



**El Colegio  
de la Frontera  
Norte**

**COMPORTAMIENTO SEXUAL Y VIH/SIDA EN SUJETOS  
MASCULINOS.**

**Análisis del comportamiento sexual de individuos VIH positivos como  
punto de partida para entender la transmisión del virus en la región  
sur del estado de Chiapas.**

Tesis presentada por:

**Felipe Javier Uribe Salas**

para obtener el grado de:

**DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES**

**Tijuana, B. C.**

**2004**

“El recuerdo me llenó de melancolía.  
 ¿Cuántos años tenía entonces?  
 Iba a pasar por ese mismo lugar, pero ya sería de noche.  
 Pensé que a veces es mejor quedarse con la ilusión de los recuerdos  
 que decepcionarse con la certeza de que las cosas  
 o nosotros cambiamos y ya no nos emociona más”

Ricardo Irastorza (2002)<sup>1</sup>

Dedico este trabajo a mi hijo Octavio

Los persas tienen  
 Un rey sombrío;  
 Los hunos foscos  
 Un rey altivo;  
 Un rey ameno  
 Tienen los íberos;  
 Rey tiene el hombre,  
 Rey amarillo;  
 ¡Mal van los hombres  
 Con su dominio!  
 Mas yo vasallo  
 De otro rey vivo,—  
 Un rey desnudo,  
 Blanco y rollizo;  
 Su cetro—un beso!  
 Mi premio—un mimo!

José Martí (1993)<sup>2</sup>

a mi hija Frida,

a mi esposa Soledad

y a mis Padres

<sup>1</sup> Del cuento “Ruta 9”. Irastorza R (2002). Los pecados Interiores. Córdoba, Argentina, Hugo Báez y Centraliza Editores.

<sup>2</sup> Fragmento del poema “Mi reyecillo” en el libro “Ismaelillo” que Martí escribió en Nueva York en 1882.

## INDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTOS.....	8
INTRODUCCION.....	9
1.- OBJETIVOS.....	13
2.- HIPOTESIS.....	14
3.- ORGANIZACION DE LA TESIS.....	14
4.- REFERENCIAS.....	15
RESUMEN.....	16
<b>CAPITULO 1: ANTECEDENTES DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN MEXICO Y SU IMPORTANCIA PARA ESTE ESTUDIO</b>	
1.- INTRODUCCION.....	17
2.- FUENTE DE INFORMACION SOBRE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA.....	17
3.- CARACTERIZACION DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN MEXICO.....	19
4.- CATEGORIAS DE TRANSMISION DEL SIDA EN HOMBRES.....	21
5.- REFERENCIAS.....	22
<b>CAPITULO 2: CARACTERIZACION GEOGRAFICA Y SOCIO-DEMOGRAFICA DE LA REGION DEL SOCONUSCO EN EL ESTADO DE CHIAPAS COMO CONTEXTO PARA EL ESTUDIO DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA</b>	
1.- INTRODUCCION.....	23
2.- PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LA POBLACION EN LA REGIÓN DEL SOCONUSCO POR MUNICIPIOS Y SU RELACIÓN CON LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA.....	25
3.- SITUACION GEOGRAFICA DEL SOCONUSCO Y SU RELACION CON LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL.....	33
4.- BREVE HISTORIA DE UNA RELACION TRANSFRONTERIZA.....	35

5.- MUJERES CENTROAMERICANAS INMIGRANTES EN LA REGION DEL SOCONUSCO: TRABAJO AGRICOLA, TRABAJO DOMESTICO Y TRABAJO SEXUAL.....	51
6.- REFERENCIAS.....	58
<b>CAPITULO 3: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA SOBRE EL ESTUDIO DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN LA REGION DEL SOCONUSCO</b>	
1.- INTRODUCCION.....	62
2.- “HETEROSEXUALIZACION” DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN LA REGION SUR DEL ESTADO DE CHIAPAS.....	63
2.1.- MAGNITUD DEL PROBLEMA.....	66
2.2.- INFECTIVIDAD DEL VIH Y CASOS NUEVOS SEGUN MAGNITUD.....	69
3.- CLASIFICACION DE LOS MECANISMOS DE TRANSMISION SEXUAL DEL VIH.....	77
4.- ELEMENTOS SOBRE MIGRACION CENTROAMERICANA Y NIVEL DE BIENESTAR Y SU RELACION CON LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN EL SOCONUSCO.....	82
5.- SUBREGISTRO DE CASOS DE VIH/SIDA EN LA REGION DEL SOCONUSCO.....	86
6.- REFERENCIAS.....	87
<b>CAPITULO 4: MARCO CONCEPTUAL SOBRE LA CLASIFICACION EPIDEMIOLOGICA Y SOCIAL DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES Y SU RELACION CON LA TRANSMISION DEL VIH</b>	
1.- INTRODUCCION.....	92
2.- MARCO CONCEPTUAL DE LA EPIDEMIOLOGIA DE LA INFECCION POR EL VIH.....	94
2.1.- INDICADORES DE RIESGO.....	94
2.2.- FACTORES DE RIESGO.....	97
3.- CLASIFICACION DE LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA ADQUIRIR LA INFECCION POR EL VIH.....	99

4.- SUPUESTOS EPISTEMOLOGICOS DEL ANALISIS DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE INFECCION POR EL VIH.....	101
5.- ASPECTOS SOCIALES EN LA CLASIFICACION DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO: PRACTICAS SEXUALES, GENERO E IDENTIDAD SEXUAL.....	107
6.- REFERENCIAS.....	114
<b>CAPITULO 5: ROL DE GENERO, IDENTIDAD SEXUAL Y COMPORTAMIENTO SEXUAL PARA EL ESTUDIO DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN EL SOCONUSCO</b>	
1.- INTRODUCCION.....	119
2.- SEXO, GENERO E IDENTIDAD SEXUAL EN LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS SOBRE VIH/SIDA.....	120
3.- ESBOSO HISTORICO SOBRE MASCULINIDAD.....	125
4.- RELACION ENTRE GENERO, IDENTIDAD SEXUAL Y COMPORTAMIENTO SEXUAL EN EL ANALISIS DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA.....	138
5.- REFERENCIAS.....	143
<b>CAPITULO 6: METODOLOGIA</b>	
1.- INTRODUCCION.....	147
2.- PARADIGMAS CUANTITATIVO CUALITATIVO.....	147
2.1.- RELACION SUJETO OBJETO.....	149
2.2.- PROPOSITOS DE LA INVESTIGACION.....	150
2.3.- CONCEPTOS CLAVE QUE ENFATIZAN.....	150
2.4.- PROCESO DE LA INVESTIGACION.....	151
2.5.- ESTRATEGIA DE LA INVESTIGACION.....	151
2.6.- ESCENARIOS DE LA INVESTIGACION.....	152
2.7.- CREDIBILIDAD DE LOS HALLAZGOS.....	152

2.8.- DISCURSO DEL INFORMANTE.....	153
2.9.- ANALISIS HISTORICO DE LOS OBJETOS DE ESTUDIO.....	154
3.- INVESTIGACION CUALITATIVA: SELECCION DE LOS INDIVIDUOS Y ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA.....	157
3.1.- PLAN DE ANALISIS.....	160
4.- INVESTIGACION CUANTITATIVA: DISTRIBUCION DE LAS TASAS DE VIH/SIDA POR MUNICIPIO Y REGION Y POR NIVEL DE BIENESTAR SEGUN REGION EN EL ESTADO.....	162
5.- REFERENCIAS.....	164
<b>CAPITULO 7: RESULTADOS</b>	
1.- INTRODUCCION.....	166
2.- ESTUDIOS DE CASO.....	166
2.1- RICARDO.....	166
2.2.- FRANCISCO.....	174
2.3.- MARIO.....	184
2.4.- LUIS.....	193
2.5.- JOSE.....	201
2.6.- ARTURO.....	210
3.- RESULTADOS DEL ANALISIS CUANTITATIVO.....	214
3.1.- DISTRIBUCION DE LAS TASAS DE CASOS DE SIDA POR MUNICIPIO, REGION ECONOMICA Y PUNTOS DE ASEGURAMIENTO EN EL ESTADO DE CHIAPAS.....	214
3.2.- DISTRIBUCION DE LAS TASAS DE CASOS DE SIDA POR MUNICIPIO Y POR NIVEL DE BIENESTAR EN EL ESTADO DE CHIAPAS.....	215
4.- SUBREGISTRO DE CASOS DE VIH/SIDA EN LA REGION DEL SOCONUSCO.....	216
5.- REFERENCIAS.....	217

## CAPITULO 8: CONCLUSIONES

1.- INTRODUCCION.....	218
2.- ANALISIS DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE INDIVIDUOS MASCULINOS DIAGNOSTICADOS COMO POSITIVOS A LA PRUEBA DE VIH EN LA JURISDICCION SANITARIA VII, EN EL ESTADO DE CHIAPAS.....	221
3.- IMPLICACIONES PARA EL SISTEMA MEDICO-CIENTIFICO DE CLASIFICACION DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES.....	226
4.- IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA JURISDICCION SANITARIA VII EN LA REGION DEL SOCONUSCO.....	230
5.- PRACTICAS SEXUALES: INDICADORES Y FACTORES DE RIESGO DE INFECCION POR VIH.....	232
6.- ANALISIS DE LA RELACION ENTRE LOS FLUJOS MIGRATORIOS PROVENIENTES DE CENTROAMERICA Y LA DISTRIBUCION DE TASAS DE CASO DE SIDA EN EL ESTADO DE CHIAPAS Y LA REGION DEL SOCONUSCO.....	235
7.- ANALISIS DEL NIVEL DE BIENESTAR SOCIO-ECONOMICO EN EL ESTADO DE CHIAPAS DESAGREGADO EN EL NIVEL MUNICIPAL Y SU RELACION CON LAS TASAS DE CASOS DE SIDA.....	239
8.- REFERENCIAS.....	240
ANEXO 1 (CUESTIONARIO BIOGRAFICO)	

## AGRADECIMIENTOS

A lo largo de este trabajo conté con el apoyo de distintas personas e instituciones a quienes deseo expresarles mi agradecimiento. En primer lugar a la Doctora Olivia Ruiz a quien debo la terminación de este documento ya que me impulsó en los momentos de mayor dificultad en la elaboración de la versión final del mismo, pero también por haber recibido de ella una orientación académica rigurosa en el terreno de las Ciencias Sociales y por haberme brindado su comprensión y amistad. A los doctores Carlos Conde y Mario Henry Rodríguez y al Instituto Nacional de Salud Pública, por haberme apoyado para la realización del programa de Doctorado en Ciencias Sociales que llevé a cabo en El Colegio de la Frontera Norte. Al CONACyT por haberme otorgado la beca para estudiar el programa ya mencionado de doctorado. A todas las personas que hicieron posible la realización del trabajo de campo en la Jurisdicción Sanitaria VII en la región del Soconusco, en especial al Doctor Angel Barrios, Jefe de la Jurisdicción Sanitaria, quién me brindó su apoyo para la realización del estudio, a la Doctora Doris Edelmann encargada del programa de VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción quien me facilitó los contactos con las personas clave para poder realizar las entrevistas en los hospitales del Seguro Social, del Hospital general y del Hospital del ISSSTE,<sup>3</sup> a los Doctores Juan Palacios y Carlos Ibarias por haberme brindado su amistad y apoyo para la realización del estudio. A los Doctores José Antonio Izazola y Germán Vega que, como lectores de este documento, aportaron observaciones críticas que permitieron mejorar la versión final de este documento. Finalmente debo un agradecimiento especial a todas las personas que aceptaron participar en la entrevista que sirvió de base para la realización de la segunda parte de este documento. Debo reconocer que sin su participación este trabajo no hubiera podido realizarse.

---

<sup>3</sup> Por supuesto que debo un reconocimiento a los directores de estos nosocomios por haberme facilitado realizar las entrevistas ente las personas que eran atendidas en el programa de VIH/SIDA dentro de esos hospitales. Ofrezco disculpas si olvido el nombre de las personas que me apoyaron en la parte operativa de las entrevistas.

## 1.- INTRODUCCION

¿Cuál es la importancia de la epidemia de VIH/SIDA en Chiapas? Esa fue la primera pregunta que escuché de Joseph Carrier,<sup>4</sup> especialista en temas de sexualidad masculina, cuando le hablé de mi proyecto en el Soconusco, siendo yo estudiante del Doctorado en Ciencias Sociales en el Colegio de la Frontera Norte en Tijuana. De hecho en términos porcentuales el estado de Chiapas concentraba 1.25% del total de casos reportados en la república mexicana en 1998 con lo cual ocupaba el 19° lugar en la concentración de casos por estado en México (SIDA/ETS, 1998). Era una pregunta en que no había reparado hasta entonces, pues desde que visité la región del Soconusco por primera vez en diciembre de 1994 me había quedado la impresión de que era una región que, por su dinámica sociodemográfica, contaba con las condiciones necesarias y suficientes para la dispersión del virus entre la población. De cierta forma contestar a la pregunta de Carrier es el objetivo de esta tesis.<sup>5</sup>

El presente trabajo es el producto de varios años de observación y análisis de la epidemia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en la población de la región del Soconusco, en el estado de Chiapas. En el equipo de trabajo con el que colaboraba en 1993 en el Instituto Nacional de Salud Pública, dirigido por el Dr. Mauricio Hernández, habíamos terminado un estudio epidemiológico sobre diferentes enfermedades de transmisión sexual en trabajadoras sexuales en la ciudad de México. Hasta ese momento la literatura especializada

---

<sup>4</sup> Joseph Carrier es un reconocido antropólogo norteamericano que ha trabajado ampliamente en el tema de la cultura de la homosexualidad masculina en México desde principios de la década de los setentas del siglo pasado y que, con el advenimiento de la epidemia de VIH/SIDA, ha ligado ese comportamiento con la diseminación del VIH, no sólo en México sino también en el estado de California, Estados Unidos, en población nativa en ese país y en inmigrantes mexicanos.

<sup>5</sup> El origen de la pregunta de Carrier me quedó clara cuando, al revisar la literatura sobre comportamiento sexual e infección por el VIH, encontré un artículo escrito por él en el que analiza el número de casos reportados de SIDA en México entre enero de 1981 y junio de 1988. Cuando este autor analiza la distribución de casos por entidad federativa encontró que no había casos de SIDA reportados en los estados de Chiapas y Tabasco. Luego entonces, para Carrier esos estados no representaban un problema en el desarrollo de la epidemia en México (Carrier, 1989).

refería que las trabajadoras sexuales representaban un grupo reservorio de diferentes infecciones de transmisión sexual y por lo tanto, eran identificadas como un grupo clave en la transmisión de esas infecciones, particularmente del VIH (Clumeck et al, 1985; Carswell et al, 1989; Pickering et al, 1992). La novedad metodológica de nuestro estudio era que se había basado en la construcción de un marco muestral de sitios donde se realizaban actividades del sexo comercial en la Delegación Cuauhtémoc, en aquella ciudad (Uribe-Salas *et al*, 1997). Al presentar los resultados de dicho trabajo en diferentes foros académicos, habíamos recibido comentarios acerca de lo importante que sería ver lo que estaba pasando con la epidemia de infección por el VIH y su posible relación con las corrientes migratorias provenientes de Centroamérica en la frontera sur del estado de Chiapas, particularmente en la región del Soconusco.

Tomando en cuenta aquellas observaciones, en diciembre de 1993 varios investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública realizamos un viaje a Tapachula con el fin de evaluar las estadísticas que sobre la epidemia de VIH/SIDA, debía generar la Jurisdicción Sanitaria de la región. Asimismo, se intentó conocer si las actividades del sexo comercial femenino podrían representar un problema epidemiológico para la transmisión de dicho virus. Mi primera impresión acerca del sexo comercial femenino en la región del Soconusco era que se realizaba en condiciones muy marcadas de pobreza, no sólo por las instalaciones donde se llevaba cabo sino también de las mujeres que entraban a trabajar en dicha actividad. Esto puede ser explicado porque en el momento de hacer nuestra primer visita al Soconusco, teníamos fresca la experiencia de haber construido un marco muestral de sitios como bares, puntos de calle y “estéticas” (que eran casas particulares) donde se realizaban actividades del sexo comercial femenino, en la Delegación Cuauhtémoc, en la ciudad de México (Uribe-Salas, 1996). De esa manera conocimos su diversidad, desde los bares y “estéticas” más elegantes y caros de la

Delegación hasta los puntos de calle más pobres, en el sector urbano de la Merced. También porque aplicamos varios cuestionarios a las mujeres en el Soconusco en los cuales se delineaba ya su perfil sociodemográfico: en su mayoría tenían origen centroamericano, baja escolaridad, bajos ingresos, alta paridad. Al visitar los bares supimos que llegaban por diferentes medios a buscar trabajo (eran traídas por tricicleros, por otras amigas que ya trabajaban en el bar o incluso eran buscadas por los mismos dueños de los bares). Muchos de estos bares tenían construidos unos cuartitos en la parte posterior, que eran destinados para alojar a las mujeres donde en cierta forma parecían cautivas. El número de mujeres variaba con el tiempo y en ocasiones llegaba a presentarse un marcado hacinamiento. La conclusión de esa visita fue que se debería realizar un estudio epidemiológico sobre el sexo comercial femenino, no solo del lado fronterizo mexicano sino también el guatemalteco. Sin embargo, el proyecto se retrasó y finalmente quedó archivado.

En 1997, liberado de varios compromisos en que estuve involucrado, tuve tiempo para retomar el proyecto original. Regresé a Tapachula para recabar información sobre la epidemia de VIH/SIDA en el Soconusco y para evaluar la factibilidad del estudio. En los meses de marzo y abril de 1998 se construyó el marco muestral de bares y zonas de tolerancia existentes en la región y en el mes de agosto se realizó el levantamiento de la información.<sup>6</sup>

Algunos antecedentes epidemiológicos de importancia informaban que la mayoría de las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en la región provenían de países centroamericanos como Guatemala, Honduras y El Salvador países donde, hasta el momento de realizar el estudio, las tasas de casos de SIDA eran mayores a los reportados en México. Este hecho por sí mismo no implica que automáticamente las MTS centroamericanas tuvieran frecuencias altas de infección por el VIH pero genera la hipótesis de podrían tener frecuencias de esa infección mayores a las

---

<sup>6</sup> El estudio fue realizado solamente en la región del Soconusco debido a que en su momento contamos con un limitado presupuesto para realizarlo

encontradas en MTS y por lo tanto estar jugando un papel importante en la diseminación heterosexual del VIH en la región del Soconusco.

Por ello realizamos un estudio en MTS en esa región que consideraba que si el principal mecanismo de transmisión de la infección por el VIH era heterosexual en esa región fronteriza con Guatemala, las MTS podrían estar jugando un papel importante en la diseminación del virus. Sin embargo los resultados del estudio contradijeron esta hipótesis que planteaba una frecuencia de infección por el VIH (en las mujeres estudiadas), significativamente mayor a la reportada MTS en México; de hecho se encontró una frecuencia de infección por el VIH de 0.6% en 478 MTS estudiadas en Chiapas (Uribe-Salas et al, 2003). Con los resultados de ese trabajo fue puesto en duda que existiera un verdadero proceso de “heterosexualización” en la región, proceso planteado previamente por autores como Bronfman *et al*, (1998) y Magis-Rodríguez *et al*, (1998). Si las MTS no son la principal fuente de infección por el VIH para los hombres<sup>7</sup> ¿cómo se están infectando éstos? ¿Podría ser el problema, en parte, el resultado de una incorrecta clasificación de los comportamientos sexuales de los individuos infectados por el VIH, ya que quizás sus respuestas sobre ese tópico podrían estar matizadas por elementos de la cultura sexual propios de la región?

Fue ésta última pregunta la que nos llevó a plantear un estudio de la transmisión del VIH al sur del estado de Chiapas, en la región geográfica denominada Soconusco, región que desde el punto de vista de la salud pública cubre la Jurisdicción Sanitaria VII. El estudio pretende analizar el sistema clasificatorio de los comportamientos sexuales masculinos. Ello implica un análisis de

---

<sup>7</sup> Por supuesto que un pequeño grupo de mujeres (que proporcionalmente serían 6 en 1000) están fungiendo como foco de infección por el VIH para la población masculina de la región que tiene contacto sexual con MTS y por lo tanto se encuentra jugando un papel importante en la dinámica de la epidemia de VIH en la región del Soconusco. Sin embargo, los resultados del estudio arriba mencionado sugieren que las MTS no son el elemento principal que explique el supuesto proceso de heterosexualización que ya ha sido planteado por autores como Bronfman et al, (1998) y Magis-Rodríguez et al, (1998).

la forma en que las categorías homosexual, bisexual y heterosexual han sido usadas en los estudios epidemiológicos. Para ello se intenta ir más allá de un abordaje puramente comportamental de la sexualidad masculina. Se intenta entonces hacer un abordaje social y cultural de la sexualidad masculina utilizando conceptos tales como rol de género e identidad sexual. Sin abandonar por completo el análisis de las prácticas sexuales de riesgo, que finalmente le dan una explicación epidemiológica a la transmisión del VIH, se intenta su articulación con el análisis de la identidad sexual y el rol de género. En el presente trabajo no se pretende construir una nueva clasificación de los comportamientos sexuales. Por el contrario se pretende deconstruir, en el sentido de Derrida,<sup>8</sup> la clasificación ya existente, en particularmente los términos binarios heterosexual-homosexual. Adicionalmente, se intenta realizar un primer abordaje sobre la dinámica socio-económica y demográfica de la región del Soconusco y la relación que guarda con la migración de origen centroamericana y con la epidemia de VIH/SIDA.

## OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

El presente trabajo tiene tres objetivos:

1.- Analizar el comportamiento sexual de individuos masculinos diagnosticados como seropositivos a la prueba de VIH en la Jurisdicción Sanitaria VII, en el estado de Chiapas.

---

<sup>8</sup> Jacques Derrida enfoca su trabajo en el lenguaje. El sostiene que la forma tradicional o metafísica de leer produce una serie de falsas asunciones acerca de la naturaleza de los textos. Así, un lector tradicional cree que el lenguaje es capaz de expresar ideas sin cambiarlas, que la jerarquía de la lengua escrita es secundaria a la lengua hablada y que el autor de un texto es la fuente de los significados de lo que escribe. El estilo deconstructivo de Derrida, sobre la lectura, subvierte aquellas asunciones y desafía la idea de que el texto tiene un significado incambiable y unificado. La deconstrucción es un proceso de aproximación filosófica que parte de la idea de que todo el pensamiento occidental descansa en un centro: una verdad, un ideal, una religión, un dios. Entonces el centro determina el significado. Así, en la civilización occidental el cristianismo es el eje que define entre otras actividades la del arte, la categoría del individuo en la filosofía o la moral. En este ejemplo el núcleo excluye a varias religiones como el islamismo, el budismo etc. En consecuencia, el centro tiene un opuesto: el otro marginal y ambos son definidos como opuestos binarios.

2.- Analizar la relación entre los flujos migratorios provenientes de Centroamérica y la distribución de las tasas de casos de SIDA en el estado de Chiapas.

3.- Analizar el nivel de bienestar socio-económico en el estado de Chiapas desagregado en el nivel municipal y su relación con las tasas de casos de SIDA

## 2.- HIPOTESIS

1.- No existe una correspondencia estable entre identidad sexual, rol de género y prácticas sexuales en individuos masculinos diagnosticados como positivos a la prueba de VIH en la Jurisdicción Sanitaria VII, en el estado de Chiapas, lo cual genera una clasificación incorrecta de los comportamientos sexuales masculinos que pone en duda la supuesta “heterosexualización” de la epidemia de VIH/SIDA en la región del Soconusco.

2.- Existe relación entre la presencia de flujos migratorios centroamericanos y la distribución, en los niveles municipal y regional, de casos de SIDA en el estado de Chiapas.

3.- Existe una interacción<sup>9</sup> de relaciones sexuales entre la población perteneciente a los flujos migratorios de origen centroamericano que tienen contacto con el territorio del estado de Chiapas y su población en el nivel regional.

4.- Existe relación entre el nivel de bienestar socioeconómico analizado en el nivel municipal de la población en el estado de Chiapas y la distribución de tasas de casos de SIDA en ese estado por municipio.

## 3.- ORGANIZACION DE LA TESIS

El trabajo se divide en ocho capítulos que siguen una estructura lineal que va desde los antecedentes (capítulos 1 y 2), pasando por el planteamiento del problema (capítulo 3), el marco conceptual y su utilización en este documento (capítulos 4 y 5), el desarrollo de la metodología

---

<sup>9</sup> De acuerdo con El Diccionario Porrúa de la Lengua Española, interacción significa la acción recíproca entre dos o más objetos, agentes, fuerzas, funciones, etc.

(capítulo 6), la descripción de resultados (capítulo 7) y el establecimiento de conclusiones (capítulo 8). El contenido de cada capítulo está ampliamente descrito en la sección de introducción de cada uno de ellos.

#### 4.- REFERENCIAS

Bronfman M, Sejenovich G, Uribe P (1998). Migración y SIDA en México y América Central: una revisión de la literatura. México, Angulos del SIDA.

Carrier JM (1989). Sexual behavior and the spread of AIDS in Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*, 10: 129-142.

Carswell JW, Lloyd G, Howells J (1989). Prevalence of HIV-1 in east African lorry drivers. *AIDS*, 3: 759-761.

Clumeck N, Van de Perre P, Carael M, *et al* (1985). Heterosexual promiscuity among African patients with AIDS (letter). *New England Journal of Medicine*, 313: 182.

Magis C, García ML, González G, *et al* (1992). Under report of homosexuality affects epidemiological patterns of AIDS/HIV in a Latin America country. VI International Conference on AIDS/III STD World Congress. Amsterdam, Holanda, 1992 (abstract PoC4768: C371).

Pickering H, Todd J, Dunn D, *et al* (1992). Prostitutes and their clients: a Gambian survey. *Soc Sci Med*, 34: 75-88.

SIDA/ETS (1998). Análisis de la situación del SIDA y las ETS del primer trimestre de 1998. *SIDA/ETS*; 4 (2) abril-junio.

Uribe-Salas F (1996). Prevalencia y determinantes de enfermedades de transmisión sexual en mujeres trabajadoras en el sexo comercial en la ciudad de México. Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias Sociomédicas con Enfoque en Epidemiología por la Universidad Nacional Autónoma de México. México, Distrito Federal, 7 de febrero de 1997.

Uribe-Salas F, Hernández-Avila M, Conde-Glez C, *et al* (1997). Low prevalence of HIV infection and sexually transmitted disease among female commercial sex workers in Mexico City. *American Journal of Public Health*, 87: 1012-1015.

Uribe-Salas F, Conde-Glez C, Juárez-Figueroa L, Hernández-Castellanos A (2003). Socio-demographic dynamics and sexually transmitted infections in female sex workers from the Mexican-Guatemalan border. *Sex Transm Dis*, 30 (3): 266-271.

## RESUMEN

**Antecedentes:** Hacia 1998 se empezó a plantear que la epidemia de VIH/SIDA no era homogénea en México sino que tenía variantes según regiones en el País. En el sur, particularmente en la región fronteriza con Guatemala, se documentó la existencia de un proceso de “heterosexualización” de la epidemia. Estudios realizados en mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en la región del Soconusco, al sur del estado de Chiapas, pusieron en duda la existencia de aquel proceso ya que encontraron frecuencias de infección por el VIH bajas, menores de 1%. Además, la región del Soconusco ha sido considerada como un corredor de flujos migratorios de origen centroamericano lo cual combinado con el desarrollo socioeconómico de la región le confiere una mayor dinámica sociodemográfica a la epidemia.

**Planteamiento del problema:** Si no son las MTS la principal fuente de infección para la población masculina heterosexual ¿cómo se está infectando entonces esa población? Se plantea que el problema puede ser de clasificación de los comportamientos sexuales de los individuos masculinos sororeactivos al VIH. Asimismo, se plantea una relación entre las características sociodemográficas de la región del Soconusco y la epidemia de VIH/SIDA.

**Objetivos:** 1) Analizar el comportamiento sexual de individuos masculinos diagnosticados como positivos a la prueba de VIH en la Jurisdicción Sanitaria VII, en el estado de Chiapas.

2) Analizar la relación entre los flujos migratorios provenientes de Centroamérica y la distribución de tasas de casos de VIH/SIDA en el estado de Chiapas.

3) Analizar la relación entre el índice de nivel de bienestar de la población en el estado de Chiapas desagregado en el nivel municipal y su relación con las tasas de casos de VIH/SIDA.

**Metodología:** Se realizó un abordaje de género para el análisis de la masculinidad mediante los conceptos de rol de género e identidad sexual. El análisis de las prácticas sexuales permitió la articulación del análisis de género con la epidemiología del VIH/SIDA. Se realizaron entrevistas en profundidad a individuos masculinos registrados por la Jurisdicción Sanitaria VII como casos de VIH/SIDA. Fue aplicado un cuestionario biográfico que inquiría sobre las características sociodemográficas, comportamientos sexual, y antecedentes de transfusión sanguínea y drogadicción intravenosa. Se realizaron entrevista en profundidad que tomaron como guía al cuestionario biográfico. Aquellas fueron grabadas y posteriormente transcritas y analizadas como estudios de caso. Para los otros objetivos se utilizó la base de datos de casos de VIH/SIDA de CENSIDA y se construyeron tasas de casos utilizando la población en el nivel de municipio y región en el estado de Chiapas y también el índice de nivel de bienestar.

**Resultados:** La forma en que la sexualidad es vivida y narrada por las personas entrevistadas resultó ser más rica en expresiones, matices y significados que la información que pudiera proporcionar la clasificación basada en categorías cerradas del comportamiento sexual. Se establecieron relaciones entre la distribución de los flujos migratorios y las tasas de casos de VIH/SIDA así como entre el índice de nivel de bienestar y aquellas tasas.

**Conclusiones:** No existe una correspondencia estable entre identidad sexual y prácticas sexuales, es decir, no existe relación entre lo que el individuo dice que es y lo que realmente hace. Es el análisis del rol de género el permite entender tanto la identidad sexual como las prácticas sexuales de los individuos. Lo anterior cuestiona la clasificación del comportamiento sexual en categorías cerradas y por lo tanto cuestiona también la llamada “heterosexualización” de la epidemia de VIH/SIDA en la región del Soconusco. Adicionalmente se proporcionan elementos que apoyan la hipótesis de que el contexto sociodemográfico de la región está relacionado con la epidemia de VIH/SIDA.

## CAPITULO 1

### ANTECEDENTES DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN MEXICO Y SU IMPORTANCIA

#### PARA EL PRESENTE ESTUDIO

##### 1.- INTRODUCCION

En este capítulo se hace una caracterización de la epidemia de VIH/SIDA en México que pone énfasis en la creación del Comité Nacional de Prevención del SIDA y posteriormente del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA como dos figuras administrativas que han tenido sus propios instrumentos de difusión de la información relacionada con las diferentes características de la epidemia de SIDA y con diferentes medidas de prevención de la infección por el VIH. Sin embargo, estas dos organizaciones administrativas nunca han controlado la información estadística sobre la epidemia sino que la Dirección General de Epidemiología ha sido siempre la instancia que la ha recabado, procesado y publicado. El análisis que hacemos aquí sobre la epidemia de SIDA se concentra exclusivamente en hombres y se basa en el último número publicado de la revista SIDA/ETS publicada en 1998. La importancia que reviste este capítulo para el presente estudio estriba en mostrar que, en México, el principal mecanismo de transmisión del VIH/SIDA en hombres ha sido el comportamiento homosexual y bisexual. Este es el punto de partida con el cual se contrasta las características que ha tomado la epidemia en el estado de Chiapas y particularmente en la región del Soconusco según la información oficial disponible.

##### 2.- FUENTE DE INFORMACION SOBRE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA

Aunque en México los primeros casos de SIDA fueron identificados en 1983, el primer recuento de casos fue realizado por la Dirección General de Epidemiología en agosto de 1985. En 1986 fue creado el Comité Nacional de Prevención del SIDA como respuesta a la solicitud hecha por

la Organización Mundial de la Salud a los países miembros de construir comités nacionales que coordinen los esfuerzos en la lucha contra el SIDA (Gaceta CONASIDA, 1988: 14). Este Comité contaba con la Gaceta CONASIDA, como instrumento de difusión de sus actividades y sobre el abordaje de diferentes temas relacionados con la epidemia de VIH/SIDA en México.

Dada la relevancia que estaba representando la epidemia de VIH/SIDA en México, en 1988 fue creado el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA (CONASIDA) como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud cuyas funciones fueron promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público y privado para combatir la epidemia de VIH/SIDA (Gaceta CONASIDA, 1988: 14). Sin embargo, este Consejo no contaba con una publicación propia sobre la frecuencia y caracterización de casos de VIH/SIDA sino que fue la Dirección General de Epidemiología quien empezó a editar el Boletín Mensual de SIDA a partir de 1987.<sup>10</sup>

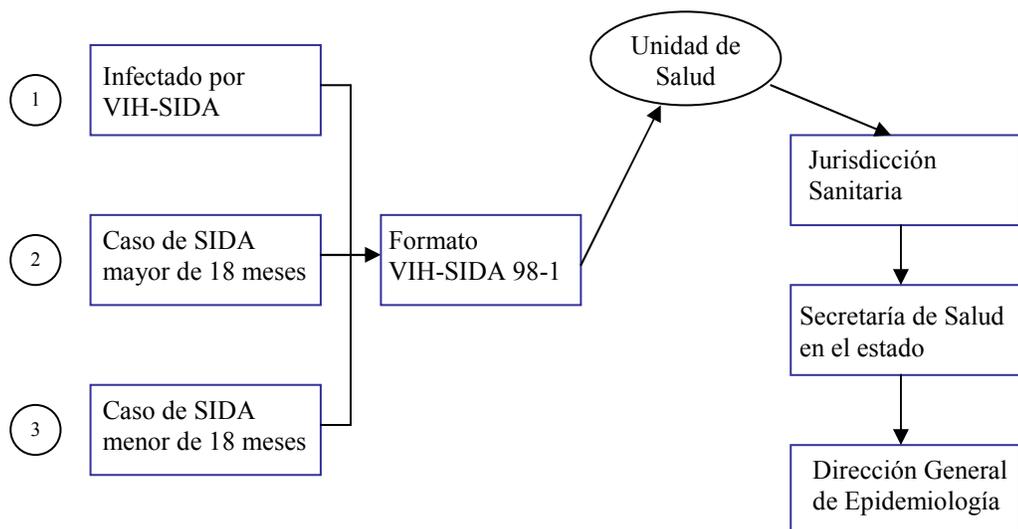
La importancia de esta publicación mensual era que permitía al lector hacer un análisis muy completo sobre la distribución de los casos de SIDA por una serie de características demográficas y de mecanismos de transmisión del VIH. Este boletín tuvo modificaciones en 1995 en que fue agregada información sobre las diferentes enfermedades de transmisión sexual además del SIDA y se publicó en forma de revista trimestral titulada SIDA/ETS editada por la Dirección General de Epidemiología y CONASIDA. Desafortunadamente esta publicación fue suspendida en 1998. Ahora CONASIDA difunde, desde 1994, las estadísticas sobre SIDA a través de *internet* (Bravo-García et al, 1997). Sin embargo, esa información es incompleta en términos de la reconstrucción de tendencias, de separar los mecanismos de transmisión entre

---

<sup>10</sup> De hecho el flujo de la información sobre casos de SIDA circula desde las unidades de salud en el nivel regional en los estados de la república a las jurisdicciones sanitarias de esos estados y luego es enviada al nivel central en los estados de la república para finalmente concentrarse, en el nivel nacional, en la Dirección General de Epidemiología (figura 1).

hombres y mujeres en diferentes años y de evaluar magnitudes en el tiempo respecto de la participación de las diferentes entidades federativas en la epidemia. En conclusión, dicha forma de manejar la información no sustituye a la que era publicada en el Boletín Mensual de SIDA y en la Revista SIDA/ETS.

**Figura 1.- Flujograma de notificación de caso de SIDA e infección por VIH al Sector Salud**



Fuente: Manual para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA (1990: 29) y Noriega et al, (2002).

### 3.- CARACTERIZACION DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN MEXICO

En el contexto mundial, México ocupaba, para 1998, el 13° lugar de acuerdo con el número absoluto de casos de SIDA notificados mundialmente y el 3° lugar en el continente americano después de Estados Unidos y Brasil. Sin embargo, cuando se calculan tasas de incidencia de casos acumulados desde el inicio de la epidemia, por millón de habitantes, México ocupa la posición 69 en el nivel mundial, el lugar 29 en Latinoamérica y el Caribe y el lugar 11 en toda América después de Estados Unidos, Honduras, Belice, Brasil, Panamá, El Salvador, Costa Rica, Dominicana, Canadá, y Argentina, respectivamente (Magis-Rodríguez *et al*, 1998).

La epidemia de VIH/SIDA en México puede ser clasificada como concentrada, caracterizada por una diseminación rápida de la infección por el VIH hacia determinados grupos de población, pero que no se ha establecido en la población general.<sup>11</sup> Por ello se han realizado en México desde 1985 diversos estudios centinela. En la tabla 1 podemos observar que la infección se ha concentrado en los grupos de personas que, por sus prácticas sexuales y/o adicciones, son especialmente susceptibles a la infección por el VIH particularmente en hombres con prácticas homosexuales y bisexuales (14.2%), trabajadores sexuales (12.2%), personas que practican la drogadicción intravenosa (6%), individuos diagnosticados por tuberculosis (2.1%) y prisioneros (1.6%). Las mujeres analizadas en los estudios centinela tienen menor frecuencia de infección por el VIH que los hombres. En trabajadoras sexuales se ha reportado 0.35%, en mujeres diagnosticadas por tuberculosis 0.6% y en prisioneras 1.4% (Magis-Rodríguez *et al*, 1998).

Tabla 1.- Prevalencia de infección por el VIH en hombres y mujeres evaluados a través de estudios centinela realizados en diferentes ciudades de la República Mexicana, 1991-1997.

Grupo	VIH+	HOMBRES		VIH+	MUJERES	
		n	Prevalencia		n	Prevalencia
Homo y bisexuales	1102	7747	14.2			
Trabajadores (as) sexuales	106	872	12.2	98	28099	0.35
Drogadicción intravenosa	66	1099	6			
Tuberculosis	32	1500	2.1	7	1154	0.6
Prisioneros	25	1538	1.6	4	290	1.4

Fuente: Magis-Rodríguez et al, 1998

Asimismo, se han realizado en México varias encuestas nacionales de salud en las que se ha evaluado la prevalencia de infección por VIH en la población general. Los resultados de la

<sup>11</sup> Una epidemia de infección por VIH, clasificada como concentrada, tiene el siguiente principio: “La infección por el VIH se ha diseminado rápidamente en sub-poblaciones bien definidas. La epidemia concentrada sugiere la presencia de redes activas de comportamiento sexual de riesgo dentro de las sub-poblaciones mencionadas. El curso futuro de la epidemia estará determinado por la frecuencia y la naturaleza de los vínculos entre las sub-poblaciones con altas tasas de infección y la población general. Tomando en cuenta un indicador numérico, la prevalencia de infección por VIH es consistentemente mayor a 5% en al menos una sub-población bien definida y por debajo de 1% en mujeres embarazadas en el área urbana” (Working group on global HIV/AIDS and STI surveillance, 2000: 24).

encuesta realizada en 1987 mostraron una prevalencia de 0.04% (Valdespino *et al*, 1995). De acuerdo con los resultados de la encuesta nacional de salud realizada en el año 2000 la prevalencia de infección por el VIH en población general fue de 0.15% (datos no publicados). Los resultados de las encuestas centinela en mujeres embarazadas han reportado una prevalencia de 0.06% (Valdespino *et al*, 1995). Asimismo, la información proporcionada por la revista SIDA/ETS (1998) indica que el total de casos acumulados hasta el 1° de abril de 1998 fue de 35,119. De ellos, 30,212 (86%) correspondieron al sexo masculino y 4,907 (14%) al sexo femenino. Como consecuencia de ello, la razón hombre/mujer de la incidencia acumulada de casos de SIDA para ese período fue de 6.2 hombres por cada mujer reportados.

#### 4.- CATEGORIAS DE TRANSMISION DEL SIDA EN HOMBRES

La epidemia de la infección por el VIH y el desarrollo de casos de SIDA en México, presentan un patrón dominante de transmisión sexual. Del total de casos de SIDA documentados hasta el 1° de abril de 1998 en sujetos masculinos de 15 años de edad y mayores (21,228 casos), el 91.4% (19,397 casos) se debieron al mecanismo de transmisión sexual. Predomina la transmisión homosexual con 42.5% (8,249/19,397), seguida de la transmisión bisexual con 28.8% (5,579/19,397) y la transmisión heterosexual con 28.7% de los casos (5,569/19,397). El porcentaje restante de casos (8.6%), estuvo asociado a otros mecanismos de transmisión como transfusión sanguínea, hemofílicos, donadores remunerados, drogadictos intravenosos y exposición ocupacional. En conclusión, con la información disponible en la revista SIDA/ETS (1998) se puede observar que, en el nivel nacional, los principales mecanismos de transmisión sexual en hombres de 15 años de edad y mayores fueron por prácticas homosexuales y las bisexuales con 71.2% del total de casos de VIH/SIDA. Cabe destacar las limitaciones en la calidad de la información manejada por la Dirección General de Epidemiología sobre la

epidemia de VIH/SIDA. De acuerdo con el número de casos de SIDA reportados hasta el 1° de abril de 1998, los sujetos masculinos mayores de 15 años con la enfermedad fueron 29,657 de los cuales 8,429 correspondieron a casos no documentados. Esto quiere decir que en 28.4% del total de casos no se conoce cuál fue el mecanismo de transmisión de la enfermedad, lo cual representa cerca de una tercera parte del universo reportado (SIDA/ETS, 1998). Ello se debe a que con el avance de la epidemia de casos de SIDA en México se empezó a recabar información sobre aquellos individuos que fallecieron por enfermedades relacionadas por este síndrome y que no habían sido previamente notificados como casos de SIDA (Izazola, comunicación personal). Ello representa una limitación para el entendimiento de la epidemia de SIDA en México, particularmente en lo referente a los mecanismos de transmisión sexual del VIH.

#### 5.- REFERENCIAS

Bravo-García E, Magis-Rodríguez CL (1997). La información sobre VIH/SIDA en *internet*. SIDA/ETS; 3 (2): 39-45.

Gaceta CONASIDA (1988). Decreto de creación de CONASIDA. Gaceta CONASIDA, año I, número 3: 14-15.

Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Anaya-López L, Uribe-Zúñiga P (1998). La situación del SIDA en México a finales de 1998. SIDA/ETS, 4: 143-155.

Manual para la vigilancia epidemiológica VIH-SIDA (1990). México, SSA/DGE/INDRE.

Noriega S, Magis C, Uribe P, et al (2002). The Mexican HIV/AIDS surveillance system: 1986-2001. AIDS; 16 (suppl 3): S13-S17.

SIDA/ETS (1998). Análisis de la situación del SIDA y las ETS del primer trimestre de 1998. SIDA/ETS; 4 (2) abril-junio.

Valdespino JL, García ML, Del Río A, et al (1995). Epidemiología del VIH/SIDA en México; de 1983 a marzo de 1995. Salud Pública México; 37: 556-571.

Working group of global HIV/AIDS and STI surveillance (2000). Guidelines for second generation HIV surveillance. Washington, UNAIDS/WHO.

## CAPITULO 2

### CARACTERIZACION GEOGRAFICA Y SOCIO-DEMOGRAFICA DE LA REGION DEL SOCONUSCO EN EL ESTADO DE CHIAPAS COMO CONTEXTO PARA EL ESTUDIO DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA

#### 1.- INTRODUCCION

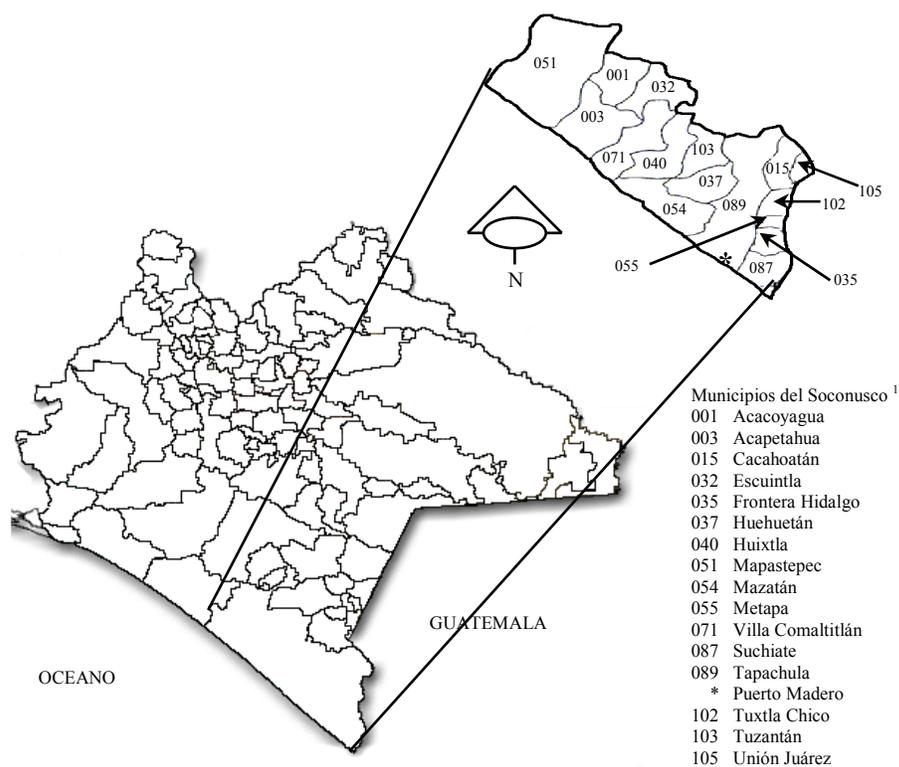
El Soconusco es un contexto regional complejo para entender la epidemia de VIH/SIDA. Se trata de un lugar donde coincide la riqueza, la marginación, una gran diversidad étnica y la presencia permanente de migrantes, provenientes, en su mayoría, de Centroamérica. El espacio parece haber dado una configuración distinta a la epidemia pues, en contraste con el resto del país, es una región donde la transmisión ha sido clasificada de carácter heterosexual (Bronfman et al, 1996). Ante esta singularidad, este capítulo propone explorar algunas de las dimensiones socio-demográficas y geográficas que, se sugiere, han dado forma al curso y a la caracterización de la epidemia en el Soconusco. Además, como se propone más adelante, en esta complejidad socio-demográfica regional la migración podría estar relacionada con la dinámica que toma la epidemia de VIH.

Sin entrar en profundidad en la discusión sobre el concepto de región, en el presente trabajo se parte de un concepto administrativo de la misma, a través del cual se hace una delimitación geográfica y socio-demográfica. Atendiendo a un concepto administrativo de región entendemos por tal aquella porción de territorio que se le somete a prácticas de intervención externa. Este concepto implica una perspectiva de análisis que tiene una intencionalidad de planificación venida de fuera, de tal manera que considera a la región objeto de modificaciones basadas en condiciones de normatividad (Castillo, 2002). En este sentido el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2000a), para analizar las características socio-

demográficas del estado de Chiapas, lo ha dividido en nueve regiones geoestadísticas, una de las cuales es el Soconusco. Esta región se encuentra situada al sur del estado de Chiapas y limita con Guatemala hacia el suroeste y con el Océano Pacífico al sureste.

El Soconusco consta de una superficie de 5,475.5 km<sup>2</sup> que representa el 7.2% del territorio estatal de Chiapas (ECOSUR, 2002: 3). De los 118 municipios en que se encuentra dividido dicho estado, 16 son los que constituyen la región del Soconusco (figura 2). En términos demográficos la población del Soconusco fue estimada en 664,437 habitantes para el año 2000, cifra que representó el 16.9% del total de la población del estado de Chiapas en ese año (INEGI, 2000b).

Figura 2.- División municipal del estado de Chiapas y región del Soconusco



<sup>1</sup> Fuente: INEGI (2000a).

En términos socio-económicos el Soconusco es una de las zonas más desarrolladas en Chiapas ya que allí se centra la producción agrícola más rica de ese estado (Arriola 1995: 17-18).<sup>12</sup> Con la mayor densidad de población,<sup>13</sup> en esta región se sitúa la ciudad fronteriza más importante de la región: Tapachula, metrópoli del Soconusco y principal centro económico de la entidad.<sup>14</sup> La región cuenta también con el mayor número de carreteras pavimentadas en el estado de Chiapas, el ferrocarril Panamericano, un aeropuerto internacional y un puerto marítimo. Esta infraestructura en comunicaciones y su situación geográfica respecto de Centroamérica han convertido a la región del Soconusco en un corredor natural de diferentes flujos migratorios provenientes de Centro y Sudamérica e inclusive de Asia.

## 2.- PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LA POBLACION EN LA REGION DEL SOCONUSCO POR MUNICIPIOS Y SU RELACION CON LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA

Aunque nuestro interés se centra en el Soconusco, la región forma parte de una entidad mayor, el estado de Chiapas; por este hecho no podemos perder de vista al total del estado. Así, aquí se intenta establecer una descripción socio-demográfica empezando por el nivel general del estado de Chiapas, lo cual sirve como referencia para situar posteriormente a la región del Soconusco.

De acuerdo con Martínez Velasco (1999: 143) una de las particularidades que guarda el estado de Chiapas respecto a la República Mexicana consiste en que la población indígena participa de manera importante dentro del conjunto de la población total. En Chiapas reside el 13% del total de indígenas del país, lo cual resulta un dato relevante pues, aunado al porcentaje

---

<sup>12</sup> El café es el cultivo perenne más importante de la región del Soconusco ya que ocupa el 52.5% de la superficie dedicada a cultivos frutales e industriales. Debido a ello, el Soconusco conserva el primer lugar en importancia nacional como región productora de café (ECOSUR, 2002: 12-16).

<sup>13</sup> De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda realizado en el año 2000 por el INEGI (2002b), la densidad de población en el Soconusco era de 121.3 habitantes por km<sup>2</sup> mientras que en el nivel estatal de Chiapas era de 51.8 habitantes por km<sup>2</sup>.

<sup>14</sup> De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda realizado por el INEGI (2002b) en el año 2000, la población de la región del Soconusco ascendía a 664,437 mil habitantes, representando el 16.9% de la población del estado de Chiapas. La ciudad de Tapachula concentra el 40.9% de la población de la región.

de la población de origen centroamericano, nos muestra el complejo mosaico cultural de la entidad y hace referencia a la marginación que distingue el estado dentro del contexto nacional.

De hecho, dentro de la república mexicana la población del estado de Chiapas ha figurado entre las más rezagadas desde el punto de vista socio-económico. Una forma de evaluar el rezago socio-económico de la población se ha logrado construyendo índices de marginación. El índice de marginación es una medida resumen que permite diferenciar entidades federativas y municipios de acuerdo con el impacto global de las carencias que padece la población. Tales carencias serían la falta de acceso a la educación, la residencia en viviendas inadecuadas, la percepción de ingresos monetarios insuficientes y las residencias de las personas en localidades pequeñas. De acuerdo con las evaluaciones realizadas por el Consejo Nacional de Población (CONAPO, 1995 y 2000) sobre el grado de marginación en la población en México, la población del estado de Chiapas junto con las poblaciones de los estados de Oaxaca, Guerrero y Veracruz, quedó clasificada entre aquellas que tuvieron los índices más altos de marginación. En 2000 las poblaciones de estos estados, más la de Hidalgo, fueron clasificadas como las más rezagadas en él.<sup>15</sup>

De acuerdo con el índice de marginación construido por CONAPO para el año 2000, Chiapas es el estado cuya población tiene el mayor índice de marginación en México. Atendiendo a la distribución de los siguientes indicadores entre la población tenemos que: 23% de la población de 15 o más años de edad es analfabeta y 50% no terminó la primaria; casi uno de cada 5 habitantes ocupa viviendas sin drenaje ni sanitario exclusivo; 12 de cada 100

---

<sup>15</sup> El índice de marginación por entidad federativa en México fue construido utilizando el Censo de Población y Vivienda de 1995 y la encuesta paralela que realizó el INEGI. Fueron utilizados los siguientes indicadores tomados del Censo: analfabetismo; viviendas sin agua entubada; viviendas sin drenaje; viviendas sin energía eléctrica; y residencia en localidades con menos de cinco mil habitantes. De la encuesta realizada por el INEGI fueron tomados primaria incompleta; viviendas con piso de tierra; hacinamiento y población ocupada que gana hasta dos salarios mínimos (CONAPO, 1995). El índice de marginación del año 2000 fue construido con los mismos indicadores utilizados por el INEGI para la construcción del índice de marginación de 1995 pero la fuente de la información fue la base de datos del XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

habitantes reside en viviendas sin energía eléctrica; uno de cada cuatro sin agua entubada; cuatro de cada diez personas habitan en una vivienda con piso de tierra; y casi dos de cada tres viven hacinados. Asimismo, la gran mayoría es de bajos ingresos siendo que 76% de la población gana dos salarios mínimos o menos y 61% vive en localidades pequeñas con menos de cinco mil habitantes.

Asimismo CONAPO realizó también, para el año 2000, un análisis del índice de marginación desagregado al nivel municipal, tomando como un todo a la república mexicana. Este análisis permite contrastar los municipios del estado de Chiapas respecto del resto de municipios en el agregado nacional pero tiene la limitación de que no da una idea de la clasificación, por grados de marginación, de lo que ocurre con la población en el interior del propio estado. De esta manera CONAPO analizó la población de 117 municipios del estado de Chiapas y encontró que la población de 44 de ellos (37.6%) tuvieron un grado “muy alto” de marginación; en 65 municipios (55.5%) un grado “alto”; en 6 municipios (5.1) un grado “medio”; en 1 municipio (0.8%) un grado “bajo”; finalmente en 1 municipio (0.8%) un grado “muy bajo”. En otras palabras, prácticamente todos los municipios del estado de Chiapas (93.1%) se encuentran clasificados en las categorías de mayor marginación con respecto de los municipios en el nivel nacional.

Si nos concentramos exclusivamente en los municipios de la región del Soconusco tenemos que 14 de los 16 que la componen (Acacoyagua, Acapetahua, Cacahuatán, Escuintla, frontera Hidalgo, Huehuetán, Mapastepec, Mazatán, Metapa, Villa Comaltitlán, Suchiate, Tuxtla Hicho, Tuzantán y Unión Juárez) tuvieron un grado de marginación “alta” y solamente dos municipios (Huixtla y Tapachula) tuvieron un grado de marginación “media” (CONAPO, 2000).

Existen otros trabajos que han intentado hacer una evaluación socio-económica de la población del estado de Chiapas tomándolo como un todo. El primero de ellos realizado por Fernández (1995) quien utilizó un modelo de regionalización con variables socio-económicas y demográficas.<sup>16</sup> Para esta autora, indicadores como disponibilidad de energía eléctrica y piso de tierra en la vivienda, son indicadores de las condiciones de bienestar de la población del estado de Chiapas. Estos indicadores no funcionarían en otros estados de la república donde la disponibilidad de esas características de la vivienda, son muy elevadas. Usando esta técnica estadística, la autora observa un gradiente que va de menor a mayor rezago socio-demográfico y económico y construye una escala que clasifica a los municipios del estado de Chiapas con valores que van de 1 (menor rezago) a 5 (mayor rezago).

De acuerdo con la clasificación anterior, los municipios del Soconusco quedaron distribuidos de la siguiente manera: Tapachula y Huixtla en la categoría 1; Cacahoatán, Frontera Hidalgo, Mapastepec, Mazatán, Metapa, Suchiate, Tuxtla Chico y Unión Juárez en la categoría 2; Acacoyagua, Acapetahua, Escuintla, Huehuetán, Villa Comaltitlán y Tuzantán en la categoría 3. No hubo municipios del Soconusco clasificados en las categorías 4 y 5. En síntesis, podemos observar en la tabla 2 que, en el contexto del trabajo de Fernández (1995), 6 del total de municipios que constituyen la región del soconusco se encuentran incluidos en el nivel medio del

---

<sup>16</sup> Las fuentes de información utilizadas fueron la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) llevada a cabo por el INEGI en 1992 para la estimación de la fecundidad y la mortalidad infantil en el estado de Chiapas. Para el resto de las variables (relación de dependencia, porcentaje de población de 5 años y más que habla lengua indígena; porcentaje de mujeres de 15 años y más sin educación primaria; porcentaje de población ocupada en el sector primario; porcentaje de población ocupada que percibe hasta un salario mínimo; porcentaje de la población del municipio respecto del estado; porcentaje de ocupantes en viviendas con piso de tierra; porcentaje de ocupantes en viviendas sin drenaje ni excusado; porcentaje de ocupantes en viviendas sin electricidad) fueron tomadas del XI Censo General de Población y Vivienda realizada por el INEGI en 1990. La pretensión teórica que se tiene al utilizar el método de regionalización es que permite la apreciación gráfica de variación socio-demográfica entre regiones (en este caso los municipios) debido a la posición relativa que toman los valores de los indicadores involucradas en el análisis.

índice clasificatorio mientras que los restantes 10 municipios se encuentran en los niveles más bajos de rezago socio-demográfico y económico en el estado de Chiapas.

Tabla 2.- Distribución de municipios en la región del Soconusco y en el resto del estado de Chiapas de acuerdo con el índice de rezago socio-económico.

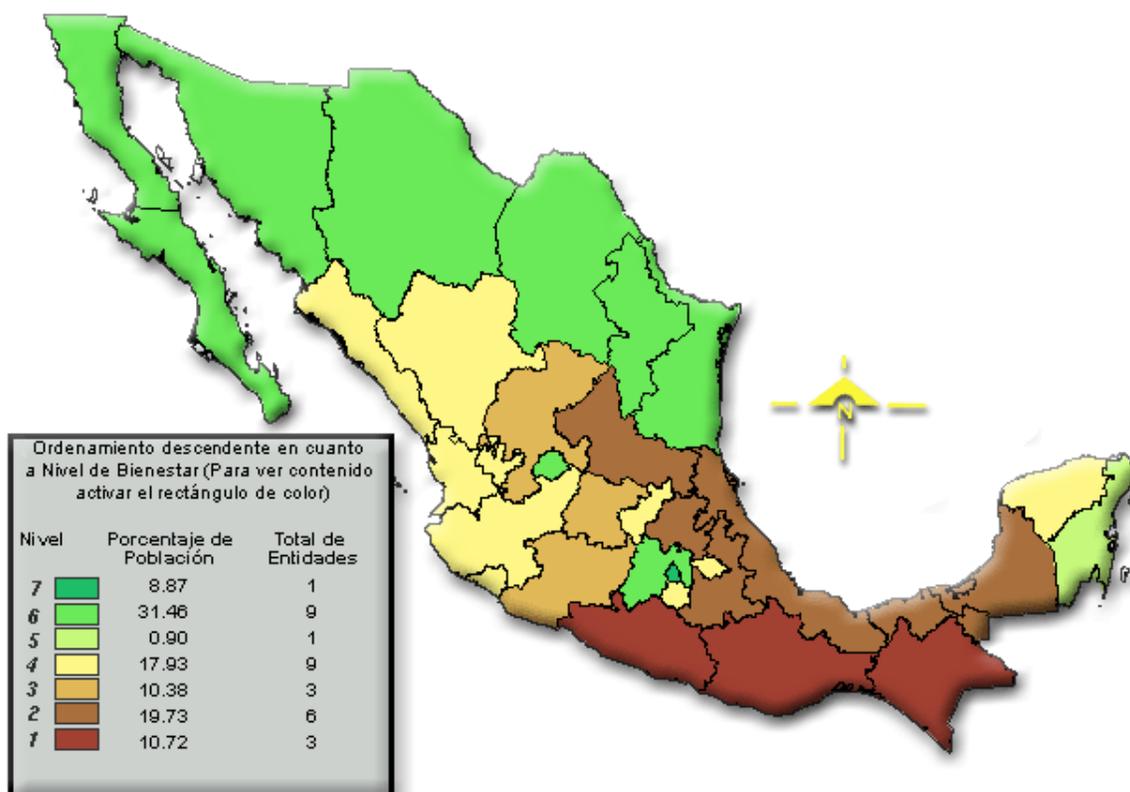
Nivel de rezago ¶	Municipios Soconusco		Municipios resto Chiapas	
	No	%	No	%
1	2	12.5	6	6.3
2	8	50.0	18	18.9
3	6	37.5	26	27.3
4	0	0.0	32	33.6
5	0	0.0	13	13.6

¶ Nivel del índice que va de 1 (menor rezago) a 5 (mayor rezago)

Fuente: Fernández (1995).

Por su parte el INEGI (2000b) construyó un índice de bienestar utilizando la información sociodemográfica para el estado de Chiapas del XII Censo de Población y Vivienda. Para la construcción del índice se utilizaron 36 indicadores de temas relacionados con la educación, la salud, la vivienda, el tamaño de la familia, porcentaje de personas en poblaciones menores de 2500 habitantes y la disponibilidad de bienes y servicios. El índice construido fue dividido en tres categorías de población de acuerdo con su distribución: por estado, por municipio en el nivel global en la república mexicana y por municipal en el contexto del estado tomándolo como un todo (INEGI, 2000b). El índice fue categorizado en 7 niveles de bienestar que van entre el 1 (nivel más bajo) y el 7 (nivel más alto). Como resultado de la clasificación de la población en términos de su nivel de bienestar por entidad federativa en México observamos que el estado de Chiapas quedó clasificado en el nivel más bajo de bienestar (nivel 7) junto con los estados de Guerrero y Oaxaca (figura 3).

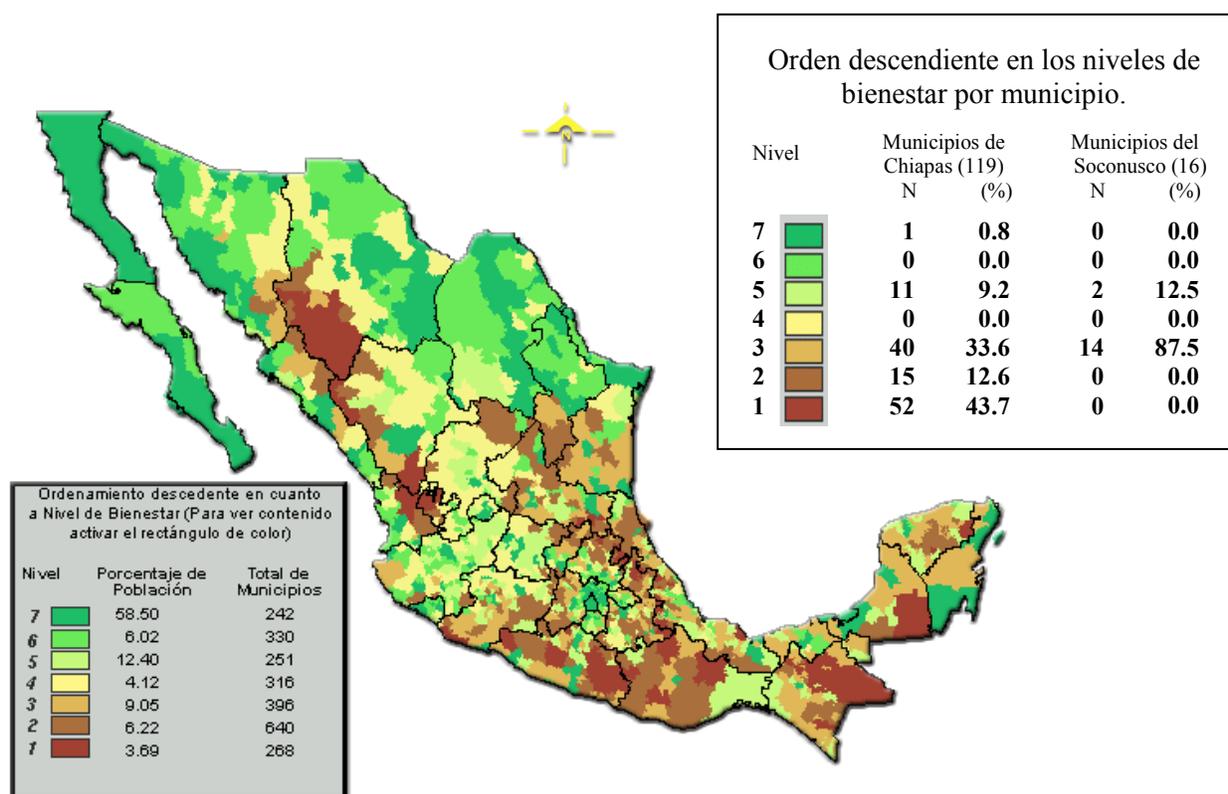
Figura 3.- Niveles de bienestar por entidad federativa en la república mexicana para el año 2000.



