizaba; ya viviendo con el VIH, él y su familia fueron reubicados a las afueras de Gutiérrez Zamora tras perder su vivienda en las inundaciones que afectaron el norte del estado de Veracruz en 1999, año en que él decidió aceptar una propuesta para ir al municipio de Sayula, Jalisco, para trabajar como empacador de tomate, y posteriormente realizó esta misma actividad en tomatales de los estados de Sinaloa y Baja California. A su regreso, comenzó a trabajar en la playa Tecolutla como vendedor ambulante de comida, aunque en las temporadas más bajas de turismo debe buscar otras fuentes de ingresos, como fue el caso en la época en que lo conocí, cuando él y su madre estuvieron trabajando por varias semanas en el corte de zacate en un predio cercano a su casa.

A sus 42 años, Santiago luce saludable y con el vigor suficiente para trabajar en el campo; sin embargo, es un hombre emotivo y recuerda con mucho dolor y angustia la trayectoria de padecimiento que ha recorrido a lo largo de 14 años viviendo con VIH:

Mira, yo salí por primera vez de casa desde los doce años. Me fui con un primo. Supuestamente yo me iba por una semana con él, esas semanas se convirtieron en años porque estuve con él ayudándole, él tiene un bar, una

cantina. Él me obligaba a tomar con las personas mayores que yo, yo no sabía nada ni qué era una cantina, recuerdo que con dos cervezas ya estaba yo bien tomado... estuve durante casi cuatro, cinco meses con él, nunca me compró nada; yo andaba en chanclicas y la ropa que me ponía era de la ropa que me regalaban las meseras... la gente que trabajaba con él. Para mí esa fue una experiencia muy desagradable, porque digo: yo le echaba la mano, le hacía el aseo del bar y todo, atendía a la gente; porque a pesar de que yo no tuve ninguna educación, de que no tuve estudios, pues para las cuentas yo fui muy abusado desde chamaco... Llegaba la policía y les daba su mochada para que no le clausuraran porque era yo menor de edad. O sea eso fue al principio, ya luego me ponía a que tomara con los clientes; y si no, me amenazaba con que iba a venir a decirle a mi mamá, y pos como yo estaba pensaba que mi mamá no sabía de mi sexualidad, lo que yo era; yo tenía miedo, porque mi mamá antes era muy rígida, muy estricta. Por eso es que yo lo hacía; él no abusaba de mí, pero sus parejas de él sí. Y nunca me rebelaba contra él. Esa fue una experiencia muy fea para mí, tanto que llegó el momento en que yo me tuve que escapar de ahí de su casa y me fui para México.

Llegué en México, y ahí, me acuerdo que empezamos a trabajar; en partes nos daban trabajo, en partes nos pagaban pero luego nos tenían trabajando sin pagarnos, o sea fue una adolescencia se puede decir que muy dura. En el DF trabajaba en donde venden caldos, consomés de pollo. Y sí pues empecé a trabajar ahí. Y te digo, a veces trabajábamos y no nos pagaban. Me acuerdo que llegué con una familia que me mandaban a dejar lonche a Tepito porque el esposo de esa señora hacía zapato, porque en Tepito había lugares que fabrican, entonces a mí me mandaban a dejar lonches, entonces yo no sabía leer pero yo no me perdía, yo iba a donde me mandaran. Entonces yo me iba a dejar lonche a Tepito y me metía como si nada, y ahora no, ahora me dicen que ya es peligroso; que te roban. Me acuerdo que cuando me fui, como yo he tenido el don que me ha dado Dios de caerle bien a la gente, me acuerdo que en los cinemas Atlas, por Fray Servando, yo pedía dinero, se hacían unas filas y yo según pedía pa' la entrada y era para comer, y me juntaba yo un dinero, a mí me habían puesto "el Chino" unas muchachas que vendían tortas, me ofrecieron trabajo ellas. Yo me

quedaba en la calle, me iba a quedar en la central del norte a veces porque no tenía a dónde. Ya a las señoras les caí bien y cuando se les acababan las tortas:

- *¿Vas a pedir tortas, Chino?*

Y me esperaba hasta que me daban tortas las muchachas, así hasta que me dijeron

- *Oye ¿por qué no te vas a vivir con nosotros a la casa?*

Y les digo

- *sí*

Y ya empecé a trabajar con ellas,... Para mí, esas experiencias me han servido de mucho; y ahí estuve un buen tiempo trabajando con ellas, hasta que me aburrí, o sea un chamaco se aburre; y así anduve, de ahí me fui a trabajar a otro lado de ayudante de cocina, de lavar baños...

Me acuerdo que una vez me pegó un ataque epiléptico y me corrieron por lo mismo, porque me había dado un ataque, y este... de ahí conocí a una señora que me llevó a trabajar con ella a la colonia Guerrero, y trabajé también con esa señora, doña Concha. De ahí ella me mandó con unos familiares de ella a trabajar a Capuluac, Estado de México donde hacen la barbacoa. Anduve trabajando también con esa señora a vender barbacoa y consomé de chivo y de borrego, todo eso. Ya no me volvieron a dar [ataques], y eso que me habían dicho "te van a seguir dando, seguido", nomás una vez [me dio]. Nunca fui a un médico, nomás me dijo el dueño del restaurán donde trabajaba, que era un ataque epiléptico porque me había mordido la lengua.

Y de ahí regresé a la casa, estuve con mi mamá y a los 16 años llegué a Poza Rica; ahí empecé a trabajar, a vender rancheritos, lo que son papitas, palomitas, chicharrones, churros, rancheritos todo eso... me ofrecieron trabajo en un bar y me fui a trabajar en un bar ahí de mesero... pero pus ahí pura vida de tomar, de bailar, de andar en los antros, bueno antes no eran antros, eran discos,

eran bailes populares. En Poza Rica trabajé como unos cuatro años... como cuatro años trabajé ahí en Poza Rica, ahí en Garibaldi 52. Por ahí por donde va uno para el hospital.⁹⁵

Todo empezó porque llegaron unos primos de un padrastro que tuve, a vender, una semana santa, a vender rancheritos. Me invitaron a Poza Rica, me fui con ellos pero yo andaba con un muchacho de ellos, su mamá y su papá me querían bastante; yo estuve con él un tiempo y me dijo

- *voy a ir a Tuxpan a vender a la feria de Tuxpan –dice, ¿me esperas?*

- *Sí.*

Ya se fue a Tuxpan a vender con sus hermanos,... y ahí estuve con la señora, luego le ayudaba con sus hijos menores de la señora o sea de los papás de mi pareja. Pasaron quince días, regresaron sus hermanos, él no regresó; pasaron veinte días, pasó un mes y le digo

- *Sabe qué señora, yo me voy a ir a trabajar.*

Me dijo su papá

- *¿Por qué no te hago yo venta y vendes?,*

- *bueno –le digo.*

Así empecé a vender rancheritos; y ahí en un bar, “El Cipango” se llamaba, me ofrecieron un trabajo de mesero, le dije que sí. Ya le dije al señor

- *Sabe qué me voy a ir a trabajar mejor, me ofrecieron un trabajo.*

Me metí a trabajar de mesero, iba y venía, ahí en Poza Rica ahí en las Vegas, ahí vive la familia, bueno ahí vivía la familia de ese muchacho. Y me fui a

⁹⁵ La plazuela de Garibaldi se ubica en la avenida Adolfo Ruiz Cortínez, cerca de la colonia Chapultepec, donde se encuentra el hospital regional de Poza Rica. La plaza de Garibaldi es una zona frecuentada durante los fines de semana por la presencia de bares y discos, en algunos de los cuales hombres y mujeres ejercen el trabajo sexual.

trabajar al bar ese, entonces me dijo mi patrón que él me iba a dar un cuarto donde me quedara ahí en el bar... y ya fue que empecé yo a trabajar en los bares y la prostitución y todo eso; se puede decir que por una decepción amorosa, ya después agarré yo solito ese camino. Ya ahí estuve trabajando varios años, empecé a andar con otra persona y esa persona después me falló, empecé a tomar y a tomar, me corrieron de los bares, ya no me querían dar trabajo; me fui a Plan de Ayala, ya ahí ya no meseré, ya nada más me dediqué a talonear. En Plan de Ayala me empecé a vestir de mujer y a trabajar vestido de mujer. Nos corrieron de ahí, ya no querían que trabajáramos ahí; de ahí nos fuimos para Orizaba, Veracruz... en Orizaba también anduve trabajando ahí en bares. De Orizaba me regresé a Poza Rica, de Poza Rica me fui para Ébano, San Luis Potosí, trabajando también pues vestido de mujer... y también nos agarraron, nos encarcelaron. ¡La policía nos agarró! Porque hay lugares que no lo aceptan a uno; y así anduve mucho tiempo trabajando vestido de mujer: en Veracruz estuve trabajando, en Xalapa también. Y yo pienso que en esas fue que me contagiaron.

Hasta que llegué de regreso a casa de mi mamá. Ahí empecé a trabajar en la pesca, llegó mi cuñado y de ahí ya nos cruzamos al río; mi mamá pidió un terreno sobre este lado del río Tecolutla, y ahí hicimos nuestra casa y ahí empecé yo a hacerme de mi lanchita, de mis redes, de mis enlaces y mis atarrayas y ya trabajaba con mi sobrina en ir a vender a la playa. Hasta que llegó la inundación y nos dejó en la calle. La inundación fue cuando yo me fui a trabajar a los empaques hasta que ya regresé aquí y mi mamá ya tenía esta casita, y ya aquí me establecí un tiempo, de ahí nos fuimos a rentar a Tecolutla; fue cuando empecé ya a recibir el tratamiento en el CAPASIT. Pero antes de eso, en el 96 que llegué fui a México, [cuando] regresé fue que me enfermé; me diagnosticaron aquí en Coplamar de Papantla.

[La inundación] nos quitó todo, nos dejó prácticamente en la calle, entonces tuvimos que migrar. Nos salimos, nos rescataron, nos fuimos a Riachuelos; ahí estuvimos como un año, bueno mi familia, porque yo, en la inundación fue en el 99, ese mismo año creo, en noviembre yo me fui para Sayula, Jalisco a dos horas

algo así de Guadalajara porque vinieron a buscar gente para lo del empaque del tomate porque allá se da mucho eso del tomate; estábamos en un albergue, allá se oyó que querían gente para Sayula y les dije “saben qué yo me voy”. Ahí llegaron, anunciaron en el radio, ahí mismo escuchamos; yo fui a ver y me dijeron “sí, a tal hora llegan los camiones y salen de aquí” y yo, agarré vuelo y me fui. Vine después... eso fue en noviembre, diciembre vine; estuve como dos meses yo creo. Fui solo. Sí se llevan la gente, hay unos que se van solos, otros se van con su pareja, a veces van hasta familias, pero yo siempre me fui solo. Allá le dan cuarto a uno, a donde quedarse...

Pues o sea no [se está] más que cuatro meses, en cada lugar; en un lugar estuve tres meses, en otro lado estuve casi cuatro meses. Terminando la temporada nos íbamos a otro lado. O sea terminaba la cosecha en un lado y empezaba en otro, así se van... no es pesado: nomás tienes que estar parado empacando el tomate; llenas tu caja, la echas a la banda que la lleva y ya.

En Baja California, en Santa Rosalía, hay un lugar que le llaman El Piloto. Ahí me enfermé. Me llevaron a un lugar que se llama Guerrero Negro. Aja ahí me llevaron, ahí me llevaron y ahí me atendieron, porque me dio este... me dio tifoidea, neumonía algo así porque ahí me tocó sembrar fresa, y ahí ya a medio día los patrones le llevan a uno refrescos, me tomé un refresco bien pero bien helado y me dio escalofrío; para el otro día en la mañana yo estaba hirviendo en calentura y un amigo me llevó al hospital, me internaron porque yo les dije “saben qué yo padezco esto”, fue cuando estaba sin tratamiento, yo les dije que yo era portador del VIH y ya me hicieron análisis y me dieron medicamento; ahí estuve cinco días internado... me trataron, luego salí. Regresé a trabajar pero yo en ese tiempo no recibía tratamiento de ninguna clase porque apenas tenía tres años que me habían diagnosticado, pero yo no tenía tratamientos de nada y allá tampoco me dijeron que debía llevar tratamiento.

Entonces yo anduve mucho tiempo migrando... anduve ora sí que como gitano, como judío errante hasta que ya llegué acá y ya me establecí; orita pues gracias a dios ya no me he ido. Pero pus... nos dejó a todos en la calle. Gracias a

dios que el gobierno pues ya nos dio estas casitas aquí. O sea a unos los reubicaron ahí en Tecolutla y mi mamá dijo “no, yo quiero ahí en” acá se llama Cacahuatal acá abajo, aquí le pusieron Nuevo Renacimiento. “Yo quiero acá” dice, “porque una inundación ya no nos afecta tanto como la del 99”. Pero sí nos afectó los huracanes Dean y Lorenzo de 2007, esos sí nos desmanteló parte de la casa. Estamos extensos⁹⁶ a muchas cosas. Porque ahí en Tecolotitlán es zona que era antes una ciénega, entonces está extenso a que cualquier inundación, se pierda; entonces una inundación como la del 99, se pierde todo.

Nos apuntaron supuestamente para darnos apoyos, pero nunca llegaron esos apoyos. Habían prometido láminas suficientes para techar y nomás nos dieron cinco laminitas, y cinco láminas no cubren nada; nos prometieron piso firme y no nos han traído nada. Como ora de las inundaciones que hubo, los desastres, llegaron apoyos pero para pura gente escogida, o sea nunca llegan los apoyos generales como debe de ser: siempre llegan a escogidas las personas, si hacen lo del empleo temporal es para pura gente no, o sea no es pareja la cosa. Gente que tiene tienda, gente que tiene negocios les llegan cosas que a los que necesitamos realmente nos debería de llegar, no nos llega. Yo soy vendedor ambulante, yo no estoy en ninguna agrupación, soy independiente; llegaron apoyos para los vendedores ambulantes del empleo temporal de 1,080 pesos pero a mí en lo personal no me tocó nada. Aquí sí tenemos todos los servicios. Aquí tenemos luz, agua, drenaje. Gas no, o sea sí consumo gas pero ahorita el gas está muy caro, entonces sobre todo cocinamos con leña. Para bañarnos calentamos el agua así en la lumbre, en el fogón con un traste.

Pues fueron experiencias buenas y malas. Buenas porque había trabajo; malas porque agarré mucho el vicio, porque era de tomar cada ocho días, cada día viernes eran de parranda, o sea era una noche completa. Experiencias tuve muchas experiencias de ese tipo. Y este... no nomás he andado por allá, he andado por Reynosa, por Matamoros... o sea, son experiencias que le sirven a uno, para bien. Para bien, porque digo: en esa experiencia me di cuenta de que

⁹⁶ Expuestos.

hay gente que se puede decir que el 70 por ciento te echa la mano. O el 90 por ciento. Porque el 10 por ciento es gente que no... pero casi por lo regular el 90 por ciento de la gente está dispuesta a ayudarte, bueno al menos en lo personal a mí, yo me encontré más gente buena que gente mala.

No [volvería a irme] porque es andar de aquí para allá nada más: no puedes establecerte en ningún lugar, porque ahorita aquí ya me establecí, ya no me iría yo porque aquí yo estoy con mi mamá nada más, entonces dependemos los dos de cada quien: tanto yo dependo de ella como ella depende de mí, entonces al irme yo la dejo sola a ella; al irme yo, me desatiendo de mí, desatiendo mi mamá, desatiendo el tratamiento, ¡desatiendo todo! El tratamiento además en otro lado no me lo van a dar. Aparte mi mamá me está recordando: "hijo, tu tratamiento, ¿ya te tomaste tus pastillas?" o sea hay una persona que está siendo un apoyo más. Aquí está mi familia, mi mamá. Aquí están mis vecinos que me aprecian. Aquí no me discriminan, ¿qué voy a hacer en otro lugar arriesgándome a que me discriminen?

Entonces es por eso que digo, ya no emigro para ningún lado. Aquí me quedo, aquí a ver; me he dado cuenta de que no nos vamos a morir de hambre. Buscándole de que he andado por allá no he hecho nada, entonces qué voy a buscar lo que no hice ya, lo que no pude hacer ya, ya no lo voy a hacer; entonces ya, ya no pienso emigrar a otro lado. A menos que sea por causas mayores... solamente así, algún desastre natural que nos corra de este lugar, a eso me refiero. Como nos pasó en Tecolutla como decía mi mamá "el paso del río no me saca" o sea no dejo este lugar, pero pus... fue por motivos de la desgracia, de que nos dejó en la calle la inundación. Pero realmente nosotros estábamos muy bien ahí, teníamos instrumento para trabajar. Vendía pescado, jaiba, camarón, cuando había majúa de contrabando pero agarrábamos majúa que es un pescadito chiquito que está muy prohibido agarrarlo porque la especie se acaba, ahí van de distintas diferentes especies de pescado. Pero no emigraría ya.

a) Representaciones sobre la migración y el VIH

El haber migrado, yo lo puedo llamar como pues, algo positivo; desde ser portador, pues... al principio sí dije, “¿yo por qué?” pero digo, qué gano con renegar, o qué gano con decir. Ya me pasó, ¡lo que me queda es seguir adelante! Seguir adelante, demostrarle a los demás que sí se puede vivir con esto; si uno quiere, ¿verdad?

A diferencia de Marcos y Juan Carlos, Santiago considera que el VIH-Sida no es una enfermedad relacionada con la migración actualmente; señala que en un principio la enfermedad “fue traída de otro país”, pero que actualmente la enfermedad se encuentra hasta en poblados pequeños, y que la gente puede estar expuesta al contagio sin importar si migra o no. Recordemos que ha sido frecuente a lo largo de la historia social del padecimiento la representación del VIH-Sida como una enfermedad “de los otros” en distintos contextos de pertenencia-no pertenencia; a este respecto Sontag planteaba estructuras metafóricas que pueden ser entendidas como el “yo normal” frente al “otro desviado”, el “yo sano” distinto al “otro enfermo”, y también el “yo residente” que enfatiza su pertenencia frente a la no pertenencia del “otro extranjero”.

No creo [que tenga que ver con la migración], yo pienso que no, porque ahorita el VIH donde quiera está; de que emigres y eso no tiene nada que ver, porque esto ya está regado por todo el mundo, ya esa enfermedad ‘onde quiera la puede uno contagiar. Necesita uno encerrarse en una esfera para no contagiar ningún tipo de enfermedad, porque ahorita ¡hasta surgen nuevas enfermedades! [Esto] cualquier persona le puede dar, no es una enfermedad de migrantes, a cualquier persona le puede dar. Tal vez en un principio sí fue una enfermedad de migrantes, porque supuestamente lo trajeron de otro país; pero ya ahorita ya no se puede decir que es de migrantes, ya no porque ahorita ya está donde quiera. Aquí hay VIH. Aquí, allá, a ‘onde quiera, hasta en los pueblitos más refundidos hay VIH; que la gente no lo quiera aceptar, a veces por el temor de que qué va a decir la gente, la gente qué va a decir.

El “qué va a decir la gente” es el motivo al que Santiago atribuye que las personas estigmaticen a los enfermos por Sida o a las personas viviendo con VIH, pero también aborda la asociación VIH-homosexualidad con respecto a las representaciones del padecimiento, concediendo a ambos aspectos mucha más importancia que a la asociación VIH-migración. Santiago considera además, que el riesgo de transmisión del VIH corresponde tanto a los hombres heterosexuales como a los homosexuales, o incluso más en el caso de los primeros, por tener ellos un universo potencial mayor de parejas sexuales tanto femeninas como masculinas, a diferencia de los homosexuales que se restringen sólo al sexo con otros varones:

Dicen que supuestamente es la enfermedad que nosotros trajimos; ese es el mito que tiene la gente enterrado en la cabeza, que no aceptan que un heterosexual muera de eso porque no, porque es heterosexual simplemente; pero no porque uno es... porque supuestamente esa enfermedad nosotros somos los que la ocasionamos, somos los que trajimos esa enfermedad. Es la diferencia, que piensan que nosotros somos los creadores del Sida, siendo que no es así... ese es un mito que la gente ha sacado. Y no es verdad: tanto los heterosexuales como los homosexuales tienen el mismo riesgo, porque los heterosexuales se van con prostitutas, se van con quien sea, o sea tienen más sexo también, no nomás con homosexuales como nosotros sino que con muchas personas.⁹⁷ Según yo, puedo decir que ha de ser el 30 por ciento de homosexuales, porque ha habido casos que hay más portadoras amas de casa que homosexuales o también hay más heterosexuales que homosexuales. Yo me he dado cuenta al ir al tratamiento, sí hay homosexuales pero no el 100 por ciento ni el 50 por ciento. Por qué, porque los hombres siempre han sido infieles, siempre han tenido sus aventuras por otro lado, y más si son hombres que trabajan fuera, peor tantito porque si no están en el hogar con la señora, porque pues yo he trabajado en bares y la mayoría de los

⁹⁷ Contrario a lo que otros HSH declaran en diversas fuentes bibliográficas y documentales, Santiago sugiere que los hombres heterosexuales tienen más contactos sexuales o por lo menos más oportunidades de tenerlos, porque tienen un espectro más amplio de parejas: novias, esposas, trabajadoras sexuales e incluso otros hombres. Santiago además emplea este argumento para plantear la injusta estigmatización hacia los hombres homosexuales como “culpables” de la infección por VIH.

hombres llegan, salen de trabajar y llegan a la cantina a tomar... pues a hacer sus cosas. Y sin cuidarse...

b) Trayectoria de padecimiento

Yo pienso que me enfermé cuando anduve en la prostitución. Eso sí no puedo o sea no puedo decir en qué lugar fue, porque yo anduve de aquí para allá. Y, antes no se usaba nada del preservativo. O sea sí existía, pero no había tanta, tanta publicidad, no le habían dado tanto interés a eso... Ya no trabajé en eso porque me aburrí, por eso ya no quise seguir esa vida, porque dije "esta vida no es para mí" o sea, era vida nocturna; de noche. En el día dormir y en la noche trabajar, y se enfada uno de estar lidiando con cuanta gente... gente que pues, que no. Y dije yo, pensé dije "no, esto no es para mí". Pues había gente que te trataba bien, había gente que te trataba mal; que te llevaban, a veces te querían golpear, a veces había gente que no te quería pagar, dije "va a llegar el día en que me van hasta a matar", dije entonces antes de que eso suceda... y yo creyendo que no me iba a tocar esta enfermedad, "antes de que me peguen esa enfermedad"... y fue demasiado tarde porque ya cuando me retiré de eso, es porque ya traía yo eso. Ya traía yo eso en la sangre, se puede decir, o no sé; el chiste es que, cuando menos me vine a dar cuenta, yo ya estaba infectado, o sea ya era portador de eso, del VIH.

Yo pienso que así fue. Fue cuando se empezó a mencionar eso del VIH y del Sida, y que yo no sabía ni qué... sino que ya viene uno a pensar en eso cuando ya uno está ahora sí que dentro de. Cuando a mí me dijeron, la verdad yo me quería volver loco, que decía yo ¿por qué a mí? pero dijeran, el hubiera no existe. Si pero yo no sabía nada de eso, te digo, desde chamaco empecé en esto... y fue duro. Para mí fue duro, tanto para mí como para mi mamá; pero gracias a Dios tengo una madre que siempre me ha apoyado y me ha dicho "no te preocupes", ella es la que me ha hecho fuerte (Santiago llora en este punto de la conversación) a veces no tenemos ni para los pasajes... por eso es que dejé de ir, han sido dos tres veces que he dejado mi tratamiento porque a veces los recursos no alcanzan, y este... y pus por parte del gobierno lo único que nos dan son... los

medicamentos. Si ellos dijeran “sabes qué les vamos a ayudar con los viáticos de pasajes” pues yo pienso que sería más fácil para uno. Como yo que no tuve estudios, pus... no puedo conseguir un trabajo de planta.

Yo mira, me fui una semana a México con unos compadres. El achaque fue que llegué de allá como a las seis de la mañana más o menos, llegué a la casa, y mi mamá tenía este... búlgaros, no sé cómo le llaman. Y este, y mi mamá me dio agua de tepache de esos mentados búlgaros; para las dos de la tarde creo ya estaba yo hirviendo en calentura ahí en mi casa, ahí fue donde me empecé a sentir mal y como mi mamá siempre tiene pastillas para la gripa y eso... Yo había estado una semana en México trabajando ahí con unos compadres que tenían un antro ahí, un centro nocturno. Durante esas semanas estuve trabajando bien con ellos, me llevaron a ver el show de Francis, al otro día me embarcaron y me vine para la casa; llegando a la casa ya este... ya me dio [mi mamá] esa agua de tepache; pa' la una o dos de la tarde, ya estaba yo hirviendo en calentura, así estuve durante quince días, después tuve diarrea y una tos y todo hasta que mi mamá dijo “hijo, esto no me gusta”. Se vino para acá para Tecolutla, fue a ver a unas personas, fue a ver ahí a una del DIF que le dio pase hasta Papantla, a Coplamar. Y ya me llevaron a Coplamar, llegando llegando [me hicieron] análisis y ahí me tuvieron como una hora, ya me dijeron “sabes qué, te vas a quedar; tienes esto y esto y esto”. Yo no lo podía creer, mi mamá tampoco... ahí estuve quince días en Coplamar. Y que me daban unas fiebres, me ponía mi mamá las toallas que estaba agua con hielo, para que me bajara; y [le dijeron] “si no le baja la temperatura para tales horas señora, su hijo ya no cuente con él”. Y no, gracias a Dios... Pues ahí en Coplamar se portaron la verdad muy déspotas conmigo, un trato muy malo pero pus ni modo... ya estaba yo ahí. Fue un trato no grato para mí. No sé a mi mamá cómo le dirían, pero a mí sí de plano me dijeron “tú tienes esto y esto y esto”, me daban tanto tiempo según ellos de vida. Dos, tres años. Y estuve diez años se puede decir, nueve años, sin tratamiento; a mí no me dijeron “sabes qué te vamos a canalizar para esto”, nada: “enfermedad que te peguen, la diarrea te va a durar veinte días, la calentura te va a tumbar” no sé, como que

pienso que casi que me condenaron a que ya me iba a morir, creyeron que me iba ya para abajo.

La madre de Santiago intervino para complementar la narración del complicado episodio de hospitalización:

De hecho me dijo a mí primero el doctor; ya cuando subí a verlo, porque yo ahí era la que le ponía para que se le pasara la fiebre, porque estuvo casi quince días con fiebre. Yo le ponía toallas con cachos de hielo, para bajarle la fiebre; ya cuando subí, ya fui a abrazarlo pero ya el doctor ya me había dicho a mí. Ya se puso a llorar y me abrazó y me dijo ‘me voy a morir’, por qué le digo “es que tengo esto”. No te vas a morir hijo, hay un dios muy grande y yo le voy a pedir a dios que te de otra oportunidad, y vamos a salir adelante. Yo sentía feo, pero me aguanté... y ya lo vi, y la fiebre y la fiebre, las horas que fueron yo no me dormía, lo cuidaba ahí en Coplamar donde estaba... me dormía afuera pero ni dormía porque me hablaban a cada rato, que subiera. Y así. Ya el que supo también fue mi yerno, que fue a verlo – el esposo de mi hija la mayor, a él le dijo el doctor también. Y así, el que no sabía era este, porque no estaba, cuando estaba él bien grave no estaba. Estaba en Matamoros, ya cuando vino me preguntó y ya que le digo y no dijo nada; se puso triste pero... y así, lo tuve, el doctor de ahí del hospital de Coplamar me dijo ‘si de aquí a la una o dos de la mañana no le baja la fiebre, señora, lo siento; no vamos a poder hacer nada por él’.

No, si estaba bien grave... y yo, como antes íbanos al evangelio, somos bautizados en el evangelio, y yo le pedí a dios, aunque la gente me veía, yo me ponía a llorar y le pedía a dios que le diera otra oportunidad, y así. A otro día, no ese mismo día eran las once, creo once o doce de la noche cuando me habló el doctor y ya salí, me dice ‘ya la hicimos, señora, ya le está bajando la fiebre’. Ay yo sentí bonito, me puse a llorar de gusto y me hiqué otra vez a orar, a darle gracias a dios. Ya cuando subí a verlo, amaneció como a las seis de la mañana, se sonrió él y me dice “mami ya me está bajando la fiebre”, ya lo sabía hijo, qué bueno, le dije no te vas a morir papá, vas a vivir, yo sé que dios es grande. Y así. Ya luego me lo dieron a los 15 días, me lo dieron “ora sí se lo puede llevar, debe de cuidarlo

mucho, ya está bien pero ya no va a poder trabajar para usted” les digo no me importa, aunque ahí lo tenga, pero que viva mi hijo.

Cuando lo saqué del hospital se mareaba, y el doctor me dijo ‘él va a ser una carga para ustedes porque no va a poder trabajar ni asolearse. Ni nada. Tienen que tener mucha paciencia.’

Santiago retomó la palabra:

Quien me ayudó es un doctor, se llama Luis Alberto, pero aquí lo conocemos como Migue, él trabaja en el hospital integral de aquí [de Gutiérrez, Zamora], el [hospital] integral Melchor Ocampo. Él trabaja ahí y él me dijo “sí, yo te voy a echar la mano” y sí, tardé para que me canalizaran a Poza Rica, pero pues gracias a dios, aquí estoy. Y estoy yendo, y aparte que el doctor que me tocó, para mí ha sido el mejor doctor que me haiga tocado porque no me siento mal, como me dijeron “las gripas, las calenturas a ti te van a tumbar, o te van a durar muchos días” ¡y no, gracias a Dios!

Al igual que en el caso de Juan Carlos, Santiago también refiere tratos despectivos y crueles por parte del personal de atención a la salud que le proporcionó la noticia sobre la infección, además de una información muy escasa con respecto a las posibilidades existentes de ingresar a un tratamiento médico en su localidad o cerca de la misma:

Yo de que me diagnosticaron jamás me dijeron de un tratamiento, ¡nunca! O sea nosotros sabíamos, o sea, oíamos que existía un tratamiento, pero que era muy carísimo, que no era posible conseguirlo; inclusive aquí yo tuve un problema con la trabajadora social de aquí, con la trabajadora social de aquí del hospital de Zamora; porque yo fui allá que tenía yo, qué me había dado cómo se llama eso... herpes. Ellos me estaban recetando unas pastillas de aciclovir, yo les dije que yo no tenía dinero, y se trató el problema ese del VIH y me dijo “es que esa es enfermedad para ricos” y a mí me dio mucha tristeza y coraje que me haigan dicho ellos así; dije, entonces vino este muchacho que le digo yo que me ayudó a que me canalizaran a Poza Rica y le dije

- Yo no voy porque la trabajadora social me dijo esto y esto y esto” le digo, y yo no tengo para comprar esos medicamentos.

Y fue él y le dijo a la trabajadora social

- Usted es una trabajadora social, no es para que trate así a los pacientes.

Ya después que fui me pidió una disculpa le dije

- Es que señorita así no se dice, yo sé que no tengo dinero para pagarle pero no es para que se conteste así –le digo.

Yo lo único que le contesté [fue]

- Las enfermedades no escogen si yo soy rico o soy pobre, las enfermedades le llegan a uno y no anda uno buscando las enfermedades, yo no busqué mi enfermedad.

Si yo hubiera sabido, si yo hubiera tenido esa información, yo me hubiera protegido, yo me hubiera cuidado. Fue el único lugar y la única vez que me han tratado así.

Este ese es el que tomo: Kaletra, Lopinavir y Ritonavir, son las que él [el médico] me da. Me dan dos frascos pa’ dos meses pero o sea me duran menos de dos meses, porque cuando voy todavía tengo algo de tratamiento. Nunca me lo han cambiado. Nomás me cambiaron el Combivir, porque dice que me bajaba las plaquetas, es el que me quitaron y me dieron el... (Santiago pide a su sobrina que le traiga la caja con las pastillas para mostrarme los nombres) es la que me dieron por la que le llaman Combivir, estas antes me las daban Kaletra. Estas mismas, pero eran naranjas, se refrigeraban, estas ya no se refrigeran. Con aquella sí sentí, bueno será porque era la primera vez que las tomaba, como que me mareaba... pero le dije al doctor, y nomás me tomaba dos. Estas mire: para los

antirretrovirales son estos dos, las pastillas, el itraconazol⁹⁸ y el ácido ascórbico, o sea vitaminas, ácido ascórbico, itraconazol y ya, nada más.

La madre de Santiago señaló que el consumo de alcohol ha dificultado a su hijo el apego al tratamiento; aunque la alcoholización no ha sido en él un problema tan grave como lo ha sido en el caso de su hermano mayor, quien padece diabetes y principios de cirrosis hepática, su madre le recuerda que la interrupción del tratamiento antirretroviral por esta causa es muy grave:

Es malo cuando no toma el tratamiento, todo se le complica; pero mientras está con el tratamiento, hasta ahorita no. Pero cuando toma, ¡la agarra de cuatro o cinco días! A veces lleva una semana, le digo “y dejas el tratamiento”. Puede salir a fiestas, divertirse por qué no; pero menos tomar. Ahorita ya tardó tres meses sin tomar, y apenas el sábado creo, hace ocho días se tomó una copa nomás y ya.

