



**“Mujeres de migrantes potosinas, sobre sus experiencias
en la construcción del riesgo de vih y sida”**

T E S I S

**Que para obtener el grado de
Doctor en Ciencias Sociales**

Presenta

Yesica Yolanda Rangel Flores



**“Mujeres de migrantes potosinas, sobre sus experiencias
en la construcción del riesgo de vih y sida”**

T E S I S

**Que para obtener el grado de
Doctor en Ciencias Sociales**

Presenta

Yesica Yolanda Rangel Flores

Director de tesis

Dra. Ma. Cecilia Costero Garbarino

RESUMEN

Las mujeres de migrantes son contempladas en los discursos institucionales como sujetos en riesgo respecto al vih/sida, en función de ello, el *objetivo* de esta tesis fue explorar si estas mujeres han construido su riesgo frente a una enfermedad que históricamente se ha relacionado con la migración, evidenciar el papel que representaciones sociales de género, sexualidad, migración y vih/sida juegan en dicha construcción y dar cuenta de qué forma los discursos de comunicación del riesgo institucionales reconocen o ignoran estas representaciones locales. La *hipótesis* alude que el riesgo es una construcción social cuyo cimiento radica en una serie de representaciones que desde lo cultural y colectivo se configuran, reconfiguran y transmiten en relación a sexualidad, género, migración y vih/sida, imaginarios con frecuencia ignorados en los discursos institucionales desde los que se comunica y gestiona el riesgo. Se trató de una investigación cualitativa realizada con veinte mujeres de localidades urbanas y rurales de San Luis Potosí, historias de vida y narrativas de riesgo fueron los dos métodos utilizados para la recolección de información. Los resultados permitieron dar cuenta que la construcción del riesgo de vih/sida se complejiza en función de las representaciones que respecto a género, migración y sexualidad poseen estas mujeres, imaginarios que en la mayoría de los casos respaldan la percepción de inmunidad subjetiva frente a la enfermedad, las mujeres que evidencian una percepción del riesgo incipiente, con frecuencia son imposibilitadas para gestionar su riesgo dadas las representaciones que sobre género y sexualidad subsisten en sus contextos.

Palabras clave: construcción social del riesgo, representaciones sociales, mujeres, migración, sexualidad, género, vih/sida.

ABSTRACT

Women migrants are contemplated by institutional discourses as subjects at risk with respect to HIV / AIDS, accordingly, the *objective* of this thesis is to explore whether these women have built their risk with respect to a disease that has historically been associated with migration, another objective is to show the role that social representations of gender, sexuality, migration and hiv/aids play in this construction and to demonstrate how the institutional speeches about risk communication recognize or ignore these local representations. The *hypothesis* states that risk is a social construction that has its foundations in representations from the cultural collective and that risk configures, reconfigures and is transmitted in relation to sexuality, gender, migration and hiv/aids, often imaginary that is ignored by institutional discourses formulated to communicate and manage risk. This thesis was a qualitative research conducted with twenty women from urban and rural areas of San Luis Potosi, life histories and narratives of risk were the two methods used for data collection. The *results* demonstrate that the construction of risk of hiv/aids is more complex in terms of the representations regarding gender, migration and sexuality have these women, imaginaries that in most cases support the perception of subjective immunity against disease, women who show an incipient risk perception, often are unable to manage their risk given the representations of gender and sexuality that remain in their contexts.

Keywords: social construction of risk, social representations, women, migration, sexuality, gender, hiv/aids

INDICE

Introducción	1-10
Capítulo 1. El vínculo sida-migración como objeto de estudio. La exploración del riesgo del método epidemiológico al social-	8-42
1.1. La necesidad de medir y cuantificar el riesgo.....	8-21
1.2. La necesidad de recuperar la experiencia del riesgo	21-26
1.3. La incorporación de la perspectiva de género en el estudio del riesgo.....	26-29
1.4. La propuesta de acercamiento de esta tesis.	29-42
Capítulo 2. Las narrativas del riesgo del vih/sida en México, de letal a crónica y del estigma a los derechos humanos	43-90
2.1. 1982-1988. “De jotos y putas” una enfermedad que calla el Estado, condena la iglesia y minimiza el sistema de salud.....	46-56
2.2. 1988-1994. La sustitución de “sujetos de riesgo” por “prácticas de riesgo” y la construcción simbólica del condón.....	56- 61
2.3. 1994-2000. De enfermedad mortal a crónica, el reconocimiento de que el riesgo se complejiza desde la cultura.....	61- 69
2.4. 2000-2006. El estigma, variable negativa en el control de la epidemia y la lucha por el respeto a los derechos humanos.....	69- 76
2.5.2006-2012. El fortalecimiento de las ONGS, la confrontación de la epidemia como asunto social y no de Estado.....	76-90
Capítulo 3. Sobre el escenario, las localidades de estudio	91-119
3.1. Sobre la experiencia de vih/sida en las localidades.....	92-93
3.2. <i>Las participantes</i> . Caracterización sociodemográfica.....	94-99

3.3. <i>El escenario</i> . La migración en el estado, entre la tradición y la necesidad de sustento; Caracterización socio demográfica de las localidades de estudio; Las localidades como espacios físicos; Formas de subsistencia; Motivos y dinámicas de la migración; Representación y cotidianeidad de las mujeres en las localidades.....	99-119
Capítulo 4. Sobre la experiencia de ser mujer en localidades migrantes.....	120-154
4.1 <i>Sobre la vida en la familia de origen</i> . Desde niñas, mujeres de su casa; Habilitación doméstica, un valor simbólico sobrevalorado en las mujeres; Capacitación doméstica: en espera del contrato matrimonial.....	121-136
4.2. <i>Señoras, una soledad que se vigila</i> . El establecimiento de la vida conyugal; La vida conyugal: estar juntos sin estar; Las mujeres “encargadas”; La vigilancia y el control moral; El control económico	136-154
Capítulo 5. La migración desde su horizonte, cambios y persistencias en la cotidianeidad.....	155-180
5.1. <i>Sobre la experiencia de la migración</i> . Despedidas acordadas, obligadas o dolorosas; Las remesas desde la mirada de las que se quedan; Sobre los miedos y los riesgos que construyen las que se quedan	156-169
5.2. <i>Sobre cómo se modifica su vida cotidiana</i> . Prohibición del trabajo remunerado, sobrecarga del doméstico; El trabajo de ser madres “solas”.....	170-180
Capítulo 6. Sexualidades, conformaciones y reconfiguraciones.....	180-241
6.1. <i>Percepciones sobre el deseo y la sexualidad</i> . La domesticación del deseo desde el género; La sexualidad obligada, como función del matrimonio, como medio para la reproducción, madres por presión social, por el derecho a existir socialmente, la maternidad negada.....	182-200

6.2. *Actores, escenarios y discursos en el disciplinamiento sexual.* La escuela, un marco biologicista incompleto; La familia, una participación destacada en la transmisión de tabúes; La iglesia y el discurso de la virginidad como valor simbólico; Sus parejas, vigías del correcto comportamiento sexual; Los servicios de salud como prescriptores de la sexualidad; Las creencias culturales, una herramienta para la represión sexual.....200-228

6.3. *La mujer ante su propia represión sexual.* Mujeres reproductoras de la represión y opresión sexual; Entre la infidelidad temida y la tolerada.....228-241

Capítulo 7. La construcción social del riesgo respecto al vih/sida.....242-301

7.1. *“A mí no me da” el papel de la inmunidad subjetiva.* Heterosexualidad y matrimonio, vacunas simbólicas frente a la enfermedad; La Inmunidad subjetiva y colectiva sustentada en lo moral; El *munus* y su impacto en el riesgo como proceso intersubjetivo; El estigma social, un antifaz que autoinmunizando incrementa el riesgo.....244-268

7.2. *“El riesgo es para ellos, el peligro mío”, La ausencia de agencia frente al riesgo.* Culpa y victimización el juego del género respecto a la enfermedad; “Muerto el niño a tapar el pozo” la experiencia como origen de la construcción del riesgo; Otros indicadores del riesgo, la reconfiguración de la práctica sexual..... 268- 282

7.3. *Gestión de riesgo, la desigualdad de género su principal obstáculo.* Motivaciones y desmotivaciones para el uso de condón; Búsqueda y aceptación de las pruebas de detección oportuna..... 282-301

Conclusiones..... 302-312

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

“La actitud que el sujeto asume con respecto a las amenazas externas una vez identificadas, dependen de que él mismo las seleccione como relevantes, en este sentido, la selección de los riesgos en una población es un proceso social donde interviene el capital cultural y la gestión del riesgo que se establezca en torno al mismo”.

Mary Douglas (1996)

Este trabajo explora la construcción social del riesgo que han desarrollado mujeres de migrantes que habitan en comunidades rurales y urbanas de San Luis Potosí, respecto al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (vih) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida)^{1,2}. El objetivo fue explorar si las mujeres de migrantes han construido su riesgo frente a una enfermedad que históricamente se ha relacionado con la migración, evidenciar el papel que representaciones sociales en relación al género, sexualidad, migración y vih/sida juegan en dicha construcción y dar cuenta cómo los discursos de

¹ El Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH) es el agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) pertenece a la familia de los retrovirus. Existen dos sub-tipos del VIH: tipo 1 (HIV-1) y tipo 2 (HIV-2). Se encuentra el tipo 2 mayormente en África del Oeste, se trata de un lentivirus (permanece por largos períodos en estado latente), una vez que se activa destruye las células inmunológicas (CD4) originando diversos tipos de infecciones y cánceres que se desarrollan de manera oportunistas por la inmunodepresión. Sus medios de transmisión son tres: a través de relaciones sexuales sin protección con una persona que vive con el VIH/SIDA, por recibir sangre, sus derivados u órganos de una persona que vive con el VIH/SIDA (incluyendo el uso compartido de jeringas) y de una mujer embarazada que vive con el VIH/SIDA a su hijo durante el gestación, el parto o en la lactancia materna. (Organización Panamericana de la Salud).

² La Organización Panamericana de la Salud ha aceptado la recomendación de la Academia de la Lengua sobre utilizar el acrónimo “sida” en minúsculas en función de que en tal forma se ha incorporado al léxico común (Terminología relacionada con el VIH: actualización 2006 de la OPS).

comunicación del riesgo de los servicios salud reconocen o ignoran estas representaciones locales.

Si bien es cierto que la vinculación migración y sida no es un objeto de estudio de interés reciente y que numerosas investigaciones provenientes tanto del ámbito de la salud como de las humanidades se han realizado para explorar dicho vínculo, aún se carece de evidencia suficiente para señalar una relación directa y causal entre migración y sida en México.

Lo anterior me insta a ser cuidadosa respecto al rigor teórico, metodológico y ético que sostiene esta aproximación, consciente de que incidir en un tema de investigación como el vih/sida en una población de por sí vulnerable, implica el riesgo de aportar un argumento que validado en lo académico, refuerce el estigma que sobre los migrantes se ha construido señalándoles como “*sujetos de riesgo*”, ignorando con frecuencia el papel que las variables sociales, culturales e institucionales juegan en los contextos de vulnerabilidad de este grupo poblacional respecto a la enfermedad.

Considero pertinente enfatizar que si bien este acercamiento surge de una franca motivación académica, sus alcances pretenden generar evidencia de que el riesgo se construye, gestiona, comunica e incluso se acepta a partir de procesos colectivos. En el sentido anterior, este trabajo demuestra que si bien las narrativas de riesgo se crean y sostienen desde el discurso institucional, los colectivos buscan adaptarlas a las representaciones locales, en la búsqueda de generar una construcción del riesgo menos violenta con sus imaginarios.

Aclaro por otra parte, que no es pretensión de este trabajo anular el esfuerzo que servicios de salud, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales han efectuado para confrontar la epidemia, sin embargo, ello no me aleja de cuestionar el escaso impacto que dichos esfuerzos han tenido sobre una epidemia que en vez de declinar tiende al alza, consecuencia en parte, de un abordaje del riesgo que con base en enfoques epidemiológicos-conductuales, ha impuesto y “justificado” la prescripción normativa de la sexualidad, estrategia cuyo único logro ha sido estigmatizar a minorías sexuales y grupos poblacionales de por sí vulnerables.