En la figura 4 podemos observar la distribución del total de municipios en la república mexicana de acuerdo con el nivel de bienestar ya descrito (INEGI, 2000b). Concentrándonos exclusivamente en el estado de Chiapas podemos observar en la tabla anexa al mapa, que más de la mitad de los municipios de Chiapas (56.3%) fueron clasificados en los niveles más bajos de bienestar. En contraste en el Soconusco ninguno fue clasificado en esas categorías. A su vez la mayoría de los municipios del Soconusco (87.5%) fueron clasificados en la categoría 3 mientras que en el nivel estatal lo fueron 33.6%. Asimismo proporcionalmente más municipios del Soconusco (12.5%) fueron clasificados en la categoría 5 respecto del nivel estatal en que lo fueron 9.2%. En otras palabras, los municipios del Soconusco quedaron clasificados en mejor posición de bienestar socio-económico respecto de los municipios totales del estado de Chiapas.

No obstante lo anterior, en esta clasificación global de municipios en la república mexicana, la mayoría de los municipios del Soconusco quedaron considerados dentro de una clasificación baja pues la mayoría fue colocado en la categoría 3 que se encuentra por debajo del punto medio de la escala clasificatoria.

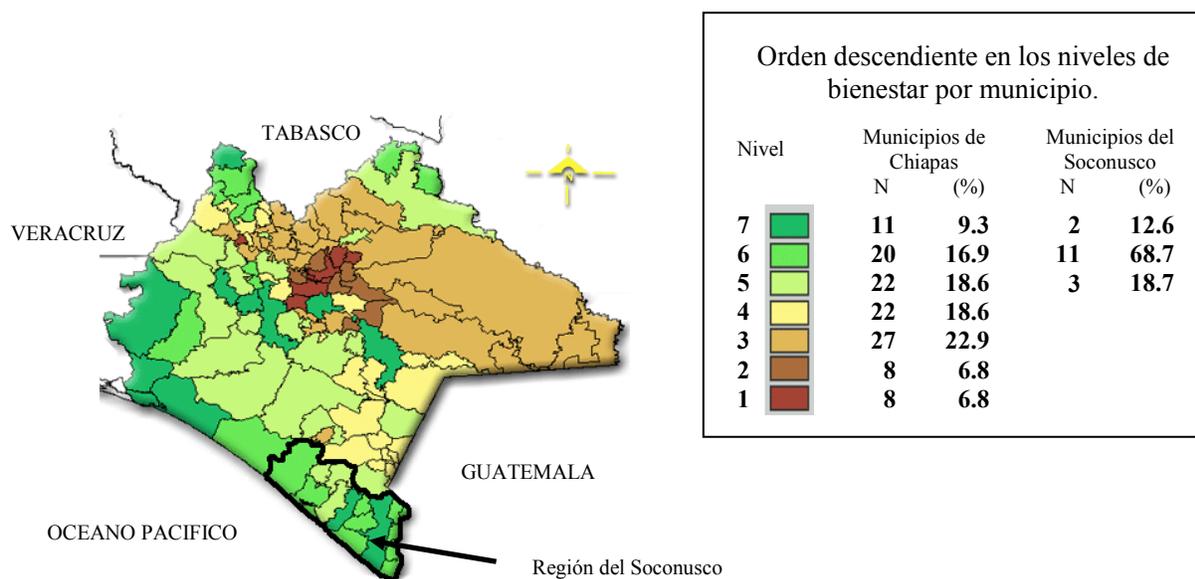
Figura 4.- Niveles de bienestar por municipio en la república mexicana para el año 2000.



Finalmente se realizó una clasificación exclusiva de municipios al interior del estado de Chiapas (INEGI, 2000b). Podemos observar en la figura 5 que la gran mayoría de los municipios pertenecientes al Soconusco ( $n=11$ , 68.7%) fueron clasificados en el nivel 6 del índice de bienestar, que es el segundo en un recorrido que va desde el nivel 1 que es el más bajo, hasta el nivel 7 que es el más alto. De esta manera todos los municipios pertenecientes a la región del Soconusco se encuentran en los tres niveles más altos de la clasificación de bienestar en el estado

de Chiapas incluyendo dos municipios (Tapachula y Huixtla) que fueron clasificados en el nivel más alto de bienestar.

Figura 5.- Niveles de bienestar en el estado de Chiapas y en la región del Soconusco por municipio para el año 2000.



En conclusión tenemos que, independientemente de la metodología seguida para evaluar el nivel socio-económico y demográfico de las poblaciones en la república mexicana, la población del estado de Chiapas conjuntamente con las de Oaxaca y Guerrero, son clasificadas en el nivel socio-económico y demográfico más bajo en contraste con las poblaciones del resto de estados de la república. Asimismo, cuando la población de la república mexicana es desagregada al nivel municipal, la contenida en los municipios del estado de Chiapas es clasificada en su mayor parte en los niveles socio-económicos y demográficos más bajos al compararla con la población del total de municipios de la república. La población de los municipios de la región del Soconusco por otra parte, también es clasificada en los niveles socio-económicos y demográficos bajos, pero no en los niveles más bajos de la escala, como sí ocurre con la mayoría de la población de los municipios del estado de Chiapas. Finalmente, cuando es analizada exclusivamente la población del estado de Chiapas y es desagregada en el nivel

municipal, encontramos que la mayoría de los municipios del Soconusco se encuentran clasificados en los niveles socio-económicos y demográficos más altos dentro del estado de Chiapas. En otras palabras, la población comprendida en los municipios de la región del Soconusco no es la más rezagada desde el punto de vista socio-económico y demográfico en el contexto del estado de Chiapas aunque sí lo es a nivel nacional.

Consideramos que el desarrollo anterior, sobre el nivel socioeconómico de la población en el estado de Chiapas en el nivel municipal, tiene relación con las tasas de incidencia de VIH/SIDA reportados por el sistema de vigilancia epidemiológica en ese estado. En otras palabras, la epidemia de VIH/SIDA se desarrolla en aquellos municipios con mayor desarrollo socioeconómico en el estado de Chiapas tomando como indicador la tasa de casos de VIH/SIDA y su distribución por municipio y por nivel de bienestar.

### 3.- SITUACION GEOGRAFICA DEL SOCONUSCO Y SU RELACION CON LA MIGRACIÓN INTERNACIONAL

La epidemia de VIH en el Soconusco ha sido relacionada con la que existe en Centroamérica (Bronfman et al, 1996). Debido a que esta conexión es atribuida a la movilidad poblacional en el área fronteriza, aquí se hace una pequeña reseña sobre la relación que diferentes autores han encontrado entre movilidad poblacional y diseminación del VIH en otras regiones en el mundo, particularmente en Africa Sursahariana.

La movilidad geográfica de la población ha sido reconocida como una condición que facilita la transmisión del VIH. Este fenómeno ha sido documentado con particular énfasis en Africa Sursahariana debido a las altas frecuencias que de aquella infección se han encontrado entre la población (Hunt, 1989; Pison et al, 1993). Autores como Brockerhoff y Biddlecom (1999) han documentado, utilizando información demográfica y de salud en Kenia recabada

durante 1993, que los hombres migrantes entre áreas urbanas y las mujeres migrantes dentro de áreas rurales tienen una probabilidad mayor de tener comportamientos sexuales de riesgo para adquirir la infección por el VIH con respecto de las personas no migrantes. Otros autores como Nunn et al (1995), han demostrado que la prevalencia de infección por el VIH-1 es significativamente mayor entre aquellos individuos que han tenido movilidad geográfica respecto de los que no la han experimentado, al estudiar la población de un subdistrito de Uganda. También se ha documentado que vivir en poblados que se encuentra sobre las principales rutas de transporte o viajar a lo largo de ellas como es el caso de los choferes de transporte de carga, está relacionado con frecuencias mayores de infección por el VIH (Carswell et al, 1989; Serwadda et al, 1992). También las personas que hacen viajes internacionales a diferentes regiones de Africa Sursahariana tienen mayor probabilidad de adquirir la infección (Hawkes et al, 1994). La migración masiva de adultos jóvenes solteros desde áreas presumiblemente conservadoras en relación con el comportamiento sexual hacia regiones urbanas donde el comportamiento sexual es más permisivo en Africa, también ha estado relacionado con una mayor frecuencia de infección por VIH (Decosas et al, 1995).

En México pocos estudios han intentando relacionar la presencia de flujos migratorios de origen centroamericano, que tienen un contacto importante con la región sur del estado de Chiapas, y su relación con la epidemia de VIH. Una revisión de la literatura sobre migración y SIDA en México y América Central, elaborada por Bronfman et al (1998) no encuentra referencia a trabajo alguno que haya intentado relacionar los flujos migratorios centroamericanos que tienen contacto con la región sur del estado de Chiapas, particularmente la región del Soconusco, y la epidemia de VIH/SIDA en Centroamérica y en esta región de Chiapas. De hecho, la pesquisa que realizan Bronfman y colaboradores queda muy lejos de cumplir con el

enunciado que establecen en el título del trabajo, pues no muestran que en realidad exista una relación entre lo que estos autores llaman “migración y SIDA”. Esto se debe a que estos autores no han hecho una investigación cuantitativa que les permita relacionar la frecuencia de infección por el VIH en la población del Soconusco y la presencia de flujos migratorios provenientes de Centroamérica. Estos autores dan por hecho que existe aquella relación entre migración y SIDA y posteriormente se dedican a realizar intervenciones en “traileros” (Bronfman et al, 2002a), en trabajadoras sexuales (Bronfman et al, 2001) y en poblaciones móviles (Bronfman et al, 2002b), sin haber investigado en ninguno de esos grupos la frecuencia de la infección por el VIH y mucho menos si esa frecuencia estaba relacionada con la migración de personas de origen centroamericano.

#### 4.- BREVE HISTORIA DE UNA RELACION TRANSFRONTERIZA

Desde el punto de vista histórico el Soconusco ha sido un territorio en disputa —el más disputado entre México y Guatemala— y, a la vez, un punto de enlace entre los dos países. De esta forma, casi cualquier suceso en la región, la epidemia de VIH, por ejemplo, tiene antecedentes mexicanos, guatemaltecos y, crecientemente, centroamericanos.

Dentro de las diferentes etapas de conformación del territorio nacional, el Soconusco jugó un papel preponderante en el sur del estado de Chiapas. Debido a que es una zona con tierras fértiles y cuenta con gran cantidad de recursos naturales ha estado vinculada, desde épocas remotas a la economía de otras regiones. Así por ejemplo, en la época precolombina su principal producto, el cacao, era destinado a abastecer al imperio azteca (Báez-Landa, 1985: 141). Actualmente el café, particularmente el llamado café orgánico, que se cultiva sin la utilización de fertilizantes e insecticidas, es destinado al mercado externo. Históricamente el Soconusco ha sido la región económica más importante de Chiapas.

La conquista del Soconusco fue encabezada por Pedro de Alvarado en 1523 quien recorrió la costa del pacífico hasta Guatemala. En 1524 se fundó, por cédula real, la Gobernación del Soconusco. Esta quedó sujeta en lo judicial a la Audiencia de la Nueva España desde 1526. Posteriormente, al ser creada la Audiencia de los Confines, dicha Gobernación pasó a depender de la Capitanía General de Guatemala en 1553 por ser esta la sede de la nueva audiencia. La región del Soconusco perteneció a Guatemala en forma continua entre 1569 a 1821 (Báez-Landa, 1985: 142).

Durante el siglo XIX la economía del Soconusco, basada principalmente en la exportación de cacao, entró en una fuerte crisis determinada por el desarrollo del mercado mundial, lo que disminuyó la demanda del cacao producido en el Soconusco. Asimismo, fue en esa época en que tuvo lugar la guerra de independencia del país, que manifestaba en términos políticos y socioeconómicos la necesidad de separarse de la Corona Española. En el estado de Chiapas el movimiento de independencia no implicó una lucha armada, sino que se llevó de manera formal a través de la proclamación hecha por fray Matías de Córdoba desde Comitán en 1821 (Damián, 1988: 67). A partir de ese momento se inició en el estado de Chiapas un período político agitado ante la disyuntiva de integrarse al territorio mexicano, permanecer como parte de la federación centroamericana o conformar un estado independiente. En 1822 se expidió un decreto mediante el cual se anexaba Chiapas al imperio de Iturbide en México (Báez-Landa, 1985: 148).

Por su parte el Soconusco quedaba como una región neutral entre México y Guatemala, países que por esa época empezarían su disputa. En 1824 la Asamblea Legislativa de Guatemala incorporó al Soconusco a la Federación Centroamericana formando aquel parte del estado de los Altos, cuya cabecera era Quetzaltenango (Báez-Landa, 1985: 150). En 1842 la región fue

invadida por tropas del ejército oaxaqueño a las órdenes de Santa Ana, quien declara al Soconusco parte de Chiapas (Damián, 1988: 68). El conflicto político entre México y Guatemala por la posesión de la región del Soconusco estuvo latente hasta que se estableció un convenio que limitaba el espacio de dominio de cada país y en el cual la región del Soconusco llegó a formar parte definitiva del estado de Chiapas en 1882 (Damián, 1998: 69).

Para subrayar, la región del Soconusco guarda una estrecha relación con Centroamérica a través de su cercanía con Guatemala. Debido a su ubicación fronteriza el Soconusco tiene un sello distintivo que lo diferencia de otras regiones existentes en el país. Desde el punto de vista histórico, la región del Soconusco es la más dinámica de la frontera sur del estado de Chiapas debido a los fuertes vínculos que guarda con Centroamérica, particularmente con Guatemala. Es la zona de la frontera que cuenta con mayor cantidad de infraestructura carretera y ferroviaria que la comunica tanto con el centro del país como con Centroamérica. Asimismo es la región donde se da el mayor movimiento comercial y poblacional (Damián, 1988: 62).

Desde el punto de vista geográfico las entidades en México, definidas como fronterizas con Centroamérica, son Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo en una extensión de 962 kilómetros. De ellos más de la mitad (68.45%) corresponden al estado de Chiapas. De los dieciséis municipios chiapanecos sobre la línea divisoria con Guatemala, seis se localizan en la región del Soconusco (Frontera Hidalgo, Metapa, Suchiate, Tapachula, Tuxtla Chico, y Unión Juárez). Por su parte, Casillas (2002: 15) considera que, en la actualidad, Tapachula es la puerta más amplia y transitada de la frontera sur de México.

De la interesante introducción que hace Arriola (1995: 15-30) a su trabajo antropológico sobre el Soconusco realizado a mediados de los años noventa del siglo pasado, es importante destacar tres elementos que caracterizan a esta región del estado de Chiapas en su dinámica

socio-demográfica. Un primer elemento que vincula a la región del Soconusco con Guatemala es que la primera representa la puerta de entrada a México para Centroamérica, hecho que históricamente ha impulsado intensas relaciones comerciales, de amistad, políticas, religiosas y de parentesco que han entrelazado a los sectores populares entre sí como a las oligarquías de ambos países.

El segundo es que dicha región se ha destacado por ser tierra de inmigrantes y actualmente de transmigrantes. Al Soconusco han acudido familias del norte y centro de México, indígenas zapotecos del Istmo de Tehuantepec, indígenas de los Altos de Chiapas, alemanes, españoles, corsos, norteamericanos, chinos y japoneses y núcleos importantes de guatemaltecos. Entre todos estos grupos de inmigrantes, los guatemaltecos han constituido un factor estructural de la composición demográfica de Chiapas, particularmente en su franja fronteriza. Esto se debe a que históricamente el flujo migratorio guatemalteco se originó desde la Colonia cuando llega como mano de obra barata a trabajar en las fincas de cacao y se asientan en Tapachula y otros pueblos del Soconusco. En la actualidad el flujo migratorio de población guatemalteca al Soconusco abarca desde pescadores, trabajadoras domésticas, albañiles, carpinteros, vendedoras de tortas, prostitutas, hasta los clásicos jornaleros de las fincas de café y plátano.

El tercer elemento que caracteriza a la región del Soconusco y que es consecuencia de los dos primeros es que, desde el punto de vista demográfico, la población de la región ha experimentado un proceso de mestizaje. Para Arriola (1995: 22) la región del Soconusco se ha caracterizado, desde la época prehispánica, por la presencia de una diversidad étnica en la composición de su población. Tal diversidad étnica se ha revitalizado desde 1980 con las sucesivas oleadas de centroamericanos que viven allí o cruzan la frontera constantemente. No obstante lo anterior, este mestizaje se desarrolló históricamente a expensas de la disolución de las

culturas indígenas existentes en la región, pues la colonización de la costa chiapaneca se realizó a expensas de la expropiación de las tierras comunales de los indígenas. Arriola (1995: 24) refiere que desde finales del siglo XIX, cuando los mestizos se apoderaron del poder político y económico de la región, se apropiaron de las tierras de los indígenas quitándoles las bases esenciales de su cultura.<sup>17</sup>

Para efecto del análisis de la transmisión del VIH, uno de los elementos que destaca Arriola, el que se refiere a la intensa interacción de las poblaciones en ambos lados de la línea fronteriza, tiene gran importancia. Durante la primera mitad del siglo XX el flujo migratorio en la región fronteriza Guatemala-Chiapas estaba constituida principalmente por trabajadores agrícolas estacionales de origen guatemalteco. Estos acudían casi exclusivamente a trabajar en actividades relacionadas con la cosecha de café en la región del Soconusco en Chiapas. Estos trabajadores compartían dichas actividades agrícolas con campesinos provenientes de la región de los Altos en el estado de Chiapas (Castillo, 1997: 207). Agregados a estos movimientos laborales agrícolas, se observaban los movimientos habituales de personas en la región debidos a intercambios comerciales de bienes de que se carecía en uno u otro lado de la frontera y los movimientos derivados de la vecindad en una región que históricamente ha tenido fuertes vínculos culturales, de parentesco y comerciales, particularmente entre las regiones del Soconusco en el estado de Chiapas y los Departamentos de San Marcos y Huehuetenango en Guatemala (Castillo, 1990).

---

<sup>17</sup> De acuerdo con los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda realizado por el INEGI en el año 2000, la proporción de personas mayores de 5 años de edad que hablan una lengua indígena en los municipios de la región del Soconusco fue, en porcentaje global, de 0.9 con variaciones extremas de 1.8 en Cacahuatán y 0.2 en Tuxtla Chico. Tenemos que, en contraste, en los municipios de la región de los Altos del estado de Chiapas la proporción global de individuos mayores de 5 años de edad que hablan una lengua indígena fue de 60.4 con variaciones extremas de 82.7 en Chamula y 32.0 en San Cristóbal de las Casas (ver tabla 3).

Tabla 3.- Población mayor de cinco años que habla lengua indígena en los municipios de las regiones del Soconusco y de los Altos, en el estado de Chiapas.

Municipio¶	Población	Lengua†	%	Municipio‡	Población	Lengua†	%
Acacoyagua	14189	58	0.41	Amatenango	6559	3508	53.48
Acapetahua	25154	88	0.35	Chalchihitán	12256	9914	80.89
Cacahoatán	30033	702	1.80	Chamula	59005	48819	82.74
Escuintla	28064	158	0.56	Chanal	7568	5510	72.81
Frontera Hidalgo	10917	28	0.26	Chenalho	27331	18953	69.35
Huehuetán	31464	88	0.28	Huixtán	18630	14244	76.46
Huixtla	48476	299	0.62	Larrazar	16538	10426	63.04
Mapastepec	39055	199	0.51	Mitontic	7602	6003	78.97
Mazatán	24079	106	0.44	Oxchuc	37887	30595	80.75
Metapa	4794	20	0.42	Pantelho	16262	11095	68.23
Villa Comaltitlán	26706	195	0.73	San Cristóbal	132421	42398	32.02
Suchiate	30251	113	0.37	Tenejapa	33161	25243	76.12
Tapachula	271674	3206	1.18	Teopisca	26996	9565	35.43
Tuxtla Chico	33467	74	0.22	Zinacatán	29754	24500	82.34
Tuzantán	23180	182	0.79				
Unión Juárez	13934	234	1.68				
<b>Total</b>	<b>664437</b>	<b>5750</b>	<b>0.87</b>	<b>Total</b>	<b>431970</b>	<b>260970</b>	<b>60.37</b>

¶ Municipios pertenecientes a la región del Soconusco en el estado de Chiapas.

‡ Municipios pertenecientes a la región de los Altos en el estado de Chiapas.

† Número absoluto de personas mayores de cinco años que hablan una lengua indígena, por municipio.

**Nota:** la tabla fue construida de acuerdo con los resultados del XII Censo General de Población y Vivienda

A principios de la década de los años ochentas, debido a una conjunción de escollos económicos, políticos y sociales en la región centroamericana, se inició un importante desplazamiento de grupos humanos de la zona. Debido a la crisis mundial de energéticos en la década de los años setenta se agudizó la concentración, ya existente, de la propiedad y de los beneficios del crecimiento que algunos países habían experimentado. Los niveles de pobreza y extrema pobreza alcanzaron amplias capas de la población y hubo un deterioro del ingreso real de los habitantes. Gran parte de la población dedicada a la agricultura, la actividad más importante de la economía en Centroamérica en esa época, no tenía acceso a tierras productivas para satisfacer sus requerimientos básicos. Las políticas sociales no atendieron las necesidades esenciales de la población. La crisis económica y política que se presentó en diferentes países en Centroamérica hacia finales la década de los años setenta y la represión militar establecida contra grupos insurgentes en países como El Salvador, Guatemala y Nicaragua afectó de manera

abrumadora a la población civil en esos países (Castillo, 1993). Esto originó desplazamientos masivos de familias e incluso de comunidades enteras en diversas direcciones. En estas circunstancias la región fronteriza del lado mexicano resultó ser una zona de refugio para muchos campesinos guatemaltecos (Hernández y Sandoval, 1989). Muchos se establecieron a lo largo de la región fronteriza del estado de Chiapas (Aguayo, 1985).

Gran parte de los desplazamientos de población centroamericana en la región, incluyendo la parte sur del estado de Chiapas, fueron debidos a las guerras civiles que se desarrollaron en El Salvador, en Guatemala y en Nicaragua entre finales de la década de los setenta y prácticamente toda la década de los ochenta. En el caso de El Salvador la guerra civil fue el resultado de los conflictos sociales generados por un sistema político y económico de corte oligárquico que fue implantado en ese país a finales del siglo XIX y que prevaleció durante la mayor parte del siglo XX (Chávez, M). La década transcurrida entre 1970 y 1980 puso las bases de una confrontación prolongada que alcanzaría su plena expresión entre 1980 y 1992. Fue un proceso caracterizado por la presencia de un terrorismo de Estado llevado a cabo por las fuerzas armadas, los cuerpos de seguridad y diversos organismos paramilitares clandestinos (“escuadrones de la muerte”) en respuesta a las demandas de cambio de diversos sectores sociales. Como consecuencia de la intensificación del conflicto armado, especialmente a causa de la estrategia de tierra arrasada que el ejército estableció a partir de 1981, fueron atacadas centenares de poblaciones y sus habitantes forzados a huir hacia campamentos de desplazados en Honduras y otros países de la región (Chávez, M).

El caso de Guatemala representa el producto de una profunda colonización española seguida de un amplio legado de personalismos y golpes de estado. En 1944 se llevan a cabo sus primeras elecciones libres y Juan José Arévalo inicia en 1945 el proceso reformista continuado y

profundizado por Jacobo Arbenz su sucesor en 1950. Sin embargo, las reformas establecidas por Arbenz tocaron intereses importantes de la oligarquía guatemalteca y de empresas norteamericanas como la *United Fruit Company*, quienes desencadenaron una campaña de desprestigio del gobierno de Arbenz que finalizó en su derrocamiento en 1954. Acto seguido vino la anulación de las reformas establecidas por Arbenz, la firma de pacto de ayuda y defensa con Estados Unidos (léase macartismo y apoyo del gobierno norteamericano a la oligarquía guatemalteca en el documento “Guatemala memoria del silencio”), la eliminación de derechos civiles a las mayorías, la persecución de sindicalistas y agraristas, abrieron así un periodo de polarización y violencia extrema (García, 2002). Pasado el tiempo, la Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH) concluye que fenómenos coincidentes como la injusticia estructural, el cierre de los espacios políticos, el racismo, la profundización de una institucionalidad excluyente y antidemocrática, así como la renuncia a impulsar reformas sustantivas que pudieran haber reducido los conflictos estructurales, constituyeron los factores que determinaron en un sentido profundo el origen y ulterior estallido del enfrentamiento armado (Guerra Civil en Guatemala).

El terror sobre la población guatemalteca, provocado por las masacres y la devastación de aldeas enteras en el período comprendido entre 1981 y 1983, desencadenó la huida masiva de una población diversa, cuya mayoría estaba constituida por comunidades mayas, pero que también incluía importante número de familias ladinas, especialmente en el caso de las zonas de colonización cercanas a la frontera con México. En el periodo que va entre 1981 y 1983 se estima que el número de desplazados ascendió entre 500,000 y un millón y medio de personas. De ellas 150,000 buscaron su seguridad en México. Cerca de la tercera parte de estas últimas, se ubicó en campamentos y contó con el reconocimiento del estatus de refugiado por la oficina del

Alto Comisionado de la Naciones Unidas para los Refugiados. Otras 50,000 personas vivieron como refugiados dispersos en Chiapas, en tanto que el resto se arraigó en la capital mexicana o en otras ciudades de dicho país. Asimismo, hubo flujos menores de personas hacia Honduras y Belice, así como a los Estados Unidos. Todos los desplazados compartieron la pérdida de familiares y la destrucción de sus bienes materiales, así como la alteración violenta del curso de sus vidas (Guatemala Memoria del Silencio).

En Nicaragua, desde mediados de la década de los setenta, había un gran descontento de parte de diferentes sectores de la población, entre ellos miembros del mundo empresarial y de la iglesia católica, con la dictadura de Anastasio Somoza Debayle. La mayor parte de la oposición se unió en un solo frente encabezado por Pedro Joaquín Chamorro, asesinado en Managua en enero de 1989. Este hecho dio origen al incremento en la oposición de diferentes sectores sociales al gobierno de Somoza. Las fuerzas de oposición se aglutinaron en torno al Frente Sandinista de Liberación Nacional y presionaron al gobierno de Somoza a dimitir al poder. Sin embargo, éste respondió con represión, particularmente entre la población civil que apoyaba el movimiento Sandinista. Este movimiento continuó aglutinando las fuerzas de oposición y repeliendo los ataques represivos de la Guardia Nacional hasta que lograron entrar en Managua el 19 de julio de 1989 y se hicieron con el control de Nicaragua. La inestabilidad política no concluyó con el arribo de los Sandinistas al poder pues éstos tuvieron que hacer frente a la oposición armada. En un principio las fuerzas de oposición estaban constituidas por grupos de antiguos miembros de la Guardia Nacional que se refugiaban principalmente en Honduras. A finales de 1981 estos grupos recibieron entrenamiento militar a cargo de oficiales argentinos y recibieron el apoyo económico del gobierno norteamericano presidido por Reagan para financiar a los grupos opositores, particularmente a los grupos armados a fin de desestabilizar al gobierno

Sandinista. El gobierno norteamericano también impuso un embargo comercial sobre Nicaragua y le bloqueó préstamos de instituciones financieras internacionales. Estas medidas debilitaron la frágil economía nicaragüense, a la vez que los ataques de “la contra” (de los grupos armados entrenados para ello) ocasionaban pérdidas en la agricultura, el comercio y dañaban la infraestructura del país. Cuando el conflicto entre el gobierno y “la contra” se generalizó en el territorio nacional, miles de nicaragüenses se exiliaron y muchos más fueron obligados a abandonar sus hogares y trasladarse a otras zonas del país a causa de la violencia (Orígenes del Sandinismo).

Casi en forma paralela a los movimientos de refugiados se empieza a observar un nuevo tipo de flujo de personas indocumentadas provenientes de diferentes países de Centroamérica<sup>18</sup> en busca de una salida a la crisis social y económica que había provocado los años de guerra. Se observó que este flujo migratorio no tenía la intención de establecerse en territorio mexicano sino de alcanzar la frontera norte de este país para ingresar, también de forma indocumentada, a los Estados Unidos. De acuerdo con Casillas (2002: 25-29), la inmigración internacional que ingresa a territorio nacional a través de la frontera sur de México crece de manera continua. Estos argumentos los realiza sobre la base del número de deportaciones, de la cantidad de operativos para la detención de indocumentados, del establecimiento de controles de las carreteras y de la participación en el aseguramiento de indocumentados de las diversas fuerzas de orden público que existen en el país.

Para entender mejor esta movilidad de población inmigrante centroamericana, que no posee documentos migratorios en la región del Soconusco, nos propusimos realizar una pesquisa sobre el número de aseguramientos y deportaciones consultando los registros elaborados por el

---

<sup>18</sup> e incluso de Sudamérica, Asia y África

Instituto Nacional de Migración (INM). Asimismo, dicha pesquisa permitió hacer una caracterización de las personas que componen los flujos migratorios provenientes de Centroamérica.<sup>19</sup> En la figura 6 podemos observar los diferentes puntos de control migratorio en el estado de Chiapas. En esta figura llama la atención que en la región del Soconusco se encuentra no solamente el mayor número de puntos de control migratorio en el estado de Chiapas sino que ahí tiene su sede la Delegación Regional del INM, lo que denota la importancia de los flujos migratorios que por ahí pasan y por lo tanto, la necesidad de su control.

**Figura 6.- Delegación regional del INM en el estado de Chiapas**



La tabla 4 muestra el número de aseguramientos en la Delegación Regional de Tapachula entre 1998 y el año 2002. El número de aseguramientos se incrementa de 60,319 en 1998 a 90,035 en el año 2000 para luego descender a 80,022 en 2001 y a 57,799 en 2002. Este descenso en el número de aseguramientos en los dos últimos años sugiere que, o bien los flujos

<sup>19</sup> En la región sur de la república mexicana el Instituto Nacional de Migración cuenta con una Delegación Regional que tiene su sede en la ciudad de Tapachula, Chiapas. En esta Delegación Regional se nos proporcionó la información con la que describimos algunas características acerca de los aseguramientos y deportaciones de inmigrantes centroamericanos y otros países, en el Soconusco. Por supuesto que la información recabada por el Instituto Nacional de Migración dista mucho de representar el total de los flujos migratorios provenientes de Centroamérica en el Soconusco, pero son tomados como un indicador de su presencia en la región. También debe advertirse que la calidad de la información no es la óptima para evaluar tendencias en el número de deportaciones, por lo que los resultados deben ser tomados con cautela.

migratorios buscan rutas con menos controles migratorios como son las que atraviesan la región del Soconusco o bien asistimos a un descenso real de los flujos. Asimismo, podría estar influyendo en el descenso del número de inmigrantes asegurados en la Delegación Regional de Chiapas el incremento de los controles migratorios en la frontera de Estados Unidos a raíz de los atentados suscitados el 11 de septiembre del 2001 en ese país. Ello podría estar, como hipótesis, desestimulando el crecimiento de los flujos migratorios centroamericanos.

Tabla 4.- Extranjeros indocumentados asegurados por país de origen durante los años 1998 y 2002.

País	Año				
	1998	1999	2000	2001	2002¶
Guatemala	26,661	31,275	43,981	37,409	32,635
Honduras	20,315	26,765	28,200	21,866	14,711
El Salvador	12,524	13,470	20,324	18,018	8,450
Nicaragua	720	968	1,168	1,018	622
Ecuador	18	240	658	992	1,069
Otros	81	584	704	719	312
Total	60,319	73,302	95,035	80,022	57,799

Fuente: Instituto Nacional de Migración, Delegación Regional en Chiapas, noviembre de 2002.

¶ Hasta noviembre de 2002.

En la misma tabla 4 observamos que los países centroamericanos que participan con mayor proporción de población en los flujos migratorios hacia Estados Unidos son, en orden descendente de importancia, Guatemala, Honduras, El Salvador y en menor medida, Nicaragua. Es importante notar también que de Sudamérica, Ecuador ha tenido un incremento casi exponencial de individuos asegurados en el periodo referido y por lo tanto, denota un incremento en los flujos migratorios de ese país hacia Estados Unidos. En la tabla 5 tenemos al número de aseguramientos realizados por la Delegación Regional del INM tomando en cuenta el punto de revisión en los años 2001 y 2002. Podemos observar que en ambos años predomina el número de

aseguramientos en los puntos de control migratorio de la región del Soconusco con 67.5% en 2001 y 59.1% en 2002, respectivamente.<sup>20</sup>

Tabla 5.- Extranjeros indocumentados asegurados por punto de revisión durante los años 2001 y 2002.

Punto de revisión	2001	%1	%2	2002	%1	%2
Aeropuerto de Tapachula	1,606	2.0		1,133	2.0	
Hueyate	10,251	12.8		8,316	14.4	
Manguito	11,510	14.4		5,585	9.7	
Tapachula	6,115	7.6		4,266	7.4	
Huehuetán	11,503	14.4		7,243	12.5	
Echegaray	6,588	8.2		5,159	8.9	
Arriaga	5,951	7.4		2,321	4.0	
Ciudad Hidalgo	106	0.1		509	0.9	
Talismán	369	0.5	67.5	88	0.2	59.1
Mazapa	280	0.4		420	0.7	
Ciudad Cuauhtémoc	4,357	5.4		4,129	7.1	
Comitán	7,771	9.7		7,091	12.3	
Palenque	5,959	7.4		5,011	8.7	
San Cristobal de las Casas	867	1.1		1,267	2.2	
Tuxtla Gutiérrez	6,177	7.7		5,216	9.0	
Gpo. CISNE	612	0.8	32.5	45	0.1	40.0
Total	80,022			57,799		

%1 Proporción por punto de revisión

%2 Proporción de asegurados en el Soconusco vs el resto de Chiapas

Fuente: Instituto Nacional de Migración, Delegación Regional en Chiapas, noviembre de 2002.

Fuera de los puntos de control migratorio en la región del Soconusco destacan los de Comitán, Palenque y Tuxtla Gutiérrez donde el porcentaje de aseguramientos ascendió de 32.5% en 2001 a 40% en 2002. Aunque es necesario construir una tendencia en el número de aseguramientos por punto de revisión en el estado de Chiapas para poder evaluarla, adelantamos que los resultados mostrados en la tabla 5 sugieren que entre los años 2001 y 2002 disminuyó el número de aseguramientos en los puntos de revisión del Soconusco en 6.6 puntos porcentuales. Ese resultado genera la necesidad de realizar un seguimiento de la tendencia, sobre todo si ésta

<sup>20</sup> El punto de control migratorio de Arriaga quedó incluido en la región del Soconusco por pertenecer al corredor de la costa. Se trata de un punto en el que son detenido aquellos inmigrantes que han podido pasar los controles migratorios establecidos en la región del Soconusco.

va a la baja lo que sugeriría que los flujos migratorios podrían estarse moviendo por otros rumbos en el estado de Chiapas, fuera de la región del Soconusco.<sup>21</sup>

El INM realizó una clasificación de los asegurados por sexo y construyó aparte una categoría de menores sin distinción por sexo. La tabla 6 muestra esa distribución incluyendo el país de origen de los asegurados para los años 2001 y 2002.

Tabla 6.- Extranjeros indocumentados asegurados por país de origen y sexo en 2001 y 2002 ¶.

Año y País	Sexo					
	Masculino		Femenino		Menores‡	
	n	%	n	%	n	%
<b>2001</b>						
Guatemala	30,169	80.6	5,695	15.2	1,545	4.1
Honduras	18,011	82.4	2,859	13.1	996	4.6
El Salvador	14,054	78.0	3,297	18.3	667	3.7
Nicaragua	791	77.1	163	15.9	72	7.0
Ecuador	770	77.6	195	19.7	27	2.7
Otros	592	83.3	74	10.4	45	6.3
<b>Total</b>	<b>64,387</b>	<b>80.5</b>	<b>12,283</b>	<b>15.3</b>	<b>3,352</b>	<b>4.2</b>
<b>2002</b>						
Guatemala	20,096	81.7	3,373	13.7	1,125	4.6
Honduras	9,261	80.3	1,929	16.7	346	3.0
El Salvador	5,000	78.5	1,167	18.3	206	3.2
Nicaragua	325	74.0	91	20.7	23	5.2
Ecuador	753	77.3	218	22.4	2	0.2
Otros	201	74.0	32	11.8	39	14.3
<b>Total</b>	<b>35,636</b>	<b>80.6</b>	<b>6,810</b>	<b>15.4</b>	<b>1,741</b>	<b>3.9</b>

Fuente: Instituto Nacional de Migración, Delegación Regional en Chiapas, noviembre de 2002.

¶ Hasta noviembre de 2002.

‡ Menores de 18 años de edad.

La gran mayoría de inmigrantes asegurados son hombres (alrededor de 80%) mientras que una menor proporción son mujeres (alrededor de 15%) y en menor cantidad son menores (cerca de 4%). En otras palabras, la proporción de inmigrantes asegurados constituidos por

<sup>21</sup> Cabe hacer notar que algunas variables tales como el “punto” de revisión donde son asegurados los individuos indocumentados provenientes de Centroamérica, no se habían elaborado por el INM en la Delegación de Tapachula sino hasta el año 2001 por lo cual no puede construirse una tendencia de aseguramientos por “punto”.

mujeres y menores es de alrededor de 20% del total de asegurados. Podemos observar que la proporción de hombres mujeres y menores asegurados no se modificó en los dos años observados y sería deseable la evaluación en los porcentajes de aseguramientos a lo largo de varios años para poder evaluar una tendencia.

Finalmente tenemos la tabla 7 donde podemos observar la magnitud de aseguramientos realizados por personal de diferentes dependencias gubernamentales. Si bien el personal perteneciente al Instituto Nacional de Migración, con sede en la Delegación Regional de Chiapas, aseguró alrededor de tres cuartas partes de los inmigrantes en los años 2001 y 2002, personal perteneciente a otras dependencias gubernamentales, como Seguridad Pública Municipal, Ejército Mexicano, Policía Federal Preventiva, Procuraduría General de la República, Seguridad Pública del Estado, Policía Judicial Federal y del Estado, además de otras dependencias, también participaron en los aseguramientos. Llama la atención que personal de la Secretaría de Salud del Estado haya participado asegurando a 7 inmigrantes en 2001 y a 55 en 2002. La participación de diversas dependencias de la Administración Pública —Federal, Estatal y Municipal— en las políticas migratorias (su participación, por ejemplo, en el aseguramiento de inmigrantes que no documentan una estancia en el país), se debe a la coordinación que con ellas hace el Instituto Nacional de Migración sobre la base del artículo 73 de la Ley General de Población (Ley General de Población, 1990).<sup>22</sup> En ese contexto se entiende que el personal de diversas dependencias de la Administración Pública, que tienen a su mando fuerzas públicas federales, locales o municipales, participe en el aseguramiento de inmigrantes. Lo que no queda

---

<sup>22</sup> El artículo 73 de la Ley General de Población establece que “Las autoridades que por ley tengan a su mando fuerzas públicas federales, locales o municipales, prestarán su colaboración a las autoridades de migración cuando éstas lo soliciten para hacer cumplir las disposiciones de esta ley”.

claro es cómo personal de la Secretaría de Salud, que no tiene bajo su mando fuerzas públicas, participe en tales aseguramientos.<sup>23</sup>

Tabla 7.- Extranjeros indocumentados asegurados por el INM y otras dependencias durante los años 2001 y 2002.

Dependencias	2001	%	2002 ¶	%
Instituto Nacional de Migración	57,427	71.8	43,627	75.5
Seguridad Pública Municipal	5,694	7.1	2,603	4.5
Ejército Mexicano	5,280	6.6	2,839	4.9
Policía Federal Preventiva	3,759	4.7	2,327	4.0
Procuraduría General de la República	2,715	3.4	1,144	1.9
Seguridad Pública del Estado	1,765	2.2	955	1.6
Policía Judicial Federal	898	1.1	354	0.6
Policía Judicial del Estado	780	1.0	856	1.5
Marina	342	0.4	1,542	2.7
Otras dependencias	1,362	1.7	2,552	4.4
Total	80,022		57,799	

Nota: La secretaría de Salud del estado de Chiapas aseguró 7 inmigrantes en 2001 y 55 en 2002.

Fuente: Instituto Nacional de Migración, Delegación Regional en Chiapas, noviembre de 2002.

¶ Hasta noviembre de 2002.

En resumen, se observa que desde el comienzo de la historia, el Soconusco ha estado entrelazado con la suerte de la región vecina; como consecuencia, la movilidad poblacional en Centroamérica constituye una parte intrínseca del presente y, sin duda, del futuro de la zona chiapaneca. Los desenlaces políticos, económicos y sociales que marcaron la región centroamericana a lo largo del siglo XX simplemente fueron a consolidar estos lazos. Si las guerras internas expulsaron grandes números de habitantes, los años de “paz”, al no traer un desarrollo real y sostenido, provocaron, y siguen impulsando, otros éxodos. Hoy en día la población centroamericana está marcada por algunos de los niveles más bajos de salud, educación y empleo en el continente americano. Por si fuera poco, los conflictos internos

<sup>23</sup> En el mes de noviembre de 2002 presenté en el Hospital Regional de la Secretaría de Salud en Huixtla, el trabajo que habíamos previamente realizado en trabajadoras sexuales en el Soconusco (Uribe-Salas et al, 2003). Al terminar mi presentación el director del nosocomio me preguntó “¿qué hicieron con las mujeres que resultaron positivas al VIH? ¿no las deportaron? porque aquí en el hospital de Huixtla, cuando se detecta a una trabajadora sexual centroamericana positiva al VIH, la deportamos”.

socavaron una de las pocas instituciones a las cuales recurría la población más pobre, esto es, la familia, que, ante tantos años de crisis, empezó a descomponerse. Poco a poco la región se ha transformado en un lugar de hogares con jefaturas femeninas. De hecho, desde los 80s, la pobreza creciente tiene cara de mujer.

#### 5.- MUJERES CENTROAMERICANAS INMIGRANTES EN LA REGION DEL SOCONUSCO: TRABAJO AGRICOLA, TRABAJO DOMESTICO Y TRABAJO SEXUAL.

Diferentes autores han considerado que en la actualidad ha habido un incremento en el número de mujeres centroamericanas inmigrantes que atraviesan la región del Soconusco en su paso hacia Estados Unidos (Angeles et al, 2000; Kobrak et al, 1999; Rojas, 2002). En particular los dos primeros autores aducen que, haciendo una clasificación muy esquemática, existen dos corrientes migratorias de mujeres centroamericanas: la primera está constituida por “transmigrantes” que tienen como objetivo llegar a los Estados Unidos. Para Rojas (2002: 98-9), que basa sus afirmaciones en el análisis de una encuesta aplicada a 922 mujeres, la principal motivación de estas mujeres para migrar es económica, pues tienen como intención buscar trabajo en aquel país y por lo tanto se trata de una migración de tipo laboral. Una segunda corriente migratoria de mujeres centroamericanas estaría constituida por tres categorías laborales que se localizan en la región fronteriza de Chiapas con Guatemala, particularmente en la región del Soconusco: las trabajadoras agrícolas, las trabajadoras domésticas y las trabajadoras sexuales.

Aunque hay una cantidad no determinada de trabajadoras agrícolas no documentadas que entran a laborar en diferentes municipios del estado de Chiapas, la mayoría de las mujeres obtienen un permiso temporal de las autoridades migratorias mexicanas para laborar en unidades productivas agrícolas de café y en plantaciones de mango, plátano y papaya (Angeles et al, 2000:

141-2). Sobre la base de una encuesta realizada por Rojas (2002: 96) en 162 mujeres en el momento de la contratación y documentación en las Delegaciones del INM en Ciudad Hidalgo, Talismán y Unión Juárez, las mujeres son en su mayoría de origen guatemalteco y provienen principalmente de 3 de los 22 Departamentos de Guatemala a saber: San Marcos, Quetzaltenango y Retalhuleu. Se ha estimado que el 16% del total de permisos concedidos por el INM corresponde a entradas de mujeres.

Por otra parte pocos estudios se han realizado para evaluar la magnitud y características de las trabajadoras domésticas en la región del Soconusco. Se desconoce por ejemplo las proporciones de mujeres centroamericanas desglosadas por nacionalidad. De acuerdo con una encuesta aplicada a 60 trabajadoras domésticas (Rojas, 2000: 95-6), en su mayoría son jóvenes, mayoritariamente indígenas, que comenzaron a trabajar antes de los 14 años y provienen del vecino Departamento de San Marcos en Guatemala. Una parte de estas mujeres inició su experiencia en el trabajo doméstico cuando venía acompañando a sus padres o familiares trabajadores agrícolas. De acuerdo con esta fuente, las mujeres vienen a trabajar a México para ayudar económicamente a sus familias y porque en México el pago por su trabajo es mayor que en Guatemala.

Finalmente tenemos a la categoría de trabajadoras sexuales. El autor de este trabajo y colaboradores, realizamos un estudio socio-demográfico y epidemiológico en trabajadoras sexuales en la región del Soconusco en agosto de 1998 (Uribe-Salas *et al*, 2003). La construcción de un marco muestral de sitios donde se llevaban a cabo actividades del sexo comercial femenino en aquella región, permitió el estudio de 484 mujeres distribuidas en 8 de los 16 municipios del Soconusco que son enunciados en orden de importancia: Tapachula, Huixtla, Suchiate, Cacahoatán, Mazatán, Mapastepec, Metapa y Huehuetán. En resumen podemos considerar la

existencia de cuatro elementos que caracterizan al sexo comercial femenino en la región del Soconusco: primero que por sus características socio-demográficas estas mujeres pertenecen a una categoría laboral de movilidad poblacional. En su mayoría estas mujeres eran jóvenes (54.1% eran menores de 24 años), con alta paridad (81% tenían al menos un hijo), con baja escolaridad (55.3% no había terminado la educación primaria o era analfabeta), la mitad eran solteras (50.3%), habían iniciado su vida sexual a temprana edad (80% habían iniciado antes de los 17 años)<sup>24</sup>, tenían origen centroamericano (75%), en el momento de la entrevista tenían ingresos menores de 500 pesos a la semana (64%) y en 88.2% de los casos las mujeres tuvieron su primera experiencia en el sexo comercial en México, en la región del Soconusco.

Un segundo elemento, que se desprende de lo descrito en el primero, indica que la mayoría de las mujeres centroamericanas no eran trabajadoras sexuales antes de entrar a trabajar en el sexo comercial en el Soconusco. Este hecho significa que, en términos epidemiológicos, tenían probabilidades muy bajas de haber estado en contacto con el VIH, como se sugiere en el trabajo referido (Uribe-Salas et al, 2003). Se trataba entonces de mujeres que, por cuestiones de pobreza y marginación, entraron en el sexo comercial como una forma de obtener de manera más flexible un ingreso económico.

Entre las diferentes explicaciones sobre la prostitución, aquellas ligadas a la presión económica (las mujeres venden favores sexuales para satisfacer sus necesidades básicas), ha tenido una gran aceptación en los círculos académicos (Bullough & Bullough, 1987: 313). Así, por ejemplo, se ha considerado que el trabajo sexual es la ocupación mejor remunerada para las

---

<sup>24</sup> Cabe destacar que en ese trabajo el 33.5% de las mujeres estudiadas habían iniciado su vida sexual antes de los 14 años de edad y 46.5% entre 15 y 17 años de edad. Como contraste, los resultados de un estudio que realizamos en el año 2001 entre mujeres estudiantes de la Universidad del Estado de Morelos, mostraron que solamente 7 de 267 mujeres sexualmente activas (2.6%) habían iniciado su vida sexual antes de los 14 años de edad (Sánchez, 2001). El que las mujeres centroamericanas y mexicanas entrevistadas en el Soconusco hayan tenido un inicio temprano en sus relaciones sexuales podría estar obedeciendo a cuestiones culturales sobre sexualidad y roles de género en los sectores sociales a los que pertenecen las mujeres en Centroamérica y en México.

miles de mujeres que, requeridas de trabajo, consiguen en el trabajo sexual horarios flexibles y una entrada de dinero superior a la que, dada su preparación, les ofrece el mercado laboral en México (Lamas M, 1999). En un contexto de marginación social, el caso de estas centroamericanas en el Soconusco, donde las mujeres tienen un bajo nivel de escolaridad y pocas oportunidades de empleo, este trabajo puede ser visto como una opción para satisfacer sus necesidades económicas (de Zalduondo, 1991). A falta de oportunidades para el trabajo doméstico, el trabajo sexual, voluntario o no, ha resultado ser una de las dos opciones de trabajo más fácilmente disponibles para las mujeres de escasos recursos que salen de sus países sin documentos (Azize, 1997). No sorprende, entonces, que en América Latina ha habido un incremento del trabajo sexual desde mediados de los años ochenta en respuesta a la crisis económica en el continente.

El tercer punto se refiere al supuesto expresado, no solamente por los residentes de la región, sino también por estudiosos de los flujos migratorios y su relación con la epidemia de SIDA en el Soconusco, en el sentido de que el fenómeno de la prostitución femenina en la región viene de fuera y es ejercido por mujeres centroamericanas que van de paso hacia Estados Unidos.<sup>25</sup> Autores como Bronfman et al (1999) aseguran que cientos de mujeres migrantes, en su camino hacia Estados Unidos, permanecen un promedio de tres meses en ciudades fronterizas de la región del Soconusco, como Ciudad Hidalgo. El razonamiento de estos autores los lleva a considerar que la necesidad de conseguir dinero rápido para el viaje ha incrementado notablemente la actividad del comercio sexual en las zonas fronterizas elevando los riesgos de

---

<sup>25</sup> Observadores del fenómeno de la migración en la región fronteriza Chiapas-Guatemala han apuntado que “En las calles de Tecun Uman no es difícil encontrar mujeres que han tenido experiencia como migrantes. Esas mujeres a menudo han sido entrevistadas por reporteros que han venido a la zona fronteriza Chiapas-Guatemala buscando historias que ilustren el lado oscuro de la migración. Al mismo tiempo, los residentes de los poblados de la frontera han asociado deportación con prostitución y ven a ambos problemas como venidos de afuera y como problemas que se desarrollan al mismo tiempo” Kobrak P y Palencia M (1999: 76).

contagio de VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (no aclaran si el riesgo de contagio lo corren ellas o sus clientes). Textualmente los autores afirman que “...la prostitución es necesariamente una actividad profesional en la vida de las mujeres” (Bronfman et al, 1999) que son migrantes. Sin embargo, estos autores no proporcionan la información socio-demográfica necesaria para apoyar sus afirmaciones.

En el estudio ya mencionado realizado en trabajadoras sexuales en el Soconusco (Uribe-Salas et al, 2003), no encontramos evidencias de que, en su mayoría, las trabajadoras sexuales intentaran ir a Estados Unidos. Si tomamos en cuenta exclusivamente a las mujeres centroamericanas (n=357) tenemos que 81.6% refirieron tener al menos un hijo y de ellas 81.6% lo dejaron en su país de origen (tabla 8). Del total de mujeres centroamericanas el 60% tienen más de un año de residir en su domicilio actual en alguno de los municipios del Soconusco y el 77% regresa con diferente periodicidad a su lugar de origen. Aunque es necesario realizar una investigación especial para caracterizar a las mujeres centroamericanas que entran a laborar en el sexo comercial en la región del Soconusco, los resultados presentados en la tabla 8, muestran que la mayoría de las mujeres tienden a permanecer más de tres meses en la región del Soconusco y que continúan teniendo contacto con su lugar de origen. Estos resultados orientan más a la construcción de la hipótesis de que asistimos a un movimiento circular de las mujeres entre la región del Soconusco y sus lugares de origen,<sup>26</sup> que a la presencia de mujeres centroamericanas inmigrantes que ingresan a trabajar en el sexo comercial con el fin de conseguir dinero para proseguir su viaje a los Estados Unidos.

---

<sup>26</sup> De acuerdo con O’neil (2003), se tiene una idea muy extendida sobre la migración que considera que los migrantes se desplazan hacia el país receptor, se asientan permanentemente en él y son asimilados por la nueva cultura. Sin embargo, en la actualidad existe una proporción creciente de migración circular que se caracteriza por el regreso de los migrantes a su lugar de origen una, dos, tres o más veces durante un periodo determinado de tiempo. Se trata de un movimiento de población que es transnacional en el cual los migrantes se desplazan hacia uno o más países receptores mientras que, al mismo tiempo, mantienen las estrechas relaciones políticas, sociales y económicas con su país de origen.

Tabla 8.- Características demográficas de las mujeres centroamericanas estudiadas en la región del Soconusco en agosto de 1998.

Características	No	Porcentaje
País		
Guatemala	195	54.6
El Salvador	76	21.3
Honduras	86	24.1
Tiene hijos		
Sí	288	81.6
No	65	18.4
País donde residen sus hijos †		
Guatemala	139	49.1
El Salvador	37	13.1
Honduras	55	19.4
México	52	18.4
Tiempo de residencia en el domicilio actual		
1-30 días	34	9.5
1-11 meses	109	30.8
1-5 años	156	44.1
Más de 5 años	55	15.5
Regresa a su lugar de origen		
No regresa	82	23.0
Menos de un mes	40	11.2
Entre un mes y un año	185	51.8
Más de un año	50	14.0

† Porcentaje válido para las mujeres que dijeron tener hijos.

|| Periodicidad.

Nota: Resultados no publicados.

El Cuarto y último elemento consiste en que, el trabajo arriba mencionado, aporta elementos que apoyan la hipótesis de que existe una organización del sexo comercial en la región del Soconusco. Esta organización no está compuesta únicamente por las trabajadoras sexuales, que son las más visibles en ese contexto, sino que existen dueños y empleados de bares donde se ejerce el sexo comercial, tales que juegan un papel importante en la atracción de mujeres centroamericanas hacia sus negocios. Por poner solo un ejemplo, en el trabajo mencionado (Uribe-Salas et al, 2003) se documenta cómo la mayoría de las mujeres guatemaltecas (63.1%) se concentran principalmente en Huixtla (23.1%), Suchiate (21.5%) y Tapachula (18.5). Aunque el análisis no se ha desagregado todavía en el nivel de los bares estudiados, los resultados

preliminares de distribución por municipio sugieren que existen redes sociales a través de las cuales las mujeres entran en contacto con determinados bares, en determinados municipios. En este intento de identificar la existencia de una organización del sexo comercial faltaría la caracterización de un tercer elemento: los clientes. Existe un gran vacío de información al respecto que es importante llenar porque los clientes representan la parte de la demanda de los servicios sexuales de las mujeres. En otras palabras, sin los clientes no habría trabajadoras sexuales. ¿Prefieren los clientes que buscan tener relaciones con trabajadoras sexuales en la región del Soconusco a mujeres centroamericanas respecto de las mexicanas y por ello predominan las primeras?<sup>27</sup> Lo anteriormente considerado concuerda con las observaciones hechas por Kobrak et al (1999: 76-77) quienes han argumentado que entre las trabajadoras sexuales en Tecun Uman, Guatemala, ha habido mujeres que han intentado ir a los Estados Unidos pero no son más de 5%. Los autores consideran que la industria sexual (bares, burdeles clandestinos y bares de *table dance*) tienen su propia dinámica y sus propias redes para reclutar mujeres.

En resumen, consideramos que las mujeres trabajadoras de origen centroamericano en el Soconusco forman parte de redes sociales que las conectan con organizaciones para el trabajo agrícola, el trabajo doméstico y el trabajo sexual. En el caso de las mujeres trabajadoras sexuales consideramos que se trata de una migración transnacional en el sentido de Guarnizo et al (1998) porque los flujos migratorios provienen de diferentes países centroamericanos, principalmente de Guatemala, Honduras y El Salvador, y porque al mismo tiempo estas mujeres conservan vínculos

---

<sup>27</sup> En el mes de noviembre del 2002, presenté el trabajo ya referido (Uribe-Salas et al, 2003) en un seminario llevado a cabo en el Hospital Regional del Seguro Social en Tapachula ante personal médico de ese nosocomio. Me sorprendió el comentario de un médico que refería cómo en su mayoría los hombres que acudían a los bares donde se practica el sexo comercial femenino en Tapachula, Chiapas, preferían tener relaciones sexuales con mujeres centroamericanas respecto de las mexicanas. Por su parte la Antropóloga Olivia Ruíz, quien ha trabajado aspectos de violencia entre la población migrante en la región del Soconusco, me comentó sobre la base de los estudios etnográficos que realizó, que una parte importante de la población sexualmente activa tiene relaciones sexuales con centroamericanos/as.

familiares, económicos y culturales con su país de origen. Cabe destacar que las mujeres entrevistadas en el Soconusco (Uribe-Salas et al, 2003) en su mayoría no eran trabajadoras sexuales antes de entrar a trabajar en el sexo comercial en aquella región en el estado de Chiapas. Esto quiere decir que en esa región se ha desarrollado una organización del sexo comercial que se nutre principalmente de la presencia de mujeres de origen centroamericano. Finalmente, consideramos que las mujeres centroamericanas que ingresan a trabajar en el sexo comercial en la región del Soconusco se encuentran expuestas a un doble riesgo de infección por el VIH debido a la misma actividad sexual que realizan. Por un lado, provienen de países centroamericanos —Honduras, Guatemala y El Salvador— en los que la frecuencia de infección por el VIH es mayor que la existente en México. Si esto es cierto, estas mujeres estarían jugando un papel activo en la transmisión heterosexual del VIH en la población receptora. Por otro lado, si las mujeres no tuvieran frecuencias altas de infección por el VIH —mayores a 1.5%— entonces ellas estarían en riesgo de adquirir la infección al entrar en contacto con la población soconusquense.

## 6.- REFERENCIAS

Aguayo S, *et al*, (1985) El éxodo centroamericano: consecuencias de un conflicto. México, SEP/Cultura.

Angeles H, Rojas ML (2000). Migración femenina internacional en la frontera sur de México. Perfiles de población; año 6 (23): 127-51.

Arriola AM (1995). Tapachula “la perla del Soconusco”; Ciudad estratégica para la redefinición de las fronteras. Guatemala, FLACSO.

Azize Y (1997). Trafficking in women and forced labor. En: Work and Health. Women at risk: revealing the hidden health burden of women workers. Women’s Health Collection (2).

Báez-Landa M (1985). Soconusco: Región, plantaciones y soberanía. En: Fábregas et al. La formación histórica de la frontera sur. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (SIESAS) del sureste. Cuadernos de la Casa Chata 124, SEP.

Bronfman M, Magis C (1996). La evolución del SIDA. Tercer municipalización, depauperación y ruralización. *Demos* (9): 42-43.

Bronfman M, Sejenovich G, Uribe P (1998). Migración y SIDA en México y América Central: una revisión de la literatura. México, *Ángulos del SIDA*.

Bronfman M, Uribe P, Sejenovich G (1999). Sexo comercial, dinámica fronteriza y VIH/SIDA en la frontera México-Guatemala. VIII Congreso Nacional de Investigación Sobre Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México, del 1° al 3 de marzo de 1999 (Resumen MR 10.3, p 24, libro de resúmenes).

Bronfman M, Uribe P, Halperin D, Herrera C (2001). Mujeres al borde...vulnerabilidad a la infección por el VIH en la frontera sur de México. En: Tuñón E (coordinadora). *Mujeres en las fronteras: trabajo, Salud y migración*. México, COLEF, ECOSUR, COLSON y Plaza y Valdéz.

Bronfman M, Leyva R, Negroni MJ (2002a). HIV prevention among truck drivers on Mexico's southern border. *Culture, Health and Sexuality*, 4: 475-488.

Bronfman M, Leyva R, Negroni MJ, Rieda CM (2002b). Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and México: research for action. *AIDS*, 16 (suppl 3): S42-S49.

Bullough V, Bullough B (1987). *Women and prostitution: A social History*. Buffalo, NY, Prometheus Books.

Carswell JW, Lloyd G, Howells J (1989). Prevalence of HIV-1 in east African lorry drivers. *AIDS*, 3: 759-761.

Casillas R (2002). Semblanza de la frontera sur de México. En: *Migración: México entre sus dos fronteras, 2000-2001*. México, Foro Migraciones.

Castillo MA (1990). Población y migración internacional en la frontera sur de México: evolución y cambios. *Revista Mexicana de Sociología*; Año LII (1): 169-184.

Castillo MA (1993). La economía centroamericana y la inmigración a México. *Comercio Exterior*; 43: 763-773.

Castillo MA (1997). Las políticas migratorias de México y Guatemala en el contexto de la integración regional. En: Philippe Bovin (coord.). *Las fronteras del Istmo. Fronteras y sociedad entre el sur de México y América Central*. México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social y Centro Francés de Estudios Mexicanos y Centroamericanos.

Castillo MA (2002). Región y frontera: La frontera sur de México. Elementos conceptuales para la definición de región fronteriza. En: Kauffer EF (editora). *Identidades, migraciones y género en la frontera sur de México*. México, ECOSUR.

CONAPO (1995). *Índices de marginación, 1995*. México, CONAPO/Progresá.

CONAPO (2000). <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indices>.

Chávez M. La guerra civil en el Salvador 1981-1992. El Latinoamericano ([www.ellatinoamericano.cjb.net](http://www.ellatinoamericano.cjb.net)) consultado el 6 de enero de 2004.

Damián A (1988). Conformación histórica de la región del Soconusco. Estudios Fronterizos. Revista del Instituto de Investigaciones Sociales (Universidad Autónoma de Baja California, México); VII: 61-80.

Decosas J, Kane f, Anarfi JK et al (1995). Migration and AIDS. The Lancet, 346: 826-828.

de Zalduondo B (1991). Prostitution viewed cross-culturally: toward recontextualizing sex work in AIDS intervention research. J Sex Res, 28: 223-248.

ECOSUR (2002). Breve diagnóstico del Soconusco. ECOSUR, Chiapas, México.

Fernández P (1995). Matices de la pobreza: rezago demográfico y socioeconómico en Chiapas. Tesis para obtener el grado de Maestría en Demografía por el Colegio de México.

García R (2002). La CIA y Guatemala: Manual para derribar un régimen. El Latinoamericano ([www.ellatinoamericano.cjb.net](http://www.ellatinoamericano.cjb.net))

Guarnizo LE, Smith MP (1998). The locations of transnationalism. En: Smith MP y Guarnizo LE (Editorers). Transnationalism from below. New Brunswick: Transactions, Rutgers University.

Guatemala Memoria del Silencio. Conclusiones y Recomendaciones del Informe de la Comisión para el esclarecimiento Histórico (<http://shr.aaas.org/guatemala/ceh/report/spanish/toc.html>) consultado el 7 de enero de 2004.

Guerra Civil en Guatemala. Informe de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico. El Latinoamericano ([www.ellatinoamericano.cjb.net](http://www.ellatinoamericano.cjb.net)) Revisado el 7 de enero de 2004.

Hawkes SJ et al (1994). Risk behavior and HIV prevalence in internacional travelers. AIDS, 8: 247-252.

Hernández PL, Sandoval JM (1989). El redescubrimiento de la frontera sur. México, Universidad Autónoma de Zacatecas y Universidad Autónoma Metropolitana.

Hunt CW (1989). Migrant labour and sexually transmitted diseases: AIDS in Africa. Journal of Health and social behavior, 30: 353-373.

INEGI (2000a). Anuario Estadístico: Chiapas. México, INEGI.

INEGI (2000b). <http://www.inegi.gob.mx>

Kobrak P, Palencia M (1999). For those who didn't make it... a dream in ashes. Migrants and deportees on the Guatemala-Mexico border. Guatemala, Editorial Serviprensa C.A.