Santiago admite que ha interrumpido el tratamiento por esta y otras causas de manera repetida, y que ello incluso le ha valido fuertes reprimendas y amenazas de exclusión del programa de distribución de antirretrovirales del CAPASITS por parte del médico tratante Pedro:

Sí lo he dejado varias veces, para qué te voy a decir que no. Y la verdad no le he querido contar al doctor Pedro que ha sido por estar tomando, para qué, ¡me va a regañar! Que no son regaños, sino que son por mi bien. La otra vez que lo dejé fue cuando se acababa de aliviar⁹⁹ mi sobrina, en ese día que yo tenía que ir; ya estaba yo que iba a salir y ya no pude y no fui, también porque el médico me había dicho “si me lo dejas ya no te voy a recibir”, entonces dije yo “a qué voy entonces”. Y tardé para ir casi dos años, hasta que dije “pues voy a ir, ya si no me recibe pues ni modo, la lucha se hizo” y sí, me dijeron que ya me habían dado de baja pero que me iban a volver a ingresar. Y ahorita pedí que me cambiaran una

⁹⁸ Algunas veces en la entrevista Santiago lo refirió como ‘vitraconazol’ y otras como ‘itraconazol’; el nombre correcto es itraconazol, el cual es un antimicótico de administración oral, que se receta frecuentemente a pacientes viviendo con VIH o a pacientes oncológicos.

⁹⁹ Recordemos que esta expresión popular es muy utilizada para referirse al parto.

cita, y pensé que “ya me va a regañar” pero no, o sea su manera conmigo sí ha sido distinta; la verdad me da gusto que él me haiga tocado como doctor.

Al igual que lo hiciera Marcos, o incluso más que él, Santiago me manifestó de manera enfática su predilección por el doctor Pedro en comparación con el doctor Román:

Yo al otro doctor como que no le tengo confianza, como que veo que no... Una vez me trató; que no estaba el doctor Pedro, pero no me gustaron sus modos. No sé, lo siento muy seco, como que está ahí ya a la fuerza... o sea, no, no tiene el entusiasmo que le veo yo al doctor Pedro, que se preocupa por uno, que va, te revisa y te pregunta o sea te tiene, cómo te diré, tiene carácter para tratar al paciente. Y a [Román] lo veo como muy déspota, muy seco; y el doctor [Pedro] no, porque el doctor siempre está alegre, preguntándome, o sea se ha portado conmigo de maravilla el doctor Pedro la verdad, nunca lo vi como un inexperto, yo sé que es un buen doctor; y el otro siento que no es buen doctor. Porque yo veo a Nelson, un muchacho que conocí ahí en el CAPASIT, y yo no le veo mejoría, o sea yo lo veo igual, como que siento que le faltan vitaminas, como que siento que le falta algo a Nelson. Y [a él] lo trata el otro doctor. Y le digo y dice Nelson que no le receta vitaminas el otro doctor.

Ojalá nunca me cambien de doctor; y si me cambian que sea un doctor que sepa comprender y entender a los pacientes; porque más que nada, de eso se trata: que como doctor, que él sabe entender a uno, y o sea, te da ánimos y te da alientos para seguir adelante. Igual lo que es Clarita, las pláticas, las terapias que nos da, le digo que la otra psicóloga era amable, pero nunca me dijo a mí “mira, hay terapias, hay pláticas”. Y Karla [la psicóloga]... me manda mensajes, “acuérdate que tenemos plática” y yo voy a gusto. La última plática que nos dio, que le tocó darnos a Pedro y esa plática nunca me la habían dado, de las bases de, los pasos de la enfermedad, yo no sabía ni qué rollo... y gracias a que fui ese día, ya pude ver bien que todo el esquema del VIH. Yo si no hubiera ido, si no me

hubieran dado esa plática, nunca hubiera sabido.¹⁰⁰ Aparentemente a veces dice uno “ah, ¿para qué voy a ir yo a eso?” [Pero] le sirve de mucho a uno y le da ánimos para seguir adelante.

Nomás me he enfermado de gripa, diarrea sí me ha dado diarrea también... pero o sea solamente que algo me caiga mal, que tome leche, la leche yo no puedo tomarla, bueno la que no me hace daño es la nido, es la que me dio Clarita esa no me hizo daño. Lo que es el Chocomilk me hace daño, el chocolate me hace daño, algo que no me caiga en el estómago me hace tener diarrea, pero no es una diarrea de tres, cuatro cinco días, sino que es una diarrea que me da hoy para otro día ya se me quita, o me tomo algo y se me quita luego luego; o sea no me tarda. Luego o sea, me tomo algo pa' que se me controle y se me controla.

Cuando tuve el herpes me canalizó el doctor con la de la piel; pero me desesperé y me vine porque la dermatóloga me tardó bastante [en atender], es que una cosa es esperar, pero... le digo a mi mamá “será porque no está uno pagando, por qué lo tratarán a uno así”. Y el doctor me regañó y me dijo que no debo de ser así, de desesperado. También me mandó con el oftalmólogo, para lo de la vista pero no, o sea, yo no entiendo porque él no quería que me dieran lentes ni gotas, ni nada. Me hicieron análisis y más análisis de la vista... estos lentes que traigo fue porque del DIF me llevaron a Poza rica y ahí me trataron esto. Y mire, la verdad me sirven de mucho.

La madre de Santiago cuenta con algunos conocimientos de enfermería y farmacéutica, pues trabajó durante un año con un médico particular, por lo cual conoce qué medicamentos se recetan para diversos malestares como la fiebre, la diarrea, infecciones en las vías urinarias y en las vías respiratorias; estos conocimientos, afirma, le han sido útiles para medicar a su hijo cuando presenta

¹⁰⁰ Contrasta esta declaración de Santiago con el argumento que en repetidas ocasiones dio el activista Alejandro durante las entrevistas que le hice y aun durante las sesiones informativas que él impartió a los pacientes del CAPASITS, con respecto a que la información básica sobre el VIH “se repite demasiado y ya no es tan necesaria”, lo cual hace evidente la poca apertura y empatía que Alejandro muestra en ocasiones, aún siendo un experimentado activista por los derechos y el acceso a los recursos clínicos, informativos y legales de las personas viviendo con VIH.

los malestares que él menciona en el párrafo anterior, y para administrarle inyecciones o curaciones:

Cuando le ha dado calentura le doy el paracetamol, o el metamizol sódico; y cuando tiene así una infección que le duele la panza, o que le hace daño algo pues le doy ampicilina.

Santiago hizo alusión al tratamiento de caldo y carne de zopilote, sugerido en algunos lugares como un supuesto remedio para el padecimiento:

He oído pláticas, comentarios así de que según gente que ha tomado el zopilote, el caldo de zopilote ¡yo no me voy a estar tomando eso! La vecina le platicó a mi mamá. Dice mi mamá “no, ¡qué te vas a estar tomando eso!, [el zopilote] come mucho animal muerto.” Dicen que es bueno porque he sabido que unas personas lo han tomado... si eso fuera ya todos se hubieran curado, digo yo.

El médico tratante de Santiago, Pedro, también me había hablado acerca de este recurso terapéutico poco común, y comprensiblemente no indicado a los usuarios de los servicios de la clínica tanto por cuestiones higiénicas como estrictamente concernientes a la eficiencia real, pragmática del acto mismo como práctica curativa:

Yo se los he dicho: si quieren tomarlo tómenlo; pero si deciden tomarlo, el día que decidan empezar a tomarlo no se tomen los antirretrovirales, así de sencillo: ¡o se toman esto o se toman esto, no los dos! Porque si toman esto y también aquello, no van a saber si aquello les sirvió o no, así de simple, ¿no? Quieren probar aquella cosa, ‘es que me lo recomendaron’ que porque les dijeron que curaba el VIH. Por esa razón, porque aparentemente les curaba el Sida [...]

Después de compartir la comida que la familia de Santiago me había ofrecido, concluí la entrevista prometiendo mantenerme en contacto con él en Tecolutla, donde él pensaba volver a la venta ambulante de comida una vez que diera inicio el periodo vacacional de invierno. Las dificultades para obtener suficientes ingresos con esta actividad obligan a Santiago y a su madre a seguir

trabajando de manera itinerante en el corte del zacate y en la pesca de subsistencia, así como la venta de algunos pollos que sus vecinas les habían regalado; además de que han solicitado un préstamo para poder hacer reparaciones elementales a su humilde vivienda de reubicación.

Los tres casos, si bien son disímiles por cuanto hace al origen y a la diversidad de trayectorias migrantes y de padecimiento/atención de estos tres varones, encuentran puntos comunes interesantes: por una parte, son notables las representaciones en cuanto al fenómeno VIH-Sida como un hecho que dota de un sentido negativo la experiencia migratoria – a pesar de que Juan Carlos afirmó que desearía volver a probar suerte en Tijuana y que el ambiente de esa ciudad le gustaba; y por otro lado, como un factor terminante de sus travesías en busca de trabajo lejos de sus lugares de origen, que ha supuesto una considerable limitación de su movilidad al ámbito local debido en buena parte a la seguridad de que en el CAPASITS de Poza Rica cuentan con el medicamento, y que a la vez ha reducido sus opciones laborales y el rango de ingresos al que aspiraban antes, tal como lo muestra claramente Juan Carlos al describir sus sueldos como cuidador de casas y de ancianos en California:

A la semana pues cobras por decir por horas, en ese tiempo cobraba yo seis dólares la hora; a veces salía con... bueno, a veces hasta mis mil dólares en una semana. Y también vivía en la casa de la gente. Ya cuidando ancianitos es más dinero y menos trabajo, nomás hay que darles la medicina y eso.

Las condiciones de disponibilidad y gratuidad de los medicamentos en el CAPASITS de Poza Rica también los mantienen conformes con el mantenimiento de relaciones inequitativas con el personal de salud de la clínica, aunque los tres afirman que los “regaños” del doctor Pedro (incluyendo la amenaza de expulsión del programa para Santiago por parte de ese mismo médico, si incurría en una nueva suspensión del tratamiento) son buenos pues les recuerdan la importancia de la adherencia al tratamiento antirretroviral. Sin embargo, los médicos, las enfermeras y la trabajadora social no les brindan suficiente información acerca del uso correcto y seguro de los medicamentos, lo que conlleva a usos del mismo que

afectan su apego exitoso y los exponen a afectaciones en la salud como ocurre con la ingesta contraindicada de varias pastillas a un tiempo; el escaso o nulo capital político de estos sujetos los mantiene marginados de la posibilidad de establecer demandas por una mejora real de la atención médica recibida y los conforma con la que se les brinda.

Los médicos suelen responsabilizar a las personas a las que atienden por el abandono o interrupción constante del tratamiento antirretroviral, a través de sus propias representaciones; el doctor Román, por ejemplo, enlista las principales razones por las que dejan el tratamiento antirretroviral: “[...] ignorancia, egoísmo, irresponsabilidad, indiferencia, valemadrismo... por eso lo dejan nada más.” Mientras que se secundarizan, si bien no se ignoran completamente, factores como el entorno sociocultural, el nivel socioeconómico y las profundas transformaciones que tiene para la vida diaria de las personas viviendo con VIH la transición a una identidad como tales, con la consecuente sujeción a un régimen estricto de medicamentos que pueden ser sumamente agresivos para los organismos de determinados sujetos; además de la notable homogeneización que dicha asignación identitaria implica, ya que de esta manera los pacientes son planteados por los médicos en términos genéricos, haciendo aparentar que esperan de ellos (de todos ellos) los mismos comportamientos, las mismas reacciones o las mismas posturas con respecto al tratamiento médico.¹⁰¹

Incluso algunos activistas sociales por los derechos de las personas viviendo con VIH profesan esta suerte de “culpabilización de la víctima”, como Alejandro, quien mencionó que son ellos mismos, los usuarios, los únicos culpables de las disfunciones del medicamento y que no deberían tener un acceso totalmente gratuito al mismo, porque muchos lo desperdician; y Horacio, quien me dijo que, en su propia consideración, los usuarios de los servicios del CAPASITS

¹⁰¹ Algunos investigadores en antropología médica proponen que existe una representación común entre los médicos: la construcción del paciente ideal, el paciente imaginado por el médico como un “paciente perfecto”: dócil, puntual, responsable, apegado, lúcido al explicar sus síntomas, etc. Por lo tanto, el paciente ideal se convierte en un modelo cuyas características son deseables por el médico para *todos* los pacientes a los que atiende.

sí reciben suficiente información acerca del medicamento, la prevención y la mejora de la calidad de vida entre otros temas, pero

[...] hay que escoger a quién darle información y a quién no, porque ya conozco yo las reacciones de la pinche gente, al rato van y tiran lo que no les da, o les entra por un oído y les sale por el otro... y para qué esforzarse y perder el tiempo en una persona que a lo mejor no tiene el interés; esas son las personas que no entienden y andan por ahí infectando, pero no se les puede hacer entender...

4.2 La migración del otro, la infección propia: “¿Qué vas a pensar tú que viene del otro lado, y que anduvo por allá...? Y pues no te cuidas, porque es tu pareja.” Los casos de Remedios y Diana, esposas de migrantes infectados con el VIH

Las dificultades para entrevistar mujeres en el transcurso de una investigación sobre VIH-Sida no son pocas; la sexualidad es un tema que se aborda inevitablemente, lo cual supone un choque cultural y de género considerable para las posibles informantes – sobre todo en lo tocante al género, si el investigador es un varón –, y la existencia misma de la infección constituye una experiencia dura y dolorosa de recordar y describir.¹⁰² No pocas de dichas dificultades encontré al tratar de incluir entre mis informantes a mujeres, a pesar de que se trata de casos de gran interés debido a la evidencia en los datos estadísticos y bibliográficos consultados, de un creciente número de mujeres infectadas por sus maridos en el transcurso de migraciones laborales de éstos.

La movilidad y migración de los varones ha sido considerada como una de las principales vías para adquirir la infección en mujeres, lo cual ya ha sido

¹⁰² Las dificultades metodológicas de abordar el tema de la sexualidad en informantes femeninas en el trabajo etnográfico de campo han sido documentadas por algunos autores, como Ivonne Szasz (2002). Debido además a mi propia condición de género como un varón que abordaba el aspecto sexual de las infecciones en informantes mujeres, estas dificultades se tradujeron en frecuentes negativas, evasiones y postergaciones de entrevistas, entrevistas incompletas o con informaciones poco veraces (se tuvo el caso de una mujer casada que arguyó una infección obtenida debido a materiales quirúrgicos infectados en circunstancias poco claras, y que además se negó a continuar la entrevista ante el temor de que su marido se enterara que ella hablaba de cuestiones sexuales conmigo).

documentado por autores como Magis (2008); la transmisión sexual entre cónyuges además suele implicar al varón como el sujeto que incurre en el sostenimiento de relaciones sexuales extramaritales, y aunque esto no es necesariamente así en todos los casos, ha servido para construir simbólicamente las nociones de riesgo y vulnerabilidad de manera diferenciada para ambos géneros: los hombres son considerados como los causantes de la infección, quienes desempeñan un rol mucho más activo – y esto implica atribuciones de género fuertemente arraigadas en lo laboral, en la actividad sexual dentro y también fuera del ámbito conyugal, esta última tolerada frecuentemente en el ámbito matrimonial.

La participación más activa de los varones en la infección y en la transmisión, sin embargo, no significa que las mujeres son menos vulnerables: como se mencionó en un capítulo anterior, al tener en cuenta las condiciones de inequidad social y de acceso a recursos indispensables como la educación, la información, el trabajo y la justicia que prevalece entre varones y mujeres en México, así como la subordinación sociocultural y la carencia de poder de decisión de las mujeres que aún rige en gran medida las relaciones de género, las mujeres presentan una gran vulnerabilidad ante la infección por VIH, al tener como obligación marital para ellas estar sexualmente disponibles para sus cónyuges en cualquier circunstancia, alejando de ellas la posibilidad de implementar prácticas sexuales seguras, ya sea porque no las conocen o porque los maridos se oponen a su utilización.

Por otro lado, se ha tendido a asignar a las mujeres un papel fuertemente victimizado¹⁰³ y mayoritariamente pasivo o receptivo (excepto en los casos de mujeres dedicadas al trabajo sexual) en el proceso de infección por VIH, lo cual constituye una visión incompleta del papel que desempeñan las mujeres en el decurso de sus propios procesos de padecimiento por VIH, ya que son ellas

¹⁰³ Esta visión es reproducida aun en el ámbito del activismo social pozarricense; en una nota publicada en el periódico “La Opinión” del 5 de junio de 2009, Alejandro afirmó que “el sida afecta cada vez más a mujeres amas de casa debido a la falta de medidas de prevención de esposos promiscuos que sostienen relaciones hetero y bisexuales fuera del hogar.”

quienes constituyen en la mayoría de los casos el elemento más activo en la participación de la autoatención en el ámbito doméstico, y también son las mujeres quienes se involucran mucho más en las estrategias preventivas implementadas desde el sector salud (por ejemplo, al ser ellas los objetivos principales de las campañas de planificación familiar, que incluyen la promoción del uso del condón).

Por otra parte, la construcción epidemiológica de las trayectorias de transmisión heterosexual, como vimos en un capítulo anterior, tiende a soslayar (o al menos, no toma en cuenta de manera realista) las posibles interacciones homoeróticas y bisexuales mediante las cuales muchos hombres que se asumen como heterosexuales se infectan con el VIH para luego transmitirlo a sus mujeres; por lo cual en este apartado se procurará conferir la debida importancia a este punto en el proceso de padecimiento de una de las informantes, Remedios, de acuerdo con la sucesión de hechos que ella me compartió.

En las narrativas de las dos mujeres entrevistadas se hallan presentes prácticas y representaciones del padecimiento por VIH que las resignifican como agentes activos y altamente eficientes en la búsqueda de la atención, ya que recae mayormente en ellas la constitución y fortalecimiento de lazos familiares y amicales que les permitieron allegarse tanto al tratamiento médico como a la información sobre el VIH-Sida, pero además constituyen los principales agentes de redifusión de dicha información obtenida en la clínica a sus familiares – principalmente sus hijos – en el ámbito doméstico, y ambas se destacan por haber sido (y en el caso de Remedios, seguir siendo) quienes llevaran a cabo las principales prácticas de autoatención con respecto al padecimiento de sus cónyuges.¹⁰⁴

¹⁰⁴ Cabe recordar aquí la perspectiva de Menéndez (2009), quien afirma que las mujeres conforman el primero y más importante de los vínculos a la autoatención y/o el autocuidado en el ámbito doméstico bajo la figura de la mujer-esposa-madre, además de que también han sido el principal objetivo de las campañas de prevención del VIH-Sida e infecciones de transmisión sexual del sector salud en los últimos años bajo la premisa generalizada de una tendencia hacia la “heterosexualización” de la infección, pero también como los actores sociales más involucrados en los procesos de atención a la salud reproductiva y materno-infantil, en los que se puede incluir las campañas de promoción de los recursos de planificación familiar, como la utilización del condón. No obstante, la mayor atención brindada por parte del sector salud a las mujeres en relación con el riesgo de contagio por VIH en la actualidad, es un hecho que debe tratarse con reservas, pues la gran mayoría

La problemática migración-VIH se aborda aquí de una manera distinta, ya que aunque en el caso de una de ellas (Remedios) existió una trayectoria migrante importante, fue la migración de su cónyuge la que derivó en la infección por VIH; la segunda de ellas, aunque no constató experiencias migratorias propias ni de su cónyuge, sí citó el trabajo como camionero de su marido, como un factor que pudo haber influido en la transmisión marital de la infección.

Al igual que en los casos de Marcos, Juan Carlos y Santiago, se presentarán por separado, complementando la información proporcionada por ellas con la aportada por el personal de salud y otros actores sociales de la investigación, así como con notas y acotaciones producidas por el trabajo en campo.

4.2.1 Remedios

Remedios es una mujer de mediana edad, robusta, de tez clara y cabello rizado; franca en su modo de expresarse y amena conversadora, me concedió una entrevista en el CAPASITS mientras esperaba su consulta, que demoró bastante tiempo debido a que ese fue un día especialmente concurrido en cuanto a la cantidad de personas que acuden a recibir la atención (llegué a contar 27 en la sala de espera a lo largo de la jornada, el mayor número en todos los días que acudí a la clínica durante los horarios de consulta externa). Después de migrar al norte del Distrito Federal con su marido y sus cuatro hijos debido a un incendio doméstico, él se desplazó hacia California, Estados Unidos donde permaneció dos años, trabajando en el ramo de la construcción y reparación inmobiliaria y compartiendo el alquiler en un pequeño apartamento con un sobrino suyo que ya había emigrado a ese lugar algún tiempo atrás.

Nuestra casa se quemó por una veladora, porque como era de palmita; bueno yo le echo la culpa a la veladora pero la verdad quién sabe qué pasó, ... fue

de las mujeres embarazadas, por ejemplo, no se practican la prueba de detección rápida, a pesar de que las pruebas han sido implementadas exclusivamente para ellas, por lo que siguen naciendo bebés infectados con frecuencia.

un 22 de diciembre, fue en el 83. Y le digo no nos quedó nada, nada... entonces no estaba amueblada pero la mesita, la cama, la estufa, lo poquito que teníamos no nos quedó nada. Nosotros nos fuimos en junio y ahí [en el DF] estuvimos nueve años... nueve años trabajando los dos. Ese fue el tiempo que tardamos en volver a hacernos de nuestras cositas, de lo poco que pudimos hacernos: una estufa, pues no muy bonita pero una estufa; la mesa, el ropero, la tele... unas cositas y ya.

Vivíamos allá por el metro El Rosario; yo me metí a trabajar a Sabritas, no en la planta sino que de ahí sacaban el producto a una bodega y ahí la maquilábamos: pegábamos las sabritas así en el sobre, de ahí salía para ser surtida. Allá era estar de la casa al trabajo y del trabajo a la casa, solamente los domingos nos íbamos a llevar a los niños al parque pero casi no teníamos tiempo porque el sábado y el domingo lo ocupábamos que para las tareas de los hijos, que la lavada, que la planchada; y todos los días entrábamos temprano, a las seis de la mañana y salíamos a veces a las ocho de la noche porque era por destajo, lo que hacía uno era lo que ganaba uno.

En México estuvimos bien, pero yo le dije a mi esposo “nos vamos al rancho” y nos venimos porque ya nos hicimos de nuestras cositas allá: nos volvimos a traer la cama, la mesa... nos trajimos las cositas, nos ayudó a traerlas un cuñado que tenía un camión – porque llevaba viajes de naranja allá a la central, y él nos trajo las cositas cuando ya nos venimos definitivamente para acá.

Para Remedios y su esposo las dificultades para conseguir empleo en Tecolutla, de donde son originarios, fueron un motivo para regresar a vivir al Distrito Federal, donde ella comenzó a trabajar en una abastecedora automotriz, mientras que su marido decidió partir hacia el norte para probar suerte como obrero en la industria de instalación inmobiliaria en los Estados Unidos, concretamente en el estado de California:

Después de que me salí de sabritas porque se vino abajo la fábrica, o sea ya no maquilaban pues... me vine para el rancho casi medio año, me vine con mis

hijos y mi esposo; pero acá la vimos bien dura y nos fuimos otra vez para allá. Y yo empecé a trabajar ahí cerquita de la casa en una abastecedora automotriz, estuve trabajando casi dos años en la abastecedora de fierros. Trabajaba semana inglesa, sábado y domingo descansaba igual que en Sabritas. Pero ya mis hijos se habían quedado aquí con mi mamá, ellos nomás iban en vacaciones para allá y se regresaban. Allá en el DF ahorita está mi hijo y mi nuera, porque ella es de ahí, su familia de ella es de ahí entonces por allá se quedó mi hijo. Ya mis cuatro hijos son grandes y ya son casados, nomás el más chico es soltero, él está en Celaya estudiando música.

Para ese tiempo (cuando se regresaron al DF ella y su esposo) mi marido estaba en Estados Unidos, en California, no estaba con nosotros. Estuvo allá como dos años, no fue mucho tiempo. Antes de irse para allá él había trabajado en el campo nomás, y en México trabajó de policía en la privada; allá trabajó haciendo casas, pegando lo de arriba... quién sabe cómo se llama lo de arriba: rufle, algo así se llama, pegaba él el rufle.¹⁰⁵

A mí me gustaba mucho México, de hecho yo le decía a mi viejo: “cuando me muera yo me quemas y te vas a la torre Latino y avientas mis cenizas” (risas), me decía “¡estás loca tú!”. No sé, el clima bonito, que trabajas y no sudas, en cambio aquí trabajas ¡y te deshidratas!

Luego de dar por concluidas sus migraciones hacia los Estados Unidos y el Distrito Federal, Remedios y su esposo regresaron a Tecolutla, donde él ha vuelto a desempeñarse en actividades agrícolas de subsistencia, y en tareas ocasionales de las que obtiene ingresos exiguos. Remedios manifestó su descontento por la falta de trabajo en su lugar de origen; inclusive admitió que en ocasiones los escasos ingresos monetarios con que cuentan condicionan su asistencia a las consultas externas en el CAPASITS, por lo que han debido recurrir a familiares o vecinos para obtener dinero suficiente como para cubrir los gastos de transporte a Poza Rica de al menos uno de ellos.

¹⁰⁵ Nieves se refiere a los plafones o *roof lights*, que son las instalaciones para los focos en los techos de las casas.

A él le gusta el campo. Él es del campo. Él siembra ahí que su maicito, su frijolito pero no vaya a creer que son las hectáreas, es un pedacito. Ahí está su milpa, ahora sembró un pedacito de milpa y primeramente Dios en unos veinte días va a estar cosechando su maicito, ese pues lo va guardando, o vende un poquito para alivianarse y a seguir otra vez a sembrar chile, frijoles... pues conforme vienen las temporadas de la siembra. Pues luego sí le dicen los mismos primos, los tíos “ven a echarnos la mano” y se va al jornal a trabajar con ellos, unos tres cuatro días, pero pus no es como un ingreso, no es un patrón que no conozca. Además pues ellos ya saben cómo está él... ya saben que no puede trabajar como ellos, pero luego [le dicen] “vamos a acarrear arena, vamos a cortar pipián” y así. Y pues ya saben cómo anda y le dan ese chance... y ya le dan sus cien pesitos, doscientos pesitos, que ya son buenos.

Pues ahí en el rancho quisiera trabajar pero ahí no... quién sabe qué es ese pueblo, no hay ni una fábrica aunque sea de pantalones, de costura, ahí no hay nada. Si no es ir al campo a ayudarle al marido a levantar el frijol o a levantar el maíz, no hay nada. Ahorita hay unas casitas, están despidiendo al personal [de construcción] porque no hay trabajo, por las mismas aguas también, las inundaciones y todo eso; ahorita no hay trabajo digamos... se va a ir esa gente al campo, quién sabe a dónde se van a ir. O se van a buscar a otro lugar: Reynosa, México, tanta gente que hay ahorita desempleada...

A veces no se puede... porque a veces dice [mi marido]

- Es que no tengo hoy para el pasaje, no tengo para traer mi medicina”,

Le digo

- Pues déjame ver con tu doctor – porque son dos doctores, a mí me toca con Pedro.

A veces se puede y a veces no pero tiene que venir a hacerse análisis, o que tiene que hacerse tal cosa y pues a ver cómo le haces, junta, pide prestado o

a ver qué haces. Y ya junta y viene, así es. Pues a veces se le pide prestado al vecino, a veces a un tío, a un primo... yo ahí en Papantla tengo una prima, pero ella está sola y sería darle molestias a ella y decirle “no pus ve a Poza Rica y luego vas a dármelo hasta allá” y luego pues no sé si se lo darían, también. Mi mamá y mi papá también “mira, ahí están unos cien pesitos”. Por ejemplo, ahora no vino mi esposo; nomás vine yo. Por lo mismo, porque no nos alcanzó para el pasaje, entonces ya hablé con el doctor, le dije pues que no nos ajustó y que vine yo nada más. Y ya nos dieron la medicina, ya firmé yo.

La gratuidad de la atención médica no siempre contempla aspectos extra-clínica, como la inversión que los sujetos deben hacer en traslados y alimentos en situaciones de consulta o de atención de urgencia u hospitalización; el recurso a las redes sociales de apoyo es vital en estas circunstancias para Remedios y para su marido, como ella afirmó al hablar de préstamos por parte de su padre, de sus vecinos y de otras estrategias como la de ir a recoger ella el medicamento de ambos para ahorrar en transporte.

Los médicos Pedro y Román me han confirmado que en ocasiones las personas atendidas en el CAPASITS no tienen suficientes ingresos para cubrir los gastos de pasaje hasta Poza Rica, cuando radican o son originarios de otra localidad o incluso de otra entidad; por lo que en ocasiones ofrecen algo de dinero u otro tipo de ayuda material. Pedro afirma que ha regalado ropa y hasta pollos, y que también ha llegado a enviar el medicamento por paquetería a uno de ellos.

a) Representaciones sobre la migración y el VIH

O sea, al estar infectado [él] pues yo tenía que estar infectada porque pus antes yo sabía que era mi pareja y dijo que me iba a cuidar; o cuando llegó del otro lado, ¿qué vas a pensar tú que viene del otro lado, y que anduvo por allá...? Y pues no te cuidas, porque es tu pareja y pues no te cuidas; pero mi hermana también estuvo su marido allá, le digo “no seas tonta, cuídate, va a venir tu esposo ahora en diciembre... mira ahí tengo unos condones, llévatelos; porque yo no quiero que estés en mis zapatos. Es muy triste, ya no eres la misma” le digo, “todo te cambia,

ya ves con Alejandro cómo estuvo enfermo”. ¡Y va a creer que me hizo caso! Porque se cuidó, y luego fueron a Zamora a hacerse la prueba y salieron bien; y pues ya ahorita está con ella mi cuñado, él anduvo en Texas, en una finca cuidando caballos; pero pus también allá se ponía sus buenas pedas... iban las mujeres esas que van ahí pues a buscar dinero, y por eso yo le decía – porque ahí en el pueblo todo se sabe: que viene fulanito de allá o que habla fulanito de allá y pues, “ay que tu marido anda allá, que es bien borracho, que anda en las cantinas...”

Le digo que bueno fuera que todos hicieran caso y dijeran “no, pus hay que cuidarse”, porque esto se está regando; no había tanto como hay ahorita, y yo luego vengo aquí y veo... ¡y se queda uno! Ves a tantos...

Para Remedios, las representaciones del VIH en relación con la migración ilustran claramente su propia experiencia, la de ser una mujer infectada por su esposo durante o al término del proyecto migratorio-laboral de éste; la forma de explicarse los nexos entre ambos procesos está fuertemente referida a las relaciones extramaritales que los varones establecen en el lugar de destino, en las cuales ella también incluye otros factores que incrementan el riesgo de la transmisión como la contratación de trabajadoras sexuales y el consumo de alcohol.

Pero el análisis de este caso permite destacar otros puntos de gran interés: si bien Remedios representó el VIH y la migración en función de la propia experiencia de padecimiento y la del cónyuge, también se sirvió de ello para reforzar, mediante su socialización con miembros de su grupo familiar, estrategias de prevención ante el riesgo de infección que supone para ella la partida de los hombres hacia los Estados Unidos. Remedios elabora así una re-significación del riesgo ante el VIH como uno que habita en el comportamiento sexual esperado de los varones cuando migran, asociando el VIH con el éxodo masculino.

Sin embargo, esta mujer considera que el riesgo de ser transmitido con el VIH en el transcurso de la migración no es una atenuante demasiado digna de

consideración para la mayoría de las personas que se trasladan a ese país en busca de mejores ingresos o de oportunidades laborales inexistentes o inaccesibles en el contexto local o regional, en sus lugares de origen:

[...] Ir al otro lado sea peligroso, pues es peligroso ¿no? Y pues el VIH también es peligroso pero pus... ahora sí que, como yo digo, el VIH pues sí se lo pegan pero pus, allá el que se va si le va bien ya la hizo; y eso si pasó, porque si no pasó pus no pasó.

Las explicaciones de Remedios reflejan que las habladurías y los chismes son empleados en el lugar donde vive como un medio para difundir la noticia sobre los hombres que podrían regresar infectados después de su estancia laboral en territorio estadounidense, y al mismo tiempo claro está, como la vía estigmatizadora para señalar y distinguir a quienes son sospechosos(as) de portar el virus de inmunodeficiencia humana, lo cual está asociado con los rumores y chismes sobre las supuestas alcoholizaciones e infidelidades con trabajadoras del sexo comercial por parte de los maridos.

Remedios también recurre a dos vías posibles para la explicación de una infección resultante: por un lado, como ya se ha apuntado, afirma que las mujeres pueden (e inclusive deben, como cuando aconsejó a su propia hermana) desconfiar de los maridos cuando éstos se han ido, pero también admite que ellos pueden desconfiar de lo que las mujeres hacen en su ausencia.

No es tanto que anden diciendo “como ese se fue al otro lado y se le pegó eso ya no hay que hablarle”, no. De eso no porque ahí sí no saben si a lo mejor la mujer anduvo loqueando y pues ellos tampoco saben; pero de que se haiga ido al otro lado, pus sí porque hay varios que andan allá.

b) Trayectoria de padecimiento

Mi marido se regresó porque ya decía que allá había tenido dos años y que ya nos extrañaba, que extrañaba a sus hijos y se vino. No le gustó, decía que era matado

allá: “allá nomás te matas trabajando” decía, “si no trabajas no comes; y la renta, y esto y lo otro, ... nomás trabaja uno para pagar todo eso, no ahorra uno”.