Un enfoque que más que favorecer la construcción del riesgo, le obstaculiza aportando argumentos que respaldan el estigma social y entorpecen la construcción del riesgo en dos sentidos, primero activando el imaginario de que se trata de un riesgo exclusivo de migrantes, sexoservidoras y homosexuales; segundo y secundario al primero, favoreciendo la percepción de “inmunidad” frente al riesgo en sujetos ajenos a los grupos señalados, aun cuando en estos grupos la tendencia de la enfermedad va a la alza.

Ejemplo de lo anterior son las amas de casa, sujetos que históricamente se colocaron lejanos al riesgo y que actualmente han mostrado tal incidencia de la enfermedad, que se alude la feminización de la epidemia y se hace urgente problematizar el género como determinante de vulnerabilidad (Urzúa y Zuñiga 2008; Herrera y Campero, 2002)³.

³ Así lo informó el director para América Latina del Fondo de las Naciones Unidas contra el sida, César Núñez, en el lanzamiento del Informe Mundial sobre SIDA, de la Organización de las Naciones Unidas, llevado a cabo en el Centro de Información del organismo en la Ciudad de México (1986).

En el sentido anterior, el objetivo del presente trabajo ha sido explorar la construcción del riesgo que respecto al vih/sida ha desarrollado un grupo de mujeres de migrantes, pertenecientes a contextos distintos, ello bajo la hipótesis, de que la construcción del riesgo que son capaces de elaborar esta influenciada de manera importante, por las representaciones que desde lo social, se configuran y reconfiguran como organizadores de pensamiento, percepción y acción respecto a la sexualidad y sus prácticas socialmente aceptables, pero también a partir de las narrativas que en torno al riesgo se elaboran en sus contextos, relatos que terminan por incorporarse a estos organizadores de pensamiento, algunas veces haciendo eminente la construcción del riesgo, otras tantas, limitando dicha construcción.

El trabajo se instala en un marco francamente cualitativo, a través del uso de dos herramientas metodológicas distintas y complementarias, “historia de vida” y “narrativa de riesgo”. La primera permitió recuperar las representaciones que respecto a la sexualidad, género, migración y vih/sida poseían estas mujeres; la segunda, hizo permitió identificar la existencia de la construcción del riesgo respecto a la enfermedad, así como del papel que las representaciones sociales de sexualidad, género, migración y vih/sida juegan en dicha construcción.

Para la argumentación y sustento teórico se recurrió a la propuesta de importantes teóricos del marco de la antropología, filosofía y el pensamiento crítico; Douglas, Luhmann, Esposito, Bourdieu, Agamben y Foucault permiten mediante sus teorizaciones asir el riesgo como objeto de estudio. Los tres primeros posibilitan dar cuenta del riesgo cómo una construcción tejida desde lo social, el cuarto resulta útil conceptual y metodológicamente para identificar la configuración y reproducción de los “hábitos” que estas mujeres

comparten con respecto al género, sexualidad, la migración y vih/sida; finalmente, los dos últimos brindan argumento para evidenciar la influencia de las representaciones sociales y culturales en la construcción de la sexualidad, así como de la dimensión conflictiva entre las representaciones locales (hábitos) y los científicos (institucionales) en la construcción social del riesgo.

Este acercamiento se posiciona dentro de la corriente constructivista-estructuralista, escuela de pensamiento para la que la realidad emerge como el resultado de la interacción entre estructuras objetivas y subjetividades, donde se reconoce la existencia de instituciones sin negar la experiencia subjetiva desde la que dichas instituciones existen y significan socialmente⁴. Las aportaciones de este trabajo se dan desde una perspectiva epistemológica en la que converge lo objetivo y lo subjetivo, lo individual y lo colectivo, un horizonte que permite reconocer que la construcción del riesgo se sostiene en dos facetas, una derivada de la experiencia personal y otra, sostenida en estructuras, normas, valores y representaciones socialmente compartidos.

En el sentido anterior, este trabajo no parte de un “colectivismo metodológico” en el que el comportamiento se explica dado en su totalidad por las estructuras sociales o el medio cultural, pero tampoco de un “individualismo metodológico” que en la pretensión de reconocer una racionalidad completa al individuo, recurre a concebirlas “dados en su naturaleza” y libres de estructuras sociales en sus pensamientos, percepciones y acciones.

⁴ Entendamos estas *instituciones* desde la perspectiva del antiguo institucionalismo como “una forma de pensamiento ò acción permanente o prevaeciente, la cual está empotrada (“embedded”) en los hábitos de un grupo o costumbres de la gente” (Hamilton, 1932:84) ó del nuevo institucionalismo: “Regularidades generales de comportamiento social” (Schotter, 1981:11) o “Las reglas del juego en sociedad o (...) las restricciones desarrolladas por humanos que dan forma a la interacción humana” (North, 1990:3).

Describamos la naturaleza de este acercamiento como un “individualismo moderado” que da cuenta del riesgo como una construcción que emerge de realidades sociales, donde si bien los sujetos interactúan recíprocamente y a través de relaciones de interdependencia, ello sucede dentro de contextos saturados de desigualdad, dominación y poder ⁵.

En el contexto antes enunciado, el presente acercamiento centraliza en cuatro objetivos básicos:

- Cuestionar la pertinencia del enfoque epidemiológico-conductual, modelo que focaliza la comunicación y gestión del riesgo en comportamientos individuales, mientras ignora la naturaleza social del enfrentamiento de los sujetos al riesgo y los contextos de vulnerabilidad en que se desenvuelven.
- Compartir una lectura distinta del riesgo, en la que el mismo es construido en función de subjetividades, experiencias y habilidades socioculturales que los sujetos han desarrollado para la evaluación de probabilidades y valores respecto al riesgo.
- Reflexionar sobre la batalla simbólica que guardan las representaciones y narrativas de riesgo institucionales (del personal de salud) con las representaciones y narrativas locales (de las mujeres)

⁵ El individualismo ha sido desde sus orígenes una cuestión de índole reflexiva en la filosofía que sostiene las ciencias sociales, desde la teoría de la elección racional que aborda la metodología y ontología individualista en dos vertientes, la radical y la moderada. La primera afirma que una sola teoría que contenga conceptos que refieran exclusivamente a los individuos es suficiente para explicar todo tipo de comportamientos sociales y de sistema social, la segunda sostiene que ciertas premisas universales concernientes a los individuos, aunque valiosas resultan insuficientes para explicar la totalidad de la realidad social. En el sentido anterior, el “individualismo moderado” apuesta por el reconocimiento de modelos que si bien comparten premisas universales, contienen también diferentes hipótesis según el grupo social y sus mecanismos de interacción, mediante este marco se acerca un poco al sistemismo, sin ser sistémico propiamente. Para mayor profundidad consultar: *Bunge, Mario (1999) “Buscar la filosofía en las Ciencias Sociales” Editorial Siglo XXI, pág. 337-367*

- Incitar a la práctica de una comunicación del riesgo que se problematice inserta en una realidad dinámica y colectiva, donde se implican por igual instituciones que atributos culturales y simbólicos a través de los cuales los sujetos perciben, piensan y construyen socialmente su mundo⁶ (Bourdieu, 1987).

Finalmente, se busca aportar evidencia sobre la complejidad que entraña una promoción de la salud que sumamente devaluada desde el enfoque médico hegemónico, continúa empeñada en someter saberes y representaciones locales a discursos institucionales que pretender imponerse como “verdades absolutas”. Todo lo anterior en un contexto, en el personal sanitario que comunica el riesgo, demerita el hecho de que los sujetos sólo incorporan aquellos elementos del discurso que resultan congruentes con sus propias formas de ver el mundo, mientras otras partes del discurso son desechadas, ignoradas e incluso confrontadas, implementándose conscientemente de manera contraria a lo que propone el discurso institucional.

Como se dará cuenta en las narrativas que estas mujeres comparten, los discursos institucionales respecto al riesgo, no son adaptados de manera literal en las disposiciones de acción en sus prácticas sexuales, por el contrario, son cuestionados y confrontados, en contextos en los que no confrontar públicamente el discurso, no implica que lo legitimen desde su realidad y para su realidad⁷ (Bourdieu-Wacquant, 1992, p. 167).

⁶ Por instituciones referimos a las formales e informales, como cuestiones culturales y simbólicas aludimos la existencia de representaciones, hábitos, rasgos identitarios, contextos territoriales e históricos particulares, creencias, retos y oportunidades.

⁷ Se define al discurso legítimo como aquél que emerge del campo científico mediante la intervención de especialista en el objeto de estudio.

El trabajo se divide en seis capítulos, el primero de ellos hace una recuperación hermenéutica de los trabajos de investigación que respecto al vínculo sida-migración se han desarrollado sobre la migración México-Estados Unidos. El capítulo hace énfasis en los enfoques bajo lo que el riesgo ha sido abordado, se enlistan y analizan los trabajos realizados dividiéndoles de acuerdo a su marco metodológico en positivistas y cualitativos, el capítulo concluye enunciando el marco epistemológico, teórico y metodológico que guía el acercamiento de esta tesis.

El segundo capítulo hace una recopilación de los principales discursos que respecto al riesgo de VIH/sida se han construido en nuestro país, haciendo énfasis en la manera en que las narrativas históricas han incidido en la construcción del riesgo de la enfermedad, tanto en el ámbito institucional como colectivo. La intención del capítulo es evidenciar la epidemia como un proceso social que acontecido en contextos históricos y sociales específicos, ha desencadenado conflictos de poder y legitimación entre distintos campos sociales (iglesia-Estado-sociedad), complejizando la construcción social del riesgo.

En el tercer capítulo se hace una caracterización sobre el escenario y las participantes de este estudio, recuperando tanto las características sociodemográficas, como las condiciones sociales, culturales y políticas que prevalecen en las localidades en que se trabajó. El objetivo es situar al lector en el escenario donde se producen y reproducen las historias de vida y las narrativas de riesgo que estas mujeres comparten, desde un marco en el que se acepta la existencia de una relación dialéctica territorio-sujeto, donde no sólo las características del primero inciden en la realidad del segundo, sino donde las maneras de

concebir el mundo y las representaciones socialmente compartidas, configuran y dotan de significado a los territorios.

El cuarto capítulo aborda las experiencias de vida que las participantes han tenido en sus localidades de origen, contextos en los que la tradición migratoria influencia sobremanera su experiencia social de sujetos y enfáticamente como mujeres. El objetivo es contextualizar los espacios sociales y culturales en que estas mujeres crecieron, enfatizando en las convergencias y discrepancias que permitan explicar la existencia de hábitos disímiles respecto a sexualidad, género, migración, tres representaciones que influyen de manera importante la construcción de su riesgo respecto al VIH/sida.

El quinto capítulo recupera la mirada de estas mujeres respecto a la migración, reconociéndole como una experiencia que re-significa sus cotidianidades, dinámicas de vida e incluso sus percepciones sobre las relaciones de pareja. El capítulo tiene como objetivo comprender el tenor en que se insertan las mujeres en los procesos migratorios, así como dar cuenta, si la decisión sobre el migrar ocurre en un marco democrático en el que su sentir y su pensar es considerado, o en su defecto, en el que son ignoradas debiendo aceptar una serie de modificaciones a su vida impuestas arbitrariamente.

El sexto capítulo da cuenta de las condiciones en que estas mujeres ejercen su sexualidad, así como de las persistencias y reconfiguraciones que en el encuentro sexual acompañan la experiencia migratoria. La intención del capítulo no es sólo recuperar el tenor en que se da el ejercicio sexual de estas mujeres, sino evidenciar de qué forma las variables sociales y

culturales llegan a potenciar su vulnerabilidad frente al vih/sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)⁸.

Finalmente, el capítulo siete explora la construcción de riesgo que estas mujeres han elaborado respecto a la enfermedad, recuperando las narrativas que respecto al riesgo elaboran y dando cuenta de las diferencias que sostienen la construcción del riesgo entre mujeres de ámbitos disimiles. Se analiza dicha diferencia a la luz de dos condiciones principales, la diferencia de representaciones socialmente compartidas sobre género, sexualidad, migración y vih/sida, así como las condiciones sociales, culturales y políticas que prevalecen en sus contextos e impulsan condiciones de desigualdad contribuyentes a la feminización de la enfermedad.