Lamas M (1999). Elementos sociosimbólicos del trabajo sexual femenino en un punto callejero en la ciudad de México. Trabajo presentado oralmente en el VIII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, Morelos, 1-3 de marzo.

Ley General de Población (1990). Diario Oficial de la Federación del 17 de julio, No 12, Tomo CDXLII.

Martínez Velasco G (1999). Globalización y subdesarrollo local: diferenciación social y migración en Chiapas. Perfiles de Población, Año 5, No. 22, Octubre-diciembre: 141-160.

Nunn AJ, Wagner H\_U, Kamali A, et al (1995). Migration and HIV-1 seroprevalence in a rural Uganda population. AIDS, 9: 503-506.

O'neil K (2003). Using remittances and circular migration to drive development. Migration Information Source. [www.migrationinformation.org/USfocus/display.cfm?ID=133](http://www.migrationinformation.org/USfocus/display.cfm?ID=133) (consultado el 6/10/03).

Orígenes del Sandinismo. <http://www2.gratisweb.com/ladron16/revsand.htm> El tema fue consultado el 6 de enero de 2004.

Pison G, Le Guenno B, Lagarde E, et al (1993). Seasonal migration: A risk factor for HIV infection in rural Senegal. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 6: 196-200.

Rojas ML (2002). Mujeres migrantes en la frontera Sur de México. En: Migración: México entre sus dos fronteras, 2000-2001, Foro Migraciones, México.

Sánchez MA (2001). Prevalencia y factores asociados a la infección por el virus herpes simple tipo 2 y virus del papiloma humano en estudiantes universitarios. Tema de tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias de la Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública en noviembre de 2001.

Serwadda D, et al (1992). HIV risk factors in three geographical strata of rural Rakai District, Uganda. AIDS, 6: 983-989.

Uribe-Salas F, Conde-Glez C, Juárez-Figueroa L, Hernández-Castellanos A (2003). Socio-demographic dynamics and sexually transmitted infections in female sex workers from the Mexican-Guatemalan border. Sex Transm Dis, 30 (3): 266-271.

## CAPITULO 3

### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA SOBRE EL ESTUDIO DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN LA REGION DEL SOCONUSCO

#### 1.- INTRODUCCION

Como ya se ha considerado, existe una visión sobre la epidemia del VIH en el Soconusco que plantea que la transmisión es predominantemente heterosexual y que este hecho está asociado a su cercanía con Centroamérica. En las palabras de Bronfman et al (1996; 42) “...en la frontera sur (de México) están presentes algunos de los factores responsables del fenómeno centroamericano de la heterosexualización” (de la epidemia). De ser cierta esta observación, estaríamos frente a una epidemia en la región sur del estado de Chiapas diferente a la caracterizada en México y más cercana a la que se desarrolla en algunos países vecinos de Centroamérica. El presente capítulo analiza y cuestiona este planteamiento de heterosexualización de la epidemia de VIH en el Soconusco y por ende la clasificación de los mecanismos de transmisión del VIH realizada por el sistema de vigilancia epidemiológica en la Jurisdicción Sanitaria VII. Asimismo, por las características de la región y su población, especialmente las estrechas relaciones con los flujos migratorios provenientes de diferentes países de Centroamérica, se analiza la posibilidad de una interacción sexual entre las poblaciones local y centroamericana que podría estar jugando un papel importante en la configuración de la epidemia en la región del Soconusco. También se indaga la existencia de una relación entre el nivel de desarrollo socioeconómico en el nivel municipal en el estado de Chiapas y las distribución de tasas de casos de SIDA en el nivel municipal en dicho estado. Finalmente se sugiere la existencia de un subregistro de casos de VIH/SIDA en la región del Soconusco.

## 2.- “HETEROSEXUALIZACION” DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN LA REGIÓN SUR DEL ESTADO DE CHIAPAS

El análisis de este tema intenta discernir si la epidemia en la región del Soconusco, en el estado de Chiapas, tiene un componente de transmisión heterosexual del VIH/SIDA tan importante como el que se ha documentado para Centroamérica por autores como Murillo *et al.*, (1994) y Egerö *et al.*, (2000). En Centroamérica debe destacarse a Honduras que tiene el mayor número de casos de SIDA en la región. En 1996 Honduras, que contaba con el 17% de la población centroamericana, reportaba el 57% del total de casos de SIDA en la región (Boletín estadístico mensual de la situación sobre VIH/SIDA en Honduras, 1996).

En México la epidemia de SIDA ha afectado principalmente a hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (UNAIDS, 2000a). No obstante, desde 1998 se reconoce que aquella es el resultado de diferentes manifestaciones locales en los mecanismos de transmisión del VIH que dependen de la cultura, los valores, la dinámica sexual y la situación económica de los involucrados (Magis-Rodríguez *et al.*, 1998). En este contexto algunos autores han reportado la presencia de una epidemia consolidada en México, con varias subepidemias.<sup>28</sup> según estos autores “...en el norte del país con un crecimiento de usuarios de drogas intravenosas, en el centro con el tradicional patrón homosexual y en el sur con un crecimiento del patrón heterosexual” (Bronfman *et al.*, 1998: 11).<sup>29</sup> En otro trabajo Bronfman *et al.*, (1996) consideran

---

<sup>28</sup> Cabe aclarar que los autores Magis-Rodríguez *et al.*, (1998) y Bronfman *et al.*, (1998) manejan el término “sub-epidemia” sin definirlo. Izazola-Licea JA por su parte define a una subepidemia como una expresión particular de la epidemia general de VIH/SIDA en México. En ese sentido una subepidemia se definiría por las características epidemiológicas de tiempo, lugar y persona. Así por ejemplo, una subepidemia sería la que se presenta en hombres que tienen sexo con hombres en México. Otro ejemplo sería el que se presentó en México hacia finales de la década de los ochentas debido a la falta de control de la sangre destinada para la transfusión sanguínea. Entonces, el conjunto de todas subepidemias conforma la epidemia de VIH/SIDA en México (comunicación personal). Entendida de esta manera la subepidemia que se presenta en la frontera sur de México, de la que hablan Bronfman *et al.* (1996), estaría caracterizada por un supuesto proceso de “heterosexualización”.

<sup>29</sup> Sin embargo, estos autores no refieren qué información analizaron ni la metodología utilizada para obtener resultados que los llevaran a tener esas conclusiones.

que “...en la frontera sur (de México) están presentes algunos de los factores responsables del fenómeno centroamericano de heterosexualización”.<sup>30</sup>

¿Cuáles son los factores responsables del fenómeno centroamericano de heterosexualización?<sup>31</sup> No lo dicen los autores pero quizás la explicación sobre los factores mencionados se encuentre en la parte final del documento ya citado donde aseveran que “Otro foco rojo se presenta en la frontera sur, donde la dinámica migratoria asociada a las características del comercio sexual en la zona configuran una situación explosiva para el desarrollo de la epidemia” (Bronfman et al, 1996). En otras palabras, para estos autores los factores que influyen en la heterosexualización de la epidemia de VIH/SIDA en la región fronteriza Chiapas-Guatemala son la migración de origen centroamericano y su asociación con el comercio sexual en la frontera sur de México. ¿Cuáles son los elementos sociodemográficos y epidemiológicos con los cuales esos autores fundamentan sus afirmaciones? No los muestran. Por ello nos damos a la tarea de analizar tanto el fenómeno migratorio de origen centroamericano, la dinámica del sexo comercial, como la magnitud de la infección por el VIH en la población general y entre las mujeres trabajadoras sexuales. Ya en el capítulo anterior hemos caracterizado la migración de origen centroamericano y su relación con la región del Soconusco. También hemos abundado sobre la dinámica del comercio sexual femenino en esa región donde el 75% de las mujeres que lo ejercen son de origen centroamericano.

¿Por qué hemos puesto énfasis en el comercio sexual femenino? Porque en países donde predomina la transmisión heterosexual del VIH las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) han

---

<sup>30</sup> Aunque estos autores no definen conceptualmente la palabra “heterosexualización”, entendemos por ésta al proceso epidemiológico por el cual se incrementa la frecuencia de casos de infección por el VIH/SIDA debidos a prácticas heterosexuales en la población, de tal manera que esas prácticas llegan a representar la categoría dominante de la transmisión sexual del virus, por encima de las prácticas homosexuales y bisexuales.

<sup>31</sup> Estos autores no aclaran cuáles son los “factores responsables del fenómeno centroamericano de la heterosexualización”. Habría sido muy importante que los definieran para conocer los argumentos con los que apoyan dicha consideración y también para orientar el abordaje del fenómeno.

jugado un papel importante en su diseminación. En un estudio realizado en Kenia, Africa del Este, se documentó una prevalencia de infección por el VIH en MTS de 4% en 1981; 61% en 1985; y de 85% en 1986 (Cameron et al, 1998). Estos resultados muestran que para 1986 al menos 85% de los clientes de estas mujeres estaban expuestos a la infección y que la probabilidad de infección por el VIH en los clientes, por acto sexual, fue de 8.2%.<sup>32</sup>

Por otra parte, en Tailandia algunos autores han argumentado que las MTS, sobre todo aquellas que trabajan en burdeles y en la región norte del país, representan un problema de salud pública debido a la frecuencia de infección por el VIH de 45.6% en junio de 1990 (Ford et al, 1991). Un estudio realizado en 1991 en 6 provincias del norte de Tailandia en 2417 conscriptos en el servicio militar con edades entre 19 y 23 años, mostró que tenían una prevalencia de infección por el VIH de 12%. Una de las variables asociadas con la frecuencia de la infección fue la frecuencia de relaciones sexuales con MTS durante el último año (Nelson et al, 1993). Por su parte Mastro et al, (1994) realizaron en 1991 un estudio en 1178 conscriptos en el servicio militar seleccionados en diferentes regiones de Tailandia. La prevalencia de la infección en ese grupo de individuos fue de 6.9% pero ascendió a 15.3 entre individuos originarios de las provincias del norte de Tailandia. En ese estudio se encontró una prevalencia de infección por el VIH en 299 individuos que no habían tenido relaciones sexuales con MTS fue de 0.7% mientras que aquella fue de 16.1% entre individuos que sí habían frecuentado aquellas mujeres. En Honduras, Centroamérica, se han reportado frecuencias de infección por el VIH hasta de 33% (Sierra, 1998) y aunque no se han reportado estudios que muestren el impacto en la transmisión heterosexual en población masculina, su frecuencia sugiere que dicho impacto debe ser importante.

---

<sup>32</sup> Se realizó un seguimiento promedio de 14 semanas de 293 clientes que en el estudio basal eran negativos a la prueba el VIH y que después de ese seguimiento 24 seroconvirtieron (Cameron et al, 1989).

Con estos antecedentes llegamos a la conclusión de que para explicar la presencia de una “heterosexualización” de la epidemia de VIH/SIDA en la región del Soconusco, lo primero que debíamos hacer era un estudio en MTS en la región donde uno de los objetivos de ese trabajo era la estimación de la frecuencia de la infección por el VIH. Particularmente considerábamos que si el principal mecanismo de transmisión del VIH era heterosexual en la región del Soconusco, las mujeres provenientes de Centroamérica, que estaban entrando a trabajar en el sexo comercial en la región podrían estar jugando un papel importante en la transmisión heterosexual del VIH. La hipótesis específica que se planteaba era que las MTS que provienen de Centroamérica, particularmente de Guatemala, Honduras y el Salvador, tenían una prevalencia de infección por el VIH y de otras infecciones de transmisión sexual significativamente mayor a la reportada en MTS en México (Uribe-Salas *et al*, 2003).

Los resultados de ese estudio contradijeron la hipótesis que planteaba una frecuencia de infección por el VIH, en las mujeres estudiadas, significativamente mayor a la reportada MTS en México. Se encontró una frecuencia de infección por el VIH de 0.6% en el Soconusco, similar a las reportadas por otros investigadores que estudiaron MTS en la región del Soconusco (Pérez *et al*, 1991; Valdespino *et al*, 1995b). Aquel resultado fue igual al encontrado en MTS estudiadas en la ciudad de México (Uribe-Salas *et al*, 1997; Uribe-Zúñiga *et al*, 1995). Los resultados de aquel estudio sugirieron que no eran las trabajadoras sexuales la principal fuente de infección debido al mecanismo heterosexual de transmisión del VIH en la región, no al menos en el periodo en que fue realizado el estudio ni en la magnitud que pudiera llevar a una “heterosexualización” de la epidemia.

## 2.1.- MAGNITUD DEL PROBLEMA

El principal argumento que apoya las conclusiones arriba planteadas tiene su fundamento en la evaluación de la magnitud de la infección tanto en la población general en la región del Soconusco, como en mujeres embarazadas y en las MTS. En primer lugar para el año 2000 el porcentaje de casos por VIH/SIDA en la región del Soconusco fue de 0.075 (503/664437).<sup>33</sup> Asimismo, un estudio para evaluar la prevalencia de infección por el VIH en mujeres embarazadas en la región del Soconusco reportó una magnitud de 0.15% (Gómez et al, 2000).<sup>34</sup> Las prevalencias reportadas en MTS en aquella región han sido de 0.6% (Uribe-Salas et al, 2003), 0.0% (Pérez et al, 1991), <1% (Valdepino-Gómez, 1995b).

Tabla 9.- Prevalencias de infección por el VIH en diferentes poblaciones en México por sitio de estudio.

País/Sitio	Población	año	Prevalencia	Referencia
<b>México</b>				
Ciudad de México	MTS	1990-1994	0.04-0.4	Uribe-Zúñiga et al, 1995
Ciudad de México	MTS	1997	0.6	Uribe-Salas et al, 1997
Ciudad de México	MTS	1993	0.2	Conde-Glez et al, 1993
Tijuana	MTS	1991	0.3	Guereña-Burgueño et al, 1991
Tijuana	MTS	1989	0.0	Hyams et al, 1989
Varias ciudades	MTS	1995	0.5	Valdepino-Gómez et al, 1995a
México	Población General	1987	0.04	Valdepino-Gómez et al, 1995a
México	Población General	2000	0.15	(ENSA, 2000, datos no publicados)
<b>Región del Soconusco</b>				
Soconusco	MTS	2003	0.6	Uribe-Salas et al, 2003
Huixtla/Soconusco	MTS	1991	0.0	Pérez et al, 1991
Soconusco	MTS	1995	<1	Valdepino-Gómez, 1995b
Soconusco	Población General	2000	0.075	Estadísticas Jurisdicción VII ¶
Soconusco	Mujeres embarazadas	2000	0.15	Gómez et al, 2000

¶ 503 casos entre 664437 habitantes para el año 2000.

Podemos observar en la tabla 9 que las prevalencias de VIH en MTS en el Soconusco y las reportadas para MTS de otras ciudades de la república Mexicana son consistentes entre sí con magnitudes menores al 1%. Esos resultados son relativamente mayores a las frecuencias de

<sup>33</sup> El número de casos de VIH/SIDA para la región del Soconusco fue obtenido de la tabla 14 en la página X y el total de habitantes en dicha región fue tomado del XII Censo de Población y Vivienda 2000 (INEGI, 2000b).

<sup>34</sup> Este resultado debe ser tomado con cautela debido a que dicho reporte se reduce a una comunicación presentada en un foro sobre VIH/SIDA y que, por cuestiones de espacio, los autores no especifican la metodología seguida en dicho estudio por lo cual no se desconoce la validez externa de ese resultado.

infección por el VIH reportadas en la población general en México y en la región del soconusco, donde variaron entre 0.04% y 0.15%. Entonces aquí tenemos una primera conclusión, que las frecuencias de infección por el VIH en MTS en la región del Soconusco son bajas y relativamente cercanas a las frecuencias de esa infección reportadas para la población general en México.

Tabla 10.- Prevalencias de infección por el VIH en diferentes poblaciones en Honduras por sitio de estudio.

País/Sitio	Población	año	Prevalencia	Referencia
Honduras				Sierra, 1998
SPS †	MTS	1989	19.8	
SC-SPS ‡	MTS	1991-1994	14.0-16.0	
SPS †	MTS	1992	33.0	
Siguatopeque	MTS	1991	10.0	
Comayagua	MTS	1989	10.1	
Juticapa-Catacamas	MTS	1990	0.0-4.3	
Tegucigalpa	MTS	1989-1990	5.5-8.0	
SC-SPS ‡	Recién nacidos	1992	2.4	
SC-SPS ‡	Mujeres en control prenatal	1990	3.4	
		1991	3.6	
		1992	2.8	
		1993	2.5	
		1994	4.0	
		1995	4.1	
SC-Tela	Mujeres en control prenatal	1992	1.4	
		1994	1.4	
SC-Tegucigalpa	Mujeres en control prenatal	1991	0.2	
		1992	0.3	
		1993	0.3	
		1994	1.0	
Tegucigalpa	Adultos con cirugía de emergencia	1992	2.0	

† San Pedro Sula

‡ Hospital Público de San Pedro Sula

Si comparamos las frecuencias de infección por el VIH en MTS del Soconusco con las frecuencias respectivas en MTS en Honduras, uno de los países centroamericanos que proporciona un componente importante de inmigrantes que tienen contacto con la región del Soconusco, las diferencias saltan a la vista debido a la magnitud que alcanzan las segundas. Podemos observar en la tabla 10 que la frecuencia de infección por el VIH en MTS en Honduras varía dependiendo de la ciudad que se trate. Por ejemplo, en Tegucigalpa, capital de país, las

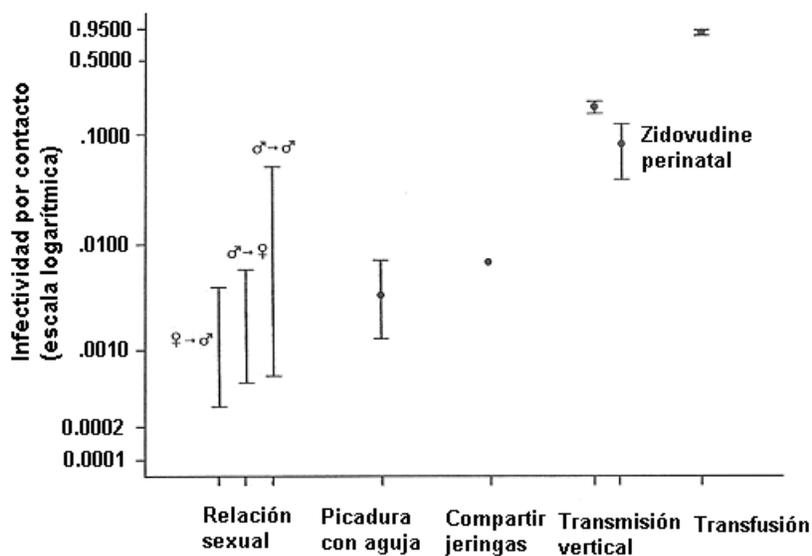
frecuencias variaron entre 5.5% y 8%, pero las frecuencias mayores se presentaron en MTS en San Pedro Sula donde alcanzaron hasta 33% de los casos. Además, esas frecuencias son consistentes con las reportadas en mujeres que acuden a control prenatal en quienes también se encontraron variaciones por ciudad de estudio entre 0.2% y 4.1%. Sin embargo, en San Pedro Sula las frecuencias variaron entre 2.5% y 4.1%. Aquí tenemos una segunda conclusión, que la epidemia de infección por el VIH puede ser catalogada en México como “concentrada” en diferentes grupos de población con comportamientos de riesgo pero que no se ha establecido completamente en el nivel general de la población.

De acuerdo con la guía para la vigilancia epidemiológica de segunda generación del VIH, los indicadores que definen una epidemia “concentrada” son: a) una frecuencia de infección por el VIH mayor de 5% en al menos un grupo que tiene comportamiento de riesgo y b) una frecuencia de la infección menor de 1% en mujeres embarazadas en áreas urbanas (Working group of global HIV/AIDS and STI surveillance, 2000: 24). Aunque las MTS en la región del Soconusco son consideradas como un grupo poblacional que tiene comportamiento sexual de riesgo, en realidad no tienen frecuencias de la infección por el VIH de una magnitud tal que sugiera que son la fuente principal de la infección en el nivel poblacional. En cambio en Honduras los reportes muestran que se trata de una epidemia “generalizada” donde el indicador numérico más importante es la prevalencia de infección por el VIH mayor de 1% en mujeres embarazadas (Working group of global HIV/AIDS and STI surveillance, 2000: 24). Además, las frecuencias esa infección en MTS, aunque varían por región y ciudad, son en la mayoría de los reportes cuantitativamente mayores de 5%, lo cual indica que representa un grupo que se encuentra jugando un papel importante en la diseminación de la infección en la población.

## 2.2.- INFECTIVIDAD DEL VIH Y CASOS NUEVOS SEGUN MAGNITUD

Se ha mostrado que la eficiencia de la transmisión heterosexual del VIH es significativamente mayor cuando la dirección va de hombre a mujer que viceversa. Estudios en parejas discordantes en Europa y Estados Unidos han reportado que la infectividad, cuando la dirección va de mujer a hombre, fue de 0.0003 en el primer caso (Downs et al, 1996) y 0.0014 en el segundo (Peterman et al, 1989). Otros autores han reportado que la probabilidad de infección por el VIH es 2.3 veces mayor cuando la dirección va de hombre a mujer en Europa (Nicolasi et al, 1994). Un estudio realizado en el estado de California, Estados Unidos, en parejas discordantes a la infección por el VIH, reportó que el riesgo de infección, de tomando la dirección de hombre a mujer, fue de 17.5 veces mayor que a la inversa, de mujer a hombre (Padian et al, 1991).

En la figura 7 podemos observar los intervalos de confianza de la infectividad del VIH por contacto sexual y por diferentes rutas de transmisión. La infectividad por contacto sexual de hombre a mujer es ligeramente mayor que a la inversa y en ambos casos la infectividad es la más baja en relación con las otras rutas de exposición.



**Figura 7.- Rutas de exposición al VIH e infectividad por contacto**

Fuente: Royce et al, 1997

Entonces, por una parte tenemos que la infectividad del VIH representa la probabilidad promedio que tiene una persona susceptible (libre de la infección) de adquirir la infección después de estar expuesta por tener contacto sexual sin protección con una persona infectada. Por otra parte, tenemos que la magnitud de la infección en la población determina la probabilidad de que una persona susceptible establezca contacto con una persona infectada. Intuitivamente tenemos que si la prevalencia de la infección es baja en grupos de MTS, entonces la probabilidad de que un individuo susceptible establezca contacto con una mujer infectada sería también baja y viceversa. En la tabla 11 podemos observar diferentes niveles de prevalencia de infección por el VIH que van de 0.6% a 60%. La probabilidad (binomial)<sup>35</sup> de seleccionar a una mujer de un grupo de MTS y de que ésta resulte seroreactiva al VIH se incrementa conforme se incrementa la prevalencia de la infección en el grupo de MTS, de .0059 (6 en mil) cuando la prevalencia es de .006 (es decir 0.6%) hasta .25 (250 en mil) cuando la prevalencia es de .50 (o 50%).<sup>36</sup>

En esa misma tabla podemos observar la probabilidad condicional<sup>37</sup> de que un individuo establezca contacto con una MTS dado que ésta ya se encuentra infectada por el VIH y el individuo adquiera la infección. Dicha probabilidad se incrementa conforme se incrementa la probabilidad de infección por el VIH en las MTS (de 1.7 por millón cuando la prevalencia es de .006 a 75 por millón cuando la prevalencia es de .50). Asimismo, se estimó la población en riesgo de adquirir la infección por el VIH al tener contacto con MTS. Primero tenemos que la

---

<sup>35</sup> Para determinar la probabilidad exacta de seleccionar a una mujer y que ésta resulte seroreactiva al VIH, el cálculo se realiza con la siguiente fórmula:  $n!/x!(n-x)! p^x (1-p)^{n-x}$  (Pagano y Grauvreau, 1993: 147-153).

<sup>36</sup> La magnitud de la varianza ( $n p (1-p)$ ) en la distribución binomial alcanza su máximo valor cuando  $p$  es igual a 0.5 y entonces decrece conforme  $p$  se aproxima a cero 0 o a 1. Cuando  $p$  es muy grande cerca de la unidad o muy pequeña, cerca de cero, casi todos los resultados toman el mismo valor y la variabilidad entre los resultados es muy pequeña (Pagano y Gauvreau, 1993:153).

<sup>37</sup> Se trata de estimar la probabilidad condicional de que un evento B ocurra dado que otro evento A ya se ha realizado. En el presente trabajo se trata de estimar la probabilidad de que un individuo establezca contacto con una MTS y ésta sea seroreactiva al VIH dada una probabilidad de transmisión del VIH por contacto sexual de 0.0003 cuando se tiene una dirección de transmisión mujer-hombre. Ello se calcula utilizando la regla multiplicativa de probabilidades que dice: la probabilidad de que dos eventos A y B ocurran es igual a la probabilidad de A multiplicada por la probabilidad de B, dado que A ya ha ocurrido (Pagano y Gauvreau, 1993: 117- 119).

población masculina entre 15 y 64 años de edad en la región del Soconusco para el año 2000 fue de 185,295. Sin embargo, no todos estos individuos se encuentran expuesto a la infección por el VIH sino sólo los que tienen relaciones sexuales con MTS.

Tabla 11.- Diferentes probabilidades relacionadas con diferentes magnitudes de población expuesta a la infección por el VIH en la región del Soconusco

Prev¶	PB	PC†	Casos‡ n=2816	PC£	Casos n=242	PC&	Casos n=620	PC§
.006	.0059	.0000017	.0047	.0000082	.0019	.0000056	.0035	.0000066
.010	.0099	.0000029	.0082	.0000138	.0034	.0000095	.0058	.0000200
.050	.0475	.0000142	.0399	.0000665	.0160	.0000456	.0282	.0004523
.100	.0900	.0000270	.0760	.0001260	.0304	.0000864	.0535	.0016284
.200	.1600	.0000480	.1351	.0002240	.0542	.0001536	.0952	.0051615
.300	.2100	.0000630	.1774	.0002940	.0711	.0002016	.1249	.0088869
.400	.2400	.0000720	.2027	.0003360	.0813	.0002304	.1428	.0116135
.500	.2500	.0000750	.2112	.0003500	.0847	.0002400	.1488	.0126033
.600	.2400	.0000720	.2027	.0003360	.0813	.0002304	.1428	.0116135

¶ Diferentes prevalencias de infección por el VIH (la prevalencia de infección por el VIH en MTS del Soconusco fue de 0.006)

|| Estimación de la probabilidad binomial de que un individuo establezca contacto con una mujer seroreactiva en la población de MTS según diferentes prevalencias

† Probabilidad condicional que resulta de multiplicar la probabilidad de que un individuo establezca contacto con una MTS seroreactiva y adquiera la infección por el VIH con una probabilidad por contacto sexual cuando se tiene una dirección mujer-hombre de 0.0003 reportada por Downs et al (1996)

‡ Población masculina 15-64 años en la región del Soconusco para el año 2000 n = 185,295 (INEGI, 2000a). De esa población la proporción que tuvo relaciones con MTS durante los últimos cinco años fue de 4% (n=7,412). De éstos, los individuos realmente expuestos fueron los que no utilizaron condón en forma consistente con MTS durante el último año, es decir, 38% (n=2,816). Esta información fue tomada de un estudio en población general masculina en la ciudad de México (Izazola-Licea et al, 2003) y se utilizó la probabilidad de transmisión mujer hombre de 0.0003 (Downs et al, 1996) para obtener el número esperado de casos de VIH.

£ Proporción de los individuos masculinos que trabajaban en bares donde había actividades del sexo comercial femenino y que tuvieron antecedentes de ITS durante el último año (8.6%, n=242) (Uribe-Salas et al, 1995). Se asume que el riesgo de infección por el VIH es 4.7 veces mayor entre clientes de MTS con antecedentes de infecciones ulcerativas que entre los que no tienen ese antecedente (Cameron et al, 1989), esto es  $0.0003 \times 4.7 = 0.0014$ . Entonces la probabilidad condicional en este rubro se obtiene por multiplicar la probabilidad binomial de la columna PB || por la infectividad del VIH en individuos con antecedentes de infecciones ulcerativas 0.0014

& El riesgo de infección por el VIH fue 3.2 veces mayor entre individuos que tenían un contacto regular con las MTS respecto de aquellos que no lo tuvieron (Cameron et al, 1989), esto es  $0.0003 \times 3.2 = 0.00096$ . Un estudio realizado en clientes de MTS en la ciudad de México mostró que 22% tenía contacto regular con MTS, es decir, cada semana (Romieu et al, 1991). De ese dato se obtuvo el número de individuos expuestos según contacto regular con MTS (n=620).

§ Probabilidad condicional que multiplica el número de casos con antecedente de ITS con el número de casos con contacto regular con MTS

Para la región del Soconusco no se tiene información demográfica que indique la proporción de la población masculina, mayor de 15 años de edad, que ha tenido contacto sexual con MTS. Sin embargo, un estudio realizado en individuos masculinos entre 15 y 60 años de edad, realizado con un muestreo polietápico y con probabilidad de selección según el área de la ciudad de México, mostró que la proporción de individuos que tuvieron relaciones sexuales con MTS durante los últimos 5 años fue de 4% (Izazola-Licea et al, 2003). Si aplicamos ese

porcentaje a la población masculina del Soconusco tenemos entonces una población expuesta de 7,412 individuos. Sin embargo, debe tomarse en cuenta que existen diferentes variables que intervienen favoreciendo o previniendo la exposición a la infección por el VIH cuando los individuos tienen contacto relaciones con MTS. El uso de condón es uno de ellos. El trabajo arriba mencionado de Izazola-Licea et al (2003) reportó que de los individuos que habían tenido contacto sexual con MTS, el 62% lo utilizó “siempre”, 3% lo utilizó “la mitad de las veces” y 35% no “nunca” lo utilizó. Entonces tenemos una población expuesta de 38% en el sentido de que no había utilizado el condón en forma consistente durante el último año. Si aplicamos ese parámetro a la población expuesta del Soconusco tenemos entonces una magnitud de 2,816 individuos los que realmente estarían expuestos a la infección por el VIH.

¿Cuál es el número de casos de infección por el VIH esperados dados los parámetros estimados en la tabla 11 para la población masculina expuesta de 2,816 en el Soconusco? Cuando la prevalencia de la infección por el VIH en las MTS es de 0.6%, el número de casos por contacto sexual sería de aproximadamente 4.7 por cada 1000 contactos sexuales (.0047). En cambio, cuando la prevalencia de infección por el VIH en MTS es de 50% el número de casos esperados sería de 211 por cada 1000 contactos sexuales (.2112)

Otros factores que influyen en la infectividad del VIH son el antecedente de ITS y el número de contactos sexuales con MTS. ¿Cuál es la proporción de individuos que tienen contacto sexual con MTS y que tienen el antecedente de ITS? Un estudio realizado por Uribe-Salas et al (1995) en individuos que trabajaban en bares donde se realizaban actividades del sexo comercial femenino en la ciudad de México reportó que 8.6% tuvieron ese antecedente. Si aplicamos esa proporción a los individuos expuestos a la infección por el VIH en el soconusco tendríamos entonces una magnitud de 242 individuos que no habrían usado condón y que habrían

tenido el antecedente de ITS. Algunos autores han reportado que el antecedente de ITS en individuos que tienen contacto sexual con MTS, particularmente de infecciones que cursan con ulceraciones genitales, incrementan el riesgo de infección por el VIH 4.7 veces respecto de aquellos individuos que no tuvieron ese antecedente (Cameron et al, 1989). Si multiplicamos la probabilidad basal de infección por el VIH, por contacto sexual, por el riesgo de infección debido al antecedente de ITS tendremos una infectividad del VIH de .0014 por contacto sexual (.0003\*4.7). Entonces la probabilidad condicional de seleccionar a una MTS y ésta se encuentre con la infección por el VIH y su multiplicación por la infectividad del VIH en individuos con el antecedente de IT es de 8.2 por millón cuando la prevalencia de la infección por el VIH es de .006. El número de casos esperados, cuando la población expuesta es de 242 personas, es de 1.9 por 1000 por contacto sexual.<sup>38</sup> En cambio cuando la prevalencia de la infección por el VIH en las MTS es de 50% aquella probabilidad condicional es ahora de 350 por millón y los casos esperados cuando la población expuesta es de 242 ascienden a 85 casos por mil por contacto sexual.

En relación con la frecuencia de contacto sexual con MTS Cameron et al (1989) encontraron que los individuos que tuvieron contacto al menos una vez por mes con MTS tuvieron un riesgo de infección por el VIH 3.2 veces mayor que los individuos que solamente habían tenido una relación sexual con las mujeres. A ello estos autores le denominaron “contacto sexual regular con MTS”. En México un estudio realizado por Romieu et al, (1991) en clientes de MTS en la ciudad de México reportó que 22% de 495 hombres estudiados habían tenido

---

<sup>38</sup> Podemos observar que conforme se reduce la magnitud en el número de individuos expuestos se disminuye también la probabilidad de establecer contacto sexual con una MTS infectada y por lo tanto se reduce el número de casos nuevos, tomando como base una prevalencia de la infección por el VIH de 0.6% en las mujeres, ello a pesar de que la infectividad se haya incrementado de .0003 a .0014 debido al antecedente de ITS. En la primera columna de la tabla 10 se generaron 4.7 casos por 1000 contactos, mientras que en la segunda columna de casos se generaron 2 casos por 1000 contactos. Sin embargo, en el primer caso la población expuesta fue de 2,819 personas, mientras que en el segundo caso fue de 242 personas.

contacto sexual con MTS al menos una vez por semana. Ello podría ser considerado como contactos regulares con MTS. Si multiplicamos la probabilidad basal de infección por el VIH por contacto sexual, cuando toma una dirección mujer a hombre, por el riesgo de infección debido a un contacto regular con MTS, tendremos una infectividad del VIH de .00096 por contacto sexual ( $.0003 \times 3.2$ ). Entonces la probabilidad condicional (columna PC& en la tabla 11) de seleccionar a una MTS y ésta se encuentre con la infección por el VIH multiplicada por la infectividad del VIH cuando los individuos tienen contacto regular con MTS es de 5.6 en un millón cuando la prevalencia de la infección por el VIH en MTS es de .006 y los casos esperados, cuando la población expuesta es de 620 personas, es de 3.5 por 1000 por contacto sexual. En tanto que cuando la prevalencia de la infección por el VIH en las MTS es de 50% aquella probabilidad condicional es ahora de 240 por millón y los casos esperados, cuando la población expuesta es de 620, ascienden a 148 casos por mil por contacto sexual (ver tabla 11).

Finalmente, la probabilidad condicional de encontrar a un individuo que adquirió la infección por tener contacto con una MTS dada una infectividad por el VIH de .0014 debida al antecedentes de ITS, multiplicada por la probabilidad de encontrar un individuo que adquirió la infección por tener contacto sexual con MTS dada una infectividad del VIH de .00096 debida al contacto regular con MTS, es 6.6 en un millón cuando la prevalencia de la infección en MTS es de 0.6% en tanto que es de 12,603 en un millón cuando aquella prevalencia es de 50% (en la última columna de la tabla 11).

Tomando en cuenta los cálculos hechos en la tabla 11 ¿Cuántos casos de infección por el VIH generaría un grupo de 1000 MTS entre las cuales hubiera 6 mujeres infectadas por el VIH? Eso depende del número de contactos sexuales que las esas mujeres pudieran tener en un periodo de tiempo, digamos un año, pero también por la magnitud de la infección en ellas. En el estudio

realizado por Uribe-Salas et al, (2003) se encontró que las MTS tuvieron en promedio 6 contactos sexuales con clientes por semana (datos no publicados). En el remoto caso de que esas mujeres infectadas trabajaran 50 semanas al año, tuvieran en promedio 6 contactos con clientes por semana y no utilizaran el condón,<sup>39</sup> tendríamos entonces 1,800 contactos sexuales por año que, con una prevalencia de la infección por el VIH de 0.6%, se estarían generando 8.6 casos anuales.<sup>40</sup> No obstante lo anterior, si aquellas condiciones se mantuvieran constantes pero la prevalencia de la infección en las MTS variara en 5%, 10% y 20%, entonces se estarían generando 71.8, 136.8 y 246.2 casos, respectivamente.<sup>41</sup>

En la tabla 12 (página 79) se presentan las estadísticas sobre la epidemia de VIH/SIDA en la Jurisdicción Sanitaria VII. Puede verse que para el año 2000 se reportaron 91 casos en hombres, de los cuales 59 (64.8%) fueron clasificados en la categoría de transmisión heterosexual. Es en este contexto donde debemos evaluar las elucubraciones anteriores realizadas a propósito de la tabla 11 (Página 72). Podemos ver que cuando los individuos establecen relaciones sexuales con MTS y éstas tienen una prevalencia de infección por el VIH de 0.6%, el número de casos que se estarían generando por contacto con MTS en la región del Soconusco son 8.5 por año por cada mil mujeres. Este número representa el 14.5% (8.5/59) de los casos clasificados como heterosexuales en el año 2000 en las estadísticas elaboradas por el Jurisdicción

---

<sup>39</sup> En realidad las tres mujeres que resultaron seroreactivas a la prueba del VIH en el estudio de Uribe-Salas et al (2003), tuvieron 1, 10 y 7 clientes durante la última semana, respectivamente. Habían tenido 1 año, 3 años y 2 meses de trabajar en el sexo comercial, respectivamente. Una mujer refirió antecedente de sífilis, otra de condilomatosis genital y la tercera no refirió antecedente de ITS. Respecto a la frecuencia en el uso del condón con clientes, una refirió que lo usó siempre, y las otras dos refirieron que lo usaron la mitad de las veces. Las tres mujeres refirieron que utilizaron condón en su última relación sexual con clientes.

<sup>40</sup> Si con los parámetros planteados en la tabla 10 tenemos que se generan 4.7 casos por mil contactos sexuales únicos, entonces el número de casos que se generarían en 1800 contactos son 8.6 casos por año.

<sup>41</sup> Como resultado de la construcción del marco muestral de sitios donde se realizaban actividades del sexo comercial femenino en la región del Soconusco en el primer semestre de 1998, se hizo una estimación de la existencia de 1153 MTS, distribuidas en 237 sitios que eran casas de citas, bares independientes o en zonas de tolerancia, los cuales estuvieron distribuidas en 8 municipios en aquella región: Cacahuatán 15; Huehuetán 9; Huixtla 35; Mazatán 29; Suchiate 42; Mapastepec 27; Tapachula 63; y Metapa 17 (Puerto Madero se encuentra incluido en el municipio de Tapachula con 16 sitios) (ver Uribe-Salas et al, 2003: 267).

Sanitaria VII en la región del Soconusco. En cambio, si la prevalencia de la infección por el VIH en las MTS fuera de 5%, el número de casos que se estarían generando en hombres sería de 71.8 por año por cada mil mujeres, que es una cifra superior al número de casos reportados como heterosexuales en hombres para el año 2000 en aquella Jurisdicción Sanitaria (n=59 casos).

Del análisis anterior se desprende la tercera conclusión: dados una serie de parámetros utilizados en la construcción de la tabla 11 y varias asunciones en relación con las MTS que trabajan en la región del Soconusco (frecuencia de contactos sexuales por semana, número de semanas trabajadas y relaciones sexuales desprotegidas) tenemos como conclusión que esas mujeres no estarían jugando un papel significativo en el establecimiento de una “heterosexualización” de la epidemia en la región del Soconusco.

### 3.- CLASIFICACION DE LOS MECANISMOS DE TRANSMISION SEXUAL DEL VIH

El aspecto que mayor importancia tiene en el presente documento es el estudio de la clasificación que se hace del comportamiento sexual en hombres entre los casos de VIH/SIDA reportados por el sistema de vigilancia epidemiológico de la Jurisdicción Sanitaria VII. Evidentemente la información recabada por el sistema de vigilancia de la infección por el VIH/SIDA tiene limitaciones con su recopilación y manejo. Por ejemplo, no se cuenta con la información sobre la memoria histórica de la epidemia.

En la tabla 12 podemos observar información sobre la epidemia de VIH/SIDA para dos periodos: 1993-1996 y 1999-2000. El primer periodo fue reconstruido recabando la información de los médicos que estuvieron a cargo del programa de vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII sobre la base de sus informes anuales. Esta información resume el número de casos de VIH/SIDA por año tomando como referencia el año de la fecha de diagnóstico y por los mecanismos de transmisión del VIH. El segundo periodo fue recabado de

las libretas de registro de casos de VIH/SIDA de la Jurisdicción que también fueron clasificados por año y por mecanismos de transmisión del VIH. La tabla incluye tanto los casos de individuos infectados por el VIH como también los casos de SIDA de acuerdo con el llenado de los formatos VIH-SIDA 98-1 (ver figura 1, página 19) y la definición de infectado por el VIH y casos de SIDA (Manual para la vigilancia epidemiológica VIH-SIDA, 1990).

Cabe aclarar que la Jurisdicción Sanitaria VII forma parte de la estructura político-administrativa del Instituto de Salud en el estado de Chiapas la cual está constituida en total por nueve Jurisdicciones Sanitarias, a través de las cuales se organizan los servicios de salud. En México, la Jurisdicción Sanitaria ha sido diseñada para dirigir, administrar y operar los recursos del primero y segundo niveles de atención médica para satisfacer las necesidades de salud de la población (Ruiz de Chávez *et al*, 1988). En este sentido una de sus funciones es la de dirigir y operar los programas de vigilancia epidemiológica de enfermedades transmisibles en la región de su competencia. En la ciudad de Tapachula se encuentra la Jurisdicción Sanitaria VII que, en el nivel regional, es la instancia de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas que coordina las actividades médicas y de salud pública de las diferentes instituciones del Sector Salud (hospitales y centros de salud del ISSSTE, IMSS, ISSTECH y de la misma Secretaría de Salud). Tiene una extensión territorial y demográfica que comprende exactamente los mismos municipios considerados por el INEGI, como constituyentes de la región del Soconusco (ver figura 2, página 24).

Regresando a la tabla 12 podemos ver que el 98.5% de los casos de VIH/SIDA en hombres se debió a transmisión sexual del virus y alrededor de 70% se debió a transmisión heterosexual. Si nos atuviéramos a estos resultados concluiríamos que el principal mecanismo de transmisión de la infección, entre la población, es principalmente heterosexual. Este fenómeno es

particularmente importante en la región del Soconusco donde aparentemente la razón hombre/mujer es de 2:1. Este resultado apoyaría el planteamiento realizado sobre la presencia de un proceso de “heterosexualización” de la epidemia de VIH/SIDA en la frontera sur de México (Bronfman et al, 1996).

Tabla 12.- Casos de VIH/SIDA registrados en la Jurisdicción Sanitaria VII del estado de Chiapas en los periodos 1993-1996 y 1999-2000 por sexo y por mecanismo de transmisión.

Categoría de Transmisión	1993		1994		1995		Año 1996		1999		2000		Subtotal		Total
	Sexo														
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M (%)	F (%)	Ambos (%)
Homosexual	4	0	13	0	8	0	12	0	10	0	16	0	63 (18)	0 (0.0)	63 (11.8)
Bisexual	4	0	3	0	5	0	6	0	7	0	14	0	39 (11.1)	0 (0.0)	39 (7.3)
Heterosexual	22	14	34	27	38	39	38	20	52	27	59	50	243 (69.4)	177 (97.8)	420 (79.0)
Transfusión	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Hemofílico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
Perinatal	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	2	4 (1.1)	4 (2.2)	8 (1.5)
Se desconoce	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.2)
Todos	30	14	50	27	51	39	56	20	72	29	91	52	350 (100)	181 (100)	531 (100)

Para corroborar esa tendencia en la clasificación de los comportamientos sexuales se realizó una entrevista a 32 individuos seroreactivos a la prueba del VIH a fin de evaluar las prácticas sexuales<sup>42</sup> relacionadas con los mecanismos de transmisión en la región del Soconusco. Entre mayo y noviembre de 1999 se realizaron entrevistas para describir los mecanismos de transmisión del VIH en sujetos masculinos en la región del Soconusco. Los individuos fueron elegidos a partir de los registros de los casos de VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII para 1998 y el primer trimestre de 1999. Originalmente fueron identificados 50 individuos en los registros, de los cuales sólo 32 fueron localizados y todos aceptaron participar.<sup>43</sup>

<sup>42</sup> En este trabajo se evaluaron las prácticas sexuales de los individuos preguntando ¿con quién ha tenido relaciones sexuales durante toda su vida?, y utilizando las siguientes categorías 1) ¿solamente con mujeres? 2) ¿principalmente con mujeres y ocasionalmente con hombres? 3) ¿tanto con hombres como con mujeres por igual? 4) ¿principalmente con hombres y ocasionalmente con mujeres? 5) ¿solamente con hombres?

<sup>43</sup> Fue definido como caso de infección por VIH a todo individuo masculino que resultara positivo a la presencia de anticuerpos contra el virus, a través de dos pruebas presuntivas: una por ELISA (Abbott Laboratories, EUA) y la segunda por serodia (Fujirebio, Japón) y la prueba confirmatoria por “Western blot” (Pasteur Diagnostics, Francia), independientemente de la presencia de sintomatología del SIDA. Estas pruebas se realizaron en el laboratorio de

Se encontró que solamente 36.7% de ellos fueron clasificados en la categoría de transmisión heterosexual, mientras que el resto en las categorías homosexual y bisexual (63.3%). Parte de la explicación de estos resultados estriba en que se preguntó a los individuos por su comportamiento sexual en términos de tener una gama de relaciones sexuales con hombres y/o con mujeres a fin de evaluar el *continuum* (ver figura 8) que va desde el individuo que es exclusivamente heterosexual al que es exclusivamente homosexual en la escala de Kinsey et al (1948: 638).

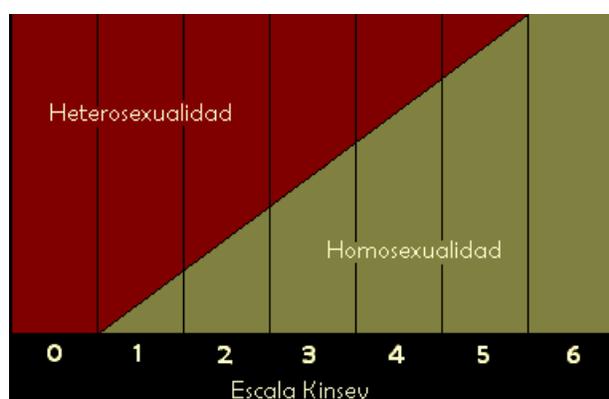


Figura 8.- ESCALA GRADUAL HETEROSEXUAL-HOMOSEXUAL

- 0.- Exclusivamente heterosexual
- 1.- Predominantemente heterosexual y solo incidentalmente homosexual
- 2.- Predominantemente heterosexual y con experiencias homosexuales más que incidentales
- 3.- Igualmente heterosexual y homosexual
- 4.- Predominantemente homosexual y con experiencias heterosexuales más que incidentales
- 5.- Predominantemente homosexual y solo incidentalmente heterosexual
- 6.- Exclusivamente homosexual

En ese trabajo se evitó utilizar los términos homosexual, bisexual y heterosexual debido a que de acuerdo con Carrier (1976) en el contexto de la cultura mestiza en México, el término homosexual se encuentra vinculado al papel pasivo en las relaciones sexuales entre hombres y por lo tanto tiene una carga de estigma social, estigma que no toca al individuo que juega el papel activo en esas relaciones. Esto último dificulta el estudio del comportamiento bisexual en

México debido a que se ha documentado que existen hombres que juegan un papel activo en las relaciones sexuales con otros hombres pero que se identifican a sí mismos como heterosexuales (González-Block et al, 1992; Liguori, 1996). Otros autores prefieren designar a las categorías homosexual y bisexual como “hombres que tienen relaciones sexuales con hombres” precisamente para evitar el estigma social que implican aquellas categorías en países como México y Brasil y también porque no todos los individuos que tienen relaciones sexuales con hombres se identifican a sí mismos como “gay” o “bisexual” (Bloor, 1995: 29). En otras palabras, no se trata de un problema epidemiológico de clasificación en categorías de comportamiento sexual. Estas han sido utilizadas con el fin de identificar las rutas de transmisión sexual del VIH. Se trata en cambio de un problema social que se desprende del uso de las categorías clasificatorias tales como homosexual y bisexual. El que existan hombres que tienen relaciones sexuales con hombres pero que no se identifiquen a sí mismos como homosexuales o bisexuales implica un análisis diferente al epidemiológico. En el terreno de las ciencias sociales el análisis de género y particularmente el análisis sobre masculinidad pueden proporcionar elementos conceptuales para el estudio de dos categorías involucradas en el comportamiento sexual masculino como son la identidad sexual y el rol de género.

Para finalizar consideramos que con los resultados de la encuesta aplicada a 32 individuos no es posible tener conclusiones generalizables sobre los mecanismos de transmisión del VIH en la región. En parte porque pudo haber un sesgo de selección en el sentido de que los individuos que participaron en el estudio hubieran sido aquellos que con mayor frecuencia hubieran tenido comportamientos homosexual y bisexual respecto de aquellos con comportamiento heterosexual. No obstante, los resultados sugieren la hipótesis que pone en duda el fenómeno de la “heterosexualización” de la epidemia de VIH/SIDA en la región del

Soconusco. En ese sentido cuestiona que la magnitud de la supuesta “heterosexualización” sea de la magnitud que sugieren los resultados del sistema de vigilancia epidemiológica de la Jurisdicción Sanitaria VII (ver tabla 12, página 79).

#### 4.- ELEMENTOS SOBRE MIGRACION CENTROAMERICANA EN EL ESTADO Y NIVEL DE BIENESTAR POR MUNICIPIO Y SU RELACION CON LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN LA REGION DEL SOCONUSCO

En el contexto del movimiento de población en Centroamérica, autores como Castillo y Palma (1996b) han observado que los patrones migratorios en esa región de América se han modificado durante los últimos 25 años. De haberse caracterizado por ser movimientos poblacionales internos o interregionales, en ese periodo se han extendido fuera de Centroamérica (Castillo *et al*, 1996). Se han argüido razones económicas, políticas y sociales para explicar el incremento de la migración en los países centroamericanos, particularmente a partir de la década de los años ochenta (Aguayo, 1985; Hernández y Sandoval, 1989; Herzog, 1992; Casillas, 1996; Castillo, 1990; Castillo, 1993; Castillo, 1996a).

En el contexto de la epidemia de SIDA en la región, se ha documentado que algunos países centroamericanos como Guatemala, Honduras y el Salvador, han tenido el mayor número de inmigrantes en la región del Soconusco, si tomamos como indicador el número de expulsiones de indocumentados por las autoridades mexicanas (Castillo 1999: 107-110; ver también tabla 4, página 46) y, al mismo tiempo, han presentado tasas de casos de SIDA más altas que las que se han reportado en México (OPS, 2000; tablas 13 y 14).<sup>44</sup>

---

<sup>44</sup> Esta información debe ser tomada con cautela debido a las limitaciones en la recolección de la información de casos de SIDA en Centroamérica y en México. Por ejemplo, en el caso de Honduras Sierra (1998: 103) menciona fallas en el sistema de vigilancia epidemiológica debidas a la adopción de la definición de caso establecido por la OPS-Caracas en 1990 lo cual se reflejó en un alza notable en el número de casos reportados en los años siguientes a partir de su aplicación. En un estudio sobre inmigración y SIDA en los municipios conurbados del área metropolitana de la ciudad de México por ejemplo, se encontró que del total de casos de SIDA reportados en

Este punto es de suma importancia para el presente estudio. El hecho de que las tasas de infección por el VIH/SIDA, en los países centroamericanos de los que provienen en su mayor parte los flujos migratorios (Honduras, El Salvador y Guatemala) al Soconusco y al corredor de la costa chiapaneca, sean mayores que las tasas reportadas en México, sugiere que es la población centroamericana que al entrar en interacción con la población local, estaría jugando un papel importante en la generación de casos nuevos en las regiones del Soconusco e Istmo-costa. Esto por lo menos en el inicio de la epidemia en la región pues una vez iniciada, dicha epidemia tomaría su propia dinámica en la población chiapaneca.

Tabla 13.- Tasa de incidencia anual de casos de SIDA (por millón de habitantes), por año en Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y México.

País	Año						
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Guatemala	18.8	11.3	14.1	81.5	61.7	36.7	59.2
El Salvador	28.7	70.0	67.1	72.0	55.5	10.7	16.9
Honduras	225.1	204.4	216.0	186.7	210.8	240.4	94.4
Nicaragua	5.9	9.5	5.1	6.6	4.6	6.7	3.3
México	44.9	45.2	44.5	40.2	35.7	17.2	2.5

Fuente: Vigilancia de SIDA en las Américas. Informe Bianual, febrero 2000, OPS.

Tabla 14.- Proporción estimada de individuos con edades entre 15 y 49 años que viven con VIH/SIDA para el año 2000.

País	número de individuos 15-49 años	Porcentaje
México	150,000	0.29
Guatemala	71,000	1.38
El Salvador	19,000	0.60
Honduras	58,000	1.92

Fuente: UNAIDS, 2000a

Por otra parte se ha planteado que existe una “ruralización” de la epidemia de VIH en México expresada en “...un aumento constante de número de casos autóctonos en comunidades

hombres e incluidos en su análisis, el 43% quedó clasificado en la categoría “no especificado”, lo que indica que se desconoce, en ellos, la vía de transmisión del virus (Gayet et al, 2000).

rurales” (Bronfman et al, 1996). Estos autores establecen una relación hipotética entre la supuesta “ruralización” de la epidemia en México y el movimiento migratorio de mexicanos a Estados Unidos. Sin embargo, esa hipótesis sería válida para la población de aquellos estados de la república mexicana que participan en forma importante con flujos migratorios hacia Estados Unidos y en los que se demostrara el aumento de casos de VIH/SIDA asociados a la condición migratoria. Desde el estudio que Gamio (1971) realizó sobre la migración mexicana hacia los Estados Unidos en 1926, mostró que los estados de la república que mayor número de emigrantes tenían fueron Michoacán, Guanajuato y Jalisco. Este autor basó sus observaciones utilizando como indicador demográfico el número de remesas que eran enviadas por los migrantes a sus familias. Resulta interesante observar que el estado de Chiapas prácticamente no figura entre los estados que recibieron remesas puesto que en 1926 a Michoacán, Guanajuato y Jalisco fueron enviadas 4775, 4659 y 3507 remesas, respectivamente, a Chiapas fueron enviadas solamente 2 (Gamio, 1971: 13).

En la actualidad el volumen de migrantes hacia los Estados Unidos se ha modificado si se toma como referencia la entidad federativa de origen. Un estudio binacional sobre migración hacia Estados Unidos publicado en 1997 (Estudio binacional de migración, 1997) reporta la distribución de los migrantes de acuerdo con la entidad federativa de origen (tabla 15). Podemos observar que todavía la región centro-occidente continúa teniendo el mayor número de emigrantes pues contiene a los estados que tradicionalmente han tenido flujos migratorios como son Guanajuato, Michoacán y Jalisco. Podemos observar también que el estado de Chiapas se encuentra agrupado entre los estados de la república que menos flujos migratorios aportan hacia los Estados Unidos de lo cual se desprende que su población no estaría participando en forma significativa en la hipótesis de Bronfman et al (1996).

Tabla 15.- Distribución de migrantes que van de México hacia Estados Unidos según entidad federativa de origen en 1992.

Región	%	Estados
Centro-occidente	38.0	Guanajuato, Michoacán, Jalisco y Colima
Frontera Norte	21.0	Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas
Estados entre las regiones anteriores	22.0	Sinaloa, Durango, Nayarit, Zacatecas, San Luis Potosí y Aguascaliente
Valle de México	9.0	Distrito Federal, Estado de México, Querétaro, Hidalgo y Tlaxcala
Sur	8.0	Oaxaca, Guerrero, Puebla y Morelos
Suroeste	2.0	Veracruz, Tabasco, Chiapas, Campeche, Yucatán y Quintana Roo

Fuente: Estudio Binacional de Migración (1997: 13).

Por lo anterior se considera que en el caso del estado de Chiapas y particularmente en la región del Soconusco, la epidemia de VIH/SIDA más que presentar un proceso de “ruralización” podría estar relacionada con la presencia de flujos migratorios provenientes de Centroamérica y el establecimiento de interacción sexual entre ambas poblaciones y adicionalmente también con el nivel de bienestar de su población chiapaneca, agregada en el nivel municipal. Este último punto tiene su fundamento en que los flujos migratorios de origen centroamericano pasan por las regiones que tienen mayor desarrollo socioeconómico y que por lo tanto tienen mejores vías de comunicación que canalizan los flujos. Estas características estarían presentes particularmente en los municipios pertenecientes a la región del Soconusco y a la correspondiente al istmo-costa. Por ello en este punto surgen las siguientes preguntas: ¿existe relación entre la epidemia de VIH/SIDA que se desarrolla en Centroamérica, particularmente en países como Honduras, El Salvador y Guatemala, con la epidemia que se desarrolla en el Soconusco y cuyo vínculo serían

los flujos migratorios provenientes de Centroamérica? y, ya en el nivel estatal, la distribución de casos de VIH/SIDA ¿tiene relación con el nivel de bienestar de los municipios en el estado de Chiapas?

#### 5.- SUBREGISTRO DE CASOS DE VIH/SIDA EN LA REGION DEL SOCONUSCO

Como resultado de la pesquisa realizada para reconstruir las estadísticas del número de casos de VIH/SIDA registrados en la Jurisdicción Sanitaria VII, se encontraron limitaciones en el sistema de registro. Por ejemplo, no hay un registro digitalizado. Los casos eran escritos en una libreta de la cual se obtenían las estadísticas cuando éstas eran solicitadas a la persona encargada del programa de VIH/SIDA. Los registros en las libretas se limitaban a los años 1999 y 2000. De los años anteriores no había información. Podemos decir que no existe una memoria histórica de la epidemia en la Jurisdicción debido a que cada encargado del programa se llevaba consigo la información que procesaba cuando terminaba su trabajo en esa instancia administrativa. En consecuencia fue necesario reconstruir el número de casos recurriendo a los médicos que en años anteriores habían estado a cargo del programa en dicha Jurisdicción con lo cual fue posible documentar solamente el periodo 1993-1996. El periodo 1999-2000 fue obtenido de las libretas arriba mencionadas.

Otro problema en el sistema de registro del programa VIH/SIDA es el administrativo. En una entrevista con la persona encargada del programa VIH/SIDA en noviembre del 2001 en la Jurisdicción Sanitaria VII, me informó que en el nivel central, en la Coordinación de VIH/SIDA de la Secretaría de Salud en el Estado, le rechazaban todos aquellos casos reportados que no tuvieran completos el llenado de los “Formatos de Notificación y Estudio Epidemiológico del VIH/SIDA” (Manual para la vigilancia epidemiológica de VIH-SIDA, 1990). Le pedían que recabara la información faltante para poder considerarlos dentro de las estadísticas. En muchas

ocasiones y por varias razones (las personas eran ilocalizables, otras ya habían fallecido, otras habían cambiado de domicilio, el personal encargado de recabar la nueva información consideraba que esa nueva indagación representaba una carga de trabajo más agregada a sus labores cotidianas), los formatos ya no eran llenados y tampoco reenviados al nivel central en la capital del estado, quedando entonces sin registro. Todo lo anterior impide realizar un análisis que contraste la información registrada en el nivel jurisdiccional con la registrada en el nivel nacional pues no es posible cotejar los casos entre ambas fuentes de información. Solamente es posible contrastar el número absoluto de casos entre ambas instancias. Estos antecedentes sugieren la presencia de un subregistro de casos de VIH/SIDA en la región del Soconusco.

## 6.- REFERENCIAS

Aguayo S, *et al*, (1985) El éxodo centroamericano: consecuencias de un conflicto. México, SEP/Cultura.

Bloor M (1995). The sociology of HIV transmission. Great Britain, Sage Publications.

Boletín Estadístico Mensual de la Situación sobre VIH/SIDA en Honduras (1996). Honduras, Ministerio de Salud Pública, mes de marzo.

Bronfman M, Magis C (1996). Tercermundialización, depauperación y ruralización del SIDA. Demos, 42-3.

Bronfman M, Sejenovich G, Uribe P (1998). Migración y SIDA en México y América Central: una revisión de la literatura. México, Angulos del SIDA.

Cameron DW, D'Costa LJ, MAitha GM, *et al* (1989). Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men. The Lancet, 2: 403-407.

Carrier JM (1976). Cultural factors affecting urban Mexican male homosexual behavior. Archives of Sexual Behavior, 5: 103-124.

Casillas R (1996). The Mexican Dilemma. En: Simmons AB (editor). International migration, refugee flows and human rights in North America: The impact of trade and restructuring. New York, Center for Migration Studies.

Castillo MA (1990). Población y migración internacional en la frontera sur de México: evolución y cambios. Revista Mexicana de Sociología; Año LII (1): 169-184.

Castillo MA (1993). La economía centroamericana y la inmigración a México. Comercio Exterior; 43: 763-773.

Castillo MA (1996a). Migration, Development and pace in Central America. En: Simmons AB (editor). International migration, refugee flows and human rights in North America: The impact of trade and restructuring. New York, Center for Migration Studies.

Castillo MA, Palma SI (1996b). La emigración internacional en Centroamérica: una revisión de tendencias e impactos. Guatemala, FLACSO.

Castillo MA (1999). Tipos y volúmenes de la inmigración en la frontera sur de México. En: Estudios binacionales de México-Estados Unidos sobre migración. México, SRE.

Conde C, Hernández-Avila M, Uribe F et al (1993). STD's prevalences studies among differet populations in Mexico City. In: IX International Conference on AIDS and STD World Congress. Berlin, Germany.

Downs AM, de Vincenzi I (1996). Probability of heterosexual transmission of HIV: relationship to number of unprotected sexual contacts. European Study group in heterosexual transmission of HIV. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol, 11: 388-395.

Egerö B, Hamarskjöld M, Munck L (2000). AIDS, the challenge of the century. Sweden, SODECO, Lund University.

Estudio binacional de migración (1997). México, SRE

Ford N, Koetzawang S (1991). The socio-cultural context of the transmission of HIV in Thailand. Soc Sci Med, 33: 405-414.

Gamio M (1971). Mexican immigration to the United States. A study of human migration and adjustment. New York, Dover Publications.

Gayet C, Magis C (2000). Inmigración y SIDA en los municipios conurbados del área metropolitana de la ciudad de México. Economía, Sociedad y Territorio; II (8): 641-686.

Gómez G, Herrera C, Velasco CA, et al (2000). Estudio centinela para la infección del VIH en mujeres embarazadas en la frontera México-Guatemala. Trabajo presentado en el I Foro y II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal de América Latina y del Caribe sobre VIH/SIDA y ETS, Sao Pablo, Brasil.

Güereña-Burgueño F, Benenson AS, Sepúlveda-Amor J (1991). HIV-1 Prevalence in selected Tijuana sub-populations. Am J Public Health, 81: 623-625.

Hernández PL, Sandoval JM (1989). El redescubrimiento de la frontera sur. México, Universidad Autónoma de Zacatecas y Universidad Autónoma Metropolitana.

Herzog LA (1992). Changing boundaries in the Americas: An overview. En: Herzog LA (editor). Changing boundaries in the Americas. New perspectives on the US-Mexican, Central American, and South American Borders. United States of America, Center for US-Mexican Studies UCSD, 1992.

Hyams KC, Escamilla J, Papaditos TJ et al (1989). HIV infection in a non-drug abusing prostitute population. *Scand J Infect Dis*, 21: 353-254.

INEGI (2000a). Anuario Estadístico: Chiapas. México, INEGI.

INEGI (2000b). <http://www.inegi.gob.mx>

Izazola-Licea JA, Grotmaker SL, de Gruttola V, et al, (2003). Sexual behavior pattern and HIV risks in bisexual men compared to exclusively heterosexual and homosexual men. *Salud Publica Mex*, 45 (supl 5): S662-S671.

Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE (1948). Sexual behavior in the human male. United States of America, W.B. Saunders Company.

Liguori AL, González-Block MA, Aggleton P (1996). Bisexuality and AIDS in Mexico. In: Bisexualities and AIDS (Aggleton P., Editor). London, Taylor & Francis.

Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Anaya-López L, Uribe-Zúñiga P (1998). La situación del SIDA en México a finales de 1998. *SIDA/ETS*, 4: 143-155.

Manual para la vigilancia epidemiológica VIH-SIDA (1990). México, SSA/DGE/INDRE.

Mastro TD, Satten G, Nopkesorn T, et al (1994). Probability of female to male transmission of HIV-1 in Thailand. *The Lancet*; 343: 204-207.

Murillo J, Castro KG (1994). HIV infection and AIDS in Latin America. Epidemiologic features and clinical manifestations. *Infect Dis Clin N Amer*, 8: 1-11.

Nelson KE, Celentano DD, Suprasert S, et al (1993). Risk factors for HIV infection among young adult men in Northern Thailand. *JAMA*, 270: 955-960.

Nicolasi A, Corrà ML, Musicco M, et al (1994). The efficiency of male to female and female to male sexual transmission of human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 5: 570-575.

OPS (2000). Vigilancia del SIDA en las Américas: Informe Bianual. Programa Regional de SIDA/ITS de la Organización Panamericana de la Salud.

Padian NS, Shiboski SC, Jewell NP (1991). Female to male transmission of human immunodeficiency virus. *JAMA*; 266: 1664-1667.

Pagano M, Gauvreau K (1993). Principles of biostatistics. Belmont, California, United States, Duxbury Press.

Pérez A, Mazariegos MA, Casahonda JG, et al (1991). Prevalencia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y relación con otras enfermedades transmitidas sexualmente en un grupo de prostitutas en Huixtla, Chiapas. *Rev Invest Clin*; 53: 45-47.

Peterman TA, Stoneburner RL, Allen JR, et al (1988). Risk of human immunodeficiency virus transmission from heterosexual adults with transfusion-associated infections. *JAMA*, 259: 55-58.

Royce RA, Seña A, Cates W, et al (1997). Sexual transmission of HIV. *N Engl J Med*, 336: 1072-1078.

Romieu I, Herrera E, Hernández M, et al (1991). Condom use in clients fo comercial sex workers in Mexico City. VII International Conference on AIDS, Florence 16-21 June, 1991 (Abstract M.D.4103).

Ruiz de Chávez M, Martínez-Narváez G (1988). El papel de la Jurisdicción Sanitaria en los sistemas estatales de salud. *Salud Publica Mex*; 30: 197-201.

Sierra M (1998). Epidemiología de VIH/SIDA en Honduras. Situación actual y perspectivas. En: Izazola JA (Editor). Situación epidemiológica y económica el SIDA en América Latina y el Caribe. México, FUNSALUD.

UNAIDS (2000a). HIV and AIDS in the Americas: an epidemic with many faces, November 2000.

Uribe-Zúñiga P, Hernández-Tepichín G, Del Río-Chiriboga et al (1995). Prostitución y SIDA en la ciudad de México. *Salud Pública Mex*, 37: 592-601.

Uribe-Salas F, Hernández-Guirón C, Conde-González C, et al (1995). Características relacionadas con ETS/VIH en hombres que trabajan en bares de la ciudad de México donde se ejerce la prostitución femenina. *Salud Pública Mex*, 37: 385-393.

Uribe-Salas F, Hernández-Avila M, Conde-Glez C, *et al* (1997). Low prevalence of HIV infection and sexually transmitted disease among female commercial sex workers in Mexico City. *American Journal of Public Health*, 87: 1012-1015.

Uribe-Salas F, Conde-Glez C, Juárez-Figueroa L, Hernández-Castellanos A (2003). Socio-demographic dynamics and sexually transmitted infections in female sex workers from the Mexican-Guatemalan border. *Sex Transm Dis*, 30 (3): 266-271.

Valdespino-Gómez JL, García-García ML, Del Río-Chiriboga C, et al (1995a). Las enfermedades de transmisión sexual y la epidemia de VIH/SIDA. *Salud Pública Mex*, 37: 549-555.

Valdespino-Gómez JL, García-García ML, Del Río-Zolezzi A, et al (1995b). Epidemiología del VIH/SIDA en México; de 1983 a marzo de 1995. *Salud Pública Mex*; 37: 556-571.

Working group of global HIV/AIDS and STI surveillance (2000). Guidelines for second generation HIV surveillance. Washington, UNAIDS/WHO.

## CAPITULO 4

### MARCO CONCEPTUAL:

#### CLASIFICACION EPIDEMIOLOGICA Y ABORDAJE SOCIAL DE LOS

#### COMPORTAMIENTOS SEXUALES Y SU RELACION CON LA TRANSMISION DEL VIH

##### 1.- INTRODUCCION

El presente capítulo tiene como objetivo establecer una articulación entre el bagaje conceptual epidemiológico que explica la dinámica de la epidemia de VIH y los elementos sociales y culturales que permiten evaluar el comportamiento sexual de los individuos masculinos. En el primer caso tenemos una elaboración de lo que se entiende por indicadores y factores de riesgo de infección por el VIH, contruidos sobre un modelo conceptual que explica la interacción que se establece entre individuos infectados e individuos susceptibles,<sup>45</sup> proceso que finalmente explicaría la endemidad o persistencia de la infección en una población determinada. Estos elementos estarían matizados por las características del comportamiento sexual de los individuos de esa población y por las prácticas sexuales distintivas que predominaran en ella. Asimismo, se hace un análisis sobre la forma en que, en epidemiología, son clasificados los comportamientos sexuales entre individuos masculinos, donde para ello se utilizan como ejemplo estudios realizados en México sobre el tema.

El objetivo de analizar el método clasificatorio de los comportamientos sexuales es concentrar la atención en el método de medida más que en el objeto de medida (Bachelard, 1990: 251). En otras palabras, lo que importa es analizar la forma en que son definidas las categorías del comportamiento sexual de los individuos más que la clasificación de los individuos dentro de esas categorías. El seguimiento de esta estrategia se debe a que el establecimiento de las

---

<sup>45</sup> Una persona susceptible es aquella que se encuentra libre de la infección en estudio y que tiene una probabilidad determinada de adquirirla al entrar en contacto con una persona infectada. Se podría decir que los individuos susceptibles representan a la población en riesgo de adquirir la infección.

categorías del comportamiento sexual (homosexual y bisexual) en pacientes infectados con el VIH o con manifestaciones del SIDA, distan mucho de ser socialmente neutras. En la realidad social existe una estigmatización de las personas que son diagnosticadas con SIDA. De hecho para autores como Parker y Aggleton (2003: 13) lo más preocupante o explosivo del problema es la epidemia social, cultural, económica y política en respuesta al SIDA. El SIDA, como la lepra o la sífilis en épocas pasadas, es una enfermedad que tiene consecuencias sociales como la presencia de prejuicios<sup>46</sup> entre las personas “normales” que finalmente lleva a la estigmatización<sup>47</sup> social de las personas afectadas. Por si eso fuera poco, el SIDA ha obligado a hacer público aspectos de las personas que son privadas como son las relaciones amorosas que se acompañan de prácticas homosexuales, bisexuales y heterosexuales que, finalmente, son formas a través de los cuales se transmite la infección por el VIH. Entrar entonces en el terreno de lo público es entrar en el terreno de lo social. En el caso de los enfermos de SIDA las consecuencias del estigma social son de dos tipos según la tipología de Goffman (1995: 14): se les estigmatiza en cuanto a enfermos (“abominaciones del cuerpo”) y en cuanto a homosexuales (“defectos de carácter”).

Como puede observarse, cuando las relaciones de un objeto con otros objetos son numerosas, esas relaciones están sometidas a interferencias. No solo estamos ante un proceso biológico de inmunodeficiencia entre los individuos infectados por el VIH sino que esta infección tiene repercusiones sociales por ser ésta todavía incurable en la actualidad y porque la forma más importante a través de la cual se disemina la infección se debe al comportamiento sexual de las personas, expresado éste en prácticas sexuales que pueden ser socialmente

---

<sup>46</sup> Se entiende por prejuicio la actitud hostil hacia una persona que pertenece a un determinado grupo por lo cual se presume comparte cualidades objetables adscritas a dicho grupo (Allport, 1958: 8).

<sup>47</sup> El estigma ha sido definido como la presencia de un atributo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito. Se trata de un atributo profundamente desacreditador (Goffman, 1995: 13).

estigmatizantes. Por ello se impone, como necesidad metodológica, la realización de un análisis de las aproximaciones clasificatorias del comportamiento sexual. Podemos ver con ello que el objeto de estudio puede variar de naturaleza a medida que cambia el grado de aproximación.

## 2.- MARCO CONCEPTUAL DE LA EPIDEMIOLOGIA DE LA INFECCION POR EL VIH

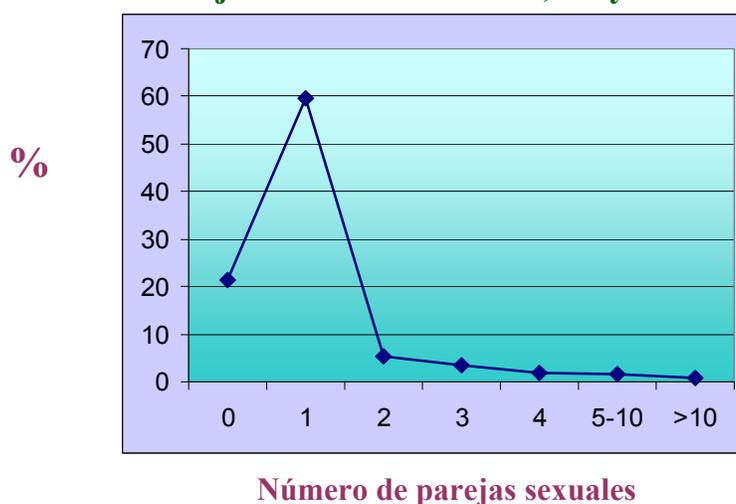
Desde el punto de vista epidemiológico, el comportamiento sexual de un individuo y su relación con la infección por el VIH se sitúa en el análisis de las prácticas sexuales de riesgo. Estas tienen dos niveles: el primero se relaciona con los indicadores de riesgo y el segundo comprende los factores de riesgo. Un indicador de riesgo es cualquier característica de la actividad sexual de un individuo que está estadísticamente relacionada con la probabilidad de conocer a una pareja sexual que porte el virus. Por su parte un factor de riesgo es una característica de la práctica sexual que está estadísticamente relacionada con el riesgo de transmisión del virus (Aral y Holmes, 1999: 66-67; Spira et al, 1994: 21-22).

### 2.1.- INDICADORES DE RIESGO

El análisis de los indicadores de riesgo se desprende de los trabajos que realizaron diferentes autores que hicieron modelos matemáticos de la endemidad por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Para que un agente de transmisión sexual se reproduzca en la población, se necesita que un individuo infectado transmita con éxito la enfermedad al menos a una persona susceptible. Si el número de susceptibles que llega a ser infectado es mayor de 1, la prevalencia de la enfermedad aumenta en la población, pero disminuye en caso contrario (Brunham *et al*, 1990). Lo anterior tiene que ver con la tasa reproductiva de la enfermedad en la población que involucra la infectividad del agente infeccioso, la duración de la enfermedad en el hospedero y un factor de interacción entre transmisores y susceptibles representada por la tasa de cambio en el número de parejas sexuales durante el período de un año (Anderson *et al*, 1988;

Holmes, 1994). La tasa reproductiva de la enfermedad está representada por los siguientes elementos:  $R_0 = B c D$ ; donde  $R_0$  es la tasa reproductiva de la enfermedad;  $B$  la eficiencia de la transmisión de la infección;  $c$  es una medida de interacción entre transmisores y susceptibles y  $D$  representa la duración de la enfermedad en el hospedero. Un elemento importante en términos de población es la medida de interacción entre transmisores y susceptibles representado por  $c$ . Lo anterior queda ilustrado en la figura 9 que muestra la distribución del número de diferente parejas sexuales que un grupo de individuos de la población general tienen. Puede observarse que la distribución no es normal sino sesgada a la derecha en cuyo extremo se encuentran los individuos con altas tasas de nuevos compañeros sexuales en el último año. Aunque estos individuos representan una minoría respecto a la población total estudiada, son suficientes para que una infección como el VIH se mantenga en forma endémica. Todo este planteamiento ha resultado en el desarrollo del concepto de grupo reservorio (*core group* en la literatura inglesa) (Brunham et al, 1990; Brunham, 1991; Aral, 2002).

**Figura 9.- Distribución del número de parejas sexuales durante el último año de 1481 sujetos de ambos sexos, mayores de 18 años en EU.**



Fuente: Gráfica construida con los datos consignados por Centers for Disease Control (1988).



obliga a buscar sus parejas sexuales en los siguientes dos grupos de actividad sexual, mientras que los individuos en la categoría uno pueden escoger sus parejas con individuos de su misma categoría o con aquellos pertenecientes a una de las dos categorías restantes. En otras palabras, la categoría de actividad sexual tiene influencia, según Anderson (1992), sobre la selección de las parejas sexuales a través de las reglas de la oferta y la demanda de parejas.

En términos demográficos, la edad es una característica que juega un papel importante en la selección de parejas sexuales, tanto en las comunidades homosexuales como en las heterosexuales. Los datos disponibles sugieren que existe una disparidad de edades entre muchas parejas, particularmente en países en desarrollo<sup>48</sup> donde los hombres tienden, en promedio, a escoger parejas más jóvenes que ellos (Anderson, 1992: 276). Las implicaciones que estas características tienen para el desarrollo de la epidemia de infección por el VIH son las siguientes: en el caso de la distribución de las categorías de actividad sexual, la epidemia se desarrollaría rápidamente entre los individuos pertenecientes en la categoría de mayor número de parejas sexuales. Estos individuos a su vez estarían siendo la fuente de infección para las otras categorías de menor actividad sexual. En el caso de la edad en población heterosexual, las mujeres resultarían infectadas a más temprana edad, lo que significaría que el fenómeno tendría mayor impacto en el número de casos de infección por el VIH en recién nacidos, como ocurrió en Uganda a finales de la década de los 80s (Berkley et al, 1989).

## 2.2.- FACTORES DE RIESGO

---

<sup>48</sup> Un trabajo de revisión de la literatura encontró que es común la “mezcla” de edades en las relaciones sexuales entre mujeres muy jóvenes (adolescentes) y hombres adultos en la región subsahariana de Africa. Aunque las razones por las que mujeres adolescentes sostienen relaciones sexuales con hombres de mayor edad que ellas son varias, el recibo de beneficios económicos es la principal motivación. En ese análisis la asimetría de edades estuvo asociada a con comportamientos sexuales desprotegidos y con el incremento del riesgo de infección por el VIH (Luke, 2003). En México un estudio realizado en estudiantes universitarios encontró que la edad de inicio de relaciones sexuales entre las mujeres fue en promedio a los 18 años mientras que la edad de sus parejas sexuales en esa primera relación fue en promedio de 21 años (Sánchez, 2001: 32).

Por otra parte el análisis teórico de los factores de riesgo para adquirir la infección por el VIH se inicia al observarse que la relación sexual sin protección es la principal vía para la transmisión del virus entre la población. Una de las prácticas sexuales de mayor riesgo para diseminar la infección es la relación sexual anal receptiva sin protección. Un estudio pionero sobre el tema, realizado en sujetos masculinos con prácticas homosexuales en Estados Unidos de Norteamérica, encontró una asociación independiente entre la práctica sexual anal receptiva y la incidencia de la infección por el VIH; en cambio la práctica sexual insertiva anal no tuvo asociación con dicha incidencia (Kingsley *et al*, 1987).

Asimismo, se ha señalado la importancia de la separación de las prácticas sexuales activas y pasivas entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, como una variable poblacional en modelos matemáticos de la epidemia de SIDA. Trichopoulos *et al* (1988), consideran que si el coito anal receptivo es con mucho el factor de riesgo más importante en la seroconversión por el VIH, el coito anal insertivo puede no ser más conducente a la seroconversión por el virus que el coito vaginal insertivo. En consecuencia, si todos los hombres homosexuales fueran activos o pasivos, pero nunca activos y pasivos, la proporción de hombres homosexuales en la población no sería crítica para entender el pasado o predecir el futuro de la propagación del SIDA. Este planteamiento teórico se encuentra respaldado por las historias de la epidemia en el Mediterráneo y el Medio Oriente. Los autores consideran que la más lenta propagación del SIDA en esas dos regiones del mundo puede corresponder no sólo a las diferencias en las vías clásicas de propagación del SIDA, como la promiscuidad y el uso de drogas intravenosas, sino también a una separación más clara de las prácticas insertivas y receptivas. Este hecho, a su vez, muestra la importancia del contexto cultural en la propagación de la infección en la población. Estudios posteriores realizados por Wiley y Herschkorn (1989) y

Van Druten *et al* (1992), que aportaron elementos a favor de la hipótesis de Trichopoulos *et al* (1988), volvieron a resaltar el hecho de que la mezcla sexual en los modelos matemáticos que utilizaban no es aleatoria sino clasificada por las características personales como la edad, el estilo de vida y la participación en distintas culturas sexuales, es decir, proponen tomar en cuenta el entorno social.

### 3.- CLASIFICACION DE LOS COMPORTAMIENTOS DE RIESGO PARA ADQUIRIR LA INFECCION POR EL VIH

Hablar en México sobre la sexualidad humana y sobre la diversidad en su expresión han sido temas tabúes, particularmente cuando se abordan los comportamientos homosexuales y bisexuales (Liguori, 1995). Esto tiene como consecuencia que se conozca poco sobre estos comportamientos en el nivel de la población y sobre su relación con las vías de transmisión del VIH. De acuerdo con Carrier (1989), en México no se han hechos estudios sobre comportamiento sexual de la magnitud del que realizó Kinsey en Estados Unidos, lo cual obliga a trabajar con los estudios realizados a pequeña escala en población mestiza y urbana en México. Estos estudios se han realizado para establecer asociaciones entre las prácticas homosexuales y bisexuales en hombres y la presencia de la infección por el VIH.

¿Cómo entonces se ha abordado el estudio de los comportamientos sexuales para evaluar las vías de transmisión del VIH/SIDA? Desde el punto de vista epidemiológico, la agencia gubernamental norteamericana *Centres for Disease Control*, fue la primera en utilizar las categorías homosexual y bisexual para evaluar las rutas de transmisión del VIH y diferenciar las rutas de transmisión del dicho virus (Bloor, 1995: 29). Posteriormente dichas categorías han sido usadas internacionalmente por haber mostrado su utilidad para evaluar los riesgos de infección

por el VIH, particularmente en hombres.<sup>49</sup> Dos estudio realizados en México para evaluar los comportamientos sexuales en hombres así lo muestran.<sup>50</sup> El primer estudio se centra, entre otros puntos, en la evaluación de los comportamientos homosexual y bisexual y su relación con la infección por el VIH, en hombres seleccionados en diferentes ciudades de México que reportaban sexo con hombres (Izazola-Licea et al, 1991: 615). En ese estudio el comportamiento sexual fue evaluado en los últimos cuatro meses anteriores a la entrevista y aquellos individuos que habían tenido relaciones sexuales con al menos una mujer durante el año anterior a la entrevista, fueron considerados individuos que tenían prácticas bisexuales (Izazola-Licea et al, 1991: 616). De lo anterior se infiere que el resto de los individuos estudiados tuvieron relaciones sexuales sólo con hombres por lo que fueron clasificados en la categoría de práctica homosexual. Fueron estudiados 658 individuos de los cuales 482 fueron clasificados con prácticas homosexuales y 176 bisexuales. Los primeros tuvieron un frecuencia de infección por el VIH de 10.8% y los segundos de 12.5%, diferencia que no fue estadísticamente significativa (Izazola-Licea et al, 1991: 617).

El segundo trabajo fue realizado por Hernández et al (1992) en individuos masculinos que acudieron, entre enero de 1988 y junio de 1989, al Centro Nacional del SIDA en la ciudad de México a realizarse la prueba para diagnosticar infección por el VIH. Los individuos fueron clasificados como homosexuales si habían tenido relaciones sexuales con hombres desde 1979 y como bisexuales si habían tenido relaciones sexuales con hombres desde 1979 y si tuvieron también relaciones sexuales con mujeres durante los seis meses previos a la entrevista. En la

---

<sup>49</sup> Para Kinsey y colaboradores la palabra homosexual es utilizada en relación con el comportamiento humano y ha sido aplicada a las relaciones sexuales entre individuos del mismo sexo. Ese término es la antítesis de la palabra heterosexual que es aplicada a la relación entre individuos de diferente sexo (Kinsey et al, 1948: 612).

<sup>50</sup> Por supuesto que en México se han publicado diferentes trabajos que relacionan el comportamiento homosexual y bisexual en hombres y la infección por el VIH (Izazola-Licea et al, 1988; Izazola-Licea et al, 1995; Coplan et al, 1996; Izazola-Licea et al, 2003). Sin embargo, los dos trabajos analizados aquí (Izazola-Licea et al, 1991; Hernández-Avila et al, 1992) son muy claros, en su sección sobre metodología, acerca de la forma en que fue definido el comportamiento sexual de los individuos estudiados y por lo tanto de interés para el presente estudio.

clasificación de individuos bisexuales también se consideró el antecedente de haber tenido relaciones sexuales con mujeres desde 1979. Como no hubo diferencia significativa en la prevalencia de infección por el VIH entre ambos grupos (relaciones sexuales con mujeres durante los últimos 6 meses vs relaciones sexuales con mujeres desde 1979) se decidió utilizar la suma de ambas categorías (Hernández et al, 1992: 884-885). Fueron estudiados 2,314 hombres de los cuales 555 fueron clasificados como homosexuales y 1,759 como bisexuales. La frecuencia de infección por el VIH fue significativamente mayor entre los individuos clasificados como homosexuales (34.3%) respecto de aquellos clasificados como bisexuales (21.4%).

#### 4.- SUPUESTOS EPISTEMOLOGICOS DEL ANALISIS DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO Y SU RELACION CON LA FRECUENCIA DE INFECCION POR EL VIH

El concepto de “riesgo” es un concepto muy utilizado en el terreno de los estudios en salud en el mundo. La aplicación masiva de las técnicas y los métodos para el análisis formal del “riesgo” en la literatura profesional en salud, es un fenómeno reciente que se ha desarrollado durante los últimos 30 años (Hayes, 1992). Ese autor realizó una búsqueda de la palabra “riesgo” en la base de datos de los artículos publicados en las revistas sobre medicina y salud (MEDLINE por sus siglas en Inglés), entre enero de 1985 y diciembre de 1991. Encontró un promedio de 14,400 referencias por año en relación con la palabra “riesgo”, lo que le sugirió que aproximadamente 5% de las 25,000 referencias añadidas al MEDLINE cada mes, están asociadas con esa noción.

El estudio de la epidemia de infección por el VIH no es la excepción. El análisis de los riesgos de la infección por el VIH implica un abordaje epidemiológico y estadístico mediante el cual se evalúa si las personas pertenecientes a una determinada categoría de comportamiento sexual, tienen una probabilidad significativamente mayor de tener el resultado de un evento, en

este caso la infección por el VIH, respecto de los individuos pertenecientes a otra categoría de comportamiento sexual. Tomemos el ejemplo anterior de Hernández et al (1992: 886) donde los individuos clasificados como homosexuales tuvieron una frecuencia de infección significativamente<sup>51</sup> mayor respecto de los individuos clasificados como bisexuales. El análisis no termina ahí sino que, a través de este método, es posible estimar los riesgos de infección por el VIH dependiendo de la categoría en la que fueron clasificados los individuos. Así por ejemplo, tenemos que los individuos clasificados como homosexuales tuvieron un riesgo 1.36 veces mayor de infección por el VIH respecto de los individuos clasificados como heterosexuales (Hernández et al, 1992: 888).

El concepto de riesgo representa la probabilidad de que un evento ocurra. En epidemiología el concepto de riesgo es utilizado para expresar la probabilidad de que un resultado particular ocurrirá precedido de una exposición particular (Last, 2001). En ese sentido el riesgo en epidemiología representa siempre una probabilidad condicional. Por ello el término “factor de riesgo” representa una exposición que está estadísticamente asociada con un resultado. Por ejemplo, como ya se ha planteado en este trabajo, la práctica sexual anal receptiva sin protección representa un factor de riesgo de infección por el VIH.<sup>52</sup>

Desde el punto de vista del análisis epistemológico existen diferentes formas de abordar el concepto de riesgo. De acuerdo con Lupton (1999) el abordaje arriba mencionado sobre lo que

---

<sup>51</sup> El adverbio “significativamente” lo estamos utilizado en este ejemplo epidemiológico para establecer que la diferencia en las proporciones de infección por el VIH en las categorías homosexual vs bisexual, es estadística. En otras palabras, la diferencia nos se debe al azar sino a que, desde el punto de vista estadístico, aquellas proporciones son diferentes.

<sup>52</sup> Textualmente “...un factor biológico, de comportamiento o del medio ambiente, cuya presencia es confirmada por una secuencia temporal, usualmente en estudios longitudinales, incrementa la probabilidad de que una enfermedad ocurra y, si ese factor se encuentra ausente o es removido, se reduce entonces aquella probabilidad. Los factores de riesgo son parte de la cadena causal de una enfermedad...” (Last, 2001). Las contribuciones de esta definición son cuatro: 1) el énfasis que se pone en la secuencia temporal en el sentido de que exposición antecede al evento 2) el planteamiento de que un factor de riesgo es parte de la cadena causal 3) el planteamiento de que los factores de riesgo están involucrados en el desarrollo de la enfermedad y 4) que los estudios longitudinales son necesarios para demostrar la presencia de factores de riesgo.

se considera riesgo ha sido considerado como “técnico-científico” porque su aproximación proviene de campos como la ingeniería, la estadística, la psicología, la epidemiología y la economía que en conjunto desarrollan la idea de daño o peligro calculados en términos de probabilidad. Dentro de esta corriente “técnico-científica” los debates sobre lo que debe ser considerado como riesgo giran en torno a qué tan bien el riesgo ha sido identificado o calculado, el nivel de seriedad del riesgo en términos de sus efectos posibles, qué tan exacto es el método que ha sido usado para medir y calcular el riesgo e inclusive, cómo los modelos causales o predictivos han sido contruidos para entender por qué ocurren los riesgos y por qué la gente responde a ellos en cierta manera (Lupton, 1999: 18). En otras palabras, el riesgo es una probabilidad condicional que puede ser cuantificado como un fenómeno que es independientemente de los procesos sociales y culturales en que aquel se presenta.

En términos de la clasificación de los comportamientos sexuales de riesgo para la infección por el VIH, lo que se intenta es medir dichos comportamientos lo más exacto posible. En el ejemplo tomado del trabajo de Hernández et al (1992: 884-885), arriba mencionado, había dos alternativas para clasificar a los individuos bisexuales: los que habían tenido relaciones sexuales con hombres desde 1979 y que tuvieron también relaciones sexuales con mujeres durante los seis meses previos a la entrevista o, alternativamente, aquellos que habían tenido relaciones sexuales con mujeres desde 1979. Se evaluó entonces la prevalencia de infección por el VIH entre ambos grupos (relaciones sexuales con mujeres durante los últimos 6 meses vs relaciones sexuales con mujeres desde 1979). Como no hubo diferencia significativa entre ambas frecuencias, los autores decidieron utilizar la suma de ambas categorías porque ambas representaban lo mismo, en términos de la frecuencia de tal infección.

Como se puede ver, lo que interesa en los estudios epidemiológicos es “medir” y “clasificar” el comportamiento sexual en función de su evaluación respecto de la frecuencia de la infección por el VIH.<sup>53</sup> En otras palabras, lo que importa es la realización de una clasificación de los comportamientos sexuales de los individuos estudiados útil para establecer asociaciones estadísticas con la frecuencia de infección por el VIH. En este sentido la discusión conceptual sobre lo que se entiende por comportamiento sexual es muy limitada. Por ejemplo, aunque Hernández et al (1992: 884) intentan discutir sobre la forma en que es definida la bisexualidad (consideraron que las estimaciones sobre bisexualidad varían de acuerdo con la definición usada para su clasificación, para lo cual se pueden incluir tanto elementos de comportamientos sexuales como de preferencias sexuales), no elaboran conceptualmente sobre el tema sino que se apoyan en el trabajo de Gortmarker e Izazola (1992: 47) quienes discuten que “Homosexualidad/bisexualidad/heterosexualidad es una variable compleja que representa un *continuum*, donde las preferencias, concientes o inconscientes, puede o no estar reflejadas en las prácticas sexuales”. Para estos autores lo que más importa en el estudio de VIH/SIDA son las prácticas y las técnicas y no las preferencias. Entonces, la variable de interés es a menudo la práctica sexual. Estos autores consideran además que las prácticas sexuales se refieren a con quién la actividad sexual es realizada y las técnicas sexuales se refieren a qué es hecho entre los sujetos de la actividad sexual. Entonces Hernández et al (1992) consideran que una definición de bisexualidad útil para el análisis epidemiológico debe basarse en la evaluación de las prácticas sexuales y no en la preferencias sexuales.

Quizá Izazola (1994) sea uno de los investigadores de la epidemia de VIH en México que más se ha preocupado por profundizar en el análisis conceptual sobre comportamiento sexual

---

<sup>53</sup> Textualmente los autores escriben “We have chosen a behavioral definition of bisexuality based upon recent sexual behavior with females (during the last six months) because we believe it is the most relevant to the issue under study, namely, the current risks for the transmission of HIV-1” (Hernandez et al, 1992: 884).

masculino. Es un autor que reconoce explícitamente que la operacionalización de la bisexualidad, en los estudios epidemiológicos en México, se ha basado exclusivamente en el reporte de las prácticas sexuales de los individuos, particularmente en el reporte de las relaciones sexuales de los individuos con hombres y con mujeres (Izazola, 1994: 634). Sin embargo, considera que el estudio de la bisexualidad es más complejo que la pura clasificación de prácticas sexuales pues tiene una dimensión sociocultural. Así, en México la forma de conceptualizar la masculinidad se hace de una forma distinta a lo que se ha observado en otras culturas. En ese sentido los hombres que participan en encuentros homosexuales con otros hombres pueden no considerar que su virilidad sea amenazada si durante las relaciones sexuales juega un papel anal insertivo y si además mantiene roles sociosexuales masculinos. Esta situación se da en un contexto sociocultural donde existe falta de parejas disponibles de sexo femenino atendiendo a una doble moral que implica la existencia de mujeres “malas” las cuales están disponibles para tener relaciones sexuales y mujeres “buenas” aquellas que están destinadas para ser novias o esposas.

Lo más sobresaliente del planteamiento de Izazola (1994; 639) es el reconocimiento de que la bisexualidad es un suceso dinámico en el que la atracción de un individuo no se concentra exclusivamente en individuos de su mismo sexo y que puede ser acompañada o no de contacto físico sexual “...en forma simultánea, concurrente o serial”. En otras palabras, la bisexualidad puede presentarse en múltiples situaciones que van más allá de una definición basada en las relaciones sexuales tanto con hombres y con mujeres. Por ello el autor considera que la orientación sexual, definida como “...la disposición erótica y/o afectiva hacia individuos del mismo o diferente género” (Izazola, 1994; 637), permite identificar y clasificar las diferentes situaciones en que se manifiesta la bisexualidad. Lo anterior es posible porque en ese contexto la

orientación sexual está constituida por tres dimensiones que son: la actividad física (que designa el contacto físico corporal con otra u otras personas, y puede o no incluir contacto sexual); afecto interpersonal (que se refiere a las asociaciones que involucran grados variables de amor y/o confianza, con compañeros, amigos, amantes, esposas); y fantasías eróticas (que son las imágenes mentales de una o más personas involucradas en actividad sexual física o en relaciones afectivas idealizadas). En consecuencia, la utilización de este concepto de orientación sexual pretende profundizar en los procesos psicológicos y de comportamiento de los individuos.

Lo anterior supone una crítica a la clasificación de los comportamientos sexuales masculinos en categorías cerradas de homosexual, bisexual y heterosexual. Izazola (1994: 640) toma la categoría bisexual y la analiza por ser conceptualmente la más problemática. Por lo común se piensa que la orientación sexual de un individuo masculino es dicotómica: o se es heterosexual u homosexual. Pero el hecho de que un individuo pueda elegir dos objetos sexuales opuestos al mismo tiempo resulta contradictorio. De ahí que se recurra a la teoría conflictiva para abordar el problema porque se supone existe una disonancia psicológica que provoca conflicto en la persona. Pero el problema clasificatorio arriba aludido no tiene solamente un fondo psicológico sino también social y cultural.

A principios de la década de los noventa del siglo pasado (hace unos 13 años) vino a México Lumsden (1991), un investigador de la homosexualidad en Cuba, Puerto Rico y México, y tuvo una profunda impresión de que la sociedad mexicana es todavía machista. En la estancia que tuvo en México pudo hacer un recuento de los antecedentes históricos del machismo y de los diferentes elementos sociales y culturales que caracterizan la sexualidad masculina. Por ejemplo, que el machismo en México gira alrededor de la invulnerabilidad y de la obligación de aprovecharse de una persona más débil. Esto significa que, en un plano social, la mujer estaría en

una posición de mayor debilidad y vulnerabilidad social que un hombre. En este contexto no existe una homofobia en el sentido literal de la palabra (que significa miedo a la homosexualidad). Para Lumsden (1991: 22) el miedo que tiene los mexicanos es a ser vistos como débiles, afeminados, a ser considerados como objetos sexuales de otros. Ello implica entonces que la utilización de términos clasificatorios como homosexual y bisexual, tengan una dimensión social y cultural que no es posible analizar cuando se utiliza aquella clasificación cerrada basada exclusivamente en el estudio de las prácticas sexuales de los individuos.<sup>54</sup> Además esta clasificación de homosexual, bisexual y heterosexual supone una correspondencia entre identidad sexual, rol de género y prácticas sexuales, correspondencia que ha sido puesta en duda por diferentes etnógrafos que han realizado estudios sobre homosexualidad en Latinoamérica.

#### 5.- ASPECTOS SOCIALES EN LA CLASIFICACION DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE RIESGO: PRACTICAS SEXUALES, GENERO E IDENTIDAD SEXUAL

Richard Parker (1987) ha considerado que las categorías homosexual y bisexual, utilizadas en epidemiología, son ajenas a la cultura sexual brasileña. Para este autor, la estructura de la vida sexual en Brasil ha sido concebida en términos de un modelo que se centra en la relación entre las prácticas sexuales y los roles de género, donde la distinción entre lo masculino que es identificado con la actividad y lo femenino con la pasividad, es central para ordenar el universo sexual (Parker, 1987: 160). En este sentido resulta claro como las prácticas sexuales (penetrar o

---

<sup>54</sup> Borges (1960: 142), por medio del lenguaje, ha hecho una crítica corrosiva a la clasificación del saber en categorías fijas. Borges considera, apócrifamente, que el sinólogo alemán Franz Khun (1884-1961) menciona una enciclopedia china que propone una clasificación de las especies animales en 14 grupos “a) pertenecientes al Emperador, b) embalsamados, c) amaestrados, d) lechones, e) sirenas, f) fabulosos, g) perros sueltos, h) incluidos en esta clasificación, i) que se agitan como locos, j) innumerables, k) dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, l) etcétera, m) que acaban de romper el jarrón, n) que de lejos parecen moscas”. Siendo la sexualidad humana un proceso dinámico que es atravesado por elementos de comportamiento, psicológicos, sociales y culturales, su clasificación en categorías cerradas parece un hecho tan absurdo como la clasificación apócrifa de las especies animales de Borges.

ser penetrado) y los roles de género (penetrar es una distinción de lo masculino, ser penetrado de lo femenino) se articulan y se expresan en la vida cotidiana en Brasil.

Estas distinciones creadas popularmente en Brasil contrastan con las nociones médico-científicas de homosexualidad y bisexualidad. Así, mientras *viado o bicha* (categorías que hacen referencia al hombre que es penetrado y que, en consecuencia, hace las veces de mujer) sufre claramente un estigma social, en tanto que el individuo que penetra no sacrifica su identidad masculina. En otras palabras, mientras el sistema médico-científico<sup>55</sup> de clasificación sexual parece postular una correspondencia estable entre deseos, prácticas e identidad, el modelo de la cultura brasileña parece implicar una relación más flexible entre esos componentes.

Asimismo, en Nicaragua Lancaster (1988) ha estudiado la construcción de la homosexualidad masculina. Este autor encontró el término coloquial “cochón” que podría traducirse vagamente por sus equivalentes en la lengua inglesa como *homosexual* o *gay*. No obstante estas similitudes, son las prácticas sexuales así como los roles de género los que marcan una diferencia con el concepto anglo-americano del término homosexual. Como indica Lancaster (1998: 111), en Norteamérica la homosexualidad es un fenómeno caracterizado principalmente por la práctica oral, mientras que en Nicaragua es una práctica preponderantemente anal. En otras palabras, es el acto sexual pasivo anal masculino que por sí solo define al “cochón”, mientras que las prácticas manuales u orales reciben poca atención social y parecen no ser consideradas como prácticas homosexuales. Según Lancaster (1988: 113) en Nicaragua existe un

---

<sup>55</sup> De acuerdo con Parker (1987: 160-162), las principales categorías que dominan la discusión internacional sobre SIDA (homosexual, bisexual y heterosexual), están presentes en la cultura brasileña. La historia del desarrollo de esas categorías estuvieron ligadas, tanto en Europa como en Estados Unidos, al desarrollo de la medicina moderna. Este análisis médico sobre la sexualidad fue introducido en Brasil a mediados del siglo veinte a través del trabajo de los higienistas sociales, médicos y psicoanalistas que habían sido influenciados por los desarrollos conceptuales en psicología y sexología. A este proceso Parker (1987: 161) lo llama sistema médico/científico. Este nuevo sistema de clasificación sexual ha sido diseminado ampliamente en Brasil hacia finales del siglo veinte, particularmente a través de los medios de comunicación (radio, televisión, prensa). Sin embargo, en realidad es un discurso de las elites brasileñas que tiene poca influencia en su uso entre los sectores populares.

claro estigma asociado con la práctica sexual anal pasiva, estigma que alcanza entonces al “cochón” pero no así a su pareja activa. Sin embargo, este no es el estigma racional que elabora el sistema médico sobre la categoría homosexual, categoría que identifica prácticas e identidad. En su lugar, es la actividad pasiva la que es estigmatizada y la que define la identidad. Por ello no existe en el lenguaje popular un término para clasificar a la pareja activa del “cochón”, sino que simplemente es interpelado como un hombre nicaragüense normal.

En México, Paz (1973)<sup>56</sup> llegó a caracterizar algunos roles de género sobre las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer.<sup>57</sup> En su visión sobre la cultura de género en México lo cerrado caracteriza a lo masculino mientras que lo abierto a lo femenino. Por ello un símbolo de lo masculino o de hombría consiste en no “rajarse” nunca. Los que se abren son cobardes. En contraste las mujeres son consideradas seres inferiores porque, al entregarse, se abren. El mal radica en ella misma pues por naturaleza es un ser rajado, abierto. Por otro lado, la concepción de lo que es ser hombre implica la existencia de un ser activo que considera a la mujer como un instrumento de sus deseos. Por su parte la mujer es pasiva y textualmente “La mexicana no tiene voluntad. Su cuerpo duerme y sólo se enciende si alguien lo despierta.....Analogía cósmica: la mujer no busca, atrae. Y el centro de su atracción es su sexo, oculto, pasivo. Inmóvil sol secreto” (Paz, 1973: 33). Es claro que aquí Paz recurre a una figura arquetípica de la mujer que existió en el imaginario social e individual en la cultura mexicana de mediados del siglo XX. En ese sentido los arquetipos son figuras simbólicas primordiales que el hombre descubre cuando toma conciencia de su lugar en el universo. ¿Qué pasa entonces con una mujer que rompe con ese

---

<sup>56</sup> Debe tomarse en cuenta que la primera edición de “El laberinto de la soledad” fue publicado en 1950. Por lo tanto es una impresión, sobre el un problema de género, que el autor elaboró durante la primera mitad del siglo XX. Por supuesto que con el transcurso del tiempo las relaciones entre hombres y mujeres se han modificado en México. Son diferentes las instituciones que han influido en la configuración la cultura sexual contemporánea en México, desde la influencia de la iglesia, la medicina, la política, las luchas de género, la educación laica, de tal manera que en la actualidad se da una especie de construcción híbrida de la sexualidad, como lo considera Amuchástegui (2001).

<sup>57</sup> De acuerdo con Paz, al abordar las diferencias sociales del comportamiento entre hombres y mujeres, la respuesta que ambos actores dan “no es instintiva ni personal, sino conforme a un modelo genérico” (Paz, 1973: 32).

arquetipo cultural? De acuerdo con Paz (1973: 35), casi siempre se le considera un “mujer mala”. Este concepto de la “mujer mala” se encuentra ligado a la idea de actividad que, a la inversa de la mujer “buena” como es la madre o la novia que espera, la mujer mala busca a los hombres y luego los abandona. La mujer mala es dura, impía, independiente, como el “macho”.

Por extensión, en el terreno de las prácticas sexuales, este modelo genérico asume que es el hombre quien juega el papel activo en las relaciones sexuales y por lo tanto su función es penetrativa en tanto que la mujer juega el papel pasivo, receptivo. Sin embargo, las consecuencias sociales de estas prácticas entre hombres son diferentes dependiendo de quién juega el papel activo y quién el pasivo. En México al agente pasivo carga con el estigma de un ser degradado, mientras que el agente activo es considerado con cierta tolerancia.<sup>58</sup>

Este modelo que explica los roles de género en las relaciones sexuales entre hombres también ha sido observado en México por Carrier (1976). Para este autor la sociedad mexicana mestiza y urbana presenta una marcada dicotomía entre los roles de género masculino-femenino. Debido a la marcada orientación masculina de la sociedad mexicana, este autor percibe la elaboración de un modelo cultural “hipermasculino” de la hombría, considerado en lenguaje coloquial como “machismo”. Atributos como la agresividad, el coraje, la dominancia, el poder, la agresividad y la invulnerabilidad, estarían definiendo la hombría del individuo ante sí mismo y ante los demás. Debido al valor social que se da a la hombría en México, sus atributos serían imitados por la mayoría de los hombres. En consecuencia, el comportamiento esperado en el hombre es ser dominante e independiente y en la mujer ser sumisa y dependiente.

Por otra parte, Carrier (1976: 110) vincula la homosexualidad masculina con el papel femenino en las relaciones sexuales. Para este autor existe la creencia en México de que el

---

<sup>58</sup> Textualmente Paz considera que “Es significativo, por otra parte, que el homosexualismo masculino sea considerado con cierta indulgencia, por lo que toca al agente activo. El pasivo, al contrario es un ser degradado y abyecto” (Paz, 1973: 35).

homosexual prefiere jugar el papel femenino en su relación con otros hombres y que, respecto de las prácticas sexuales, prefiere jugar el papel pasivo-receptivo. Asimismo, los individuos masculinos que juegan un papel activo-insertivo en sus encuentros con homosexuales, no son considerados como homosexuales.

Nuevamente, en México parece no haber una correspondencia entre identidad sexual, prácticas sexuales y roles de género en las relaciones sexuales entre hombres. En todo caso, en las relaciones sexuales entre individuos del mismo sexo, lo que determina la definición de género es la distinción entre parejas activas y pasivas. Los estudios etnográficos arriba citados sugieren que la identidad de género masculino no es necesariamente cuestionada por las interacciones sexuales entre hombres. Solamente el individuo masculino que juega el papel pasivo, en relaciones sexuales anales receptivas, es considerado que asume el papel femenino y, por lo tanto, es definido como homosexual.

Más complejo aún resulta el estudio de la bisexualidad masculina, tanto en los estudios relacionados con la epidemia de infección por el VIH como en los estudios de género. Desde el punto de vista epidemiológico, el comportamiento bisexual en hombres puede contribuir a la diseminación de la infección por el VIH. En primer lugar los individuos asumen los riesgos de la práctica sexual con individuos del mismo sexo (principalmente con parejas homosexuales en quienes la frecuencia de la infección por VIH es alta en México de hasta 34% (Hernández y col, 1992: 886)) pero, al mismo tiempo, estos individuos tienen relaciones con mujeres quienes, de esta manera, quedan expuestas a la infección. En este sentido resulta sugerente que, en un estudio que realizamos en 454 mujeres que acudieron a un centro de CONASIDA en la ciudad de México, para realizarse la prueba diagnóstica de infección por el VIH, 48 de ellas refirieron el antecedente de que su pareja sexual era positiva a dicha infección. La frecuencia de infección por

el VIH fue de 14.6% en las mujeres con dicho antecedente y de 2.7% en las mujeres sin el antecedente (Hernández-Girón et al, 1997). Los resultados de ese estudio sugieren que las mujeres (10.6% del total de mujeres estudiadas) acudieron a realizarse la prueba contra el VIH debido a que sus parejas sexuales habían resultado positivas a la infección por el VIH. En consecuencia, estas mujeres podrían haber estado expuestas a la infección, no por su propio comportamiento sexual, sino por el comportamiento de su pareja.<sup>59</sup>

Desde el punto de vista social, la bisexualidad se ha estudiado poco si se compara con el abordaje que se ha hecho respecto del estudio de la homosexualidad. Si bien Kinsey y colaboradores (1948: 656) establecieron una definición clara del significado de las palabras homosexual y heterosexual en relación con el comportamiento sexual humano, más complicado les resultó la definición del término bisexual. Estos autores desarrollaron una escala compuesta por 7 categorías de comportamiento sexual que van desde la heterosexual exclusiva, pasando por varios grados de relaciones homosexuales, hasta terminar en la categoría de homosexual exclusiva. Los autores encontraron que 50% de los hombres que entrevistaron fueron exclusivamente heterosexuales y sólo 4% homosexuales exclusivos. Esto quiere decir que 46% de los individuos estuvieron envueltos en actividades heterosexuales y homosexuales en diferentes grados. Entonces Kinsey y colaboradores discuten que el término bisexual debe ser aplicado a una porción de individuos de este último grupo, pero no a todos. En otras palabras, el término no ha sido bien delimitado pues los autores propusieron, con su escala, una idea de *continuum* que representa con mayor nitidez la descripción del comportamiento sexual humano. En contraste, una clasificación de tres categorías (homosexual, bisexual y heterosexual), que

---

<sup>59</sup> En ese estudio no se evaluó el comportamiento sexual de sus parejas de las mujeres estudiadas. Sin embargo, nos dejó como lección que en el estudio de la frecuencia de infección por el VIH en mujeres es necesario estudiar su propio comportamiento sexual pero también el de su pareja. Aquí la pregunta es ¿estaría el comportamiento bisexual en hombres relacionado con una mayor frecuencia de infección por el VIH entre las mujeres parejas de individuos positivos al VIH?

finalmente es la utilizada en epidemiología para evaluar las vías de transmisión del VIH, no describe adecuadamente ese *continuum*. Textualmente los autores consideraron que “...es bastante desafortunado que la palabra bisexual haya sido escogida para describir el grupo intermedio” (Kinsey et al, 1948: 656).

En contraste, el estudio de la homosexualidad ha sido ampliamente explorado en las sociedades industrializadas donde las relaciones sexuales entre individuos del mismo sexo han llegado a ser más abiertas. Estudios realizados en esa área han mostrado que, en sociedades como Gran Bretaña y Estados Unidos, la emergencia de subculturas homosexuales estuvieron íntimamente relacionados con diferentes cambios sociales y políticos que no solamente permitieron, sino que modificaron estilos de vida al disolver patrones tradicionales de relaciones sexuales basados en la organización familiar y en la función reproductiva de la sexualidad (Weeks, 1977; D’Emilio, 1983). Sin embargo, en las sociedades donde los valores culturales asociados con la vida familiar son fuertes y donde la procreación es culturalmente importante, los patrones de la organización sexual son diferentes. En las sociedades donde el tema de la homosexualidad es opacado por el dominante de heterosexualidad, la bisexualidad puede cumplir con ambas expectativas sociales en relación con la vida familiar y con las preferencias sexuales (Parker, 1991: 111). Sin embargo, uno de los aspectos sociales que destacan en relación con el comportamiento bisexual y el riesgo de infección por el VIH, es que el comportamiento bisexual masculino a menudo se realiza sin conocimiento de sus parejas femeninas. En otras palabras, parece ser que no hay una identidad sexual asumida por los individuos clasificados como bisexuales. Un segundo aspecto importante se refiere al rol de género que desempeña el individuo bisexual en sus relaciones sexuales con otros hombres. Si los individuos bisexuales practican relaciones sexuales tanto receptivas como insertivas anales, estarían cumpliendo con

uno de los postulados de Trichopoulos *et al* (1988), de incremento del riesgo de infección por el VIH si un mismo individuo realiza ambas prácticas sexuales. Esto estaría indicando que los individuos con comportamiento bisexual podrían estar jugando un papel de “puente” entre grupos reservorio con quienes tienen relaciones sexuales (individuos homosexuales en quienes la frecuencia de infección es mayor que la encontrada en la población general) y la población heterosexual (sus parejas sexuales femeninas).

Por su parte Izazola (1994: 647) aborda algunos elementos sociales que entran en juego para entender las diferentes manifestaciones que implica la bisexualidad masculina. Siguiendo a Ross (1988), aquel autor destaca dos componentes sociales de la bisexualidad como son: el grado de estigmatización del comportamiento sexual y el grado de especialización del rol homosexual junto con las oportunidades para expresar dicho rol. Sobre la base de estos componentes sociales se sugiere la clasificación de la bisexualidad en ocho patrones. Por ejemplo, un patrón es denominado “bisexualidad técnica”. Esta se caracteriza por la presencia de relaciones sexuales entre individuos masculinos con hombres que se presentan como mujeres (travestis o transexuales). En este caso el estigma social recaería en el individuo que hace las veces de mujer y también es el que estaría jugando el rol homosexual. Aunque “técnicamente” el individuo “heterosexual” estaría incurriendo una bisexualidad debido a que estaría teniendo relaciones sexuales con hombres, en términos sociales no estaría cargando con el estigma social que implica jugar el rol pasivo en las relaciones sexuales. Aunque en el presente trabajo no se tiene por objeto establecer una nueva clasificación de los patrones homosexuales, bisexuales y heterosexuales, el planteamiento de Izazola (1994) sobre la clasificación de los patrones de la bisexualidad orienta sobre las diferentes expresiones que ésta puede tomar, particularmente en México.

## 6.- REFERENCIAS

Allport GW (1958). *The nature of prejudice*. New York, Doubleday Anchor Books.

Amuchástegui A (2001). The hybrid construction of sexuality in Mexico and its impact on sex education. *Sex Education*; 1: 259-277.

Anderson RM, May RM (1988). Epidemiological parameters of HIV transmission. *Nature*, 333: 514-19.

Anderson RM (1992). Some aspects of sexual behaviour and the potential demographic impact of AIDS in developing countries. *Soc Sci Med*; 34: 271-280.

Aral SO (2002). Determinants of STD epidemics: implications for phase appropriate intervention strategies. *Sex Transm Infect*; 78 8Suppl I): i3-i13.

Aral SO, Holmes KK (1999). Social and Behavioral determinants of the epidemiology of STDs: industrialized and developing countries. En: Holmes KK, Sparling FP, Mårdh P-A, et al (editors). *Sexually Transmitted Diseases*, United States, McGraw-Hill.

Bachelard G (1990). *La formación del espíritu científico*. México, Siglo XXI, decimosexta edición en Español.

Bajos N (1997). Social factors and the process of risk construction in HIV sexual transmission. *AIDS CARE*; 9: 227-237.

Berkley S, Okware S, Naamera W (1989). Surveillance for AIDS in Uganda. *AIDS*; 3: 79-85.

Bloor M (1995). *The sociology of HIV transmission*. Great Britain, Sage Publications.

Borges JL (1960). El idioma analítico de John Wilkins. En: *Otras inquisiciones*, Buenos Aires, Emecé Editores.

Brunham RC, Plummer FA (1990). A general model of sexually transmitted disease epidemiology and its implications for control. *Medical Clinics of North America*, 74: 1339-53.

Brunham RC (1991). The concept of core and its relevance to the epidemiology and control of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Disease*, 18: 67-68.

Carrier JM (1976). Cultural factors affecting urban Mexican male homosexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 5: 103-124.

Carrier JM (1989). Sexual behavior and the spread of AIDS in Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*, 10: 129-142.

Centers for Disease Control (1983). Immunodeficiency among female sexual partners of males with acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) New York. *MMWR*; 31: 697-698.

Coplan PM, Gortmaker S, Hernández-Avila M et al (1996). Human immunodeficiency virus in Mexico. Rectal bleeding and anal warts as risk factors Among men reporting sex with men. *Am J Epidemiol*, 144: 817-827.

D'Emilio J (1983). *Sexual politics, sexual communities: The making of a homosexual minority in the United States, 1940-1970*. Chicago, The University of Chicago Press.

Goffman I (1995). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu.

Gortmaker SL, Izazola JA (1992). The role of quantitative behavioral research in AIDS prevention. En: Sepúlveda J, Fineberg H, Mann J (Editores). *AIDS. Prevention through education: a world view*. United States, Oxford University Press.

Hayes MV (1992). On the epistemology of risk: language, logic, and social science. *Soc Sci Med*; 35: 401-407.

Hernández-Avila M, Uribe-Zúñiga P, Gortmaker S, et al (1992). Sexual behavior and status for human immunodeficiency virus type 1 among homosexual and bisexual males in Mexico City. *American Journal of Epidemiology*, 135: 883-94.

Holmes KK (1994). Human ecology and behavior and sexually transmitted bacterial infections. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 91: 2448-55.

Izazola-Licea JA, Valdespino-Gómez JS, Sepúlveda-Amor J (1988). Factores de riesgo asociados a infección por VIH en hombres homosexuales y bisexuales. *Salud Pública Mex*, 30: 555-566.

Izazola-Licea JA, Valdespino-Gomez JL, Gortmaker SL, et al (1991). HIV-1 seropositivity and behavioral and sociological risks among homosexual and bisexual men in six Mexican Cities. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 4: 614-622.

Izazola JA (1994). La bisexualidad. En: *Antología de la sexualidad humana*. México, CONAPO/Porrúa, Tomo I.

Izazola-Licea JA, Avila-figueroa C, Gortmaker SL, Del Río-Chiriboga C (1995). Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México. *Salud Publica Mex*; 37: 602-614.

Izazola-Licea JA, Gortmaker SL, de Gruttola V, et al (2003). Sexual behavior patterns and HIV risk in bisexual men compared to exclusively heterosexual and homosexual men, *Salud Pública Mex*, 45: S662-S671.

Kingsley LA, Kaslow R, Rinaldo CH R Jr, et al (1987). Risk factors for seroconversion to human immunodeficiency virus among male homosexuals. *The Lancet*, 1: 345-49.

Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE (1948). *Sexual behavior in the human male*. United States of America, W.B. Saunders Company.

Lancaster RN (1988). Subject honor and object shame: the construction of male homosexuality and stigma in Nicaragua. *Ethnology (an international journal of cultural and social anthropology)*; XXVII (2): 111-125.

Last JM (2001). *A dictionary of epidemiology*. New York, University Press.

Liguori AL (1995). Las investigaciones sobre bisexualidad en México. *Debate Feminista*, Vol. 11, Año 6: 132-156.

Luke N (2003). Age and economic asymmetries in the sexual relationships of adolescent girls in sub-Saharan Africa. *Stud Fam Plan*, 34: 67-86.

Lumsden I (1991). *Homosexualidad, Sociedad y Estado en México* (traducido al Español por Luis Zapata). Toronto, Canadian Gay Archives y México, Solediciones.

Lupton D (1999). *Risk*. New York, Routledge.

Parker R (1987). Acquired immunodeficiency syndrome in urban Brazil. *Medical Anthropology Quarterly*; 1: 155-175.

Parker R (1991). Human sexuality and AIDS: The case of male bisexuality. En: Lincoln C, Sepúlveda J, Sheldon J (Editores). *AIDS and Women's reproductive Health*. New York, Plenum Press.

Parker y Aggleton (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med*, 57: 13-24.

Paz O (1973). *El laberinto de la soledad*. México, FCE, Segunda reimpresión.

Ross MW (1988). Gay youth in four cultures : a comparative study. *Journal of Homosexuality*, 17: 299-314.

Sánchez MA (2001). Prevalencia y factores asociados a la infección por el virus herpes simple tipo 2 y virus del papiloma humano en estudiantes universitarios. Tema de tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias de la Salud por el Instituto Nacional de Salud Pública en noviembre de 2001.

Spira A, Bajos N, ACSF Group (1994). *Sexual behaviour and AIDS*. England, Avebury.

Trichopoulos D, Sparos L, Petridou E (1988). Homosexual role separation and spread of AIDS. *The lancet*, 2: 965-66.

Van Druten H, Van Griensven F, Hendriks J (1992). Homosexual role separation: implications for analyzing and modeling the spread of HIV. *The Journal of Sex Research*, 29: 477-99.

Weeks J (1977). *Coming out: Homosexual politics in Britain, from the nineteenth century to the present*. Great Britain, Quartet Books.

Wiley JA, Herschkorn SJ (1989). Homosexual role separation and AIDS epidemics: insights from elementary models. *The Journal of Sex Research*, 26: 434-49.

## CAPITULO 5

### ROL DE GENERO, IDENTIDAD SEXUAL Y COMPORTAMIENTO SEXUAL PARA EL ESTUDIO DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA EN EL SOCONUSCO.

#### 1.- INTRODUCCION

El presente capítulo tiene por objeto analizar los conceptos de sexo, género, identidad sexual y comportamiento sexual, a fin de definirlos para su utilización en el análisis de una serie de entrevistas en profundidad realizadas a individuos masculinos positivos a la prueba del VIH, en la región del Soconusco en el estado de Chiapas. Primero, se analiza la forma en que los conceptos de sexo, género e identidad sexual son utilizados en los estudios epidemiológicos sobre el VIH/SIDA. Una vez analizados los alcances conceptuales con que son utilizados, se pasa un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales. Para ello se hace un esbozo histórico de lo que se ha denominado masculinidad. Esto nos permite observar que, a través de la historia, la masculinidad se ha conformado en relación con una estructura de subordinación de las mujeres a los hombres. Asimismo, la masculinidad se ha conformado utilizando un análisis de la diferencia, es decir, de la oposición entre la feminidad y la masculinidad. Desde el punto de vista social, ambos conceptos de masculinidad y feminidad son inherentemente relacionales, es decir, que tienen significados uno en relación con el otro. Por ello el primer intento de crear una ciencia social de la masculinidad se centró en el rol o papel sexual masculino. Sus orígenes se remontan a los debates que se dieron en el siglo XIX sobre las diferencias sexuales, cuando la doctrina científica de la diferencia sexual sustentó la resistencia a la emancipación de las mujeres. La exclusión de las mujeres de las universidades, por ejemplo, se justificaba argumentando que la mente femenina poseía un equilibrio demasiado delicado como para manejar los rigores del mundo académico. Por otra parte, se rastrean los orígenes de la identidad

sexual desde el momento en que, en el siglo XIX, se hace una definición médico-legal del homosexual y se le encasilla en una nueva categoría social. Finalmente se hace una articulación entre los conceptos de género e identidad sexual con la epidemia de VIH a través de la definición de lo que en este estudio se entiende por comportamiento sexual.

## 2- SEXO, GENERO E IDENTIDAD SEXUAL EN LOS ESTUDIOS EPIDEMIOLOGICOS SOBRE VIH/SIDA

En el contexto de la literatura especializada en el estudio de la epidemia de VIH, existe un uso indistinto entre la palabra sexo y la palabra género para designar las diferencias biológicas, de comportamiento sexual y sobre características sociodemográficas entre hombres y mujeres. Por ejemplo, un estudio realizado en Estados Unidos en 1984 entre individuos de origen haitiano, evaluó los “factores de riesgo” de infección por el VIH entre hombres y mujeres (The collaborative study group of AIDS in Haitian-Americans, 1987). Los autores encontraron diferencias por “sexo” en los factores de riesgo. En hombres, la infección estuvo asociada con “haber tenido sexo con prostitutas en Estados Unidos”, “haber llegado a Estados Unidos después de 1977” y “pertenecer a un nivel socioeconómico bajo”. En mujeres, “tener amigos que eran sacerdotes voodoo” y “haber tenido la oferta de dinero a cambio de sexo”.

Si analizamos solamente el primer factor en hombres y los dos destacados en mujeres, vemos que los autores no dan una explicación satisfactoria a esos resultados. En el primer caso solamente se enfatizan la fuerza de la asociación estadística entre la frecuencia de la infección por el VIH y la práctica sexual con prostitutas y se intenta explicar el hecho con apoyo del antecedente de que la transmisión heterosexual del VIH era frecuente entre los individuos que tenían relaciones sexuales con prostitutas y en el antecedente de que los individuos de origen haitiano con SIDA en Estados Unidos tendían a tener relaciones sexuales con prostitutas.

En el caso de las mujeres los autores abundan en supuestos y especulaciones para explicar los resultados. Paradójicamente, las mujeres que contestaron afirmativamente que les habían ofrecido dinero a cambio de sexo negaron haberlo aceptado en la realidad. ¿Cómo explican este contraste los autores? Aducen que “Aunque esta discrepancia no pudo ser explicada por diferencias en el nivel socioeconómico, la respuesta afirmativa de las mujeres a la pregunta sobre haber sido solicitadas para tener relaciones sexuales podría ser un indicador indirecto de prostitución, de un estilo de vida de gran actividad sexual o de exposición sexual a hombres que frecuentan prostitutas” (The collaborative study group of AIDS in Haitian-Americans, 1987: 638).

Donde la limitación del método de “análisis de riesgo”<sup>60</sup> queda en mayor evidencia para explicar la relación entre la frecuencia de la infección por el VIH y las características culturales de las personas fue en el antecedente en el cual las mujeres con SIDA tuvieron con mayor frecuencia amigos que eran sacerdotes voodooos. ¿Cuál es el vínculo entre ambas situaciones? Los autores definitivamente se muestran incapaces de dar una explicación. “No está claro por qué las pacientes femeninas con SIDA tuvieron una probabilidad mayor que las controles (o mujeres sin SIDA) de tener amigos que eran sacerdotes voodooos” (The collaborative study group of AIDS in Haitian-Americans, 1987: 638).

Estos tres ejemplos nos llevan a reflexionar sobre las limitaciones del “enfoque de riesgo” para entender los contextos sociales y culturales en que los hombres y las mujeres se infectan por el VIH. El enfoque de género podría aclarar mejor esas diferencias. Para entender el fenómeno

---

<sup>60</sup> El enfoque de riesgo en el contexto de la epidemiología de la infección por el VIH consiste en identificar los factores de exposición en la población a dicha infección. La penetración anal sin protección es un factor de riesgo para la infección por el VIH. En el caso del artículo del grupo en colaboración para el estudio del SIDA en haitianos-americanos, un factor de riesgo entre las mujeres fue el tener amigos que eran sacerdotes voodoo. Las mujeres con la prueba positiva a la infección por el VIH tuvieron con mayor frecuencia amigos que eran sacerdotes voodoo que las mujeres negativas a la infección.

arriba mencionado sería necesario estudiar en qué consiste el voodoo como una práctica cultural en Haití y cuál es el papel de la mujer en esa práctica. Según Rigand (1969: 164-165) aún hoy muchos haitianos que participan en rituales de voodoo en los cuales se sospecha la utilización de sangre humana en sus rituales. Debido a que el VIH se mantiene viable en solución acuosa a temperatura ambiente de una recámara cerrada por al menos una semana (Resnick, 1986), los haitianos participantes en los ritos de voodoo podrían llegar a infectarse con el VIH de manera insospechada a través de la ingestión, inhalación o contacto dérmico con sustancias rituales contaminadas, así como por actividad sexual (Greenfield, 1986).