Pues él estaba bien, lo normal, aunque siempre padeció de su boca, fue lo único; y él dice que a lo mejor de ahí vino el mal, porque como él sangraba de su boca y su sobrino sangraba también... dice

- Pero Gil (el sobrino de su esposo) nunca me tuvo confianza, nunca me dijo ‘sabes qué, tengo esta enfermedad’.

Ya vino a decirle ahora que vio que el tío está enfermo, ya le dijo el problema. Le dice [mi marido]

- ¿Por qué nunca me dijistes, por qué nunca me tuvistes confianza? Me hubieras dicho pues ya uno más o menos se cuida”.

Yo veía cómo le sangraba la boca porque le hacía así (Remedios hace un ademán como de cepillarse los dientes) y le salía pus y sangre, porque de hecho llegó y hasta se le aflojaron y se le cayeron dos dientes de la misma infección... Yo mi cepillo ¡lo tengo escondido!

Remedios ha aceptado la versión ofrecida por su marido con respecto al origen de la infección del VIH, aunque es poco verosímil – y la expresión de ella misma denota cierta incredulidad al narrar el escenario de transmisión que él le contó. Al plantearle una posible interacción homoerótica entre su cónyuge y el sobrino de éste, Remedios se encogió de hombros y guardó silencio durante varios segundos. Inmediatamente después, optó por cambiar el tema de dirección para encauzarlo hacia su experiencia subjetiva con la notificación de su propia infección:

Me infecté por él, esto fue por él... pues sí, pero yo nunca le reprocho nada, no. Lo único que sí le digo: “yo no te puedo decir nada, tú tienes la culpa de tener este problema y de que me lo pasaste a mí, qué bueno que nomás fueras tú”. Pero yo lo apoyo, y así como yo lo apoyo él también me apoya.

Es que es una experiencia que... yo me deprimí y pensaba ¿qué voy a hacer si a él le pasa algo, me voy a quedar sola con mis hijas? Yo decía así pero yo misma me hacía fuerte, decía: “no, vamos a salir adelante”. Ya cuando llegamos aquí [al CAPASITS] vi que el doctor lo trató bien a él y le dijo “no, tú no te vas a morir, vas a seguir adelante”. Venía bajo de peso, muy demacrado...

A pesar de rehusarse a hablar de la posible vía bisexual de infección de su consorte, Remedios sí se refirió constantemente a él al abordar su propia trayectoria de padecimiento; por ejemplo, me describió la infección por herpes que sufrió su marido, incluyendo las diversas articulaciones de estrategias curativas a las que recurrió para tratar de ayudarlo:

Le habían salido unas ronchitas pero acá (Remedios se señala la espalda baja), unas como cuando te pica el zancudo y te saca la roncha; pero se le quitaron con el medicamento, porque ya no las tiene. Como al año fue que le dio el herpes. Sí, le dio herpes aquí atrás y todo eso, no, ¡si hasta se tiraba en el piso! Porque aparte hacía calor, fue en agosto que le dio. Y le escurría eso y de aquí arriba y el doctor hasta se espantó cuando lo vio, le tomó fotos porque dijo que nunca había visto un herpes así. Hasta la fecha ya... ya tiene como cuatro años, todavía hasta en el brazo lo trae.

Pero salió adelante, se curó; veníamos aquí, el doctor le dio una pomadita, le dio vitaminas, que esa pomada no la encontrábamos aquí en la farmacia, es una pomadita así chiquita. Esa se la untaba y con eso fue que se le quitó, y si no calentaba yo aceite, aceite de ese de comer bien caliente, le echaba un ajo pero hasta que chillara, hasta que se cociera el ajo y con eso él descansaba, “ay no, sí descanso bonito”. Con eso le cerré la herida, porque eran llagas, ¡unas llagotas así blancas en todo esto! Y ahí está.

Primero iba a consulta allá [en Martínez de la Torre] porque allá empezamos con una doctora de ahí que se llama Amada, y ella nos mandó para acá para que nos dieran la medicina aquí; porque Xalapa pues era más lejos, por eso nos mandó aquí con Pedro. Yo tengo cinco años que tengo el tratamiento.

Siempre nos hemos atendido acá en el CAPASITS. Allá en Martínez, como le digo, íbamos – por decir que ahora que nos tocaban los análisis nos los sacaban en Martínez; Amada nos hacía un papel y nos mandaba al hospital para la carga viral y el colesterol, todo eso que ahorita le digo que nos sacan. Pero ahora vengo y aquí me los sacan, porque allá es una lata... nos tardan. Ahorita ya todo aquí, ya llevamos el control y todo aquí.

Aparte del antirretroviral, así que nos den otra cosa... pues nomás vitaminas y cosas pa' los hongos o pa' la infección de la garganta. Sí otro medicamento cuando a veces ellos ven que nos hace falta; las vitaminas nos las dan cuando por decir, que nos mandan a sacar estudios y ahí ven que estamos bajos de peso, ya nos meten vitaminas; y así nos llevan, nos llevan bien controlados porque el doctor pus nos está checando bien.

El tratamiento antirretroviral, como se ha visto en los casos anteriores (sobre todo en el de Marcos), representa un verdadero desafío para algunas personas; los efectos secundarios como los mareos, las náuseas, la pérdida de sueño y de apetito, la ingesta diaria y puntual de un gran número de cápsulas y tabletas pueden influir negativamente en el apego a los medicamentos de los que depende su estabilidad inmunológica en el plazo inmediato. Muchos sujetos también suelen tener que enfrentarse al desconocimiento o la incomprensión de la forma en que funciona el medicamento y de los riesgos que conlleva una ingesta contraindicada; en el caso de Remedios, ese desconocimiento estuvo relacionado directamente con la explicación imprecisa por parte del médico acerca de cómo tomar las medicinas; ella empleó elocuentes y abundantes representaciones para explicarme los efectos fisiológicos provocados por la medicación antirretroviral:

Al principio sí me hizo daño porque... la primera pastilla que me tomé, me las tomé las dos juntas, el doctor no me explicó o no le entendí: “pus te tomas esta y esta” pero no me dijo “le dejas un espacio de una hora y te tomas la otra”, era el ese Efavirenz... y la otra no sé cuál era, el caso es que mi esposo se las había tomado un día antes, yo no me las quise tomar, le dije “yo empiezo mañana”. Yo me las tomé y le dije

- *¿Cómo te sientes, no sientes muy feo? –me dijo*
- *sí, se siente feo – le digo, pero ya cuando me tomé la pastilla le digo*
- *me siento mal, me estoy ahogando, el corazón me estaba “tata t ata t ata” como una taquicardia;*

Me faltaba el aire, ¡el corazón me hacía que parecía que andaba yo corriendo! Me llevaron al hospital a Zamora, pero yo sentía que yo no iba a llegar, dije “¿para qué me la tomé, si yo estaba mejor antes de tomarme esa medicina?” Y que llego al hospital y que me atiende una doctora en urgencias, le digo

- *Es que me tomé estas dos pastillas juntas” [me dijo]*
- *¿Y quién te dijo que esas dos pastillas se toman juntas?*
- *Pues es que no le entendí al doctor, y me las eché juntas.*

Me dijo que qué bárbara, que esas pastillas no se toman juntas, ¡que me quería dar un paro cardíaco! Me pusieron suero y me dijeron que fuera al baño a vomitar, luego que vomité me pusieron suero y ya se me fue pasando... Me dieron de alta como a las 4 de la mañana, yo había ingresado a las 12 de la noche. Me dice la doctora

- *Ya estás bien, ya te puedes ir; mañana tómate tu medicina pero dale un espacio: te tomas esta a las ocho y esta a las nueve, dale una hora de espacio entre una y otra.*

Le dije a mi esposo

- *¡No, yo ya no me la quiero tomar, tengo miedo! ¿Qué tal que me la tomo y me vuelve a dar la misma reacción?*

Y así estuve dos días, que si me la tomo, que si no... ya dije “pus que sea lo que Dios diga” y que me la tomo, ya no sentí nada. Ya la otra me la tomo ¡y me duermo! Si me estoy una hora que ando por ahí así, me empiezo a sentir mareada como borrachita, ya me voy a la cama: yo no sé nada, no oigo nada, me duermo

esa pastilla. Y así me la empecé a tomar, ahorita ya siento que si no la tomo siento feo; como si fuera una droga, que si no la tomo me hace falta algo pues.

La importancia es que hay que estar al día con el medicamento, nada de que “ay se me olvidó, mañana me lo tomo”; eso sí no. Desde hace cinco años estamos desde las ocho, desde las siete de la mañana primero que se toma un café con leche y un pan en la mañana y ya luego su medicina, pero él a la misma hora tiene su reloj ahí y a esa hora se toma el medicamento, y nada de que “ya me fui a trabajar y ya no...” no, primero su pastilla. Eso es lo que yo pienso que le ha servido mucho, porque lleva al pie de la letra, así como nos explicó el doctor.

Remedios representa el VIH-Sida como un padecimiento que no es diferente a otros de carácter crónico – incluso afirma temer más al cáncer –, y que sólo se comienza a estigmatizar desde la perspectiva de los que no cuentan con información precisa sobre los medios de transmisión; su planteamiento acerca de qué es y cómo se vive el padecimiento en la cotidianidad familiar y vecinal sugiere que la propia vivencia del padecimiento convierte a la persona viviendo con VIH en una suerte de “paciente informado” frente a los demás, y que es esa una buena forma de evitar la estigmatización propia o de otros, aunque la omisión o la mentira son estrategias más comúnmente recurridas.

Las vivencias de discriminación Remedios las refiere a ella misma y también a otros, ya sea en forma de rumores acerca de ella y su esposo o de casos de personas que viven con VIH que han sufrido maltrato médico los cuales ha conocido por terceros; curiosamente se pronunció a favor de la idea de hacer ciertas demostraciones públicas de su estatus seropositivo¹⁰⁶ como una medida para combatir la discriminación, a diferencia de la gran mayoría de los s – y a diferencia también, de la imagen representada por los médicos y los activistas,

¹⁰⁶ Remedios me habló de su interés en portar una camiseta con la leyenda “Soy positivo”, a iniciativa expresa del doctor Pedro (aunque esta acción no se ha concretado aún); de hecho, ese mismo eslogan fue enunciado en una campaña contra la discriminación hacia las personas que viven con VIH, y los carteles de dicha campaña aún se encuentran en el CAPASITS e incluso también en las paredes de varios pasillos del hospital, fuera de la clínica.

acerca del empeño de las personas viviendo con VIH en ocultar su padecimiento por todos los medios posibles.

Yo tengo mis nietos, hijos de mi hija; y pues los cuido y cómo le diré... ellos no nos tienen asco, saben el problema que hay y nosotros les hemos llevado la información de aquí [del CAPASITS]. Pus... les digo yo que “todavía me puedes infectar más tú a mí que yo a ti porque yo tengo menos defensas”. Es que una vez fuimos a Martínez [de la Torre] y ahí había una muchacha que pues luego supo que Alejandro tenía esa enfermedad y no faltó que la prima de ella, que la sobrina de ella, que corrieron la voz: decían [de mí] “ay ella es la portadora” y pues ni saben qué es portadora, no saben ni qué es el VIH. Decía cosas como “no vayan a ir al baño porque las va a infectar”. Yo a mi concuña le dije no, si más bien ¡ella me puede infectar a mí! Una infección vaginal me infecta a mí que no tengo defensas.

Antes sí me daba miedo y vergüenza, yo sentía que me iban a hacer a un lado pero la información que ya tenemos ahorita... antes sabían que tal persona tenía Sida y no le daban trabajo en México. Supe de un paciente también del rancho, las enfermeras le tenían asco... no se acercaban a atenderlo, lo tenían aislado; él a veces quería hacer del baño y qué hacía el muchacho pues buscarse una bolsita de nylon para hacerse en la bolsita porque la enfermera no se acercaba a llevarle el cómodo... le tenían asco porque tenían miedo que les fuera a pegar la enfermedad esa. Y ahorita no, ahorita no me da miedo decirlo; como un día me dijo Pedro, “voy a hacer unas playeras que digan que soy portadora del VIH y nos las ponemos y tú también te la vas a poner” y le dije que sí. Es que no es cosa del otro mundo... yo le tengo más miedo al cáncer que a esta enfermedad ¡ah sí! Porque el cáncer no, yo digo hay tantas señoras que se han muerto de cáncer de la matriz, digo yo no... esto del VIH usted cuidándose vive para contarlo, no desvelándose, no tomando, comiendo bien la lleva uno tranquila; el cáncer en cambio lo acaba a uno.

4.2.2 Diana

Al igual que como ocurrió con Marcos y con Santiago, pude conocer a Diana el mismo día que me presenté por primera vez ante los usuarios de los servicios del CAPASITS durante la reunión informativa organizada por la psicóloga de la clínica, en la cual ella y una estudiante de psicología prestadora de servicio social ofrecieron una exposición sobre la socialización de la condición de seropositividad ante los grupos familiares y sociales cercanos de los sujetos recién notificados.

Diana es una mujer de 35 años, de corta estatura, complexión delgada y de tez morena, su apariencia pequeña y esbelta y su tímida voz denotan fragilidad, misma que contrasta con la fortaleza y determinación que ha debido mostrar para hacer frente a su propio padecimiento y al doloroso episodio final del de su esposo, muerto de Sida hace cinco años, así como para defenderse de las cargadas estigmatizadoras de vecinos, familiares y maestros de escuela hacia ella y hacia su hijo, hoy de 12 años y seronegativo.

Al igual que en el caso de Remedios, Diana se infectó no en el contexto de una migración efectuada por ella, sino de la movilidad territorial y laboral de su esposo; ella no migró nunca fuera de la región norte de Veracruz ni de Poza Rica, ciudad donde ha residido toda su vida; sin embargo, contrajo la infección por VIH-Sida por medio de su marido, y en ello tuvo gran influencia el trabajo de él como transportista y camionero, que lo mantenía viajando constantemente fuera de la entidad hacia el vecino estado de Tamaulipas.

Mi familia gracias a Dios cuento con mis padres, seis hermanas y dos hermanos; yo soy la más chica. Soy viuda, mi esposo va a ser... cinco años ya que falleció. Tengo un hijo, uno nomás de doce años. A raíz de que falleció mi esposo, pues mis papás no quisieron que me quedara yo donde antes vivía y decidieron que me regresara a la casa de ellos.

Yo nomás me dedico a las labores del hogar, ver a mis padres que ya son mayores, mi papá vende pan y mi mamá pues es diabética, entonces a raíz de la enfermedad de ella también se siente mal, a veces yo me encargo de verla a ella,

a los dos... de hacer los alimentos y estar al tanto de los medicamentos de ella, su control que ella tiene. Ahí en la casa nomás se encuentra mi hermana pero ella trabaja, es licenciada¹⁰⁷ y anda viendo los asuntos de escrituras y venta de terrenos; entonces yo soy la que más estoy en la casa.

Aunque las condiciones económicas de Diana son precarias y no realiza actividades remuneradas, ella obtiene ingresos de diversas formas, incluyendo el apoyo familiar y gubernamental; de cualquier forma, su posición le somete a la dependencia económica, y su deseo de guardar la pensión que heredó de su esposo para pagar la educación mediata y futura de su hijo la disuaden de utilizar ese recurso para tener una vida material más cómoda.

Mi papá tiene un terreno, ahí siembran maíz, ahorita anda en el corte de la milpa, que ahorita lo viene vendiendo en casi seis meses; luego viene el comprador a ver si ya está bien para el corte, vienen los compradores y se llevan de aquí a Tuxpan, y ya de ahí lo pasan a otros lados. De eso nos mantenemos y con los ingresos de mi hermana, yo desde que mi esposo falleció también me sostengo con lo que me dejó él, me dejó una pensión; él era trabajador del ayuntamiento, de los de limpia pública.¹⁰⁸ Con eso y gracias a Dios también tengo el apoyo de un programa de Oportunidades, desde hace unos seis años, nos mandan cada dos meses. Yo platiqué con mi hijo y le dije que tengo eso que dejó su papá, que lo estoy ahorrando para solventar más adelante sus estudios, él va a entrar a la secundaria primero Dios el año que entra.

a) Representaciones sobre la migración y el VIH

Al igual que Remedios, Diana construye imágenes representativas de la infección por VIH que responsabilizan al comportamiento sexual irresponsable de los

¹⁰⁷ Licenciada en derecho. Diana utilizó “licenciada” de forma genérica para referirse a las actividades profesionales de su hermana, quien se dedica a la litigación en casos de compra y venta de terrenos entre particulares.

¹⁰⁸ Posteriormente Diana también me comentó que su esposo tuvo otro trabajo como transportista, cubriendo rutas hacia otros municipios de la región norte de Veracruz y hacia algunos municipios tamaulipecos; debido a la importancia que estos trayectos laborales pudieran haber tenido en la consecución de la infección de ambos, detallaré un poco más al respecto en la parte correspondiente a la revisión de la trayectoria de padecimiento de Diana.

varones en contextos de migración en los cuales se mantienen alejados de su cónyuge, y también coincide con lo afirmado por la informante anterior, sobre el hecho de la ausencia habitual de barreras de protección en el contacto sexual entre marido y mujer. Curiosamente, las imágenes recurridas por Diana extranjerizan el riesgo ante la infección por VIH pero ella incluye la representación del VIH-Sida como un padecimiento especialmente grave en África; el ejemplo es elocuente y curioso:

Yo creo que a veces los hombres, por buscar tener placer se podría decir, buscan; y sin saber, se van al libertinaje, a la diversión, que... tienen relaciones con otras mujeres. Por un rato de placer hacen las cosas sin saber. Y ahí pueden correr mucho riesgo, llegan a sus hogares, por lo regular la esposa está siempre en casa, a veces no tiene tiempo de tener información de nada... ya llega el esposo, pues quiere tener relaciones con ella y... a veces él sin saberlo, va y le hace daño a su esposa. Ahorita ya ve que muchos se fueron a Sudáfrica a ver los partidos [de fútbol], porque allá es el lugar que es más... pues más vale que se vayan a hacer su chequeo, no vaya a ser la de malas y se vayan a enfermar. También luego en las pláticas que nos dan nos hablan un poco de eso.

Al igual que Remedios, Diana representa el riesgo y la vulnerabilidad ante el VIH de manera diferencial para hombres y para mujeres, signando una situación de gran vulnerabilidad para las mujeres que se quedan en casa mientras sus esposos salen a trabajar fuera; y de nuevo es posible identificar una representación del varón casado que se desplaza a otro lugar para trabajar, como un “agente” de la infección importada desde el destino migratorio, pero no debe perderse de vista que en este caso, Diana afirmó que los varones “corren un gran riesgo”, por lo que ella identifica el riesgo del VIH en contextos migrantes masculinos, no sólo como la infección posible o real de VIH para las mujeres, sino como un hecho que afecta directamente a los hombres que efectúan las migraciones o que se desplazan a otros sitios más o menos lejanos. Su ejemplo de los hombres que habrían viajado hasta Sudáfrica para presenciar el mundial de fútbol resulta útil para identificar que, en su marco de representación, el VIH

- es representado como una enfermedad que proviene de lugares distantes;
- es traído al ámbito doméstico por los varones que parten y vuelven;
- es un factor de riesgo para ambos miembros de las parejas.

Aunque su esposo no fue formalmente un migrante – y ella enfatizó que ella nunca había abandonado la ciudad de Poza Rica por periodos prolongados – sí existieron situaciones de movilidad laboral de su cónyuge en las que, de acuerdo con las narrativas ofrecidas por Diana, la consecución de la infección por VIH pudo estar involucrada.

b) Trayectoria de padecimiento

A raíz de que yo me enfermé¹⁰⁹ pues... tuve muchas temperaturas, mucha diarrea, a cada rato iba al baño. Yo pesaba 68 kilos, y de ahí bajé como quince kilos y me fui para abajo... yo tomaba todos los medicamentos de todas las farmacias que había y nada... no me repuse. Luego me vino un herpes zoster; me hacía yo muchas cosas, me curaba con lo que me decía mi mamá porque hasta eso, uno cuando le cae a veces no va uno a los médicos, entonces busca uno remedios caseros, o que a uno le platica una persona y esa persona [te dice] “pues dale esto y esto” y sí pasé por muchas cosas... por tanta temperatura ya no hallaba mi mamá con qué bajármela, al grado que mi mamá llegó a ponerme un aceite bien caliente, el aceite de zorro. Y nada... al contrario, yo sentía que hervía porque era mucha calentura, eran fiebres muy fuertes. El herpes era muy doloroso, yo no dormía, de un lado al otro me volteaba y no conseguía dormir. Fui con médicos particulares y me hicieron análisis...

En este punto se encuentran dos aspectos destacables: por un lado, el herpes, que también había sido mencionado por Remedios como un padecimiento

¹⁰⁹ Con esta expresión se refiere al comienzo de los síntomas y el desgaste físico, y no al comienzo formal del padecimiento por VIH desde el momento de la obtención del diagnóstico. Se debe tener en cuenta que, como posteriormente lo afirmaría, Diana no sabía que estaba infectada con el VIH, e incluso llegó a pensar que tenía cáncer.

presente a lo largo de la trayectoria de infección por VIH de su esposo, y por Santiago, quien tuvo herpes y fue canalizado al área de dermatología del hospital regional por el doctor Pedro; por lo que se convirtió en la infección oportunista más mencionada por los sujetos entrevistados.¹¹⁰ En su estudio sobre trayectorias de padecimiento y representaciones sobre el dolor en pacientes aquejados por el herpes zoster, Anabella Barragán lo ha descripto detalladamente, destacando que

“[...] ocasiona, tras la cicatrización de las lesiones cutáneas superficiales, secuelas dolorosas de distinta intensidad, debido al daño en las raíces nerviosas correspondientes a las zonas inicialmente afectadas. A este nuevo padecimiento se le denomina neuralgia postherpética.” (Arteachi, 1996; citado en Barragán, 2009:129)

Diana manifestó que el herpes zoster fue una de las infecciones oportunistas más importantes que se presentaron en su trayectoria de padecimiento por VIH-Sida, extendiéndose a lo largo de la cintura (de ahí que este padecimiento también sea conocido como “faja”) y modificando sensiblemente su capacidad para desempeñarse en las labores domésticas.

Sobre el herpes zoster me dijeron que de que me compusiera, yo iba a seguir sintiendo la molestia; y sí es cierto, porque en ratos yo siento como un ardorcito pero ahí donde se me secó el herpes – porque a mí me dio el herpes de acá hasta acá (Diana señala su vientre) y cada así que estoy haciendo mi quehacer o que me pongo ropa que me quede ajustada siento que me molesta, al ratito ya me estoy sintiendo como que me quiere arder, me fijo y no tengo nada; ya lo que hago es que me pongo mi ropa que me quede así flojita, y ya me siento bien otra vez.

A mí el herpes me imagino que, ya hasta por dentro se me ha de estar yendo porque yo al bañarme, cada que me inclinaba yo para quererme tallar la rodilla, nomás oía cómo me tronaba, así como bombitas... veía y no tenía nada. Me tronaba pero por dentro. Bueno a mi imaginación, ¿verdad? Yo pienso que a lo

¹¹⁰ De hecho, la gran mayoría de las infecciones víricas visibles observadas en personas viviendo con VIH-sida son producidas por virus de la familia de los herpes, por lo que esta es considerada como la infección oportunista más comúnmente diagnosticada en los pacientes con VIH-sida por varias agencias médicas especializadas en la atención en VIH-sida y en la atención a la salud reproductiva en mujeres, como “Young Women’s Health” (E.U.A.), “GESIDA” e “InfoRed SIDA” (España).

mejor ya se me estaba yendo por dentro. De ahí me compuse usando el cicloferón, pero también me tallaba con chuchuyate¹¹¹, es una yerba amargosa que se da así donde quiera, son unas bolitas blancas, si la pruebas sabe bien amargosa; la agarra uno y nomás se la restriega en los dedos. Esa yerba me la conseguía mi mamá, la ponía a hervir y me ponía así unturas, ya luego me ponía la pomada y así se fue secando... ya ahorita nada más es la sensación como si tuviera pero no tengo ya nada, pero yo como quiera me pongo la pomada y al ratito ya no siento nada.

El otro aspecto que cabe resaltar en este episodio en particular, es el recurso exitoso a la articulación de diversas estrategias curativas para aliviar el profundo dolor provocado por el herpes, pero sobre todo el hecho de que ella identifica claramente que el comienzo de la atención tópica específica al herpes se sucedió en el seno familiar y con el empleo de conocimientos terapéuticos no clínicos; es pertinente recordar que autores como E. Freidson (1978), A. Kleinman (1981) y más recientemente E. Menéndez (2003) sitúan el comienzo de la atención antes de la intervención alopática y/o salubrista, en el ámbito doméstico.

Este llamativo episodio del inicio de la trayectoria de padecimiento de Diana fue seguido por la descripción del penoso desenlace de su marido debido al Sida; ambas carreras están estrechamente vinculadas y se entrecruzan constantemente, y es por esta razón que Diana no eludió la dura tarea de recordar ambas:

Pues... yo nada más tenía relaciones [sexuales] con el papá de mi hijo. Y ya después que nació mi hijo, ya después tuve relaciones dos veces con mi esposo. Ya de ahí me fui enfermado; a raíz de ahí de que nació mi hijo. Luego

¹¹¹ El chuchuyate, amargoso o hierba de zorrillo es una maleza parecida al zacate, común de encontrar en Oaxaca y Veracruz, y que se utiliza frecuentemente en la fabricación de escobas y escobetas, pero también se utiliza con fines curativos, para aliviar malestares dermatológicos y también, como la planta de ruda, para realizar las “limpias”. No debe confundirse con el chuchupate, planta curativa de uso común en la herbolaria mexicana, y que al igual que el chuchuyate también tiene flores blancas y un sabor fuerte y penetrante. La utilización terapéutica de esta planta ha sido mencionada por Zamora-Martínez y Nieto de Pascual en su artículo titulado “Medicinal plants used in some rural populations of Oaxaca, Puebla and Veracruz, Mexico”, publicado en *Journal of Ethnopharmacology*, vol. 35, no. 3 de enero de 1992 (publicado en línea por ScienceDirect).

luego me diagnosticaron. Me hicieron varios estudios, me hicieron Wester blot, Elisa, todo eso y a cada rato venía yo al hospital. Me traía mi hermana porque yo ya no podía ni caminar, yo andaba toda así, como un zombi; hasta la fecha mi mamá todavía se acuerda, mi familia se acuerda... tengo una sobrina, ella también se acuerda: “sentía feo cuando te tenían postrada en cama y te tenían con almohadas en la espalda para recargarte, para que pudieras tomar tus medicamentos”. Me daban [de comer] con popote y en la boca. Yo estaba muy mal; estaba así como el muchachito que ayer vino que tú le hablas.¹¹²

Me levanté, gracias a Dios, pero incluso ya después que yo me mejoré, otra hermana mayor, yo me imagino que por el temor de creer que me quedaban no meses ni años, sino que para ella contaba yo con una semana,... pues ese fue el temor de ella, decidió no decirme qué respuesta le dieron. A ella los doctores que me hicieron el análisis ya le habían dado el diagnóstico, y que yo tenía una semana, que ella mejor tenía que ir preparando el terreno porque yo ya me iba a morir.

Pues yo siento que fue eso, el temor de decirme; ya fue que me trajeron aquí, me hicieron estudios y la doctora de la clínica¹¹³ les dijo que me llamaran, porque mi hermana no se sentía con el valor suficiente para decirme. Ya cuando me dijo, pues yo pensé que me iba a decir que yo tenía cáncer... porque no tenía mucho que una cuñada mía acababa de fallecer de cáncer. Yo le encuentro mucho el parecido a la enfermedad con el cáncer porque mi cuñada estaba enferma y pues no era ni muy gorda ni muy delgada, pero adelgazó bastante.

Ya la doctora de la clínica me habló, y lo primero que hice fue pensar en mi hijo... me sentí mal, me desesperé; ella me dijo “tu hijo también podría padecer lo que tú estás padeciendo”... le doy gracias a Dios – yo le pedí a mi hermana que

¹¹² Diana se refiere a Marcos, quien el día anterior al de la realización de la entrevista con Diana había sido ingresado de urgencia en el hospital debido al supuesto cuadro de tuberculosis pulmonar que se le había pre-diagnosticado; ese día, Diana vio a Marcos porque estuvo en el CAPASITS para la recolección de muestras de sangre a la que el personal de salud de la clínica convoca de manera semestral, con el fin de actualizar los estatus de carga viral y conteo de células cd4 de los pacientes.

¹¹³ La doctora a la que Diana se refirió es la epidemióloga que ocupó el cargo de la coordinación en el CAPASITS desde su inauguración hasta principios del año 2010; la coordinación de la clínica ha permanecido desocupada desde entonces.

llevara al niño a hacerle unos estudios, ella lo llevó y salió negativo. Yo sentí un descanso al saber que mi niño estaba sano... mi niño está sano, no tiene nada pero sí tiene cuatro estudios que le han hecho para descartar cualquier posibilidad.

Cuando él se enfermó yo todavía me acuerdo, fue un 14 de febrero que él llegó a la casa; llegó malo, me dijo "llévame al médico pero antes ve allá a donde nos reunimos [en el trabajo], para que hables con el jefe que nos manda a las rutas, y le dices que no voy a poder ir a trabajar, porque estoy enfermo y que me vas a llevar al doctor." Por entonces él trabajaba manejando un camión de carga, se iba de Poza Rica a Papantla, a Tuxpan, a Gutiérrez Zamora, a Naranjos, a Álamo... a veces también salía a Victoria o a Tampico, pero más a Tuxpan o lugares más cerca de aquí.

Ya fui yo, le saqué ropa para que se cambiara y agarré los papeles y todo, y me lo llevé al seguro. Fui con el médico que estaba en ese turno y le dije "doctor, le traigo a mi esposo que viene muy malo, viene deshidratado, con mucha temperatura y diarrea". Yo le dije al doctor

- Mire, él no sabe que yo estoy enferma, él no sabe de su padecimiento pero yo sí –le digo, yo tengo VIH doctor, y él también es portador pero no sabe lo que tiene. Tal vez por cobarde no le dije... además a él no le gusta nada ir al médico.

Lo atendieron rápido, lo mandaron a una cama y me dijeron que estaba ya muy avanzado, estaba todo deshidratado, con la lengua ya seca. A los dos días estuvo un poco mejor pero la diarrea no cedía, la temperatura sí se le calmó. Luego otra vez fiebre y fiebre... en el seguro me lo dieron de alta, el director me habló claro y me dijo

- Mire, no le vamos a dar esperanzas; mejor se lo vamos a dar de alta, allá que acabe mejor en su casa.

Yo me lo llevé a mi casa, en una cocina un poquito más grande que este cuarto (se refiere al consultorio de psicología, donde llevamos a cabo gran parte de la entrevista debido a que el aula que me habían asignado para trabajar estaba siendo ocupada en esos momentos). Ahí al lado de la mesa donde comíamos todos, ahí lo cuidábamos... me ayudó mi papá, él lo cuidó en las noches cuando ya no podía ni pararse para ir al baño, mi papá lo sacaba al baño. Se fue debilitando más... le daban unos dolores de estómago, se le complicó el hígado también; a veces mi papá se iba al campo y yo me quedaba sola con él, mi niño lo mandé con mi hermana. Y yo nada más dedicada a él, a estarlo viendo, nada más duró veinte días de que llegó enfermo el 14 de febrero y murió el 9 de marzo. Yo nomás le pedía a Dios: "señor, ya no quiero verlo que esté quejándose, es tu decisión, si es tu voluntad ya mejor que descanse." Es que él evacuaba ya pura sangre, estaba bien deshidratado. De ahí me encargué yo con mi hermana de arreglar los papeles, que me lo entregaran para enterrarlo. Todavía me acuerdo como si fuera ayer.

Antes de que él muriera, a raíz de que yo me enfermé, es que yo me enfermé primero que él; todavía él me anduvo llevando al doctor, me llevó junto con mi hermana a hacerme los estudios, él pagó mis estudios, antes de que yo tuviera la atención aquí. Él en parte lidió conmigo, me cuidó. Pero él nunca supo que yo tenía ni lo que padecía. Pues es que él a veces, tomaba; cada quince días que rayaba llegaba bien tarde a la casa, a la dos o tres de la mañana y ya bien borracho, o a veces hasta en sus cinco sentidos me decía que si él se llegaba a enterar que tenía alguna enfermedad, él prefería ahorcarse, quitarse la vida... ese fue mi temor quizás. El doctor Pedro, Paty la trabajadora social, yo platicaba con ellos y me decían

- Tráelo aquí, nosotros vamos a hablar con él pero habla con la verdad, es que no quieres agarrar al toro por los cuernos.

Hasta al doctor del seguro le dije yo

- *En una de esas se desespera y qué tal que agarra el cordón que tiene con el suero y con ese se ahorca, mejor no... mejor esperar.*

Si se hubiera él restablecido yo le hubiera dicho y lo hubiera traído aquí [al CAPASITS], y tal vez estuviera viniendo él aquí.