⁸ El Termino Infección de Transmisión Sexual (ITS) ha sustituido al de Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS) debido a que no todos los portadores de agentes infecciosos desarrollan enfermedad, pero si trasmiten la infección, es decir, se puede ser portador de un virus, bacteria u hongo sin desarrollar precisamente un cuadro clínico con signos y síntomas manifiestos.

CAPÍTULO 1.

EL VÍNCULO SIDA-MIGRACIÓN COMO OBJETO DE ESTUDIO

LA EXPLORACIÓN DEL RIESGO DEL MÉTODO EPIDEMIOLÓGICO AL SOCIAL

“[El pensamiento humano posee] un aspecto realizativo, concretamente comprometido con las materias y las técnicas [...] y un aspecto procesual y tentativo típico de un hacer que mientras hace inventa el modo de hacer”

Luigi Pareyson, Estética.

Con la aparición del VIH/sida cambios profundos se generaron no únicamente en el ámbito sanitario, también en el político, científico y social; por ello, pretender elaborar este capítulo enlistando heurísticamente los trabajos de investigación que respecto al vínculo sida-migración se han desarrollado, resultaría impertinente, arbitrario y simplista. La revisión del estado del arte que se realiza en este capítulo, pretende desde una postura hermenéutica, recuperar la evidencia que desde el ámbito científico se ha producido en relación a dicho vínculo, analizando de qué forma los hallazgos obtenidos desde distintos enfoques han aportado a la conformación de narrativas de riesgo locales e institucionales.

Considero pertinente aclarar que los estudios de investigación que se enuncian en este capítulo, no son la totalidad de las aproximaciones que respecto al vínculo sida-migración se han desarrollado, sin embargo, he procurado recuperar aquellos acercamientos cuya evidencia permita problematizar la transformación que el vínculo sida-migración ha tenido como objeto de estudio. Un vínculo que concebido en sus inicios en su faceta epidemiológica, medible y cuantificable, ha transitado hasta posicionarse como un objeto

que se reconoce derivado de la experiencia y fuertemente influenciado por las condiciones sociales y culturales de los contextos.

En el sentido anterior, encontramos que el vínculo sida-migración como objeto de estudio se complejizado por doble partida, por un lado, por exigir la discusión pública de un tema tan íntimo como la sexualidad, por otra, porque reafirma el vínculo entre lo clandestino e ilegal con la producción de enfermedad. Respecto al primer punto, es necesario reconocer que con la llegada de la epidemia, la sexualidad dejó de posicionarse como un asunto privado, oculto, personal y discreto, reposicionándose en un asunto que con impacto en la salud pública resultaba pertinente observar, comentar y examinar desde lo colectivo e institucional (Rabotnikof, 1995, p. 49-67).

Respecto al segundo punto, se hace preciso dar cuenta cómo la migración se ha asociado históricamente con ilegalidad y clandestinidad, y en dicho sentido está saturada de representaciones que indeseables desde lo social, sitúan a quienes participan en ella, dentro de contextos de vulnerabilidad física, económica y social⁹.

En el marco antes mencionado encontramos que el vínculo sida-migración se ha instaurado como objeto de estudio a partir de los dos paradigmas, el cuantitativo y el cualitativo. El primero en su afán por cuantificar el riesgo, reporta frecuencias y cálculos de probabilidades entre comportamientos y prevalencias, también enumera sujetos y prácticas específicas de mayor o menor impacto en la probabilidad de sufrir el daño; el enfoque

⁹ La movilización migratoria se ha asociado históricamente con delincuencia, libertinaje sexual, consumo de drogas facilitado y criminalidad.

cualitativo por su parte, busca asir el riesgo como un objeto que sólo puede ser comprendido y dimensionado mediante la narrativa de la experiencia humana, fundamentalmente a partir de la recuperación de subjetividades e intersubjetividades que al riesgo dan forma.

Las ventajas de uno y otro enfoque son diversas y sus alcances también, por lo que mi intención no es descalificar las aportaciones que han generado los estudios cuantitativos, por el contrario, reconozco que dichos estudios han sido pilar en el reconocimiento público y científico del vínculo sida-migración y mediante ello, responsables de posicionarle como problema en la agenda política internacional. Sin embargo, el reconocimiento de sus alcances no me limita para reconocer que una visión del riesgo circunscrita a lo epidemiológico, impulsa políticas de comunicación y gestión de riesgo que insensibles a los contextos culturales y sociales, terminan por hacer del riesgo un discurso institucional ajeno e incluso violento con las representaciones locales y profanas¹⁰.

El capítulo se ha organizado en cuatro partes que no acatan forzosamente a un orden cronológico, sino a los marcos epistémicos y metodológicos desde los que se han aproximado los intelectuales al vínculo vih/sida-migración como objeto de estudio, hacerlo de esta manera, posibilita dar cuenta de la transformación que los enfoques de aproximación han tenido desde su identificación como objeto de estudio. En un primer momento, se recuperan los acercamientos que han aprehendido el riesgo como un objeto

¹⁰ En el ámbito de las Ciencias Sociales se alude los discursos institucionales como los propios de los actores legítimos o sagrados (profesionistas, expertos), mientras los de los sujetos comunes se aluden como discursos locales o profanos, por no poseer la legitimidad de la que dotan los títulos y las ciencias.

cuantificable y medible, posteriormente los que han concebido el riesgo como una variable que saturada de subjetividades es mejor aprehender mediante la narración; en un tercer momento se abordan los estudios que desde un enfoque de género problematizan la cuestión; finalmente, se concluye planteando el marco epistemológico, teórico y metodológico que guía el presente acercamiento.

La necesidad de medir y cuantificar el riesgo.

La relación entre migración y sida no es reciente (Fairchil y Tynan, 1994), así lo demuestran los antecedentes que se rastrean del estudio de este vínculo desde mediados de los ochentas, sin embargo, una cuestión que resulta relevante es analizar la transformación que este vínculo ha tenido derivado de la diversidad de enfoques que se han empleado para su estudio.

En el sentido anterior y para enmarcar el desarrollo del presente capítulo, resulta pertinente abordar el surgimiento de la noción del riesgo en el campo de la salud pública, conocer su trayectoria histórica resulta imprescindible para comprender las transformaciones teóricas, epistemológicas y metodológicas que se han desarrollado respecto al riesgo como objeto de estudio.

Si bien es cierto que el origen de la noción del riesgo se remonta al siglo XIV con el impulso de los seguros de navegación (Mairal 2000), fue hasta finales del siglo XIX que la Universidad de Hopkins propuso la adopción del concepto “riesgo” en el ámbito de la salud, modificando de manera importante el marco epistémico y metodológico que sostenía hasta entonces la original noción del riesgo, mientras por un lado se centraba en cuantificar

probabilidades, por otro, enfatizaba sobre las características o conductas que potenciaban la susceptibilidad de un individuo o grupo de sujetos (población de riesgo), de acuerdo a su grado de exposición a agentes “peligrosos” (factores de riesgo).

En el tenor anterior, encontramos que en el ámbito sanitario el concepto de riesgo se ha usado desde su origen como sinónimo de amenaza/peligro y dentro de un marco que como afirma Lupton (1993) se carga ideológicamente de culpas. Mediante la culpa se descalifican comportamientos “socialmente inaceptables”, se señala responsables a los sujetos frente a la amenaza aun sin analizar las características de vulnerabilidad potenciada de los contextos en los que dichos sujetos se desempeñan, incluso se les estigmatiza y excluye, asumiendo que sus prácticas (“de riesgo”) son evidencia de indolencia por el bienestar común y colectivo, finalmente se legitiman toda serie de estrategias para controlar el cuerpo del otro.

Fue en las décadas 1930-1950 que se trabajó con la teoría de la “exposición”, una propuesta que señalaba el riesgo como producto de susceptibilidades individuales, en dicho sentido, la probabilidad de daño no se contemplaba derivada de condiciones ambientales o colectivas, sino consecuencia directa de comportamientos individuales. El riesgo se significaba como la noción probabilística de la causalidad, donde la probabilidad emergía como un “*algo*” objetivo, racional, preciso, técnicamente determinado (incertidumbre mensurable) y en un paradigma de causación positivista (Almeida, Castiel y Ayres 2009; Krieger y Zierler, 1996, p. 107).

La adopción del concepto de riesgo en el ámbito de la salud, daba respuesta provisional a la búsqueda incesante de los sanitarios por homogeneizar la morbilidad, un enfoque al que sin interesarle dar cuenta de la diversidad humana frente a las amenazas, terminaba descontextualizando la realidad social, concibiendo los “factores de riesgo” como si tuviesen una existencia autónoma, objetiva e independiente de los contextos socioculturales en que se desempeñan los sujetos.

Desde este enfoque más preocupado por homogeneizar la respuesta frente al riesgo que por problematizarle derivada de las condiciones contextuales, surgieron los primeros acercamientos al vínculo migración-sida a mediados de la década de los ochenta. Se trató de aproximaciones que desde marcos clínico-epidemiológicos centraban su interés en estimar tasas de prevalencia y calcular el riesgo de comportamientos específicos, contribuyendo de manera directa e indirecta a la construcción del estigma y la discriminación que caracteriza la enfermedad (Izazola y Cols, 1998; Sepúlveda y Cols, 1988; Valdespino y Cols, 1988).

Los hallazgos de este primer tipo de estudios hizo pública la identificación de sujetos y prácticas “de riesgo”, etiquetas que eran colocadas particularmente sobre sujetos con prácticas homosexuales, trabajadoras y trabajadores del sexo comercial, personas privadas de su libertad y poblaciones móviles. Una de las primeras hipótesis que guió estos acercamientos, fue respecto a que la migración como impulsora de la ruralización de la epidemia, la evidencia permitía predecir una feminización de la epidemia, si continuaban sosteniéndose prácticas sexuales tipificadas como “de riesgo” (Magis y Cols, 1995).

Después de veinte años continuarían realizándose estudios sobre el vínculo sida-migración, sin embargo, las posturas epistémicas diferían, poniendo poco más cuidado en evitar la contribución al estigma y la discriminación de la que habían iniciado a ser objeto quienes participaban de la migración. Gayet y Magis (2000) fueron de los primeros investigadores que plantearon necesario aportar evidencias que derribaran la idea de una asociación irrevocable entre migración y vih/sida, sin embargo, los resultados contrarios a su intención, demostraron que entre los varones con antecedentes migratorios diagnosticados con sida, sobresalían aquellos que habían retornado de los Estados Unidos.

Con las evidencias recabadas desde este paradigma, logró hacerse evidente que si bien el vínculo sida-migración no era exclusivo de la movilización México- EU (Boerma, Urraza, Nco, Ng Weshmi y Cols, 2002; Dunkle, Jewkes, Brown, Gray, 2004), en nuestro país dicho vínculo iniciaba a instituirse como objeto de estudio, debido entre otras cosas a que la migración México- EUA representa uno de los procesos de mayor tradición histórica y dinamismo a nivel mundial (Delgado y Márquez, 2006).

En función de las evidencias recuperadas y la dimensión que iniciaba a darse a la problemática desde lo académico, para 2001 la Organización Internacional de Migración (OIM) consensuó en sesión extraordinaria, la necesidad de contemplar la movilidad poblacional como potenciador de la propagación transfronteriza de la enfermedad

“Para 2005, elaborar y comenzar a poner en práctica estrategias nacionales, regionales e internacionales que faciliten el acceso a programas de prevención del VIH/sida a los trabajadores migratorios y las poblaciones móviles, incluido el suministro de información sobre servicios sociales y de salud” (Asamblea General de las Naciones Unidas, 2001).

El reconocimiento político del vínculo sida-migración, respaldaba la pertinencia de hacer de dicho vínculo un objeto de estudio, los estudios centraron el riesgo de las regiones transfronterizas y en función de ello, delimitaron el objeto de estudio únicamente en dichas regiones y poblaciones.

Ejemplos de este tipo de estudios fue el realizado por Ruiz y Cols. (2002), un estudio que si bien sólo se centró en hombres homosexuales reclutados en lugares de intercambio sexual en las regiones fronterizas de San Diego y Tijuana, permitió estimar por las cifras de prevalencia reportadas, que sólo con internarse al territorio vecino, los mexicanos potenciaban su riesgo (mientras del lado de México 18.9% de los hombres resultaron VIH-positivos, del lado americano la cifra ascendía a 35.2%).