Por otra parte, parecería que en Haití la cultura sexual masculina, en un sector importante de la población, estaría relacionada con la costumbre de tener relaciones sexuales con prostitutas. En el caso de las mujeres, se debería investigarse si el sexo comercial es una estrategia de sobrevivencia en la sociedad haitiana y también entre las mujeres de origen haitiano en Estados Unidos. Asimismo, se debería estudiar si las mujeres que afirmaron ser amigas de sacerdotes voodooístas participan en esos ritos y si el papel que juegan las mujeres en los rituales de voodoo las expone con mayor frecuencia que a los hombres a tener contacto con material biológico humano y por lo tanto al VIH.

Otros autores utilizan el término “género” para distinguir la distribución de la infección por el VIH entre hombres y mujeres. En otras palabras, el término “género” no es usado en su acepción social, es decir, la construcción social del ser hombre o mujer. En todo caso de lo que se habla es del factor biológico del sexo que define al hombre o a la mujer. En un estudio sobre un grupo de inmigrantes centroamericanos en el estado de Texas, Estados Unidos, asistentes a un hospital de distrito del Condado de Harris, se encontró que de 56 individuos positivos al VIH, 23

eran de El Salvador, 25 de Honduras y 8 de otros países centroamericanos. En términos de “genero” 43 eran hombres y 13 mujeres (Serrano et al, 1997).

Por otra parte, el análisis de la identidad sexual y su relación con el estatus de infección por el VIH, ha sido poco estudiado en el terreno de la epidemiología del SIDA. Desde el punto de vista de la epidemiología analítica, lo que interesa es cuantificar las variables en estudio y el posterior establecimiento de asociaciones entre ellas mediante análisis estadísticos (Szklo y Nieto, 2000).<sup>61</sup> En gran medida la epidemiología busca establecer causalidad (Rothman & Greenland, 1998: 23-28). Para ello es necesaria la identificación de causas necesarias y causas suficientes. En el caso del SIDA la causa necesaria es la presencia del VIH. Las causas suficientes estarían dadas por el comportamiento sexual de los individuos. Entonces si se observa un grupo de individuos que tienen múltiples parejas sexuales, no utiliza el condón en las relaciones sexuales y practican penetración anal receptiva, tendrían entonces las causas suficientes para contraer la infección. Si estos individuos conocen a sus parejas sexuales entre un sector de la población donde la frecuencia de infección por el VIH es alta, la probabilidad de contraer dicha infección también sería alta.

¿Cómo se aborda la identidad sexual en este modelo? Comúnmente en epidemiología se “mide” la identidad sexual preguntando a la persona en cuestión cómo se identifica a sí misma. Pero la clasificación de la identidad sexual cae dentro de la clasificación de los comportamientos sexuales médico-científicos de homosexual, bisexual y heterosexual. Según este esquema, los individuos que se identifican como heterosexuales deberían tener relaciones sexuales solamente con individuos del sexo opuesto y los homosexuales con individuos del mismo sexo. Sin embargo, algunos investigadores han encontrado discrepancias entre lo que consideran identidad

---

<sup>61</sup> De acuerdo con Szklo y Nieto (2000: 4) “Las hipótesis de asociación entre factores de riesgo de exposición y los eventos en salud son evaluadas en los estudios de epidemiología analítica”.

sexual y comportamiento sexual, tanto en hombres como en mujeres (Ross et al, 2003). Estos investigadores encontraron que la categoría con mayor discordancia fue entre los individuos que se describieron a sí mismos como heterosexuales pero que, cuando se exploró su comportamiento sexual, reportaron haber tenido relaciones sexuales con individuos de ambos “géneros”.<sup>62</sup> Este fenómeno es, durante los últimos tres años, particularmente importante entre individuos masculinos de raza negra en Estados Unidos de acuerdo con un análisis reciente de Malebranche (2003), lo que explicaría una mayor frecuencia de la infección por el VIH entre estos individuos respecto de blancos y latinos. En efecto, este fenómeno ha sido abordado ampliamente en Estados Unidos en diferentes medios informativos. Un estudio realizado en hombres jóvenes en siete ciudades de Estados Unidos estimó que la prevalencia de infección por el VIH fue de 14% entre jóvenes negros que tenían relaciones sexuales con hombres. Esa cifra contrastó con prevalencias de 2.5% y 3.5% en individuos blancos e hispanicos que tenían sexo con hombres, respectivamente (Centers for Disease Control, 2001). En un artículo periodístico escrito por Hawkins y publicado en *In These Times*<sup>63</sup> el 11 de agosto de 2003, se refiere que los medios de comunicación en Estados Unidos desde la *CNN* en la televisión hasta el *New York Times* en la prensa, han reportado un alarmante incremento en el número de casos de infección por el VIH entre individuos jóvenes negros, urbanos y que tienen relaciones sexuales con hombres. El punto a destacar de ese artículo es el problema de la identidad sexual, es decir, que estos jóvenes negros que tienen relaciones sexuales con hombres no se identifican a sí mismos como homosexuales o bisexuales. En otras palabras, no hay una correspondencia entre identidad

---

<sup>62</sup> Cabe mencionar que se confunde la palabra “género” con la alusión al sexo biológico que distingue entre hombre y mujer. Nuevamente aclaramos que la utilización de la acepción “genero” en ciencias sociales hace alusión a la construcción social del ser hombre o mujer, aspecto que abordaremos más adelante en este capítulo.

<sup>63</sup> *In These Times* es un magazine quincenal editado en Chicago desde hace 27 años que hace una cobertura sobre temas sociales como el movimiento laboral, sobre medio ambiente, feminismo, minorías sociales, cuestiones políticas y sobre medios de comunicación ([www.inthesetimes.com](http://www.inthesetimes.com)).

sexual y comportamiento sexual.<sup>64</sup> Como resultado de este breve análisis sobre la forma en que se usan los términos de sexo, género e identidad sexual en los estudios epidemiológicos, podemos concluir que no hay un desarrollo conceptual sobre esos términos para su análisis social, ni una discusión epistemológica de sus alcances explicativos.

### 3.- ESBOZO HISTORICO SOBRE MASCULINIDAD

El presente apartado pretende poner en una perspectiva histórica el concepto de masculinidad e intenta diferenciar entre el sexo y el género. De acuerdo con Oakley (1972: 16), sexo es una palabra que se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres, esto es, las diferencias visibles genitales y las relacionadas con la función procreadora.<sup>65</sup> La palabra género sin embargo, es un asunto cultural que se refiere a la construcción y clasificación social de lo que es considerado como masculino o femenino.

No obstante lo anterior, las palabras masculino y femenino son conceptos difíciles de definir debido a que el carácter de género no es inmutable sino que cambia a través de la historia y de lugar a lugar. Pero la historia, en casi todas partes, ha sido una empresa principalmente masculina. Para Connell (2003: 251-256) en el periodo que comprende de 1450 a 1650 se conformó la economía capitalista moderna en torno al Atlántico Norte y también se pusieron las bases del orden de género moderno. Para este autor hubo cuatro eventos históricos particularmente importantes que influyeron en el desarrollo del orden de género masculino. El primero se refiere a un cambio cultural que produjo nuevas formas de comprender la sexualidad y la individualidad en las metrópolis europeas cuando el catolicismo medieval se vio fracturado por la expansión de la cultura secular renacentista y la reforma protestante. Como consecuencia

---

<sup>64</sup> Para un recuento más profundo de este problema, consultar el trabajo de Malebranche (2003) y el reporte que hace el CDC (2001), que van dirigidos a la comunidad médica nacional en Estados Unidos e internacional.

<sup>65</sup> En realidad esa es la acepción que se utiliza en los estudios epidemiológicos para distinguir la distribución de la epidemia de VIH entre hombres y mujeres.

el poder que tenía la religión para controlar al mundo intelectual y regular la vida cotidiana comenzó a declinar. Se puso énfasis cultural en el hogar conyugal y en la heterosexualidad marital la cual reemplazó a la abstinencia monástica como la forma más honorable de sexualidad. A este desplazamiento siguió la autoridad cultural de la heterosexualidad obligatoria.

Un segundo evento fue la creación de los imperios marítimos llevada a cabo por países con fronteras al Atlántico (Portugal, España, los Países Bajos, Francia e Inglaterra). Lo que destaca de este proceso imperial es que se trata de una empresa que se estructuró desde un principio con base en el género, pues fue el resultado de las acciones de hombres congregados en grupos debido a sus actividades como soldados y comerciantes marítimos. Así, los conquistadores podrían representar el primer grupo en ser definido como tipo cultural masculino en el sentido moderno. Por otra parte, cuando las mujeres europeas fueron a las colonias, iban como esposas o sirvientas a hogares controlados por hombres.

Un tercer evento fue el crecimiento de las ciudades que funcionaban como centros del capitalismo comercial como Amberes, Londres, Amsterdam. Estas ciudades representaron un nuevo espacio para el desarrollo del individualismo, de una racionalidad calculadora, de la acumulación de la riqueza debida al comercio y del desarrollo de la esclavitud en las colonias. La cultura y los lugares de trabajo empresarial del capitalismo comercial institucionalizaron una forma de masculinidad que legitimaba nuevas formas de trabajo y de poder, estructuradas con base al género. Sin embargo, estos espacios urbanos permitieron también el surgimiento de las subculturas sexuales, como las casas *molly* en Inglaterra a principios del siglo XVIII en las que había hombres afeminados y donde las prácticas relacionadas al género incluían el travestismo, bailar con otros hombres y tener relaciones sexuales con ellos.<sup>66</sup> Fue también en estos ámbitos

---

<sup>66</sup> No cabe duda que en las grandes ciudades de Europa en el siglo XVIII, como Londres y París, los hombres que participaban en relaciones homosexuales construyeron alrededor de ellos sub-culturas protectoras. Los individuos

urbanos donde hubo un cambio en las ideologías médicas respecto al género. En lugar de ocupar un lugar en el orden social como una persona con un cuerpo masculino o femenino (incluso el hermafrodita), se fortaleció la necesidad de tener una identidad personal como hombre o como mujer en la cultura europea. A partir de estos cambios en las ideologías médicas es que se establece una correspondencia teórica entre identidad sexual, rol de género y comportamiento sexual. En otras palabras, alguien que tuviera un sexo masculino debería tener en forma automática una identidad masculina y un desarrollar un rol sexual masculino. Entonces cualquier anomalía se explicaba como una desviación sexual.

El cuarto evento se refiere a conflictos internos en gran escala en las sociedades europeas. Las guerras religiosas de los siglos XVI y XVII que derivaron en las guerras dinásticas de los siglos XVII y XVIII, no solo relocalizaron a algunas autoridades políticas y religiosas, también perturbaron la legitimidad del orden de género. Así, por ejemplo, en los países de habla inglesa, los cuáqueros, una secta religiosa y política que emergió de las revueltas producidas por la guerra civil en Inglaterra, hicieron la primera defensa pública de la igualdad religiosa de las mujeres. Sin embargo, como resultado de los conflictos en Europa surgió un Estado fuerte y centralizado que consolidó el orden patriarcal. Como resultado del establecimiento de la monarquía absoluta, el Estado reforzó su poder con la creación de los ejércitos profesionales, lo cual confirió, desde el punto de vista del enfoque de género, un reforzamiento del poder de los hombres en esas sociedades. Ya para el siglo XVIII, en el caso de los países europeos con litorales y en Estados Unidos, se puede hablar de un orden de género en el cual ya se había estabilizado una masculinidad en el sentido moderno, es decir, un carácter individual estructurado con base en el

---

encontraban que había campos y parques, letrinas públicas y ciertas casas públicas donde era posible encontrar individuos con inclinaciones sexuales similares. En algunos de estos lugares ellos podían tomar, cantar y bailar juntos (Trumbach, 1977: 15).

sistema sexo-género, definido por su oposición a la feminidad e institucionalizado en la economía, la sociedades, la cultura, la religión y el estado.

La historia de la masculinidad occidental durante los siglos XIX y XX, puede ser comprendida como la fractura de la masculinidad de la monarquía, su desplazamiento por parte de las formas ligadas al desarrollo de la producción industrial y el surgimiento de una serie de masculinidades subordinadas y marginadas<sup>67</sup> en el sentido que le da Connell (2003: 61).<sup>68</sup> Con el desarrollo de la producción industrial se intensificó la división entre la casa y el lugar de trabajo sobre la base del dominio de los sueldos en dinero. Lo anterior derivó en el surgimiento de una masculinidad organizada en torno a la capacidad de obtener salario, las habilidades mecánicas y la solidaridad combativa entre los asalariados.<sup>69</sup> Sin embargo, de esa manera surgió una nueva forma de organización de los hogares sobre una base genérica: el patriarcado doméstico. No es que las mujeres no hubieran jugado un papel importante en la producción en el inicio de la revolución industrial, sino que fueron desplazadas de la producción industrial pesada, en un proceso clave en la formación de la masculinidad obrera, relacionada con la estrategia del salario familiar y fundamentada en la ideología burguesa de las esferas separadas, esto es, una esfera de acción doméstica para las mujeres que contrastaba con una esfera de acción económica y política para los hombres.

---

<sup>67</sup> Si bien ya en la anterior etapa histórica de la monarquía había masculinidades subordinadas y marginadas, con el desarrollo de la producción industrial éstas fueron cada vez más evidentes y definidas.

<sup>68</sup> Para este autor la masculinidad es diversa y las relaciones entre las diferentes formas de masculinidad pueden ser de alianza, de dominio o de subordinación. Estas relaciones se construyen a través de prácticas que excluyen, que incluyen, que intimidan y que explotan.

<sup>69</sup> No quiere decir con esto que los obreros fueron responsables de la presencia de una masculinidad hegemónica en el contexto del desarrollo del capitalismo. En términos de género, el fascismo fue la afirmación desnuda de la supremacía en sociedades que habían estado influenciadas por la igualdad de las mujeres. Para conseguir dicha supremacía, el fascismo promovió nuevas imágenes de masculinidad al glorificar la irracionalidad (el “triunfo de la voluntad”, el pensar “con la sangre”) y la violencia sin restricciones del soldado en las líneas del frente (Theweleit, 1987). Su dinámica condujo a la segunda guerra mundial. Lo que se pretende destacar con el desarrollo que se hace del patriarcado doméstico es ejemplificar la forma en que las propias mujeres empiezan a cuestionar dicho orden de género.

El patriarcado doméstico no fue privativo de la clase obrera en Europa. Las mujeres en la clase burguesa tampoco escapaban a la marginación en la participación social del desarrollo del capitalismo. Los cuestionamientos de las mujeres al orden de género fue un elemento inicial de erosión de esta masculinidad hegemónica. La lectura de Wollstonecraft (1996) permite ver la forma en que el crecimiento de la riqueza social, producto del desarrollo del capitalismo industrial, influyó en la marginación social de la mujer burguesa del siglo XVIII. Para esta autora, ser una mujer burguesa era sacrificar la salud, la libertad y la virtud a cambio del prestigio, placer y poder que el esposo le podía proporcionar con su dinero. En otras palabras, las mujeres no podían tener un cuerpo sano porque se les impedía ejercitarlo fuera del hogar burgués; no podían tener libertad porque no se les permitía tener sus propias decisiones; y porque eran disuadidas a desarrollar los poderes de la razón, carecían de virtud. Wollstonecraft, fiel a la corriente del feminismo liberal del siglo XVIII, destaca la desigualdad en la educación entre hombres y mujeres (Tong, 1998: 13-17). Wollstonecraft (1996) analiza la obra Emilio de Rousseau y destaca precisamente aquella desigualdad en la educación. Para Rousseau (2002) el hombre debería ser educado en virtudes tales como el coraje, la templanza y la fortaleza, mientras que las mujeres se debían satisfacer con virtudes como la paciencia, la docilidad, el buen humor y la flexibilidad.<sup>70</sup> Por el contrario Wollstonecraft (1985: 61) considera que las mujeres deben recibir una educación igual que la que reciben los hombres.<sup>71</sup>

---

<sup>70</sup> Cuando Rousseau (2002: 185), como maestro apócrifo, se encuentra ante la situación de elegir un oficio para su alumno Emilio hace las siguientes consideraciones “Dad al hombre un oficio que convenga a su sexo y al mancebo uno que convenga a su edad: ni le agrada, ni le conviene toda profesión casera y sedentaria, que afemina el cuerpo y le torna débil. Nunca aspiró naturalmente un mancebo a ser sastre; y es necesario arte para inclinar a este oficio mujeril al sexo para el cual no fue destinado. No pueden unas mismas manos manejar la aguja y la espada. Si fuera yo soberano, sólo a las mujeres y a los cojos precisados a ocuparse como ellas permitiría la costura y los oficios que con la aguja se hacen”.

<sup>71</sup> En México todavía a finales del siglo XIX la educación superior era prerrogativa masculina. Existen diferentes testimonios de las dificultades que tuvo que superar Matilde Montoya para cursar la carrera de Medicina: “Su inscripción, sus años de tránsito escolar, su titulación, se encuentran registrados en los periódicos como un espejo fiel de la sociedad de la época. Frases de encabezados de la prensa de entonces fueron fillos que no quebraron su

Más importante ha sido el feminismo radical en el cuestionamiento de la masculinidad patriarcal en el siglo XX. Sus planteamientos feministas van desde el propósito de trabajar por una cultura andrógina en que las diferencias masculinas y feministas sean minimizadas a fin de reemplazar la cultura masculina por una femenina, pasando por la transformación de la institución de la heterosexualidad de tal manera que ni el hombre o la mujer jueguen un papel dominante (Tong, 1998: 95-102). Básicamente el feminismo radical considera que la ideología patriarcal exagera las diferencias biológicas entre hombres y mujeres dando por sentado que los hombres juegan los papeles o roles masculinos dominantes y las mujeres los papeles femeninos subordinados. Como argumentan las feministas radicales, aquella ideología patriarcal ha sido particularmente efectiva debido a que, a través del condicionamiento de instituciones como la familia, la iglesia y la academia, entre otras, se justifica y refuerza y subordina la mujer frente al hombre. Entonces, para eliminar el control patriarcal, hombres y mujeres tendrían que eliminar el género y con ello, eliminarían el estatus sexual y el rol de género, tal y como fue construido bajo el patriarcado.

La ideología patriarcal, al subordinar otras masculinidades alternativas, desarrolla una definición de la homosexualidad sobre bases médico-legales y la clasifica como un tipo social. La homosexualidad, arguye Foucault (1981: 56-57), es una categoría médica, psicológica y psiquiátrica que tuvo su origen a finales del siglo XIX, y que fue caracterizada no por un tipo de relaciones sexuales sino por una determinada manera de invertir en sí mismo lo masculino y lo femenino (de ahí el término de “invertido” con el cual se empezó a designar al homosexual). Esto contrasta con periodos históricos anteriores a la elaboración de esta definición elaborada a principios del siglo XIX cuando la sodomía se consideraba oficialmente como un acto que podía

---

deseo de saber y servicio; entre otras: “debe ser perversa e impúdica la mujer que quiere estudiar medicina”; no confiar en ella porque puede ser “masona” o “protestante” (Triple Jornada, 2003: 6).

realzarse por cualquier hombre que se rendía ante el “pecado”, en el sentido religioso. En consecuencia, según Foucault (1981: 57), si el sodomita era un relapso,<sup>72</sup> el homosexual era ahora una especie, una categoría nueva. Es en este momento histórico que se inicia el proceso de las identidades sexuales.

Para Weeks (1998: 208), antes del siglo XIX la “homosexualidad” existía, pero “el homosexual” no. En otras palabras, este autor sugiere que la homosexualidad ha existido en todas las sociedades y en todos los tiempos, con costumbres y normas sociales que han variado en su aceptación o rechazo. Solamente que, desde el siglo XIX, comenzando en las sociedades industrializadas de occidente, se desarrolló una categoría homosexual distintiva, asociada a una identidad, que en este caso es la homosexualidad y el homosexual. En este sentido se han descrito dos patrones de interacción homosexual en Occidente a partir del siglo XII (Trumbach, 1989). Desde el año 1100 surgió un patrón cultural específico de organizar la sexualidad, caracterizado por el establecimiento de matrimonios tardíos y monógamos. Las relaciones sexuales fuera del matrimonio fueron prohibidas pero se permitían bajo la forma de prostitución regulada. Todas las formas de actividad sexual que no condujeran a la procreación fueron consideradas pecaminosas, fuesen en forma solitaria, entre hombres y mujeres, hombres y hombres, u hombres y bestias. A pesar de esas prohibiciones, las actividades homosexuales entre hombres ocurrían y se desarrollaban predominantemente entre un hombre adulto activo y un adolescente pasivo. Generalmente, el hombre adulto tenía también relaciones sexuales con mujeres. En relación con el adolescente, era de suponerse que al llegar a la edad adulta adoptaría el papel activo, por lo cual no sufría una pérdida en su hombría. Sin embargo, la estigmatización de los individuos ocurría en los casos en que siendo adultos, continuaban manteniendo un rol

---

<sup>72</sup> En el Diccionario Porrúa de la Lengua Española relapso, como adjetivo, significa que reincide en un pecado de que ya había hecho penitencia, o en un a herejía que había abjurado.

pasivo. Este patrón es esencialmente el modelo de la antigua Grecia que sobrevivió hasta el siglo XX, particularmente el litoral mediterráneo.

Como contraparte y a partir del siglo XVIII se sobre puso un segundo modelo en el cual se asociaba cada vez más la conducta homosexual, fuese activa o pasiva, con lo afeminado, con una ruptura de los comportamientos genéricos aceptados o esperados. Ello favoreció el surgimiento de sub-culturas de hombres travestis en Londres y otras grandes ciudades de Occidente como París, Berlín etc. Estos individuos afeminados podían reconocer a otros individuos como ellos y comenzar a definir algún sentido de diferencia e identidad. Lo que parece haber sucedido a partir del siglo VIII es que la transformación de la vida familiar en relación con las tajantes distinciones entre los roles masculinos y femeninos, tuvieron el efecto de incrementar la estigmatización de los hombres que no estaban dispuestos a conformarse con los papeles sociales y sexuales convencionales. En otras palabras, para que surgieran identidades distintivas era necesario que se situaran contra las normas heterosexuales de la cultura del momento y también se requirió de algo más que actividad sexual. Se requirió de un espacio social, de una red de apoyo que diera sentido a las necesidades, gustos, valores y deseos de los individuos.

Es curioso observar que el intento de definir la homosexualidad como forma “anormal” de la sexualidad, haya sido lo que exigió una definición más precisa de la “heterosexualidad” en tanto norma. Según Weeks (1998: 204) los términos homosexual y heterosexual fueron acuñados por Kart María Kertbeny, un médico austrohúngaro, y utilizados por él mismo en público en 1869. Esto se desarrolló en un contexto social en que se intentaba realizar una reforma sexual para revocar las leyes contrarias a la sodomía en Alemania. Se pretendía definir la homosexualidad como una forma distintiva de actividad sexual contrapuesta a la actividad sexual

considerada como “normal”. Este afán clasificatorio debe verse como un esfuerzo para relacionar y definir más estrechamente identidad sexual y comportamiento sexual.

Por otra parte, fuera de las metrópolis industriales europeas y norteamericana, en las colonias donde no se desplazó ni masacró a la población sino que se la subordinó (la mayor parte de América Latina, India y el sureste de Asia y algunas partes de Africa), las consecuencias derivadas del género incluyeron la reconfiguración de la cultura local bajo la presión de los colonizadores. Así, se sugiere que el machismo latinoamericano fue el producto de las relaciones entre culturas durante la época colonial. Por una parte, el catolicismo español proporcionó la ideología de la abnegación femenina. Por otra parte, la opresión económica bloqueó cualquier otra fuente de autoridad masculina que no fuera la representada por los colonizadores. El dominio militar de los conquistadores sobre los grupos indígenas en México así como la estructuración de la sociedad en jerarquías, trajo como consecuencia un papel de subordinación de la población ante los colonizadores. Así por ejemplo, Lumsden (1991: 20) hace una revisión del proceso histórico del machismo en México y resalta el rasgo machista que asocia la dinámica de los conquistadores en la que, a la vez que se valora la invulnerabilidad, existe la obligación de abusar del más débil:

“Chingar, es la palabra mexicana por excelencia. El origen del término, que significa “violar” o “aprovecharse de”, es probablemente azteca y se relaciona con la conquista española de los indios, particularmente de sus mujeres. No hay mayor insulto en México que decir “chinga tu madre”. Chingar tiene múltiples derivados que expresan tanto la oportunidad como la desgracia. Según Octavio Paz, “para el mexicano la vida es una posibilidad de chingar o de ser chingado”. Esto es lo que legitima al macho que se coge a los homosexuales pasivos, que han renunciado al poder, la prerrogativa de la masculinidad. Al aprovechar una oportunidad, el macho sólo hace lo que es natural y no cuestiona su masculinidad ni admite una posible homosexualidad” (Lumsden, 1999: 20).

Visto lo anterior en el terreno de la sexualidad, el machismo derivaría en una posición de ser dominante y activo en las relaciones sexuales y conferiría la legitimidad para que un individuo pueda tener relaciones sexuales principalmente con mujeres pero también con hombres, siempre y cuando jugara el papel activo.

Por otra parte, no solo los conquistadores españoles contribuyeron a desarrollar un proceso de “homofobia”<sup>73</sup> en gran parte de México. De acuerdo con Lumsdem (1991: 13-15), la cultura dominante en Mesoamérica, previa a la llegada de los españoles, que fue la del imperio Azteca, castigaba severamente a las personas que tenían relaciones sexuales con individuos de su mismo sexo, fueran aquellas entre hombres o entre mujeres. No se logró con ello la erradicación de esas prácticas sexuales pero los valores aztecas se adaptaron fácilmente a los valores homofóbicos españoles ya que ambas culturas centraban el papel de la mujer en el matrimonio y la maternidad, condenaban el aborto y la homosexualidad y destacaban la reivindicación del deseo sexual para los hombres. Los motivos de esta confluencia homofóbica pudieron haber sido distintos para aztecas y para españoles. Tal vez el rechazo de las relaciones sexuales entre individuos del mismo sexo así como el travestismo entre los aztecas fue motivado por el militarismo y su preocupación por la estabilidad social en la cual la familia era considerada una institución central. Por su parte los españoles venían de la experiencia de su cruzada para expulsar a los moros de la Península Ibérica lo cual les dejó una herencia de intolerancia y persecución de los no conformistas. Estaban decididamente concentrados en eliminar de España cualquier vestigio de la cultura morisca la cual era más tolerante con las prácticas sodomíticas. Por su parte Williams (1992: 131-133) aduce que, en el proceso de reconquista de la Península Ibérica, los españoles establecieron una política demográfica de crecimiento de la población para repoblar los territorios desocupados por los moros y por ello pusieron énfasis en el sentido reproductivo de las relaciones sexuales, rechazando con ello aquellas relaciones que no tuvieran fines procreativos. Fueron también influenciados por la moral religiosa. El término sodomita fue

---

<sup>73</sup> En el imperio Azteca sucedió lo contrario de lo que ocurrió en muchas tribus indígenas de otras partes de América del Norte en las que los “berdaches” eran comunes y respetados por las culturas indígenas (Williams, 1992). De acuerdo con Lumsdem (1991: 15), los aztecas ejecutaban a cualquier hombre que fuera sorprendido vestido de mujer.

tomado de la historia bíblica de la destrucción de la antigua ciudad de Sodoma por Dios. La moral original de esta historia era que la ciudad había sido destruida por su inhospitalidad hacia los extranjeros pero posteriormente, durante la época de la inquisición, se le dio un sentido sexual donde la sodomía era considerada como uno de los pecados más importantes por la cual aquella ciudad fue destruida. Todo el periodo de la inquisición fue caracterizado por la intolerancia a las diferencias. Por ello las autoridades religiosas torturaron y mataron judíos, brujas, herejes y sodomitas.

En la época colonial en México la palabra y el concepto de homosexual no eran usados pero las relaciones sexuales entre hombres eran combatidas brutalmente. En el siglo XVII ya se utilizaba de manera corriente la palabra “puto” para designar a quienes preferían la práctica sexual entre hombres, aunque las autoridades los llamaban “sodomitas” o “somérticos” (Villafuerte, 1998: 261). Un ejemplo del combate violento contra la homosexualidad en la época colonial en México lo da Gruzinski (1985: 255-282), quien narra que el 6 de noviembre de 1658 se llevó a cabo un acto de fe donde fueron quemados 14 hombres porque todos ellos habían cometido “el pecado de la sodomía”.

Los primeros 33 años de vida independiente en México estuvieron dominados por la anarquía pero ya se perfilaban los elementos para el desarrollo de la Revolución de Ayutla en 1854 contra la dictadura de Antonio López de Santa Anna. El triunfo de dicha revolución deslindó claramente los bandos que se disputaban el poder: la juventud en el campo liberal y los más viejos en el conservador. La juventud liberal vio en la revolución de Ayutla el triunfo de la democracia y aunque identificaron a ésta con el cristianismo, los liberales establecieron una clara demarcación con “los intereses del clero” (González, 1984: 257-258). En realidad, lo que se logra con la revolución de Ayutla fue el establecimiento de la República como forma de gobierno

y como una solución de la antinomia república-monarquía. Este hecho dio una base política a los liberales en la lucha que se estaba llevando a cabo entre el poder civil y el eclesiástico. Entonces la política de la república se caracterizó en el establecimiento de la separación de la iglesia y el Estado. Pero lo más importante para este trabajo es que la Constitución de 1857 estableció un catálogo de garantías individuales (González, 1984: 258). Entonces, desde el establecimiento del Código Penal de 1871, si bien ya no se castiga directamente la sodomía, lo que se establece como delito es el ataque a la moral y las buenas costumbres. En otras palabras, la sodomía era aceptada siempre y cuando no trascendiera el terreno de lo privado. Por ello no extraña la impunidad con que actuó la policía en un hecho de sodomía en 1901 en México. El 18 de noviembre de ese año hubo una redada de 41 homosexuales en la ciudad de México de los cuales 19, los travestidos, fueron enviados a Yucatán de leva en el ejército. Para Monsiváis (2001), “lo más significativo de los 41 es, reiteradamente el hecho mismo de la detención arbitraria y sin asideros legales de un grupo que se divierte una noche de sábado”. El silencio social de la época sobre este hecho refleja el silencio social sobre la sodomía. Era y es en México un tabú hablar de sexualidad y por lo tanto de la sodomía porque atenta contra el respeto al pudor y a las buenas costumbres.

Vistos en conjunto estos hechos, sugieren que han influenciado las expresiones contemporáneas de masculinidad. En México, por ejemplo, la presentación pública de la masculinidad es intensamente heterosexual, aunque a menudo haya prácticas bisexuales ocultas debido al estigma social que ello representa para el individuo que juega el papel pasivo en dichas relaciones (Liguori, 1996).

Más reciente es el uso de “rol” como un concepto de las ciencias sociales para explicar el comportamiento social de hombres y mujeres, pues data de los años treinta del siglo XX. De

acuerdo con Connell (2003: 41), ser un hombre o una mujer significa echar a andar una serie de expectativas asignadas socialmente para cada sexo, es decir, pone a funcionar el rol sexual. Según este punto de vista, en cualquier contexto cultural sobre sexualidad siempre habrá dos roles sexuales, el masculino y el femenino. Entonces, la masculinidad y la feminidad serán entendidas como roles sexuales internalizados, productos del aprendizaje social. Por lo tanto, sexo y rol social están conectados íntimamente entre sí. La masculinidad y la feminidad son definidos en referencia a la elección del objeto con quien el individuo tendrá actividad sexual. Ser un hombre es tener sexo con una mujer mientras que la sexualidad femenina ha sido definida como subordinada a los impulsos sexuales del hombre. El individuo que falla en cumplir con estas expectativas sociales es considerado como “desviado” (Becker, 1997: 35). Para este autor, los individuos que tienen comportamiento homosexual enfrentan dificultades en cada área de la actividad social en que se asume un interés en la heterosexualidad y en una propensión al matrimonio heterosexual.

En resumen, la masculinidad se ha conformado en relación con una subordinación de las mujeres a los hombres a lo largo de la historia. Esta subordinación ha sido cuestionada por diversas corrientes del feminismo que inclusive, como apuntamos arriba, han considerado eliminar el control patriarcal en la sociedad. Para ello, según discurren las feministas, hombres y mujeres tendrían que eliminar el género y con ello, eliminarían el estatus sexual y el rol de género, tal y como fue construido bajo el patriarcado. Asimismo, se ha conformado una masculinidad dominante que ha definido diferentes masculinidades subalternas, entre ellas la homosexualidad masculina. A partir del momento en que fue creada la categoría social del homosexual como opuesta a la categoría del heterosexual se inicia el problema social de las identidades sexuales. Finalmente, la masculinidad también se ha conformado en relación con una

elaboración conceptual de la diferencia, de la oposición entre la feminidad y la masculinidad. Ambos conceptos de masculinidad y feminidad son inherentemente relacionales, es decir, que tienen significados uno en relación con el otro; por ello los primeros estudios sobre género se concentraron en el concepto de rol social.

#### 4.- RELACIONES ENTRE GENERO, IDENTIDAD SEXUAL Y COMPORTAMIENTO SEXUAL EN EL ANALISIS DE LA EPIDEMIA DE VIH/SIDA

Como resultado de este recuento histórico sobre los cambios que ha sufrido la configuración de la masculinidad podemos observar que el discurso médico-legal ha establecido una correspondencia entre rol de género, identidad sexual y comportamiento sexual. En otras palabras, desde que se crea una categoría homosexual se crean las condiciones sociales para establecer una identidad homosexual que rompe con un rol de género establecido socialmente y que es congruente con un determinado comportamiento sexual. La categoría de homosexual fue establecida para diferenciar un comportamiento que implica relaciones sexuales entre hombres del comportamiento heterosexual cuyas relaciones sexuales se establecen entre un hombre y una mujer y que culturalmente es el considerado “normal” (Scott y Jackson, 2000).<sup>74</sup> A partir del siglo XIX la ciencia médica desarrolla una clasificación de las sexualidades periféricas respecto de la sexualidad considerada “normal” o heterosexual. Es así que se hace una incorporación de las perversiones sexuales y una nueva clasificación de los individuos. En consecuencia, el homosexual resulta ser todo un personaje social “...un pasado, una historia y una infancia, un carácter, una forma de vida; asimismo una morfología, con una anatomía indiscreta y quizás

---

<sup>74</sup> Para Scott y Jackson (2000: 168) el orden social de la sexualidad ha conformado dos formas de desigualdad y por lo tanto dos formas de división social. En las sociedades occidentales la heterosexualidad ha sido institucionalizada como “normal” en términos de la sexualidad humana, lo que se ve reflejado en la regulación legal del matrimonio heterosexual. La otra parte de la división social está dada por la homosexualidad y en consecuencia quienes la practican se encuentran en una situación marginal respecto de las reglas culturales dominantes de la práctica heterosexual.

misteriosa fisiología. Nada de lo que él es *in toto* escapa a su sexualidad” (Foucault, 1981: 56). El homosexual rompe con el rol de género que se le ha asignado socialmente y por lo tanto se le ha clasificado como “desviado”.<sup>75</sup> La homosexualidad toma sentido social cuando un grupo de individuos comparte el mismo destino de *outsiders* y forman por ello sub-culturas donde se plantean una serie de perspectivas acerca de cómo funciona el mundo y como se puede lidiar con él. Asimismo, desarrollan una serie de actividades basadas en aquellas perspectivas. “La pertenencia a tales grupos solidifica una identidad de tal desviación” (Becker, 1997: 38).<sup>76</sup>

Algunos teóricos sociales de la década de los años cincuenta fueron los primeros en discutir explícitamente la cuestión de la identidad a partir de lo que llamaban crisis de identidad. Particularmente Goffman (1995), en el terreno de la sociología, consideraba que la identidad personal equivalía a un fuerte sentimiento del yo alcanzado mediante una lucha contra el peso de las convenciones sociales. En el terreno de la sexualidad, los individuos que no cumplían con los roles sexuales dominantes adquirirían un nuevo sentido de su diferencia e individualidad. Por ello, la preocupación por la identidad entre los sexualmente estigmatizados no puede ser explicada como el efecto de una peculiar obsesión personal por el sexo. Por el contrario, es más adecuado considerarla como una fuerte resistencia a los principios organizativos de las actitudes sexuales tradicionales.

Por todo lo anterior consideramos que el sistema médico-científico de clasificación sexual establece una correspondencia entre identidad sexual, rol de género y comportamiento sexual. Esto quiere decir que una vez que este sistema clasifica a un individuo como heterosexual, se asume que este individuo se identifica a sí mismo como heterosexual y que, por lo tanto, cumple con las expectativas sociales del rol de género que le corresponde tendiendo, en

---

<sup>75</sup> La normalización de la heterosexualidad depende de la identificación de los homosexuales como “outsiders” (Scott y Jackson, 2000: 181).

<sup>76</sup> Textualmente en inglés “Membership in such a group solidifies a deviant identity” (Becker, 1997: 38).

consecuencia, a un comportamiento sexual caracterizado por mantener relaciones sexuales exclusivamente con mujeres. Estos son supuestos que se asumen en el estudio de la epidemia del VIH/SIDA. En estos estudios se utilizan las categorías cerradas de clasificación: homosexual, bisexual y heterosexual, para identificar los mecanismos a través de los cuales se transmite la infección por el VIH. Ello se debe a que lo que importa en esos estudios es “medir” y “clasificar” el comportamiento sexual en función de la estimación de la frecuencia de la infección por el VIH y los factores de riesgo asociados. Sin embargo, siguiendo ese método poco se reflexiona sobre el significado de la clasificación de los comportamientos sexuales en diferentes contextos sociales y culturales. Puede suceder, en consecuencia, que al enfrentarse con una población determinada en México, que no ha estado influenciada todavía por el discurso médico-científico, no se tenga idea de las implicaciones de aquella clasificación del comportamiento sexual, es decir, que no conozca el significado de tal clasificación. En todo caso podría haber variaciones en la comprensión de aquel sistema clasificatorio de acuerdo con la edad, la escolaridad, la ocupación y el nivel socioeconómico de las personas. Podría suceder también que al entrevistar a los individuos e indagar sobre su sexualidad, no encontremos correspondencia entre identidad sexual, rol de género y comportamiento sexual. Este último es el sentido que tiene la hipótesis del presente trabajo. No existe una correspondencia entre la identidad sexual, el rol de género y el comportamiento sexual entre los individuos masculinos diagnosticados como positivos a la prueba del VIH en la Jurisdicción Sanitaria VII del Estado de Chiapas. Por lo tanto, las categorías cerradas de clasificación del comportamiento sexual de dichos individuos, utilizadas por el sistema de vigilancia epidemiológico del VIH/SIDA de aquella Jurisdicción Sanitaria, estarían fallando en el establecimiento de una calificación correcta de los mecanismos de transmisión del VIH en la región del Soconusco. Pensamos que la denominada

“heterosexualización” de la epidemia de SIDA en el sur de México es artificial o al menos no de la magnitud que sugieren los resultados recopilados por el sistema de vigilancia epidemiológica de la Jurisdicción Sanitaria VII en el estado de Chiapas. Esto puede deberse en gran medida al sistema clasificatorio utilizado para evaluar el comportamiento sexual de los individuos.

Por otra parte el tema de las identidades en ciencias sociales es muy amplio pues existen múltiples identidades que se entrecruzan en un solo individuo. Más aún, en el terreno de la sexualidad existen también múltiples identidades. Para Weeks (1998: 214-216) existe una identidad como destino, una identidad como resistencia y una identidad como elección. En el primer caso, se parte de un supuesto esencialista que considera que la biología determina la identidad sexual de los individuos. En este sentido un individuo es hombre o mujer y como tal debe comportarse de acuerdo a las normas socialmente esperadas en el grupo social al que pertenece. Este planteamiento supone una correspondencia entre sexo biológico, rol social e identidad sexual. Sin embargo, como ya hemos podido observar, lo que se sabe sobre la sexualidad pone en tela de juicio que exista un destino sexual predeterminado por la morfología del cuerpo. El reto más importante a esta concepción de identidad se presenta cuando un individuo decide cambiar de sexo.

La identidad como resistencia hace alusión a la situación social en que grupos de individuos se asumen como diferentes en sus prácticas sexuales y que por ello enfrentan los convencionalismos sociales, siendo por ello objeto de estigmatización y marginación. Con este tipo de identidad los individuos adquieren un nuevo sentido de la diferencia e individualidad y por ello tienden a formar sub-culturas “cuya principal función es tener acceso a una maquinaria de legitimación” (Plummer, 1975: 87). .

Finalmente tenemos la identidad como elección que plantea el grado en que las identidades sexuales son adoptadas en libertad. Aunque Weeks (1998: 215) no profundiza en la definición de este tipo de identidad, resulta difícil pensar que alguien pueda decidir en libertad su identidad sexual pues el individuo es producto primero de una definición biológica de su sexo y después de las influencias social y cultural de su entorno. En todo caso la identidad sexual es un proceso en el cual se han identificado cuatro momentos: sensibilización, significación, subculturización y estabilización (ver Plummer, 1975: 123-153.).

En el presente trabajo utilizaremos las identidades como destino y como resistencia para analizar las identidades sexuales de los individuos seroreactivos al VIH que entrevistamos en la Jurisdicción Sanitaria VII del estado de Chiapas. En este sentido consideramos que no es lo mismo que un individuo se identifique como heterosexual que como homosexual. En el primer caso se da por hecho que se pertenece a una categoría de comportamiento sexual “normal”, “socialmente aceptada” y por lo tanto, se está haciendo alusión a una identidad sustancialista que no cuestiona los convencionalismos sociales. En el segundo caso se asume la pertenencia a una categoría social diferente a la considerada “normal” y que por lo tanto cuestiona los convencionalismos sociales en relación con la sexualidad. Para un estudioso de la homosexualidad en México, las identidades sexuales implican códigos, prácticas, significados, estilos, formas de ligue y encuentros, espacios y posibilidades sexuales y amorosas diferentes con fuertes connotaciones de clase. Ser “joto” es una manera de estar posicionado en un campo de fuerzas sociales, una forma diferente de vivir y entender la diferencia sexual construida como distinción social significativa en nuestra sociedad patriarcal (Núñez-Noriega, 2001).

Por otra parte consideramos que no siempre la identidad sexual se corresponde con el rol de género. De un individuo que se identifica a sí mismo como heterosexual se espera socialmente

que tenga relaciones sexuales exclusivamente con mujeres. Sin embargo, puede suceder que ese individuo llegue a tener relaciones sexuales con individuos de su mismo sexo. En el sistema médico-científico se le clasificaría como bisexual. Sin embargo, lo importante en este caso es que este individuo no se identifica como tal, es decir, como bisexual. Es aquí donde entra el análisis cultural de la sexualidad. Pudiera ser que para él no signifique ningún estigma<sup>77</sup> social el hecho de tener relaciones sexuales con individuos de su mismo sexo, siempre y cuando él juegue el papel activo-penetrativo en las relaciones sexuales. Para entender esta última situación necesitamos articular la identidad sexual y los roles de género con el comportamiento sexual. Diríamos que esta última es una variable que tiene dos finalidades. La primera es la de conocer cuáles son las “prácticas sexuales” del individuo y si estas se corresponden con el rol de género y con la identidad sexual (¿se tienen múltiples parejas sexuales?, ¿se tienen relaciones sexuales con individuos del mismo sexo?, ¿se tienen relaciones sexuales anales receptivas, insertivo-receptivas, o solamente insertivas?).

La segunda finalidad es la de identificar aquellas “prácticas sexuales” que favorecen la transmisión del VIH. Por ello en el presente estudio se considera que el comportamiento sexual se encuentra constituido por una colección de prácticas sexuales de riesgo para adquirir el VIH. Brevemente, tenemos los indicadores de riesgo que representan la probabilidad de que una persona sana tenga relaciones sexuales con otra que tenga la infección por el VIH y, por lo tanto, llegue ella también a infectarse. Estos factores estarían representados por un comportamiento sexual en el cual se tienen múltiples parejas (los indicadores de riesgo incluyen también las

---

<sup>77</sup> No se le considera un atributo que socialmente pueda ser desacreditador de la hombría. En términos de la tipología que hace Goffman de los estigmas (1995: 14), aludimos en este caso a los estigmas relacionados con “los defectos del carácter” de las personas, para diferenciarlos de “las abominaciones del cuerpo” y los estigmas “tribales”. Los estigmas relacionados con los defectos del carácter “...se refieren a conocidos informes sobre, por ejemplo, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas”.

relaciones sexuales entre hombres). Por otra parte tenemos a los factores de riesgo que representan la probabilidad de que una práctica sexual determinada (penetración anal receptiva sin condón) esté relacionada con la infección por el VIH.

## 5.- REFERENCIAS

Becker HS (1997). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. United States, The Free Press.

Centers for Disease Control (2001). HIV incidente among young men who have sex with men in seven US cities, 1994-2000. *MMWR*, 50: 440-441.

Connell RW (2003). *Masculinidades*. México, UNAM.

Foucault M (1981). *Historia de la sexualidad*. 1.- La voluntad de saber. México, Siglo XXI.

Goffman I (1995). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu.

González M (1984). La Reforma y el Imperio. En: De la Torre E, González M, Ross S (Compiladores). *Historia Documental de México*. México, UNAM.

Greenfield WR (1986). Night of the living dead II: Slow virus encephalopathies and AIDS: Do necromantic zomblists transmit HTLV-III/LAV during Voodooistics rituals? *JAMA*, 256: 2199-2200.

Gruzinski S (1985). De la perversión de la práctica a la perversión del discurso: la fornicación. En: Ortega S (Editor). *De la Santidad a la perversión. O de por qué no se cumplía la ley de Dios en la sociedad novohispana*. México, Grijalbo.

Hauwkins K (2003). The Changing face of AIDS: Young black men bear the brunt of the epidemic. In *These Times*, 11 de agosto de 2003 ([www.inthesetimes.com](http://www.inthesetimes.com)).

Liguori AL, González-Block MA, Aggleton P (1996). Bisexuality and AIDS in Mexico. In: *Bisexualities and AIDS* (Aggleton P., Editor). London, Taylor & Francis.

Lumsden I (1991). *Homosexualidad, Sociedad y Estado en México* (traducido al Español por Luis Zapata). Toronto, Canadian Gay Archives y México, Solediciones.

Malebranche DJ (2003). Black men who have sex with men and the HIV epidemic: next steps for Public Health. *Am J Public Health*, 93: 862-865.

Monsiváis C (2001). Los 41; La gran redada. *Letra S; Salud, sexualidad y SIDA*. La Jornada, 8 de noviembre de 2001.

Núñez-Noriega G (2001). Reconociendo los placeres, desconstruyendo las identidades. Antropología, patriarcado y homoerotismo en México. En: Desacatos. Revista Mexicana de Antropología. 6. Sexualidades. Primavera-Verano.

Oakley A (1972). *Sex, Gender and Society*. Great Britain, Temple Smith.

Plummer K (1975). *Sexual Stigma: an interactionist account*. United States, Routledge & Kegan Paul.

Resnick L, Veren K, Salahuddin SZ, et al (1986). Stability and inactivation of HTLV-III/LAV under clinic and laboratory environments. *JAMA*, 255: 1887-1891.

Rigand M (1969). *Secrets of Voodoo*. New York, Arco Publishers Inc.

Ross MW, Essien EJ, Williams ML et al (2003). Concordance between sexual behavior and sexual identity in street outreach samples of four racial/ethnic groups. *Sex Transm Dis*, 30: 110-113.

Rothman KJ & Greenland S (1998). *Modern Epidemiology*. United States, Lippincott-Raven.

Rousseau JJ (2002). Emilio o de la educación. México, Porrúa, colección "Sepan cuantos" número 159 (primera edición en lengua francesa en 1762).

Scott S, Jackson S (2000). *Sexuality*. En: Payne G (Editor). *Social Divisions*. Great Britain, St. Martin's Press.

Serrano MT, Smith NH, Shandera WX (1997). Epidemiology of Human immunodeficiency virus infection in Central Americans treated in Harris County, Texas Hospital District facilities. *Am J Med Hyg*, 57: 678-682.

Szklo M, Nieto J (2000). *Epidemiology: Beyond the basics*. Gaithersburg, Maryland, Aspen Publishers Inc.

The collaborative study group of AIDS in Haitian-Americans (1987). Risk factors for AIDS among Haitians residing in the United States: Evidence of Heterosexual Transmission. *JAMA*, 257: 635-639.

Thewleit K (1987). *Male fantasies*. Cambridge, Policy Press.

Tong R (1998). *Feminist tough: a more comprehensive introduction*. United States, Paperback.

Triple Jornada, suplemento del diario La Jornada, Número 64, 1° de diciembre de 2003: 6.

Trumbach R (1977). London's sodomites: homosexual behavior and Western Culture in the Eighteenth Century. *Journal of Social History*, 11: 1-33.

Trumbach R (1989). Gender and homosexual role in modern western culture: the 18<sup>th</sup> and 19<sup>th</sup> centuries compared. En: International Conference on Gay and Lesbian Studies, London: CMP.

Villafuerte L (1998). Los estudios del Seminario de Historia de las mentalidades sobre la sexualidad. En: Szasz I y Lerner S (Compiladoras). Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. México, El Colegio de México.

Weeks J (1998). La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades. En: SAS I y Lerner S (Compiladoras). Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. México, el Colegio de México.

Williams W (1992). The spirit and the flesh: sexual diversity in American Indian culture. Boston, Beacon Press.

Wollstonecraft M (1996). A vindication of the rights of women. New York, Dover Publications.

## CAPITULO 6

### METODOLOGIA

#### 1.- INTRODUCCION

El presente capítulo tiene por objeto la descripción de la metodología seguida para cumplir con los tres objetivos planteados en este estudio. El primero de ellos se basa en un abordaje cualitativo sobre los comportamientos sexuales. Se presenta la metodología mediante la cual fueron seleccionados los individuos y la forma en que fueron entrevistados así como sobre la temática seguida en las entrevistas. También se describe la forma en que fue analizada la información recabada tanto en los cuestionarios biográficos como en las entrevistas en profundidad. Se pone énfasis en el análisis de la correspondencia entre los conceptos de identidad sexual, rol de género y prácticas sexuales en cada una de las entrevistas analizadas. También se analiza la existencia de interacción en las relaciones sexuales entre los individuos entrevistados e individuos pertenecientes a las corrientes migratorias provenientes de Centroamérica. Para cumplir con los dos últimos objetivos se describe la metodología que es claramente cuantitativa sobre la distribución de las tasas de incidencia acumulada de casos de SIDA en el Estado de Chiapas por municipio y por región por un lado, y la distribución de aquellas tasas por nivel de bienestar y por región en el estado de Chiapas, por el otro. Para ello se hace una reflexión previa sobre las implicaciones teóricas y metodológicas que tienen los paradigmas cuantitativo y cualitativo en el desarrollo de la investigación.

#### 2.- PARADIGMAS CUANTITATIVO CUALITATIVO

En su obra titulada “La estructura de las revoluciones científicas”, Kuhn (1986: 33) aborda el concepto de “ciencia normal” para hacer referencia a una forma, a una determinada manera de

hacer investigación que es reconocida por una comunidad científica para guiar su práctica durante cierto tiempo mientras exista un consenso sobre la definición de problemas y la utilización de métodos considerados legítimos para determinados campos de investigación. Este concepto de “ciencia normal” implica una dimensión histórica puesto que los individuos que incursionan en un determinado campo de investigación se encuentran con un legado de conocimientos, métodos y formas de hacer investigación ya establecidos. Cuando un individuo ingresa a una comunidad científica convive con hombres que manejan las bases de su campo científico y se espera que este nuevo integrante no difiera en su práctica de las reglas y normas ya establecidas. A este proceso Kuhn le ha denominado paradigma en referencia a la génesis y continuación de una tradición particular de la investigación científica.

Independientemente del paradigma científico que se trate es importante reflexionar sobre la construcción del objeto de estudio. Dependiendo de la forma en que se percibe y conceptualiza al objeto de estudio, es la forma en que se le aborda (Bourdieu et al, 1999: 51). Un problema como es la clasificación de los comportamientos sexuales de los individuos puede ser abordado mediante el paradigma cuantitativo si lo que se quiere es clasificar los comportamientos en categorías cerradas sobre la base de elementos comportamentales, particularmente de prácticas sexuales, que son susceptibles de ser observadas, medidas y clasificadas. Se puede hacer también un abordaje cualitativo del fenómeno donde lo que interesa es analizar, además de las características comportamentales, las características sociales y culturales que se encuentran relacionadas con el objeto de estudio. Entonces encontramos aquí la primera diferencia entre ambos paradigmas que es elocuentemente mostrada por Weber (1981: 29), quien considera que lo social tiene características particulares que no pueden ser abordadas mediante los métodos utilizados en las ciencias naturales.

“No cabe la menor duda de que el interés por las ciencias sociales tiene su punto de partida en la configuración real, es decir, particular, de la vida cultural en derredor nuestro.... En tanto en el ámbito de la astronomía los cuerpos celestes solamente nos mueven a interés por sus relaciones cuantitativas, susceptibles de mediciones precisas, en el ámbito de las ciencias sociales, por el contrario, es el aspecto cualitativo lo que nos interesa. Podemos también decir que las ciencias sociales se ocupan de la intervención de los procesos mentales cuya “comprensión” con su reviviscencia constituye una específica labor distinta a la que las fórmulas del conocimiento cabal de la naturaleza pudieran o tuviesen a bien solucionar”

Existen diferencias entre los paradigmas cuantitativo-cualitativo en varios niveles del proceso de investigación como son la relación sujeto-objeto, los propósitos de la investigación, los conceptos claves que enfatizan, las estrategias de investigación, los escenarios de la investigación, la credibilidad de los hallazgos, el discurso del informe y el análisis histórico de los objetos de estudio.

## 2.1.- RELACION SUJETO-OBJETO

En el paradigma cuantitativo se asume que el sujeto de la investigación debe ser capaz de conducirse con neutralidad respecto del objeto de estudio. Este es considerado como un objeto externo al observador por lo cual se asume una relación de independencia entre sujeto-objeto. Aun en los casos en que se investigan aspectos humanos como los comportamientos sexuales, éstos son percibidos como fenómenos que existen en la realidad exterior al investigador y que son susceptibles de ser estudiados por sí mismos, independientemente del pensamiento de los propios individuos estudiados. Este punto de vista sobre el comportamiento sexual tiene sus orígenes en el campo de la biología y la psicología experimental (Spira et al, 1994: 15). En ese sentido la definición de comportamiento se define como una reacción observable y por lo tanto cuantificable.

Por el contrario, el objeto de la investigación cualitativa “es un objeto que habla” (Bourdieu et al, 1999: 57). En ese sentido, los fenómenos sociales adquieren relevancia en su

carácter subjetivo y su descubrimiento se realiza a través de lo que piensa el sujeto que actúa. Pero además, entre el sujeto de la investigación y el objeto que habla se establece una relación de interdependencia e interacción. El sujeto de la investigación debe ser consciente del efecto que causa en el objeto de la investigación y viceversa. Asimismo, en este tipo de enfoque no se persigue un abordaje neutral del objeto de estudio. Por el contrario, se considera que la realidad es moldeada y construida por los propios pensamientos de los investigadores y que éstos investigarán la realidad de acuerdo con la perspectiva social que sobre la realidad tengan.

## 2.2.- PROPOSITOS DE LA INVESTIGACION

Los propósitos de la investigación en el paradigma cuantitativo consisten en realizar mediciones y predicciones exactas de los fenómenos que abordan. En pocas palabras, se busca la mayor objetividad en la explicación de las causas de los fenómenos, en la confrontación de teoría y praxis, en la detección de discrepancias, en el análisis estadístico de los resultados y en el establecimiento de conexiones y generalizaciones.

En el paradigma cualitativo lo que se busca es describir e interpretar la vida social y cultural de quienes participan como objeto de estudio en la investigación. Se pretende entender los fenómenos sociales de la propia perspectiva del actor (de los individuos a estudiar). En otras palabras, se busca la comprensión en un nivel personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de la gente.

## 2.3.- CONCEPTOS CLAVE QUE ENFATIZAN

En el paradigma cuantitativo se destacan conceptos clave en el proceso de investigación como son: las variables (sean estas cuantitativas y/o cualitativas), la validez de los resultados, la

confiabilidad o reproducibilidad de los instrumentos de investigación, la formulación de hipótesis, la significancia estadística.

El paradigma cualitativo pone énfasis en el significado (interpretación que hace el autor de la realidad), el contexto social (sobre aquellos aspectos que forman parte de la vida social y cultural de los entrevistados), perspectiva holística (concepción de escenario, de los participantes, y de las actividades como un todo), cultura (qué hace el actor, qué cosa construye y utiliza).

#### 2.4.- PROCESO DE INVESTIGACION

En el paradigma cuantitativo se sigue un patrón lineal de investigación. Se parte de definir el problema de investigación, la formulación de hipótesis, la formulación de definiciones operacionales, el diseño de los instrumentos de evaluación, la recopilación de la información, el análisis de resultados, la elaboración de conclusiones y presentación de resultados. Aunque esta secuencia lineal puede sufrir modificaciones, en términos generales representa la estructura aceptada para proceder en una investigación.

En el caso de la investigación cualitativa se sigue un patrón cíclico en el cual las actividades se repiten una y otra vez de acuerdo con la información obtenida por las observaciones en cada fase de la investigación. En otras palabras, en el paradigma cualitativo se reduce la amplitud de la indagación sistemática para prestar atención sobre aspectos que van surgiendo desde la propia situación social.

#### 2.5.- ESTRATEGIA DE INVESTIGACION

El paradigma cuantitativo es preferentemente deductivo. Los datos son recolectados para evaluar modelos, hipótesis o teorías preconcebidas. La perspectiva en este paradigma es poner énfasis sobre lo exterior, es decir, lo que es posible medir y observar.

En el paradigma cualitativo los hechos sociales se diferencian de los hechos de las ciencias físicas por considerar las creencias y opiniones de quienes participan en el estudio. En otras palabras, los hechos sociales no son definidos según lo que podríamos decir de ellos por los métodos objetivos de las ciencias sino por lo que piensa la persona que actúa. En esta perspectiva se estudia a la persona en el contexto de su presente y su pasado y enfatiza sobre lo que proviene de dentro del sujeto.

## 2.6.- ESCENARIO DE LA INVESTIGACION

En el paradigma cuantitativo se recurre a escenarios en los cuales se intenta aislar las variables de interés en el estudio y de controlar los efectos de las variables “intervinientes” que pudieran estar enmascarando las relaciones entre variables planteadas en el estudio.

En el paradigma cualitativo el contexto y el aspecto a ser abordado no se analizan en forma separada sino que son estudiados en interrelación espontánea y natural.

## 2.7.- CREDIBILIDAD DE LOS HALLAZGOS

En el paradigma cuantitativo se enfatiza la validez y la confiabilidad de los resultados a fin de asegurar la generalización y reproducibilidad del conocimiento.

En el paradigma cualitativo la realidad social es única y dependiente del contexto y por lo tanto irrepetible. En este sentido la información recabada es interpretada en el marco contextual

de la situación social estudiada. Contexto es, para la investigación cualitativa, la comunidad o el sistema de personas, su historia, su lenguaje, sus costumbres. La credibilidad de sus hallazgos es vista a través de la transferibilidad (resultados no generalizables pero si descriptivos e interpretativos de un contexto social dado). En el sentido cualitativo no hay una validez en los resultados que permita una generalización teórica sino que lo importante es la realización de una descripción “densa” de la realidad (Seale, 1999: 108). La transferibilidad no es la capacidad de mostrar al lector que el investigador ha estado ahí conversando con la gente durante el trabajo de campo, sino de convencerlo de ver lo que él ha visto, de sentir lo que él sintió y de concluir lo que él concluyó. Para Geertz (2000: 24) la conducta humana debe ser vista como una acción simbólica que tiene sentido. Sea la acción humana la fonación en el habla, el color de la pintura, las líneas en la escritura, el sonido de la música e incluso el guiño de un ojo, dichas acciones son más que su pura condición ontológica; significan algo. Para Geertz “Aquello por lo que hay que preguntar (en relación con la acción humana) es por su sentido y su valor; si es mofa o desafío, ironía o cólera, snobismo u orgullo, lo que se expresa a través de la aparición y por su intermedio”. Tener en cuenta estos elementos es tener la capacidad de intentar hacer una descripción “densa” de la realidad.

## 2.8.- DISCURSO DEL INFORMANTE

La investigación cuantitativa está predeterminada porque se basa en formalizaciones y especificaciones en su planteamiento. Antes de realizar la investigación se establecen por escrito todas las previsiones posibles. El discurso del informe utiliza patrones en el lenguaje y no se emplea el relato.

En la investigación cualitativa el proyecto tiene flexibilidad porque no está sujeta a una estructura basada en modelos. El proyecto es más especulativo que normativo y se desarrolla a medida que progresa la investigación. La investigación cualitativa consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos e interacciones entre las personas estudiadas. Incorpora lo que los participantes dicen acerca de sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal y como son expresados por ellos mismos.

## 2.9.- ANALISIS HISTORICO DE LOS OBJETOS DE ESTUDIO

En el paradigma cuantitativo los conceptos son aislados de su contexto social e histórico. Por ejemplo el análisis del comportamiento sexual en el análisis epidemiológico se reduce a consignar las prácticas sexuales de los individuos en estudio sin discutir su origen histórico en el análisis de la biología y psicología experimentales que la definen como una reacción observable y por lo tanto cuantificable (Spira, 1994: 15). Ello se debe a que este análisis histórico de los conceptos no forma parte de los objetivos del análisis epidemiológico.

Debido a que en el paradigma cualitativo interesa el estudio de lo social y cultural, el análisis histórico de los conceptos es fundamental para el entendimiento del sentido que toma en el momento actual el concepto. Por ejemplo, ya hemos mencionado que para Weeks (1998: 208) antes del siglo XIX la “homosexualidad” existía pero el “homosexual no”. Con ello el autor sugiere que la homosexualidad ha existido en todas las sociedades y en todos los tiempos, con costumbres y normas sociales que han variado en su aceptación o rechazo. Sólo que a partir del siglo XIX, comenzando en las sociedades industrializadas particularmente de Europa Occidental, se desarrolló una categoría homosexual distintiva, asociada a una identidad homosexual. ¿Por qué surgió esta categoría clasificatoria homosexual en el siglo XIX?

En su estudio sobre la historia de la sexualidad, Foucault (1981: 25-47) discute cómo a partir del siglo XVIII hubo una multiplicación de los discursos sobre el sexo incitados desde el ámbito mismo de las instituciones que ostentaban poder. Desde la iglesia católica con la contrarreforma se acelera el ritmo de la confesión anual donde se otorga mucha importancia a la penitencia sobre todas las insinuaciones de la carne. En la literatura donde se insta a decirlo todo en torno al sexo. Desde el Estado al que importaba saber qué sucedía con el sexo de la población debido al interés por la relación entre economía y demografía. En el diseño arqueológico de los colegios del siglo XVIII en donde si bien no se habla explícitamente de sexo, éste está presente en los distintos dispositivos de construcción y en los reglamentos de disciplina. En la medicina por mediación de las enfermedades “de los nervios”. En la psiquiatría cuando se puso a buscar la causa de las enfermedades mentales y cuando anexó, como dominio propio, el conjunto de las perversidades sexuales.