La trayectoria de padecimiento de Diana incluye como un elemento importante su representación acerca del trato que el personal de salud brinda en la clínica y de la calidad de la atención – tanto la que ella recibe como la que observa que se brinda y que le permite formarse una opinión al respecto; Diana considera por ejemplo, que los médicos tratantes tienen personalidades y comportamientos disímiles que influyen grandemente en la calidad de su atención, y que hacen más deseable recibir la consulta de uno que del otro:

Aquí nosotros tenemos que tener personas den buen servicio: porque el doctor que está acá, el doctor Román, a veces llega uno temprano – porque a mí ya me tocó nomás que uno se queda callado, no quiere hablar; como dice el doctor Pedro: “si ustedes no hablan, nosotros qué podemos hacer.” Ellos llegan temprano, se reúnen, entran a la coordinación, se echan su café calientito mientras nosotros con el estómago vacío, como venimos varios. Yo soy de aquí, por eso me vengo sin nada en el estómago, pero hay otros que vienen de lejos y apenas consiguen para su pasaje, o a veces se vienen pidiendo ride o pidiendo prestado. El otro día conocí a una persona que se vino pidiendo de ride, venía de fuera. Y no la quisieron ver porque llegó temprano: ellos llegan y se meten ahí al fondo donde estaba la coordinadora y “ja ja” y plática y plática, hasta que terminan salen a sus respectivos lugares a atender.

Luego llega uno y la secretaria que está ahí le hace así [Diana hace un gesto que denota disgusto o repugnancia, para emular a Eunice, la secretaria] o a veces le habla uno y ni le hace caso. Una vez me pasó así. Y con el doctor Pedro, si me lo encuentro allá del otro lado [del hospital], él sí agarra y me saluda y me pregunta que cómo estoy; él nos hace sentir bien, pero con este otro doctor, que llega, se toma su café, nos llama allá y “¿cómo estás, cómo te has sentido?” pero

hasta ahí, y el doctor Pedro nos habla mucho de cómo estar bien con el tratamiento, de la alimentación, del cuidado. Y sí nos platica más, sobre todo nos pregunta de cómo nos va con la familia.

Desde la perspectiva representacional de Diana en cuanto a la relación con el personal médico, sus afirmaciones denotan que ésta sin lugar a dudas es importante para ella; el interés que el doctor Pedro demuestra por conocer los progresos o retrocesos en el establecimiento de relaciones afectivas con otros miembros del grupo familiar genera vínculos empáticos entre médico y paciente, que no han sido pasados por alto por ella.

La postura crítica y ciertamente politizada que Diana presenta tiene relación con las visitas periódicas al CAPASITS de personal del Grupo Multisectorial para supervisar el funcionamiento de las seis clínicas que operan en el estado de Veracruz; Diana mencionó la recomendación dada a ella y a otros usuarios del CAPASITS por Karime, quien funge como enlace del Grupo Multisectorial con el CAPASITS de Poza Rica, de reportar con ella las disfunciones estructurales, operativas o relativas a la calidad de la atención que brinda el personal:

Karime nos ha dicho: “Cualquier anomalía que ustedes vean, que los baños no sirven, que el piso no está bien aseado, todo eso, ustedes deben de ver y hablar porque esto es de ustedes y aquí la secretaria no debe de hacerles el feo ni hacerles caras. Apunten ustedes qué día, a qué hora, cuántos días no funciona una cosa, nos dan el recado y nos encargamos de ver allá. Ya si el director no presta cuidado, nosotros entramos.” Así nos ha dicho, y sí ha habido casos: por ejemplo, ayer yo quería ir al baño, pero me tuve que ir hasta allá (Diana se refiere a los baños que están en el área de maternidad y obstetricia del hospital) pero la verdad a veces están muy sucios; y estos de nosotros ahorita quién sabe por qué están cerrados, bueno el de nosotras las mujeres porque el de hombres parece que sí funciona... ese es el problema que hay ahorita, que el baño quién sabe por qué no servirá.

Las alusiones de Karime y de Diana a las averías y defectos estructurales de la clínica no carecen de importancia: pese a tratarse de instalaciones construidas recientemente, pude ver que algunos ventanales estaban rotos o no habían sido colocados, y en su lugar habían dejado colocados trozos de plástico adheridos con cinta. No obstante, la deficiencia más notable es la que Diana mencionó: los baños para los pacientes, que están frente a la sala de espera de la clínica, permanecían cerrados por varios días y constantemente debido a rupturas en las tuberías de agua que provocaban derramamientos; el personal de salud no les permitía el acceso a sus propios baños, que están junto al área de coordinación, de modo que las personas que acuden a recibir la atención debían ir a los sanitarios del área de maternidad y obstetricia, que son los más próximos al CAPASITS en la nave principal del hospital.

Esto supone no pocas incomodidades tanto para los usuarios de la clínica como para los de otras áreas del hospital, al compartir los sanitarios los unos con los otros, y aunque ni Diana ni otros reportaron actitudes o hechos concretos de discriminación por parte de usuarios de otros servicios de salud al hacer uso común de los mismos baños, también es necesario apuntar que en ocasiones las personas viviendo con VIH – como Remedios y Juan Carlos lo mencionaron en su oportunidad – son reticentes a compartir el baño con otras personas en sus casas o trabajos, por el temor de los otros (y a veces también de ellos mismos) ante la perspectiva de un “contagio accidental” por cuestiones tan banales como sentarse en el mismo inodoro.

La infección de VIH en mujeres, tal como lo han demostrado numerosos estudios, es originada principalmente por el contacto sexual desprotegido con varones; por lo tanto, el personal médico y los propios usuarios tienden a crear una representación particular del VIH como un padecimiento que los hombres les causan a las mujeres, en la que las mujeres aparecen como sujetos pasivos y los hombres como “agentes” o como “culpables”. La actual dirección de las estrategias preventivas en materia de salud reproductiva y sexual llevadas a cabo por la Secretaría de Salud (al menos en el primer nivel de atención), hace muy

visible la imagen de las mujeres como principales receptores de la información preventiva y de los dispositivos implementados para la prevención de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. A pesar de que ello contribuye a que las mujeres se conviertan en actores significativos para la difusión de información preventiva con sus familiares y esposos, de esta manera también se excluye a los varones significativamente de los esfuerzos preventivos institucionales y salubristas en circunstancias en que la participación de los hombres sería sumamente importante.

Es necesario, por lo tanto, resaltar el papel activo, y no pasivo, que desempeñan las mujeres no sólo en la prevención, al ser efectivamente ellas las que reciben *pero también distribuyen* al ámbito doméstico la información y materiales de tipo preventivo que obtienen de parte de los médicos; tal es el caso de Diana y Remedios, quienes han procurado compartir con sus familiares, principalmente con sus hijos, la información que obtienen en el CAPASITS, tanto impresa como en forma oral directamente en la consulta externa.

La participación que las mujeres tienen en el riesgo y la vulnerabilidad ante el VIH en situaciones de migración debe ser estudiada en mucho mayor profundidad; aunque algunos estudios, como los dirigidos por Bronfman (2004) han resaltado la gran vulnerabilidad de las mujeres jóvenes en situación de migración forzada, para su inserción también forzada en el comercio sexual, es necesario incluir a las mujeres también en otros contextos de desplazamientos de población, como la migración laboral masculina aun en el caso de que, como Remedios y Diana, estén involucradas como actores sociales de la infección en el lugar de origen. Después de todo, ellas también están insertas en los procesos migratorios y son afectadas por éstos aunque sean sus cónyuges quienes se desplacen.

Existe un gran vacío legal en materia de protección y prevención para las mujeres que se quedan, en los programas de prevención y atención en materia de salud y migración; especialmente teniendo en cuenta que la transmisión heterosexual ha aumentado de manera tan significativa en años recientes (según

Magis [2008], los casos acumulados pasaron de 6 hombres por cada mujer en 1995, a menos de cinco hombres por cada mujer en 2006), y suponiendo que en muchos de esos casos se trata de esposas de varones con algún tipo de movilidad migratoria, suposición que parte del hecho de que el propio Magis ha planteado una relación importante – y la hay – entre la migración de mano de obra masculina desde localidades rurales y la transmisión heterosexual al volver ellos a sus lugares de origen.

4.3 Transexualidad, trabajo sexual, migración internacional y VIH-Sida: “La gente que migra allá y más si eres gay, luego luego te relacionan con eso...” La historia de *Gina*

Gina es una mujer transexual que sobrepasa por poco los 40 años; de tez morena, estatura mediana y figura esbelta, aún conserva una apariencia física saludable, incluso atractiva, aunque su rostro luce un tanto desfigurado por las numerosas cirugías estéticas que se ha realizado. Sobria pero amena, cordial en su trato y recurriendo a la discreción o al desparpajo dependiendo del tema que estuviéramos tratando, ella me concedió una extensa entrevista en el patio de su casa, una vivienda amplia y bien arreglada ubicada en una de las colonias más antiguas de la ciudad de Poza Rica.

La vida de *Gina* ha estado llena de vivencias que incluyen trayectorias de migración hacia Guadalajara en su adolescencia y posteriormente la ciudad fronteriza de Tijuana y por lo menos tres ciudades estadounidenses – Los Ángeles, San Francisco y El Paso, las cuales fueron determinantes para la conformación de su identidad genérica/sexual y también para su incursión definitiva en el trabajo sexual, y posteriormente en el inicio de su padecimiento por VIH-Sida. Al igual que en la mayoría de los casos presentados anteriormente, la consecución de la infección significó el término de su vida migrante y también de una larga relación amorosa con un hombre radicado en la ciudad de México, su

regreso a Poza Rica para cuidar de sí misma y de su madre aquejada por la diabetes, y el fin de sus días como trabajadora sexual y bailarina desnudista.

En su relato aparecen también numerosos datos acerca de su trabajo voluntario e independiente como activista y consejera de otros sujetos homosexuales, transexuales y travestis dedicados al trabajo sexual infectados con el VIH, a los cuales afirma haber asistido para integrarse a la atención médica tanto en el IMSS como en el CAPASITS de Poza Rica.

Yo nací en Veracruz, en Poza Rica de donde es mi mamá, pero se puede decir que toda mi infancia la pasé en Hidalgo de donde es mi papá. Cuando yo tenía como nueve años se divorcia mi papá de mi mamá y ella se regresa a Poza Rica, yo acabando la primaria ingreso a una iglesia a ayudar a un padre allá por donde vivía mi papá, y ese padre me dice que si quería ingresar a un seminario. Ingreso al seminario y ahí viví, seis largos años estuve ahí, ¡es como estar en una prisión, imagínate convivir con 250 hombres! Yo desde que tengo uso de razón soy así: me atraía la gente de mi mismo sexo, sin embargo nunca tuve relaciones sexuales [dentro del internado]. Viví con un temor horrible lo que era la sexualidad, porque el sexo es un tema tabú, y más la homosexualidad.

Todo fue forzado por las circunstancias, pues yo lo hice para escapar del deseo de mi padre que nos tenía dichos que acabando la preparatoria íbamos a ingresar al colegio militar; entonces yo decía “¿con este cuerpo? Me van a rechazar... no reúno las características”. Pero mi mente era tan pequeña, que veo esa puerta de salida que era el seminario, y me meto desde muy chico y ya estando ahí me gusta mucho, porque los sacerdotes son personas muy cultas. Teníamos una biblioteca enorme, me gustaba mucho leer. Lo que sí es que yo hubiera querido estar con mi mamá o con mi papá, con alguno de los dos... yo a veces lloraba mucho, porque quería estar con ellos y no podía. A veces pienso que tal vez ellos notaban mi inclinación y por eso me metieron a ese colegio, nunca se los he preguntado y ahora ya para qué.

A esa edad mi mente estaba confusa, yo no sabía bien qué era o qué quería. Desde que tengo uso de razón me atraían los niños, pero yo le pedía a Dios, le lloraba en las noches que me hiciera diferente, que me dejaran de gustar, había un compañero que me gustaba y estuve enamorado de él; siempre comíamos juntos, cenábamos juntos y yo estuve enamorado de él toda mi adolescencia, pero yo trataba por todos los medios que no se me notara. Entonces para mí era una lucha diaria: mi cuerpo nunca se desarrolló, me daba pena ver que mis amigos se habían desarrollado, que les salía vello en la cara y en las piernas, y para mí era una burla; me hacían burla por eso. Era un martirio cuando todos se desnudaban para las regaderas y yo prefería esperarme hasta el final, para que no se burlaran de mí... porque había algunos muy crueles que se burlaban de mí porque tenía yo un cuerpo muy delgadito que parecía mujer, y me hacían burla y me daba vergüenza. Yo no quería ser así, yo añoraba tener bigote y barba, no quería ser diferente. Y así fue mi adolescencia, yo no me siento culpable de nada porque a fin de cuentas yo no pedí nacer así.

La primera vez que abusaron de mí fue un sacerdote, y la segunda vez también fue un sacerdote; entonces todo eso me hizo entrar en un conflicto terrible, o sea seis años escuchando misas a diario, viéndolos oficiar, las pláticas que nos daban a nosotros – porque un seminario se conforma de un padre rector, pero todos los que llevan los cargos son sacerdotes. Cuando me sucedió esto tenía yo 16 años más o menos... ya era adolescente, pero fue contra mi voluntad, o sea... me atraían los hombres, pero no fue algo que yo hubiese deseado ni querido. Y después se repitió... mi mente se volvió un caos; yo ya me había hecho a la idea que sí quería ingresar al seminario mayor, es un paso muy grande que das porque el menor es como un internado, estudias tu secundaria y tu preparatoria; ya que pasas al mayor, estudias filosofía, teología, diaconado y te ordenas. Pero me sucede esto¹¹⁴, cuando ya yo había terminado mi internado... yo renequé hasta de Dios: dije yo, “no es cierto todo lo que me decían, no es cierto”

¹¹⁴ Se refiere a la primera experiencia de abuso sexual por parte de un sacerdote en el internado; posteriormente, ella narró la segunda de dichas experiencias, que desembocó en su abandono definitivo de la trayectoria académica-ecclesial.

porque ¿cómo era posible que el padre acabando de tener sexo conmigo me dijera “párate y vámonos, porque tenemos que ir a dar misa a tal parte”? yo me le quedaba viendo, él oficiando misa y yo parado¹¹⁵ ayudándolo, con todo lo que lleva el altar; yo escuchando los sermones que daba a la comunidad, tomaban la ostia de las manos que me acababan de tocar, yo decía “no es posible esto, si acabamos de estar en la cama juntos... y este señor engañando a toda esta gente que tiene aquí enfrente”. El hombre me prometía que me iba a pagar la universidad, la carrera que yo quisiera a cambio de que estuviera con él.

Yo [era] un adolescente, pero no del común denominador que anda por la calle, que ya ve la vida como es; porque yo viví en un internado, no sabía del mundo exterior, yo pensaba que todo mi mundo se reducía a ese internado: no teníamos contacto con las mujeres, las únicas mujeres eran las que nos hacían los alimentos, entonces yo el mundo lo conocía así, regido por los hombres, rodeado de hombres.

Me fui lejos de ese padre, le miento que me iba a ver a mi familia pero ¡ya yo me había escapado del internado! Me fui con otro padre que también conocía, a este otro yo lo conocí porque en el transcurso de la estancia en el internado conoces a sacerdotes que se van a dar seminarios a diferentes partes del país, y hay algunos con los que se llega a hacer amistad y en aquel tiempo pues no había celulares ni nada de eso, todo se mandaba por cartas. Y como no había de otra pues te carteabas con ellos para comunicarte con ellos. Con este otro padre había convivido cerca de un año, pensé que me llegó a estimar, él me ofreció irme a Guadalajara con él a un seminario; a la tercera noche sucede otra vez lo mismo... me da de tomar y ya estando tomado yo amanezco con él. Otra vez lo mismo que el otro, “¿qué quieres estudiar?”. Fue cuando ya no regresé – porque yo todavía tenía chance de regresar al internado pero yo me sentía mal, me sentía sucio,

¹¹⁵ *Gina* se refirió a sí misma en sentido masculino y femenino de acuerdo con el aspecto o momento de su vida que estaba narrando, siendo mucho más notoria esta separación entre su etapa adolescente y su etapa adulta, pero especialmente antes y después de los comienzos de su transformación estética y quirúrgica hacia una identidad fisiológica y sexual femenina.

como que ya no merecía yo estar en un seminario por todo lo que me había pasado.

La segunda experiencia de abuso sexual a manos de un sacerdote supuso el abandono definitivo de los planes de continuar en el colegio eclesiástico y una tremenda desilusión y confusión no sólo con respecto a los conceptos de la fe religiosa, como ella había indicado, sino también y sobre todo de índole emocional y con respecto a su propia identidad sexual, y encaminó a *Gina* directamente a su trayectoria vital como trabajador/trabajadora sexual y migrante siendo aún menor de edad, con 17 años: primero hacia el Distrito Federal, luego hacia Tijuana bailando en cabarets (a los que ella se refiere también como “teatros”) y posteriormente ejerciendo el trabajo sexual por medio de anuncios clasificados en periódicos en el área de Los Ángeles.

En Guadalajara hay un parque que se llama San Juan de Dios, que es así como Garibaldi en México, donde está la escoria, los malvivientes, que está la prostitución: mujeres, travestis, borrachos, drogadictos. Él me decía “voy a dar plática al seminario, quédate, si vas a salir ten cuidado.” Me dejaba algo de dinero, y me iba yo ahí. Y ahí empecé a ver a un grupo de chicas como yo, que ya en aquel tiempo había; obviamente no operadas, pero ya se arreglaban como tal, y me llamaba la atención verlas a ellas. Siempre que él se iba yo me iba a ese lugar, a ese parque y me sentaba en una banca a observarlas. El padre cada vez me presionaba más en el terreno sexual, quería cosas que yo, pues no estaba de acuerdo, y un día de plano ya no regresé. Me junté con ese grupo de chicas, les platicué yo lo que me pasaba pero me dicen “pero es que eres menor de edad y no te podemos llevar, nosotras vivimos en un hotel.” Yo les dije que ya tenía 18 años, mentira, tenía 17... y así me uno a ellas. Y así empezó mi vida, al lado de ellas, me desaparecí de mi familia, mi mamá no sabía nada de mí, mi papá tampoco; tres años me perdí.

Yo primero era ahora sí que su secretaria de ellas, su ayudante; porque ellas en las noches se iban a trabajar a los bares. Tuve suerte que siempre tuve una complexión delgada, no [tenía] vellos en la cara... y además ver eso que ellas

hacían pus me empezó a llamar mucho la atención. Ya al cabo de cierto tiempo de estar viviendo con ellas les dije que yo también quería, ya había cumplido la mayoría de edad, y me llevaron y me metieron a ese mundo: falso mundo, feo mundo pero no me arrepiento de nada, de nada de lo que hice.

Me metieron, y una de ellas me invita al DF. Vengo yo a parar al DF pero ya arreglada como una dama, obviamente no estaba operada todavía, no me había hecho ningún tipo de cirugía ni facial ni corporal; pero vengo a México, y empiezo en lo que es la zona rosa – la zona rosa por entonces estaba en su auge, había mucho lugar, mucho “turismo” por llamarle de alguna forma. Ahí empecé. Al poco tiempo me opero, fui de las primeras personas que tuvieron implantes de busto, porque por entonces apenas se empezaban a hacer.

Me metí a hacer teatro, tuve mucha suerte de haber podido hacer teatro; de ahí se me dio la oportunidad de irme a Tijuana con una compañía de teatro, y por allá me vestí yo también. Tijuana me encantó a mí porque ya había notado que me gustaba estar en el escenario; un día voy con unas amigas a ver a un bar de la avenida Revolución en Tijuana, a las chicas como yo. Yo ya llevaba mis implantes de busto, iba muy femenina, muy bonita... y me quedo a trabajar ahí en ese bar.

Estuve algún tiempo ahí en Tijuana, luego me brinqué para el otro lado, para Los Ángeles; la primera vez que yo me fui, me pasé con unas chicas filipinas que vivían en Chulavista, yo ya tenía amistades del otro lado porque convivía mucho con gente americana en mi trabajo, además de chicas como yo que se habían ido antes que yo, y que venían a México y contaban maravillas de Los Ángeles. Sobre todo para gente como nosotras, que somos tan vanidosas, es nuestra ilusión conocer Hollywood... ya yo tenía en Tijuana un año, cuando me decían que por la línea me podía pasar un viernes o un sábado así, sin papeles. Como las colas son interminables, de tanta gente que viene a divertirse a Tijuana – porque Tijuana es una ciudad que vive 24 horas de fiesta – un día yo trabajando y con unas copas encima, mis amigas filipinas me invitaron a irme con ellas en su coche; no hubo problema en la línea, yo me fui con lo que traía puesto. En Chulavista dormí esa noche y luego ellas me llevaron a San Diego, me dejaron en

el aeropuerto y me compraron un ticket. Yo iba con unos pants que me habían prestado estas chicas, pero iba bonita, limpia, entonces no tuve ningún problema en el aeropuerto. Llegué a Los Ángeles, yo feliz de conocer Los Ángeles; me reciben mis amigas de allá, y en la noche pues me enseñan todo lo que era Hollywood, para mí era pues un sueño... y dije “de aquí soy, de aquí ya no me muevo”, ver la opulencia con que vivían ellas, ver la vida nocturna, el paseo de la fama,... ¡lo que uno nunca sueña con ver!

Yo en Tijuana trabajaba en un cabaret; en Los Ángeles no, ahí se maneja todo por medio de – bueno ahora computación e internet me imagino, pero en ese entonces no había todo eso, entonces eran puros periódicos. Me tomo unas fotos casi desnuda y las publico en un periódico, y pues como yo era novedad... del teléfono podías meter hasta cinco o más líneas, así que empecé a trabajar con ellas; luego me independizo, me hago yo de un departamento y ahí empiezo ya sola. Me regresé un tiempo después a San Diego para hacerme el cambio de sexo, que en aquel entonces me costó 5 mil dólares. Yo sentí que me había realizado como lo que yo quería, siempre quise ser una mujer... lo logré.

Conocí a un americano al año de estar allá, un señor que me frecuentaba. Me dijo que si quería estar con él, porque en Las Vegas era fácil casarse. Para esto estando yo allá, tenía un departamentito en Tijuana pero los departamentos de Tijuana los rentas ya amueblados o semi amueblados; yo tenía pocas cosas, pero lo que yo quería eran mis cosas personales, mis documentos porque yo no me llevé ningún documento. Me los envían por vía aérea, en un folder todo eso; y me caso en Las Vegas. Yo me quería agarrar la ciudadanía por este señor, yo le platiqué quién era yo, él sabía. Pero pus no se logró, por muchos factores: yo era muy joven, él me quería llevar a vivir a Nueva York, tenía hijos de mi edad; yo quería vivir la vida todavía, disfrutar de mi juventud, él se cansó de que yo... aceptaba de él todo a medias. No me arrepiento porque si no, no habría vivido todo lo que viví. Yo le decía que yo tenía una familia, una mamá a quien ayudaba, él me decía:

- *No te preocupes, se va a seguir apoyando económicamente a tu familia, tú vas a tener departamento, yo tengo una cadena de restaurants, ya soy grande; el día que te falte yo no te vas a quedar a la deriva, vas a estar bien, pero te tienes que olvidar de este mundo, de tus amistades, en Nueva York hay muchas chicas como tú pero yo no quiero que te involucres con ellas; tú vas a ser mi esposa.*

No sé, tal vez a estas alturas del partido aceptaría, pero en aquel entonces no quise... entonces él se fue a Nueva York, tuvimos contacto por otros seis meses, a veces me mandaba dinero pero yo me quedé en Los Ángeles.

De ahí me voy unos años a San Francisco, otra ciudad hermosa, preciosa... ahí me pasé varios años viviendo de lo mismo, de la prostitución, pero no en la calle sino en mi departamento, igual que en Los Ángeles. Porque ahí en California te tienes que estar moviendo, ya sea de área de la ciudad o de ciudad; porque la policía te puede detener. Tuve mucha suerte, nunca tuve un arresto en Estados Unidos. De manera que alternaba Los Ángeles-San Francisco, así estuve. Fue donde yo pienso que contraí la enfermedad, viviendo en Los Ángeles, no sé a ciencia cierta cómo estuvo todo esto [de la infección] porque siempre he tomado las precauciones, aunque no son 100% seguras: a veces el condón se rompía y ya había habido contacto. En aquel entonces empezaba lo del VIH y el Sida, estamos hablando del 85 al 90, fue el tiempo que yo estuve por allá. En una ocasión yo estaba en Hollywood Boulevard, había ido a comprar unas cosas personales, estaba yo sola – yo llamaba mucho la atención de los hombres, porque era joven y tenía un cuerpo muy bonito, siempre me gustó el ejercicio; se para un carro negro, ¡con un hombre negro adentro! Y yo pensé que me iba a ceder el paso. Se baja, me tapa la boca, me sube y me lleva a Santa Mónica a la playa; abusa de mí, me hace cosas horribles... cosas muy feas. Me penetra sin condón por ambas partes, ya estaba yo operada... nunca se dio cuenta de que yo no era una mujer – me trató con ofensas como “perra” y muchas cosas más, pero como dama; si se hubiera dado cuenta, yo creo que me hubiera matado. Porque era un loco, con navaja en mano me estuvo aterrorizando, hizo lo que quiso con mi cuerpo, me

golpeó... Yo haciendo un análisis de mi vida, digo que a lo mejor de ahí vino [la infección], a lo mejor él por venganza hizo esto, por venganza contra las mujeres o por venganza por estar infectado, yo no sé...

Y otra vez, en mi departamento que yo rentaba allá, ya viviendo yo sola, yo vivía de poner anuncios en los periódicos, ese era mi modo de vivir; y vivía muy bien, me iba muy bien: normalmente allá tienes que vivir con otra chica en algún departamento de dos recámaras, porque como es Los Ángeles, sí hay mucho peligro, hay mucho loco ahí. Pero a mí me gustaba mucho mi independencia, vivir sola. Entonces llegó una persona, un abusador: yo no me imaginé nada, me secuestró, me tuvo secuestrada en mi propio departamento, hizo de mí lo que se le antojó – igual, sin condón; me hizo aberraciones, me torturó... a lo mejor de ahí también vino todo esto. Pero pues yo entonces dije “son gajes del oficio...”, porque no nada más a mí me pasaba, le pasaba a muchas.

Gina de esta manera, trazó su iniciación en el trabajo sexual y posteriormente el inicio de su trayectoria de padecimiento a partir de episodios dolorosos de violencia sexual en ámbitos sociales muy distintos (el abuso sexual por parte de los sacerdotes, por un lado, y el abuso sexual violento sufrido a manos de ciudadanos estadounidenses, por otro), pero que tuvieron como común denominador la imposición de intercambios sexuales por parte de figuras masculinas que la vulneraron no sólo en su integridad física, sino además detonando fuertes consecuencias emocionales y en la salud, y que conformaron como elementos integrales de gran trascendencia, su trayectoria de vida como trabajadora migrante. De hecho, es posible afirmar que la coerción sexual masculina ha determinado no sólo el inicio, sino el rumbo y eventualmente, también el fin de su carrera migratoria.

En el transcurso de dicha carrera, *Gina* no sólo enfrentó el riesgo en el ámbito sexual, físico y de la salud, sino también en el contexto de las tensas relaciones políticas entre México y los Estados Unidos en lo tocante a la inmigración mexicana indocumentada en la primera mitad de la década de 1990, cuando el gobierno estadounidense otorgó al problema migratorio el estatus de

asunto de seguridad nacional y reforzó la vigilancia fronteriza, especialmente en el espacio californiano; tal como sucedió con Juan Carlos, *Gina* experimentó por cuenta propia los peligros resultantes del tránsito indocumentado a través de la frontera hacia sus destinos laborales en Los Ángeles y San Francisco. Ella pudo constatar el asedio policial y el maltrato al que eran sometidos los inmigrantes indocumentados mexicanos y centroamericanos con quienes compartió varios días en una de las denominadas “casas de seguridad”,¹¹⁶ en las que la privación de la libertad, el hacinamiento, la falta de higiene, el abuso y el maltrato son moneda corriente para los hombres y mujeres que intentan el cruce guiados por “polleros”.

En esas travesías que yo hacía, nunca dejé de venir aquí a Poza Rica; yo cada día primero de mayo, tomaba mi avión de donde estuviera, me venía – como no tenía documentos me venía a México, a Tijuana; [primero] tomaba un vuelo a San Diego, luego por carretera a Tijuana, atravesaba el puente; luego un vuelo de Tijuana a México. Había veces que en Los Ángeles tomaba el vuelo hasta México, y luego por tierra México a Poza Rica. Eran dos veces por año. El problema era luego la pasada: solamente una vez tuve una pasada por el cerro. Nunca la voy a olvidar porque fue muy desagradable, pero es que esa fue la última vez que yo atravesé porque no la pude hacer por la línea, me detuvieron; quise cruzar con un amigo americano y no tuvimos suerte, lo arrestaron; a mí también pero como no es un delito grave, bueno en ese entonces – ahorita no sé cómo estará... solamente te dejan otra vez en el puente, atravíasas y te regresas, o sea no amerita cárcel ni nada. Yo desesperada por tener mis cosas allá, entonces yo ya quería llegar y ya rodeé el cerro; ¡arrepentida! Me fui sola... sola con un grupo como de 40 guatemaltecos, y yo la única mujer. Y se comenta que ahí en el cerro violan, matan a las mujeres y yo estaba muy joven, muy atractiva y a pesar de que

¹¹⁶ Las condiciones en que son retenidos los inmigrantes indocumentados en las “casas de seguridad” tanto en ciudades estadounidenses como mexicanas, han sido constantemente reportadas por la prensa escrita y por medios electrónicos; es común que las redadas policiales afirmen en dichas notas, haber hallado a decenas de inmigrantes de origen mexicano y/o centroamericano hacinados desde varios días atrás en tales inmuebles, sin condiciones higiénicas adecuadas, alimentos y agua suficientes y retenidos contra su libertad por los “polleros” o “coyotes”, a condición de pagar a éstos varios miles de dólares por haberlos ayudado a ingresar en los Estados Unidos.

iba yo con tenis y mezclilla pues... iba entre puros hombres, tenía yo mucho miedo.

Fue una noche tormentosa, de las peores que he vivido, pensé que no lo íbamos a lograr porque en dos horas tuvimos que retroceder hasta Tijuana porque había muchos cuatrimotos en los cerros... y un helicóptero que te echa una luz que te ciega completamente... para esto yo me había hecho amiga de un, les llaman “guías”¹¹⁷ a los que te pasan; yo le gusté a él pienso, porque me protegió mucho: él me abraza y descendemos por una ladera, me lastimé mi cara, todo porque rodé. Atraparon a varios del grupo pero a mí no; lo logramos pero hubo que correr mucho, hubo un momento en que yo dije “¡ya no puedo seguir adelante!”, él me dijo que faltaba poco.

Llegamos a una casa muy hermosa y estuvimos en el garaje. Después de ahí llegan puros carros del año; ellos me querían meter en la cajuela de uno de esos carros ¡con otros tres tipos! Son carros del año para que cuando pases por San Clemente no te detengan; detienen las vans, las camionetas, pero los carros nuevos no. Yo les dije “no, no me meto”. Temía por mi vida, dije yo “ahí me voy a morir... si quieren les pago para que me lleven aparte, o aquí me quedo.” Me vieron tan decidida creo yo, y además hasta cierto punto bien arreglada – todas esas gentes son gentes de Guatemala o de Centroamérica y ellos sí se ven muy humildes, se sienten más presionados; yo me sentía segura, y aparte como ya había estado allá ya me la sabía: tomo un taxi al aeropuerto y agarro por mi lado, a ellos no les conviene perder clientes. Les mentí, les dije que les iba a pagar llegando para que no me quitaran mi dinero, yo llevaba 1,500 dólares escondidos en mis tenis.

Los convencí de irme adelante [en el auto] para pasar San Clemente, no pasó nada; llegando a Los Ángeles te meten en casas de seguridad. Donde yo llegué era una casa sin muebles y niños y señoras sentados en el piso; tratan bien mal a los indocumentados, y luego hay tipos malencarados que les dicen “si van a

¹¹⁷ Gina se refiere a los polleros o “coyotes”. La policía fronteriza estadounidense los considera como traficantes de personas y los persigue y procesa penalmente por dicho delito.

tragar, traguen” ahí con costales de papas y huevos, es lo que comen esos días que están ahí. Un baño para todos, y yo me sentía sucia pero ¿cómo me iba a bañar ahí?