En función de la evidencia arrojada por estudios respecto a una prevalencia mayor de la enfermedad en EUA y el involucramiento constante de quienes migran en prácticas tipificadas de “riesgo”, Hernández y Cols. (2005) llevaron a cabo un proyecto piloto de vigilancia epidemiológica México-California, los hallazgos evidenciaron comportamientos de riesgo en varones migrantes durante su estancia en los Estados Unidos, 12.8% refería sostener relaciones sexuales con hombres, 11.6% intercambiar favores sexuales por dinero y 14.4% haberse iniciado en el consumo de algún tipo de droga.

Para este mismo año, Magis y Cols. (2004) Reportaron los resultados de una revisión documental de bases de datos de casos de sida actualizadas entre 1992 y 2000, sus resultados concluían que la prevalencia de la enfermedad en los Estados Unidos era el doble con respecto a México (0.6% vs 0.3%), cifra que incrementaba el riesgo de contagio

para quienes migraban a territorio estadounidense hasta en un 50% y 5.5 veces más que para México. Esta revisión daba elementos para afirmar que durante su estancia en Estados Unidos, los varones migrantes tenían mayor acceso a nuevas parejas sexuales y drogas inyectables, dos comportamientos tipificados “de riesgo” para vih/sida.

Sánchez y Cols. (2004) plantearon la necesidad de realizar un acercamiento epidemiológico en migrantes mexicanos en California, sin embargo, concluyeron que carecer de información sobre los antecedentes migratorios y la pertenencia étnica de los afectados por vih/sida, limitaba la posibilidad de un análisis sensible que orientara acciones de impacto en materia de comunicación y gestión del riesgo.

Sobre la misma línea, Martínez-Donate y Cols. (2005) buscaron calcular la prevalencia de infección por vih y sus factores de riesgo en obreros itinerantes entre México-California, si bien los resultados de laboratorio indicaron prevalencia cero respecto a la enfermedad, las encuestas sobre factores de riesgo evidenciaban múltiples prácticas “de riesgo” en varones migrantes, situación que resultaba contradictoria en función del inconsistente uso de condón en la mayoría de la población estudiada.

Fosados y Cols. (2006) Efectuaron un estudio cuantitativo para analizar la asociación entre el uso del condón y la migración a Estados Unidos, sus hallazgos posibilitaron aseverar que la experiencia de migración influía positivamente en relación al uso consistente del condón y respecto a la percepción del riesgo de vih/sida, mediante regresión logística daban cuenta que la experiencia migratoria impactaba significativamente en el uso consistente del condón en varones migrantes.

Más tarde Sánchez y Cols. (2010) conduciría un estudio centrado en investigar las razones que impulsaban o afectaban en la disposición para usar condón en localidades con alta participación migratoria de México y Centroamérica. Los resultados referían que la existencia de una escasa percepción del riesgo respecto a la enfermedad, representaba el principal obstáculo para el uso del condón entre varones migrantes. Del total de la población estudiada 45% no se percibían en riesgo, 22% consideraba su riesgo bajo, 12 % regular y sólo 9% alto.

En función de las evidencias arrojadas por los estudios realizados desde este marco, puede concluirse que si bien la estadística ha aportado cifras, dichos números parecen carecer de significado, puesto que no han permitido explicar las razones que obstaculizan o entorpecen la protección mediante el uso del condón. Los estudios que mediante una mirada cuantitativa han pretendido dar cuenta de la percepción del riesgo, lo han hecho desde un marco bastante confuso y contradictorio, mientras algunos señalan que la migración influye positivamente en la disposición para recurrir al uso del condón, otros hablan de la escasa percepción sobre el riesgo como el principal obstáculo para confrontar el riesgo.

Las aproximaciones realizadas desde el marco positivista, aportaron evidencia para justificar pertinente continuar investigando el tópico del riesgo en el vínculo sida-migración, sin embargo, también contribuyeron a la construcción de discursos que deslegitimaban desde el marco de la promoción de la salud, cualquier práctica sexual diferente a la heterosexual, monógama y reproductiva; instaurando en la población, la falsa

idea de que el ejercicio de una sexualidad dentro de esos límites, les dotaría de inmunidad frente a la enfermedad.

1.1.La necesidad de recuperar la experiencia del riesgo.

En función de la trayectoria antes mencionada, surge la inquietud académica de recuperar el riesgo en su faceta narrativa, reconociéndole como una experiencia humana, conformada y saturada de subjetividades/intersubjetividades, situada dentro de contextos sociales saturados de limitantes culturales para el desarrollo de agencia frente a la amenaza.

La propuesta de abordar el riesgo como narrativa, surge también de la necesidad de problematizar el vínculo entre un “objeto en riesgo” y un “objeto de riesgo”, una relación sucedida en un tiempo y contexto particular, dentro de un marco científico, político y social específico. El riesgo se reconoce entonces, cómo una variable que sólo es posible aprehender mediante la narración que los individuos elaboran de su relación con la amenaza, bajo la primicia, de que el riesgo no posee una existencia independiente de los sujetos, sino emerge producto de las representaciones que median entre sujeto (objeto en riesgo) – amenaza (objeto de riesgo) (Gaspar Mairal, 2012)¹¹.

Recuperar las subjetividades que yacen en la construcción del riesgo, posibilita colocar en escena no sólo los comportamientos y cofactores individuales de los sujetos, sino las influencias ambientales, sociales y culturales que privan en sus contextos y que determinan de manera importante, tanto el tenor en que el riesgo se construya, como la gestión que llevan a cabo para protegerse de la amenaza. La recuperación de las

¹¹ Comunicación directa en clase celebrada en el marco del seminario “Un viaje alrededor del riesgo: etnografía, narratividad e historia” 6 de marzo de 2012. Zaragoza España.

subjetividades/intersubjetividades permiten dar cuenta del riesgo como una experiencia no delimitada por decisiones individuales, sino consecuencia de condiciones que influenciadas desde lo social e incluso acordadas desde el colectivo, determinan lo socialmente aceptable para confrontar la amenaza.

En el sentido anterior, este segundo enfoque obliga a desmontar el imaginario de que el sujeto se enfrenta al riesgo desde lo puramente racional, en medida que le reconoce influenciado por estructuras que desde lo social potencian su vulnerabilidad frente a la enfermedad.

Los primeros estudios desde este enfoque, buscaron evidenciar cómo las características de los contextos en que se dan los procesos migratorios, potenciaban la vulnerabilidad de quienes se insertan en la migración y como el involucramiento en prácticas tipificadas “de riesgo” no siempre derivaba de una elección racional, sino de influencias sociales, culturales y económicas propias de los contextos en que se desarrolla la movilización durante su trayecto y en las localidades de destino (Bronfman y Minello, 1995; Bronfman y Cols. 1996).

Bronfman y Leyva (1999) realizaron un estudio que recuperó las condiciones sociales y culturales que potenciaban la vulnerabilidad de quienes participaban en procesos migratorios, sus resultados les permitieron señalar al género como una variable que potencia la vulnerabilidad de las mujeres, en términos biológicos, epidemiológicos, culturales y sociales.

Una vez evidenciada la relevancia de la experiencia social y cultural en la construcción del riesgo, Bronfman y Cols. (2002) realizaron un estudio multicéntrico en la frontera Guatemala-México, la finalidad era analizar las características socioculturales que dan pauta al vínculo movilidad- VIH/sida. Si bien este estudio recuperó también datos estadísticos, resultó innovadora su propuesta del trabajo etnográfico, debido que permitió evidenciar cómo el riesgo se sustenta de manera importante en condiciones contextuales que rebasan la racionalidad.

Los bajos niveles de escolaridad, la violación de derechos humanos, pobreza y corrupción fueron señalados como potenciadores de vulnerabilidad, por primera vez se planteaba en lo público, cómo la práctica sexual de quienes migran llega a ocurrir bajo coacción mediante violencia o por la necesidad de subsistencia. Sin embargo, lo que este estudio poco problematizaban, era el hecho de que dichos encuentros sexuales resultaban también de la necesidad de placer y dentro de contextos en los que la heterosexualidad compulsiva de los varones, les hace obviar cualquier noción de riesgo.

En este marco, se transformaban las metodologías para aprehender el vínculo sida-migración y comenzaba a hacerse evidente la necesidad de moverse de marcos epistémicos, no únicamente en la búsqueda de una mejor comprensión del objeto de estudio, sino incluso por ética, dando cuenta que el señalamiento de personajes y prácticas “*de riesgo*” contribuía al estigma y la discriminación¹².

¹² Ortíz alude que el término “Grupo de riesgo” emerge como una noción estadística que no tiene estigma alguno: “simplemente es en la campana de Gauss, donde aparece la mayor probabilidad de encontrar mis sujetos de estudio, sean éstos clavos chuecos, días soleados, accidentes en carretera, lo que sea”. Al salir de la estadística, la vulgarización del término fue clave para la construcción del estigma.

Muestra de lo anterior son los acercamientos de Xibillé y Cols. (2004), aproximaciones que desde enfoques cualitativos buscaban evidenciar el rechazo y discriminación de que son objeto los migrantes, dada la asociación que de ellos se hace con la enfermedad. Sus hallazgos les llevaron a aseverar la existencia de una asociación bastante fuerte entre población migratoria y problemas sociales (violencia, inseguridad y prostitución), relación que legitimaban actitudes de rechazo y segregación social sobre quienes participan en la migración.

Leyva y Cols. (2004) en el mismo tenor de interés, llevaron a cabo un estudio en tres comunidades fronterizas con elevada migración hacia EU, si bien su intención fue identificar deficiencias en la organización y coordinación intrafronteriza, los hallazgos les posibilitaron identificar que mientras las organizaciones locales habían desarrollado un sistema fronterizo que respondía sistemática y sostenidamente al vínculo salubridad-migración, la activa participación de los medios de comunicación en la difusión de imágenes del migrante asociadas a representaciones adversas al desarrollo social, impulsaba el rechazo y la discriminación hacia migrantes indocumentados.

García, Meneses y Palé (2007) buscaron un acercamiento que desde la perspectiva antropológica recuperara las voces de migrantes, el fin era evidenciar cómo la condición de vulnerabilidad alcanza también a las familias de quienes participan de la movilización. Los relatos recuperados, permitieron identificar que los casos identificados de vih/sida tenían asociación con la recurrencia a prácticas sexuales extramaritales en población migrante, este hallazgo hacia público el riesgo de las mujeres que esperan en sus localidades de

origen y resultaba complejizado por las limitaciones culturales de las féminas para negociar el condón.

Leyva y Cols. (2008) Reportaban los resultados de un estudio de tipo cualitativo realizado entre 2003 y 2004 en sujetos migrantes en California y Oaxaca, los resultados de esta aproximación permitían identificar comportamientos culturales diferenciados entre los dos ámbitos, durante su estancia en California los varones migrantes parecían tener mayor percepción del riesgo y más disposición para el uso del condón, mientras en sus sitios de origen parecía no suceder así, ello implicaba un riesgo también para sus parejas en las localidades de origen.

Hidalgo, García y Flores (2008) realizaron un trabajo etnográfico para evidenciar que el riesgo no era resultado únicamente de condiciones contextuales a las que se exponen durante su permanencia en los EU o sus trayectorias migratorias, sino también a partir de procesos de hibridación cultural que favorecen el ejercicio de prácticas riesgosas aun en las localidades de origen, cuestión que se agravaba, considerando que sus parejas son (la mayoría de las veces) mujeres culturalmente imposibilitadas para negociar relaciones sexuales seguras.

Torres y Cols. (2009) desarrollarían un estudio fenomenológico para abordar el riesgo, su objetivo fue estimar la percepción de riesgo sobre vih/sida de varones de contextos urbanos y rurales que participaban de la migración. Los hallazgos evidenciaron cómo la percepción del riesgo, está más relacionada con los contextos de origen de quienes migran que con su experiencia de migración, evidencia de ello es que la población urbana poseía mayor conocimiento sobre ITS y vih/sida que la rural; otro resultado relevante fue el encontrar que

las mujeres poseen un menor acceso a información y condones que los varones, problemática relacionada con la construcción social del género.