Toda esta tarea discursiva sobre el sexo estaba enfocada a expulsar de la realidad las formas no sometidas a los fines reproductivos. Todas aquellas prácticas sexuales ajenas a ese fin fueron consideradas como “desviaciones” o “perversiones” sexuales. Pero si con el tiempo la Iglesia ha perdido autoridad sobre la normalización de la sexualidad conyugal, la medicina lo ha ganado entre otras cosas por haberse arrogado el derecho de clasificar todas las formas anexas al placer sexual. Se logra con ello una clasificación de las perversiones y una nueva especificación de los individuos. ¿Cómo y cuándo nace entonces el concepto de homosexualidad? Foucault (1981: 56-57) explícitamente considera que:

“...la categoría psicológica, psiquiátrica, médica, de la homosexualidad se constituyó el día en que se caracterizó —el famoso artículo de Westphal sobre las “sensaciones sexuales contrarias” (1870) puede valer como fecha de nacimiento no tanto por un tipo de relaciones sexuales como por cierta cualidad de la sensibilidad sexual, determinada manera de invertir en sí mismo lo masculino y lo femenino”

A partir de entonces el homosexual pasa a formar parte de una nueva categoría sexual, de una nueva especie que es diferente de aquel individuo que practica una sexualidad considerada socialmente “normal” destinada como fin a la procreación. ¿Por qué es importante este tipo de análisis? Porque nos permite “comprender” las implicaciones sociales de esa clasificación (el entrecomillado es deliberado). Quien dude de las consecuencias sociales y políticas de la inclusión de individuos en la categoría homosexual, puede indagar sobre un problema de actualidad en el cual se prohíbe en Estados Unidos a homosexuales donar células y/o tejidos orgánicos.<sup>78</sup> La Administración de Alimentos y Medicinas (FDA por sus siglas en inglés) reglamenta que las instituciones que preservan tejidos y células deben recabar suficiente información sobre un donante potencial. Debe recabarse información sobre la historia médica, el examen clínico si el donante está vivo y sobre la evaluación de factores de riesgo. “Para todos los donantes usted debe revisar los documentos médicos relevantes y hacer preguntas sobre la historia médica del donante y sobre el comportamiento social que incluye a los factores de riesgo de enfermedades transmisibles relevantes y sus agentes (particularmente VIH, VHB, VHC, *Treponema pallidum*, encefalopatía espongiforme transmisible) y los riesgos para enfermedades transmisibles asociados con el transplante de tejidos” (el subrayado es mío) (Guidance for Industry, 2004: 16). Si bien la FDA no utiliza explícitamente el término homosexual, el primer factor de riesgo que considera es “Hombres que han tenido sexo con otros hombres en los cinco años previos” (Guidance for Industry, 2004: 16). Básicamente, con esa frase la FDA acota a los individuos que tienen prácticas homosexuales y bisexuales como impedidos a ser donantes o por lo menos son puestos bajo sospecha de un mal “comportamiento social” y por lo cual deben ser profundamente examinados o puestos en duda para ser donantes idóneos.

---

<sup>78</sup> Aunque el documento elaborado por la FDA es un “borrador” sujeto a comentarios, en realidad refleja el punto de vista de una institución norteamericana que tiene el poder de normar y reglamentar el manejo de tejidos. Es decir, refleja el punto de vista institucional sobre el asunto.

### 3.- INVESTIGACION CUALITATIVA. SELECCION DE LOS INDIVIDUOS Y ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA

El presente estudio se desarrolló en la Jurisdicción Sanitaria VII en el estado de Chiapas debido a que esa instancia administrativa de la Secretaría de Salud de aquel estado, es la encargada de llevar el programa de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual en la región del Soconusco. En otras palabras, es la instancia de los servicios de salud del estado encargada, entre otras cosas, de diagnosticar, dar consejería, dar tratamiento y hacer un seguimiento, de las personas que resulten portadoras de la infección por el VIH o que ya presenten signos y síntomas francos del síndrome. La información de los casos nuevos de VIH/SIDA parte de un nivel local en los centros de salud, hospitales o clínicas de las diferentes instituciones de salud (ISSSTE, IMSS, ISSTEC, SSA, Cruz Roja) y es enviada al nivel regional cuya instancia, donde se concentra la información, es la Jurisdicción Sanitaria.

Por todo lo anterior consideramos que la Jurisdicción Sanitaria era la institución clave para tener acceso a los individuos masculinos que resultaran diagnosticados con la infección por el VIH o con manifestaciones francas del síndrome, de acuerdo con los procedimientos médicos y de consejería de esa institución. Por ello visitamos a las autoridades sanitarias, tanto en el nivel central en la Secretaría de Salud con sede en Tuxtla Gutiérrez, como en el nivel regional en la Jurisdicción Sanitaria VII con sede Tapachula y les presentamos el proyecto de investigación el cual fue aceptado para su realización. El siguiente paso consistió en establecer contacto con los médicos encargados de dar tratamiento y seguimiento a las personas en cada uno de los hospitales de concentración de pacientes en Tapachula. Si bien los médicos de los diferentes centros de salud, clínicas y hospitales rurales e inclusive en la Cruz Roja, llegaban a tener

sospecha de que una persona es portadora del VIH o porque ya tenía manifestaciones del síndrome, la prueba diagnóstica de laboratorio se realizaba en el Hospital Regional del Seguro Social y en el Hospital General de la Secretaría de Salud en la ciudad de Tapachula. Asimismo, en esos hospitales se ha destinado a un médico para que se encargue del tratamiento y seguimiento de las personas.

La estrategia para tener acceso a dichas personas consistió en que el médico tratante presentaba al investigador principal con ellas en los hospitales de concentración ya mencionados. En este primer contacto con las personas el investigador les explicaba los objetivos del estudio, particularmente la necesidad de conocer con mayor profundidad los mecanismos de transmisión sexual del virus. Se explicaba, por ejemplo, que la entrevista consistía en contestar un cuestionario biográfico en el cual las preguntas sobre comportamiento sexual eran las más importantes del estudio y que, posteriormente, participarían en una entrevista en profundidad, es decir, en una entrevista que sería gravada y que tenía la intención de profundizar algunos aspectos observados en el cuestionario biográfico a fin de establecer el contexto social en que se habían desarrollado los hechos. Toda esta información se encuentra contenida en una carta de consentimiento informado que era firmada por los individuos si éstos aceptaban participar en el estudio (ver anexo 1).<sup>79</sup>

El cuestionario biográfico estuvo estructurado en tres secciones. La primera indagaba sobre sus características sociodemográficas como edad, lugar de nacimiento y lugares de residencia, escolaridad, ocupación, estructura familiar, estado civil. La segunda sección indagaba

---

<sup>79</sup> De acuerdo con la Ley General de Salud en su artículo 100, fracción IV, se establece que “Se deberá contar con el consentimiento por escrito del sujeto en que se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos del experimento y de las posibles consecuencias negativas o positivas para su salud” (Legislación Sanitaria, 2001: 29).

sobre comportamiento sexual, edad de inicio de relaciones sexuales, persona con la que tuvo su primera relación sexual, edad de esa persona, tipo de relación con la persona, prácticas sexuales con hombres, con mujeres y con extranjeros, identidad y rol sexual. Finalmente se preguntó por antecedentes de transfusión sanguínea y drogadicción intravenosa (ver anexo 1). Debe tomarse en cuenta, sobre la base de la estructura del cuestionario, que aquellas características inquiridas fueron evaluadas a través de la vida de los individuos. Por ejemplo, la ocupación fue indagada desde la edad en que el individuo tuvo su primera ocupación, seguida de la historia de todas las demás ocupaciones y la duración de las mismas hasta el momento de la entrevista. Por ello el cuestionario es biográfico.

La entrevista en profundidad se realizó utilizando como guía los diferentes apartados del cuestionario biográfico, particularmente de los eventos sobre comportamiento sexual. Desde el punto de vista conceptual, la entrevista en profundidad es considerada en este estudio como una herramienta que permite rebasar la información obtenida sobre hechos empíricos. En ese sentido el cuestionario biográfico proporcionó información empírica sobre el comportamiento sexual de los individuos a través del tiempo, pero esa información por sí misma carece de cualidades y apreciaciones sobre la sexualidad de los entrevistados. En contraste, la entrevista en profundidad permite obtener conocimiento desde el punto de vista de los individuos entrevistados. Lo que el entrevistador persigue con la entrevista en profundidad es acercarse a las ideas, creencias y supuestos mantenidos por otros. A diferencia de las entrevistas estructuradas o semi-estructuradas, las entrevistas en profundidad se desarrollan en una situación abierta donde existe mayor libertad y flexibilidad en el manejo de la preguntas pues se trata de conversaciones libres donde el investigador va introduciendo nuevos elementos que ayudan al informante a comportarse como tal.

En el presente estudio se tuvo especial cuidado en establecer la relación entrevistador-entrevistado. En este sentido la entrevista en profundidad fue concebida como una interacción social entre personas en la que el entrevistado intenta explicar su particular visión y versión de un problema y el entrevistador intenta comprender o interpretar esa explicación. Asimismo, las diferencias entre estos personajes por edad, escolaridad, clase social así como las relaciones de poder,<sup>80</sup> que se presentan en aquella interacción, son elementos que se ponen en juego y que pueden influir en el resultado de la entrevista. Por ello se cuidó el efecto que el investigador pudiera producir en las personas que investiga, en términos de la aceptación en la participación en la entrevista así como en las diferentes respuestas y comentarios que hace a ella. Se tuvo especial cuidado también en evitar sacar a relucir las ideas propias no dando nada por sentado y por el contrario se puso énfasis en escuchar todos los puntos de vista, independientemente de la persona que en ese momento era entrevistada. Para el presente trabajo fueron entrevistadas 53 personas del sexo masculino en dos periodos entre septiembre y diciembre en los años 2001 y 2002. De ellas fueron utilizadas 6 entrevistas y analizadas como estudios de caso por ser ilustrativas de la dinámica entre identidad sexual, rol de género y prácticas sexuales en la región del Soconusco. Asimismo, porque permitieron describir la interacción entre las personas pertenecientes a las corrientes migratorias centroamericanas y la población local en la región del Soconusco en términos de contactos sexuales.

### 3.1.- PLAN DE ANALISIS

---

<sup>80</sup> De hecho fui presentado por los médicos con las personas a entrevistar como “doctor”, es decir, como un médico más que se encuentra relacionado con las instituciones hospitalarias en las que se estaba realizando el estudio. En este estudio entendemos por relaciones de poder aquellas en las que un individuo intenta dirigir la conducta de otro. En otras palabras, se trata de tener la habilidad de hacer que el entrevistado se comporte como tal. Este concepto de relaciones de poder fue elaborado por Foucault quien en una entrevista que le realizaron en 1977 resumía aquel concepto considerando que “entre cada punto del cuerpo social, entre el hombre y la mujer, en la familia, entre el maestro y su alumno, entre el que sabe y el que no sabe, transcurren relaciones de poder que no son la pura y simple proyección del poder soberano, es decir del poder del Estado, sobre los individuos”.

Las entrevistas en profundidad fueron grabadas y posteriormente transcritas por quien escribe el documento. Esto fue muy importante porque de esa manera se podía recrear el ambiente de la entrevista, la entonación de la voz de los entrevistados que ponían énfasis en determinados puntos tratados<sup>81</sup> y también en la forma de hablar en esa región en términos de los giros idiomáticos.<sup>82</sup> En la primera fase del análisis seleccioné seis de las entrevistas siguiendo el criterio de que fueran representativas de los conceptos de interés de este trabajo (ya descritos arriba). Escuché las cintas y leí las transcripciones para escribir sobre cada entrevista como un estudio de caso.

En cada caso se examinó al entrevistado desde cuatro puntos de vista a) la secuencia narrativa del evento, b) un análisis de la relación de conceptos: identidad sexual, rol de género, prácticas sexuales e interacción con individuos de origen centroamericano, c) un análisis de esos conceptos en relación con los contextos sociales en que se experimentaban,<sup>83</sup> y d) un análisis de los conceptos de identidad, rol de género y prácticas sexuales en relación con el modelo clasificatorio de los comportamientos sexuales del sistema médico-científico. La segunda fase consistió en analizar los estudios de caso en grupo para explorar similitudes y diferencias en las trayectorias de los entrevistados en ciertos lugares sociales y comprender su localización colectiva en la epidemia de VIH en la región del Soconusco. No pretendo que la presentación de

---

<sup>81</sup> Como por ejemplo, un entrevistado ponía énfasis en lo que le decían sus amigos "...si te vas de *mayatón*, en SIDA vas a terminar" donde había que estar al pendiente del sentido y de la entonación que se le daba al término *mayatón* para hacer alusión a los hombres que van a tener relaciones sexuales con otros hombres pero donde "*los mayatones*" siempre juegan el papel activo.

<sup>82</sup> Por ejemplo en el lenguaje coloquial se utiliza mucho la expresión "fue a ver a una su tía" para decir que "fue a ver a una de sus tías". Es también muy común escuchar decir "pasó a traerme" con lo que se quiere decir que "pasó a recogerme". Asimismo, hay también muchas contracciones de palabras que son fonéticas y que quien no ha estado habituado a entender esa forma de hablar regional, no le encuentra sentido a muchas frases y por lo tanto pueden quedar huecos en la transcripción de la entrevista o la pérdida del sentido de la frase.

<sup>83</sup> Por ejemplo, en este estudio la identidad homosexual no es exclusivamente la interpretación del propio comportamiento sexual sino que pone también atención a las estrategias utilizadas por los individuos para negociar la sexualidad y la identidad homosexual en sus vidas diarias, en un medio predominantemente heterosexual.

estos 6 casos constituyan, por sí mismos, una explicación exhaustiva de las dificultades que los servicios de salud enfrentan al abordar la clasificación del comportamiento sexual de los individuos que resultan reactivos a la infección por el VIH. El propósito es ilustrar situaciones particulares que representan un verdadero reto para el entendimiento de la dinámica de la epidemia de VIH/SIDA en la región del Soconusco.

#### 4.- INVESTIGACION CUANTITATIVA: DISTRIBUCION DE TASAS DE VIH/SIDA POR MUNICIPIO Y REGION EN EL ESTADO DE CHIAPAS Y POR NIVEL DE BIENESTAR SEGUN REGIONES EN EL ESTADO

Con el fin de evaluar las tasas de SIDA en el estado de Chiapas se consultó la base de datos del Centro Nacional para la Prevención del VIH/SIDA (CENSIDA). Esta base de datos a su vez fue obtenida del registro nacional de casos de VIH/SIDA de la Dirección General de Epidemiología para los años 1986-2000.

Para calcular la tasa de incidencia acumulada de casos de SIDA se utilizó el número acumulado de casos entre 1986 y 2000 y fue dividido entre la población correspondiente a los municipios en los cuales había habido registro de casos. Se hicieron tres categorías en la magnitud de las tasas que fueron: categoría 1 que incluyó aquellos municipios que no habían registrado casos de SIDA; categoría 2 con tasas entre 1 y 2 casos por 10000 habitantes; categoría 3 con tasas entre 2.1 y 3 casos por 10000 habitantes; y categoría 4 con tasas de más de 3 casos por 10000 habitantes. La población de los municipios fue obtenida del XII Censo de Población y Vivienda que fue realizado en el año 2000 (INEGI, 2000b). Se realizó también una distribución de tasas de casos de SIDA por regiones en el estado de Chiapas: Centro, Altos, Fronteriza, Frailesca, Norte, Selva, Sierra, Soconusco e Istmo-Costa (INEGI, 2000a). Fueron localizados

además en el mapa de Chiapas la distribución de los puntos de aseguramiento de los inmigrantes provenientes de Centroamérica obtenidos con información proporcionada por la Delegación Estatal del Instituto Nacional de Migración. También se realizó una distribución de casos de SIDA por municipio y por nivel de bienestar (INEGI, 2000b) de los municipios en el estado. La distribución de casos de VIH/SIDA por mecanismo de transmisión, por sexo y por año en el estado de Chiapas se presenta en la tabla 16.

Tabla 16.- Casos de VIH/SIDA registrados en el sistema de vigilancia epidemiológico del estado de Chiapas entre 1986 y 2000 por sexo y por mecanismo de transmisión.

Categoría de Transmisión	1986-94		1995		1996		Año 1997		1998		1999		2000		Total		
															Sexo		
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M (%)	F (%)	Todos (%)
Homosexual	31	0	7	0	13	0	14	0	9	0	6	0	3	0	83 (23.8)	0 (0.0)	83 (19.7)
Bisexual	32	0	3	0	9	0	7	0	9	0	5	0	7	0	72 (20.6)	0 (0.0)	72 (17.1)
Heterosexual	66	14	15	3	26	5	20	8	22	3	6	1	21	6	176 (50.4)	40 (55.5)	216 (51.3)
Transfusión	8	13	2	2	1	1	0	2	0	3	0	0	0	0	11 (3.2)	21 (29.2)	32 (7.6)
Hemofílico	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2 (0.6)	0 (0.0)	2 (0.5)
Perinatal	0	2	0	2	2	1	0	0	0	4	3	2	0	0	5 (1.4)	11 (15.3)	16 (3.8)
Se desconoce	21	5	4	3	6	9	3	2	1	2	52	18	44	12	131	51	182
Todos	160	34	31	10	57	16	44	12	41	12	72	21	75	18	480	123	603

Nota: En el análisis de las categorías de transmisión fue eliminada de la contabilidad la categoría "se desconoce". La proporción de casos que no fueron documentados en sus mecanismos de transmisión fueron 27.3% en hombres, 41.5% en mujeres teniendo entonces una proporción global de 30.2%.

El diseño utilizado para establecer la relación entre la distribución de tasas de casos de SIDA por municipio, región y nivel de bienestar es, en epidemiología, de tipo ecológico. Con este diseño lo que se pretende es establecer asociaciones muy generales que intentan relacionar las tasas de casos de SIDA con su distribución geográfica y con los flujos migratorios provenientes de Centroamérica. En la secuencia lógica del establecimiento de causalidad es el diseño más débil para mostrarla. El diseño más sólido sería el ensayo experimental donde es posible establecer un control artificial de las variables. Le sigue el diseño de Cohorte que es un diseño observacional donde no es posible asignar a los individuos a dos grupos o más grupos experimentales y controlar de esa manera las variables y los efectos confusores. Sin embargo,

tiene la ventaja de poder establecer una relación de antecedente-consecuente. En el diseño de cohorte el factor de exposición antecede al resultado o evento y por lo tanto tiene una importancia temporal lógica en la cadena causal. El problema de los diseños ecológicos estriba en que no permiten evaluar la secuencia lógica antecedente-consecuente y de que las evaluaciones de los daños a la salud se realizan en medidas agregadas (Szklo et al, 2000: 17) como son las tasas de casos de SIDA por municipio combinadas con medidas del medio ambiente o ecológicas como son la situación geográfica de los municipios y su relación con los flujos migratorios centroamericanos. Estos estudios adolecen de la falacia ecológica que plantea que las asociaciones que pueden establecerse con datos agregados en grupos poblacionales, no necesariamente estarían presentes cuando se hacen estudios en el nivel individual. No obstante lo anterior, este diseño permite establecer hipótesis sobre causalidad que posteriormente pueden ser abordadas utilizando un diseño epidemiológico más adecuado para su establecimiento

## 5.- REFERENCIAS

Bordieu P, Chamboredon J-C, Passeron J-C (1999). El Oficio del sociólogo. México, Siglo XXI, 21ª edición en Español.

Foucault M (1977). Relaciones de poder que penetran los cuerpos. Entrevista realizada a Michael Foucault consultada en [http://identidades.org/fundamentos/foucault\\_cuerpos.htm](http://identidades.org/fundamentos/foucault_cuerpos.htm) el 4 de febrero de 2004.

Foucault M (1981). Historia de la sexualidad. 1- La voluntad de saber. México, Siglo XXI, 7ª edición.

Geertz C (2000). La interpretación de las culturas. Barcelona, España, Gedisa Editorial.

Guidance for Industry: Eligibility determination for donors of human cells, tissues and cellular and tissue-base products (HCT/Pc). Draft guidance. <http://www.fda.gov/cber/gdlns/tissdonor.pdf>

INEGI (2000a). Anuario Estadístico: Chiapas. México, INEGI.

INEGI (2000b). <http://www.inegi.gob.mx>

Kuhn TS (1986). La estructura de las revoluciones científicas. México, FCE, Séptima reimpresión.

Legislación Sanitaria (2001). Ley General de Salud. México, Ediciones Delma.

Seale C (1999). The quality of qualitative research. London, Sage Publications.

Spira A, Bajos N, ACSF Group (1994). Sexual behaviour and AIDS. England, Avebury.

Szklo M, Nieto J (2000). Epidemiology: Beyond the basics. Gaithersburg, Maryland, Aspen Publishers Inc.

Weber M (1971). Sobre la teoría de las ciencias sociales. México, Premia Editora, Segunda Edición.

Weeks J (1998). La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades. En: SAS I y Lerner S (Compiladoras). Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. México, el Colegio de México.

## CAPITULO 7

### RESULTADOS

#### 1.- INTRODUCCION

El presente capítulo tiene por objeto describir los resultados de las entrevistas en profundidad realizadas a los individuos que, de acuerdo con las autoridades de la Jurisdicción Sanitaria VII en la región del Soconusco, habían resultado reactivos a la prueba del VIH o que además ya tenían manifestaciones del síndrome de inmunodeficiencia humana. Tiene por objeto también presentar los resultados de la distribución de las tasas de casos de SIDA en el estado de Chiapas por municipio y región y por nivel de bienestar y región en ese estado.

#### 2.- ESTUDIOS DE CASO

##### 2.1.- RICARDO<sup>84</sup>

El primer caso es Ricardo, un muchacho de 17 años de edad que nació en Metapa de Domínguez, uno de los 16 municipios pertenecientes a la región del Soconusco. En el momento de la entrevista Ricardo vivía en Metapa con su familia la cual estaba encabezada por la madre, una mujer de 46 años de edad. En total son seis hermanos, dos hombres y cuatro mujeres. Son hijos de tres padres diferentes que los habían abandonado. Ricardo es el penúltimo miembro de la familia. La más pequeña es una niña de 7 años de edad. Ricardo no conoció a su padre. Fue a la escuela primaria en Metapa y terminó sexto grado pero no siguió estudiando. Refiere que desde la edad de 10 años empieza a sentir atracción sexual por los hombres. Eso hizo que después de los 12 años empezara a salirse de su casa y a los 13 años se va a Comitán, a trabajar en un bar cercano a la zona roja en esa ciudad.

---

<sup>84</sup> Todos los nombres presentados en este apartado son seudónimos.

“Pues si, llegué a sentir atracción por los hombres y eso hizo que me anduviera saliendo de mi casa. Antes tenía a mis hermanos y todo, pues le digo todos mis hermanos se fueron. Unos se casaron otros se fueron y ya me quedé yo solo, pero solo yo sabía lo que tenía. Cuando ellos se fueron ya no había nadie que me dijera ¿por qué haces esto? Fue cuando yo me aventé en salirme de mi casa. Pero antes, cuando yo tenía entre 9 y 10 años ya sentía atracción por los hombres. En ocasiones me hallaba donde estaban los hombres, no por estar jugando sino por estar mirando”.

Ricardo reconoce su homosexualidad desde muy temprana edad y tiene su primera relación sexual a los 13 años con hombre mayor que él de 23 años y de origen hondureño.

***“tu primera relación sexual ¿en dónde fue, aquí en Metapa?”***

en Huixtla

***¿cómo fue?***

pues fue con un centroamericano

***de qué país***

de Honduras

***qué edad tenía él***

23 años

***y tu***

13 años

***¿cómo sucedió?***

era en una vecindad

***¿vivías en una vecindad?***

si

***¿cuánto tiempo viviste tu en Huixtla?***

tres meses

***¿cómo fue que te cambiaste a Huixtla?***

porque allá estaba una hermana viviendo y me llevó para que tuviera compañía porque estaba sola. Yo le ayudaba con los quehaceres de la casa.

***y luego***

ah pues en la vecindad había varios inquilinos y pos ya salió lo que a mí me gustaba y pos lo hice con mañas, dándole ideas para que se diera cuenta de que yo era homosexual

***estando allí ¿seguiste teniendo relaciones sexuales con el centroamericano y también con otras personas?***

no, solo con él

***¿cuánto tiempo duró esa relación?***

unos 3 meses

***luego ¿ te regresaste a Metapa?***

me regresé a Metapa y ya de Metapa me fui para Comitán”

Ricardo refiere que fue a trabajar a Comitán con unos amigos que también eran homosexuales. Ellos eran mayores que Ricardo y por ello entraron a trabajar en diferentes bares de la zona roja en aquella ciudad.

***¿Cómo fue que te fuiste a trabajar a los bares de la zona roja en Comitán?***

porque ya había ido yo una vez con unos amigos que eran homosexuales también

***¿eran ellos de acá de Metapa?***

Si eran de acá, más que nada yo me fui con ellos para ir a trabajar ¿verdad? pero ellos ya entraron a trabajar en la zona y a mí no me aceptaron para estar trabajando en esos lugares

***¿por qué no te aceptaron?***

ah no quisieron, no no aceptó la señora, es que era yo menor de edad. La señora, esa misma la del bar dijo “no mira yo te voy a llevar a trabajar a un restarurante”

***No estaba en la zona de tolerancia,***

estaba cerca”

Ricardo refiere que en ese restaurante solamente “hacía el oficio” que consistía en barrer, trapear, lavar trastes y ayudar en la cocina. En un principio vivió en ese restaurante por unos tres meses pero luego se pasó a vivir en un bar de la zona roja donde vivían algunos de sus amigos. Ahí pasaba la noche y por el día iba a trabajar en el restaurante al que llegó por primera vez. Fue

en ese periodo en que sus amigos lo empezaron a pintar y a vestir de mujer. Empezó también a tener relaciones sexuales con los clientes de los bares a cambio de dinero lo cual influyó en que dejara de trabajar en el restarurante. Refiere que tuvo relaciones sexuales con múltiples parejas masculinas (unas 60 parejas diferentes) y sus prácticas sexuales eran invariablemente anales receptivas. También practicó sexo oral a diferentes parejas masculinas. En ese bar tuvo una relación sexual con una mujer, con una trabajadora sexual. Por ello al evaluar su comportamiento en relación con el gradiente de homosexualidad propuesto por Kinsley et al (1948: 656) quedó clasificado en la categoría 5<sup>a</sup> de predominantemente homosexual solo incidentalmente heterosexual. Sin embargo, al preguntarle directamente sobre su identidad sexual consideraba que era bisexual.

**“te consideras ¿homosexual, bisexual o heterosexual?**

bisexual

***qué es para ti bisexual***

tener relaciones con mujeres y con hombres

***pero has tenido pocas relaciones con mujeres***

si un poco, más han sido con hombres y es lo que mas me ha atraído, es lo que si me ha excitado, he sentido una sensación diferente que con una mujer

***y ¿cuál es la diferencia?***

no se cómo decirlo, es una cosa de sentir cariño de sentir una cosa diferente es decir estar con un hombre y sentir de que eso no es igual que estar con una mujer, yo siento diferente. La primera vez que tuve relaciones sexuales con una mujer fue para tener una experiencia que quise tomar, no no me gustó”

Ricardo hace referencia a que muy pocas veces utilizaba el condón al tener relaciones sexuales con hombres. Refiere que empezó a usar el condón cuando sus compañeros le dijeron que lo usara para protegerse de las enfermedades venéreas. En un principio lo utilizaba pero luego se le olvidaba usarlo o los mismos hombres con los que tenía relaciones sexuales no querían usarlo. Por ello en 2001 presentó un cuadro de herpes bucal, faríngeo y anal y dicha

infección representó la sospecha para el médico que lo trataba de que podía estar infectado por el VIH. El médico le solicitó que se hiciera la prueba para diagnosticar la infección por el VIH y ésta resultó positiva.

Ricardo nunca viajó a Centroamérica y su movilidad se ha limitado a viajar de Metapa a Huixtla y a Comitán. Aún cuando nunca viajó a Centroamérica mantuvo relaciones sexuales con individuos masculinos de origen centroamericano cuando estuvo trabajando en un bar de la zona roja en la ciudad de Comitán. En ese lugar también consume drogas, particularmente marihuana y cocaína.

**“te haré algunas preguntas sobre la drogadicción, ¿donde empezaste a consumir droga?**

en Comitán

**¿cómo fue que empezaste a consumirla?**

con mis demás amigos cuando me salí de trabajar en el restaurante y entré a los bares. Es ahí donde más se ve lo de la droga, especialmente marihuana y cocaína

**¿te la ofrecían o te la vendían?**

no, me la ofrecían

**tu llegaste a pagar por ella**

casi no, no, no me ambientaba hacer eso. Solo a veces, cuando los demás amigos estaban consumiendo marihuana o cocaína me llegaban a traerme, ven vamos

**¿de dónde venía esa droga?**

no lo se, de ahí mismo

**¿había gente que llegó a inyectarse droga en las venas?**

no, de todos ellos no”

Como ya habíamos comentado, desde muy joven Ricardo es conciente de su inclinación homosexual y de acuerdo con lo que narra, su familia no representó un obstáculo para la expresión de su homosexualidad. En parte porque su único hermano y sus hermanas mayores ya

no estaban viviendo en su casa cuando él empezó a experimentar su homosexualidad y porque la reacción que tuvo su madre ante esa situación fue de aceptación.

*“¿tu mamá sabe que tu tienes relaciones homosexuales?”*

Mi mamá sí

*¿cómo reaccionó cuando lo supo por primera vez?*

pues al principio se sintió triste y ya después no me dijo nada. Lo único que me dijo fue que me aceptaba por como era yo, pero que nunca me llegara a ponerme ropa de mujer. Me dijo pues ni modo si tú quisiste seguir ese camino pues yo qué puedo hacer. Lo único que te pido es que no te vayas a enredar en las cantinas y que no te vayas a poner pintura ni vestirte de mujer, es lo que más me advirtió”

El caso de Ricardo es un buen ejemplo sobre lo problemático de la identidad homosexual en la región del Soconusco y particularmente en un pequeño poblado como lo es Metapa.<sup>85</sup> En este estudio la identidad sexual no es exclusivamente la interpretación del propio comportamiento sexual. De ser así entonces Ricardo habría sido clasificado como bisexual como él mismo lo hizo con su propia situación. En el presente trabajo planteamos utilizar el concepto de identidad como resistencia. En ese sentido se pone atención a las estrategias utilizadas por los individuos para negociar la sexualidad y la identidad homosexual en sus vidas diarias, en un medio predominantemente heterosexual. En el caso de Ricardo llama la atención el reducido espacio social que tiene un homosexual joven para expresar su identidad. Primero en forma discreta cuando tiene su primera relación sexual en Huixtla. Después en un espacio socialmente marginado como lo es la zona roja en Comitán. La única red social con la que contaba Ricardo para expresar su homosexualidad estaba representada por su amigos homosexuales quienes lo conducen precisamente a ese espacio social marginado que es la zona roja. Parecería que en Metapa no había espacios para la expresión homosexual masculina. Los individuos tuvieron que

---

<sup>85</sup> De acuerdo con el XII censo de población y vivienda realizado en el año 2000, la población total del municipio de Metapa era de 4,724 habitantes (INEGI, 2000).

salir de ahí para expresarla pero la única opción que vieron fue dirigirse a una zona roja lugar donde socialmente se permite su expresión.

En términos de rol de género vemos que la homosexualidad de Ricardo es la esperada en una sociedad profundamente machista como lo es la región del Soconusco. Ricardo jugó siempre el rol femenino en las relaciones sexuales e incluso se vestía de mujer. Asimismo siempre tuvo relaciones sexuales anales receptivas y practicaba el sexo oral a individuos masculinos. En otras palabras, la identidad sexual de Ricardo está ligada a un rol de género femenino y por lo tanto es una identidad tradicional acorde con la cultura sexual existente en esta región de México. Siguiendo el razonamiento de Carrillo (1999: 227), la gran diferencia entre la homosexualidad en México y la de Estados Unidos es que en el primer país persisten (aunque hay signos de un cambio) las viejas categorías clasificatorias basadas en el género mientras que en Estados Unidos esas categorías han sido, en gran medida, descartadas y la identidad sexual se basa solamente en la elección de la persona. En ese sentido una persona es homosexual independientemente si es masculino o femenino, es activo o pasivo y dominante o sumiso.

Sobre las prácticas sexuales de Ricardo ya hemos hecho alusión al hablar del rol de género que él jugó en sus relaciones sexuales con otros hombres. Lo importante, en términos epidemiológicos, es que esas prácticas sexuales anales receptivas sin protección con múltiples parejas lo expusieron ampliamente a la infección por el VIH de tal manera que no es sorprendente que muy joven haya adquirido tal infección. Es seguro que Ricardo adquirió la

infección por contacto sexual pues no refiere haber tenido antecedentes de transfusiones sanguíneas ni haber practicado la drogadicción intravenosa ni haberse realizado algún tatuaje.<sup>86</sup>

En relación con el punto importante de discusión de este documento es que para fines médicos la clasificación de las categorías homosexual, bisexual y heterosexual se basa en el criterio que considera con quién el individuo ha tenido relaciones sexuales.<sup>87</sup> En ese sentido Ricardo tuvo relaciones sexuales principalmente con hombres y sólo una ocasión con una mujer. Con este sólo caso Ricardo habría sido clasificado como bisexual e incluso él mismo se clasificó de esa manera cuando se le inquirió al respecto. Lo que muestra la entrevista en profundidad es que Ricardo es claramente homosexual. El gran problema en el uso de las categorías cerradas de homosexual, bisexual y heterosexual es que asumen la existencia de una correspondencia entre identidad sexual, rol de género y prácticas sexuales. En ese sentido un homosexual no sería tal si ha tenido relaciones sexuales con una mujer. De esta manera el trabajo va deconstruyendo las categorías homosexual, bisexual y heterosexual de tal manera que resulta difícil usarlas de nuevo con los antiguos significados que se le dan en la clasificación médico-científica de los comportamientos sexuales.

Otro punto importante en este documento es la gran interacción sexual que existe entre la población centroamericana de paso por la región del Soconusco y la población nativa. Por ello no es extraño que Ricardo haya tenido su primera relación sexual con un individuo masculino de origen hondureño. Posteriormente, en la zona roja de Comitán, Ricardo refiere que mantuvo

---

<sup>86</sup> De esta manera podemos observar cómo se articulan los conceptos sociales de “identidad sexual” y “rol de género” con los conceptos epidemiológicos sobre las “prácticas sexuales” para explicar los mecanismos de transmisión del VIH.

<sup>87</sup> Recordemos la forma en que fueron clasificados los individuos con comportamiento bisexual y heterosexual en el trabajo de Hernández-Avila et al (1992). En este trabajo los individuos fueron clasificados como homosexuales si habían tenido relaciones sexuales solamente con hombres desde 1979 y como bisexuales si habían tenido relaciones sexuales con hombres desde 1979 y si también tuvieron relaciones sexuales con mujeres durante los seis meses previos a la entrevista.

relaciones homosexuales con individuos de origen centroamericano. Recordemos que en Comitán existe uno de los puntos de aseguramiento de inmigrantes provenientes de Centroamérica, punto establecido por el Instituto Nacional de Migración lo cual indica que en esa región, que no pertenece a la del Soconusco, también existen flujos migratorios de origen centroamericano. Lo anterior refleja que en diferentes escenarios sociales los individuos pertenecientes a los flujos migratorios centroamericanos establecen contacto sexual con individuos residentes de la región fronteriza del lado mexicano.

## 2.2.- FRANCISCO

Francisco nació en un poblado del municipio de Tehuantepec, en el estado de Oaxaca. En el momento de la entrevista tenía cuarenta y cuatro años de edad. Ha vivido en la región del Soconusco desde hace doce años. Primero vivió en Ciudad Hidalgo unos ocho años para luego cambiarse a Puerto Madero donde radica desde hace 4 años.

Cuando Francisco tenía ocho años de edad, se traslada con su familia a vivir a la costa de Oaxaca, al puerto de Salina Cruz. Es en esta ciudad donde empieza a estudiar la primaria a los nueve años de edad. Solo estudia hasta el cuarto grado de educación primaria. Al preguntarle sobre las razones por las que dejó la escuela refiere que debido a problemas económicos de su familia a la que tiene que ayudar realizando labores del campo. Debido a que vivían a la orilla del mar en Salina Cruz, viaja rumbo a Topolobampo a la edad de 18 años, separándose de su familia y estableciendo su domicilio en la ciudad de los Mochis, en el estado de Sinaloa. En un principio vive solo pero luego se casa en Los Mochis. Aunque sus padres murieron cuando tenía entre 22 y 24 años de edad, él ya no vivía con ellos desde los 18.

Desde que sale de su casa, Francisco se dedicó a trabajar en barcos pesqueros, primero como aprendiz de todos los oficios en un barco, desde cocinero hasta motorista.

“Yo hice de todo, de ayuda de cocinero, a cocinar a sacar verduras a picarlas ¿no? y de *dichero*..? que se encarga de acomodar las redes de acomodar el equipo, cambiar un equipo, también eso hay que aprender, de *enhielador* que se encarga de frisar sus productos, como los enhiela, cómo acomoda el hielo, cómo congela el producto, todo eso aprende uno y finalmente como motorista. En ese caso el jefe de máquinas te dice ven échame una mano acá y quita este cinto, ponlo acá, que tira el aceite y lava el cuarto de máquinas. Es ahí cuando dice uno, bueno me gusta eso y uno anda luchando por ganar más, entonces ahí de motorista ahí ya gana un poquito más uno, trabajas menos y ganas más”

A partir de entonces se dedica a la pesca siguiendo diferentes rutas en los litorales marítimos de México en las costas del Océano Pacífico. A la edad de 25 años regresa, junto con su esposa con la cual había procreado cinco hijos (dos mujeres y tres hombres), a radicar en Salina Cruz Oaxaca donde vive por unos ocho años. Después se cambia a vivir a Ciudad Hidalgo en Chiapas donde radica otros ocho años y finalmente a la edad de 41 años cambia su domicilio a Puerto Madero, Chiapas, donde ha radicado durante los últimos tres años de su vida. Cuando tenía unos treinta y ocho años de edad se separa de su primera mujer quien regresa a vivir a Los Mochis, en Sinaloa, junto con sus cinco hijos. La causa de la separación que menciona es un desacuerdo con la forma en que estaban criando a los hijos. En realidad él siempre estaba de viaje en los barcos pesqueros y poca influencia tenía en la educación de sus hijos. Pero cuando estaba en casa veía que la mujer no podía dormir por estar esperando a un hijo o una hija que a las dos o tres de la mañana todavía no habían llegado a dormir a casa. Eso le molestaba a Francisco quien le decía a su mujer que porqué los había creado de esa manera, que si golpeaban a uno de sus hijos o violaban a una de sus hijas ya al día siguiente se darían cuenta. Esos problemas se agudizaron hasta que no les quedó otra opción que separarse. Francisco lo explica a su manera.

“ya ve que ahorita aquí lo que es México el 70% de las mujeres son madres solteras, no se si por culpa de ellas o por culpa de nosotros pero todos los matrimonios truenan, desgraciadamente tenemos tantos problemas los pobres como los ricos. El rico se separa de su mujer porque la mujer se aburre, porque el

licenciado tiene juntas, tiene una cena, tiene un bufete que por aquí que por acá, la mujer se queda sola, y la de nosotros se queda sola porque andamos de borrachos, andamos por allá con la palomilla y aparte pues mal comida a veces mal vestida, esos son factores que siempre hacen que se desintegre el hogar”

Después de esa separación Francisco vivió en unión libre con otras dos mujeres la última de las cuales vive actualmente con él por lo cual resultó también positiva a la infección por el VIH, así como una niña que actualmente tiene unos cinco meses de edad, hija de ambos.

Después de la separación de su primera esposa, Francisco cambio de giro de trabajo en la pesca en una variante que consiste en contratar una ayudante para hacerse cargo de una lancha para pesca en Puerto Madero. Aunque la lancha pertenece a un dueño, el individuo que la trabaja tiene mayor libertad en organizar los tiempos de pesca a diferencia de cuando se trabaja en un barco pesquero. Refiere que en el trabajo de la pesca hay temporadas bajas, usualmente entre mayo y julio, debido a la temporada de lluvias que impide hacerse a la mar. En esas temporadas los pescadores viven de prestado, usualmente el dueño de las lanchas les prestan para sobrevivir, deuda que saldan en la temporada de pesca. Refiere en la temporada alta de pesca pueden llegar a ganar entre cinco y seis mil pesos al mes.

Francisco refiere que inició su vida sexual a los 14 años con una mujer como de 23 años, prostituta. Con ella vivió durante tres años en un bar viviendo a costa de ella.

*“Usted refiere que muy joven tuvo su primera relación sexual con una prostituta*

Así es, yo tenía como 14 o 15 años

*¿Era ella mayor que usted?*

Sí, ha de haber sido 9 años mayor

*Después ¿la siguió frecuentando?*

Conviví con ella como tres años seguidos, o sea continuos pues. Yo estaba chamacón y no pensaba lo que era bueno y lo que era malo y a mi solamente me gustaba el sexo.

*Vivió con ella ¿qué tipo de relación?*

Amante en primer grado, así le llamaba yo por ser la primer mujer con la que yo convivía seguido ¿no?

***Ella seguía trabajando ahí en el bar***

Seguía trabajando, ella trabajaba normal en su trabajo

***¿Vivía usted de su trabajo o vivía de ella?***

De ella, de ella vivía yo

***En esa época entonces usted no estaba viajando en el barco***

Comenzaba a querer ir, a veces me llevaban a un viaje ya después no me llevaban porque a veces se enferma uno ¿no? En todos lados a los chamacos los previenen, que se va el chamaco y veían si podía viajar. Si no podía pues ya lo bajaban y ya se quedaba sin trabajar, a cotorrear la vida”

Refiere haber tenido relaciones sexuales durante toda su vida como con 60 mujeres diferentes, 45 de las cuales eran prostitutas. Las relaciones sexuales con prostitutas fue una constante en su vida pues como marinero, establecía relaciones sexuales con ellas al llegar a cada puerto. Inclusive aún cuando se casa por primera vez, continúa teniendo relaciones sexuales con prostitutas.

***Después que usted se casó en Los Mochis ¿ahí vivió con su mujer?***

Sí

***¿Seguía teniendo relaciones sexuales en los puertos?***

El pescador donde quiera que entra moja la brocha

Refiere que en algunos puertos, como Puerto Madero en el estado de Chiapas, cuando llega un barco se acercan diferentes mujeres, muchas de las cuales no son en realidad prostitutas sino inclusive hay mujeres casadas que no se prostituyen abiertamente en bares pero que tienen esas prácticas como forma de sobrevivencia. A estas mujeres las considera no prostitutas aunque en realidad cobran por tener relaciones sexuales.

***¿Cómo fue conociendo las diferentes mujeres con las que tuvo relaciones sexuales?***

Pues por andar de puerto en puerto y como hay dos tipos de prostitución las ambulantes de la calle y las que están en el bar ¿no? en las cantinas, entonces las primeras que llegan son muchas mujeres al barco, en el caso aquí de Puerto Madero va usted al Muelle y de todas las mujeres que se ven ahí entre cinco y diez por ciento no tienen relaciones con los pescadores pero el resto sí

***¿Por qué?***

Digo, de todas las que van, porque son muchas, un diez por ciento no se meten con los pescadores porque van a comprar pescado, pero la mayoría todas tienen relaciones y son mujeres de aquí de Tapachula, de los ranchos, unas casadas, otras con marido, otras solteras pero uno a la mujer no le toma tantos datos, que si tienen marido, que si eres soltera, que si estás dejada, no, el objetivo de uno es estar con ellas. Entonces agarrábamos de las que llegan al barco y cuando no agarrabas ahí pues te ibas a la zona de tolerancia

***Es decir, hay mujeres que en realidad no son prostitutas como las que están en los bares sino que aprovechan cuando llegan los barcos para ir y prostituirse de alguna manera en ese lugar***

No son como las de los bares y tal vez sean más peligrosas

***¿Por qué?***

Porque no tienen control de sanidad, yo tuve una ocasión, en diferentes puertos, donde las mujeres tienen su control sanitario. Hay unas que le dices mamita ¿cómo te encuentras de alguna enfermedad? Y te dicen no que mira pasé el martes o el jueves según el día que el médico las va a ver y te muestran el papel de la revisión con el cual pueden trabajar. Pero hay otras que no tienen ningún control sanitario

***Pero usted me estaba hablando en un principio de las mujeres por ejemplo aquí en Puerto Madero, pero ¿esto ocurría también en otros puertos? Me refiero a Topolobampo o en Baja California en San Felipe por ejemplo***

Bueno en San Felipe ellas no llegan a los barcos, en Guaymas llegan, en Mazatlán llegan, en Acapulco llegan

***¿Son igual que acá en Puerto Madero, es decir, no son prostitutas?***

Bueno, llegan revueltas, llegan prostitutas y llegan mujeres así del pueblo vamos a poner ¿no?

***Pero todas cobran***

Todas cobran (risas), ahí no tiene nada que ver si están en el sindicato o no, todas cobran

***Es una forma de...***

Es un trabajo, es una labor para ellas”

Refiere que casi nunca usó condón al sostener esas relaciones sexuales.

***“¿Con qué frecuencia usaba condón?***

No usaba condón, no usaba preservativo

***¿Por qué?***

Porque las relaciones sexuales las siento más placenteras así de piel a piel

***¿Pensó que se podía enfermar de alguna infección?***

Estaba yo conciente de que el SIDA existía y de que era mortal, más nunca pensé que yo podía adquirirlo

***¿Por qué?***

Estaba joven, me sentía yo poderoso, nunca creía que me fuera a pasar así, pero si soy conciente de que han existido las enfermedades, ahora no me arrepiento si es que si es que estoy infectado, pues creo que más que nada que si lo estoy pero no tengo miedo, no tengo pánico, mi vida sigue normal, no me voy a traumar por tenerlo”

Cuando se le preguntó que con cuántas mujeres diferentes había tenido relaciones sexuales, refirió un número aproximado. Pero cuando se le preguntó que con cuántos hombres había tenido relaciones sexuales, dijo exactamente que con cinco. Uno de ellos era también pescador y ocasionalmente, cuando se reunían a tomar o se encontraban en un bar, tenían relaciones sexuales siempre y cuando pagara la cuenta de la bebida. Esto lo hizo unas tres veces. Refiere que no tenía relaciones sexuales con los hombres por dinero sino porque algunos eran afeminados y pagaban la cuenta de la bebida en los bares. Con los cuatro hombres restantes sólo tuvo relaciones sexuales ocasionales.

***“Me había mencionado que llegó a tener relaciones sexuales con hombres***

Sí efectivamente

***¿Qué edad tendría usted cuando tuvo la primera relación sexual con un hombre?***

23 o 24 años

***¿Cómo se dio esa situación?***

Pues en punto de borrachera ¿no? o sea ocasionalmente pues, ya en la madrugada nunca falta un cabrón que quiera que esté usted con él, bueno pues invítame la botella y yo la desquito

***Usted menciona que con una de estas personas tuvo más de una relación sexual***

Siii, porque era compañero de trabajo del mismo ramo más no del mismo barco y convivíamos siempre en el mismo puerto y de vez en cuando nos encontrábamos para echarnos una chelas

***Bueno en este caso ¿él lo buscaba a usted o usted lo buscaba a él?***

Bueno no nos buscábamos, nos encontramos en una reunión, terminando la reunión pues no había a donde más ir a tomar que a su penhouse de la persona ¿no?

***Con las otras personas con las que tuvo relaciones sexuales ¿Cómo fue que se dieron esas situaciones? Ya usted tenía más edad***

Andaba ya como en los 30 años, fueron chavos que en realidad me gustaron pues, porque esos si eran más, eran preciosos, como una mujer, bonitos, bien arregladitos, pero le digo fue ocasional como una vez nomás

***¿Dónde los conoció?***

Aquí en Puerto Madero en la zona de tolerancia

***¿Le pagaron por tener relaciones sexuales?***

No, simplemente fue una relación sana pues sin interés a nada,

***¿Fueron relaciones ocasionales o las volvió a repetir?***

No, fueron relaciones ocasionales, una vez con estos amigos”

En todos los casos refiere que tuvo prácticas sexuales anales penetrativas y en una ocasión le hicieron sexo oral. Nunca utilizó condón en estas relaciones con hombres.

***“Con estas personas hombres con las que tuvo relaciones sexuales ¿con qué frecuencia usó condón?***

No, nunca use condón

***Qué prácticas tenía, es decir, usted los penetraba a ellos, ellos lo penetraban a usted, las dos cosas, tuvo sexo oral***

No, solamente yo los penetraba a ellos y en una ocasión sexo oral él a mí

***¿Llegaron a intentar penetrarlo?***

Nunca, nunca”

Con respecto de su identidad sexual él se considera hombre a pesar de haber tenido relaciones sexuales con hombres. No considera que fuera homosexual pues nunca fue penetrado por ningún hombre. Cuando se le pregunta si era bisexual por haber tenido relaciones sexuales con hombres refiere que bisexuales eran los “mayates” que eran los maridos de los putos pero también tenían relaciones sexuales con mujeres.

***Vamos a platicar sobre los términos heterosexual, bisexual y homosexual, ¿podría decirme en qué consiste cada uno de ellos?***

Bueno, heterosexual no lo tengo bien definido ¿no? no se pero me imagino que es la persona que le gusta el sexo por atrás, ahora el bisexual es el que tiene esposa y tiene mayate ¿no? o sea marido y el otro ¿cómo es?

***Homosexual***

Ah, el homosexual es el que le gusta que lo penetren, el joto le llamamos acá

***Y ¿usted cómo se considera?***

Yo soy hombre muy hombre, no soy bisexual ni heterosexual

***Si tuvo relaciones con hombres... se considera...***

Pues no puede llamarme bisexual ¿no? porque yo creo que no encaja o tal vez estaría dentro de la palabra bisexual porque es de dos sexos ¿no? el de la mujer y el del hombre o sea por atrás, pero yo creo que he sido hombre

***¿Por qué se considera hombre?***

Pues porque nunca me han penetrado, nunca he tenido yo relaciones anales con otro hombre

***Y en términos de la satisfacción o digamos, el disfrute sexual con hombres y con mujeres ¿qué diferencia hay?***

Bueno, si hay diferencia porque pues el hombre pues claro su parte es redonda ¿no?, a veces tiene más ajuste que una dama, entonces tiene esa diferencia como también tiene mañas, saben cómo apretar más, saben diferentes cositas que ellos aprenden y a veces las mujeres no tienen tanto colmillo, por ejemplo las chamaconas no tienen tanto colmillo como para decir a éste lo voy a enloquecer con esto, no.

***Pero poniendo digamos a elegir, usted preferiría tener relaciones ¿con hombres o con mujeres?***

Con mujeeeres

***¿Por qué?***

Bueno porque es lo más lógico ¿no? la mujer, hay muchas mujeres hermosas, bonitas y pues están a la mano ¿no? de conseguir y eso que le digo de los 5 mampitos no se ni por qué, en punto de borrachera ¿no? pero de preferencia no, no me caen mal tampoco, tengo muchos amigos que son afeminados y platico con ellos y nunca me han faltado al respeto

***Entonces se consideraría usted ¿mayate?***

No, de ninguna manera

***¿Por qué?***

Porque no conviví con ellos mucho tiempo, el mayate es casi el marido del homosexual, anda con tres cuatro homosexuales, él los padrotea pues, es el marido de ellos, yo no lo fui

En relación con la realización de prácticas sexuales con extranjeros (as), refiere que en el caso de los hombres no sabe si alguno era extranjero, pero en el caso de las mujeres dijo que había tenido relaciones sexuales con unas 30 mujeres que eran principalmente de Guatemala, Honduras y el Salvador. Refiere que padeció en dos ocasiones gonorrea aproximadamente en 1975 y 1985. Tiene antecedentes de transfusión sanguínea en 1983 cuando fue balaceado en una discoteca en una riña. Recibió un balazo en hemitorax derecho y fue atendido en el Hospital

General en Salina Cruz. Refiere haber consumido marihuana y cocaína por curiosidad pero nunca utilizó drogas inyectadas. Tiene un tatuaje en hemitorax derecho.

El caso de Francisco representa un buen ejemplo de bisexualidad y un ejemplo que muestra que no hay una correspondencia entre identidad sexual, rol de género y prácticas sexuales. En primer lugar Francisco no se guía por la terminología médica para clasificar los comportamientos sexuales. No conoce, por ejemplo, el significado de la categoría heterosexual y no tiene claro el significado de la categoría bisexual. Francisco se guía por su propia concepción de la sexualidad masculina, por lo que para él representa ser hombre. Ser hombre es ser penetrativo en las relaciones sexuales. Francisco tuvo múltiples parejas sexuales femeninas que refuerzan su identidad sexual. Cuando sostuvo relaciones sexuales con hombres refiere que siempre jugó el papel penetrativo en dichas relaciones. Estamos entonces ante una identidad sexual ligada al rol de género, es decir, siempre que se juegue un papel penetrativo en las relaciones sexuales, independientemente de si estas son realizadas con mujeres o con hombres, se cumple con la actividad sexual socialmente esperada en un hombre.

Sin embargo, existen elementos para pensar que Francisco era bisexual. Sus relaciones sexuales con hombres no eran fundamentalmente por dinero. Piénsese en el caso del amigo marino con quien tenía relaciones sexuales esporádicas “sanas”. Pero además llegó a conocer los placeres que los hombres le podían proporcionar, placeres que no le podían proporcionar “las chamaconas”, las mujeres jóvenes por inexpertas. Piénsese también en la forma en que veía a los afeminados en los bares “eran preciosos como una mujer, bonitos, bien arregladitos”. Todo esto tiene sus repercusiones en los sistemas de salud. Si bien médicamente se había clasificado a Francisco como bisexual porque había tenido relaciones sexuales con mujeres pero también con hombres, lo importante en este caso no es la forma en que el sistema médico pudiera clasificarlo

sino entender lo que para Francisco representaba su sexualidad y las consecuencias de ésta para entender la dinámica de la epidemia en la región.

Primero tenemos a un individuo que tiene múltiples parejas sexuales sin protección con lo cual se encuentra cumpliendo con los indicadores de riesgo para adquirir la infección por el VIH.<sup>88</sup>

Segundo, tenemos el entorno social en que se desenvolvía Francisco, en un trabajo que le permitía una gran movilidad entre puertos. Ello favorecía el desarrollo de una forma de vida que le permitía mantener múltiples relaciones sexuales ocasionales.

Tercero, se movía en un medio donde las relaciones sexuales se establecían en lo que en el argot epidemiológico se conoce como “grupos reservorio”<sup>89</sup> de infecciones de transmisión sexual como las trabajadoras sexuales y los hombres con prácticas homosexuales que trabajan en los bares de prostitución.

Cuarto, Francisco se desenvolvía en un medio en que se presentaba la ocasión para tener relaciones sexuales con hombres, particularmente en los bares que frecuentaba en Puerto Madero. ¿No es en esta región del Soconusco donde algunos homosexuales afeminados se refugian en bares de prostitución para expresar su sexualidad recordando el caso de Ricardo y sus amigos? ¿No consideraba Francisco que en punto de borrachera en los bares “ya en la madrugada nunca faltaba el cabrón que quiera que usted esté con él”?

Quinto, el punto más álgido de la epidemia es cuando la infección pasa de los “grupos reservorio” a la población general y donde el comportamiento bisexual en el hombre ha sido considerado como un puente entre ambas poblaciones.<sup>90</sup> Francisco vivía, en el momento de la

---

<sup>88</sup> El significado de los factores de riesgo para adquirir la infección por el VIH los discutimos en capítulo 4, sección 2.1

<sup>89</sup> Consultar el capítulo 4, sección 2.1

<sup>90</sup> Este planteamiento lo hicimos en el capítulo cuarto, sección quinta.

entrevista, en unión libre con una mujer mucho más joven que él. Cuando Francisco resulta reactivo a la prueba de VIH, prueba que le realizaron en el Seguro Social, le hicieron también la prueba a su compañera quien resultó también reactiva. No solo ello sino que, para colmo de la tragedia, la niña que ambos habían procreado resultó también reactiva a la prueba. Yo tuve oportunidad de platicar con la señora a fin de encontrar indicios de que quizás ella hubiera tenido la infección antes de conocer a Francisco, pero no los encontré. Se trataba de una mujer dócil, sumisa, que admiraba a Francisco y que quizás por ello él la escogió. Todo parece indicar que no fue ella quien adquirió primero la infección.

### 2.3.- MARIO

Mario nació en enero de 1965 por lo que, en el momento de la entrevista, tiene 36 años de edad. Nació en Tapachula donde vive actualmente con sus padres (es el tercero de cinco hermanos, tres hermanos y una hermana; los padres aún viven). Mario refiere que desde niño fue un problema para su familia pues no iba a la escuela o se salía de ella con frecuencia. Terminó la primaria e hizo el primer año de secundaria. Después abandonó los estudios debido a que quería dedicarse a trabajar para ganar dinero e irse a las cantinas a tener relaciones sexuales con las prostitutas.

“Yo desde chico ya empezaba a dar muestras de que yo iba a ser muy tremendo, de niño me llevaban a puro cuerazo a la escuela y me dejaban ahí en la escuela y más tardaban en venirme a dejar que yo en regresar, me brincaba la barda de la escuela y, cuando venía mi mamá de allá de la escuela de haberme dejado, ya me encontraba acá jugando canicas, carritos. A esa hora me querían pegar y a esa hora me iba yo, hasta las 8 o 9 de la noche regresaba, yo tendría 7 u 8 años, era yo muy rebelde, las letras no me entraban. No se me quedaban, me decían los maestros que les daba yo mucha lata pero que no era yo rápido de aprendizaje, entonces me metieron a una escuela pagada, iba yo en la mañana a la escuela pública y en la tarde a la escuela pagada porque no me entraban las letras a la cabeza, entonces cuando terminé la primaria pues tuve que ver la forma de aprender un trabajo porque no me gustó el estudio, le dije a mi mamá que ya no, ya no quería yo estudiar y que mejor me iba a dedicar a trabajar. Cuando trabajé entré a la etapa de nuevos amigos y amigos mayores que ya le comienzan a decir a uno vamos a la zona de tolerancia y entonces ahí fue donde yo descubrí como que ese era mi mundo, como que al llegar a los 13 años descubrí que eso era lo que me gustaba. Realmente hasta la fecha, este, hasta hace tres años, ese era mi mundo, era trabajar para ganar un dinerito e ir a gastármelo a la cantina e irme con prostitutas, esa era mi vida”

De hecho, Mario empieza a trabajar en la carpintería de su hermano como ayudante desde los 13 años de edad y a los catorce abandona los estudios (en esa carpintería llegaron a trabajar

hasta treinta individuos). Es a los trece que tiene su primera relación sexual con una prostituta de unos 35 años de edad.

***“¿Cómo fue la primera vez que tuvo relaciones sexuales, cómo se dio esta situación?”***

La primera vez me acuerdo mucho porque no tuve vacilación, me acuerdo que me llevó un amigo mayor y él habló con la mujer ¿cuánto le cobras a este niño? La mujer dijo, le cobro 15 pesos y ya agarró mi amigo y le pagó y me dijo ya métete. Ya ella me dijo que me quitara el pantalón y se puso en la cama y ya me dijo súbete, comencé hacer el sexo y este pero estaba yo haciéndole el sexo y de repente me dice ¿ya terminaste? Pues yo no sabía nada, no me habían explicado nada del sexo, pues yo le dije que ya, ya terminé, ah bueno pues ya bájate, yo no tuve eyaculación y después que les platiqué esto a mis amigos fui la burla de la plebe ¿no? (risas) no había yo podido tener eyaculación. Así fue la primera vez.

***Y la segunda vez ¿Ya pudo?***

La segunda vez ya porque me dijeron qué iba a pasar, ya tuve la relación bien

***¿Le gustó?***

Sí, de ahí me empezó a gustar a gustar a gustar”

Ya en el ambiente del trabajo en la carpintería, convive con individuos mayores que él, quienes lo llevan a tener relaciones sexuales a la zona de tolerancia. Esto era muy fácil pues cuando él era chico, la zona de tolerancia estaba muy cerca de su casa y del taller de carpintería. Refiere que en esa época lo que le interesaba era trabajar para traer dinero e ir a ver a las prostitutas para tener relaciones sexuales. Esto no era mal visto por su padre y seguramente tampoco por su hermano, el carpintero, el tener en la familia a un individuo “macho”.

Entre los quince y los veinticinco años de edad, Mario viaja con frecuencia con algunos de los amigos a varias partes de la república (Tuxtla Gutiérrez, la ciudad de México, Oaxaca, Cancún, Quintana Roo, Monterrey). En esos lugares sobrevive realizando varias actividades como ayudante de carpintero, de panadero, de albañil y hasta de cocinero. Refiere que en esos lugares vive por unos meses pero siempre regresaba a Tapachula. Al preguntársele si en esos lugares también iba a buscar prostitutas en las cantinas y zonas de tolerancia, refiere que no porque no era lo mismo que en Tapachula.

***“De estas mujeres con las que tuvo relaciones sexuales ¿todas eran prostitutas o hubo mujeres que no lo eran?”***

Pues sí, hubo mujeres que no eran prostitutas pero eran minoría

***¿Esas relaciones las tuvo por ejemplo en Oaxaca, en México, en Monterrey?***

Allá lo practicaba yo también el sexo con prostitutas pero no muy seguido como acá en Tapachula. Tal vez por eso volvía yo aquí. Allá como no conoce uno pues se hace muy difícil por ejemplo me decían en México, ni te vayas a meter a la Merced porque ni se lavan, te van a pegar una enfermedad venérea o si no que los asaltos, no te vayas a meter a la Merced porque hay asaltos y todo eso, entonces casi no iba yo, por allá no me gustaba, porque realmente soy un poco miedoso por los asaltos de que me decían, allá hay pandilleros

***¿Y en Monterrey?***

En Monterrey no conocí tampoco la zona de tolerancia por lo mismo, en Monterrey hablan de la coyotera pero no la conocí porque también hablan de que allá está canijo

***En Quintana Roo, en Cancún***

Lo mismo, no me ambienté

Narra que en esos lugares llega a tener relaciones sexuales con mujeres no prostitutas, inclusive entre los 22 y los 24 años de edad vive en unión libre con una mujer que encuentra en el Distrito Federal pero originaria de Tapachula. Es la única mujer, no prostituta, con la que refiere haber vivido en forma estable por dos años. Dice que después de los 25 años de edad, termina con sus salidas a otras partes de la república radicando exclusivamente en Tapachula. Desde esa época trabaja en una tienda de abarrotes en Tapachula cargando mercancía y viviendo de ese trabajo en el cual gana, actualmente, 37 pesos por día. Si trabaja seis días a la semana estará ganando 738 pesos mensuales.

Mario nunca se ha casado ni ha tenido hijos. Ya mencionamos que su primera relación sexual la realizó cuando tenía 13 años de edad con una prostituta de unos 35 años. Refiere que en toda su vida ha tenido múltiples relaciones sexuales con prostitutas en la zona de tolerancia de Tapachula. Refiere que hasta los 25 años de edad sus prácticas sexuales con las mujeres eran “normales”, es decir, realizaba la posición de misionero y practicaba la penetración vaginal.

Después de los 25 años se dedicó a ver muchas películas pornográficas y veía las variantes de posiciones en las relaciones sexuales que incluían la masturbación, la penetración anal y el sexo oral, además de la penetración vaginal. Luego esas variantes las aplicaba con las prostitutas a quienes hasta llegó a pagarles más dinero por hacer tal o cual posición. Refiere que nunca utilizó condón en sus relaciones sexuales a pesar de que algunas prostitutas se lo sugerían.