Les dije que me tenía que ir a San Francisco, que ya no podía seguir esperando más tiempo, pero el encargado de ellos, igual malencarado, me dijo que iban a esperar a que se juntaran unas seis o siete personas que fueran para allá; le dije que le pagaría, me estaban cobrando 450 dólares. Yo le dije “te voy a pagar, traigo dinero para pagarte” pero el temor de ellos era que yo iba a denunciar que tenían muchos indocumentados ahí; traté de convencerlo, le dije “si eso es lo que menos quiero, tú ya me ayudastes, yo no voy a denunciar pero tengo que llegar a mi destino, yo lo que quiero es que me dejes ir, tomaré un taxi al aeropuerto o a la central”. Me vieron tan decidida o no querían perder los 450 dólares, pues tomaron el dinero y uno de ellos me dijo que me fuera con un “raitero”, son americanos que manejan las camionetas en las que juntan unas siete personas para llevarlas, van y vienen; pagué 70 dólares más para que me llevara uno de esos “raiteros”, que me llevó al aeropuerto. Tomé mi vuelo y llegué a San Francisco, cansada, golpeada por la corretiza, creo que me pasé dos días sin poder caminar, ¡estaba envarada de tanto correr! Dije yo no, ¡yo ya no vuelvo a pasar así! No vuelvo a hacer esa travesía.

Es preciso aclarar que *Gina* afirmó no haber dejado nunca de regresar a Poza Rica a lo largo de sus trayectorias migrantes para visitar a su madre, con quien eventualmente se reencontró; el rechazo de sus hermanos hacia su condición identitaria, laboral y sexual presentó dificultades para ella, al grado que representa el retorno a México como un riesgo para las migrantes/trabajadoras sexuales/transexuales como ella, de recibir el maltrato y la estigmatización por parte de los familiares, pues como fue el caso de *Gina*, frecuentemente estos sujetos se alejan del entorno social y familiar no sólo para ejercer su sexualidad de forma más libre, sino también para transformar su identidad genérica sin la amenaza constante del señalamiento, rechazo o la incomprensión de las personas que las conocen en sus lugares de origen.

Yo venía aquí a Poza Rica a ver a mi mamá, nunca la dejé. Cuando yo volví de Tijuana yo le hice esta casa en la que vivimos, yo había hecho mucho dinero porque allá me había ido muy bien. Muchas de mis amigas, desde que yo me fui, nunca volvieron a México porque muchas de ellas, no todas pero sí muchas, no tuvieron la aceptación de la familia: había rechazo, entonces ¿a qué venían a México, a que las despreciaran? Y las entendía hasta cierto punto; el caso mío no fue así porque ya después mi mamá aunque me vio así yo nunca sentí rechazo de ella. De mis hermanos sí hubo rechazo, de los mayores sobre todo, pero de mi mamá no. Entonces nunca perdí el contacto, por teléfono era cada que se podía, yo tenía teléfono allá en Los Ángeles y en Tijuana, pero yo mínimo dos días a la semana le hablaba, y yo en el mes de diciembre y también en mayo me la pasaba aquí en Poza Rica, eran dos veces al año que yo venía a estarme aquí con ella.

Gina hizo otra ruta migrante por Ciudad Juárez hacia El Paso, Texas; primero sólo como una vía para acceder a los Estados Unidos de forma menos riesgosa para luego emprender el rumbo a California, luego de haber vivido la experiencia agotadora y atemorizante de realizar el cruce con otros migrantes indocumentados por la zona serrana de la frontera californiana; posteriormente, cambió sus destinos laborales al área de El Paso, donde siguió ejerciendo el trabajo sexual tanto en la calle como en bares y clubes desnudistas.

La segunda vez me pasé por aquí por Texas, por Juárez; es más fácil [cruzar] por el río. Como ahí también trabajé y viví después, tenía amigos cholos, entonces ahí no me cobraban el “pasaje”. Te pasan en una cámara de llanta: ahí te sientas y te pasan el río. Normalmente te cobran diez o quince dólares. Y ya... de ahí pasé allá a El Paso, ahí tenía también unas amistades; ya había hablado con ellas desde Juárez para que me compraran un ticket para Los Ángeles, fue así como le hice porque por Tijuana me había sido muy difícil, me daba mucho miedo. Y ahorita quién sabe cómo esté, quizás hasta peor, tiene muchos años que no voy.

En Juárez estuve como cinco años, en Juárez y El Paso. Bailaba en El Paso en lo que ahora es table dance, antes era topless nada más. Era un lugar

donde bailaban puras mujeres, yo era la única chica así...¹¹⁸ y ahí estaba entre las dos ciudades. Ya me conocía todo California, ya quería cambiar de lugar. Yo le había dicho a una amiga “sabes qué, ya me voy a mover, ya no quiero estar aquí en Los Ángeles, ya me aburrí”. Estuve un tiempo en Poza Rica, un par de meses, luego ya me fui para allá. Inicialmente mi tirada era Laredo, porque me decían que allá en Laredo había muchas chicas como yo, que hay un lugar donde ellas bailan; desde el aeropuerto del DF pedí un vuelo para Juárez, llegué allá una madrugada pues sin conocer, porque nunca había ido... me pareció una ciudad muy fea, ¡horrible! Le digo al taxista “llévame a un hotel cerca del centro, y de ahí pásame a recoger a tal hora, quiero que me lleve a conocer lugares nocturnos aquí en Juárez”.

Llegué, me bañé, me arreglé y en la noche pasó él por mí; me llevó a ver lugares, a ver Juárez de noche. Llego a un lugar donde conozco a una chica como yo que es “maestra de ceremonias”, [me dijo]

- Pero nunca ha trabajado una como tú, tienes que hablar con el patrón, está ahí en su oficina.

El tal patrón me ve tan bonita, me pregunta

- ¿Qué necesitas?

Le digo:

- Pues yo no soy mujer, soy cambio de sexo¹¹⁹

Él me preguntó si me podía desnudar y le dije que no; yo bailo pero me quedo en topless, con mi tanga. [Me dice]

- Pues súbete a la pista.

Me anunciaron, me subí y les agradó el espectáculo que yo hacía así que me quedé. Me quedé con él cinco años trabajando. [Él] tenía tres negocios ahí en

¹¹⁸ Transexual.

¹¹⁹ Gina se definió a sí misma como “cambio de sexo”, como una forma en la que prefiere referirse a su condición identitaria sexo-genérica de mujer transexual.

Ciudad Juárez, de ahí me relaciono con chicas que trabajaban en otros lugares. Ganaba bien: tenía un sueldo como bailarina, comisiones por las salidas¹²⁰ que hacía, comisiones por los privados...¹²¹

Conocí lugares de ambiente gay que cerraban tarde, o a veces ni cerraban; a mí siempre me ha llamado ese ambiente, ¡me jala! Y así empecé a conocer, me iba yo ahí y conocía chicas como yo que se pasaban a El Paso pero trabajaban en la calle; ellas fueron las que me dijeron que los cholos las pasaban por diez dólares, y ya de venida se regresaban por el puente. La primera vez yo iba con miedo, pero era algo que ellas hacían a diario, se pasaban como a las ocho de la noche y se regresaban por el puente en la madrugada. Me paso con ellas, pero como a mí la calle me daba miedo, les digo

- *¿hay algún bar donde pueda yo trabajar?*
- *Pues como estás bonita te vamos a llevar a un bar donde bailan viejas.¹²²*

Llegué yo, pedí trabajo y sí me dieron trabajo; me quedaba quince días allá y luego me regresaba a Juárez, tuve un departamentito en Juárez y así anduve.

Cuando vi que todo se acabó, dije “bueno, me vengo a México”, me vine a la ciudad de México; llegando me metí a trabajar a un lugar, a un bar; eso fue como en 2007, algo así. Cuando yo todavía tenía mi pareja ahí en el DF yo le dije que quería quedarme a vivir ahí con él y dedicarme a ayudarlo a un amigo que tenía un negocio de vender animales y accesorios... él tiene perros de la raza French miniatura, entonces me quería dedicar a eso – pero en México tienes que estar con los perros y traerlos para todos lados, quieras o no quieras, es muy

¹²⁰ En el argot de los clubes y bares desnudistas se denomina “salida” al contrato por servicios sexuales que realiza el dueño o administrador de un centro nocturno con un cliente, para que éste sea acompañado fuera del establecimiento por la bailarina de su preferencia; en ocasiones las bailarinas tienen la libertad de decidir si realizan este tipo de servicios o no, pero es más frecuente que no sean ellas quienes controlan la prestación de los mismos, ni el costo o el porcentaje de comisión que les corresponderá.

¹²¹ El “privado” es un baile erótico de corta duración, que se realiza en cabinas cerradas dentro de los establecimientos de *table dance*. El cliente paga un boleto por el cual tiene acceso a uno de tales bailes con la bailarina de su elección en una cabina cerrada o en una sala dentro del recinto. Las bailarinas suelen permitir ser tocadas por los clientes durante los “privados”, aunque generalmente esos tocamientos no incluyen caricias genitales ni intercambios sexuales como tales.

¹²² Mujeres.

pesado... este chico de México todavía me habla, me invita mucho a la Expocan, yo cada año iba a la Expocan con él para llevar a los perros a las exposiciones. Ahora no fui, pero me gustaba mucho ir. Me gustan mucho los perros, mi idea era algún día tener algún negocio así de perros.

Hay veces que sí me quiero ir [otra vez] a Tijuana... yo no quisiera que mi madre nunca me faltara, no lo soportaría; a mí Poza Rica nunca me ha gustado para vivir, se me hace un lugar muy pequeño, estoy aquí por ella y porque tengo esta casa. Pero si algún día Dios no lo quiera ella muriera, yo me iría; vendo la casa, me voy a México, a un departamento chiquito... a terminar ahí mi vida. Ya no me iría a los Estados Unidos. Si se acabara el motivo por el que estoy aquí no querría seguir en esta casa, pero tampoco quisiera molestar a mis hermanos, dejar todo arreglado. Cuando me pase algo yo dejo todo listo, no quiero irme a la fosa como he visto que pasa con tantas.

a) Representaciones sobre la migración y el VIH

Debido a su amplia experiencia en el trabajo sexual y al hecho de haber vivido en Los Ángeles en los comienzos de la epidemia de Sida a nivel mundial, *Gina* tiene una visión bien informada acerca de lo que supuso entonces el VIH para personas homo y transexuales, no sólo en lo que se refiere al temor propagado tanto o más que la propia enfermedad dentro y fuera de las comunidades gay y de los grupos de trabajadoras y trabajadores sexuales, sino en lo relativo a la cuestión migratoria de muchos de ellos; en su caso, *Gina* refiere sus imágenes representativas a las vivencias de compañeras cuyas cuyos procesos de enfermedad e incluso de muerte por el Sida ella vivió de cerca. No obstante, ella adquirió una mayor consciencia del riesgo ante la infección por VIH cuando comenzó a practicarse pruebas de sangre como un requisito médico para la realización de cirugías estéticas, las cuales ella se practicaba no sólo en San Diego sino también en la ciudad de México y en Guadalajara; el comienzo mismo de su trayectoria de padecimiento puede cifrarse en esos trayectos.

En todo caso, *Gina* emplea sus propios conocimientos y experiencias como migrante y como persona viviendo con VIH para construir sus representaciones sociales acerca del padecimiento como un problema de salud que afecta directamente a los trabajadores migrantes, sin menoscabo de su condición de género, orientación o preferencias sexuales.

El Sida empezó como en el 82, en su auge. Primero, como piensas que a ti nunca te va a pasar, yo no creí, es más, ni siquiera pensaba que eso realmente existía. Allá en las calles empezaban a dar condones, el trabajo de nosotras se vino abajo, muchas se infectaron... Allá en Estados Unidos fue una bomba que detonó, hizo estragos; el teléfono dejó de sonar, fue una época difícil. Hasta que supe de un caso cercano. Lo vi en ella, yo desconocía todos los síntomas que acompañaban la enfermedad, yo a ella no la vi morir pero la vi muy mal... Yo me vine a México, cuando volví ella ya había muerto, fue la primera persona que conocí que murió de VIH.

Yo no me hacía exámenes, te soy franca; me los empecé a hacer hasta que vine a México, cuando venía a que me cambiaran mis implantes de busto, me metí también implantes en las pompas – esos me los practiqué en Guadalajara con un cirujano muy famoso, entonces él me dijo:

- *Te tengo que mandar a que te hagas estudios de VIH, porque me los pide la Secretaría de Salud.*

Dije yo

- *Ok, pues a ver cómo salgo.*

Todavía en esos tiempos salía yo limpia... eso fue en Guadalajara. Venía yo de vacaciones acá [a Poza Rica], me fui a México a arreglarme la nariz, el doctor que me la arregló como que le valía madres todo y no me mandaba a hacer ningún tipo de análisis. Luego de eso ya no volví a hacerme ningún tipo de cirugía. La última fue cuando me quitaron los implantes de atrás, porque ya me molestaban, que entonces ya estaba yo con el problema... pero no, antes de esto

de los cambios de implantes y las operaciones no me hacía yo ningún tipo de examen, por temor; siempre por el temor, porque somos personas que como quiera que sea estamos en riesgo, yo siempre usaba condón pero a veces se rompía y se regaba todo aquello, y había contacto.

Pues, yo creo que – no hablemos de migración a nivel país-país, simplemente migración de ciudades pequeñas a ciudades grandes; ahí es donde empieza, donde muchas veces hay contagios, por ejemplo: cuando estuve internada había gente que venía de comunidades del estado de Tlaxcala, que es el estado más pequeño del país, gente que me platicaba que había venido a la ciudad de México a buscar un nuevo horizonte; un hombre “hombre”,¹²³ que me gustaba mucho platicar con él, dice que trabajaba en las obras, porque estaban construyendo un eje vial, y había tenido sexo con una sexoservidora, en un punto de la migración; a veces lo hacen así, entiendo que todo es por vías de vivir mejor, de mantener a la familia y como hombres tienen sus necesidades, yo pienso que ningún hombre puede estar y más a una edad joven, sin tener sexo. Pero para eso hay que tomar las precauciones debidas, ¿no? Pero pues no sé en qué consistirá esto... no se ponen un condón, ¡tan fácil que es ir a un centro de salud y agarrar los que tú quieras! En Estados Unidos te los regalaban en la calle, con folletos; aquí sólo en los lugares indicados, como el CAPASITS.

He oído, no fue mi caso pero he escuchado de que por ejemplo, la gente que migra allá [a Estados Unidos], y que ya lo ven un poco delgado, deteriorado y más si eres gay, que luego luego te relacionan con eso; si te fuiste al otro lado según, pero no saben que aquí en Veracruz ¡estamos en la mera mata del VIH! Y más aquí en Poza Rica.

Como puede verse, a pesar de que *Gina* representa el VIH como un problema de salud que literalmente “explotó” en los Estados Unidos, confiere luego más relevancia al VIH como asunto de salud pública en el contexto histórico-espacial local que le es pertinente, Poza Rica, y como un problema grave en el estado de Veracruz. Es destacable del análisis de *Gina* el hecho de que aborda de

¹²³ Un hombre heterosexual.

manera causal, ciertas problemáticas que desembocan en el inicio de movimientos desde los lugares de origen de muchos varones, al afirmar que los hombres migran hacia las ciudades para tratar de integrarse a la fuerza de trabajo y que a lo largo de estas rutas migrantes, ellos no pueden excluir sus necesidades sexuales, si bien no logra explicarse por qué los varones migrantes no utilizan condón en sus contactos sexuales casuales o pagados; en sus propias palabras,

...A veces lo hacen así, entiendo que es por vías de vivir mejor, de mantener a la familia y como hombres tienen sus necesidades yo pienso que ningún hombre puede estar sin tener sexo. Pero para eso hay que tomar las precauciones debidas, ¿no? Pero pues no sé en qué consistirá esto... no se ponen un condón.

A diferencia de los casos presentados anteriormente, el de *Gina* implica otro factor que resulta de gran importancia al relacionarlo con la migración y la sexualidad: la identidad sexo-genérica.¹²⁴ Ello le representó obstáculos no sólo para definir su propia identidad más allá de la orientación homosexual, sino al tomar la importante decisión de cambiar de identidad sexual – incluyendo la transformación de los genitales externos, lo cual constituyó el hecho más significativo de esa transformación, pero la colocó constantemente en situaciones conflictivas para acreditarse como hombre o como mujer ante las leyes tanto mexicanas como estadounidenses, forzándola a recurrir a estrategias marginales a la legalidad para obtener identificaciones falsas con las cuales poder mostrarse como ciudadana, pero no pudiendo renunciar definitivamente a su identidad masculina.

¹²⁴ Xabier Lizárraga define la identidad sexo-genérica como “la vivencia psicológica (subjética) de poseer un sexo y sentirse perteneciente a uno de los géneros sexo-sociales [los cuales a su vez son asignaciones socioculturales a partir de la apariencia genital externa de los sujetos], con total independencia de la biología del sujeto.” (Lizárraga, X. “La identidad sexo-genérica: un continuo”. En *Estudios de Antropología Biológica: III Coloquio de Antropología Física*, UNAM, 1988).

De acuerdo con este autor, la posibilidad de que la identidad sexo-genérica no se limite a un marco de ambigüedad masculino-femenino da lugar al planteamiento de un “continuum de identidad sexo-género” en el que se distribuyen los diferentes individuos, sin que puedan nunca quedar fijamente encasillados en un punto del continuo, dadas las numerosas maneras en que las dimensiones de la sexualidad se entrecruzan e interrelacionan (ídem p. 388).

Yo tuve una relación cuando llegué a vivir a Tijuana con un licenciado; como yo viajaba mucho por aire yo pasaba mucho por migración, entonces aun cuando estás viajando dentro del país, cuando llegas a una frontera, o incluso aún por carretera te pide migración pues, que no seas sudamericano o centroamericano, por ejemplo; entonces yo batallaba mucho: yo viajaba a Poza Rica dos veces al año, y un día le dije a ese licenciado “oye, tengo un problema” – porque para empezar, yo mis documentos originales los dejé en el seminario y obviamente nunca los rescaté; hasta la fecha, yo no tengo un certificado de secundaria o de preparatoria aunque las cursé. Por esos documentos yo jamás volví.

Entonces me dice él “te voy a hacer un acta de nacimiento”, yo nunca supe si eso fue legal o no, con esa acta de nacimiento yo tramito una licencia de conducir de allá de Baja California; y con eso yo me manejaba por el país. Cuando tramito una visa, un pasaporte, y como en mí no es tan notorio lo que soy, la pegué¹²⁵, no se dieron cuenta y no tuve que decir nada, todo se me facilitó. Cuando sale acá en México el IFE igual, hago todos los trámites con esa acta de nacimiento. Yo ando por la vida con una identidad de Fátima Zamora,¹²⁶ con una licencia para conducir tanto del DF como de aquí de Veracruz, que también las tramité, con ese nombre; pero sé que es un delito el que estoy cometiendo porque aún las leyes mexicanas no han autorizado o legalizado esto [el cambio de identidad sexo-genérica], de hecho ahorita en México creo que están promoviendo eso pero, de aquí a que pase ¡yo creo que ya yo no voy a vivir!

O sea que no somos ni de aquí ni de allá las que somos así como yo; pero yo tampoco voy a andar por el mundo, si me para un tránsito y que me pida mi licencia, y yo les presente una identidad con el nombre de “fulano de tal” que no coincide ya con mi imagen. O como cuando voy a México, hasta para subirme al

¹²⁵ Esta expresión la empleó *Gina* en equivalencia a “la hice”, “lo logré”.

¹²⁶ Al igual que en todos los casos anteriores, la confidencialidad de *Gina* será respetada mediante el uso de un pseudónimo elegido por mí al azar, aunque el nombre que ella me proporcionó bien podría ser también un pseudónimo; por cierto, ella no quiso revelar su nombre verdadero como varón.

ADO te piden credencial de elector, y no tengo por qué andarle dando explicaciones a medio mundo de lo que yo soy.

A pesar de la seguridad sobre la identidad deseada, sentida y vivida subjetivamente, la cual queda de manifiesto al haberse practicado una cirugía para cambiar el aspecto masculino de sus genitales en uno femenino, el traspaso de dicha identidad al plano legal u oficial (que se acentúa en un sujeto migrante, que se presenta constantemente ante agentes aduanales y migratorios, ante los cuales debe identificarse claramente) supone para *Gina* un verdadero desafío que la coloca en la indefinición acerca de sí misma y de las mujeres transexuales en general, como ella lo expresa, “las que somos así como yo”. En esto es pertinente también, recordar que ella no se asume como una verdadera mujer, sino como “cambio de sexo”, de manera que no renuncia completamente a su identidad masculina, aunque suele referirse a esta última con resignación, al no poder prescindir de ella cuando debe realizar trámites en instituciones médicas y salubristas, lo cual claro está, se ha vuelto una parte aún más importante de su vida cotidiana al ser seropositiva.

La ventaja que yo veo en todo esto es que sí parezco una mujer: voy a tránsito, tramito mi licencia, y no tengo problemas con eso. Pero sé que legalmente no lo debo de hacer. ¿Me entiendes? Pero ya después de que empecé yo con problemas, que ya vi cómo son las leyes, sé que al final del partido tengo que ser “fulano de tal”, entonces pensando en que hasta para morirte tienes que tener todos tus papeles en regla: acta de nacimiento, acta de defunción, debes tener una credencial de elector, debes tener todo, entonces yo vengo a Poza Rica, me fui a Coatzintla porque ahí me registraron y saco una copia de mi acta de nacimiento, voy a México al IFE a tramitar una credencial de elector a nombre de hombre también, y manejo las dos identidades. Obviamente esa identidad la manejo sólo en cuestión de hospitales, y la otra en mi vida cotidiana, en mi vida diaria. Así es mi vida, yo ando por la vida con estas dos identidades. Pero mi licencia, mi credencial de elector, mis tarjetas de crédito, todo, está a nombre de Fátima Zamora.

Otras veces, *Gina* asume su identidad como “cambio de sexo” como una condición que la hace pertenecer a la comunidad gay, lo cual la hace mostrar una cierta aceptación hacia su recesiva masculinidad:

La gente gay, no porque yo lo sea, pero somos gente muy especial: podemos ser a toda madre, muy creativos, dicen por ahí en un libro que “detrás de las cosas más hermosas que se hacen en este planeta, está la mano de un gay”,¹²⁷ si vas a ver un buen espectáculo como en lo que yo trabajé allá en Tijuana pues seguramente habrá un gay. O sea el arte, las cosas creativas están en manos de nosotros, porque se conjugan dos mundos en nuestra mente: somos diferentes a ti, pero también somos diferentes a una mujer, somos todo eso; somos diferentes y tenemos dos mundos en nuestra mente, hacemos cosas maravillosas y podemos amar más que cualquier mujer y más que cualquier hombre. Somos muy apasionados, no sólo en el sexo sino que nos entregamos a la pareja y a lo que hacemos a todo. Yo por ejemplo, tengo la fuerza que no tiene una mujer para pintar una casa, para treparme a una escalera o para treparme a podar esa palmera que tengo aquí afuera, pero también tengo la sensibilidad para hacer los adornos de navidad que es algo que me encanta hacer... te digo, en nosotros se conjugan las dos cosas al mismo tiempo.

b) Trayectoria de padecimiento

Como se ha apuntado con anterioridad, el inicio de la trayectoria de padecimiento de *Gina* está relacionado con episodios puntuales de violencia sexual, al menos en el plano de sus propias representaciones sobre el inicio de su trayectoria; a lo largo de la misma, ella ha debido enfrentar otros problemas como la creciente dificultad para hallar protocolos de medicamentos adecuados a las características

¹²⁷ *Gina* se refiere al libro de Cathy Crimmins *Cómo los homosexuales salvaron al mundo* (Editorial Diana, 2007) en el que la autora describe la forma en que la sensibilidad y la creatividad de los homosexuales les ha valido para figurar en las élites del diseño de modas, las artes plásticas y escénicas además de otros muchos oficios y profesiones; otro sujeto al que entrevisté me había comentado aspectos similares acerca de ese mismo libro. Es probable que ambos lo hayan leído en el CAPASITS, porque uno de los médicos tratantes tiene un ejemplar en su consultorio y a decir de él mismo, en ocasiones lo ha colocado junto con otros documentos y revistas en el estante informativo de la clínica.

de su carga viral, o las incomodidades que supone para una paciente transexual permanecer internada en el pabellón masculino de una instalación hospitalaria, tanto por evidentes cuestiones de pertenencia e identidad asumidas por ella en forma femenina, como por la constante amenaza real o imaginada de la estigmatización hacia su condición transexual frente al personal de salud y frente a otros pacientes.

Pues como te dije antes, yo creo que mi problema pudo haber empezado cuando fui abusada, estando yo trabajando allá [en Estados Unidos]; pero también, te repito, mi vida sexual siempre fue muy activa por mi trabajo; y sí había ocasiones en que el condón se rompía y ya había contacto... ya en lo que sacabas esa cosa ya había habido contacto sexual... no sé cómo habrá estado.

Cuando yo me empecé a sentir mal yo ya había regresado de allá, estaba viviendo en el DF y venía periódicamente para acá para Poza Rica con mi mamá; te digo que me empecé a hacer los estudios porque los médicos que me hacían las cirugías tenían la orden de mandar a hacer análisis de VIH aunque había algunos que les valía madre y no te los mandaban, pero a mí el médico que me atendió en Guadalajara me los mandó a hacer. Yo salía bien, siempre salía bien hasta que llegó el día en que salí infectada.

Allá en el DF conocí a una persona, un muchacho joven que empezamos a conocernos porque primero fue cliente mío, estuvimos un año juntos; vinimos en fechas de navidad a pasar las fiestas acá a Poza Rica, y yo me sentía mal... me dolía mucho la espalda. Pero como México ves que es frío, pues yo pensé que era por salir al frío de la calle y así; y pues por mi trabajo tenía que bailar, tenía que andar casi desnuda ahí dentro del negocio y pues en el negocio siempre tienen clima, yo pensé que era por estar en el clima y luego salir al frío de afuera. Y luego aquí, me empecé a poner mala, me dolía mucho mi espalda, tenía temperaturas y gripa, entonces empecé a tomar remedios caseros pero no,... ya hasta que yo empecé a sentirme más mal, y le digo a la persona que venía conmigo “vamos a buscar un doctor, hay que buscar un médico”, yo todavía no sabía nada de esto, no estaba informada.

Un factor adicional en la carrera como persona viviendo con VIH, si bien no admite que haya incidido directamente en la adquisición del virus o en el empeoramiento de su estado de salud, es un prolongado contacto con drogas sintéticas que data de sus inicios en el trabajo sexual, especialmente la cocaína y el crack; *Gina* acepta ser vulnerable a la reincidencia, aunque señala enfáticamente que los momentos más álgidos de su toxicoddependencia ya han pasado y ha logrado mantenerse sobria. De hecho, ella considera las drogas como algo común en el ambiente social y laboral en el que se desenvuelve, y por lo tanto como un hecho que prácticamente no puede evitar.

Siempre había sido una persona muy sana, me gustaba el ejercicio y alimentarme bien; no estoy exenta de drogas, por algún tiempo sí me dediqué a la droga, esto fue cuando llego a México muy jovencita, cuando yo empecé en esto; me meto a trabajar, conozco el crack, el speed, la cocaína. Ya estando en México me envicié de la cocaína, de hecho estuve como cuatro veces metida en una granja como consecuencia de mi adicción a la cocaína hasta que alguna vez tuve una parálisis facial. Me dijeron que podía llegar hasta a tener un derrame cerebral, fue cuando recapacité, “si no me gusta el alcohol ni el cigarrillo ¿para qué me meto esta porquería?” Lo fui dejando paulatinamente, y a raíz de esa vez que me puse tan mala, aunque no sabía yo todavía nada de esto, pues lo dejé. Aunque un adicto nunca se cura: yo sé que si voy a México, ahorita estoy vulnerable, porque no tengo alguien a mi lado que me cuide de no hacer tonterías; no es que nadie te obligue a hacer algo que tú no quieras, pero el ambiente – yo siempre viví en ese ambiente, desgraciadamente cuando voy a México voy a visitar a mis amigas y lo primero que me ofrecen en vez de comida o algo de tomar, es eso. Yo me siento vulnerable de volver a caer... Siento que soy presa fácil, porque eso nunca se cura.

Fui a ver a un médico, el médico superficialmente me pregunta qué tengo, le dije mis síntomas; el médico se da cuenta de quién soy yo en realidad, pero yo

estoy consciente de lo que he hecho, pues todo mundo sabe lo que hace; le digo a mi pareja que si me puede dejar a solas con él, le digo

- *Mire doctor, yo soy cambio de sexo, y mi vida ha sido así y asado; también quisiera que se me hiciera una prueba de Elisa.*

Yo fui quien se la pedí. Él me dijo:

- *Te soy franco, te veo mal.*

Fui ahí por el centro, donde hay unos laboratorios y rayos equis, porque me dijo que me hiciera una placa de tórax; ni media hora tardé en que me dieran la placa porque estaba inmediatamente, me dieron resultados. Yo me agitaba mucho, tosía muy feo y fue cuando el médico me confirmó que tenía yo neumonía.

Yo había visto morir a muchos amigos míos de VIH pero por la neumonía, casi siempre tienen problemas pulmonares cuando los traen; y me mandan a hacer [la prueba de] VIH. Y doy positivo. En esos días que pasé yo aquí, con la impresión y sin saber qué hacer, ni mi pareja lo supo, sólo lo sabía yo,... lo tuve que asimilar, ver cómo lo iba a decir. Entonces todo esto me llevó más para abajo y del día 24, de la nochebuena, al 1 o 2 de enero me acabé... emocionalmente, me acabé. Él me decía

- *¿Por qué lloras tanto?*

- *Déjame, quiero estar sola.*

El día 3 de enero ya estaba yo internada. Y ya hablé con mi hermana la mayor, le dije “no sé cómo vayas a manejar la situación, sobre todo con mi mamá que es la que más me interesa; pero tengo este problema, soy VIH positivo, tengo neumonía y me acaban de detectar tuberculosis; maneja tú la situación.” Yo no sabía cómo hacerle con mi madre y mi otro problema era contarle a mi pareja. Y en un momento de desesperación, de verme con tantos tubos y cosas, le digo que había salido positiva... yo tenía en México un departamento amueblado, pequeño pero bien hechecito, le dije

- *Quédate con el departamento, y déjame aquí; vete a rehacer tu vida. Yo estoy mal y no creo librar esta batalla.*

Pero él me dijo

- *No. Yo no voy a abandonarte, te amo y saldremos adelante.*

Gracias a esa persona pienso yo que pude salir adelante, su apoyo fue muy importante para mí en esos momentos, porque de ahí se vino todo un calvario para mí: estuve internada dos meses, antes el hospital civil estaba donde ahorita está [el centro comercial] Fábricas de Francia,¹²⁸

En el hospital civil, en ese entonces era una atención... ¡que ahorita estamos en la gloria! Era un lugar que para empezar parecía más un reclusorio que un hospital; ahí me aventé un mes y en lugar de ir para adelante iba para atrás, porque hasta de plano el doctor Blázquez, que antes estuvo con nosotros y luego estuvo con nosotros en el hospital regional, me dijo

- *Sabes, estás muy mal; te voy a dar de alta para que estés en tu casa pero yo te sugiero que si quieres salvarte, vayas al INER allá en México, es el hospital de enfermedades respiratorias, ahí te van a ayudar porque tu neumonía se está complicando, ya te vino tuberculosis, estás mal, muy mal.*

Fue cuando toqué fondo, porque yo quería terminar ya en mi casa, con mi mamá, pero la veía a ella que sufría, lloraba todos los días conmigo, la vi desgastarse conmigo; entonces decido una mañana, aún sintiéndome pésimamente mal, viajar otra vez a México con la esperanza de salvarme. Y qué bueno que tomé esa decisión, porque mírame, aquí estoy. Llego a México, inmediatamente ingreso al INER; sin hacerme estudios ni análisis ni nada, al ver mi estado de salud tan crítico, me quedo internada y ahí me paso dos meses

¹²⁸ El viejo hospital civil estaba ubicado justo frente a las instalaciones que actualmente corresponden a la Jurisdicción Sanitaria de Poza Rica, junto a las cuales también fue edificada la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana – campus Poza Rica. El centro comercial Fábricas de Francia ocupa ahora el lugar del hospital, el cual fue trasladado a principios de la década de 1990 a su actual ubicación en el norte de la ciudad. (Noreste, enero de 2009).

internada. Y a los dos meses empiezo a sentir una mejoría; no al cien por ciento obviamente.

Al ser ingresada e internada en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias en el Distrito Federal, *Gina* enfrentó las mayores dificultades concernientes a su identidad sexual y genérica, debido a que tuvo que acreditarse como varón y fue alojada en el pabellón masculino donde tuvo que permanecer dos meses debido al complicado cuadro de neumonía que presentaba. La estadía en el INER presentó para ella constantes incomodidades físicas, como la imposibilidad de orinar en un cómodo frente a otros pacientes, y por consiguiente una gran dependencia en el apoyo de su pareja sentimental de entonces.