Las evidencias generadas desde el marco cualitativo, daban cuenta que la conducta sexual está fuertemente influenciada por las condiciones sanitarias, pero también por el contexto social, en dicho sentido, la asimetría de poder en el ejercicio de la sexualidad resultaba una variable sobre la que era obligado indagar y para ello, resultaba urgente incorporar la perspectiva de género.

1.2. La incorporación del enfoque de género en el estudio del riesgo

Si bien hallazgos relevantes al género habían ya aparecido en acercamientos cuantitativos y cualitativos, fue hasta la década pasada que la vulnerabilidad de las compañeras de los migrantes fue formalmente problematizada.

Uno de los marcos que se tomó para justificar la relevancia de este paradigma de acercamiento fue el trabajo de Ortiz y Cols. (2000), investigadores que pusieron en la mesa cómo pese a que las mujeres de migrantes desarrollaban una percepción de riesgo respecto al VIH, sus habilidades de protección resultaban limitadas por las dificultades que tenían para negociar el uso de métodos de protección. La limitante de este acercamiento es que si bien demostraba una relación entre género y vulnerabilidad, continuaba problematizando la percepción del riesgo y su gestión desde el ámbito de lo individual, dejando de lado el impacto de lo social, cultural y colectivo.

Herrera y Campero (2002) abordaron la condición de vulnerabilidad respecto a la enfermedad, reflexionando respecto al complejo tejido de las relaciones sociales y la

desigualdad social que deriva de la construcción cultural del género. Si bien no trabajaron exclusivamente con mujeres de migrantes, sus hallazgos continúan siendo clave para argumentar cómo la estructura y las relaciones de género, acrecientan la vulnerabilidad de las mujeres y particularmente la asimetría de poder implícita en el ejercicio sexual humano. La necesidad de aportar evidencia al respecto, obligó a plantear nuevos enfoques para abordar el vínculo, ejemplo de ello es el estudio de Hirsh (2003) quien desde una aproximación etnográfica evidenció que no basta con que las mujeres den cuenta de su riesgo, se hace necesario problematizar que sus prácticas sexuales y reproductivas ocurren en contextos de inequidad de poder, espacios en los que desde lo cultural se dictan y toleran comportamientos sexuales desventajosos para su protección.

Hernández Rosete (2005) pondría en evidencia cómo la vulnerabilidad deriva de la estructura jerárquica y la asimetría social, producto de las relaciones de poder en el sistema sexo género. Sus resultados dieron pauta para afirmar que la vulnerabilidad, emerge de un conjunto de factores económicos, políticos y socioculturales que ligados a la identidad e historia de vida de las personas (sexo, edad, escolaridad, condición étnica, situación migratoria, y nivel socioeconómico) les colocan en situaciones que limitan su capacidad para gestionar el riesgo de una ITS.

Siguiendo la línea, Maier (2007) efectuó una aproximación en la que desde una perspectiva investigación-acción evidenció cómo nuevos modelos de comunicación del riesgo, ofrecían mejores resultados respecto al empoderamiento de las mujeres para gestionar su riesgo

frente a la enfermedad¹³. Su intervención concluyó, que la comunicación del riesgo tiene mayor impacto cuando se promueve en ambientes que se preocupan no sólo por aportar información, sino por deconstruir la vergüenza que históricamente ha caracterizado la sexualidad de las mujeres.

Caballero y Cols. (2008) realizaron un estudio cualitativo en mujeres de migrantes de dos comunidades (urbana y rural) con alta movilidad migratoria, su objetivo se centró en analizar cómo se modificaban los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud en el marco de la migración de sus parejas. Los resultados evidenciaron reconfiguraciones contradictorias en la búsqueda de atención a la salud sexual y reproductiva, si bien las mujeres “*encargadas*” con sus familias de origen o políticas, mostraron mayor capacidad de respuesta ante problemas de salud por la movilización de apoyos familiares, mostraban también, menor capacidad de decisión para seleccionar y demandar los servicios de salud que consideraban necesarios.

Finalmente Ochoa y Cols. (2011) condujeron un estudio cuya finalidad fue analizar la autoimagen e imagen social de las mujeres compañeras de migrantes y su relación con la búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva. Los resultados les llevaron a concluir que la autoimagen y la imagen social de las mujeres de migrantes como “*desprotegidas*”, “*solas*”, “*sin pareja sexual*”, condicionaban que las propias mujeres se alejasen tanto de

¹³ “*Gestión de riesgo*” refiere a la serie de estrategias que los sujetos son capaces de implementar para reducir la probabilidad de resultar afectados por la amenaza. Una gestión de riesgo eficaz requiere el desarrollo de “*agencia*”, término mediante el que se define la capacidad de los sujetos para procurar su salud y bienestar, regulando tanto de sus comportamientos, como de las condiciones que pudiesen resultar adversas en su contexto y las contingencias que pudiesen resultar (Orem, 2001; Giddens, 1984)

la comunicación como de la gestión de riesgos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

1.3.La propuesta de acercamiento de esta tesis.

Mucho reflexioné sobre la conveniencia de incluir un apartado específico respecto a la metodología implementada, la mayoría de tesis doctorales a las que tuve oportunidad de acceder a lo largo de mi formación no incluían un apartado específico al respecto, pese a ello, se tomó la decisión de incluir este apartado por una cuestión simple pero por demás relevante, esta investigación atañe al ámbito de la salud, un campo en el que guste o no, continúan reproduciéndose discursos que en la búsqueda incesante de “certezas”, exigen detalle sobre los caminos científicos implementados y en el que con frecuencia continúan descalificándose, aquellos enfoques que no encajan en los cánones positivistas de investigación.

Sobre la postura teórico - epistémica.

Lo primero que considero necesario explicitar es el marco teórico epistémico que sostiene este acercamiento, dado que es ampliamente reconocida la congruencia que debe existir entre la postura teórica y la pertinencia de determinados métodos.

Resulta pertinente aclarar que no es pretensión de este trabajo evidenciar a manera de verdad absoluta, ni la experiencia de las mujeres que han participado de este estudio, ni el análisis e interpretación que de sus experiencias y subjetividades me he atrevido a hacer como investigadora. La pretensión de este acercamiento es compartir la lectura que mujeres

insertas en contextos muy particulares han hecho respecto al riesgo, reconociendo que los hallazgos novedosos o predecibles que este trabajo pudiese arrojar, son resultado del cruce de intersubjetividades [*las de las mujeres y la propia*] que se hicieron emerger, en un claro reconocimiento del marco de análisis de la implicación que ello requirió¹⁴.

Esta aproximación al riesgo como objeto de estudio, se inscribe fielmente en un marco cualitativo y en dicho sentido, su interés no se ocupa de dimensionar el riesgo mediante datos cuantitativos, sino en dar una lectura hermenéutica de la construcción del riesgo como experiencia social, describirle, interpretarle y comprenderle como un constructo que resulta de subjetividades que a los sujetos son inherentes, pero que al mismo tiempo reflejan el papel que valores, normas y representaciones socialmente compartidas juegan en dicha construcción (Blummer, 1982).

El presente acercamiento se ubica en un marco teórico constructivista-estructuralista, una corriente que en la búsqueda por reconciliar los enfoques idealistas y materialistas, reconoce por igual sujeto y objeto, lo individual y lo colectivo, una escuela que en palabras de Gilberto Giménez (1999)

“Pretende superar el sociologismo de Emile Durkheim que valoriza lo colectivo a expensas de lo individual, y el individualismo metodológico que valoriza al individuo a expensas de lo colectivo y estructural”

La mirada constructivista-estructuralista posibilita dar cuenta cómo en la construcción del riesgo convergen procesos de comunicación y pensamiento social, reconociendo que la misma está fuertemente influenciada por una serie de instituciones, valores y normas

¹⁴ El cuestionamiento de la relación desde la que se produce el conocimiento, el análisis de las situaciones concretas es lo que puede delimitar los límites históricos de dicho conocimiento, este análisis de la implicación es lo que posibilita relativizar supuestas “verdades”, generando a la par la oportunidad de reflexionar sobre el propio entendimiento (E. Morin, *La méthode t. III* Ed. Du Seuil, París, 1977)

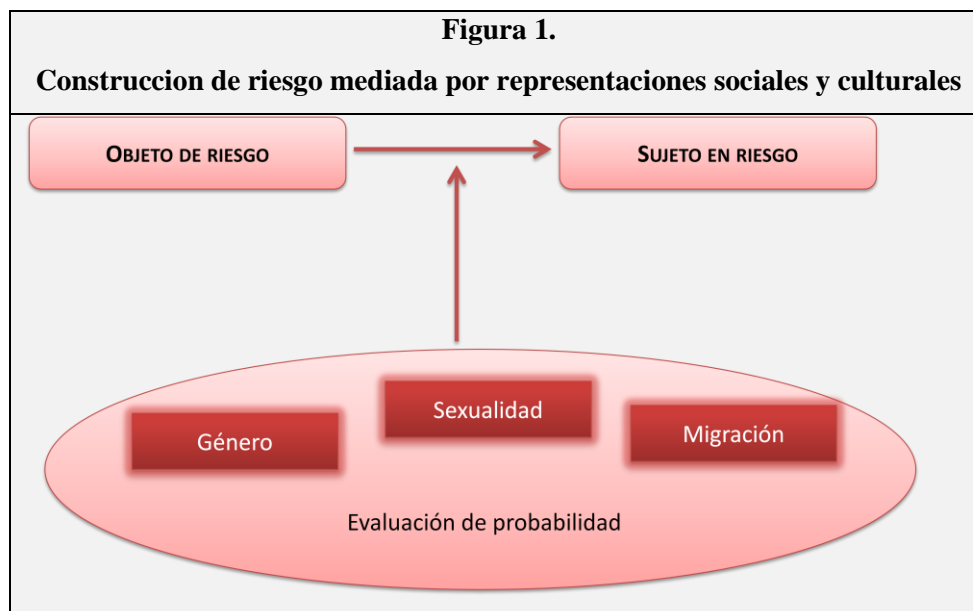
colectivas, pero jamás negando, la existencia de una subjetividad que hace posible que dichas representaciones existan y signifiquen socialmente.

Desde este marco resultaron por demás relevantes los aportes de teóricos de Bourdieu, Douglas, Esposito, Luhmann, Agamben y Foucault; marcos teóricos que han resultado de utilidad para evidenciar cómo la respuesta humana frente a las amenazas, no deriva por completo de las estructuras sociales en que los sujetos están insertos, pero tampoco de una racionalidad absoluta independiente de estructuras sociales.

Los aportes de estos autores, ayudan a comprender el riesgo derivado de una construcción intersubjetiva, que implica en sí misma procesos de interacción y comunicación que los sujetos incorporan a su propia visión de vida para interpretarles e incorporarles, insertos en realidades en las que el riesgo resulta de una relación dialéctica entre estructuras sociales y experiencias personales, donde la realidad no se impone al individuo desde su externalidad, sino es construida a partir de las intersubjetividades de las representaciones colectivas (Schütz, 1993).

En dicho sentido, trabajar la exploración, análisis e interpretación de los hallazgos recabados desde el paradigma constructivista-estructuralista, resulta congruente con la metodología de Narrativas del riesgo, empleada también en este acercamiento. Se trata de una propuesta teórica y metodológica que reconoce el riesgo, no sólo como resultado de una relación entre objeto “en riesgo” y objeto “de riesgo”, sino como producto de la interpretación que los sujetos hacen sobre dicha relación y sus consecuencias, en palabras de Mairal (2008) donde el riesgo es “*un orden relacional y probabilístico mediante el cual*

se establecen conexiones o vínculos entre la gente y las “cosas” y que guían su interpretación” (Mairal, 2008).



Modificación del esquema de construcción del riesgo propuesto por Mairal (2000).

Los escenarios y participantes.

En el estudio participaron 21 mujeres, once de la colonia rural veinte de noviembre del municipio de Ciudad Fernández en la zona media del estado y diez pertenecientes a la localidad de Rancho Nuevo adscrita al Municipio Soledad de Graciano Sánchez, considerada urbana dada su conurbación con la capital del estado. Las localidades fueron seleccionadas en función a representar dos regiones distintas del estado y caracterizarse por alta participación migratoria.