“Yo conocí mucha, mucha mujer prostituta, ora si en mi vida hubo mucha mujer prostituta”

***¿Fue muy activo?***

Me volví así como vicioso, iba yo con las mujeres como tres veces a la semana, hacía yo el acto sexual con las mujeres

***¿Eso se facilitaba porque donde usted vive estaba en ese entonces cerca de la zona de tolerancia?***

Sí

***¿Cuántos años hace de eso?***

Que sacaron de ahí la zona de tolerancia tiene como unos 6 años (estamos en 2001) y la pasaron lejos de la ciudad

***¿Cómo con cuantas mujeres diferentes tuvo relaciones sexuales?***

Tremendamente, o sea, bastantes

***¿Cien, ciento cincuenta?***

Tal vez y hasta más. Primero practicaba el sexo normal hasta los 25 años después vino en mí una depravación

***¿Practicó el sexo normal hasta los 25 años?***

Sí

***¿Qué quiere decir con que practicó el sexo normal?***

La mujer abajo y yo arriba. Después de los 25 años comencé a ver mucha película pornográfica y de ahí observé que se acuestan hacia abajo, practican el anal, todo eso me comenzó a llamar la atención, el sexo bocal, y lo comencé a practicar, hasta les pagaba yo más, te voy a pagar más dinero y déjate hacer en tal posición, o déjate hacer el sexo oral, me fui depravando demasiado, entonces, este, siento que ahí fue que la empecé a regar ¿no?, me aficioné más al sexo, cuando era yo chavo pues este no buscaba yo, o sea, buscaba yo satisfacerme yo mismo pero cuando comencé a probar lo que veía yo en las películas ya no quedaba yo satisfecho sino que buscaba yo satisfacer también a la pareja con la que estaba yo, buscaba yo nuevas emociones y yo también practiqué el sexo con homosexuales

***Con todas estas mujeres que tuvo relaciones sexuales ¿con qué frecuencia utilizó condón?***

Mire la verdad doctor, yo llegué a pensar que yo era, me sentía yo como superman que nada me iba a hacer daño, porque nunca padecí gonorrea, nunca usé condón, hasta ahora que supe de eso ya comencé usar el condón pero para proteger a las personas con las que yo me metía, para protegerme yo ya no”

Hay una parte de la vida de Mario en que refiere que se juntó con una pandilla de muchachos de su barrio. En ocasiones con ellos era con quienes se iba a viajar por la república. Con ellos también llegaron a cometer algunos atracos a personas por lo que llegó a estar preso, en Tapachula. Tendría unos 17 años de edad cuando uno de los muchachos de la pandilla le dijo que debía tener relaciones con un homosexual pues con ello se conseguiría dinero. Dice Mario que cuando tuvo por primera vez relaciones sexuales con un homosexual le pagaron 50 pesos. Esta actividad la convirtió en un hábito pues refiere que llegó a tener relaciones sexuales como con unos 40 homosexuales. Refiere que con el dinero que conseguía con esa actividad se compraba ropa y hasta alcanzaba para ir a las prostitutas. Considera que siempre tuvo prácticas sexuales anales penetrativas con estos hombres, nunca receptivas. También refiere que le hicieron sexo oral pero que él, a su vez, nunca lo hizo. Dice que nunca utilizó condón cuando tuvo relaciones sexuales con homosexuales.

***“Refiere que tuvo relaciones sexuales con hombres***

Sí, como le dije mis hermanos todos ellos son profesionistas, yo fui la mala cabeza, a los trece años o a los catorce años me, este, comencé a conocer a unos amigos que, no me indujeron sino que yo también ya traía esa inquietud y nos convertimos en pandilleros, y en una pandilla hay buenos y malos y allí entré al mundo de la droga, no me gustó, me dieron a probar la marihuana y no me gustó yo me envicié o me incliné más hacia el trago, cerveza, licor todo eso lo tomaba yo, andar asaltando acá en Tapachula y con esa pandilla me iba yo o sea cuando nos íbamos a Tijuana o a cualquier parte nos íbamos juntos.

***¿Lo llegaron a detener por los asaltos?***

Si me detuvieron varias veces por cuestiones no graves sino por lesiones. Pues como le digo hay buenos y malos, a unos les gusta la marihuana a otros el trago y ahí varios amigos me comenzaron a decir, sabes qué los homosexuales nos dan dinero, vamos con ellos yo te voy a presentar a uno, entonces fue como conocí al primer homosexual y ya me obsequió dinero, te voy a dar 50 pesos y me fui con él y de ahí conseguía dinero para tomar, para vestirme buscaba yo a los homosexuales, les pedía yo dinero

***¿Qué edad tendría usted?***

Era en el tiempo en que iba con los homosexuales como a los 16 o 17 años. El machismo vivía en mí, yo pues sinceramente sentía que era yo muy macho, lo hacía yo porque me daban dinero, los penetraba yo nadamás o ellos me hacían el sexo oral

***¿Lo penetraron a usted?***

No, nunca me penetraron

***En esos casos ¿usó condón?***

Nunca

***¿Cómo fue la primera vez con un hombre?***

Yo tenía un amigo que tenía relaciones con homosexuales pues no se si era por diversión o lo hacía por dinero. La cosa es que me invitó un día, me dice ¿sabes qué? te invito, hay un señor viene acá y viene a buscar muchachos para ir, entonces pues le digo yo pues voy a ir a probar pues yo de eso si no se nada. Me pasó como con la primera vez con una mujer no sabía yo nada de eso, ya me llevó, nos fuimos a unos matorrales fuera de la ciudad, ahí entre los matorrales se desnudó el homosexual y ya tuve relaciones. De ahí tal vez yo lo hubiera parado, yo siento, ¿verdad?, pero este homosexual me siguió buscando y este ya como se llama, la primera vez me dio 50 pesos y ya después me decía sabes que te voy a dar más dinero pero quiero que me sigas viendo y así ya con este homosexual pues este lo frecuenté como otras dos veces más y de ahí ya no. Sí, lo veía pero ya no tenía sexo con él. Ese mismo amigo me presentó a otro y fue mi secretario de relaciones, por decirlo, porque él me comenzó a presentar a mucho homosexual, él conocía muchos y ya el me fue presentando con homosexuales”

Mario ha tenido contacto con el sistema médico clasificatorio de comportamiento sexual.

Al preguntarle acerca de su identidad sexual él se considera bisexual por haber tenido relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres pero al inquirirle sobre si sentía igual placer sexual con hombres y con mujeres refiere que él prefería tener relaciones sexuales con mujeres, que con los hombres lo hacía por dinero, incluso llega a reconocer que él mismo se había prostituido.

“Platicando con un psicólogo, me decía pues que yo practiqué el homosexualismo o el bisexualismo pues todo hombre que hace el sexo hombre con hombre, sea como sea, pues los dos están practicando la homosexualidad, pero muchos dicen no ¿cómo voy a ser homosexual? Pero aunque no lo penetren a él, si está uno hombre con hombre pues no es normal es homosexualismo sea como sea el sexo

***Pero entonces ¿cómo se considera usted?, homosexual, bisexual o heterosexual***

Yo bisexual, hice los dos sexo con mujer y con hombre porque el homosexual aunque sea lo que sea pero no deja de ser hombre

***Las relaciones sexuales con los hombres ¿eran por el dinero que le pagaban o porque sentía placer o atracción?***

La verdad, sinceramente doctor yo nunca pude hacer el sexo con un homosexual sin sentir asquerosidad, al otro día haga de cuenta que me había tomado una cerveza, y amanecía yo con dolor de cabeza y reprendiéndome a mi mismo ¿cómo lo fuiste a hacer? o sea nunca gocé con un homosexual, con la mujer al contrario, al otro día se me hacía tarde por ir a ver”

Al preguntársele si había tenido relaciones sexuales con extranjeros refiere que la mayoría de las prostitutas con las que tuvo relaciones sexuales eran centroamericanas, principalmente de El Salvador. En el caso de los hombres con los que tuvo relaciones sexuales sólo tres eran centroamericanos. Es importante destacar que al preguntársele si tuvo enfermedades venéreas él refiere que no. Quizá no pudo reconocer las manifestaciones de algunas enfermedades como herpes por ejemplo, pero es poco probable que haya salido indemne de adquirir al menos una infección de transmisión sexual debido a la amplia gama de prácticas sexuales que realizó sin utilización de condón. Refiere que en una ocasión se masturbó muy fuerte y se irritó la piel del glande. Luego tuvo relaciones sexuales con una prostituta y le ardió el pene al estar teniendo las relaciones.

***¿Tuvo relaciones sexuales con extranjeras, con extranjeros?***

Si, en el caso de mujeres la mayoría

***¿De qué países eran?***

Centroamericanas, de El Salvador

***Y ¿en el caso de los hombres?***

Fueron poco centroamericanos como 3 de El Salvador también

***Durante toda su vida ¿ha tenido alguna enfermedad por tener relaciones sexuales?***

Lo único que tuve fuero ladillas en el pelo del pubis”

Refiere que no está seguro pero al parecer tiene el antecedente de haber recibido una transfusión sanguínea que le realizaron en 1980 debido a una fractura que sufrió en la pierna. No se ha realizado tatuajes en la piel y refiere que solamente fumó mariguana en relación al consumo de drogas ilegales. En el caso de Mario yo desde un principio había percibido que era renuente a participar en la entrevista. Sin embargo, en una segunda ocasión en que lo abordé

solicitándole la entrevista aceptó participar. Al preguntarle sobre esta situación esto fue lo que me contestó:

***“¿Por qué decide participar en la entrevista?, me dio la impresión de que en un principio no había un convencimiento***

Este pues simplemente yo supe de usted por un amigo y a ese amigo le comenté que yo no quiero contar mi vida, ya estuvo suave, se la he platicado a bastante gente y veo que todo sigue igual. Se la platicaría sobre todo a gente que anda medio chueco o sea practicando el bisexualismo, más que nada a esos es a los que tienen más riesgo, porque somos personas, yo conozco a varios practican lo mismo que yo y son personas que tienen infinidad de parejas, no se conforman con una, tienden a conocer a más parejas y el sexo, a veces, yo llegue a experimentar de que a veces quiere uno brincar, yo en dos ocasiones sentí el deseo de ser penetrado, pero mi hombría o machismo no me permitió eso, ora sí como dicen, ni madres que a mi me hagan eso, pero sí llegué a tener esa sensación de querer experimentar ser penetrado”

En el momento de la entrevista Mario es un individuo de 36 años y puede estar representando a muchos individuos de su generación en relación con el inicio de la vida sexual en Tapachula de los años setentas. En la región del Soconusco y particularmente en Tapachula, ha habido una expresión muy importante de prostitución femenina ejercida, en la mayoría de los casos, por mujeres de origen centroamericano. Por mucho tiempo en Tapachula la “zona roja” estuvo situada en la colonia 16 de Septiembre, en la parte sur-oriente de la ciudad hasta que fue reubicada por las autoridades municipales en 1993 en la colonia “el Pedregal” (Arriola, 1995: 173). Era un lugar donde se iniciaban sexualmente los adolescentes. En el caso de Mario hubo varias influencias para cumplir con el ritual. Primero porque vivía cerca de la “zona roja”. Segundo porque tanto los trabajadores de la carpintería, donde empezó a trabajar después de que dejó los estudios, como los muchachos de la pandilla con los que se empezó a juntar Mario, eran visitantes asiduos de dicha Zona. La narración de la experiencia de su primera relación sexual describe en forma elocuente cómo eran iniciados sexualmente estos adolescentes en esa región. Se trataba de una adolescente de unos 13 años de edad que se iniciaba con una mujer de unos treinta años o más.

En estas circunstancias Mario se habitúa a tener múltiples relaciones sexuales con prostitutas. El trabaja en una carpintería prácticamente para ganar dinero para ir a tener relaciones sexuales con las mujeres en la “zona roja”. Tanto se habitúa a esta vida que cuando sale a viajar fuera no encuentra el mismo ambiente en las “zonas rojas” de otras ciudades que visita. Por ello siempre tiende a regresar a Tapachula. El ambiente social en que se desenvuelve influye no solamente en el tipo de relaciones sexuales que establece con las mujeres sino que también influye en el inicio de relaciones sexuales con hombres. Influye el hecho de que algunos de sus amigos le indican que teniendo relaciones sexuales con homosexuales pueden conseguir dinero. Da la impresión de que Mario entró en un proceso que lo lleva a buscar diferentes experiencias sexuales. Primero con las mujeres (prácticas sexuales anales, orales, variación de posiciones) y posteriormente el sexo con hombres. En este último caso pudo haber influido la obtención de dinero por tener relaciones sexuales pero también el tener nuevas experiencias sexuales.

Mario reconoce que su identidad es bisexual pues sabe que esa categoría es aplicada al individuo que tiene relaciones sexuales tanto con mujeres como con hombres. Sin embargo, refiere que él siempre ha jugado el rol masculino en las relaciones sexuales, fueran estas con mujeres o con hombres. Aunque él llegó a sentir el deseo de ser penetrado, su “hombria” o “machismo” se lo impidió. En otras palabras, en Mario se refleja el pensamiento dominante sobre la sexualidad masculina en la región del Soconusco, el machismo del individuo que sólo penetra pero no es penetrado. En términos de sus prácticas sexuales, éstas fueron siempre penetrativas con múltiples parejas sexuales sin uso de condón, lo cual explicaría la presencia de la infección por el VIH en él. El caso de Mario muestra también la existencia de una interacción en las relaciones sexuales con individuos de origen centroamericano. En el caso de las mujeres

eso es claro de explicar pues la mayoría de las trabajadoras sexuales en el Soconusco y en Tapachula son de origen centroamericano, pero en el caso de los hombres Mario también señala individuos de origen centroamericano.

#### 2.4- LUIS

Luis nació en Salvador Urbina, un pequeño poblado del municipio de Cacahoatán siendo éste uno de los municipios que forman parte de la región del Soconusco. Su madre lo deja con los abuelos paternos desde que él tenía tres meses de edad. A su madre la conoce cuando él tenía 12 años de edad. Para entonces él estaba viviendo con su abuela materna en la colonia Madronal en el municipio de Acapetahua, otro municipio del Soconusco. También por esa época en que llega a vivir a la colonia Madronal conoce a su padre. Refiere que tuvo una infancia llena de maltratos, de golpes, inclusive lo trataban de “puto”.

***“¿Su mamá lo dejó con los abuelos paternos a los 3 meses?”***

Si a los 3 meses, y de ahí empiezo a hacer uso de razón y quizá a los 5 o 6 años en la cual pues nada mas vivía con los abuelos, vivía con los abuelos este paternos y con otros primos mayores que yo los cuales también se habían quedado con los abuelos y de ahí voy creciendo ¿no? y este me doy cuenta que sí tenía padre ¿no? pero el vivía con otra señora en otro rancho y ahí fui creciendo

***y ¿su mamá?***

Si, viene a saber pero ya a la edad de 12 años cuando yo tuve que llegar a la colonia Madronal porque ahí vivía la mamá de mi mamá o sea mi abuela materna, y este pues ya nunca tuve ¿cómo se podría decir? Pues nunca crecí como un niño normal que tiene su madre su padre sus hermanos, no, simplemente crecí por obra de dios y gracias a mi abuela que tenía la comida y todo eso no? ya ahí creciendo como a la edad de 7 u 8 años yo me recuerdo que nos íbamos al río con los primos mayores el cual es un rancho todavía es una ranchería y ellos, las personas de una edad de 15 en adelante, tienen que salir hacer su necesidad sexual hasta Acapetahua, entonces yo me recuerdo que en esa ocasión pues nos íbamos al río a bañar o a hacer leña entonces los más grandes de mis primos siempre me andaban, ora si como acosando no?, siempre me agarraban, me encueraban no me penetraban, sino nada mas tocaban sus miembros en mi parte no? en mi trasero y siempre pues ellos se masturbaban y me bañaban todas mis nalgas

***¿Qué edad tendría usted entonces?***

Tenía como 7 u 8 años y entonces este yo fui creciendo así o sea nunca tuve una educación sexual que me dijeran mis padres esto se va a hacerse, nada, ya cuando yo llego a esa edad de 12 o 13 años ya me empiezo a excitar ya como que mi miembro se empieza a despertar y todos eso no? un cambio que vengo yo dándome cuenta en la cual ya empiezo yo a masturbarme de hecho a los 12 años pues no arrojaba yo ningún líquido nada mas el miembro se me ponía rojo y sentía una sensación bonita o sea sentía bien. Ya de los 12 años en adelante fue que me vine a vivir con la abuela, la mamá de mi mamá

*¿En Madronal?*

Sí en Madronal, pero tuve una vida muy, este cómo le dijera yo, llena de maltratos, llena de golpes

*¿De quién?*

Por parte de mis abuelos yo me recuerdo no? que mi padre vivía en otro rancho pero siempre recibí malos tratos, siempre me trataron de puto, de cosas así no? que hasta el día de hoy me duele mucho recordar todo (llantos), cómo tuve que venir creciendo, de hecho me duele hasta la fecha no? recordar cómo mi padre en lugar de darme un abrazo, pues no se o un dulce o algo, siempre fueron golpes, patadas. Sí, siempre tenerme que hablar de mi madre que había sido una prostituta que por eso me había dejado. A través de esos golpes de esos malos tratos yo siempre anduve descalzo, con el estómago vacío, quizás fui a la escuela dos o tres años sin ropa interior con pantalones de manta, aunque mi familia o se mis abuelos y ellos tenían mucho dinero porque tenían ganado, cosechaban frijol, arroz, maíz, todo eso, siempre nos trataron así. No solamente a mí sino también a mis demás primos, también a mis primos que tenían a su papa y a su mama o sea los que tenían una familia integrada también era el mismo trato”

Con dificultades Luis termina la educación primaria y las actividades que realiza entre los 12 y los 14 años eran el cultivo del tabaco en todo su proceso hasta su empaquetado. En la colonia Madronal tiene un tío alcohólico con el que empezó Luis a tomar también.

“...en ese rancho hay un tío que es alcohólico en actividad hasta el día de hoy anda en actividad, ahí empieza ese tío a darme cerveza, empieza a darme alcohol de esa caña, tequila y ya me emborrachaba, yo me sentía alegre yo me sentía bien porque yo sentía que a través de estar drogado de estar alcoholizado sacaba yo mi resentimiento, como que sentía un alivio no?, pero era momentáneo nada más porque al volver a la realidad, al volver estar sobrio, volvían como el día de hoy vuelven a mi mente los recuerdos y todo eso y me hacen sentir mal y empiezo no?”

En esas circunstancias empieza a tener relaciones sexuales con un homosexual pero al mismo tiempo era llevado por su tío a tener relaciones sexuales con prostitutas cosa que no le agrada.

“...en esas fechas ya de 12 a 14 años, sigo con mi masturbación, sigo y sigo y sigo y conozco a un homosexual un vecino ahí vive todavía en esa colonia y empiezo a tener relaciones con él. Recuerdo que en una ocasión todavía, éste, nos cachó un tío y pos no me dijo nada, no mas me hacían, éste, burla nada mas me hacían burla, eh?. En ese trayecto llegó mi madre como dos tres veces a ver a mi abuela en ese lapso como de dos años y este pero ella no decide traerme para acá para Tapachula sino este ahí me deja con la abuela, yo trabajo cultivando tabaco, el tabaco lo se sembrar y todo, podar y todo hasta empacarlo ya para que se vaya a la fábrica. Entonces este, todavía seguía bebiendo más con mi tío, borracheras de cada viernes, sábado y domingo de tres días a la semana dos días a la semana. Entonces el tío también empieza a llevarme con las prostitutas a llevarme, a llevarme, a llevarme, pero a mi no, no, eso no me agradaba tanto, me agradaba tener relaciones con homosexuales y más adelante este me tengo que venir aquí a Tapachula con mi madre porque tuve un pequeño problema con el tío ahí en Madronal, nos peleamos y me vine no?”

La inclinación de Luis por tener relaciones sexuales con homosexuales se incrementa pero también empieza a experimentar relaciones sexuales con hombres donde él es penetrado analmente. Esto incrementa la incertidumbre de Luis en términos de su identidad sexual. Una forma de no resolver la incertidumbre fue casándose con una muchacha con la que dura poco tiempo. En realidad sus relaciones sexuales con mujeres han sido, para Luis, una forma de “tapar el sol con un dedo”, es decir, reconoce su inclinación homosexual pero al mismo tiempo intenta mantener relaciones con mujeres para aparentar que sostiene relaciones socialmente aceptadas. De acuerdo con la entrevista, esa ambivalencia representada por una inclinación a la homosexualidad pero al mismo tiempo el mantener relaciones con mujeres, no ha sido resuelta por Luis.

“...sin conocer Tapachula yo me vine sin saber la dirección de mi madre sino nada mas la dirección de una prima, de una prima de parte de mi padre y fue ella la que me llevó a la casa de mi madre aquí en Tapachula. Pues mi madre tiene su matrimonio, tiene tres hijos, tiene su esposo aquí estuve con ella de los 14 a los 15. De los 15 me tuvo que mandar a Mazatán para que, según ella, yo aprendiera un trabajo no? de la mecánica, estuve con un tío el primo de mi padrastro, ahí estuve no? y allí me salía a la calle, a velorios, a 15 años a bodas a lo que sea yo me iba de noche. Pero yo me recuerdo doctor que este me gustaba andar *sinfoniando* a mis demás compañeros o sea iba yo a beber pero yo me iba a fichar como dice un padrino iba yo a mirar y a mirar y a mirar y todo eso como que me fue agradando, me fue agradando andar tocando ya borracho andar tocando a mis compañeros a mis amigos. Va transcurriendo el tiempo pero ya para cumplir los 16 los 17 antecito de que me casara, este, yo venía de una boda pero ya venía solo y venía tomado, venía medio tomado, y este en el camino, ahí en Mazatán, este, estaba oscuro y este, recuerdo que había una persona orinando, ya grande quizá, con todo respeto, quizá como su edad y yo de 16 o 17 años, antes de los 17 años, estaba orinando el señor y yo me le acerqué supuestamente a orinar, pero nada mas era para ver pos qué ondas, entonces el señor andaba tomado también pero no muy tomado, él me agarró, me recuerdo que me agarró de la mano, me jaló, me jaló el señor, me acuerdo que me dijo ¡¿a te gusta verdad?! No le contesté, me jaló hacia el monte a lo oscuro me tiró en la tierra y ahí me penetró por primera vez el señor, me penetró y yo me recuerdo que anduve sangrando como ocho días o quince días, no caminaba bien porque me lastimó, me desgarró, porque me tiró al suelo y se le manchó su miembro de tierra, de arena y todo eso me lastimó feo.

En ese lapso tuve, sentí, como le dijera yo, mucho sufrimiento porque no tenía a quien contárselo no tenía un hermano nadie, yo era solo pues, tenía al tío pero no tenía confianza, no era mi familia ni nada. Entonces así anduve sufriendo un miedo yo sentía que por momentos ese señor me iba a volver a salir o pensaba que se lo iba a decir a mi tío y me iban a descubrir. Yo viví esa etapa llena de miedo porque es la verdad, era miedo, entonces ya en esos días me voy a una boda y conozco a una muchacha. Yo me recuerdo que la saqué a bailar, fue un sábado, quizás 22 o 21 de diciembre del 85, del 85 más o menos, y así anduvimos con la muchacha, ella me mandaba cartitas y yo le decía que sí y todo eso. A los ocho días de ese sábado al otro sábado me dijo sabes qué, si me quieres llévame y entonces yo verdad, para no sentirme descubierto por nadie no? ni por la familia ni por nadie pues como que le digo que si no? ora sí queriendo tapar el sol con un dedo le dije que sí me la llevé, se fue conmigo, fue un 29 de diciembre, nos casamos un día 9 de febrero eso fue en el ochenta y, ochenta y no recuerdo bien. Pero el chiste es que no fue una relación porque ella se fue conmigo un 29 de diciembre, estuvimos enero, la primera semana de febrero nos casamos y el 21 de febrero nos separamos

*¿Por qué?*

Porque hoy lo entiendo doctor mire, supuestamente porque yo bebía bastante eh? pues sí bebía, era un alcohólico, pero un alcohólico problema porque después más adelante llegue a ser un alcohólico crónico, entonces este o sea mi relación de pareja no ¿cómo dijera yo? No es hasta el día de hoy lo que debe ser un verdadero hombre y una verdadera mujer, ¡no!, yo no me siento bien y ¿cómo le dijera yo? O sea nunca en mi vida porque he tenido siete creo o cinco parejas y no me he sentido bien satisfecho o sea no

*¿Cinco parejas mujeres?*

Aja, como, como le dijera yo, son momentitos en los que yo me siento bien pero nada más y ya nada mas o sea en el momento de tener la relación me siento bien y ya nada mas ya mas adelante como que cambio como que mi mal trato hacia la mujer ha hecho que nos separemos. Porque de hecho si la primera, la segunda la tercera si les he hecho daño pues las he tratado mal

*¿Cómo fue la primera separación?*

Porque ya le decía al principio llegaba yo borracho, llegaba a patear las puertas, una vez recuerdo que le andaba dando de tablazos con la tabla de las que tiene la cama, a esa le andaba dando en las nalgas y como estaba gorda sonaba bien feo

*Y ¿por qué le pegaba?*

Porque se me subía como ira como resentimiento, por cualquier cosita que estuviera mal, que o que no hiciera, como si fuera mi hija y así a las demás igual. Entonces nos separamos con esa primera esposa o compañera o pareja pero ya empiezo a recordar, se me empieza a pasar el dolor, el sufrimiento, y quizás en cierto modo la vergüenza que llegué a sentir por haber sido penetrado, como que se me empieza a olvidar y empiezo a, ¿cómo dijera yo? empieza mi mente como a generar que deseo a ser penetrado nuevamente y ya empiezo a irme al cine, empiezo a irme a comprar revistas pornográficas y a irme con parejas homosexuales o sea yo seguía penetrando los homosexuales, quizá penetré como unos cincuenta, ochenta homosexuales, pero después de eso ya empiezo a ser penetrado. A través de eso yo empiezo a tener como sentimientos de culpa, yo me sentía culpable porque tenía una pareja, tuve más parejas y eso a mi me hacía sentir mal, me iba a beber, andando en el alcoholismo porque fumé marihuana también, o sea perdía yo la vergüenza, la dignidad, se me olvidaban los sentimientos de culpa, se me olvidaba todo y me entregaba todo a, a, me dice la doctora que es mi sexualidad, me entregaba a eso sin importarme con quienes, ni si eran vecino, compadre, ahijado, el primo, me , no me importaba andando alcoholizado. El problema era que dejaba yo de beber y dejaba yo de tener relaciones sexuales, volvían otra vez los tormentos, los sentimientos de culpa y otra vez volverme a ir a beber, o sea que siempre bebí por, por mi sexualidad, por mis sentimientos de culpa”

Esta forma de vida de Luis se convierte en un círculo vicioso para lo cual, una forma de romperlo para él, fue salir de Tapachula. Sin embargo, Luis continua reproduciendo su forma de vida en su nuevo domicilio. A continuación Luis está narrando la separación que había tenido con la mujer con la que vivía en ese momento en Tapachula

“Entonces cuando yo en esa ocasión, en una ocasión yo llego del negocio, nada más encuentro la llave pegada en el candado por fuera y la casa vacía, nada más con una cama, un teclado y un espejo de pared y mi ropa en el suelo. Se llevó todo y yo a chupar y a chupar y a chupar, en ese momento fue que yo ya agarré la gurula en seco con refresco de fanta

*¿La gurula señor?*

La caña real, la caña real, la gurula le dicen, la chiquita y el litro pues es grande, y a darle y a darle y a darle, me quedaba en el cuarto dormido, tirado, vomitado, orinado, muchas veces cagado, muchas veces llevaba yo a compañeros ahí que trabajaban en el lavado de autos a tener, este, relaciones ahí entre el vómito y quedarme tirado, o sea, desnudo, muchas veces mi madre me encontró así vulgarmente con el culo para arriba, o muchas veces encuerado, ahí tirado. Llevaba a otros chavos a tener relaciones con esos chavos me penetraban ellos, los penetraba yo, un despapaye, entonces, este, yo agarré muy feo el alcohol y llega un compadre, un compadre chamaco, joven pues y me dice oye compadre no tomes si es por la comadre no, olvídela hay un chingo de mujeres y yo le decía me voy a México, me voy a México y me fui a México así que vendí la cama y vendí el espejo. En ese tiempo, hace como doce años más o menos, costaba 70 pesos el boleto a México en la Colón. Tomé el autobús y me fui, me fui a México, estando allá en la colón en La Tapo me acuerdo de un hermano, un hermano de su primer matrimonio de mi madre, le hablo por teléfono y me llega a traer y me lleva a la ciudad de México, me lleva al estado de México creo que se llama Santa Clara en Ecatepec. Allí trabajé en el restaurante de prostitución y me dedico a robarle a los clientes, me ponía de acuerdo con las prostitutas para quitarle su lanita a los clientes, y todo para qué, para mi alcohol, para mi droga, para irme a los baños de vapor con los mayates, para ir a comprar mariguana, para hacer mi desmadre pues, en los baños de vapor hay de todo ahí lo que uno quiere. Y en una ocasión me caí, me caí muchas veces en la calle, me rajé la cabeza, me llevó la patrulla muchas veces a la cárcel, por andar tomando en la calle”

Cuando cerraron el bar donde trabajaba Luis, tuvo que buscar otros trabajos, inclusive trabajó en una editorial empaquetando y repartiendo libros. En todos los trabajos Luis fue despedido por su comportamiento problemático, por robar o por el alcoholismo. Finalmente entró a trabajar como mesero a un restaurante que se encontraba cerca de la Basílica de Guadalupe, en la ciudad de México. Ahí conoce a la mujer con la que vive actualmente. Refiere que empezó a tener relaciones sexuales con el hermano de esa mujer, un adolescente de entre 15 y 16 años pero refiere que tuvo miedo de ser descubierto por la mujer por lo cual decide regresar a Tapachula con ella. Duró trabajando en México y en el Estado de México alrededor de un año.

“En diciembre, clausuran ese negocio y me voy al distrito. Me dice mi patrón mira aquí ya no va haber trabajo, te vas al centro en el distrito, a buscar trabajo y pues Dios que te bendiga. Me dijo cómo llegar, me dijo vas a tomar esta pesera y tomas el metro y así. Total que llego allí donde está la villita, en la calzada misterios allí me meto a un restaurante y era caldos de pollo Zenón, allí estuve trabajando de mesero y allí conocí a una muchacha la que hoy es mi esposa se puede decir porque no estamos casados. Allí la conocí el catorce de diciembre, el 24 de diciembre le hablé para mi novia y andaba yo hasta las chanclas, andaba pedo. No, me dice, háblame cuando estés en juicio. El 25 le vuelvo a hablar pero iba a haber una marcha. No, me dice, yo estoy libre el viernes. Para no cansarlo, me aceptó pero yo seguía teniendo mis relaciones bisexuales.

*y ¿ella sabía de eso?*

No, no ella no sabía. Entonces yo seguí teniendo mis relaciones bisexuales. Ella viene también de un hogar desintegrado, su papá tiene que morir de alcoholismo, se ahorcó, tiene que quedar con un tío, al fin de

cuentas fue creciendo, fue creciendo, se le murió la abuela, el abuelo, los tíos y quedó con una tía política esposa de un tío hermano de su papá pero ese tío ya murió también. Entonces en esa ocasión la tiene que correr la tía, se va con otra señora. En esa ocasión hay una señora ahí en la cocina del restaurante, una señora alta como de Jalisco era la señora, entonces dice que la señora estaba enamorada de mí pero yo no lo sabía, entonces cuando mi esposa andaba conmigo hubo un día que le dijo la señora “qué prefieres, vivir en mi casa y dejar de ser novia del gordo”, “no yo quiero al gordo”, porque ese era mi apodo. Pues te vas a, la mandó a chingar a su madre. La sacó a la calle sin dejarle sacar su ropa, sus muebles sin nada, a la calle sin documentos, entonces ahí yo como que me aproveché no? porque le dije que se fuera conmigo y que se fuera conmigo y que se fuera conmigo, me recuerdo que tardé un día entero para poderla convencer, se tuvo que ir conmigo porque ya era noche no tenía a donde ir. Entonces a través de eso, yo ya era cocinero en ese restaurante, yo era mesero, pero mi alcoholismo seguía avanzando, salí de allí, me corrieron por borracho, robé en esa empresa, en ese tiempo me robé como catorce millones, y todo por mi alcohol, todo para la droga, para darle a los mayates y todo eso, entonces anduve en varios trabajos, anduve creo que en la vaquita feliz, la vaquita suiza no me acuerdo como se llama, una cadena de restaurantes, también tuve que salir corrido, estuve en una editorial, no recuerdo cómo se llama la editorial, haciendo las grandes tarimas de libros, cargando camionazos de libros y yendo a desembarcar a otros lugares, también fue que salí corrido por tanto beber, y así en muchos lugares que no recuerdo cómo se llaman los nombres pero si tuve que salir corrido. Al final de cuentas, compramos un patio allá en México, ahí por San Pedro, compramos material ya estaba todo para construir y en una ocasión borracho pues empiezo a meterme con el hermanito más chico de mi esposa. Me metí y al chavo le gustó, él tenía como entre 15 y 16 años, empecé a andar con él y sí le gustaba, incluso también él era drogadicto, era chemero, y de ese miedo me tuve que venir. De eso me dio miedo pues, que se fuera a enterar ella. Nos venimos para acá a Chiapas. Aquí este....”

Refiere que pocas veces utilizó condón para protegerse de la infecciones de transmisión sexual. Refiere también que ha tenido relaciones sexuales con uno 25 hombres de origen centroamericano particularmente de Honduras, el Salvador y Guatemala. Asimismo, tuvo relaciones sexuales con prostitutas de origen hondureño. También tuvo diferentes infecciones de transmisión sexual, sífilis en 1986, condilomas en 1990 y en 2001. No tiene antecedentes de transfusión sanguínea ni drogadicción intravenosa. Cuando regresa a Tapachula vive con la mujer que se trajo de México pero, a sus espaldas, continúa teniendo relaciones sexuales con hombres. Refiere que desde que vive con esta mujer (aproximadamente por 11 años al momento de la entrevista), cuando ha tenido relaciones con hombres éstas han sido solamente receptivas.

*¿Se vino usted con la señora a Tapachula?*

Sí

*¿De qué viven? Porque usted vive por ciudad Chapultepec y ¿es ahí donde viven no?*

Aja, allí compramos un patiecito, tenemos un patiecito como de 25 por 20, ahí vivimos y este, pusimos un puestecito de tacos aquí en Tapachula, trabajamos los dos, tenemos una niña adoptiva porque ella no puede tener hijos, tenemos una niña adoptiva que va cumplir 15 años el 30 de noviembre, y pos ahí andamos

*Cuando regresó a Tapachula, usted tendría unos 27 años*

Sí

*¿Siguió teniendo relaciones sexuales con hombres?*

Sí

*¿Lo sabe ella?*

Pues de hecho sí le han dicho pero yo se lo he negado, siempre se lo he negado incluso la semana pasada hay un homosexual que tiene su marido con el que vive desde hace como 17 años, tienen su ranchito para ello, entonces el muchacho estudia en una Universidad pagada no se como se llama, el chiste es que el muchacho sale todas las madrugadas a la escuela y un día hizo como que se vino pero se volvió a regresar y encontró a su marido con un mi compadre. Hizo el escándalo, empezó a aventar y todo eso, pero mucho más antes ya le había dicho a mi esposa, ya venía diciendo que yo soy eso, que yo soy lo otro, que me han visto. Siempre ella me lo ha dicho y yo siempre lo he negado. Entonces a través de esto de que encontró este muchacho a su marido con mi compadre vino y le dijo a mi esposa, sabes que Lupita, yo le estoy exigiendo a Juan<sup>91</sup> que se vayas a hacer la prueba de SIDA porque lo encontré con Elías y Elías anduvo con Luis, tu marido

*¿Había tenido usted relaciones sexuales con Elías?*

Sí, entonces me lo tuvo que decir mi esposa y lo que hice fue negar. Pero sí, anduve con él como ocho años”

Uno de los aspectos más importantes en el sistema de vigilancia de la epidemia de VIH se refiere a la forma en que se identifican los nuevos casos de personas infectadas. En el caso de Luis parecería que el asunto sobre el diagnóstico y seguimiento de los casos fuera un problema personal y no un problema de Salud Pública. La forma en que fue tratado su caso sugiere que la comunicación entre los servicios de Salud que brinda la Cruz Roja y el Sistema de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII no es la correcta porque Luis estuvo prácticamente dos meses con un resultado positivo sin que se le considerara como un caso nuevo de la infección. En todo caso parece ser que el problema se encuentra entre La Cruz Roja y el laboratorio donde esa institución manda hacer las pruebas para el VIH.

*“¿Cómo resultó el asunto de venirse a hacer la prueba, la sospecha y todo esto*

Pasó esto que yo, gracias a Dios, llegué a un grupo de alcohólicos anónimos de 24 horas en el cual gracias a Dios, ya tengo tres años que pertenezco a esa agrupación. Entonces ahí tenemos un padrino el cual nos tiene que guiar para que dejemos de beber, tenemos que platicarle todos los síntomas del cuerpo, qué nos

---

<sup>91</sup> Los nombres son ficticios.

duele, que esto que lo otro, todo, como haga de cuenta como que vengo al médico no? Entonces yo empiezo a descubrir en mi, alrededor de mi recto, ano, no se qué, unas cositas así como crestas de gallo y tuve que decir a mi padrino y me revisa mi padrino y me motiva a que vayamos al médico. Fuimos a la Cruz Roja. Allí fuimos por esas cositas creo que le llaman papiloma o condiloma. Entonces ahí el médico, el doctor X ordena una prueba del VIH y un VDRL y el otro creo una biometría hemática y me los hicieron. Eso fue como en noviembre del año pasado, es decir, de 2001. Me los hice y observé que decía, no decía positivo sino reactivo

***¿Se lo llevó al doctor para que lo viera?***

No lo llevé, ahí lo dejé. Sino que me entró la duda. Por qué no dice negativo o positivo. Entonces fue en enero creo, saque los análisis y le hice la pregunta a mi padrino. Y me dice pues yo no se pero si quieres vamos al médico. Fuimos con el mismo doctor y ya nos explicó que reactivo quiere decir positivo y todo eso. Pero mira dice te vas a hacer esta prueba porque ya me mandó con el laboratorio de México aquí donde está Banpaís y se llama de ELISA la prueba y me la hicieron y fuimos otra vez con el doctor ahí en la Cruz Roja y salió otra vez pues positivo. Entonces ya de ahí con ese doctor me dijo que había un programa en la Jurisdicción, fui ahí con la doctora X y este, ella me mando para acá al hospital general con la doctora Z y ya la doctora me mandó a hacer otro análisis que también resultó positivo. Entonces este eso fue ya casi en febrero.

***Y ¿su esposa?***

Yo le dije a mi esposa que se hiciera los análisis y ella este dijo que sí. Entonces ella por el momento salió negativa pero platicaba con la doctora y dice que no se debe descartar todavía

En resumen la descripción del caso de Luis muestra que para él la identidad sexual ha sido un gran problema que no ha podido resolver. Su inclinación sexual ha sido claramente homosexual pero ha utilizado la estrategia de unirse a mujeres para encontrarse en una situación más confortable para él en términos sociales. Esta homosexualidad de Luis no concuerda con el rol de género que practica. En sus relaciones sexuales con hombres Luis empezó siendo insertivo pero posteriormente, durante los últimos 11 años ha sido exclusivamente receptivo. Sin embargo, Luis continúa teniendo un rol masculino con las mujeres con las que ha vivido, es decir, continua teniendo prácticas insertivas vaginales. Las relaciones que sostuvo con múltiples parejas y las prácticas sexuales, tanto insertivas como receptivas con hombres,<sup>92</sup> explican su condición de seroreactivo al VIH así como también lo indican las otras infecciones de transmisión sexual que tuvo: la sífilis y la condilomatosis. Sin embargo, las relaciones sexuales con las mujeres con las

---

<sup>92</sup> Recordemos el trabajo de Trichopoulos (1988) sobre la separación de los roles insertivo-receptivo en las relaciones sexuales entre hombres y el riesgo de infección por el VIH.

que ha vivido las han expuesto a la infección por el VIH. Se trata de un caso en que el comportamiento sexual del hombre expone a la mujer con que vive a tal infección. Por otra parte, resulta importante notar que en su desenvolvimiento sexual en la región del Soconusco, Luis establece contactos con individuos de origen centroamericano, tanto hombres como mujeres, cosa que ha resultado común en prácticamente todos los individuos entrevistados.

## 2.5- JOSE

Se trata de un individuo de 70 años de edad, originario de Villa Comaltitlán, con la infección por el VIH. Sucede que, debido a su edad, su actividad sexual ha disminuido como es de esperarse, por un proceso biológico. En otras palabras, al explorar sus relaciones sexuales en los últimos 10 años no refirió relaciones que no fueran con su mujer (esposa). La entrevista ocurre de la siguiente manera:

*¿A qué edad inició su vida sexual?*

¿Cómo?

*¿A que edad inició su vida sexual?*

Yo este, bueno, pues yo cuando joven era una persona que iba así a tener con mujeres de la vida pero muy esporádico, pero no me gustaba mucho esa vida, entonces opté por casarme.

*¿A qué edad se casó?*

Me casé a los 23 años

*¿Antes de casarse y cuando iba con estas mujeres tuvo alguna infección venérea?*

No, ninguna enfermedad de esas, yo siempre fui sano

*Cuando se casó ¿continuó yendo a ver a las mujeres?*

No, no porque yo me hice cristiano, ingresé a una iglesia adventista y allí dan muchos consejos, aún hasta de salud. Ya llevé una vida muy diferente, viví 44 años con mi esposa y siempre con ella

**Antes de casarse donde iba con las mujeres ¿era en Villa Comaltitlán o acá en Tapachula?**

Aquí en Tapachula, bueno empecé mi vida sexual en Villa

*¿Qué edad tendría usted?*

17 años

***¿Cómo fue lo llevaron, usted fue solo?***

Un amigo, ya cuando uno está en esa edad los amigos te dicen vente que vamos aquí que vamos allá me trajeron a Huixtla, y allí me llevaron con una mujer, allí tuve mi primera experiencia sexual

***¿Qué edad tendría la mujer?***

Ya era una señora, de unos 30 años

***Usted ¿qué edad tendría?***

Yo estaba de 17 años. De ahí ya tuve relación con otra, tanto que tuve relación con una mujer que tenía esa enfermedad gonorrea, íbamos 2 un mi amigo entonces este yo solicité servicio a esa mujer y metí con ella y después dice el muchacho yo voy con ella también, ta bonita la muchacha, una chaparrita y se metió con ella y sabe que él salió enfermo y yo no Yo salí ileso, a los ocho o diez días a aquel le afloró la cosa que empieza enfermo, enfermo, estaba un patrón que teníamos en una plantación de bananos, este un norteamericano, entonces le dijo vente te voy a inyectar, entonces estaba muy nueva la penicilina, ya no hay que ir con esas mujeres cuando tengas ese deseo ve mételo en un hormiguero le decía, así le dijo (risas). Pero yo me quedé sorprendido porque nunca tuve una infección, no sé la cosa fue así.

***Al casarse vivió con su esposa y no tuvo relaciones con otras mujeres, entonces haga el recuento de 10 años atrás a partir de ahora, ¿llegó a ir en alguna ocasión con alguna trabajadora sexual?***

Bueno en alguna ocasión si tuve un desvío, pero pues este fue tal vez sería hace unos 20 años entre esos 44 años en ese periodo de tiempo yo me di un resbaloncito y pero fue un accidente, total, no creo que en ese tiempo casi no se sabía de esto.

***Entonces 10 años atrás a partir de ahora ¿tuvo alguna relación con otra mujer que no fuera su esposa?***

No, yo mi vida fue una vida este pues de recato pues, no acostumbramos eso en la religión

***¿Llegó a tener relaciones sexuales con hombres?***

¿Cómo?

***¿Llegó a tener relaciones sexuales con hombres?***

Ah ¡no!, ¡menos eso! Eso es para nosotros bastante detestable, según leemos en la Biblia ese es uno de los peores pecados que ha habido en el mundo

***¿Usted sabe qué significado tiene la palabra heterosexual?***

¿Heterosexual? pues es el matrimonio ¿no?

***La palabra bisexual***

Pues con dos ¿o no? bisexual, que tiene dos las dos formas

***¿Cuáles dos formas?***

Que es este varón y también tiene otra aberración

***¿Homosexual?***

Bueno yo creo el homosexual es el que tiene eso ¿no? de que busca a otra persona del mismo sexo

***Ahora bien ¿cómo se considera usted?***

¿Cómo?

***¿Cómo se considera usted?***

Ah yo me considero pues en la forma de un sexo único, tengo la plena seguridad de que el hombre Dios lo hizo con esa especialidad, Dios hizo varón (inaudible) eso lo creemos y así lo siento, jamás una aberración de esas en mi ser, jamás de la forma en que nos conducimos en la vida

***Quiere decir entonces ¿cómo podemos explicar la adquisición de la infección?***

¿La infección? Eso es lo que es para mí un enigma, algo tremendo porque yo siempre tengo revistas de eso, porque nos publican una revista y ahí viene las prevenciones, la forma de contagio y solamente pues no hay más de tres formas, pero con lo que me pasa a mí ahora empezamos a ver, yo tengo una última revista donde dice que puede suceder también con las secreciones, no está bien especificado pero esa es la otra vía, y eso pues sí nosotros solo tenemos un baño acá, ya ahí hacíamos todos, ésa es la última alternativa porque yo realmente mi vida fue casta yo por eso estuve muy angustiado pensando ¿por qué? ¿por qué? ¿cómo? algunos pueden pensar que me metí con mi hija, menos en ese aspecto, nosotros respetamos esas cosas de la familia, la promiscuidad todo eso, no no no para nosotros no compagina eso.

***Usted ¿todavía mantenía relaciones sexuales con su esposa?***

¿Cómo?

***¿Todavía mantenía relaciones sexuales con su esposa?***

Sí, si yo este, cuando ella murió apenas este serían unos meses antes y aún ella un poco como le dijéramos, como que se me resistía ¿no?, yo siempre fui muy viril, muy exigente en eso del sexo y aún hasta ahora yo siento, mi organismo pero es raro que no lo hago porque en primer lugar no se me permite en mi conciencia porque sería yo una asesino, al ir y tomar una mujer y hacer uso de ella sabiendo cómo estoy, el otro pues por el otro lado ya un viudo puede tener mujer puede volverse a casar pero en este aspecto no. Digo ahorita voy para casi los cuatro años que me he mantenido hasta ahí, a pesar de que me ha costado mucho en adaptarme a esa forma de vida, una vida separada del sexo, pero si estoy aguantando gracias a Dios.

***Usted decía que su esposa se resistía ¿desde cuándo se le resistía a tener relaciones?***

Pues más o menos como un año antes de que ella muriera ya era un poco, aunque tuvo una etapa mucho más antes, posiblemente fue cuando la menopausia, hubo una época que batallaban mucho con ese aspecto pero después volvió a recuperar y entonces vivimos normalmente. Un año antes de que se enfermara volvió a bajar y ya me decía no me molestes, que estoy cansada, y así

***En esa época de la menopausia ¿también se le resistía?***

Sí, también fue un tiempo que ella estuvo como que las hormonas no funcionaban pero después volvió otra vez con su vida normal, volvimos a tener relaciones

***Esa época de la menopausia ¿cuánto tiempo hace que fue?***

Pues unos 24 años atrás

El señor se lamenta que su hija, la mayor, hubiera tenido predilección solamente por centroamericanos. Primero se casó con un salvadoreño quién la abandonó por irse a trabajar a

Estados Unidos (en la casa del señor vive un hijo del salvadoreño, ya adolescente. El salvadoreño vive en Miami, se había comunicado con el niño a quien en un tiempo le envió dinero pero luego volvió a olvidarse de él. Supuestamente se encuentra sano). Posteriormente la muchacha se unió a un hondureño con el cual tuvo dos hijos (sorprendente y afortunadamente seronegativos). Parece ser que el hondureño tenía múltiples parejas sexuales. La pareja (la hija mayor y el hondureño) vivió en la casa del señor unos 4 años. Por ello el entrevistado pudo percatarse que el hondureño viajaba seguido a su país. Se imagina que por allá tenía relaciones sexuales. Sucede que con el tiempo el hondureño cae enfermo y le diagnostican VIH/SIDA aquí en el Soconusco. Entonces el individuo regresa a Honduras donde muere. Obviamente le hacen la prueba a la muchacha y resulta reactiva al VIH. A pesar de saberse reactiva a la prueba del VIH la muchacha se relaciona con otro centroamericano de origen salvadoreño. En este caso el padre le advierte al centroamericano que no debía “juntarse” con su hija. El individuo le pregunta ¿por qué?. El padre le responde “no puedo decirte exactamente por qué, porque es algo muy personal de la familia”. El entrevistado refiere que también aconsejó a su hija de no tener esa relación por su condición de “seropositiva”. La pareja en cuestión desoyó al padre y se “juntan”. Obviamente el nuevo salvadoreño resulta positivo al VIH/SIDA. Cuando sabe de ello se va de la casa y el padre refiere que nunca han sabido nada sobre su paradero.

***¿Fue el primer marido de su hija?***

No, el segundo

***El primero ¿está bien?***

El está bien, vive hasta ahora en Estados Unidos. El se casó con mi hija y cuando estaba embarazada ella, el dijo yo me voy a ganar unos centavos, se fue, estuvo por tiempo pero como tardó no venía, ésta se enredó con ese otro y entonces ahí fue la cosa, entonces este cuando ya le detectaron esa enfermedad este joven entonces ya no se pudo hacer nada, estuvo unos días y ya se sentía muy mal, dice yo me voy pero no tengo dinero y este yo quisiera que me prestara unos centavos, está bien le dije te voy a ir a dejar, tenía yo unos centavitos en el banco, retiré unos dos mil pesos y nos fuimos. Ellos dos y yo. Fuimos a Honduras. Allá estuvimos dando vueltas lo internamos en el hospital, él tenía una hermana allá que es enfermera del hospital de Tegucigalpa, lo internó porque no le dijimos nosotros que era lo que tenía

***Pero acá ya le habían hecho el diagnóstico***

Ya, aquí ya, ya estaba diagnosticado, pero allá no le dijimos nada a ella, lo dejé en el hospital y a los tres días lo sacamos y me dijo no hay nada que hacer, sobre todo está en la última fase, ya, ya no se puede hacer nada. Entonces lo tuve que llevar de allí unos 100 kilómetros para la costa en un lugar para la costa que se llama Macahona a la casa de su familia y nos venimos. A los 6 días que nos venimos nos telefonaron que se había muerto. Eso fue todo y entonces ya nos quedamos con mi hija solita acá, este después se volvió a casar ella porque como se mantenía bien pero le dijimos nosotros no te cases. Pero fue otro centroamericano desgraciadamente mi hija esa, esa era su afición tener relaciones con esa gente y tanto que la aconseje, entonces era un muchacho salvadoreño que andaba por acá empezó a visitar y ya me pidió permiso le dije mira mi hija no puede tener marido, ¿por qué? dice, porque no puede es lo que te decimos, yo no le quise decir ¿verdad? Mejor retírate. Probablemente él pensó que porque no queríamos ¿verdad? que anduviera con ella, le dijimos no puedes, ¿por qué?, porque no puedes lo que redecimos, yo no le quise decir verdad, no puede tener marido, también a ella le dijimos ¿por qué vas a hacer eso? Bien sabes que tú estás infectada

***A ver, ¿cuando detectaron al hondureño, cuando lo detectaron aquí en el hospital que estaba infectado también le hicieron pruebas a su hija y también resultó positiva?***

Así fue, le digo que transcurrieron 10 años ella con ese hombre

***Es decir, ¿entonces el muchacho hondureño empezó a tener manifestaciones?***

Sí, él lueguito enfermó

***Mientras que la muchacha ¿estaba bien?***

Ella estaba bien, y se cree que él se infectó en las idas que iba porque se iba mucho a Honduras, y venía se iba y venía. Porque si ¿no? hubiese salido enfermo el niño. Y no él está bien, va para 12 años. El otro pues es hijo de otro, ese no tiene ningún problema, pero este pequeño pues sí, este pensábamos y lo fueron a checar y está bien. Entonces creemos que después de haber engendrado al niño el hombre contrajo el virus ese. Entonces este ahí fue donde esta muchacha salió enferma. Pero vino a aflorar esa enfermedad después de 10 años.

***Entonces después vino el salvadoreño y le dijeron no puede tener relaciones con nuestra hija***

Sí, sí le dijimos no puede tener hombre esta mujer, que ¿por qué?, pues porque te decimos claramente, es algo que es este confidencial para nosotros. El no lo entendía, se unió con ella y estuvieron viviendo unos años.

***¿Vivió aquí o se fueron a vivir a otro lugar?***

No él estuvo viviendo aquí con nosotros y ya de ahí este fue que caí enfermo. Cayo enferma mi esposa se murió mi esposa y entonces quedé yo malo completamente porque de esa angustia ¿no? de la muerte de mi esposa,

***¿De qué murió su esposa?***

De neumonía, eso fue lo que le diagnosticaron. Por eso hay algunas dudas de que ella pudo haber contraído no' y que ella me enfermó a mí, porque según los datos de la acta de defunción allí habla de muchas carencias pues, Tuvo un problema pues

***¿Le hicieron la prueba?***

A ella no porque nadie sospechaba de eso y sobre todo ella enfermó así, ella era asmática y entonces se estaba tratando del asma pero como siempre tocaba hielo contrajo pulmonía, esa neumonía y estuvo 15 días en terapia intensiva, ya no tenía acción de nada, empezó a írsele el aire

***En qué año más o menos sería eso***

No se en que año pero, más o menos estamos en entre unos tres años porque de que caí enfermo después que murió mi esposa, en ese lapso de tiempo sería en el año 2000.

***¿Y su hija en qué año murió?***

Ella murió en va a hacer un año, hizo un año en diciembre del 2001, el 10 de diciembre va a hacer dos años en este diciembre

***¿El salvadoreño se fue antes de que ella muriera?***

De que ella muriera, él ya no supo que murió su esposa ni nosotros sabemos de él absolutamente y como no tengo datos no tengo como comunicarme con la familia de él, no sabemos, se perdió.

***¿El primer marido que tuvo su hija de dónde era?***

El es de el Salvador, pero radica en los Estados Unidos, él ahorita está en Miami, ya tiene pues bastantes años de estar allá, la edad que tiene el hijo tiene el allá, tiene 16 años de estar allá.

***¿Ve al niño?***

No, jamás regresó, nos hemos comunicado con él, un primo que tiene el acá le dijo fueras a ver tu muchacho, tan bonito muchacho ya está grande, como eres de ingrato, estuvo mandando unos 100 dólares cada mes pero de ahí volvió otra vez guardar silencio, ya no sabemos de él.

***¿Cómo fue que su hija conocía a los centroamericanos?***

Pues aquí, ella iba al mercado, me ayudaba a vender ahí en el negocio a veces ella se quedaba solita y se relacionó con esa gente, empezó a enamorarse y yo le decía ¿por qué no buscas uno de acá hija? Qué te sacas con ellos no tienen ni dónde meterse, adónde vas con ellos. Pues no, nunca me obedeció, esa fue la causa y de ahí creo que si ella hubiese obedecido nuestros consejos no estuviéramos donde estamos ahorita, desgraciadamente

***¿Cuánto hace que construyeron esta casa?***

Ah, tiene como unos 20 años

***Entonces ¿vivía aquí toda la familia es decir aquí vivían sus hijos, sus hijas, ustedes?***

Mi hija sí, los demás ellos tienen aparte su lugar, mi hijo aquí cerca vive, otro vive en las Vegas y otro por acá por Zapata.

***Cuando su hija se casó por primera vez con el salvadoreño, ¿vivía aquí el salvadoreño?***

No, se fueron a vivir aquí en una carpintería, pero fue poquito el tiempo

***Y en el segundo caso con el hondureño***

El sí vivió un tiempo con nosotros, se fueron un tiempo a alquilar pero les iba muy mal allá donde estaban y entonces les digo les voy a dar un cuartito ahí, ya se vinieron a vivir aquí con nosotros

*¿Cuánto tiempo estuvieron viviendo fuera de esta casa?*

Pues no fue mucho tiempo porque lo voy a decir, el niño quedó de tres años, muy poquito tiempo, como uno o dos años cuando mucho

*En el tercer matrimonio*

Tardaron poco, estuvieron aquí como unos 3 años, en ese tiempo fue cuando aquel se fue y mi hija se murió

Como podemos ver en el año 2000 cae enferma la hija y muere fulminantemente. Pero también la madre cae enferma de neumonía de la cual muere también fulminantemente. Cabe aclarar que a la esposa del señor en cuestión no le hicieron prueba de infección por el VIH. Pero al interrogar al señor sobre la evolución de la enfermedad, la esposa presenta manifestaciones que sugieren la presencia de inmunodeficiencia como las micosis en manos. Posteriormente se instala el cuadro fulminante de neumonía. Ello sugiere que pudo haber tenido ya manifestaciones del síndrome de inmunodeficiencia.

La hipótesis que se genera con la información recabada en esta historia es que el señor, objeto de la entrevista, se infectó por tener contacto sexual con su esposa. Por ello tuve que explorar si, durante los últimos 10 y en mayor medida, durante los últimos 5 años, continuaba teniendo relaciones sexuales con ella. Contestó afirmativamente, e incluso relata que hubo ocasiones en que él le pedía a su esposa tener relaciones sexuales y ella lo rechazaba. En estas relaciones con su esposa nunca utilizó condón.

La segunda parte de la hipótesis sugiere que el hondureño, que estaba unido con la hija mayor del entrevistado, sostuvo relaciones sexuales con la esposa del entrevistado y de esa manera esta última adquirió la infección.

Después de muertos los actores secundarios de la historia, cae enfermo el actor principal y en el Seguro Social le diagnostican infección por el VIH/SIDA en 2001. Actualmente se encuentra estable porque recibe tratamiento antiretroviral al cual ha respondido exitosamente.

***Por lo que me dice entonces probablemente, aunque no le hicieron la prueba del VIH, su esposa estaba infectada***

Lo creemos así porque se relacionaba mucho con mi hija, ella siempre estaba en casa y este mi esposa sufría porque lavaba mucho con ese detergente le resultó unos hongos y mi hija la curaba. Ahí empiezo a ver alguna probabilidad de que tal vez ella se haya lastimada o los trapos no se en que aspecto pero es lo último que logramos detectar y de ahí yo siempre he estado con esa incógnita, ¿cómo me infecté? Si solamente dicen que así y así y yo estoy enfermo

***¿Llegó a usar drogas o a consumir drogas?***

No, bueno fumé marihuana pero cuando tenía yo por ahí como a los 18 años pero fue un pasó no me gustó esa droga luego este una vez que lo acostumbre mucho me hizo daño, estuve actuando de una manera incorrecta y dije no, esto aquí lo dejo, dejé el cigarro, yo tomé cerveza, tomé licor pero fue un pequeño paréntesis en mi vida, de los 17 a los 23 años, de ahí fue cuando mi esposa me dijo estoy embarazada, entonces le dije voy a dejar los vicios porque viene un ser que necesita un ejemplo y me retiré de los vicios, ya gracias a Dios mi primer hijo nació cuando yo era abstemio. Ni cigarro ni nada, así que yo no puedo padecer de otra enfermedad al menos que sea contagio

***¿Se inyectó alguna vez drogas en las venas?***

No, le digo que nada mas lo que fumé fue cigarro y la marihuana que la probé hasta ahí no menos drogas así

***Usted me decía que lo diagnosticaron en el ISSTECH y ¿cómo está usted en el Seguro?***

¡Ah! es que resultó esto no, los que me iban a ayudar era para subir las plaquetas y no había unidades aquí, no tenemos dijeron, solamente el seguro tiene. Pues yo tengo seguro, ah pues lo llevamos, ellos mismos me llevaron y me internaron allí en el seguro, así fue que gracias a Dios por mis hijos es que tengo beneficios pues en el ISSTECH y en el Seguro. Ahí cuando ya me iban a dar de alta, llegó un epidemiólogo ¿no? me visitó y me dijo ya sabe de que usted tiene el VIH, pues sí. Como que no me dijo nada, yo me quedé así. Al otro día llegó otro y me volvió a hacer la misma pregunta y le digo sí ya me dijeron, ¿su familia ya lo sabe? Hasta ahorita no lo se le dije, pero sí ya lo sabía mi familia. Entonces me dieron de alta porque me lograron llegar a 90,000 plaquetas, suficiente para la enfermedad que estaba aflorando en mi organismo, me afloraba leucemia en la sangre y tuberculosis renal luego la úlcera gástrica, luego la esta infección

El entrevistado tiene su propia interpretación del fenómeno. Refería que él había leído bastante acerca de los mecanismos de transmisión de la infección por el VIH y que no se explicaba cómo él se había infectado. Dice estar seguro que, por vivir en una misma casa varias personas, incluyendo a su hija mayor y a su compañero hondureño, adquirió la infección por entrar en contacto con las secreciones en la taza del baño donde todos hacían sus necesidades fisiológicas. En pocas palabras, dice que él ha descubierto otra forma de transmisión del virus. Jamás pensó que hubiera adquirido la infección al tener relaciones sexuales con su esposa. Apela a una religiosidad quizá como una forma de guardar una esperanza de mejorar y de no morir, o

en todo caso dejar en la voluntad de “Dios” la evolución de su padecimiento. Refiere que pertenece a la religión evangelista (su esposa perteneció también en el pasado) y que eso los hacía llevar una vida recatada, sexualmente hablando. A pesar de que empecé a preguntar por su esposa, por la forma en que podría haberse infectado, refiere que se infectó de forma similar que él. Es decir, nunca pensó que la fuente de infección de él fuera su esposa y que esta probablemente se infectó por tener relaciones con el hondureño.

***¿A partir de cuando usted se convierte a la religión adventista?***

¿Conoce los adventistas?

***Bueno he oído hablar de ellos pero no los conozco***

Sí, pero ¿no se ha relacionado nunca con los adventistas?

***No***

Los adventistas son una organización más o menos abstemia, se habla de la alimentación y en esta última parte casi nos prohíben la carne también porque la carne ha traído muchos factores de enfermedades, entonces tuvimos una profetiza ¿usted sabe lo que es una profetiza?

***Alguien que habla de lo que puede pasar en el futuro***

Y que habla con Dios, que tiene revelación. Esa mujer recibió visiones de alimentación donde Dios le dijo si la carne fue un alimento para el pueblo no lo es ahora por esto y por esto y por esto, entonces hay que sustituir la carne, entonces tenemos que buscar otros alimentos que sustituyan a la carne, porque sino no trabaja el organismo. Huevos hasta dos a la semana pan no por el colesterol si ya se pasa uno de eso pues ya hay problemas ¿no? aunque a veces no lo siente uno luego pero van minando la salud

***¿A qué edad entró usted a esa religión?***

Ese es proselitismo

***Pero a que edad entró***

Ah, este yo estaba muy pequeño tenía yo 14 años cuando empecé a estudiar pero no me convertía, yo estudiaba libros pero vine a convertirme a la organización a los 23 años, cuando me casé, cuando le digo que ya íbamos a ser padres entonces le dije a mi esposa yo quiero ser responsable.

***En este caso ¿sólo estaba usted en esta religión o también su esposa?***

También ella, también en cuanto yo ingresé la empecé a instruir a ella y juntos nos simbolizamos para servirle a Dios y ella fue mi compañera muy fiel en este aspecto, me ayudó mucho porque somos una familia grande pero todos son personas aparte de vicios y todo eso nadie ni mis hijos ni fumaron ni fumaron ni nada, tengo 5 varones, el primero tiene cuarenta y tanto años, tienen su profesión ellos, el primero es licenciado en matemáticas, el trabaja como catedrático, el otro es también licenciado en matemáticas, ahorita andan en Cancún, se fueron a una no se que diversión en estos días, ellas mis hijas no quisieron estudiar, mal agradecidas porque yo les estaba pagando les estaba dando estudios pero luego consiguieron hombre pero dejaron los estudios, estudiaron muy poco, la finadita también, ella estaba estudiando para este

secretaria ejecutiva pero no quisieron así que profesionales nomás tengo dos y otro que estudió para contador pero en el banco le pagan muy poco y entonces lo que hizo fue renunciar al banco, unos ocho años trabajó en el banco, de ahí se metió a taxista, compró una concesión y está trabajando, le fue muy bien hasta ahí, quiero decir que hemos tenido una vida muy apartada, desgraciadamente mi hija ella fue la que bifurcó

El caso de José representa un buen ejemplo de cómo existe una interacción muy importante en la región del Soconusco entre la población local y la población inmigrante de origen centroamericano en términos de relaciones sexuales y de la dinámica que sigue la infección por el VIH en esta región.

## 2.6- ARTURO

Arturo nació en el Municipio de Santa Lucía, Departamento de Intibucá, Honduras en agosto de 1978 por lo que actualmente tiene 23 años de edad. Vivió en ese municipio con sus padres hasta 1994 en que decide ir a Tegucigalpa donde dura un periodo aproximado de tres meses. Después vuelve a Santa Lucía con sus padres hasta que en 1997 viaja nuevamente a Tegucigalpa donde dura otro periodo de tres meses. Tras un regreso de pocos días a Santa Lucía decide partir hacia Estados Unidos viajando a través de El Salvador y Guatemala para llegar a la frontera con México a donde entra por Ciudad Hidalgo, pero no por la aduana sino por el río Suchiate. Este recorrido lo hace con otros 20 individuos que han contactado a un “coyote” a quien le han dado hasta 1300 dólares cada uno para que los lleve a Estados Unidos.