En México, ahora el otro problema que yo tuve en México fue que yo siento temor a los hospitales porque, los pabellones de ahí del INER son inmensos, y como yo al final de la jugada sigo siendo “él” y no “ella”... entonces me ponían en los pabellones de veinte personas o más del sexo masculino, a las mujeres las tienen aparte; y para mí es una gran incomodidad por ejemplo que tú estés a mi lado, que tú seas un paciente heterosexual tal vez, u homosexual no sé, pero... te arriman un cómodo para hacer tus necesidades, te sacas tu miembro y orinas, ¿y yo qué? ¡Yo no puedo! Convivir con esas personas para mí era un martirio: porque yo, había ocasiones en que las temperaturas eran tan altas, que – te ponen una bata, pues entre hombres no se sienten incómodos pero yo como mujer sí me sentía incómoda, entonces yo hablé con el director y le dije

- *Es que yo no puedo estar aquí.*

Su respuesta fue

- *Es que tú eres fulano de tal y tampoco te puedo meter con las mujeres.*

Entonces eso era para mí, las leyes de este país son un horror... así tuve que convivir con todos ellos; mi pareja obviamente estaba conmigo pegado ahí,

por ejemplo yo para ir a hacer pipí pues yo tenía que ir hasta el baño, con el tripié y todo y él me ayudaba, pero había veces que él tenía que irse a trabajar o irse a descansar, yo tenía que ir sola con todo y mi tripié hasta el baño, no podía ni con el tripié por lo débil que estaba pero yo no podía hacer delante de ellos; y éramos bastantes. Hasta en eso me da miedo enfermarme a mí, porque ¿dónde me van a meter? Para yo internarme, tengo mucho temor de volver a caer en un hospital, porque me meten con los hombres; y para mí es mucha incomodidad, y ahora ya no tengo quien me esté ayudando, ... mi pareja se fue, esa relación terminó.

En el caso mío, cuando me dieron la noticia fue una impresión muy fuerte ... tuve un cuadro con neumonía, con tuberculosis, se me complicaron muchas cosas y sí dije “quiero terminar bien”, ese cuadro fue muy duro y aparte pues considero que no es vida tener que vivir toda mi vida sufriendo con temperaturas, con diarreas... porque así me aventé un buen tiempo; pero pues, ver que le afectaba a ella, a mi madre, ella se desgastó mucho al igual que yo. Pues dije: “yo tengo que luchar, tengo que salir”, y no ha sido fácil, porque me mantengo bien y al paso del tiempo pues, como todos creo, recaigo, me siento deprimida...

Te voy a explicar: el caso mío fue un poco más fuerte que el común denominador de los que llegan ahí, yo soy la única persona a la que le han realizado un genotipo¹²⁹, de ahí del hospital regional. Bueno, yo en realidad vengo

¹²⁹ Gina fue sometida a pruebas de resistencia genotípica, la cual utiliza VIH de la sangre del paciente para comprobar la secuencia genética del virus, y así poder detectar mutaciones del virus que están creando resistencia a los medicamentos; en su caso, debido a que los virus han presentado resistencias a la gran mayoría de los esquemas de tratamiento antirretroviral disponibles (incluyendo los esquemas conocidos por los médicos del CAPASITS de Poza Rica), se hizo también una prueba fenotípica, que consiste en atacar los virus con todos los medicamentos en diferentes combinaciones para detectar cuáles de esas combinaciones resultan más eficaces contra el virus de la muestra tomada del paciente. A medida que los virus de un sujeto infectado acumulan resistencias, se hace precisa la intervención con este tipo de análisis y posteriormente con la denominada “terapia de rescate”, que implica combinaciones de medicamentos no correspondientes a esquemas convencionales, es decir, los ITRNN (inhibidores de la transcriptasa reversa), que suelen administrarse en combinaciones con una eficacia parcial ante los virus; la incertidumbre acerca de la eficacia de las combinaciones utilizadas y de la disponibilidad de los medicamentos genera una gran angustia y temor en los pacientes (Andrade Villanueva y González Hernández, “15 preguntas frecuentes en pacientes con VIH-Sida: tratamiento de rescate y pruebas de resistencia.” Centro Universitario de Ciencias de la Salud/UdG, Permanyer).

Los protocolos fenotípicos sólo son recomendables para pacientes que han tenido bajos conteos de células cd4 por largo tiempo además de que requieren la disponibilidad de una amplia variedad de medicamentos, razones por las cuales el CAPASITS de Poza Rica no cuenta con la capacidad para prescribir y manejar de forma segura dichos protocolos. A ello habría que sumar también, el hecho de que los médicos tratantes de esta

desde México con el genotipo, pero en el regional eso no se ha manejado hasta ahorita. Es algo muy costoso. Lo mío es una angustia tremenda, que cada cinco o seis meses que se me hace ese estudio vaya a salir que ya necesito buscar otro; ahorita tengo tres años y medio con el esquema que estoy tomando, afortunadamente ha funcionado. El caso mío es un caso extremo porque cada seis meses que yo voy por resultados, para mí es una angustia tremenda te repito, porque a mí cuando me digan que este esquema que actualmente tomo, se coctel de medicamento ya no funciona, yo no sé qué voy a hacer. Entonces, una vez platicando con [el doctor] Román, me sentía mal, fue hace como un año y medio, yo iba temerosa, me preguntó que qué me pasaba y le dije

- *Me siento mal, yo me he sentido mal y temo resultados.*

Él se ha unido mucho conmigo y me dice

- *No temas, yo te conseguí un genotipo en Pemex; cuando suceda esto que veamos que el esquema que tienes ahorita ya no te está funcionando, yo me comprometo a guardarte ese genotipo que a mí me llegó – porque él trabaja también en Pemex.*

Me dice

- *Es un medicamento que todavía no se maneja aquí [en Poza Rica] pero en México sí, y vamos a moverle para conseguirlo, lo que no quiero es que te angusties cada seis meses.*

Pero aún así, no deja de ser difícil para mí, porque por ejemplo otros pacientes ok, llegas tú y ponen “mi carga viral ya subió”, entonces ¿qué hace el médico? Le busca en lo que hay en el mercado de medicamentos, y te lo cambia a algo un poco más potente, dependiendo de lo que él considere. Y tal vez tu cuerpo lo va a aceptar, pero en el caso mío, yo de todo ese esquema de medicamentos, yo ya todos los probé y ya creé resistencia a todos excepto al que estoy tomando actualmente, entonces para mí es realmente desgastante todo esto. Y sin

clínica no poseen una especialización en virología o infectología, por lo cual es posible que no estén debidamente capacitados para asignar tratamientos o dosis tan específicas.

embargo ahí ando, ahí ando... afortunadamente, ahorita he estado bien, en lo que cabe. De repente pus sí, lo clásico: temperatura. Pero nada fuera de eso; aparte ya tantos años, ya sé más o menos por dónde irle buscando.

La trayectoria de padecimiento de *Gina* no excluye el acercamiento a estrategias terapéuticas distintas a la biomedicina; la automedicación – o mejor sería decir, el autocuidado, ya que en el mismo cúmulo de prácticas descritas por ella a este respecto se delinea una denodada atención en su alimentación y en su régimen de actividades físicas – y la incursión en el uso de plantas curativas de la herbolaria componen parte de un régimen observado por ella con el mismo interés con el que ha debido avocarse a la ingesta de sus medicamentos antirretrovirales. Es acertado afirmar que *Gina*, al igual que los otros informantes, transita habitualmente por diversas formas de atención que difieren del dictamen unidimensional de la terapia antirretroviral como el único medio efectivo para mantener a una persona viviendo con VIH con un estado de salud aceptable y especialmente, con un conteo bajo de carga viral, al mismo tiempo que dichas formas de atención convergen junto con la ingesta del tratamiento antirretroviral en ese mismo objetivo, articulados por *Gina* mediante la práctica cotidiana. Cabe recordar que Menéndez (2006) ha puntualizado que es en la cotidianidad, la práctica y la búsqueda pragmática de la restauración de la salud en donde los sujetos y grupos realizan las articulaciones entre diversos sistemas curativos o terapéuticos. *Gina* reconoce los efectos adversos potenciales y reales de los medicamentos antirretrovirales, por lo cual dirige ciertas prácticas de automedicación a la resolución puntual de algunos de esos efectos.

Pues ahorita estoy bien, me siento tranquila y espero seguir así y sobre todo, lo mejor es que no he tenido problemas importantes de salud, tengo de dónde sacar para lo primordial; para mí es un lujo enfermarme o sentirme mal porque debo estar fuerte para ella, para mi madre. Debo de cuidarme. Debo de llevar una alimentación bien balanceada: un licuado de avena por la mañana, una manzana... y me sale económico. Y eso con mi medicamento. Yo como poco, soy feliz abriéndome una lata de atún y vaciándola en una lata de verduras, un huevo

que lo pongo a hervir duro, y una hoja de lechuga; como la sardina, que me encanta; yo le digo a mi mamá “mientras haya atunes y sardinas en la despensa, yo soy la mujer más feliz del mundo.” El atún tiene omega 3 que me hace tanto bien, también tomo cápsulas de vitamina E que no la dejo nunca; el ácido fólico ahorita lo suspendí porque hay que suspenderlo por un tiempo.

Este árbol de neem¹³⁰ que me trajeron de Yucatán, que supuestamente es un remedio que ha levantado a muchos pacientes con Sida: cuando yo estaba muy mal, una amiga de México me lo trajo. Este árbol ahorita ya es muy común aquí, este ya tiene unos años que me lo trajeron. Me trajo la plantita como con tres hojas. Yo me sentía tan mal, que acepté plantar el árbol, aquí en medio del patio. Creció rapidísimo, ¡se fue hasta el cielo, ahora hasta regalo bolsas enteras con hojas de neem! Yo no sé si esto fue lo que me ayudó mucho, aunado a mi tratamiento antirretroviral, claro; fijate, lo empecé a tomar... yo tenía una carga viral muy alta, ¿qué crees? ¡Salgo indetectable!

Yo desde entonces, a todo el mundo que veo que está mal, le comparto; nada más que es un árbol que amarga horrible, pero mira: yo en todos estos años que llevo con este problema, nunca había salido indetectable, o sea indetectable estamos hablando de menos de 50 copias de virus; de conteo de [células] cd4 nunca subía yo de 150, 180; ya después de tomarlo mi cd4 lo que nunca, ¡500! Carga viral, indetectable. Entonces yo platico con Román y me dice “¿cuánto

¹³⁰ *Gina* tiene un árbol de neem (o nim) en el centro de su patio exterior. Esta planta procedente de Asia, ha sido ampliamente utilizada en la medicina alternativa asiática (en concreto en la medicina ayurvédica) y también en el continente americano y europeo, para disminuir síntomas y dolencias de padecimientos como la soriasis, la diabetes (en el caso de paciente que no están en tratamiento de insulina), además de herpes y otros problemas dermatológicos (www.tlahui.com/medic/medic18/neem.htm). *Gina* asegura que las infusiones de hojas de neem le han ayudado a mantener su carga viral en niveles casi indetectables desde que comenzó a combinarlas con la terapia antirretroviral, lo cual también ha llamado la atención de su médico tratante en el CAPASITS, Román, quien incluso admitió que podría llegar a recomendar su uso a otros pacientes con cargas virales altas; a decir del propio doctor, este es un caso único entre los que atiende en la clínica, pues ningún otro sujeto había reportado resultados tan buenos mediante la incorporación de un tratamiento no alopático – aunque siempre en combinación con los medicamentos antirretrovirales – y más si se tiene en cuenta que el organismo de *Gina* ha presentado resistencias ante la mayoría de los esquemas y medicamentos disponibles en el CAPASITS de la ciudad de Poza Rica.

El neem es de rápido crecimiento: en tres años puede crecer el doble que otros árboles de características taxonómicas similares, de manera que es verosímil la afirmación de *Gina* con respecto a la velocidad con que su pequeña mata se desarrolló en el medio de su patio (además, al haber realizado la entrevista en el mismo patio de la casa, pude constatar que el árbol tiene un buen tamaño: levanta cerca de 1.80 m del suelo).

tiempo tomaste el neem?”, ahorita investigué y me fijé en que también hay que suspenderlo, de acuerdo con la información que saqué del internet. Regalé muchas bolsas con hojas en el grupo [del CAPASITS], pero hay mucha gente que no se apega ni siquiera a eso... El chiste es que actualmente te repito: lo he tomado y he salido indetectable. Ni yo me la creo. De pensar lo débil que yo llegué a estar, con menos de 40 de cd4 – y ninguna persona puede vivir con 40, yo caminaba dos pasitos y me cansaba; tenía que estar sentada tomando baños de sol, mi pareja era el que me sacaba a que tomara baños de sol, me sostenía él en la regadera para poderme bañar. Así que es cosa de no creerse lo bien que he salido últimamente.

Yo en la mañana me levanto, hago ejercicio, bebo agua natural y luego vengo y corto una penca de sábila que tengo ahí, y la pulpa me la trago; no sabe a nada. Eso siento que protege mi pancita, mi estómago; de ahí arreglo mi recámara, aseo mi patio, luego me preparo cuando tengo hambre un huevo, o un licuado; como no tolero la leche, tomo leche de soya nada más, una manzana, avena, granola cuando tengo, y ya luego viene el medicamento. Lo hago así para que mi estómago esté protegido, por eso no me ha afectado en nada. Yo padezco mucho del estómago, tomo el omeprazol porque me sale gratuito con el seguro [popular], la leche de magnesio también, siempre tengo a la mano. El medicamento puede hacerte mucho daño en el estómago, siempre tienes que protegerte para no sufrir del estómago, yo de eso es de lo que más padezco.

La experiencia adquirida por Gina a lo largo de su trayectoria de padecimiento le ha permitido desarrollar la capacidad y el interés para ayudar a otros sujetos que han sido infectados con el VIH, especialmente hombres y mujeres con escasos recursos económicos y políticos provenientes de comunidades rurales y jóvenes homo o transexuales o travestis, inmiscuidos en el trabajo sexual; sin embargo, su labor nunca ha estado supeditada al grupo de autoayuda del CAPASITS o del IMSS (aunque comentó que ha llegado a presentarse como integrante del primero), y ella misma afirma que desapueba los métodos de trabajo e intervención de dichos grupos y de otros como los de

Horacio y Alejandro, por lo que prefiere trabajar por su cuenta – aunque el apoyo que ella brinda, de carácter informal al no contar ella con recursos financieros y humanos para formar una asociación propia como Alejandro u Horacio, se limita a consejerías sobre el impacto de la notificación del resultado y la canalización al programa de atención gratuita del CAPASITS.

Gina cuenta con cierto capital político que le permite formular argumentos en defensa de las personas que viven con VIH, aunque no realiza actividades abiertamente dirigidas a la defensa de los derechos básicos de los usuarios de los servicios de salud del CAPASITS y también ha declinado participar como enlace para el Grupo Multisectorial, a pesar de que dice tener una relación cordial con Karime, quien como se ha indicado en otros apartados, acude de manera periódica a observar el funcionamiento operativo e infraestructural de los seis CAPASITS del estado de Veracruz.

Cuando yo llego al [Hospital] Regional, yo veo gente en esta misma situación, yo trato de apoyarlos, les digo “es que tienes que exigir, a ti Patricia [la trabajadora social] no te está haciendo ningún favor, ni Pedro ni Román, nadie; todo el medicamento que en farmacia nos están dando, todos los consultorios de estas instalaciones, todo eso lo estamos pagando tú y yo: cuando te compras una playera, pagas un impuesto y esos impuestos están pagando el salario de estas personas que están aquí, no te están haciendo un favor nadie.” Obviamente hay que saber pedir las cosas, pero si se ponen en un plan así de no querértelas dar, pues hay que tomar cartas en el asunto. Y me doy cuenta que viene gente a veces que tú te das cuenta que vienen de comunidades, y este es un proceso que cuando ingresas, es como si te quitaran una venda de los ojos desde el momento en que te dicen que estás infectado, entras en shock, y cuando llegas a que te den tu primer receta, dependiendo de tu carga viral en eso se basan los médicos para darnos un medicamento – ojalá todos tomáramos lo mismo, pero desgraciadamente no es así.

Yo a los que veo que llegan así, trato de orientarlos: “sabes qué, te vas a ir a la farmacia, vas a ir a gobierno,¹³¹ vas a ir por un sello, vas a volver a bajar a la farmacia, vas a ir a cajas” – porque es todo un proceso que hay que seguir; yo cuando voy al regional y veo gente que está así, les pregunto “¿es tu primera vez?”, entonces les indico todo ese caminito, porque a veces se dificulta y más si es gente que a veces pus creo que no saben ni hablar bien... estamos en una situación que no sé... como que falta humanizar a todo el personal. Conmigo son diferentes, pero porque ya saben con quién se están metiendo, yo llego y soy atendida, pero yo sé que no es así con todo el mundo, desgraciadamente. Yo pregunto, exijo que cada cinco meses se me practique mi carga viral y mi cd4 porque, bueno también entiendo a los médicos, somos tantos pacientes... antes a mí me permitían saber cuántos pacientes éramos [en el CAPASITS], la última estadística que me dieron ya éramos 450 personas.

En el grupo [de autoayuda] del CAPASITS yo nunca tuve ningún cargo, porque en el anterior grupo se me ha propuesto; yo ayudo por mi cuenta, por ejemplo: aquí en mi casa, yo cuando veo un paciente me comprometo a traerlo; por decir, que viene de comunidad, viene malo, mañana tiene que ir a que le hagan análisis, entonces yo les he dicho que cuando pase un caso así, aunque yo no esté le he dijo a Patricia “háblenme por teléfono, yo recojo a esta persona, una mala noche donde quiera se pasa; yo tengo un cuarto donde puede dormir, le voy a dar un último alimento en la tarde, y temprano me lo llevo yo al regional.” Es en lo que yo puedo apoyar porque productiva no soy, no laboro, yo me dedico a cuidar a mi mamá.

Se me ha propuesto para cargos [en el grupo de autoayuda], pero siempre se malinterpreta y siempre ha pasado que los tesoreros salen mal, desgraciadamente por eso el grupo se terminó. Y aquí en Poza Rica, la gente gay que tiene [VIH], ellos saben lo que yo hago para apoyar, entonces ellos me dicen “Gina fíjate que hay un caso así, esta persona...” yo voy a buscarlo. A veces la

¹³¹ El “gobierno” es como comúnmente usuarios de los servicios de salud y personal de atención a la salud se refieren al área directiva del hospital.

gente se muestra un poquito recelosa, yo no tengo ninguna credencial que me acredite con nada, yo les hablo con la verdad:

- *Mire, yo pertenezco a un grupo de autoayuda en el hospital regional; mi labor es buscar a la gente – yo no les digo directamente Sida porque se espantan – que tienen algún tipo de enfermedad terminal, una enfermedad grave, entonces yo los canalizo al hospital.*

Gina abordó la importancia de la consecución del seguro popular de manera permanente para los usuarios de los servicios de atención a la salud en el CAPASITS, lo cual indica que de hecho ese fue un logro conseguido por los propios pacientes y que la implementación del seguro popular para el suministro gratuito de los medicamentos antirretrovirales en el hospital regional fue motivada por la presión de éstos, a pesar de que el personal de salud del hospital nunca reconoció este hecho.

El seguro popular es otra ventaja por la que hemos luchado, ese beneficio también ya lo tenemos; porque también el seguro popular no puedes estar esperando a que llegue, aquí creo que llega cada año, entonces se consiguió para que las personas con VIH, al momento de ser confirmada su... o sea, que efectivamente están infectados, el seguro popular automáticamente ya lo tienen, nada más es ir al módulo a tramitarlo. Ese es un gran paso que se da, porque muchas personas llegan sin nada... es más, me ha tocado ver a personas que no cuentan ni con credencial de elector, o sea hay situaciones así...

La consecución de la atención médica gratuita por parte de organizaciones y frentes de personas viviendo con VIH ha sido documentada ampliamente por diversos autores y medios de comunicación impresos y electrónicos; la deficiente atención brindada a estas personas por el IMSS e ISSSTE, y el hecho de que sólo han de proporcionarla a sus afiliados, propició una gran movilización de dichos grupos y frentes a mediados de la década de 2000, quienes denunciaban que en 2001 sólo el 3% de la población viviendo con VIH en México tenía acceso gratuito a los medicamentos. Esto provocó la desafiliación de casi 2 mil usuarios del IMSS

debido al desabasto de medicamentos para atenderlos y su eventual absorción por parte de la SSA (Menéndez y Di Pardo, 2009:236-237), lo cual ha formado parte del proceso de creación del CAPASITS como centro especializado de atención a personas viviendo con VIH del sector salud.

Ahora la mesa está servida, ahorita nada más es de llegar, como yo voy al centro a repartir condones, voy donde viven unas chicas que se prostituyen, y a veces veo a alguna que ya está así [infectada], hace poco una chamaquilla, muy jovencita, yo le digo chamaquilla porque está arreglada como mujer pero es varón, tiene 17 años, la llevé a hacerse la prueba, salió positiva, se pone a llorar... yo entiendo que se sienta mal, platiqué con ella: “pues mira hija, ahorita la mesa está servida... ustedes están en la gloria; yo cuando empecé, yo tenía que comprar mi medicamento.” Porque se compraba en aquel entonces, no había lo que hay ahora, ahora tenemos un CAPASITS, que aquí en la zona norte del estado es no el mejor sino el único... no estamos saturados de pacientes, hay medicamento siempre, se abastece suficiente y nunca nos ha faltado el medicamento.

Yo en Veracruz, en Xalapa en el Multisectorial, tengo una amiga que se llama Karime, que ella nos asesora también, tengo contacto con ella, a mí me ha dicho “mira yo confío mucho en ti; cuando haya cualquiera anomalía que tú veas, háblame a Xalapa y yo vengo inmediatamente”, de hecho me ha invitado a Xalapa a que vaya a seminarios con ella; aquí como que soy su intermediaria, pero ella es un poquito, digamos, fuerte: habla fuerte, y no pide sino que quita. Entonces yo a veces hay cosas que me callo para no entrar en polémica. Pero hay otras cosas que, por ejemplo hace un par de meses hubo falta de Kaletra, que es un medicamento que la mayoría tomamos; sí le hablé para decirle, “Karime, sabes qué pasa esto.” Y vino y arregló el problema. Es una persona que lucha mucho, ella sí se dedica al cien por ciento pero en Xalapa. Entonces yo tengo sus teléfonos de ella para avisarle si pasa algo, además yo sé que cuento con su apoyo.

Yo pienso que a lo mejor esas personas que ayudo, mañana no me van a ayudar a mí; pero... el de allá arriba va a poner alguien en mi camino que me va a

ayudar, que tal vez va a estar ahí al final de la jugada. A lo mejo a mi madre ya no la tenga porque seguido se pone malita, pero alguien tiene que ayudarme pienso yo, por lo que yo también he hecho. Eso me gusta pensar, y ojalá no me equivoque. Yo tengo una amiga, está muy bonita, anda taloneando en la calle, chamaca de 24 años. Yo la llevé muy mala de tuberculosis, le dije

- *Te voy a presentar a Adriana, la directora del centro de salud de aquí de [la colonia] Anáhuac, te voy a presentar al doctor Vázquez, a la doctora Emma la psicóloga que estaba antes [en el CAPASITS]; toda esa gente es importante que la tengas como amistad porque te va a ayudar. Yo ya estoy grande, un día tú vas a estar en mi lugar, alguien que se haga escuchar.*

Gina reitera su postura marginal ante las organizaciones como la de Horacio, en las que dice, ha habido malos manejos logísticos y organizacionales que la han desalentado de tener una participación más activa en el grupo de autoayuda del CAPASITS, pero además apunta un hecho ya documentado por autores como Rosa María Lara (2006): la discriminación de que en ocasiones son objeto las mujeres transexuales por parte de hombres homosexuales. Ella plantea esa discriminación en términos de género, al afirmar que aún dentro del ambiente gay, los hombres pueden comportarse de forma impositiva ante las que son como ella.

Ha habido ocasiones en que hasta en grupos de gays, yo he sentido que no me quieren a mí; que quieren hacerme a un lado. Es que aún dentro del mismo gremio gay los hombres son diferentes, y como que no sé qué sienten al verme... pero de todas formas yo me muevo, hablo y ando para aquí y para allá cuando veo que se necesita algo, no me importa si ellos no me quieren incluir. Hay otro muchacho ahí en el regional que se llama Horacio, y otro que se llama Jorge, ellos me han propuesto que sea presidenta del grupo pero yo me mantengo al margen. La otra vez me hablaron para hacer una entrevista en televisión, para Veracruz; fui, me empezaron a entrar llamadas, de ellos, luego de la entrevista, que querían mi número de cuenta para hacer depósitos; pero yo no me presto a eso. Yo sí

tengo un número de cuenta al que pudieran hacer donativos, pero no, para eso pueden hacerlo en efectivo y en especie en el CAPASITS directamente, ahí preguntan por Patricia la trabajadora social o quien esté ahí para recibir el apoyo. Yo no me presto a eso, y por eso no he querido aceptar ningún puesto, no me interesa... Yo cuando traigo pacientes no le ando platicando a nadie, ni ando diciendo lo que tuve que gastar, porque si tengo y puedo lo hago, y si no pues ni modo, al menos trato de orientarlos. Ese es mi modo de ayudar.

Jorge y Horacio han andado en una grilla que uno con otro no se pueden ver, y que “voy a formar mi grupo” y que “yo voy a formar mi grupo”... pues ¡que formen los grupos que quieran! A mí eso no... Ahora se está haciendo otro grupo en el CAPASITS pero yo ya me alejé; sigo teniendo contacto con la gente que está desde hace cuatro años cuando se formó el grupo anterior, los que quieran platicar conmigo son bienvenidos; pero hace falta un grupo fuerte, que no empiecen a pedir dinero y a quedárselo, que “vamos a rifar esto y aquello para un enfermo que está en el reclusorio”... esas cosas no van conmigo.

Yo le digo a Román

- Cuando veas un caso que viene muy malo un paciente y que ya no alcanzó laboratorio ese día, entonces háblame a la casa, yo voy a recogerlo, tendrá un techo donde pasar la noche, y al otro día tempranito me lo llevo a que le hagan sus análisis.

Eso es todo lo que puedo hacer. Román sabe y sí me habla; sea hombre, sea mujer, el chiste es ayudarlos. Y pues eso hago nada más, y con eso yo me siento bien.

Gina ha continuado trabajando por su cuenta, tratando de ayudar a las personas que ella considera en riesgo de infectarse o que sospecha que se han infectado: no sólo acude al CAPASITS sino que frecuenta los sitios de encuentro homosexual como la plaza cívica de la ciudad, la plaza de Garibaldi o los lugares habituales de trabajo sexual como la avenida Constitución. A pesar de la buena intención de sus esfuerzos y de su experiencia y capital político, ella no cuenta con

demasiados recursos para realizar estas labores sino de manera ocasional. La constante ansiedad que supone para ella la complejidad del protocolo fenotípico de medicamento antirretroviral del que depende para mantenerse, y la posibilidad de tener que buscar una nueva combinación de medicamentos en el mediano plazo, la aquejan y la abruman.

Dejé la casa de *Gina* impresionado por la historia que ella me había contado, la historia de su vida, pero también por su gentileza, por su valentía y por su disposición a participar en la entrevista, la cual se extendió durante más de cinco horas. A lo largo de la entrevista fui convidado con comida casera sencilla y agua fresca; observé el árbol de neem que ella cuida con esmero y que le ha sido de gran ayuda para el sostenimiento de su estado de salud; observé las fotografías que ella ha publicado en los anuncios y revistas posando desnuda o semidesnuda, conocí a su enorme perro Rottweiler y su estanque lleno de peces y tortugas, y fui invitado a volver pronto.

La condición de transexualidad de *Gina* claramente ha delimitado las características de su vida laboral, de su incursión en la participación social y de su trayectoria de padecimiento y atención; pese a las numerosas vicisitudes en su carrera laboral y migrante, ésta fue exitosa y le retribuyó en la consecución de una condición socioeconómica lo suficientemente desahogada como para poder vivir con relativas comodidades en una zona de clase media de la ciudad de Poza Rica, hacerse cargo de su madre e inclusive proveer de apoyo económico ocasional a otros miembros de su familia (hermanos y sobrinos). Ella se desenvuelve como un paciente informado y capitalizado políticamente, con una visión relativamente crítica de las estructuras de poder y de la calidad de la atención médica existentes en el CAPASITS, y de las relaciones causales entre la migración, la vulnerabilidad económica y social y la infección por VIH, pero con una notable tendencia a ayudar a aquellos pacientes con quienes se identifica más de acuerdo a su propia vivencia de padecimiento, manifestando así su propia postura con respecto a la vulnerabilidad ante el VIH (los trabajadores sexuales masculinos jóvenes, travestis o transexuales, y los hombres que tienen sexo con otros hombres).

ANÁLISIS FINAL Y CONCLUSIONES

Al ser en enfoque relacional el argumento teórico principal de este trabajo de investigación, la pormenorización de dicho enfoque debe ser clara con respecto a los casos estudiados. A lo largo de las narrativas de los pacientes el autor ha procurado destacar algunos aspectos de considerable relevancia, relacionados con el riesgo y la vulnerabilidad ante el VIH-Sida, con la migración laboral y las condiciones de riesgo y vulnerabilidad existentes a lo largo del proceso de movilidad así como también con las trayectorias de padecimiento; pero ¿cómo se entienden estos procesos en el contexto relacional de los actores sociales, instituciones, representaciones y prácticas estudiados? Y ¿cómo se comprende la relación entre migración y VIH-Sida en la realidad particular observada en este trabajo, en función de la perspectiva relacional?

En primer lugar, es necesario considerar a los sujetos que protagonizaron esta investigación como actores sociales, y por lo tanto, plantear sus trayectorias como un producto del establecimiento de una gran diversidad de relaciones y redes de relaciones, las cuales contribuyen a la construcción del propio sujeto como migrante y como persona viviendo con VIH – una construcción inacabada, que se continúa sucediendo en el quehacer cotidiano del propio sujeto y de aquellos con quienes tiende y sostiene esas redes, e incluso también con quienes esos lazos se han disuelto pero siguen repercutiendo en las formas en que estos hombres y mujeres se desenvuelven a lo largo de sus trayectorias de vida.

En segunda instancia, debe arrojar suficiente luz sobre las estructuras de relaciones que se establecen por medio de las representaciones sociales de estos sujetos con respecto a la sucesión de procesos migratorios y clínicos; en otras palabras, cómo sus maneras de representar sus experiencias de migración y de padecimiento relacionan ambos fenómenos, así como también cómo se sirven de las representaciones que elaboran para explicar sus relaciones con diversos aspectos del proceso de padecimiento: el personal médico, la calidad de la atención, el medicamento antirretroviral, otras estrategias curativas y su propia aprobación o desaprobación de las mismas.

Es preciso reconocer también, claro está, las maneras en que esas relaciones entre actores, instituciones, procesos y representaciones se plantean en términos de desigualdades y diferencias, y de qué modo éstas son significativas y repercuten en la construcción social, cultural, económica e inclusive política de estos sujetos (y con ellos, de sus entornos sociales).

En el caso de Marcos, él inició su trayectoria de migración debido a contar con el apoyo y hasta el arengo de una de sus hermanas mayores, quien ya residía en la ciudad de Reynosa con otra hermana suya y que constituyeron ambas para él no sólo uno de los incentivos para partir de Gutiérrez Zamora, sino para lograr establecerse y para poder incursionar en el campo laboral de destino, al no contar con experiencia laboral o suficientes estudios que le permitieran aspirar a conseguir empleo por su cuenta en el ramo de la industria maquiladora.

El otro factor detonante de su iniciación como migrante, no obstante, no fue de índole laboral, pero quizá tuvo la misma fuerza que el interés por encontrar empleo: trasladarse a un ambiente social favorable para el ejercicio más libre de su homosexualidad, algo que él percibía como imposible de llevar a cabo en su lugar de origen debido a una variedad de circunstancias (el recato percibido en la pequeña población en comparación con una ciudad grande, la necesidad de mantener su vida sexual al margen del conocimiento de su entorno familiar e incluso el abuso sexual sufrido cuando era muy joven). Su representación de la ciudad de Reynosa como una ciudad más grande y por lo tanto, “más liberal” (también por hallarse en la frontera), le condujo a una actividad sexual más intensa pero también a comportamientos sexuales más riesgosos, consintiendo contactos sexuales desprotegidos de manera ocasional – y en esto último una representación empleada frecuentemente en el contexto de los encuentros sexuales entre varones homosexuales: la apariencia física como homologación a su estado de salud:

A veces yo presentía algo de esa persona y le decía ‘póntelo’, o ‘me lo voy a poner’, [...] como que yo presentía algo, no sé, a veces ves a las personas, y a

veces sale peor que lo que menos te lo esperas; pero a veces uno se deja mucho llevar por las apariencias.

Además de que, con recurso a la permisividad del contacto desprotegido, Marcos también buscaba evitar la desaprobación social o afectiva de sus parejas sexuales:

[...] a veces por ejemplo un chavo me gustaba, y yo sentía que esa persona se estaba aprovechando pero como esa persona me gustaba, pues yo cedía.

Por su parte, Juan Carlos tuvo en la proposición de una amiga suya que radicaba en la ciudad de Tijuana, la posibilidad de iniciar su trayectoria de migración, pero la misma fue detonada por la existencia de la relación violenta con su padre y con las autoridades escolares de la secundaria que le orillaron a abandonar su casa y sus estudios. La fuerte estigmatización vivida hacia su condición homosexual en el contexto socioespacial restrictivo de su natal Álamo, de forma parecida a como ocurrió con Marcos, le hizo percibir su destinos migratorios (sobre todo las ciudades californianas donde trabajó) como lugares “libres de discriminación” hacia los hombres homosexuales, y por lo tanto como lugares apropiados para un ejercicio más libre de su sexualidad:

[...] en Estados Unidos [...] es otro mundo, no hay discriminación, nadie te voltea a ver al otro lado...