El interés de realizar esta investigación con mujeres de localidades con características socio demográficas distintas, atendió al marco Bourdiano, específicamente al concepto de habitus (1987), término mediante el que se alude que las personas que comparten un espacio social

homogéneo, tienden a compartir sistemas de disposiciones parecidos respecto a su forma de ver el mundo y actúan en él a manera de “estructuras-estructurantes-estructuradas”. Se trata de sistemas de disposiciones durables y transferibles– (estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes) desde la que el sujeto se relaciona con el objeto de riesgo, puesto que funciona como una matriz estructurante de las percepciones, apreciaciones y acciones de los agentes frente a un acontecimiento (Bourdieu, 1972, p. 178)¹⁵.

El universo resultó conformado por mujeres que se localizaron a través de los servicios de salud, dado que no existía padrón de registro de sujetos activos en migración se acudió al conocimiento de casos que tuviese el personal de los servicios de salud locales.

Los criterios de inclusión fueron:

- a) Que fuesen pareja de varones migrantes activos o que lo hubiesen sido con patrón de migración circular.
- b) Que no hubiesen participado en procesos de migración conjunta con su pareja.
- c) Que residieran actualmente en las comunidades de estudio.

¹⁵ Bourdieu refiere como “*estructura*” al espacio social en el que los sujetos se desenvuelven y adquieren una serie de disposiciones (valores, normas, representaciones, formas de ver el mundo) semejantes. La estructura se refiere “*estructurante*” en el sentido que condicionan de manera importante la posibilidad de prácticas comunes al interior de un mismo grupo. Se considera que las “*estructuras son estructuradas*” en función del proceso que los sujetos llevan a cabo para habilitarse en lo social, logrando que las estructuras objetivas concuerden con las subjetivas. Se aluden como “*estructuras estructurantes*” por el poder que las estructuras poseen para generar y mantener la reproducción de ciertas prácticas y representaciones.

Sobre el procedimiento de recolección de datos.

Una vez que se informó a las mujeres sobre los alcances y objetivos del estudio y previa firma de consentimiento informado, se procedió a recolectar la información, dividiendo metodológicamente esta etapa en dos fases. La primera fase se abocó en recuperar las historias biográficas, enfatizando sobre las dimensiones de género, sexualidad y migración; la segunda, recuperó las narrativas que respecto al riesgo han desarrollado en sus contextos.

Cabe hacer hincapié sobre la estrecha relación que sostuvieron ambas fases, dado que los hallazgos de la primera, resultaron imprescindibles para explicar la naturaleza de las coincidencias y divergencias en la construcción del riesgo de las mujeres.

Primera fase: Recuperación de relatos de vida sobre el ser mujer sexualmente activa en el contexto de la migración.

Para esta fase se recurrió a la historia de vida, método que posibilita dar cuenta sobre cómo los individuos crean y reflejan el mundo social, recurriendo a la riqueza de la subjetividad como fuente de conocimiento. Este método hace factible identificar no sólo las representaciones que inciden como pilares en la construcción del riesgo, sino rastrear su origen y el propósito de su reproducción en los contextos particulares (Córdova, 1990, p.7).

Si bien los relatos de vida tuvieron como propósito central rescatar la historia biográfica de las informantes, se buscó profundizar en tres dimensiones particulares, género, sexualidad y migración, estrategia metodológicamente válida, ya que como Ruíz (2012) refiere:

“En principio una historia de vida abarca todo el recorrido biográfico de un individuo, aunque, en el momento de su planteamiento inicial lo mismo que en el de su acabado final, el investigador estará interesado en destacar alguna(s) dimensión(es) o algunos momento(s) más destacado(s) o significativo(s) de esta totalidad vital”

El objetivo de las entrevistas realizadas en esta primera fase, se centró en recuperar la evolución de su historia de vida como mujeres insertas en contextos de alta participación migratoria, sobre sus posibilidades y limitaciones de desarrollo, obligaciones, derechos, necesidades, problemáticas, roles y actitudes respecto a dos cuestiones que emergen básicas para comprender y explicar la construcción que respecto al riesgo de vih/sida han elaborado: el proceso migratorio y el ejercicio sexual.

Las entrevistas profundizaron en las tres dimensiones de análisis antes mencionadas, siguiendo un orden cronológico y abordando desde su nacimiento e infancia en la familia de origen, el establecimiento del noviazgo y la vida marital, hasta la experiencia de la migración en sus parejas. En sus relatos, las mujeres permitieron dar cuenta de las representaciones de género, sexualidad y migración que prevalecen en sus contextos, la forma en que les han internalizado para conformar sus hábitos o incluso sobre cómo les han retado en su cotidianeidad.

Las entrevistas fueron realizadas en diversos momentos, programados así con el fin de ganar tiempo para establecer un rapport más o menos eficiente, así como para evitar el tedio durante las entrevistas. Si bien la recuperación de los relatos de vida en ocasiones requirió de la realización de más de dos visitas domiciliarias, las entrevistas se abocaron a dos guías generales planteadas con antelación.

En la primera de las guías de entrevista se exploraron las etapas de infancia y adolescencia, con el objetivo de contextualizar los espacios en que estas mujeres han sido socializadas desde su llegada al mundo, las características de la estructura familiar en que crecieron, las oportunidades a las que accedieron en sus ambientes y las limitaciones que hasta la fecha identifican para su desarrollo humano y social. Se estableció particular énfasis en la influencia que el género tuvo en su experiencia como hijas, estudiantes, novias, así como en las redes sociales a las que han tenido oportunidad de acceder y formar parte.

La segunda guía focalizaba en el establecimiento de la vida marital y la llegada de los hijos, el objetivo fue explorar las condiciones en que se cimentó la vida conyugal, los antecedentes respecto al noviazgo, los motivos para unirse en pareja, las consideraciones para iniciar la procreación y la dinámica conyugal que ha traído consigo la inserción del varón en los procesos migratorios, en sus cotidianidades y en la persistencia o reconfiguración del rol social.

Considero pertinente aclarar que si bien ambas entrevistas estaban organizadas en función de un orden cronológico, resultaban atravesadas horizontalmente por las tres dimensiones a explorar, de esta manera, mientras en la primera entrevista abordaban haber crecido en un contexto en el que la migración era tradición, en la segunda narraban como su pareja se había insertado en el proceso migratorio, detallando la perspectiva que ellas tenían al respecto y el trastrueque de sus cotidianidades a partir de dicha decisión.

Mientras en la primera exponían los discursos que sobre sexualidad había recibido de la iglesia, escuela y familia, en la segunda, compartían la dinámica del ejercicio de su

sexualidad y los cambios que en ella se había presentando a lo largo de la unión marital o como consecuencia del involucramiento de su pareja en la migración.

A través de la recuperación de los relatos personales fue posible identificar, no únicamente la experiencia subjetiva de las mujeres, sino incluso dar cuenta, cómo dicha subjetividad se inserta en la experiencia colectiva de cómo se vive el “*ser mujer*” en su contexto, de qué forma este “*ser mujer*” influencia las formas de ver y ejercer la sexualidad, e incluso de que manera el género incide en prácticas sociales cómo el participar o no en la migración, asistir a la escuela o involucrarse en el trabajo remunerado.

Los relatos recuperados hicieron factible identificar, tanto las representaciones que las mujeres poseen respecto a las dimensiones género, sexualidad y migración; como las reconfiguraciones o persistencias que estas representaciones han tenido en las distintas etapas de vida. Representaciones que cobran relevancia bajo la premisa de que sólo conociendo los procesos y los modos en los que las mujeres captan y crean su vida social, es posible comprender el significado subjetivo que el riesgo posee para ellas (Ruíz, 2012).

A través de estos relatos de vida fue posible también, dar cuenta no sólo del contexto actual de las mujeres, sino de los ambientes en los que se dio su llegada al mundo, el contexto familiar en que se desempeñaron, los diversos roles que socialmente han asumido y cómo los han llevado a cabo, la historia y tradiciones colectivas de que formaron parte y sus experiencias de cotidianidad (Ferraroti, 1988).

En síntesis, los relatos biográficos hicieron posible recuperar tanto la subjetividad de estas mujeres, como el protagonismo que las instituciones han tenido a lo largo de su vida y el

papel que han jugado en la mirada que actualmente estas mujeres poseen respecto a su realidad social y específicamente con respecto a su riesgo frente al padecimiento.

Segunda fase, la construcción del riesgo a partir de la recuperación, contrastación y validación de las narrativas de riesgo.

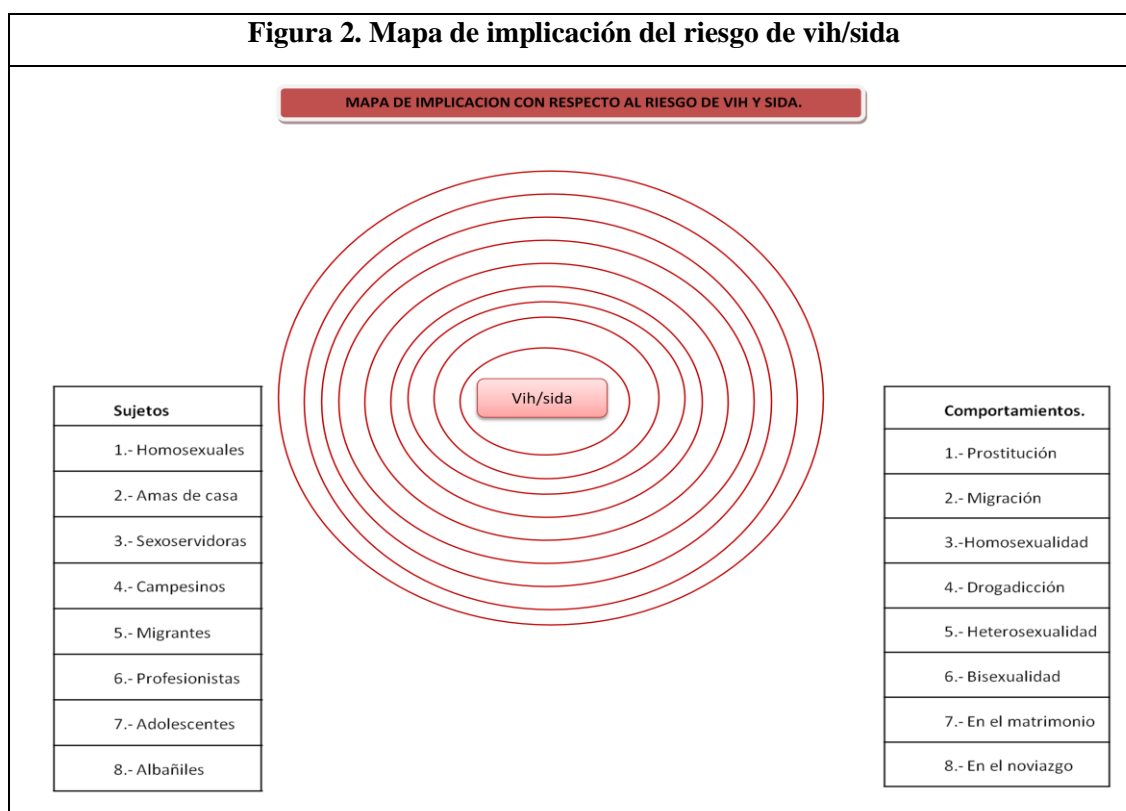
Una vez recuperados los relatos biográficos, se recopilaron las narrativas de riesgo, propuesta metodológica centrada en conocer y comprender los procesos socioculturales implicados en la evaluación que sobre las probabilidades de resultar afectado y sus consecuencias hacen los sujetos. Este método hace posible dar cuenta del ordenamiento que las personas hacen respecto a las conexiones entre personas y amenazas, echando mano de una serie de representaciones que guían su interpretación respecto a dicha relación (Mairal, 2008).

Las narrativas de riesgo son relatos que dan cuenta de la apreciación que tienen los sujetos respecto a la probabilidad del daño, tomando como referente la experiencia que socialmente se ha vivido respecto a esa amenaza para estimar, aceptar o rechazar el riesgo; desde una lógica en la que el riesgo contiene una conexión narrativa entre el antecedente histórico que se tiene respecto al riesgo y la posibilidad de situarse en él, conexión que Mairal (2008) ha denominado “matriz narrativa”.