Duran unos cuatro días encerrados en una casa en Ciudad Hidalgo. Ahí esperan la señal del “coyote” para poder continuar su viaje a través de México. Sin embargo, en ese lapso de espera la mayoría del grupo de inmigrantes barruntan dificultades en el paso por México y deciden regresar a sus respectivos lugares de origen. Solamente un grupo de 5 inmigrantes, entre ellos Arturo, deciden continuar el viaje. Junto con el “coyote” toman un autobús en Ciudad Hidalgo para salir hacia el norte del país pero fueron identificados como centroamericanos y detenidos por integrantes del Instituto Nacional de Migración en una de las garitas cercanas a

Tapachula. Al ser detenidos, los cinco individuos centroamericanos no fueron deportados a sus respectivos países sino consignados a las autoridades judiciales por poseer documentos de identificación falsos que les había proporcionado el “coyote”.<sup>93</sup> Por ello fueron enviados al CERESO<sup>94</sup> de Tapachula. Arturo narra cómo sus compañeros de viaje fueron puestos en libertad tras pagar “multas” en el penal, dinero que les fue proporcionado por parientes que se movilizaron para liberarlos.

Al siguiente día en que entrevisté a Arturo, observé la siguiente noticia en el diario local Zona Libre: “65 Salvadoreños purgan condenas en cárceles chiapanecas: Cónsul”<sup>95</sup>. El Cónsul salvadoreño en Tapachula, Lucas Asdrúbal Aguilar Zepeda, consideraba que al menos 65 paisanos suyos se encuentran detenidos en reclusorios chiapanecos por el delito de portar documentación falsa. Considera injusto el hecho en que el gobierno mexicano les pida entre 12 y 20 mil pesos de fianza para que puedan obtener su libertad y poder regresar a su país. De no pagar dicha fianza los detenidos deben purgar condenas que fluctúan entre 4 y 10 años de prisión.

Arturo permaneció detenido al no contar con apoyo económico ni de parientes o amigos para poder salir de prisión. Actualmente está a un mes de purgar una condena de cuatro años. Esta perspectiva halagüeña de quedar en libertad, para realizar nuevos planes en su vida, se vio opacada por el resultado de una prueba de laboratorio que decidió hacerse: seropositivo al VIH. Resulta que las autoridades sanitarias encargada del programa de VIH/SIDA/ITS de la Jurisdicción Sanitaria VII, decidieron dar pláticas en el penal, de orientación preventiva contra la

---

<sup>93</sup> Durante mi segunda estancia de trabajo de campo en la región del Soconusco pude observar diferentes noticias haciendo alusión a la detección de inmigrantes centroamericanos con documentación falsa. Veamos los encabezados de dos noticias: “Detectan a ilegales con credenciales de la Secretaría de relaciones exteriores” El Orbe, 24 de octubre de 2002. “Aseguran a indocumentados con documentos falsos” Zona Libre, 12 de noviembre de 2002.

<sup>94</sup> La penitenciaría en Tapachula.

<sup>95</sup> Zona Libre, 6 de noviembre del 2001: 44.

infección por el VIH y otras ITS y al final invitaron a los prisioneros a realizarse voluntariamente la prueba del VIH. Arturo participó con otros 30 reos haciéndose la prueba sin pensar que él resultara positivo. Al saber el resultado Arturo se ha desconcertado enormemente pues en el momento de estar recuperándose del golpe recibido por haber sido encarcelado injustamente, cree él, recibe un segundo golpe que lo afecta al grado de decir que los días en su vida están contados, que regresará a su casa a morir. En todo caso Arturo es seroreactivo al VIH asintomático, siendo por ello un candidato ideal para recibir tratamiento antiretroviral, previa valoración clínica y del conteo de las células CD4, pero de ninguna manera tiene los días contados.

Los padres de Arturo son de origen campesino. Por ello él empezó a trabajar en el campo sembrando maíz y frijol desde la edad de 8 años. Dice que trabajaba en la parcela de su padrastro como asociado, es decir, trabajando por su cuenta un pedazo y pagando con una parte de la cosecha la utilización del pedazo. A la edad de 16 años, intentando mejorar económicamente su vida, decide probar suerte en Tegucigalpa, capital de Honduras, en donde vive con otros jóvenes que también han decidido probar suerte en la capital. Ahí trabaja como empleado de una gasolinera despachando a los clientes. En total trabajan como 30 individuos en la gasolinera. No queda claro por qué Arturo dura solamente tres meses en Tegucigalpa trabajando en la gasolinera pero después de ese tiempo regresa a Santa Lucía donde continua trabajando en el campo. Arturo realizó solamente cuatro años de escolaridad primaria iniciando sus estudios a los seis años de edad. A los 19 años de edad nuevamente viaja a Tegucigalpa donde dura otro periodo de 3 meses trabajando en la gasolinera donde ya había laborado. Cuando decide partir hacia Estados Unidos y es detenido en Tapachula, dentro de la prisión aprende a hacer hamacas, bolsas, atarrayas con las que gana una cantidad mínima de dinero para solventar pequeñas necesidades personales.

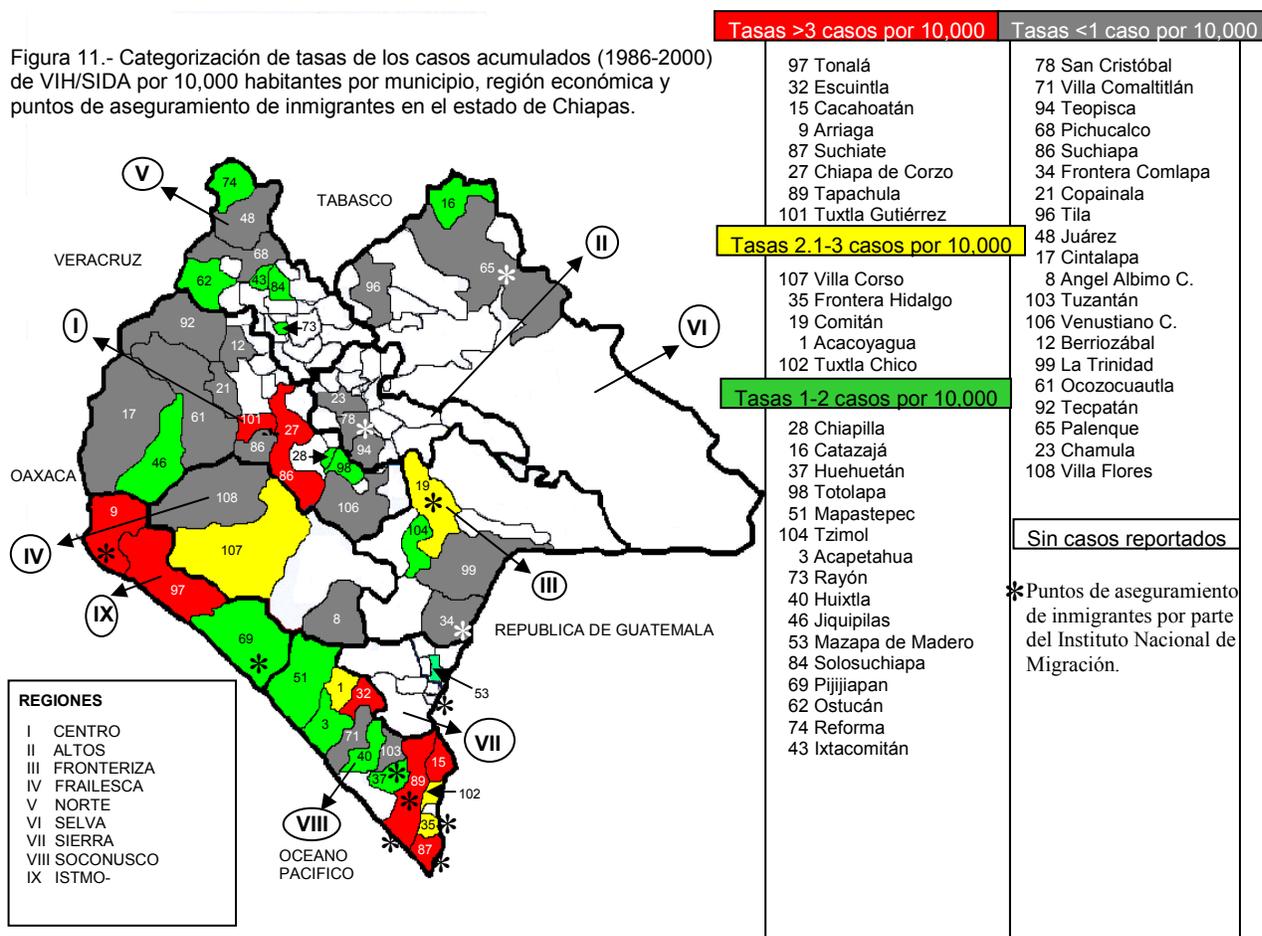
Parece ser que trabaja para otra persona quien le da una comisión por artículo terminado. El comenta que gana aproximadamente 50 pesos semanales haciendo ese trabajo aunque en la penitenciaría los reos tienen derecho a un estipendio de unos 500 pesos mensuales para alimentos u otras cosas personales.

Durante su residencia en Santa Lucía, Arturo siempre vivió con sus padres los cuales aún viven. No ha quedado claro quién fue su padre biológico pues habla de su padrastro cuando se le pregunta por su padre. Arturo es soltero y no tiene hijos. Tampoco ha vivido en unión libre con excepción de una relación duradera con su primera novia que conoció en Tegucigalpa. Aunque estuvo solamente tres meses viviendo en esa ciudad, cuando regresó a su pueblo continuó manteniendo contacto por correo con la chica. Con ella tuvo su primera relación sexual cuando él tenía 16 años de edad y ella 22. Cuando terminó la relación con esa persona dice haber tenido diferentes parejas sexuales femeninas, 15 en toda su vida. La mayoría de las parejas femeninas las ha tenido dentro de la penitenciaría con mujeres que le son presentadas por amigos dentro del penal, es decir, son parejas ocasionales. Las prácticas sexuales que ha tenido son únicamente penetración vaginal, negando penetración anal o sexo oral. Refiere que ha usado condón en la mayoría de las relaciones sexuales que ha sostenido. Refiere que aprendió a utilizar el condón con su primera novia con quien lo usó la mayoría de las veces. Refiere que la mayoría de sus parejas sexuales han sido trabajadoras sexuales aunque a las parejas, con las que ha tenido relaciones sexuales dentro de la prisión, no les ha pagado por tener relaciones sexuales. No obstante lo anterior no considera que esas mujeres fueran “decentes”. Refiere que la nacionalidad de las mujeres con las que ha tenido relaciones sexuales en prisión son mexicanas y algunas salvadoreñas.

No refiere relaciones sexuales con hombres y al preguntarle acerca de su identidad sexual refiere que le gustan sólo las mujeres y que ha tenido relaciones sexuales sólo con mujeres. No sabe si ha tenido relaciones sexuales con personas enfermas de SIDA o positivas al VIH. No refiere antecedentes de ITS, transfusión sanguínea ni drogadicción intravenosa.

### 3.- RESULTADOS DEL ANALISIS CUANTITATIVO

#### 3.1.- DISTRIBUCION DE LAS TASAS DE CASOS DE SIDA POR MUNICIPIO, REGION ECONOMICA Y PUNTOS DE ASEGURAMIENTO EN EL ESTADO DE CHIAPA



En la figura 11 se puede observar la distribución de las tasas de casos de SIDA por municipio. Se aprecia que los municipios del corredor migratorio centroamericano de la costa del estado de Chiapas, correspondientes a las regiones del Soconusco e Istmo costa, tienen las

mayores tasas de casos de SIDA. Además, de los ocho municipios en el estado que tienen las tasas más altas de caso de SIDA seis pertenecen a las regiones del Soconusco e Istmo-costa. Para reforzar estas afirmaciones se construyeron dos tablas. En la primera (tabla 17) se establece una distribución de tasas de casos de SIDA por región socioeconómica en Chiapas. Podemos observar que las tasas más altas de casos de SIDA en el estado de Chiapas se encuentran en las regiones Istmo-costa, Soconusco y Centro, pero fundamentalmente en las primeras dos regiones.

**Tabla 17.- Distribución de casos de VIH/SIDA en el estado de Chiapas por región geoestadística.**

Región‡	Casos	Población†	Tasa
Istmo-Costa	62	163,376	3.79
Soconusco	168	664,437	2.52
Centro	180	1,006,487	1.78
Frailesca	21	214,260	0.98
Frontera	33	388,433	0.85
Norte	12	320,850	0.37
Altos	15	453,918	0.33
Selva	8	541,037	0.15
Sierra	1	168,094	0.06
Total	500	3,920,892	1.27

‡ INEGI, 2000a

† Población por municipios correspondientes a las diferentes regiones geoestadísticas en el estado de Chiapas y obtenida del censo de población y vivienda (INEGI, 2000b)

|| Tasa de casos de VIH/SIDA por 10,000 habitantes.

### 3.2.- DISTRIBUCION DE LAS TASAS DE CASOS DE SIDA POR MUNICIPIO Y POR NIVEL DE BIENESTAR EN EL ESTADO DE CHIAPAS

La tabla 18 muestra que existe una relación entre el incremento en el nivel de bienestar en la población, evaluada ésta en el nivel municipal, y el incremento de la magnitud de las tasas de SIDA. En otras palabras, aquellos municipios que fueron clasificados en las categorías más altas en el índice de bienestar, tuvieron las tasas más altas de casos de SIDA en el estado de Chiapas.

Tabla 18.- Distribución de casos de VIH/SIDA en el estado de Chiapas de acuerdo con las categorías del índice de bienestar ¶.

Categorías‡	Casos	Mpios	Población†	Tasa
7	360	11	1,296,512	2.8
6	72	14	388,572	1.8
5	52	14	580,712	0.9
4	8	5	102,601	0.8
3	7	4	97,532	0.7
1	1	1	59,005	0.2

¶ INEGI, 2000b

‡ El índice fue categorizado en 7 niveles de bienestar que van entre el 1 (el más bajo) al 7 (el más alto)

† Población correspondiente a los municipios en los que se reportaron casos de VIH/SIDA en el estado de Chiapas por nivel de bienestar y obtenida del censo de población y vivienda (INEGI, 2000b)

|| Tasa de casos de VIH/SIDA por 10,000 habitantes.

#### 4.- SUBREGISTRO DE CASOS DE VIH/SIDA EN LA REGION DEL SOCONUSCO

Al comparar la información recabada en el nivel estatal en Chiapas y los reportados en el nivel regional en el Soconusco, encontramos una discordancia en el número absoluto de casos de VIH/SIDA en esos dos niveles (tablas 12, página 79 para el Soconusco y tabla 16, página 163 para el estado de Chiapas). Podemos observar que en el nivel estatal se notificaron 603 casos de VIH/SIDA entre 1986 y 2000. Los casos en el Soconusco fueron 531 en los periodos 1993-1996 y 1999-2000. Podemos ver que los casos de VIH/SIDA en el Soconusco representan el 88% del total de casos del nivel estatal. Pero lo importante es notar que mientras en el nivel estatal los casos fueron reportados en un periodo de 15 años, en el Soconusco lo fueron en la mitad de ese tiempo. Estos resultados sugieren que existe un subregistro de casos en el sistema de vigilancia epidemiológica en el estado de Chiapas que van más allá que el subregistro debido al retraso en su reporte, como lo han calculado algunos autores (Anaya, 1997).

En apoyo de esta hipótesis está el resultado de una entrevista que realicé a la persona encargada del programa de VIH/SIDA/ETS, en la Jurisdicción Sanitaria VII. Esta persona refería

que de la Secretaría de Salud del estado de Chiapas le regresaban todos aquellos formatos de notificación y estudio epidemiológico del VIH/SIDA que no estuvieran correctamente llenados. En el año 2000 fueron registrados en la Jurisdicción 143 casos de VIH/SIDA que cumplían con la definición de infectado por el VIH y como caso de SIDA según el manual para la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. A principios del año 2001, le regresaron de la Secretaría de Salud estatal 26 formatos debido a que no estaban correctamente llenados. Por diversas razones esos formatos ya no iban a ser reenviados a la Secretaría de Salud estatal así que 18.2% de los casos registrados en la región del Soconusco no figuraron en las estadísticas elaboradas en el nivel estatal.

## 5.- REFERENCIAS

Anaya L (1997). Subestimación de la incidencia de SIDA en México debida al retraso de la notificación. *SIDA/ETS*, 3 (2): 35-38.

Arriola AM (1995). Tapachula “la perla del Soconusco”; Ciudad estratégica para la redefinición de las fronteras. Guatemala, FLACSO.

Carrillo H (1999). Cultural change, hybridity and male homosexuality in Mexico. *Culture, Health and Sexuality*, 1: 223-238.

Hernández-Avila M, Uribe-Zúñiga P, Gortmaker S, *et al* (1992). Sexual behavior and status for human immunodeficiency virus type 1 among homosexual and bisexual males in Mexico City. *American Journal of Epidemiology*, 135: 883-94.

INEGI (2000b). <http://www.inegi.gob.mx>

Kinsey AC, Pomeroy WB, Martin CE (1948). *Sexual behavior in the human male*. United States of America, W.B. Saunders Company.

Manual para la vigilancia epidemiológica VIH-SIDA (1990). México, SSA/DGE/INDRE.

Trichopoulos D, Sparos L, Petridou E (1988). Homosexual role separation and spread of AIDS. *The lancet*, 2: 965-66.

Zapata L (1979). *Las aventuras, desventuras y sueños de Adonis García, el vampiro de la colonia Roma*. México, Grijalbo.

## CAPITULO 8

### CONCLUSIONES

“...y los hombres todos de traje negro de smoking pero se veía que todos eran heterosexuales es decir tenían cara de heterosexuales pus no te puedo decir cómo son las caras de los heterosexuales pero uno como homosexual ha aprendido a ver en la cara de la gente su este su onda sexual...”

Luis Zapata (1979)

#### 1.- INTRODUCCION

Como hemos podido constatar a lo largo de las entrevistas en profundidad, la forma en que la sexualidad es vivida y narrada por las personas entrevistadas resulta ser más rica en expresiones, matices y significados que lo que pudiera un investigador suponer *a priori* aplicando un criterio que clasifica las prácticas sexuales en categorías cerradas tales como homosexual, bisexual y heterosexual. El objetivo principal de este estudio fue trascender el análisis puramente comportamental epidemiológico de las prácticas sexuales para poder abordar conceptos que estudiosos del comportamiento homosexual han considerado de importancia para deconstruirlo, como la identidad sexual y el rol de género en Latinoamérica (Carrier, 1976; Lancaster, 1988; Parker, 1987). Más aún, entre estudiosos sobre los comportamientos sexuales y su relación con la infección por el VIH hay quienes han encontrado una falta de correspondencia entre identidad sexual y prácticas sexuales en un abordaje reciente realizado en Estados Unidos (Ross et al, 2003; Malebranche, 2003). Para otros, el rol de género tiene una influencia cultural sobre la configuración de la identidad homosexual en México (Carrillo, 1999). Todas estas discusiones apuntan a cuestionar la concepción médica-científica que postula una correspondencia estable

entre identidad sexual, rol de género y prácticas sexuales. En particular Parker (1987: 157) considera que el modelo conceptual basado en los datos recabados en Estados Unidos y Europa, sobre la epidemia de VIH/SIDA, postula una transmisión del virus predominantemente homosexual y bisexual. Si se asume que las prácticas sexuales son constantes entre culturas, entonces dicho modelo puede ser aplicado en aquellos países en que, como en México y Brasil, predominan las categorías de transmisión homosexual y bisexual en hombres. Sin embargo, para Parker (1987: 157-158) ese planteamiento se encuentra muy alejado de la expresión de la cultura sexual en Brasil. Este autor considera en ese sentido que “Mientras el sistema médico-científico de clasificación sexual parece postular una correspondencia estable entre deseo, prácticas e identidad, el modelo popular en Brasil parecería implicar una relación más flexible entre aquellos componentes de la vida sexual de un individuo”.

Lo anteriormente planteado por Parker (1987), para el caso particular de Brasil, debe ser considerado también para México. En México existe una diversidad en la expresión de la sexualidad masculina. Para un observador reciente de la cultura homosexual en México (Lumsden, 1991), existen sectores de la población que debido al intenso contacto con la cultura sexual norteamericana y europea han desarrollado una cultura gay en las grandes ciudades cosmopolitas como Monterrey, Guadalajara y la ciudad de México. Se trata de personas de clase media y clase alta que desarrollan una actividad homosexual menos inhibida y que se manifiesta en espacios sociales más flexibles y tolerantes ante la homosexualidad. Asimismo, existen una cultura homosexual indígena como la expresada entre los pueblos zapotecas en el estado de Oaxaca o entre los totonacas de Veracruz y Puebla en los cuales el sexo entre personas del mismo sexo puede ser menos estigmatizado que en otras partes de México. El problema en el estudio de la homosexualidad entre poblaciones indígenas estriba en la misma definición de indígena.

Según Lumsden (1991: 24), los términos indígena e indio se refieren a atributos sociales, culturales y lingüísticos más que a atributos de raza. En otras palabras, los indígenas pueden estar integrados a una economía más amplia con respecto a su trabajo y producción pero sistemáticamente son marginados de la corriente principal de la cultura. Por ello se debe abordar el estudio de la homosexualidad tratando de entender su propio entorno cultural y dentro de éste la construcción de la masculinidad, como lo muestra de la Cruz López (1999) en un estudio antropológico sobre masculinidad entre indígenas Tojolabales en Chiapas.

Entre estos dos extremos encontramos a la mayor parte de la población urbana en México ya sea que viva en ciudades pequeñas o en la misma ciudad de México donde los valores mestizos tradicionales como el machismo y la homofobia tienden a dominar. Aunque la homosexualidad puede ser común en ciertas circunstancias, su actividad está impregnada por la cultura urbana mestiza que destaca el rol de género que ya han descrito ampliamente Paz (1973); Carrier, (1976); Williams (1986); Lumsden (1991); González-Block y Liguori (1992); Liguori (1995). Inclusive Carrier (1989) cuida mucho de aclarar que los resultados del estudio que realizó en México sobre homosexualidad se refieren a hombres mexicanos mestizos pues la información de que dispuso, aunque escasa, indica que existen diferencias en el comportamiento sexual entre mestizos e indígenas.

Siempre que se realiza algún estudio en el estado de Chiapas se piensa en la influencia indígena que debe tener, sobre todo en estudios donde lo cultural y social es abordado. Sin embargo, la región del Soconusco puede caracterizarse como una región cuya población es mestiza en el sentido demográfico y cultural. Como ya hemos argumentado en los antecedentes del presente trabajo, la población correspondiente a la región del Soconusco ha sufrido un amplio proceso de mestizaje cultural y demográfico (Arriola, 1995: 22). Desde el punto de vista

demográfico la población indígena es caracterizada por el porcentaje de individuos que hablan lengua indígena. Ya hemos mostrado cómo con datos del Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2000, menos de uno por ciento de la población de la región del Soconusco habla alguna lengua indígena mientras que en la región de los Altos en el estado de Chiapas más de la mitad de la población (60.37%) habla alguna lengua indígena.

De lo anterior se desprende que el análisis de los comportamientos sexuales así como de los roles de género y la identidad sexual de los individuos, deben realizarse conceptualmente en el contexto de una sociedad mexicana mestiza donde predomina una actitud cultural machista de la masculinidad. Los cuatro casos presentados aquí para evaluar el comportamiento sexual en términos de prácticas sexuales, así como el rol de género y la identidad sexual, son originarios de la región del Soconusco o han vivido ahí al menos la mitad de su vida. Esto es importante porque para reflejar los códigos culturales y sociales sobre la sexualidad de la región del Soconusco los individuos necesariamente deben haber vivido por largo tiempo en esa región.

## 2.- ANALISIS DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL DE INDIVIDUOS MASCULINOS DIAGNOSTICADOS COMO POSITIVOS A LA PRUEBA DE VIH EN LA JURISDICCION SANITARIA VII, EN EL ESTADO DE CHIAPAS

Los resultados de las primeras cuatro entrevistas en profundidad presentadas en este trabajo, muestran claramente que no existe una correspondencia estable entre identidad sexual, rol de género y prácticas sexuales. La identidad sexual referida por los entrevistados difirió de las prácticas sexuales que narraron en sus entrevistas en el contexto de su historia de vida. Tomemos el caso de Ricardo quien a pregunta expresa sobre su identidad sexual dijo claramente ser bisexual. Sin embargo, en el contexto de su historia de vida sexual, lo que destaca es una clara homosexualidad. Al preguntarle qué significaba para él la palabra bisexual su respuesta fue

“tener relaciones con mujeres y con hombres”. Él se clasificaba como bisexual por haber tenido por una vez en su vida relaciones sexuales con una mujer. Esta es una definición comportamental de la clasificación epidemiológica de las prácticas sexuales que denota hasta qué punto ha permeado el discurso médico-científico sobre la clasificación de los comportamientos sexuales entre las personas en la región del Soconusco. En ese sentido Ricardo habría sido clasificado como bisexual si se aplicaran los criterios clasificatorios que Hernández-Avila et al (1992) aplicaron a sus entrevistados, lo cual ya hemos discutido previamente en este documento. Sin embargo, como hemos notado anteriormente, el concepto de identidad sexual que utilizamos en el presente trabajo es de resistencia ante la normatividad social de la sexualidad (Weeks, 1998). De esta manera, lo que cuenta para definir la identidad sexual no es tanto lo que dicen que son los individuos, sino lo que hacen. Los individuos pueden considerar que son bisexuales o heterosexuales si se les pregunta directamente por su identidad sexual pero la forma en que ejercen su sexualidad muestra su verdadera identidad. Pero la identidad sexual no es una cuestión puramente individual sino que hace alusión a la situación en que grupos de individuos se asumen como diferentes lo que les permite enfrentar los convencionalismos sociales. Recordemos cómo la única red social con la que contaba Ricardo para expresar su homosexualidad estaba representada por amigos homosexuales que lo conducen a un espacio social marginado, como lo es la zona de tolerancia, pero que al mismo tiempo representa un lugar donde socialmente se permite su expresión.

No obstante lo anterior, lo que domina tanto la identidad sexual como las prácticas sexuales es un elemento cultural de la expresión de la sexualidad: el rol de género. Ricardo jugó siempre el papel femenino en sus relaciones sexuales con hombres e incluso se vestía de mujer. En ese sentido, la identidad sexual de Ricardo está ligada al rol de género femenino y por lo

tanto se trata de una identidad homosexual tradicional acorde con la cultura sexual existente en México (Carrillo, 1999). Sin embargo, encontramos una discrepancia entre lo que el entrevistado dice sobre su identidad sexual autoreportada (bisexual) y lo que realmente hace con su sexualidad (homosexualidad). Por lo tanto el rol de género nos permite aclarar sobre todo la identidad sexual practicada por el entrevistado. Esta observación concuerda con lo planteado por McIntoch (1968) quien ha notado que la gente que no se identifica, culturalmente hablando, con el rol gay de Estados Unidos y Europa occidental no necesariamente identifica su comportamiento como homosexual. El uso actual de la expresión “hombres que tienen sexo con hombres”, subraya ese punto. Una de las conclusiones que Ross et al (2003: 112-113), en su trabajo orientado a probar la concordancia entre identidad sexual autoreportada y el comportamiento sexual realizado, en individuos de ambos sexos en Estados Unidos, fue que los resultados de su investigación refuerza lo señalado por reportes previos que indican que la identidad sexual reportada puede ser discordante con el comportamientos sexual practicado. Pero en este estudio los autores no van más allá del análisis puramente epidemiológico del comportamiento sexual. Sugieren entonces que lo que se debe hacer, sobre la base de los resultados de su estudio, es seguir preguntando por el comportamiento sexual de las personas en lugar de hacer indagaciones sobre la identidad autoreportada.<sup>96</sup>

Por otra parte, el rol de género no sólo influye la expresión de la identidad sexual sino también en las prácticas sexuales. Ricardo siempre tuvo prácticas sexuales anales receptivas, prácticas que son acordes con un rol de género femenino. Por lo tanto, podemos tener las primeras conclusiones de este trabajo que consideran que existe una relación estable entre rol de género y prácticas sexuales así como también entre rol de género e identidad sexual, basada ésta

---

<sup>96</sup> Textualmente en inglés los autores plantean que “Questions on sexual behavior, rather than identity, should be asked, and such questions should not be optional or predicated on preceding questions about sexual identity” (Ross et al, 20003: 113).

en expresión social de la sexualidad. Sin embargo, la relación menos estable es la que se establece entre identidad sexual y prácticas sexuales.

El análisis de los otros casos presentados en este trabajo así lo sugieren. El caso de Francisco es el único en que no se ve la influencia de la terminología médico-científica de la clasificación de los comportamientos sexuales. Francisco se guía por su propia concepción de la sexualidad masculina. Ser hombre es ser penetrativo en las relaciones sexuales, independientemente si estas relaciones son con mujeres o con hombres. Cuando se le pregunta sobre su identidad sexual, Francisco contesta “yo soy hombre, muy hombre...” y a la pregunta de “¿Por qué se considera hombre?” contesta “Pues porque nunca me han penetrado..” Aquí tenemos que el rol de género domina las prácticas sexuales pero no la identidad sexual. Mientras que Francisco se considera “hombre” sobre la base de una actividad sexual penetrativa, la expresión social de su actividad sexual indica la existencia de una clara bisexualidad. Esta bisexualidad no es reconocida explícitamente por Francisco. Cuando se le pregunta sobre la diferencia que existe en términos de satisfacción sexual al tener relaciones con hombres y con mujeres, contesta: “Bueno, sí hay diferencia porque pues el hombre pues su parte es redonda ¿no?, a veces tiene más ajuste que una dama, entonces tiene esa diferencia como también tiene mañas, saben cómo apretar más, saben diferentes cositas que ellos aprenden y a veces las mujeres no tienen tanto colmillo, por ejemplo, las chamaconas no tienen tanto colmillo como para decir a éste lo voy a enloquecer con esto, no”. Pero al preguntarle si, puesto a elegir, preferiría tener relaciones sexuales con hombres o con mujeres, respondió “Con mujereees”; “¿Por qué?”; “Bueno porque es lo más lógico ¿no? la mujer, hay muchas mujeres hermosas, bonitas y pues están a la mano ¿no? de conseguir y eso que le digo de los 5 mampitos (homosexuales) no se ni por qué, en punto de borrachera ¿no? pero de preferencia no, no me

caen mal tampoco, tengo muchos amigos que son afeminados y platico con ellos y nunca me ha faltado al respeto”. Es decir, lo aceptado socialmente son las mujeres y lo de las relaciones con homosexuales no fueron concientes sino bajo los efectos del alcohol.

En su caso Mario reconoce una identidad bisexual pues sabe que, en la clasificación médico-científica, esa categoría es aplicada al individuo que tiene relaciones sexuales tanto con mujeres como con hombres. Sin embargo, no la asume. Cuando se le pregunta si las relaciones sexuales que llegó a tener con hombres eran por dinero, por placer o por atracción, respondió: “La verdad, sinceramente doctor yo nunca pude hacer el sexo con un homosexual sin sentir asquerosidad, al otro día haga de cuenta que me había tomado una cerveza, y amanecía yo con dolor de cabeza y reprimiéndome a mi mismo ¿cómo lo fuiste a hacer? o sea nunca gocé con un homosexual, con la mujer al contrario, al otro día se me hacía tarde por ir a ver”. En el caso de Mario, lo que determina sus prácticas sexuales es el rol de género masculino en el sentido de ser penetrativo en las relaciones sexuales tanto con mujeres como con hombres y aunque sintió deseos de ser penetrado, su “hombría” o “machismo” se lo impidió. Nuevamente, en Mario se refleja el pensamiento dominante sobre la sexualidad masculina, el machismo del individuo que solo penetra pero no es penetrado.

Finalmente en el caso de Luis la identidad sexual resultó ser un gran problema que no ha podido resolver. El análisis del rol de género permite entender mejor ese problema. Luis tiene una inclinación claramente homosexual pero ha utilizado la estrategia de unirse a mujeres para encontrarse en una situación social más confortable. En el principio de su vida sexual Luis empieza a tener relaciones homosexuales en las cuales jugaba un papel activo penetrativo. Hasta ahí Luis estaba jugando un papel socialmente aceptado porque no cuestionaba su hombría o machismo. Sin embargo, pronto llegó a tener relaciones pasivas receptoras lo que le produjo gran

ansiedad pues estaba incurriendo en prácticas socialmente estigmatizadas. Para ocultar dicho comportamiento Luis se casa con una muchacha en Mazatlán, hecho que relata de la siguiente manera: “...para no sentirme descubierto por nadie ¿no? ni por mi familia ni por nadie pues como que le digo que sí ¿no? (le decía a la muchacha que sí se la llevaba para que se casaran), ora si queriendo tapar el sol con un dedo le dije que sí y me la llevé, se fue conmigo...”. Al poco tiempo se separa de esa mujer pues reconoce que su relación de pareja con una mujer no satisface las expectativas sociales esperadas en una unión convencional: “...mi relación de pareja no ¿cómo le dijera yo? no es hasta el día de hoy lo que debe ser un verdadero hombre y una verdadera mujer, ¡no!, yo no me siento bien y ¿cómo le dijera yo? he tenido siete creo o cinco parejas (mujeres) y no me he sentido bien satisfecho...”. Los resultados del análisis sugieren que Luis estableció uniones con diferentes mujeres para ocultar socialmente su actividad homosexual. Entonces, aunque desde una perspectiva comportamental Luis podría ser clasificado como bisexual, en realidad el significado de su sexualidad es la presencia de una homosexualidad no asumida socialmente. Tan es así que ni ante la última mujer con la que vivía en Tapachula, cuando se le realizó la entrevista, asumió que estuviera teniendo relaciones sexuales con hombres. Cuando regresó a Tapachula “¿Siguió teniendo relaciones sexuales con hombres?”; “sí”; ¿Lo sabía ella? (su esposa); “Pues de hecho le han dicho pero yo se lo he negado...”

### 3.- IMPLICACIONES PARA EL SISTEMA MEDICO-CIENTIFICO DE CLASIFICACION DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES

¿Cuáles son las implicaciones de este análisis para el sistema médico-científico clasificatorio de los comportamientos sexuales? En primer lugar la idea de que no existe una relación estable entre identidad sexual y prácticas sexuales. De hecho, este resultado concuerda

con el estudio realizado por Ross et al (2003) en el que encuentran una concordancia baja entre lo que estos autores denominan identidad sexual y comportamiento sexual en individuos de ambos sexos estudiados en Estados Unidos. Estos autores reconocen que puede haber diversas razones que explican la baja relación entre identidad sexual y comportamiento sexual como aquellas en que la necesidad económica es determinante, la estigmatización de la homosexualidad/bisexualidad o las diferencias culturales en la interpretación de lo que se entiende por comportamiento. Estos autores plantean que la sexualidad puede ser más fluida que la concebida por aquellos que conceptualizan a la identidad sexual como un “master status” (Ross et al, 2003: 112).

Por su parte Malebranche (2003) va más allá de las especulaciones hechas por Ross et al (2003) para explicar la débil relación entre identidad sexual y comportamiento sexual. A Malebranche, (2003) le interesa entender por qué hombres de raza negra que tienen sexo con hombres en Estados Unidos, tienen frecuencias de infección por el VIH/SIDA significativamente mayores que las presentadas por los correspondientes individuos hispanos y blancos (Centers for Disease Control, 2001). Para este autor una de las posibles explicaciones de éste fenómeno es que existen problemas metodológicos en la estimación del riesgo de infección por el VIH, así como del abordaje en la reducción de los riesgos entre hombres negros que tienen sexo con hombres (HNSH), lo cual llevaría a un subregistro de los comportamientos de riesgo. En otras palabras, las medidas de riesgo, los diseños de estudio y los instrumentos utilizados en los estudios pueden ser culturalmente inapropiados para abordar a HNSH. El problema estaría dado por una mala clasificación de los comportamientos sexuales en el sentido de que un número importante de HNSH, no se reconozcan como homosexuales. Este autor propone la realización de estudios cualitativos que sean culturalmente atinados para analizar situaciones sociales

sensibles en Estados Unidos como es el caso, por ejemplo, de individuos que son negros y homosexuales. Para ello se necesita realizar un abordaje sobre masculinidad y roles de género en HNSH: “El deseo homosexual, el comportamiento y la identificación están influenciados por los roles de género...” (Malebranche, 2003: 863). Este autor advierte que los individuos negros en Estados Unidos y particularmente los HNSH son culturalmente hablando diferentes que los blancos y latinos y por lo tanto deben ser estudiados utilizando métodos cualitativos que permitan analizar los aspectos culturales sensibles, como la sexualidad entre estas poblaciones. De lo anterior se desprende que el estudio de la masculinidad y particularmente el rol de género, representa el concepto clave para abordar aspectos culturales sensibles sobre sexualidad y su relación con la infección por el VIH.

La segunda implicación para el sistema médico-científico clasificatorio de comportamientos sexuales se refiere precisamente a que el análisis de los roles de género permite entender los resortes culturales que mueven la sexualidad masculina en la región del Soconusco y que pone particular énfasis en su relación con las prácticas sexuales. En el presente trabajo abordamos el concepto de que el género es considerado como un asunto cultural que se refiere a la construcción y clasificación social de lo que es considerado como masculino o femenino (Oakley, 1982: 16). Por su parte el concepto de rol de género alude al cumplimiento de las expectativas socialmente asignadas a hombres y a mujeres (Connell, 2003: 41). En relación con la sexualidad la masculinidad y la feminidad son definidos en referencia a la elección del objeto sexual. Socialmente hablando, ser hombre significa tener relaciones sexuales con una mujer. El individuo que falla en el cumplimiento de esta expectativa social es considerado socialmente “desviado” (Becker, 1963: 35) y es “estigmatizado” (Goffman, 1995). Sin embargo, en diversos países latinoamericanos como Brasil, Nicaragua y México, existen particularidades culturales

sobre las relaciones de género que se caracteriza por un machismo social importante y porque la estigmatización en las relaciones sexuales entre hombres depende de quién juega el rol masculino penetrativo y quién el pasivo receptivo (Paz, 1973; Carrier, 1976; Lumsden, 1991; González-Block y Liguori, 1992; Lancaster, 1988; Parker, 1987).

En el presente estudio el análisis de los roles de género permitió mostrar la estrecha relación que guardan esos roles con las prácticas sexuales. El análisis de las entrevistas en profundidad mostró una clara demarcación entre los individuos que siguieron un rol de género masculino de aquellos que siguieron uno femenino en sus relaciones sexuales con hombres. En el primer caso los individuos tuvieron solamente prácticas sexuales penetrativas y aunque uno de los entrevistados deseó tener relaciones sexuales receptivas, no lo hizo por “hombria” o “machismo”. Otro de los individuos se identificó a si mismo como “hombre” porque él siempre había penetrado tanto a mujeres como a hombres pero él nunca había sido penetrado. En el segundo caso los individuos desempeñaron roles de género femenino al ser anales receptivos en las relaciones sexuales con hombres. Los resultados de estas entrevistas en profundidad sugieren que, en lo referente a las relaciones sexuales entre hombres, prevalece una interacción basada en los roles de género bien delimitados. En este sentido el individuo que desempeña el rol masculino tendría solamente prácticas sexuales activas penetrativas mientras que el individuo que desempeña el rol femenino tendría prácticas sexuales pasivas receptivas. Pero ¿qué es lo que hace que los individuos se comporten bajo determinados roles de género? Tener relaciones sexuales anales receptivas con hombres tiene consecuencias sociales de estigmatización por el entorno social (familiares, amigos, vecinos). El individuo que empezó a experimentar las prácticas sexuales anales receptivas lo primero que hizo fue intentar “tapar el sol con un dedo” uniéndose a mujeres para evitar el señalamiento en su entorno social. Por el otro lado, el

individuo que jugó un rol femenino en sus relaciones sexuales con hombres sólo pudo expresar su sexualidad en una zona de tolerancia.

La tercer implicación para el sistema médico-científico clasificatorio de los comportamientos sexuales es que existe una relación estable entre rol de género e identidad sexual practicada por el entrevistado. Lo importante de esta conclusión es que establece una distancia con la identidad sexual autoreferida que, como ya lo hemos discutido, tiene limitaciones culturales sobre el significado que el individuo le da a su sexualidad pues la identidad sexual autoreferida discrepa de las prácticas sexuales de los individuos. En cambio la identidad sexual practicada indica efectivamente lo que el individuo hace con su sexualidad. Pero para poder entender esa identidad es necesario hacer un análisis de roles de género porque implica tomar en cuenta los elementos sociales y culturales que determinan la expresión masculina o femenina de la sexualidad. Estamos hablando no solamente del estigma social asociado a la actividad sexual anal receptiva entre hombres sino también a los espacios sociales en que el individuo desarrolla su sexualidad. Aquí es importante destacar el espacio social limitado en la región del Soconusco para la expresión de la homosexualidad. Esta puede expresarse socialmente en lugares marginados como la zona de tolerancia o bien ocultándola socialmente mediante la unión con mujeres, situación que obviamente es socialmente aceptada. Pero también en los casos de comportamiento bisexual, los contextos sociales en que se desarrollan sus actividades sexuales son en zonas de tolerancia donde los individuos tienen relaciones sexuales con trabajadoras sexuales y eventualmente con hombres.

4.- IMPLICACIONES DE LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA JURISDICCION SANITARIA VII EN LA REGION DEL SOCONUSCO

No debemos olvidar que hemos estudiado individuos masculinos seroreactivos a la prueba del VIH en la Jurisdicción Sanitaria VII del estado de Chiapas. El punto de partida que originó este estudio se refiere a la pregunta sobre la supuesta “heterosexualización” de la epidemia de VIH/SIDA en la región del Soconusco planteado por Bronfman et al, (1996) y ya ampliamente discutido en la sección sobre el planteamiento del problema. En este trabajo planteamos la hipótesis de que “No existe una correspondencia estable entre identidad sexual, rol de género y prácticas sexuales en individuos masculinos diagnosticados como positivos a la prueba de VIH en la Jurisdicción Sanitaria VII, en el estado de Chiapas, lo cual genera una clasificación incorrecta de los comportamientos sexuales masculinos que pone en duda la supuesta “heterosexualización” de la epidemia de VIH/SIDA en la región del Soconusco”.

Como resultado de este estudio pensamos que existen suficientes elementos que apoyan la hipótesis arriba planteada que cuestiona la “heterosexualización” de la epidemia en la región del Soconusco, lo cual habría que matizar a la luz de los resultados obtenidos. Primero, como ya lo discutimos arriba, no existe una relación estable entre prácticas sexuales e identidad sexual autoreferida. Es decir, no existe una relación entre lo que el individuo dice que es desde el punto de vista sexual y lo que realmente hace con su sexualidad. Segundo, con los resultados del presente trabajo entendimos que es el abordaje del rol de género el que debe guiar el análisis de la identidad sexual y de las prácticas sexuales de los individuos para poder aproximarnos a la descripción de la sexualidad y a la clasificación de los comportamientos sexuales. Tercero, que la clasificación de los individuos en categorías cerradas como homosexual, bisexual y heterosexual, sobre la base de elementos puramente comportamentales, tiende a sesgar la inclusión de los individuos en aquellas categorías porque no toma en cuenta aspectos culturales sensibles sobre la sexualidad de los individuos ni los sitúa en el contexto de su historia de vida.

Concretamente, para poder entender mejor la sexualidad de los individuos masculinos y su relación con la epidemia de VIH en el Soconusco, es necesario poner en tela de juicio la clasificación que actualmente está realizando el sistema de vigilancia epidemiológica sobre el VIH/SIDA la Jurisdicción Sanitaria VII. Para ello se recomienda no eliminar dicha clasificación sino analizarla a la luz de los elementos sociales y culturales que están relacionados con la expresión de la sexualidad masculina en la región y que ya ha sido delineada en este trabajo. La utilización del concepto de rol de género, como punto nodal para el análisis de las prácticas sexuales y de la identidad sexual, debe hacerse en el contexto de la historia de vida de los individuos porque como hemos visto, su sexualidad cambia con el tiempo y con sus circunstancias sociales y culturales. Lo que ha mostrado el presente trabajo es que las relaciones homosexuales y bisexuales entre hombres reactivos a la prueba del VIH, son ampliamente practicadas en diferentes contextos sociales (zonas de tolerancia o redes sociales a través de las cuales individuos con prácticas homosexuales establecen contacto con jóvenes) y culturales (roles de género bien delimitados y relacionados con las prácticas sexuales) en la región del Soconusco con lo cual consideramos que la epidemia del VIH/SIDA en esa región tiene componentes muy importantes de prácticas homosexuales y bisexuales. Con ello estamos considerando que la supuesta “heterosexualización” de la epidemia del VIH/SIDA en la región del soconusco no es tal, no al menos expresada como la principal práctica sexual que domina la dinámica de la epidemia en esa región.

##### 5.- PRACTICAS SEXUALES: INDICADORES Y FACTORES DE RIESGO DE INFECCION POR VIH

La importancia de aplicar el marco conceptual sobre los indicadores y los factores de riesgo de infección por el VIH a las prácticas sexuales de los individuos entrevistados estriba en que

permite articular el análisis social de la sexualidad de los individuos entrevistados con los elementos epidemiológicos de análisis de la epidemia de VIH. Estos elementos epidemiológicos son los indicadores y los factores de riesgo (Aral y Holmes, 1999). En el primer caso nos referimos a la probabilidad de que una persona sana tenga contacto con una persona infectada por el VIH y contraiga la infección. En relación con los factores de riesgo estos fueron definidos como la probabilidad de adquirir la infección por el VIH debida a una determinada práctica en las relaciones sexuales. En este estudio los individuos entrevistados tuvieron múltiples parejas sexuales a lo largo de su vida lo que explica que la probabilidad de establecer contacto sexual con una persona infectada fue alta no solo por la frecuencia de cambio de parejas sexuales (tabla 19) sino también por los contextos sociales donde se desarrollaban dichas relaciones.

Tabla 19.- Parejas sexuales en toda su vida y uso de condón entre los entrevistados ¶

Entrevistados	Parejas ‡		Parejas TS ¶	Condón †	
	H	M		H	M
Ricardo	60	1	1	3	5
Francisco	5	60	45	5	4
Mario	40	200	190	5	5
Luis	300	18	5	4	5

¶ Esta información fue obtenida de los cuestionarios biográficos

‡ Parejas hombres y mujeres en toda su vida

¶ Trabajadoras sexuales

† Corresponden a las siguientes categorías de uso de condón durante toda su vida con hombres y con mujeres:

1) siempre; 2) mayoría de veces; 3) mitad de veces; 4) casi nunca; 5) nunca.

En términos de los riesgos de infección por el VIH tenemos dos aspectos relacionados con su epidemiología en la región del Soconusco. La primera se refiere a las prácticas bisexuales que fueron comunes entre los individuos entrevistados (tabla 19). Con el análisis aquí descrito podemos asegurar que los individuos que tuvieron prácticas bisexuales juegan un papel puente entre los grupos de alto riesgo de infección por el VIH y sus compañeras sexuales, como ya lo

hemos planteado en este documento. Repasemos los casos de Francisco y de Luis los cuales son elocuentes en ese sentido. Cuando en el caso de Luis éste resultó reactivo a la prueba del VIH, su compañera sexual se hizo también la prueba sobre el VIH y resultó no reactiva. Eso no quiere decir que no estuviera expuesta a la infección debido al comportamiento sexual de su pareja. Y si Luis sabiéndose reactivo a la prueba del VIH no hace nada por proteger a su mujer, ésta tendría todas las condiciones dadas para adquirir la infección. Por otra parte, en el momento de la entrevista, Francisco vivía en unión libre con una mujer más joven que él. Al resultar reactivo a la prueba del VIH se le realizó la prueba a su mujer que también resulto reactiva, así como una hija que ambos procrearon de un año de edad. La entrevista que tuve con la mujer de Francisco sugiere que ella estuvo expuesta a la infección por el VIH debido no a su comportamiento sexual sino al comportamiento sexual de Francisco. En ninguno de estos dos casos la bisexualidad de los individuos fue asumida ante sus parejas sexuales lo cual, desde el punto de vista social, particularmente para los sistemas de salud, dificulta el establecimiento de medidas preventivas que limiten la expansión de la epidemia de VIH.

El segundo aspecto relacionado con el entendimiento de la epidemiología del VIH en la región del Soconusco. Las entrevistas en profundidad permitieron explorar los contextos sociales en los cuales los comportamientos sexuales se desenvuelven. Así por ejemplo, los comportamientos sexuales de Ricardo, Francisco y Mario, se desenvuelven en gran medida en Zonas de Tolerancia. En el caso de Francisco, ser pescador y marinero le permitió conocer diferentes puertos y zonas de tolerancia donde establecía contacto sexual tanto con hombres y con mujeres. En el caso de Ricardo, su corta experiencia por ser muy joven la tuvo en una zona de tolerancia. Mario consideró que el visitar la zona de tolerancia y tener relaciones sexuales con prostitutas formaba parte de su “ambiente”. Sin embargo, Mario conoce individuos

homosexuales a través de otras redes sociales diferentes a las que se encuentran en las zonas de tolerancia. A través de amigos conoce hombres homosexuales que “buscan chavos”. Para Luis las zonas de tolerancia no representaron un escenario importante en su vida sexual, excepto en la etapa en que su tío lo llevó a tener relaciones sexuales con prostitutas cuando era adolescente. Sin embargo, Luis hecha mano de diferentes estrategias para relacionar los diferentes trabajos que llegó a tener con sus actividades homosexuales. Como podemos ver, los individuos entrevistados desarrollaron su actividad sexual en contextos sociales donde establecieron un contacto importante con lo que en epidemiología se denomina “grupos reservorio” (Brunham et al, 1990), como son las trabajadoras sexuales y los hombres con prácticas homosexuales que trabajan en bares de prostitución.

#### 6.- ANALISIS DE LA RELACION ENTRE LOS FLUJOS MIGRATORIOS PROVENIENTES DE CENTROAMERICA Y LA DISTRIBUCION DE TASAS DE CASO DE SIDA EN EL ESTADO DE CHIAPAS Y LA REGION DEL SOCONUSCO

En los antecedentes sociodemográficos que hemos hecho en este documento en relación con los flujos migratorios de origen centroamericano y su paso por diferentes corredores a través del estado de Chiapas, destacábamos que la intensidad de esos flujos migratorios era particularmente importante en las regiones del Soconusco e Istmo-costa (ver tabla 5, página 47). En esa tabla podemos observar que para los años 2001 y 2002 aproximadamente dos terceras partes de los individuos “asegurados” por las autoridades del Instituto Nacional de Migración en el estado de Chiapas, pertenecían a la corriente migratoria que pasaba por el corredor del Soconusco. Se trata de un indicador de la intensidad de paso de los flujos migratorios provenientes de Centroamérica por Chiapas, mas no representa una medición exacta de los mismos.

Por otro lado se planteaba en este trabajo sobre la articulación de las corrientes migratorias provenientes de Centroamérica y la epidemia de VIH/SIDA en la región del Soconusco. El hecho de que las tasas de infección por el VIH/SIDA, en los países centroamericanos de los que provienen en su mayor parte los flujos migratorios (Honduras, El Salvador y Guatemala) al Soconusco y al corredor de la costa chiapaneca, sean mayores que las tasas reportadas en México, sugiere que la población centroamericana al entrar en interacción con la población local estaría jugando un papel importante en la generación de casos nuevos en las regiones del Soconusco e Istmo-costa.

Los resultados del análisis de la distribución de las tasas de casos de SIDA en el estado de Chiapas, mostrados en la figura 11 (página 214), muestran que la mayor concentración de “puntos” de aseguramiento de inmigrantes se encuentran en las regiones del Soconusco e Istmo-costa pero además, la figura muestra que los municipios del corredor del Soconusco e Istmo-costa tienen las tasas más altas de casos de VIH/SIDA. Podemos observar también en la tabla 17 (página 215) que la tasa de casos de SIDA en la población correspondiente a las regiones del Soconusco e Istmo-costa, tienen las tasas más altas de casos de VIH/SIDA en el estado de Chiapas.

Estos resultados sugieren que existe una relación entre la distribución de los flujos migratorios centroamericanos y la distribución de las tasas de VIH/SIDA en el estado de Chiapas lo cual apoya la segunda hipótesis planteada: “Existe relación entre la presencia de flujos migratorios centroamericanos y la distribución, en los niveles municipal y regional, de casos de SIDA en el estado de Chiapas”. Esto es particularmente claro en las regiones del Soconusco e Istmo-costa, donde prácticamente todos los municipios han reportado casos de SIDA. Estas observaciones y las realizadas en el planteamiento de este problema en el capítulo 3, sección 4,

sugieren la hipótesis de que existe una interacción de relaciones sexuales entre las poblaciones local y la formada por los inmigrantes, interacción que es particularmente importante en la región del Soconusco.

Esa tercer hipótesis fue planteada así: “Existe una interacción<sup>97</sup> de relaciones sexuales entre la población perteneciente a los flujos migratorios de origen centroamericano que tienen contacto con el territorio del estado de Chiapas y la población de ese estado en el nivel regional”. Dicha hipótesis fue evaluada en este estudio mediante el análisis de los resultados de la entrevistas en profundidad. Los resultados de este estudio muestran que esa interacción se encuentra fuera de toda duda. En las entrevistas en profundidad todos los individuos mantuvieron relaciones sexuales con individuos centroamericanos, fueran estos hombres o mujeres. Estas interacciones sexuales con personas de origen centroamericano se llevaron a cabo no solamente en zonas de tolerancia sino que también en otros espacios sociales en que se van tejiendo redes de intercambio sexual entre la población. Quizás el caso más importante, en un sentido indirecto de interacción, es el de José. Si repasamos en la sección de resultados este caso, podremos ver cómo muestra una dinámica muy particular de personas que no tienen relaciones con grupos de riesgo de infección por VIH en la región del Soconusco pero que, sin embargo, llegan a infectarse muy probablemente vía la inmigración centroamericana. Este caso sugiere que la dirección de la infección es clara, de Centroamérica al Soconusco.

El caso de Arturo representa la forma en cómo los flujos migratorios de origen centroamericano son regulados en su paso por la región del Soconusco por parte del Instituto Nacional de Migración. El caso de Arturo y los reportados en las noticias periodísticas por parte de la prensa local, indican que existen varios casos de centroamericanos reclusos en las

---

<sup>97</sup> De acuerdo con El Diccionario Porrúa de la Lengua Española, interacción significa la acción recíproca entre dos o más objetos, agentes, fuerzas, funciones, etc.

penitenciarias localizadas en la región del Soconusco. Aunque la mayoría de estos individuos son liberados cuando pagan una fianza para luego ser deportados a sus países, algunos como Arturo permanecen en prisión. Con la entrevista realizada a Arturo no es posible saber si ya venía de Honduras infectado por el VIH o adquirió la infección en la prisión. Según la información recabada Arturo habría tenido comportamientos sexuales de riesgo dentro de la prisión donde sostenía relaciones sexuales con mujeres que iban a visitar a los presos. De haberse infectado de esa manera entonces estaríamos hablando de que no solamente las personas locales, las que viven en la región del Soconusco, se encuentran en riesgo de infección por el VIH al entrar en contacto con individuos de origen centroamericano. Son también los centroamericanos quienes pueden adquirir la infección al entrar en contacto sexual con personas que viven en esta región.

Desde luego que con los resultados arriba presentados no es posible establecer relaciones de causalidad entre los flujos migratorios de origen centroamericano y la epidemia de VIH/SIDA en el Soconusco.<sup>98</sup> Sin embargo, debido a que los flujos migratorios van de Centroamérica hacia México y no al revés y al hecho de que los flujos migratorios son particularmente importantes en las regiones del Soconusco e Istmo-costa y a que las tasas de casos de VIH/SIDA son las más altas en esas regiones en el estado de Chiapas, lo que sugiere es que por lo menos en el inicio de la epidemia en la región ésta pudo haber estado influenciada por la dinámica de interacción en las relaciones sexuales entre las poblaciones en cuestión. Pero una vez iniciada la epidemia en la región, ésta ha tomado su propia dinámica ya entre la población chiapaneca.

---

<sup>98</sup> Por supuesto que el diseño epidemiológico de investigación en este caso (ecológico) no permite más que llegar a conclusiones muy gruesas que sólo permiten plantear hipótesis. Ello se debe a que ese diseño no permite conclusiones basadas en la observaciones hechas en el nivel de los individuos de la población y, por lo tanto, no permite un análisis de los resultados que controle los efectos “confusores” tales como el antecedente o no de tener relaciones sexuales con individuos de origen centroamericano pero comparando individuos con infección por el VIH e individuos libre de esa infección y que radican en la región del Soconusco.

## 7.- ANALISIS DEL NIVEL DE BIENESTAR SOCIO-ECONOMICO EN EL ESTADO DE CHIAPAS DESAGREGADO EN EL NIVEL MUNICIPAL Y SU RELACION CON LAS TASAS DE CASOS DE SIDA

Sobre la base del planteamiento del problema en el capítulo 3, sección 4 en este documento, consideramos que el desarrollo de la epidemia de VIH/SIDA en Chiapas no tiende a incrementarse en las zonas rurales ni en poblaciones con poco desarrollo socioeconómico. Por el contrario consideramos que esa epidemia, manifestada por la distribución de las tasas de los casos de VIH/SIDA, se desarrolla ahí donde la concentración de población es mayor y donde existe también un mayor nivel socioeconómico. Por ello fue utilizado el denominado “Índice de Bienestar” elaborado por el INEGI (2000b)<sup>99</sup> que, como ya hemos señalado, incluye 36 indicadores sobre temas relacionados con el tamaño de la población, educación, salud, características de la vivienda, tamaño de la familia y disponibilidad de bienes y servicios. Como pudimos ver en la tabla 18 (página 216), en el capítulo de resultados, existe una relación entre el incremento en el nivel de bienestar de la población, evaluada en el nivel municipal en el estado de Chiapas, y el incremento en las tasas de VIH/SIDA.

Los resultados anteriores sugieren que en el estado de Chiapas la epidemia de VIH/SIDA se encuentra relacionada con el nivel de desarrollo socioeconómico de la población en el nivel municipal. Estas observaciones sugieren que la dinámica de la epidemia en su difusión del VIH es más importante en regiones que también tienen una dinámica socio-demográfica mayor (vías de comunicación, centros urbanos con mayor población, fuentes de trabajo formales e informales, flujos migratorios). En ese sentido estarían establecidas las bases para una mayor interacción entre poblaciones lo cual incrementaría la probabilidad de intercambio sexual y por lo tanto de una difusión más rápida de la infección por el VIH. Esto es particularmente

---

<sup>99</sup> [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/niveles/jly/nivbien/variables.asp](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/niveles/jly/nivbien/variables.asp)

importante en la región del Soconusco donde, como ya se había indicado, 13 de los 16 municipios que constituyen esa región, fueron clasificados en los dos niveles más altos de bienestar, en el estado de Chiapas (figura 5, página 32). Además, en la tabla 18 (página 216) podemos observar que existen 25 municipios clasificados en las dos categorías más altas de bienestar y donde las tasas de casos de VIH/SIDA son las más altas. De ellos, 13 municipios (52% del total) pertenecen a la región del Soconusco. Este planteamiento contrasta con lo propuesto por Bronfman y Magis (1996) quienes consideran que existe una “depauperación y ruralización” en la evolución de la epidemia de SIDA en México. Para estos autores la epidemia de SIDA se está desplazando de las zonas urbanas hacia las zonas rurales en la república Mexicana. Dicho fenómeno, aún no estudiado debidamente en México, estaría asociado con el proceso migratorio de mexicanos a los Estados Unidos. En la región del Soconusco en el estado de Chiapas ese fenómeno de “depauperación y ruralización” de la epidemia de VIH no ocurre como lo hemos visto con los resultados aportados y se debe poner mayor atención a la migración proveniente de Centroamérica que aquella que pudiera haber de la población soconusquense hacia Estados Unidos, en relación con la dinámica de la epidemia de VIH en la región.

## 8.- REFERENCIAS

Aral SO, Holmes KK (1999). Social and Behavioral determinants of the epidemiology of STDs: industrialized and developing countries. En: Holmes KK, Sparling FP, Mårdh P-A, et al (editors). Sexually Transmitted Diseases, United States, McGraw-Hill.

Arriola AM (1995). Tapachula “la perla del Soconusco”; Ciudad estratégica para la redefinición de las fronteras. Guatemala, FLACSO.

Becker HS (1997). Outsiders: Studies in the sociology of deviance. United States, the Free Press.

Bloor M (1995). The sociology of HIV transmission. Great Britain, Sage Publications.

Bronfman M, Magis C (1996). Tercermundialización, depauperación y ruralización del SIDA. Demos, 42-3.

Brunham RC, Plummer FA (1990). A general model of sexually transmitted disease epidemiology and its implications for control. *Medical Clinics of North America*, 74: 1339-53.

Carrier JM (1976). Cultural factors affecting urban Mexican male homosexual behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 5: 103-124.

Carrier JM (1989). Sexual behavior and the spread of AIDS in Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*, 10: 129-142.

Carrillo H (1999). Cultural change, hybridity and male homosexuality in Mexico. *Culture, Health and Sexuality*, 1: 223-238.

Centers for Disease Control (2001). HIV incidence among young men who have sex with men in seven US cities, 1994-2000. *MMWR*, 50: 440-441.

Connell RW (2003). *Masculinidades*. México, UNAM.

De La Cruz López M (1999). *Hacerse hombres cabales. Prácticas y representaciones de la masculinidad entre indígenas Tojolabales en Chiapas*. Tesis de Maestría en Antropología Social. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, San Cristóbal de las Casas, Chiapas.

Goffman I (1995). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires, Argentina, Amorrortu.

González-Block MA, Liguori AL (1992). *El SIDA en los estratos socioeconómicos de México*. Cuernavaca, Morelos, México; Instituto Nacional de Salud Pública.

Hernández-Avila M, Uribe-Zúñiga P, Gortmaker S, *et al* (1992). Sexual behavior and status for human immunodeficiency virus type 1 among homosexual and bisexual males in Mexico City. *American Journal of Epidemiology*, 135: 883-94.

INEGI (2000b). <http://www.inegi.gob.mx>

Lancaster RN (1988). Subject honor and object shame: the construction of male homosexuality and stigma in Nicaragua. *Ethnology (an international journal of cultural and social anthropology)*; XXVII (2): 111-125.

Liguori AL (1995). Las investigaciones sobre bisexualidad en México. *Debate Feminista*, Vol. 11, Año 6: 132-156.

Lumsden I (1991). *Homosexualidad, Sociedad y Estado en México* (traducido al Español por Luis Zapata). Toronto, Canadian Gay Archives y México, Solediciones.

Malebranche DJ (2003). Black men who have sex with men and the HIV epidemic: next steps for Public Health. *Am J Public Health*, 93: 862-865.

McIntoch M (1968). The homosexual role. *Soc Problems*, 16: 182-192.

Oakley A (1972). *Sex, Gender and Society*. Great Britain, Temple Smith.

Parker R (1987). Acquired immunodeficiency syndrome in urban Brazil. *Medical Anthropology Quarterly*; 1: 155-175.

Paz O (1973). *El laberinto de la soledad*. México, FCE, Segunda reimpresión.

Ross MW, Essien EJ, Williams ML et al (2003). Concordance between sexual behavior and sexual identity in street outreach samples of four racial/ethnic groups. *Sex Transm Dis*, 30: 110-113.

Weeks J (1998). La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades. En: SAS I y Lerner S (Compiladoras). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México, el Colegio de México.

Williams W (1992). *The spirit and the flesh: sexual diversity in American Indian culture*. Boston, Beacon Press.

Zapata L (1979). *Las aventuras, desventuras y sueños de Adonis García, el vampiro de la colonia Roma*. México, Grijalbo.