De manera paradójica, la experiencia estadounidense eventualmente sería para Juan Carlos una en la que predominaría la discriminación racial y de clase y que constituiría por ello una de las causas de su ruptura con la migración laboral internacional:

[...] como en el 95 ya se puso más feo, ya empezó a haber problemas y todo eso, ya leyes y todo [...] Cuando entró la ley 187 fue en el 95, ¡fue todo un caos! [...] empezó a haber más el racismo a los hispanos.

En el caso de Santiago, también fueron las relaciones de parentesco las que motivaron el inicio de su trayectoria migratoria, pero él tuvo una violenta

iniciación en la migración laboral al ser llevado fuera de casa por un primo suyo que lo forzó al trabajo – y al trabajo sexual – siendo menor de edad; mediante el establecimiento de relaciones con extraños logró estrategias de sobrevivencia en su dura etapa vital como migrante menor de edad, particularmente con mujeres:

[...] yo andaba en chanclitas y la ropa que me ponía era la ropa que me regalaban las meseras...

Y posteriormente:

[...] unas muchachas que vendían tortas, me ofrecieron trabajo ellas. Yo me quedaba en la calle, me iba a quedar en la central del norte a veces porque no tenía a dónde. Ya a las señoras les caí bien, [...] hasta me daban tortas las muchachas, [...] y ya empecé a trabajar con ellas.

Una relación sentimental de Santiago, que él dio por terminada al ausentarse su pareja por un tiempo muy prolongado, sirvió de motivación a su incursión definitiva como un hombre adulto en el trabajo sexual clandestino, que a su vez lo acercó a la infección por VIH. Por otro lado, Santiago fue el único de todos los casos incluidos en el estudio que realizó rutas de migración laboral ya sabiéndose seropositivo.

De forma significativa, las relaciones que los tres sostuvieron con parejas, familiares e instituciones de diversos tipos (laborales, educativas, legislativas) y que fueron determinantes para el arranque de sus carreras migratorias, los colocaron a ellos en posiciones desventajosas, en las que enfrentaron constantemente situaciones de desigualdad de género,¹³² de clase e inclusive de

¹³² Las relaciones de género, entendidas como constructos sociales, pueden tener una connotación de desigualdades no sólo *inter* sino *intra* genéricas, es decir, entre hombres y mujeres pero también entre sujetos del mismo sexo; Will Courtenay (2000) propone que esas construcciones sociales implican relaciones de hegemonía y subalternidad entre hombres y mujeres que parten de referencias estereotípicas de comportamiento y roles sociales, pero también implican la hegemonía de determinadas formas de masculinidad con respecto a otras, de manera que aquellos sujetos adscritos a masculinidades marginadas de los estereotipos masculinos más deseables – los cuales pueden ser referidos además, a diferencias de índole étnica y racial, de clase u otras – dentro de un conjunto social, recurren a la manifestación y el ejercicio de su masculinidad reproduciendo a su vez estructuras de poder con respecto a otros sujetos subalternos; esta propuesta es útil para comprender por ejemplo, la marginación de clase que Marcos padecía por parte de otros sujetos homosexuales:

índole étnica (en el caso de Juan Carlos), por cuanto hacía a sus diferencias como sujetos homosexuales y como sujetos migrantes en entornos socioculturales y socioespaciales mucho mayores que las localidades norveracruzanas de donde ellos procedían. Implícita en la ocurrencia de sus desplazamientos queda entonces la hegemonía de los grandes espacios urbanos de destino por sobre las pequeñas localidades semiurbanas o suburbanas de origen, al haber sido vividas y representadas las primeras como fuentes de oportunidades, de trabajo y de libertad en los casos de Marcos y Juan Carlos.

En lo que respecta a las mujeres entrevistadas, las condicionantes de género en el contexto de sus relaciones matrimoniales también fueron factores determinantes en la consecución de la infección por VIH, al generar para ellas situaciones desventajosas y de desigualdad, sobre todo en la interacción sexual con sus maridos, migrantes de regreso. Ello queda bien ilustrado mediante la frase de Remedios que sirvió para caracterizar el apartado correspondiente a los casos de ella y de Diana en el cuarto capítulo:

¿Qué vas a pensar tú que viene del otro lado, y que anduvo por allá...? Y pues no te cuidas, porque es tu pareja.

Mientras que Diana aportó también una perspectiva de género en la que las mujeres tienen una limitada capacidad para tomar decisiones en el terreno sexual-marital, pero también ven limitado su acceso a la información preventiva, insinuando por lo tanto (y dicha insinuación ciertamente, resulta bastante acertada) que esa información permanece dentro del ámbito clínico y salubrista y poca o muy poca de la misma se encuentra disponible o es reconocible en otros espacios, como el doméstico o el laboral:

Yo creo que a veces los hombres, por buscar tener placer se podría decir [...] se van al libertinaje, a la diversión... tienen relaciones con otras mujeres. [...]

“[Hay] burlas, críticas, ‘ay mira cómo se viste’, ‘ay es un naquito’ o sea hay mucho en ese ambiente, es un ambiente muy de frivolidad; la mayoría de los gays [...] quieren verse bien, la mayoría quieren vestirse bien, o sea la mayoría quieren gustar, ser atractivos, llamar la atención. Entonces pues por lo mismo hay mucha frivolidad y eso te lleva a criticar, te lleva a hacer sentir mal a los otros, a quererte sentir más guapo o más guapa que la otra...”

Y ahí pueden correr mucho riesgo, llegan a sus hogares, por lo regular la esposa está siempre en casa, a veces no tiene tiempo de tener información de nada... ya llega el esposo, pues quiere tener relaciones con ella... y a veces él sin saberlo, va y le hace daño a su esposa.

Para *Gina*, al igual que para los otros cinco informantes, su iniciación en la migración estuvo caracterizada por detonantes sociales y familiares: el temor acendrado a la estigmatización de su sexualidad por parte de su padre y la amenaza potencial de ser ingresado en una escuela militar le hizo ingresar en el colegio eclesiástico, pero luego las dinámicas sexuales abusivas por parte de sacerdotes la persuadieron a abandonarlo para ingresar posteriormente y como única alternativa reconocible por ella, al trabajo sexual y con ello al comienzo de un largo proceso de transformación identitaria transgénica. Sus relaciones profesionales, sexuales y afectivas con varones (y también sus contactos con instituciones médicas) han signado el rumbo de una trayectoria vital como un sujeto subalterno; de forma parecida a los hombres entrevistados, la estructura representacional de los lugares de destino está marcada por la hegemonía y preponderancia de grandes centros urbanos tanto en México como en Estados Unidos por sobre la estrechez tanto territorial como especialmente en la ideología acerca de la diversidad sexual y el trabajo sexual, señalada por ella como característica de su lugar de origen.

Una buena cantidad de representaciones sociales de estos pacientes estuvieron dirigidas hacia la relación entre el VIH-Sida y la migración, no sólo en sus propias experiencias de migración y padecimiento, sino en el conjunto de ideas que formularon para ejemplificar la importancia o no, de dicha relación en cuanto al riesgo y la vulnerabilidad ante la transmisión del virus; recorridos peligrosos, tratos discriminatorios e incluso violentos, dificultades para conseguir o conservar empleos, vivencias sexuales o afectivas dolorosas y con consecuencias graves a su salud, involucramientos con la alcoholización o el consumo de drogas, y desde luego la propia adquisición del virus del sida incidieron en ellos para caracterizar sus historias de migración de formas negativas y acaso improbables

de ser repetidas por las diversas dificultades con que han sido vividas en el pasado pero también por la incertidumbre que supondría para ellos migrar como personas viviendo con VIH, lejos del apoyo familiar difícilmente conseguido (y en algunos casos aún grandemente faltante) y lejos además, de la disponibilidad y gratuidad del medicamento en el CAPASITS de Poza Rica. Claras a este respecto son las palabras de Santiago:

No [volvería a irme] porque es andar de aquí para allá nada más: no puedes establecerte en ningún lado, porque ahorita aquí ya me establecí, ya no me iría por porque aquí estoy con mi mamá nada más, dependemos los dos de cada quien [...] entonces al irme yo, la dejo sola a ella; al irme yo [...] desatiendo mi tratamiento, ¡desatiendo todo! El tratamiento además en otro lado no me lo van a dar.

La terminación de sus carreras como migrantes ha significado para varios de ellos, la renuncia definitiva a una estrategia económica que, si bien no fue del todo exitosa para muchos de ellos, supuso una ampliación del espectro de opciones laborales en contraste con su actual restricción al empleo marginal o el subempleo prevaleciente en la región norte del estado de Veracruz, y mejores ingresos que los disponibles en esta zona en las mismas actividades a las que se dedicaron en los lugares de destino (incluyendo el trabajo sexual en los casos de Santiago y Gina). Esto cobra especial significancia al tomar en cuenta el nivel educativo bajo o muy bajo de todos los pacientes entrevistados, lo cual les impide aspirar a empleos suficientemente remunerados en esta zona – sobre todo en Poza Rica y Tuxpan, donde las oportunidades laborales más lucrativas yacen casi exclusivamente en la industria petrolera demandante de mano de obra altamente calificada, y que al mismo tiempo cuentan con una pobre oferta laboral en general pese a ser los centros urbanos más importantes a nivel regional.

En todos los casos, las redes sociales de apoyo familiar han sido cruciales para la consecución de recursos tanto monetarios y materiales como sociales en el ocaso de sus carreras migratorias o tras la terminación de las mismas, lo cual les permite enfrentar su vulnerabilidad económica; pero frecuentemente también

se constituyen ellos mismos como agentes en el establecimiento de redes de apoyo para otros miembros de sus familias. Gracias a su madre y hermanos, Marcos logró poner un negocio propio de alimentos y licuados, del cual obtiene la mayoría de sus ingresos – mismos que le permiten incluso apoyar a sus hermanas más jóvenes y sus sobrinas, mientras que Juan Carlos logró restablecer las relaciones familiares antes fuertemente conflictivas con su padre y es por ello que pudo volver a casa tras dar por terminada su experiencia como trabajador migrante en Tijuana y en territorio californiano. Santiago tiene en su madre el principal sostén de su vida, se han servido mutuamente como compañeros de trabajo y los esfuerzos de ambos les retribuyeron en la casa de reubicación de la colonia Renacimiento, con lo que ellos a su vez han sido el soporte para los hermanos y sobrinos. A pesar del alejamiento de sus hermanos, *Gina* proporciona apoyo económico ocasional a sus sobrinos y cuenta con suficientes ahorros como para sostener a su madre.

Remedios y Diana han sido el inicio de las redes sociales de apoyo al padecimiento de sus maridos, y Diana y su familia asistieron médica, material y moralmente a su marido hasta la muerte de éste. Ellas constituyen además, la piedra angular para la inclusión de información preventiva sobre la infección por VIH frente a sus familias, especialmente frente a sus hijos; de esta manera, se convierten en el enlace que distribuye al ámbito doméstico esa información desde el ámbito clínico, haciendo las veces, como agentes, de promotores de la salud reproductiva y sexual de sus grupos familiares. Hay que reiterar, que las mujeres son las principales destinatarias de la información preventiva disponible en los centros de salud y también en las clínicas y hospitales de segundo nivel,¹³³ y por lo tanto, son ellas quienes tienen mayores posibilidades de compartir esa información en el seno de sus hogares; además, ello se conjuga con el hecho de

¹³³ Un ejemplo de ello pude observarlo de cerca en el hospital regional de Poza Rica: Patricia, la trabajadora social del CAPASITS, realizaba una vez por semana una breve presentación con textos e imágenes en rotafolio sobre generalidades del VIH-Sida y otras infecciones de transmisión sexual, tales como principales formas de transmisión, principales métodos de prevención y los servicios proporcionados por el CAPASITS para personas viviendo con VIH; tras la plática, ella repartía tiras de condones entre su pequeña audiencia, conformada en su gran mayoría por mujeres debido a que esta plática informativa era realizada invariablemente frente a la sala de espera del área de maternidad, ginecología y ginecología y ginecología.

que las personas viviendo con VIH, a condición de su propia experiencia, suelen convertirse en pacientes informados cuyos conocimientos son de gran utilidad para quienes no conocen el padecimiento y permiten a las personas viviendo con VIH disminuir la estigmatización hacia el padecimiento entre los miembros de sus familias y algunos miembros de sus comunidades con quienes sostienen relaciones de amistad, compadrazgo o simplemente de buena vecindad.

Al adquirir la infección, todos los informantes afirman haber sido auxiliados por familiares y amigos cercanos o parejas para allegarse el apoyo médico que proporciona el CAPASITS, y en algunos casos también fueron canalizados por el personal de atención a la salud que realizó su diagnóstico en las localidades donde residían o donde trabajaban. El apoyo de esos mismos miembros del grupo familiar o del entorno social-afectivo continuó después de la etapa diagnóstica y durante la etapa clínica, en algunos casos como el de Marcos, sus hermanos han seguido acompañándolo a las consultas cuando ha estado demasiado débil para asistir él solo y le han brindado apoyo moral con respecto a sus constantes interrupciones del tratamiento antirretroviral. En el caso de Santiago, la experiencia clínica como enfermera y asistente médica de su madre representa un gran beneficio para él, pues puede confiar la autoatención informada y precisa al miembro de su familia que le es más cercano.

Como se ha señalado en un capítulo anterior, la cercanía y el acompañamiento de los familiares y parejas para estos pacientes es crucial pues de esa manera no enfrentan solos el difícil proceso de consultas y medicaciones; además, la presencia de los familiares en el consultorio médico aumenta directamente la cantidad de miembros del grupo familiar que conocen de cerca el proceso de padecimiento y atención en VIH-Sida tanto en la perspectiva del paciente como del médico. La relevancia que la cercanía o lejanía del grupo familiar con los entrevistados quedó de manifiesto inclusive desde el principio de los procesos narrados por ellos, al identificarse claramente en algunos casos como el de Marcos y el de Juan Carlos como un factor que influyó en la consecución de la infección: el hecho de que, por ejemplo, ellos dos hayan tenido

como uno de sus principales motivos para emigrar el alejamiento del entorno familiar que les permitiría ejercer su sexualidad no convencional con mucha mayor libertad, también los privó de poder recurrir a sus padres o hermanos mayores para adquirir de ellos cualquier tipo de apoyo u orientación con respecto al ejercicio seguro o responsable de la sexualidad, aunque en la mayoría de los casos esta opción no estaba disponible para ellos en los hogares, ya fuera debido al desconocimiento de los propios miembros de la familia acerca de cómo abordar ciertos aspectos de la sexualidad de sus hijos, o al rechazo hacia la sexualidad no convencional de éstos, que habría impedido cualquier comunicación al respecto. En ambos casos, como también en el de Santiago, la falta de capital cultural o educativo suficiente también fue determinante para mantenerse marginados de recursos informativos y prácticos esenciales para prevenir la infección, no así en el caso de *Gina* quien contrajo la infección por un episodio de gran violencia física y sexual en el que no pudo enarbolar ningún tipo de práctica preventiva, a pesar de conocer y manejar de manera cotidiana los condones como medios para la prevención de infecciones de transmisión sexual en su calidad de trabajadora sexual.

No obstante la importancia de contar con el apoyo y la solidaridad de al menos un miembro de la familia a lo largo del proceso de padecimiento, la gran mayoría de los pacientes acuden solos a sus consultas debido a una gran variedad de circunstancias, entre las que se pudo identificar recurriendo a la simple observación y con ayuda de los médicos tratantes, el desconocimiento de la propia familia del padecimiento del sujeto y el temor de éste a que aquéllos se enteren (muchos otros ocultaban su condición serológica de sus compañeros de escuela y de sus compañeros y jefes del trabajo); médicos y personal administrativo han referido constantemente los casos de pacientes que ocultan el medicamento y evitan la ingesta del mismo a la vista de otros o bien, lo tiran a la basura para que no les sea descubierto en casa. Esto ha servido de justificación a los médicos y aun a los activistas sociales que frecuentan el CAPASITS, para representar a los pacientes constantemente como personas indolentes, egoístas y que de ser posible, no deberían tener derecho a ser atendidas en la clínica pues el

medicamento es costoso y su adquisición a nivel interinstitucional no es un asunto sencillo; de cualquier forma, esas representaciones de los “malos pacientes” no ayudan en nada a disminuir la desigualdad que prevalece en las relaciones entre médicos y pacientes, una desigualdad que se acentúa en un contexto en el que esas relaciones además se suceden entre personas “sanas” y personas “enfermas”, y entre personas empoderadas profesional e institucionalmente frente a personas subordinadas por su condición como pacientes.

Las relaciones que los pacientes establecen con su propio padecimiento, con la clínica y con el personal de atención que labora en ella tienen como elemento central el medicamento antirretroviral; sin embargo, lejos de tratarse de un elemento que sólo aporta beneficios, la terapia medicamentosa, de fuertes contenidos y que genera efectos colaterales desagradables para los pacientes, se constituye en una fuente de disputas: Marcos y Remedios, por ejemplo, refieren las grandes dificultades que ha implicado para ellos la ingesta de los antirretrovirales, en el caso del primero como un elemento permanentemente modificador de sus hábitos de vida, y en el caso de la segunda, ocasionándole un episodio alarmante de hospitalización debido a una ingesta desinformada. En el caso de Santiago, es pertinente recordar que ha abandonado el tratamiento recurrentemente o ha alternado su interrupción con eventos de alcoholización.

Estos hechos no son vistos por los médicos más que como “necesidades”, “ignorancia” o “valemadrismo” (como categóricamente el doctor Román refirió la aparente indolencia de algunos de los pacientes con respecto a la importancia de una ingesta puntual y constante del tratamiento); la visión médica de estos comportamientos y actitudes ante la terapia antirretroviral tampoco incluye una consideración suficiente de las proximidades de los pacientes a otros problemas de salud como la propia alcoholización, la diabetes, la depresión o los desórdenes alimenticios, incluyendo en éstos el arraigo sociocultural a ciertas prácticas alimentarias que no necesariamente son deseables para pacientes viviendo con VIH-sida, como la ingesta de refrescos, alcohol o cigarrillos. El doctor Pedro emitió una declaración que de hecho no plantea la depresión (un trastorno

comprensiblemente frecuente en personas viviendo con VIH) como un problema de salud que requiere atención médica específica, sino como una actitud que debe ser cambiada por el propio paciente:

Más que nada yo creo, es convencerlos; convencerlos de llevar el tratamiento correctamente, de no abandonarlo, el convencerlos de que no... digamos, de que no dejen ni un solo momento de tomarlo, porque sí hay consecuencias aunque ellos no lo sientan; eso es a veces, lo que creo que hay que estar fregándolos a cada rato, están deprimidos pues ya lo sé, ya sé que están deprimidos, pero pues hay que buscarle, ¿no?

Las declaraciones del doctor Pedro también hacen surgir otros cuestionamientos, como el hecho de que se enfatice en la necesidad de una ingesta constante y puntual del medicamento sin problematizar las causas por las que dicha ingesta ideal no ocurre; y por otro lado, la presuposición de que los pacientes “no sienten” las consecuencias de la interrupción del tratamiento: los pacientes no sólo sienten las consecuencias de dicha interrupción en la forma de una mayor proclividad a padecer por infecciones intercurrentes u oportunistas, sino también sienten y resienten las consecuencias de la propia medicación: mareos, náuseas, pérdida de sueño y apetito, sensaciones de taquicardia...

En el ámbito de las relaciones entre médicos y pacientes en el CAPASITS, por lo tanto, las mismas presentan una fuerte estructura de jerarquizaciones en las que los médicos ocupan una posición hegemónica con respecto a los pacientes, y en la que además éstos asumen una postura subalterna normalizada sin percibir en forma negativa los procedimientos del médico, lo cual no es nada nuevo; Eduardo Menéndez (citado en Campos, 1994) ha destacado un grado grande de normalización de la relación de dominación por parte del médico hacia el paciente, al agregar que las normas de conducta aceptadas socialmente que rigen dicha relación confieren al médico la posibilidad de dirigirse al paciente en una variedad de formas: agresiva, despectiva, paternalista, imperativa, condescendiente o empática, pero en cambio el paciente no puede dirigirse hacia el médico más que en forma de “paciente”, es decir, indicando sus malestares, acatando indicaciones

o apegándose a los tratamientos dictados – o bien, alejándose de los no prescritos por aquél (aunque ambos médicos se mostraron interesados en los efectos sorprendentemente favorables de algunas técnicas herbolarias empleadas por algunos pacientes, como *Gina*).¹³⁴

Sin embargo, y de manera llamativa, los pacientes sí efectúan juicios valorativos sobre las actuaciones de ambos médicos, y varios de ellos, incluyendo a Santiago, Marcos y Diana, han manifestado su aprobación acerca de los “regaños” del doctor Pedro – que en el caso de Santiago llegaron a traducirse en amenazas de expulsión del programa de suministro gratuito de medicamentos – al considerarlos como necesarios ya que muchas veces los pacientes no entienden las razones planteadas por él, y se desapegan de la terapia sin justificación, pero al mismo tiempo rechazan los procedimientos del doctor Román, al tacharlo de indiferente, poco involucrado y hasta petulante (*Gina* en cambio, tiene una relación muy buena con Román y le prefiere como médico); en palabras de Santiago:

Yo [...] no le tengo confianza, como que veo que no... Una vez me trató; que no estaba el doctor Pedro, pero no me gustaron sus modos. No sé, lo siento muy seco, como que está ahí a la fuerza... o sea, no tiene el entusiasmo que le veo yo al doctor Pedro, que se preocupa por uno, te revisa y te pregunta, o sea, cómo te diré, tiene carácter para tratar al paciente. Y al otro lo veo como muy déspota, muy seco... siento que no es un buen doctor. Porque yo veo a Nelson, un muchacho que conocí ahí en el CAPASIT, y no le veo mejoría... como que le

¹³⁴ No obstante la gran relevancia que las representaciones sociales del personal de salud del CAPASITS han tenido para aproximarse a la comprensión de las dinámicas relacionales imperantes entre médicos y pacientes en el contexto específico estudiado, las mismas tuvieron una importancia mucho menor para los intereses de investigación originalmente planteados y durante el desarrollo de toda la investigación, la cual tuvo como actores sociales centrales a los hombres y mujeres viviendo con VIH entrevistados y sus propias representaciones sociales sobre los procesos de migración y padecimiento.

Es necesario aclarar este punto, aún después de que la revisión de la información agrupada en los capítulos anteriores y especialmente el cuarto lo haga evidente, pues una primera lectura del planteamiento general de la investigación y la inclusión de un cierto número de representaciones del personal de salud para los fines mencionados, podría conferir una relevancia equiparable a las estructuras representacionales de ambos conjuntos de actores sociales, cuando no es así; han sido las voces de los pacientes las que han “hecho hablar” a esta tesis, quizá no estableciendo un diálogo auténtico y prolongado con las voces de otros actores, cuyas voces no obstante han sido también recuperadas y hechas responder a aspectos relevantes de las extensas narrativas ofrecidas por aquéllos.

faltan vitaminas, y a él lo trata el otro doctor, y dice Nelson que no le receta vitaminas el otro doctor.

Los juicios valorativos de las personas atendidas con respecto a las formas de ser de los médicos, como se ve en esta afirmación de Santiago, permean en la forma en que perciben la calidad de la atención que proporcionan, si bien las subjetividades de los pacientes no son elementos que pesen en la decisión del personal administrativo de asignarlos a consulta con uno u otro doctor, aunque ellos manifiesten una preferencia particular a ser tratados por uno u otro, a pesar de la conveniencia práctica potencial que una buena relación médico-paciente supone con miras a la consecución de una mayor constancia y puntualidad en las consultas y una mejor adherencia al tratamiento antirretroviral.

Las condicionantes farmacológicas implicadas en el tratamiento de personas viviendo con VIH significan que el tratamiento antirretroviral es indispensable tanto para obtener un mejor estado de salud en el corto y mediano plazo, como para dar a los pacientes la oportunidad real de aspirar a una mayor sobrevivencia en el largo plazo; los beneficios que el medicamento trae a sus vidas son evidentes, y es comprensible que el tratamiento médico gire en torno a estos fármacos. Sin embargo, las personas que viven con VIH también son con gran frecuencia usuarios de una gran diversidad de terapias y estrategias curativas, pues por las características mismas del padecimiento, no sólo están infectados con el VIH: también y en consecuencia, están expuestos a una gran variedad de infecciones intercurrentes o infecciones oportunistas, de mayor o menor gravedad según el caso, y a dolencias o malestares comunes.

Por lo tanto, si bien es crucial que observen un apego total al tratamiento antirretroviral, éste no sólo no es el único producto curativo que requieren, sino que también recurren a otros y atribuyen una gran importancia a los mismos, un aspecto que suele estar excluido del discurso médico en torno a la atención a la salud que necesitan los pacientes del CAPASITS de Poza Rica. En otras palabras, no suele reconocérselos más que como “pacientes de sida” y se atribuye un peso específico inequitativo al tratamiento antirretroviral en relación con el resto de las

prácticas curativas que deben de seguir, además de que muchas de esas prácticas no son sugeridas por los médicos tratantes, sino que son un producto de la indagación y el conocimiento que los propios pacientes van adquiriendo en el transcurso de su carrera como tales. Además, la utilización y articulación de diversos sistemas curativos cobra una importancia mayor ante una perspectiva potencial o real de marginación de los servicios de atención en el ámbito hospitalario como la que, según el doctor Román, de cotidiano sufren los pacientes de esta clínica en diversas especialidades. Los ejemplos fueron contundentes en los casos de *Gina* y su uso del neem – articulado exitosamente al tratamiento antirretroviral, obteniendo la indetectabilidad de carga viral –, y de las estrategias de autoatención¹³⁵ seguidas por Diana y Remedios para curar los herpes zoster propios y de sus parejas, respectivamente, empleando autónomicamente remedios caseros y herbolarios como las fajas calientes y la hierba de zorrillo.

Un elemento de gran relevancia dentro de las estrategias de búsqueda de atención en algunos de estos pacientes, lo constituyó el acercamiento a las prácticas religiosas; porque de hecho, si bien es común que quienes padecen enfermedades crónico-degenerativas potencialmente fatales recurran como individuos y como grupos a la fe en articulación simbolizada con la eficacia de las terapias o medicamentos que utilizan, en varios de estos pacientes la fe religiosa constituyó para ellos una parte integral de la atención por cuanto hizo a la asignación de significados al respecto: Marcos por ejemplo, llegó a representar la homosexualidad como uno de los orígenes causales de su infección, y atribuyó al fortalecimiento espiritual obtenido como miembro activo de la iglesia adventista, ciertas características de “curación” en forma de su alejamiento de la

¹³⁵ Es pertinente destacar, con respecto a la presente utilización del término “autoatención”, que si bien suele estar referido a las prácticas curativas y terapéuticas ajenas a la medicina alopática, no excluyen otras prácticas propias de ésta. Menéndez (2003; 2009) propone que la biomedicina incluso es la principal promotora de la automedicación como práctica terapéutica comúnmente recurrida, a pesar de que los médicos suelen desaconsejar dicha actividad por considerarla “peligrosa” para la salud de los pacientes. En el ámbito de la atención al VIH-Sida, por ejemplo, los médicos contraíndican la autoatención en la forma de la utilización de remedios caseros o populares que ofrecen la cura al sida, pero en cambio recomiendan la utilización autónoma del condón como principal método individual de prevención de la infección por VIH, que constituye por sí misma una práctica de autoatención (Menéndez, 2009).

homosexualidad. En otras palabras, Marcos alberga la esperanza de que la fe le ayude a “curarse” de la homosexualidad, acaso considerando a su orientación sexual como un factor causal y también como un elemento integral de la patología de VIH-Sida que actualmente padece. Por su parte, Juan Carlos atribuye a un llamado de la Santa Muerte su decisión de terminar una estadía migratoria en Tijuana en la cual se involucró fuertemente en el consumo de alcohol y de drogas sintéticas, sucesivamente acudiendo a un médico, obteniendo un diagnóstico serológico positivo y recurriendo a los servicios de salud del CAPASITS que literalmente salvaron su vida, de esta manera articulando fuertemente los procesos de renovación de la fe religiosa y de integración en servicios de salud necesarios para él:

La Santa [...] cuando ella me empezó a ayudar fue que me sacó de muchos problemas; incluso cuando yo caí te digo, a la que le hablaba y le decía era a ella porque yo quedé inconsciente como dos días, del alcohol y las drogas que traía.

Para Juan Carlos, la integración en el culto a la Santa Muerte sin duda le funcionó también para tener una mayor cohesión con su familia e incluso con su padre, al compartir una identidad religiosa común:

[...] ahí en la casa [...] todos son devotos: mis hermanos, mi mamá, mi papá. Mi hermano que está en México también, bueno él hasta la trae tatuada en el pecho.

El grupo de autoayuda del CAPASITS es otro elemento de gran importancia y que no puede quedar fuera de consideración en este análisis, en buena parte porque además es otra asignatura pendiente para la clínica y para quienes la sostienen. La mayoría de los pacientes entrevistados constataron durante las entrevistas su participación en el grupo y sus puntos de vista con respecto a su funcionamiento, siendo particularmente elocuentes y explicativas las aportaciones de Diana y de Gina.

Diana había formado parte del primer grupo de autoayuda desde sus inicios aún antes de que se fundara el CAPASITS; por lo tanto, pudo explicarme el

proceso de formación y desintegración de dicho grupo durante sus primeros años, y las condiciones presentes para su reformación:

Los grupos que hemos tenido ahorita somos como cuatro grupos que estamos, el que hemos estado formando con [la psicóloga] Karla ya es el cuarto. El primero fue con Horacio, él duró aquí como dos años, o año y medio. Luego de él estuvo otro que se llama Javier creo... fue uno que estuvo con una psicóloga que estaba antes; luego estuvo un estilista que no me acuerdo cómo se llamaba, y ahorita con este ya es el cuarto que hay. Hacía mucho tiempo que ya no se retomaban aquí las reuniones por lo mismo que hubo mucha controversia, se dividió el grupo por problemas que hubo en tiempos pasados, hacíamos cooperaciones... el tesorero pasaba una canastita y recogía la cooperación para los compañeros que vinieran de lejos; y pus ahí quedó el dinero, que a veces decían que el dinero no se los daban a ellos, que se los quedaban... quién sabe. Incluso Horacio y ellos tomaban cursos. Entre todos apoyábamos también para traer cositas para rifarlas en el grupo: nos daban una lista de números, a veces de cinco, de diez números... nosotros las vendíamos con los familiares, claro. Y este, todo el dinero que dábamos se lo entregábamos al tesorero; a fin de cuentas, pues ahí quedó el dinero, nosotros no lo vimos. [...] Ese fue el problema que hubo, ahí se dividió y ya no quisieron trabajar. [Ese grupo] ya no llegó a ningún acuerdo, todo se desbarató y ya no se supo nada y después ya no vinieron. Ahora ya lo empezó de nuevo Karla.

Gina manifestó una postura muy crítica del manejo del grupo de autoayuda del CAPASITS hecho por Horacio, enfatizando igualmente en la poca transparencia con que eran tratados aun los más mínimos asuntos monetarios dentro del grupo, y ha preferido mantenerse al margen del mismo e incluso trabajar por su cuenta en el auxilio a personas infectadas de VIH para canalizarlos al tratamiento médico del CAPASITS:

Héctor, Javier, ellos me conocen, los conozco, me han propuesto que sea presidenta del grupo, yo me mantengo al margen. La otra vez me hablaron para hacer una entrevista en televisión en Veracruz, fui; me empezaron a hacer

llamadas, ellos, me dijeron que necesitaban mi número de cuenta para hacer depósitos, pero no, no me presto a eso. [...] Hace falta un grupo pero que esté fuerte, se formó este grupo de acá que me invitaron pero yo fui por curiosidad, sí llegué a ir... 'es que vamos a cooperar para esto' y empiezan a pedir dinero... 'vamos a rifar un cuadro para un enfermo que está en el reclusorio y que tiene VIH'. Y ¿por qué se va a rifar el cuadro...? O sea espérate... no se trata de eso.

El grupo de autoayuda es un elemento importante para las personas viviendo con VIH, ya que el mismo cumple funciones específicas de no poca valía: les confiere la posibilidad de participar de manera más activa en sus propios procesos de padecimiento, y también es un espacio de intercambio de información y de puntos de vista en el que pueden expresar ideas y sentimientos sobre determinados aspectos del padecimiento frente a otros sujetos “iguales” a ellos. Además, a pesar de depender para su coordinación del personal de salud que labora en el CAPASITS, depende de la iniciativa de los propios pacientes para mantenerse. El grupo de autoayuda se convierte así en un espacio de participación social en el que el componente esencial es precisamente la participación de los sujetos integrados en él, y constituye un elemento no biomédico relevante que es una parte real de la atención a la salud en los pacientes. Este escenario ideal de un grupo de autoapoyo es difícilmente conseguible, debido a que la participación social por lo general no representa para los médicos un asunto de utilidad práctica al no ser un asunto propiamente biomédico, y la autogestión como una vía posible para el mantenimiento y el funcionamiento de estos grupos suele ser excluida o soslayada en esquemas jerarquizados de la organización de la atención, como el del sector salud (Menéndez, 2009).