Las “matrices narrativas” son protagonistas en los discursos que en derredor del riesgo se entretajan, para sostenerle y estandarizarle en un grupo social determinado. Su relevancia radica en que posibilitan dar cuenta simultáneamente, tanto de la construcción histórica que

se ha hecho de un riesgo, como de las adecuaciones que con el tiempo se han adaptado a dicha configuración.

Como instrumento detonante de las narrativas de riesgo, se recurrió a la utilización de un mapa de implicación del riesgo, instrumento creado expreso para precipitar la narrativa respecto al riesgo. El esquema estaba constituido por una parte central en la que destacaba la frase “vih/sida”, desplegándose alrededor de dicha frase diez círculos concéntricos, la intención de este mapa fue desencadenar la narrativa del riesgo a partir de bosquejar de manera concreta, la percepción de proximidad o lejanía de grupos y prácticas sociales específicas respecto a la enfermedad (Ver figura 2)



Instrumento de recolección de información, elaboración propia.

Conforme completaban el mapa de manera individual, las mujeres desarrollaban sus relatos respecto al riesgo, argumentando porque atribuían proximidad o lejanía de determinados sujetos y comportamientos respecto al riesgo, así como exponiendo las fuentes de comunicación del riesgo a las que habían accedido, los mitos que en su contexto se reproducen respecto al mismo y las experiencias personales que han tenido en su entorno inmediato respecto al padecimiento. En esta lógica, la narrativa fluía de manera natural y libre de la presión del entrevistador.

El llenado del mapa de implicación, también obligaba a las mujeres a reflexionar sobre el origen de su percepción del riesgo, señalar la existencia de imaginarios de inmunidad en relación a la enfermedad, expresar sus apreciaciones sobre la (im)pertinencia de la comunicación del riesgo, e incluso en muchos de los casos, narrar las estrategias que han incorporado en su práctica sexual para mantenerse lejanas al vih/sida.

Sobre el análisis de la información

Codificación.

Las narrativas biográficas y de riesgo, fueron grabadas y transcritas personalmente con la finalidad de conformar un primer texto que recuperase de manera integral, los discursos y observaciones recabadas en el trabajo de campo. Posteriormente, dada la cantidad de discursos y la variabilidad de los mismos, se procedió a la codificación para hacer factible el análisis y contrastación teórica.

Para su codificación, los relatos de vida fueron sometidas a dos tipos de análisis siguiendo la propuesta de Klechtermán (citado por Tojar, 2006, p. 317), el primero de carácter

individual o vertical, buscó recuperar la singularidad y riqueza de cada relato, su finalidad fue conocer a profundidad el relato biográfico individual e identificar tanto las categorías de análisis como los patrones intra-caso; el segundo, de naturaleza colectiva u horizontal, tuvo como finalidad hacer una lectura transversal y comparativa entre las historias de las mujeres, su finalidad fue encontrar patrones concurrentes, temas comunes, coincidencias y divergencias que permitiesen identificar ejes temáticos analíticos inter-caso, mismos que se erigirían como los datos a trabajar en la búsqueda de significados en los relatos.

Para el caso de las narrativas del riesgo, el análisis procedió de manera semejante al expuesto para los relatos biográficos, consistiendo básicamente en un análisis de contenido primero vertical o intra-caso, después horizontal o inter-caso. El primer marco de análisis estuvo dirigido a identificar patrones narrativos y tendencias personales respecto al riesgo, el inter-caso se dirigió a comparar las narrativas individuales, con el objetivo de identificar matrices narrativas en la construcción colectiva del riesgo, coincidencias y divergencias en la percepción del riesgo y en la apreciación de la (im) pertinencia en la comunicación y la gestión del riesgo en sus contextos particulares y cotidianidades.

Análisis.

Para el análisis de la información se utilizó el método inductivo, recurriendo a la teoría para interpretar el discurso manifiesto y latente de las narrativas recuperadas. Dado que el marco teórico fue utilizado para comprender la realidad expresada por las mujeres, el texto final de este acercamiento se satura de discursos literales expresados por las informantes, esto con la finalidad de no caer en una interpretación que omita matices propios de los discursos

recuperados, así como en la búsqueda de evidenciar de qué forma los ejes temáticos de análisis teórico emergieron del propio lenguaje de estas mujeres.

Sobre los criterios éticos.

El presente proyecto fue evaluado y aprobado para su aplicación por el Comité de Ética e Investigación de la Secretaría de Salud del Estado de San Luis Potosí, México en octubre de 2011 (Exp. 008603). La totalidad de informantes que participó en el estudio accedió a dar su consentimiento informado, habiendo asegurado la confidencialidad sobre el origen de los datos.

CAPÍTULO 2.

LAS NARRATIVAS DE RIESGO RESPECTO AL VIH/SIDA EN MÉXICO: DE LETAL A CRÓNICA Y DEL ESTIGMA A LOS DERECHOS HUMANOS.

“Cuando la sociedad estigmatiza y excluye está tratando de protegerse a sí misma del contagio y de asegurar su propia supervivencia”.

Mary Douglas, Pureza y peligro (1973)

Este capítulo hace una recopilación de las narrativas colectivas que respecto al riesgo de vih/sida se han construido en México, argumentaciones y retóricas que han guiado la respuesta social y política que se ha dado al riesgo en los cinco sexenios en que la enfermedad ha formado parte de la agenda como problema de salud pública. La decisión de abordar este capítulo conforme a sexenios presidenciales, se ha considerado pertinente tras identificar que la respuesta institucional para la comunicación y gestión del riesgo, ha mantenido históricamente un vínculo estrecho con la corriente ideológica de quienes asumen el poder, las relaciones Estado- iglesia, Estado-educación e incluso con la voz que se dé o se quite a medios de comunicación y organizaciones civiles que se involucran activamente en la comunicación y gestión del riesgo.

La intención del capítulo es evidenciar el trayecto que la epidemia ha seguido para instituirse en un problema de salud pública en México¹⁶, pero no sólo eso, también pretende

¹⁶ John Hanningan (1995, p. 55) afirma que para que un problema logre instituirse como problema socio ambiental, debe estar presidido de seis factores particulares: 1) ser validado científicamente, 2) Que surjan divulgadores “legítimos” que hablen del tema al público general, 3) Que los medios de comunicación den cobertura al asunto, 4) Que acontezca la dramatización del problema en términos

dar cuenta cómo las condiciones sociales, culturales y políticas que prevalecen en determinados momentos históricos, impulsan narrativas colectivas distintas, relatos que dan forma al riesgo y condicionan las respuestas sociales que al respecto se establecen.

Este capítulo pretende entre otras cosas, dar cuenta de la enfermedad como un proceso social que teniendo lugar en contextos históricos y sociales específicos, se sostiene en representaciones sociales y simbólicas que al confrontarse en los distintos campos sociales (iglesia-estado-sociedad) complejizan tanto la construcción social que respecto al padecimiento se hace, como la respuesta que sociedad y Estado asume en relación a ella.

Analizar los discursos institucionales que históricamente han surgido respecto al riesgo de VIH/sida, resulta imprescindible, toda vez que estos discursos poseen tres relevantes implicaciones: 1) Poseen el potencial para favorecer u obstaculizar la construcción del riesgo en grupos específicos, 2) Tienen la fuerza para determinar las directrices que dan pauta a la gestión del riesgo, impactando en las narrativas que adopta la sociedad respecto a una amenaza específica, 3) Muestran la postura que el Estado ha privilegiado en los diferentes contextos históricos, dado que las instituciones funcionan como dispositivos instrumentales para legitimar un determinado orden social¹⁷ (Foucault 2006: 359).

En el sentido anterior, es necesario dar cuenta cómo los vínculos narrativos que se entretejen entre “objeto de riesgo” y “sujeto en riesgo”, conforman matrices narrativas que

simbólicos y rituales, 5) Que se gestionen incentivos económicos que favorezcan las acciones positivas, y 6) Que aparezcan sponsors institucionales que aseguren y legitimen la continúa atención del problema.

¹⁷ Foucault (2007:359) desarrolla el concepto de biopolítica para abordar la manera como se ha procurado desde el siglo XVIII, atender mediante desde la gubernamentalidad las problemáticas de una población específica (salud, higiene, longevidad, etc.)

funcionan cómo patrones de conocimiento en la construcción social que del riesgo se elabore.

“La sombra del riesgo está configurada no tanto por una percepción, como por una narración compartida en términos matriciales, cuyos mantenedores pueden ser una diversidad de agentes, desde las elites sociales, culturales y políticas, los medios de comunicación, hasta la propia memoria colectiva” (Mairal, 2000)

En el presente capítulo analiza los discursos de riesgo que se han impulsado con mayor fuerza, provenientes tanto de la política pública como de discursos eclesiásticos, de Normas Oficiales de salud o de programas de la Secretaría de Educación Pública (SEP). Lo anterior, bajo la premisa de que estos discursos se producen en tres campos básicos de incidencia en la construcción del riesgo del vih/sida:

- 1) El teórico disciplinar que recupera el discurso de especialistas del campo de la epidemiología, las ciencias básicas y las sociales, actores que han aportado argumento para la implementación de modelos de intervención preventiva, diagnóstica y terapéutica.
- 2) El político económico que alude la respuesta del Estado a la epidemia mediante la implementación del presupuesto y recursos públicos.
- 3) El socio ideológico, que profundiza sobre la regulación moral e ideológica que sociedad en general y ONGS han propuesto e incorporado para construir el riesgo respecto a la enfermedad.

2.1. 1982-1988. De jotos y putas, una enfermedad que calla el Estado, condena la iglesia y minimiza el sistema de salud.

Aunque los primeros datos de la epidemia se registraron hacia *1981* en los Estados Unidos de América (EUA), fue hasta *septiembre de 1983* que México reportó los primeros casos coincidentes con los diagnosticados como SIDA en EUA y París, se trataba de catorce sujetos, de los cuales, cuatro referían prácticas homosexuales y cinco confirmaban el antecedente de movilidad migratoria hacia EUA y París (Alarcón, 2003).

Pese a la identificación de casos, el Estado se mostró extremadamente cauteloso respecto a aceptar la llegada de la epidemia a México, debido principalmente al desconocimiento que predominaba sobre el comportamiento epidemiológico del virus. Fue hasta el *22 de julio de 1984* que mediante comunicado oficial Martin Campuzano, director del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), confirmó públicamente la existencia de casos diagnosticados en el país, habiéndose registrado ya más de nueve mil casos en EUA, Francia representaba el principal foco de infección en Europa y Chile había sido de las primeras naciones en reconocer la llegada del virus en Sudamérica (Rodríguez, 2008).

La llegada del virus a México, se problematizaba en un contexto social y político en el que macroeconómicamente prevalecía la inestabilidad. La disminución en el precio de petróleo, una inflación cercana al 105% y la incertidumbre sobre la decisión del Estado en relación a expropiar o no la banca, así como la propuesta de privatización de empresas estatales, desviaba la atención de medios de comunicación y sociedad respecto a la epidemia.

México decidía abandonar el modelo de Estado benefactor para instalarse en el neoliberalismo, reconfiguración que traería dificultades para confrontar la llegada de la epidemia, puesto que la problemática político económica no sólo desviaba la atención del Estado respecto a la enfermedad, impactaba también en la competencia financiera para participar en el combate de la enfermedad, negando incluso la posibilidad de participar en investigación básica sobre el virus y su comportamiento, como hacían otros países.

En este contexto, mientras los Servicios Estatales de Salud mostraban una actitud ambigua respecto a la comunicación y la gestión del riesgo, argumentado el escaso conocimiento que se poseía sobre la enfermedad, la iglesia contemplaba en la llegada del vih/sida, una oportunidad para legitimar sus sermones eclesiásticos respecto al ejercicio sexual, aludiendo la enfermedad como consecuencia de conductas históricamente satanizadas (homosexualismo, bisexualismo y toda práctica sexual que no persiguiera la reproducción), impulsando con ello, la construcción de un estigma que hasta la fecha representa uno de obstáculos más importantes en la construcción del riesgo.