Esta tesis ha estado muy lejos de ser una investigación completa y concluyente, que aporte más respuestas y soluciones que nuevas preguntas y proposiciones; en este corto pero aleccionador camino recorrido por la antropología de la salud y la enfermedad, mirando con sus anteojeras teóricas y conceptuales la vastedad del problema de salud aquí abordado, esas nuevas

preguntas y propuestas abren las posibilidades para otras investigaciones, que con fortuna y trabajo serán más abundantes etnográfica y analíticamente; en otras palabras, podrán ser en forma, antropologías del VIH y la migración, un tema que en la antropología social aún ha sido poco investigado, pero cuya importancia no puede ser negada por cuanto cruzan con él una larga lista de factores sociales y culturales relevantes. Cabría plantear algunas de esas preguntas y proposiciones de forma preliminar en las postrimerías de este primer atisbo del autor a la migración, el VIH-Sida y la vulnerabilidad social:

- Si el VIH-Sida es la primera causa de morbilidad y una de las primeras causas de mortalidad en la comunidad de origen hispano en los Estados Unidos, ¿por qué no se halla entre los primeros puestos en cuanto a las prioridades de las estrategias de prevención a la salud de los migrantes de la Secretaría de Salud, o de ésta en labor conjunta con las autoridades mexicanas en materia migratoria?¹³⁶ ¿Qué lugar ocupa la salud sexual y la prevención del VIH para quienes planifican y proveen los servicios de salud y de emergencias para los migrantes, ubicados en las zonas de cruce fronterizo?
- Teniendo en cuenta ese mismo dato epidemiológico, ¿por qué no se incluye dentro del marco informativo proporcionado por las autoridades migratorias a los hombres y mujeres en tránsito, información elemental sobre uso correcto y constante de condón y otras estrategias preventivas ante la infección por VIH como un aspecto prioritario?
- ¿Qué medidas de prevención y atención a la salud específicos existen para los hombres y mujeres en situación de migración local, como los ofertantes de mano de obra en los complejos industriales y maquiladores del norte de México o en las centros urbanos de preponderancia regional?

¹³⁶ Otro ejemplo de esto se detectó en el folleto informativo del Programa Paisano, expedido por la Secretaría de Relaciones Exteriores, en el que en el apartado correspondiente a la salud se advierte sobre “prácticas sexuales inseguras” como uno de los riesgos comunes para las personas en tránsito, sin embargo, las recomendaciones generales para reducir los diversos riesgos a la salud considerados como los más usuales o importantes para las personas en tránsito no incluyen el uso de condón, ni mención alguna a prácticas sexuales seguras y responsables a lo largo de sus rutas, en sus lugares de destino y a su regreso.

- ¿Por qué los puestos de promoción a la salud sexual y reproductiva en clínicas y hospitales de lugares en los que existe movilidad y migración cuentan con tan poca información preventiva relativa al VIH-Sida y otras infecciones de transmisión sexual para los migrantes de ida y de retorno?¹³⁷
- Si los varones tienen una mayor proclividad a tener encuentros sexuales con parejas diferentes (de su mismo sexo, del sexo opuesto o ambos), comportan prácticas sexuales más riesgosas y de acuerdo a las evidencias estadísticas, continúan participando más de la infección por VIH que las mujeres, ¿por qué las campañas de información sobre salud sexual y reproductiva, y las pruebas rápidas están dirigidas mayormente (y en algunos casos, exclusivamente) a mujeres?¹³⁸ ¿Por qué el sector salud mexicano no impulsa un programa de prevención y atención que contemple a todos los grupos vulnerables, y no sólo a uno o dos de ellos?
- ¿Por qué no se enfatiza en la información preventiva ante el VIH-Sida tanto para los trabajadores migrantes antes de su partida y a lo largo de sus rutas migratorias, como para las parejas de migrantes en retorno, dentro de la información sobre salud sexual y reproductiva proporcionada a los usuarios de los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención, si estos niveles cuentan con los recursos informativos suficientes para hacerlo?
- El VIH-Sida es una condición generadora de vulnerabilidad entre los migrantes, y que, como diversos autores lo han señalado (González-López, 2009; Núñez Noriega, 2009) se puede relacionar con otras condiciones generadoras de vulnerabilidades, como la violencia física, ideológica y

¹³⁷ Los folletos informativos de distribución gratuita disponibles en el CAPASITS y en diferentes áreas del hospital regional de Poza Rica, no contienen ninguna información específica sobre riesgo y vulnerabilidad ante la infección por VIH relacionados con la migración.

¹³⁸ Un dato proporcionado por la Jurisdicción Sanitaria No. 3 y por personal de enfermería de centros de salud en Poza Rica y en el municipio contiguo de Tihuatlán, y confirmado por medio de la revisión de datos proporcionados por Gabriela Rodríguez, responsable del programa de prevención de VIH-Sida a nivel estatal en Veracruz, ejemplifica esta distinción genérica en cuanto a las acciones preventivas realizadas: las pruebas de detección de VIH remitidas por Censida para su distribución en las diferentes Jurisdicciones Sanitarias, son exclusivamente para mujeres embarazadas, por decreto de la Secretaría de Salud; esto a pesar de que el personal organizativo y de atención a la salud de los diferentes niveles de hecho reconoce que las mujeres no son el único grupo vulnerable, y de que Censida y los SESVER reparten a las Jurisdicciones una cantidad relativamente grande de pruebas varias veces al año, que bien podrían bastar para extender la oferta de pruebas a diferentes grupos (la segunda distribución correspondiente al año 2009 consistió de un total de 11 mil pruebas, y la primera distribución realizada en 2010 de un total de 9,025, según datos de SESVER/SSA).

económica hacia los inmigrantes, en circunstancias en que éstos usualmente carecen de poderes necesarios para protegerse; por lo tanto, ¿qué lugar ocupa el riesgo y la vulnerabilidad ante la transmisión de VIH en las consideraciones de los organismos de defensa de los derechos humanos de los migrantes?

- Si los varones homosexuales o con prácticas homoeróticas (HSH) de entre 25 y 45 años de edad y con niveles socioeconómicos bajos son el grupo sociocultural que más se infecta por VIH, tanto en números totales de infecciones acumuladas como de infecciones nuevas y en incidencia acumulada tanto a nivel nacional como a nivel estatal en Veracruz, y la vulnerabilidad ante la infección se incrementa de forma alarmante para amas de casa/esposas (lo cual a su vez mantiene a la alza la incidencia de infección perinatal), ¿por qué la gran mayoría de los enfoques preventivos más visibles públicamente, se encauzan a prevenir la transmisión en jóvenes de ambos sexos en edad secundaria y preparatoria que asisten a la escuela, mucho menos vulnerables por el simple hecho de disponer de una mayor cantidad de información y de contar con educación sexual en la escuela (aunque por supuesto, nunca inmunes a la infección)?

Pero, antes de dar cualquier clase de respuesta a estas y otras posibles preguntas motivadoras de posteriores indagaciones, es indispensable preguntarse cómo este trabajo ha dado respuesta, si es que lo ha hecho en alguna medida, a los planteamientos hipotéticos que dieron inicio a este proyecto. En realidad, la migración se constituye cuantitativamente hablando, en un importante factor para el aumento de casos acumulados, de incidencia acumulada y de expansión de la atención de los servicios de salud en VIH-Sida e infecciones de transmisión sexual, si bien no el único: el 15.2% de los casos acumulados y registrados para su canalización a los servicios de salud del CAPASITS de Poza Rica cuentan con diversos grados y momentos de movilidad territorial, que incluyen desplazamientos constantes en búsqueda de fuentes de trabajo, residencias prolongadas o intermitentes en localidades distintas a su lugar de origen y diversos trayectos laborales hacia ciudades petroleras, fronterizas y destinos internacionales a través

de rutas migratorias como la del Golfo de México, identificada por la Secretaría de Salud (mostrada en el mapa 3 del tercer capítulo).

Pero de manera mucho más significativa que las evidencias estadísticas de movilidad, los desplazamientos migratorios constituyen un hecho de gran importancia en la configuración de las vulnerabilidades sociales, económicas y de la salud y la re-configuración de las mismas a lo largo de sus trayectos de ida y retorno; el escaso capital cultural, la búsqueda constante de pertenencia afectiva y social, las pautas sociales y culturales de interacción sexual fuertemente establecidas y difícilmente modificables para sujetos carentes de poder frente a los otros, la debilidad de sus redes sociales de apoyo, son todos factores que inciden en el rejuego de la infección por VIH en el contexto de migraciones.

La perspectiva desalentadora e inclemente de puertas que se cierran, desprecios que se encienden, cuerpos que se fatigan e inseguridades que se exacerbaban, muchas veces terminan para siempre con las expectativas de continuar con una vida migrante que, aunque dura, otorgó a los sujetos una posibilidad de trabajo, autosuficiencia, contribución, apoyo y libertad que la necesidad de apegarse al medicamento para alejar la amenaza de una vida con dolor ahora ha cancelado para siempre; en otros casos, la vida migrante es vista como una vía dolorosa que por quedarse atrás, concede a quien la ha vivido una sensación de alivio, de vehemente deseo de jamás volver a irse e incluso de anhelo fútil de nunca haberse ido. Las representaciones de la migración para estos hombres y mujeres quedan como las de experiencias que les dieron y les quitaron en muy desigual medida, que de trabajadores y aventureros, amantes que vagan y esposas que esperan, los han convertido mayormente en “pacientes”; dotando a la acción de migrar de un tenor envilecido, de recuerdo amargo, de desgana de decepción. Como lo expresaron algunos de ellos:

No... porque es andar de aquí para allá nada más: no puedes establecerte en ningún lugar... Buscándole de que he andado por allá no he hecho nada, entonces ¿qué voy a buscar lo que no hice ya, lo que no pude hacer ya? Ya no lo voy a hacer; entonces ya no, ya no pienso emigrar a ningún lado. (Santiago)

La gente se va, nos vamos con la ilusión de que... como la gente que se va al otro lado, de que todo es color de rosa y en realidad no es así... a veces nos vamos buscando algo mejor, y pues no sale tan bien como esperábamos, pero pues ya uno ahí se queda,... y luego ya no quieres regresar porque también piensas 'ay voy a volver y me van a ver derrotado'... y pues no vuelves, vienes de vacaciones y te la llevas allá: sufriendo igual que aquí pero pues en otro lado.
(Marcos)

El padecimiento por VIH-Sida ha mellado la salud, la capacidad laboral y física, la voluntad y la confianza de estos seis hombres y mujeres, les ha vuelto a su regreso más vulnerables que cuando se marcharon – y les ha disuadido de volver a irse –, les ha confinado de por vida a la ingesta de medicamentos agresivos y que les generan malestar, y ha reducido sensiblemente sus expectativas sociales y sexuales, afectivas y amorosas; pero también les ha otorgado la oportunidad para fortalecerse en las debilidades, para revitalizarse en la adversidad que supone enfermar, y para amar y hacerse amar en medio del estigma constante, acusador e hiriente. Ellos viven con VIH, no sobreviven a él: son hombres y mujeres que trabajan, que ayudan, que aprenden y que enseñan, que imaginan y ponen en práctica, que están a la búsqueda de vivir, y vivir es lo que hacen. El estigma de muerte ha cedido porque quienes viven con VIH viven, no mueren; son ellos mismos y no los científicos, los filántropos o los políticos, quienes se han encargado históricamente, con determinación, de derribar el paradigma estigmático de la “peste rosa” y la “muerte gay”, pero siguen siendo ellos quienes enfrentan de cotidiano el peligro de muerte social – la que los medicamentos no pueden postergar – por el hecho de estar infectados.

No tengo la certeza de que mi bendición al despedirnos haya sido de alguna ayuda para que Marcos supere el conflicto con la ingesta de los medicamentos o con su propia orientación sexual, contra la cual se fustiga enérgicamente, alentado a ello por sus “hermanos” adventistas (y no por sus propios hermanos, quienes afirman que han procurado respetar siempre la orientación sexual de Marcos). Tampoco sé si Juan Carlos algún día se arriesgará

a volver a Tijuana, cuyas oportunidades de mayores ingresos y de mayores libertades sexuales no han dejado de serle atractivas, a pesar de todo lo que vivió; o si Santiago se apegará al tratamiento de manera definitiva, a riesgo de ser expulsado del programa de medicamentos por el médico si no lo hace – de hecho, tampoco sé si la retórica arbitraria y agresiva del doctor Pedro es sólo una manera de mostrar su preocupación por la salud de Santiago, a quien dice apreciar como paciente y como amigo; no sé si *Gina* se marchará al Distrito Federal en caso de que su madre llegue a faltarle, renunciando a la tranquilidad y comodidad de su casa y quizás acercándose de nuevo al trabajo sexual de manera ocasional (y a la tentación de consumir drogas nuevamente, como ella misma lo planteó). Desde luego, tampoco sé si Remedios y Diana mantendrán su excelente apego al tratamiento a pesar de las molestias y malestares que éste les ha generado a lo largo de su trayectoria de padecimiento, como también se los ha generado a otros, quizás a muchos otros.

Sin tener tampoco la certeza de ello, simplemente puedo desear que este trabajo ayude a generar un mayor conocimiento de los múltiples significados que el VIH-Sida y la migración pueden tener para sujetos que de alguna forma, directa o indirecta, se han involucrado en trayectorias de movilidad migratoria; la vulnerabilidad implícita en estos procesos, potenciada por el escaso capital económico, político y cultural que poseen – así como también la diversidad de estrategias económicas, sociales y curativas que implementan para reducir dicha vulnerabilidad, traducida en una búsqueda pragmática del bienestar físico y emocional cotidiano como personas viviendo con VIH –, no implica solamente a quienes estando sanos, pueden infectarse, y tampoco termina con la consecución de servicios sanitarios gratuitos y medicación oportuna y relativamente eficaz para quienes resultan infectados: los universos de las personas viviendo con VIH no quedan reducidos a una identidad como pacientes-usuarios consumidores de medicamentos, su gran complejidad como actores sociales va más allá de su condición serológica y clínica. Las dimensiones sociales y culturales de este padecimiento, como las rutas migratorias que los sujetos de este estudio han recorrido, son muy diversas y requieren para su mejor comprensión de una gran

profundidad, y de una perspectiva analítica inclusiva de todos los aspectos macro y micro sociales que son relevantes a efectos de la indagación antropológica en este tema.

Agradezco una vez más las aportaciones de Marcos, Juan Carlos, Santiago, Remedios, Diana y *Gina*: no emplearé sus nombres reales en este trabajo aun en los casos en que ellos mismos me han autorizado a hacerlo, de la misma manera con Alejandro y Horacio, y con todo el personal de salud que colaboró en el desarrollo del trabajo de campo – y a quienes también reitero mis agradecimientos. A pesar de mis mayores o menores distanciamientos con los seis, por las circunstancias que sean, no disminuye en un ápice mi admiración, mi respeto y mi gratitud para ellos por compartirme de sus vidas los pasajes narrados en esta tesis, y por permitirme compartirlos con otros: cuerpo académico de lectores y directores de tesis, compañeros de profesión, público interesado, etc. Estoy seguro de que quienes quiera lean estas páginas, por variadas que sean sus lecturas y conclusiones, concordarán con el autor en tener por estos seis magníficos seres humanos la admiración, el respeto y la gratitud que mucho merecen.

BIBLIOGRAFÍA

AGIRREZÁBAL, ARRATE y José F. Valencia

2004 “Sida y mundo laboral. Una guía para la intervención psicosocial”, en Sánchez Vidal, Alipio, Alba Zambrano Constanzo y María Palancín Solís (Eds.) *Psicología comunitaria Europea: comunidad, poder, ética y valores*, Publicacions de la Universitat de Barcelona, España.

AGGLETON, PETER y Richard Parker

2002 *A conceptual framework and basis for action. HIV/AIDS stigma and discrimination*, UNAIDS.

ALARCÓN SEGOVIA, DONATO y Samuel Ponce de León (Comps.)

2003 *El SIDA en México: veinte años de la epidemia*, El Colegio Nacional, México.

ANDRADE VILLANUEVA, JAIME y Luz Alicia González Hernández

2008 “15 preguntas frecuentes en pacientes con VIH-sida: tratamiento de rescate y pruebas de resistencia” (folleto informativo), Publicaciones Permanyer-Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, México.

BARCELATA CHÁVEZ, HILARIO

2010 *Veracruz. Pobreza y crecimiento económico*, Grupo Eumed.net, Universidad de Málaga, España.

BARRAGÁN SOLÍS, ANABELLA

2006 “Dolor crónico: la experiencia de un grupo de mujeres y hombres”, en Peña Saint Martin, Florencia y Arturo Luis Alonzo Padilla (Coords.) *Miradas antropológicas sobre la salud y el trabajo en el México de hoy*, CONACULTA-INAH, México, pp. 125-141.

BARRIOS YLLAN, MARISOL

2009 “Historia de la distribución del poder y los recursos en Poza Rica” y “Crecimiento de la población de Poza Rica”, en Barrios Yllan, Marisol *Reubicación de comunidades por inundación y la vulnerabilidad social. El caso de Arroyo del Maíz, Poza Rica, Veracruz*, CIESAS-SEDESOL, México, pp. 23-29.

BASTIDA AGUILAR, LEONARDO

2011 “El VIH en la ruta del migrante”, en *Letra S: salud, sexualidad y sida, La Jornada*, No. 177, 7 de abril de 2011, México.

BRONFMAN, MARIO

1995 *SIDA en México: migración, adolescencia y género*, Información Profesional Especializada, México.

BRONFMAN, MARIO y otros

1993 “Mujeres al borde... Vulnerabilidad a la infección por VIH en la frontera sur de México”, en Tuñón Pablos, Esperanza (Coord.) 2001 *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración (Belice, Guatemala, Estados Unidos y México)*, Plaza y Valdés, México, pp. 15-32.

2005 “VIH/SIDA y movilidad poblacional en México y Centroamérica: Respuestas regionales en contextos de vulnerabilidad social”, en Instituto Nacional de Salud Pública (INPS) *Sida: aspectos de salud pública. Manual*, INSP-CENSIDA, México, pp. 117-124.

BRONFMAN, MARIO, René Leyva y Mirka Negroni (Eds.)

2004 *Movilidad poblacional y VIH/sida. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

BRONFMAN, MARIO y René Leyva

2008 “Migración y SIDA en México”, en Córdova Villalobos, José A., Samuel Ponce de León y José Luis Valdespino (Eds.) *25 años de SIDA en México. Logros, aciertos y retos*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

BRUMMELHUIS, HAN TEN

1995 *Culture and Sexual Risk. Anthropological Perspectives on AIDS*, Gordon & Breach, Australia.

CALDERÓN, GEORGINA

2000 *Construcción y reconstrucción del desastre*, Plaza y Valdés, México.

CAMPOS, ROBERTO

1994 “La relación médico-paciente ¿una relación de poder y subordinación?”, en Lara y Mateos, Rosa Ma. *Medicina y cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud*, Plaza y Valdés, México.

CÁRDENAS RODRÍGUEZ, JOSÉ L.

1996 *Epidemiología del SIDA en Poza Rica, Veracruz*, tesis de licenciatura, Facultad de Medicina-Universidad Veracruzana, Poza Rica, Veracruz.

CARDOSO GÓMEZ, MARCO A.

2006 “Cultura y diabetes en Nezahualcóyotl, Estado de México”, en Peña Saint Martin, Florencia y Arturo Luis Alonzo Padilla (Coords.) *Miradas antropológicas sobre la salud y el trabajo en el México de hoy*, CONACULTA-INAH, México, pp. 67-87.

CARRILLO, HÉCTOR y otros

2008 “Fronteras de riesgo: contextos sexuales y retos para la prevención del VIH entre migrantes mexicanos gay y bisexuales. Hallazgos y recomendaciones”, estudio Trayectos, Center for Research on Gender and Sexuality, San Francisco State University.

CASTRO, MARÍA ELENA Y JORGE LLANES

2006 “El coeficiente de riesgo psicosocial como medida compleja para el monitoreo y seguimiento de la vulnerabilidad psicosocial de poblaciones estudiantiles”, en *LiberAddictus*, núm. 91, mayo-junio de 2006, en www.liberaddictus.org

CENTER FOR DISEASE CONTROL (CDC)

2009 *HIV Surveillance Report: Diagnoses of HIV infection and AIDS in the U. S. and Dependent Areas*, Vol. 21, CDC, Atlanta, GA, E. U. A.

CENTRO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL SIDA (CENSIDA)

2006 *Manual de organización específico del Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención del Sida e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS)*, CENSIDA-SSA, México.

CÓRDOVA VILLALOBOS, JOSÉ A., Samuel Ponce de León y José Luis Valdespino (Eds.)

2008 *25 años de SIDA en México. Logros, aciertos y retos*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

COURTENAY, WILL

2000 “Constructions of Masculinity and their Influence on Men’s well-being: a theory of Gender and Health”, en *Social Medicine*, Num. 50: pp. 1385-1401.

DÍAZ CERVANTES, JOSÉ A.

2001 *La representación social del SIDA en un grupo de jóvenes*, tesis de maestría, Facultad de Psicología-UNAM, México.

DOISE, WILLEM y otros

2005 *Representaciones sociales y análisis de datos*, Antologías Universitarias, Instituto Mora, México.

DOUGLAS, MARY

1996 *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*, Víctor Abelardo Martínez (trad.), Paidós, Barcelona, España.

DOUGLAS, MARY y Aaron Wildavsky

1982 *Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*, University of California Press, E.U.A.

ESTRADA, FRANCISCO

1990 “Sexo seguro: alternativas para un nuevo lenguaje amoroso”, en Lizárraga, Xabier (Ed.) *Sida, sexualidad y sociedad. Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el SIDA. Taller de discusión sexológica de la ENAH, CONACULTA-ENAH*, México.

FARMER, PAUL

1992 *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*, University of California Press, U.S.A.

FRANKENBERG, RONALD

2003 “Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de cooperación entre medicina y antropología”, Susana Margulies y Alejandra Roca (trad.) en *Cuadernos de Antropología Social*, núm. 17, Universidad de Buenos Aires, Argentina, pp. 11-27.

FREIDSON, ELIOT

1978 *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Península, Barcelona, España.

FREYERMUTH, GRACIELA y Paola Sesia

2006 "Del curanderismo a la influenza aviaria: viejas y nuevas perspectivas de la antropología médica", en *Desacatos*, núm. 20, enero-junio de 2006, CIESAS, México, pp. 9-28.

FREYERMUTH-ENCISO, GRACIELA y Sergio Meneses

2009 "De dólares e infecciones. El riesgo de ITS de la población chamula en el contexto migratorio", en Freyermuth-Enciso, Graciela y Sergio Meneses (Coords.) *De crianzas, jaibas e infecciones. Indígenas del sureste en la migración*, Publicaciones de la Casa Chata, CIESAS, México.

GIL VILLA, FERNANDO

2000 *Historia oral y desviación*, Ediciones de la Universidad de Salamanca, España.

GOFFMAN, ERVING

1970 *Estigma: la identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.

1971 *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, Argentina.

GONZÁLEZ-LÓPEZ, GLORIA

2009 *Travesías eróticas. La vida sexual de mujeres y hombres migrantes de México*, Colección Desarrollo y Migración, Centro de Estudios Migratorios, INM-Porrúa, México.

GONZÁLEZ MONTES, SOLEDAD y otros (Comps.)

1995 *Mujeres, migración y maquila en la frontera norte*, COLMEX-COLEF, México.

GOOD, BYRON J.

1977 *The heart of what's the matter: the structure of medical discourse in a provincial Iranian town*, Dept. of Anthropology, University of Chicago, E. U. A.

1994 *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*, Ediciones Bellaterra, Barcelona, España.

HELMAN, CECIL G.

1990 *Culture, health and illness. An introduction for health professionals*, Butterworth-Heinemann, Gran Bretaña.

HERNÁNDEZ-ROSETE MARTÍNEZ, DANIEL y otros

2005 “Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos”, en *Salud Mental*, vol. 28, núm. 5, octubre de 2005, pp. 20-26.

2007 “El saber epidemiológico y la atribución de estigma al migrante indígena. El VIH/SIDA en un mundo globalizado”, en Ibarra Mateos, Marcela (Coord.) *Migración, reconfiguración transnacional y flujos de población*, Universidad Iberoamericana-Puebla, México, pp. 195-206.

JODELET, DENISE

1986 “La representación social, fenómeno, concepto y teoría”, en Moscovici, Serge *Psicología social*, vol. 2, Paidós, Barcelona, España.

KLEINMAN, ARTHUR

1981 *Patients and Healers in the Context of Culture: an Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, University of California Press, E. U. A.

LARA Y MATEOS, ROSA MA.

2006 *Vivir muriendo: la estigmatización a hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) seropositivos del puerto de Veracruz*, Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA, México.

LAVELL, ALLAN (Comp.)

1994 *Al norte del río Grande. Ciencias sociales y desastres: una perspectiva norteamericana*, Red de Estudios Sociales en Prevención de Desastres en América Latina (LA RED), Colombia.

LIZÁRRAGA, XABIER

1988 “La identidad sexo-genérica: un continuo”, en *Estudios de Antropología Biológica: III Coloquio de Antropología Física*, UNAM, México, pp. 383-404.

LIZÁRRAGA, XABIER (Ed.)

1990 *Algunos pre-textos, textos y sub-textos ante el sida. Taller de discusión sexológica de la ENAH*, CONACULTA-ENAH, México.

LOCK, MARGARET y Shirley Lindenbaum

1993 *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and Everyday Life*, University of California Press, U.S.A.

LOWELL, P. LINDSAY, Carla Perdezini y Jeffrey S. Passel

2008 “La demografía de la migración de México a Estados Unidos”, en Escobar, Agustín y Susan F. Martin (Coords.) *La gestión de la migración México-Estados Unidos: un enfoque binacional*, CIESAS-SEGOB, México, pp. 21-62.

LUHMANN, NIKLAS

2006 *Sociología del riesgo*, Universidad Iberoamericana, México.

MAGIS RODRÍGUEZ, CARLOS y Rodrigo Parrini Roses

2006 “Nuestra epidemia, el sida en México 1983-2002”, en Instituto Nacional de Salud Pública (INPS) *Sida: aspectos de salud pública. Manual*, INSP-CENSIDA, México, pp. 15-24.

MAGIS RODRÍGUEZ, CARLOS y Mauricio Hernández Ávila

2008 “Epidemiología del SIDA en México”, en Córdoba Villalobos, José A., Samuel Ponce de León y José Luis Valdespino (Eds.) *25 años de SIDA en México. Logros, aciertos y retos*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, pp. 101-119.

MARTIN, PHILLIP

2009 “La gestión de la migración de México a Estados Unidos: problemas económicos y laborales”, en Escobar, Agustín y Susan F. Martin (Coords.) *La gestión de la migración México-Estados Unidos: un enfoque binacional*, CIESAS-SEGOB, México, pp. 99-130.

MENÉNDEZ, EDUARDO

1998 “Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes”, en *Estudios sociológicos*, vol. XVI, núm. 46, enero-abril de 1998, El Colegio de México, México, pp. 37-67.

2002 *La parte negada de la cultura: relativismo, diferencias y racismo*, Edicions Bellaterra, Barcelona, España.

2003 “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, en *Ciencia & Saúde Coletiva*, vol. 8, núm. 1, pp. 185-207.

2009 *De sujetos saberes y estructuras: introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*, Lugar Editorial, Buenos Aires, Argentina.

MENÉNDEZ, EDUARDO Y RENEE DI PARDO

2009 *Miedos, riesgos e inseguridades: los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

MUÑOZ CORNEJO, HUMBERTO

1977 *Migración y desigualdad social en la ciudad de México*, Instituto de Investigaciones Sociales-UNAM, México.

NÁJERA, RAFAEL y otros

2000 *SIDA, una visión multidisciplinar*, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, España.

NÚÑEZ NORIEGA, GUILLERMO

2009 *Vidas vulnerables. Hombres indígenas, diversidad sexual y VIH-sida*, Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo, A. C., México.

NÚÑEZ NORIEGA, GUILLERMO y Patricia Ponce

“Pueblos indígenas y VIH-sida”, en *Desacatos*, núm. 35, enero-abril de 2011, CIESAS, México, pp. 7-12.

OSORIO CARRANZA, ROSA MA.

2001 *Entender y atender la enfermedad: los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, Instituto Nacional Indigenista, México.

PEDERSEN, DUNCAN

1989 “Curanderos, divinidades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos”, en *América Indígena*, vol. XLIX, núm. 4, octubre-diciembre de 1989, pp. 635-663.

PLATTS, MARK

2000 *Sida: aproximaciones éticas*, Fondo de Cultura Económica-UNAM, México.

PONCE DE LEÓN, SAMUEL y Antonio Lazcano Araujo

2008 “La evolución del sida: una suma de epidemias”, en Córdoba Villalobos, José A., Samuel Ponce de León y José Luis Valdespino (Eds.) *25 años de SIDA en México. Logros, aciertos y retos*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, pp. 17-25.

PUSCHEL, KLAUS, Manuel Chacón y Blanca Peñaloza

1995 “El paradigma ambulatorio”, en *Diagnóstico clínico y toma de decisiones en Medicina ambulatoria*, Publicaciones de la Universidad Católica de Chile.

QUINTAL AVILÉS, ELLA FANNY

1981 *Industria petrolera, migración y movilidad social en la zona de Poza Rica-Coatzintla, Veracruz*, tesis de maestría, Universidad de Yucatán, 1981.

RAVELO BLANCAS, PATRICIA

1998 *Representaciones sociales de los procesos de salud-enfermedad en obreras del vestido de la ciudad de México*, tesis de doctorado, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales-UNAM, México.

REARTES PEÑAFIEL, DIANA

2010 “Movilidad, vulnerabilidad y percepción de riesgos frente al VIH/sida entre jóvenes estudiantes indígenas”, en *Miradas en movimiento*, vol. 4, noviembre de 2010, Argentina, p. 25.

ROSAS, CAROLINA

2008 *Varones al son de la migración. Migración internacional y masculinidades de Veracruz a Chicago*, El Colegio de México, México.

SÁNCHEZ, DIANA

2011 “Letra S: XV años”, en *Letra S: salud, sexualidad y sida, La Jornada*, No. 180, agosto de 2011, México.

SECRETARÍA DE FINANZAS Y PLANEACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ
(SEFIPLAN)

2010 *Anuario estadístico del Estado de Veracruz*, SEFIPLAN-Gobierno del Estado de Veracruz, México.

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

2001 *Programa de Acción: Migrantes “Vete Sano Regresa Sano”*. Versión preliminar, SSA, México.

2002 *Programa de Acción: Migrantes “Vete Sano y Regresa Sano”*, 1era. Ed., SSA, México.

2007 *Manual para la prevención del VIH-SIDA en migrantes mexicanos a Estados Unidos*, Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA-SSA, México.

SONTAG, SUSAN

2008 *La enfermedad como metáfora/El SIDA y sus metáforas*, Taurus, México.

SUÁREZ, Maite

2003 “Del AZT al TARGA: una breve historia del VIH y sus tratamientos”, en <http://gtt-vih.org/book/print/1363>

TEXIER, JACQUES

1976 *Gramsci, teórico de las superestructuras: acerca del concepto de sociedad civil*, Colección Pensamiento Revolucionario, Ediciones de Cultura Popular, México.

TORRES LÓPEZ, TERESA M.

2004 *Sangre y azúcar: representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara, México*, Universidad de Guadalajara, México.

URIBE ZÚÑIGA, PATRICIA y otros

2008 “La prevención de la transmisión perinatal”, en Córdoba Villalobos, José A., Samuel Ponce de León y José Luis Valdespino (Eds.) *25 años de SIDA en México. Logros, aciertos y retos*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, pp. 73-91.

VALDESPINO, JOSÉ LUIS, María de L. García García y Manuel Palacios Martínez

2008 “El diagnóstico epidemiológico 1981-1995 y el primer Programa Nacional de Prevención: 1990-1994”, en Córdoba Villalobos, José A., Samuel Ponce de León y José Luis Valdespino (Eds.) *25 años de SIDA en México. Logros, aciertos y retos*, Instituto Nacional de Salud Pública, México, pp. 27-57.

VALENCIA ABUNDIZ, SILVIA

2007 “Aportes sobre la explicación y el enfoque de las representaciones sociales”, en Rodríguez Salazar, Tania y Ma. De Lourdes García Curiel (Coords.) *Representaciones sociales. Teoría e investigación*, Universidad de Guadalajara, México, pp. 51-88.

YOUNG, ALLAN

1982 “The Anthropologies of Illness and Sickness”, en *Annual Review of Anthropology*, num. 11, pp. 257-285.

ZAMORA-MARTÍNEZ, MARISELA y Cecilia Nieto de Pascual

1992 “Medicinal plants used in some rural populations of Oaxaca, Puebla and Veracruz, Mexico”, en *Journal of Ethnopharmacology*, vol. 35, num. 3, enero de 1992 (publicado en línea por ScienceDirect), pp. 229-257.

ZARCO MERA, ÁNGEL

2009 *Migración y trabajo sexual indígena en San Cristóbal de las Casas, Chiapas: implicaciones en salud sexual y reproductiva*, tesis de maestría, CIESAS, México.