Para el *31 de agosto de 1984* Girolamo Prigione, entonces delegado apostólico del Vaticano en México, aludía en su discurso al vih no como una enfermedad infecciosa, sino como “venganza de la naturaleza, consecuencia de la violación de leyes morales”

“La naturaleza toma venganza y esto es la prueba evidente, no se puede justificar el vicio, y el homosexualismo es uno de los vicios más grandes que sanciona la iglesia” (Nota de Excélsior con fecha de 31 de agosto citada por Aguirre y Rendón 2008).

Lamentablemente se trataba de discursos que encontraban respaldo en el ámbito científico, Institutos de investigación de la envergadura del Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC por sus siglas en inglés), publicaba que el patrón de transmisión por vía

sexual del VIH ocurría sólo en relaciones de tipo homosexual. Con afirmaciones de este tipo, se respaldaba desde lo académico, el imaginario de que era una enfermedad propia de sujetos con comportamientos tipificados “anormales” en el campo de la sexualidad (Ponce, Macías, Cruz, Calva y Tinoco, 1998).

En este contexto, la postura de los servicios de salud con respecto a la comunicación del riesgo continuaba ambigua, por una parte, privaba un silencio hermético justificado en la prudencia necesaria para no desencadenar pánico; por otra, se desataban todo tipo de declaraciones que pretendiendo apaciguar la inquietud de la gente, sólo confundían más la construcción de un riesgo incipiente. Ejemplo de lo anterior lo representan las declaraciones emitidas el 3 de septiembre de 1985 por actores del ámbito sanitario.

“No hay razón para alarmarse sólo hay diagnosticados 63 casos de infectados, además el sida se transmite en casos de promiscuidad por lo que no hay peligro si algún turista tiene la enfermedad” (Guillermo Soberón, Secretario de Salud)¹⁸.

“No hay porqué preocuparse, la población en México que no pertenece a los grupos de alto riesgo tiene una probabilidad prácticamente nula de adquirir la infección” (Dra. Martha Céspedes, Hospital General)¹⁹.

“Con 50 casos de sida en el país o 100 si se quiere pensar en los que escapan al diagnóstico, no tiene sentido distraer grandes recursos económicos o humanos como ocurre en Estados Unidos para combatir e investigar el mal, hay otros padecimientos que son prioridad” (Guillermo Ruíz Palacios, INNEZ)²⁰.

“La enfermedad se presenta en homosexuales, promiscuos y drogadictos en un 92%” (Dr. Cipriano Borges Cordero)²¹.

A partir de estos argumentos estigmatizadores que intentaban “tranquilizar” a la población, iniciaban a construirse desde iglesia y servicios de salud, discursos que centralizaban homosexuales y prostitutas como “sujetos de riesgo”, infectados como consecuencia de

¹⁸ 03 de septiembre de 1985, nota de Excelsior referida por Rodríguez, Juan Carlos

¹⁹ 30 de agosto de 1985, nota de Excelsior citada por Juárez y Fernández 2002.

²⁰ 12 de agosto de 1985, nota del Universal citada por Juárez y Fernández 2002.

²¹ 21 de agosto de 1985, nota de siempre No. I674 citada por Juárez y Fernández 2002.

prácticas sexuales etiquetadas “*indecentes*” para los conservadores y “*promiscuas*” para los servicios de salud, reforzando con ello toda serie de discursos inverosímiles sobre las formas de transmisión, quizá en un intento por asumirse invulnerables ante la epidemia²².

En el sentido anterior, pese a que la epidemia surge y se desarrolla con un número importante de víctimas durante el sexenio de Miguel de la Madrid Hurtado, el entonces presidente de México, continuaba renuente en incorporar la palabra sida en el discurso político o informes presidenciales, prefería guardar “prudente” silencio al respecto, una medida que mientras algunos refieren necesaria para no desatar pánico en la ciudadanía, otros refieren derivada de su personalidad arraigadamente católica, y es que si bien es cierto que durante su mandato no se mantuvieron relaciones cercanas con la Santa Sede, para la iglesia resultaba innecesario aludir públicamente a una epidemia fetichizada como de homosexuales y prostitutas²³ (Blancarte, 2004, p. 72).

En este contexto, mientras Servicios de Salud y Estado iban cautelosos en la comunicación y la gestión de riesgo, la iglesia potenciaba sus discursos encontrando eco en los sectores conservadores de la sociedad, aspecto que repercutía en una cada vez mayor estigmatización. Ejemplo de lo anterior, fue el hecho de que comenzaran a proponerse nuevos nombres y adjetivos de la enfermedad, “*cáncer rosa*” evidenciaba sin mayor explicación la asociación entre el vih y la comunidad gay.

²² Llego a decirse que la práctica del fellatio y la ingestión del semen provocaban reacciones inmunosupresoras, que la penetración anal implicaba lesión de la mucosa anal introduciendo el virus e incluso que la intensa actividad sexual reducía los mecanismos inmunológicos en los sujetos (Galván, 1988:110).

²³ Su educación fue en colegios católicos, más tarde se unió en matrimonio con una mujer cuya participación en el Opus Dei ha sido reconocida.

Los medios masivos de comunicación y del espectáculo contribuían ya para entonces en la construcción del estigma, enfatizando los casos de personajes públicos homosexuales afectados por la enfermedad, como fue el caso de Rock Hudson, Fred Mercury, el pianista Liberace, Michael Foucault y Malcom Forbes, entre otros (Núñez, 2007, p. 36).

Para agosto de 1985 la Secretaria de Salud decidía tomar medidas respecto a la gestión del riesgo, el infectólogo Juan Antonio Román lanzaría un comunicado que legitimaría un estigma ya bastante consolidado:

“Hemos decidido llevar a cabo un plan de emergencia tanto en la zona rosa como en los principales centros turísticos, se harán redadas en los lugares de reunión gay, se exigirán en ellos severas medidas de higiene y se someterá a los homosexuales a los estudios médicos necesarios”²⁴

Posicionar a homosexuales como grupo “de riesgo”, desató una serie de circunstancias que violentaron los derechos humanos de los que no eran heterosexuales, empresas privadas obligaron a sus empleados a realizarse exámenes de sangre, con libertad plena para prescindir de los servicios de personas infectadas, todo ello, frente a la impotencia de una sociedad y un Estado carente de sustento jurídico para emprender medidas al respecto (Núñez, 2007, p. 38).

Como era de esperarse, el estigma pronto reconfiguraría los alcances de la enfermedad, impactando en la vida emocional y no sólo inmunológica de los afectados, el 29 de agosto de 1985 un famoso periódico comunicaba que un enfermo de vih se había quitado la vida, no por el diagnóstico, sino por el trato indigno y el rechazo por parte de médicos y

²⁴ 21 de agosto de 1985, Nota de Cuestión citada por Juárez y Fernández 2002.

enfermeras²⁵, problemática que aunque en su momento se negó, sería reconocida públicamente casi 20 años después por Martín Campuzano:

“La enfermedad más problemática no era el síndrome de los pacientes, sino la actitud discriminatoria de los propios médicos, hubo que batallar muchísimo con ellos para convencerlos de que los enfermos de sida debían ser tratados como pacientes comunes y corrientes, que no había que confinarlos. Pasaron muchos años antes de que se convencieran de que el sida no se transmitía por la saliva y de que hay variantes de hepatitis más contagiosas que el propio sida” (Rodríguez, 2008).

Sin embargo, en este mismo año un hallazgo pondría en jaque el imaginario de que el VIH/sida era exclusivo de homosexuales, dos mujeres fueron diagnosticadas de la enfermedad, suceso que obligó a cuestionar la veracidad del discurso que señalaba las prácticas homosexuales como único factor de riesgo. La aparición de la enfermedad en estas mujeres se relacionaba con el antecedente de transfusiones sanguíneas asociadas con partos, para el 30 de agosto de 1985 el periódico Excélsior publicaba:

“Al principio se consideró que el grupo de alto riesgo estaba constituido por homosexuales, pero desde principios de 1983 se añadió otro preocupante elemento al problema, cuando se descubrió que cierto número de personas había adquirido SIDA después de recibir transfusiones de sangre”²⁶.

Con el reconocimiento de nuevos actores vulnerables, nuevas estrategias de confrontación debían iniciar a gestarse, desgraciadamente, un nuevo acontecimiento vendría a trastocar la dinámica de un país de por sí adolorido, los terremotos del 85 desviarían la intención del Estado y de la población en general con respecto a confrontar la epidemia.

En un contexto sumamente intrincado por acontecimientos sociales, las estrategias en materia de contención de la enfermedad tuvieron que esperar hasta 1986, año en que se

²⁵ 29 de agosto 29, nota de La Jornada, citada por Juárez y Fernández 2002.

²⁶ 30 de agosto de 1985, Nota de Excélsior, citada por Juárez y Fernández 2002.

propuso obligatorio el estudio de vih en todo donante de sangre y se impulsaron campañas para la donación altruista (Secretaría de Salud, 2009; Censida, 2006), medida cuyas ventajas llegaron a ser sobredimensionadas, pues si bien es cierto que significaban una reducción del riesgo, también lo es que no garantizaba (y hasta la fecha no lo hace) un control completo del mismo²⁷.

En este mismo año y aunque de manera tardía comparado con otros países, se agregó el Sida a la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica [art. 134] (Ley General de Salud) y se conformó también el Comité Nacional para la Prevención y el control del SIDA, en función de la recomendación establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dos estrategias que posibilitaban delinear la política estatal de prevención y control (Soberón, 1988).

Para *abril de 1987*, se creó el registro Nominal de Casos de Sida, medida que impulsó las primeras reestructuraciones en relación al vih/sida en la Ley General de Salud, ejemplo de ello, es la modificación del artículo 332 que estipula la prohibición para obtener sangre reenumerada y el artículo 462 que alude ilícita la venta de sangre (Sepúlveda, García, Domínguez, Valdespino, 1989). Se formuló también el decreto de reforma al reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control sanitario de órganos, tejidos y cadáveres, que hace obligatorio el escrutinio de donadores respecto al vih (Dirección General de Epidemiología, 1987).

²⁷ La existencia del denominado “*periodo ventana*” reduce la veracidad total del diagnóstico de ausencia del vih, dado que implica un tiempo en el que en el cual el sujeto infectado recientemente ya es portador del virus pero es imposible encontrar anticuerpos en su sangre por medio de pruebas rutinarias. Si una persona se encuentra en esta fase de la enfermedad, es aceptado como donador de sangre. El periodo de “ventana” dura de 6 a 14 semanas después de la infección, pero en algunos individuos puede durar varios meses.

Acompañando estas reestructuraciones en materia de la Ley General de Salud, se reconocía la urgencia de involucrar a la población general en la problemática del vih/sida, buscando incidir en el desarrollo de una conciencia de riesgo, razón desde la que se justificó el lanzamiento de un boletín mensual sobre sida. Sin embargo, para el desarrollo de una conciencia de riesgo, se necesitaría más que un boletín de información al que tendría acceso una parte muy limitada de la población, se requería tener acceso a las estrategias de prevención factibles (condón) y una educación basta en materia de sexualidad, dos puntos que eran totalmente ausentes en el contexto histórico y social del México de los ochentas.

Un México en el que no se tenía acceso al condón de manera gratuita y tampoco a la información sobre la conveniencia de su uso, cuestión que desencadenó la necesaria promoción del condón y con ello conflictos entre el poder eclesiástico/grupos conservadores y Estado. Los monopolios empresariales con sus ideologías conservadoras boicotearon las campañas de uso de condón en televisión abierta, amenazando con retirar su publicidad de los canales nacionales si se incorporaban anuncios que promovieran el condón, argumentando que ello incitaba a la relajación de la moral y refiriendo que la eficacia del condón no sustituía la virginidad y la abstinencia sexual como únicos medios para evitar la enfermedad (Rico, Bronfman y Del Río, 1995)²⁸.

La indignación por la promoción del dispositivo, hizo que iglesia y grupos conservadores rebautizaran al “condón” con el nombre “*preservativo*” y le conceptualizaran como un “*adminículo, que arrastra a los jóvenes por el lodo*” (Monsiváis, 2007: 37).

²⁸ El Secretario de Salud fue acusado de "iniciar la revolución sexual en México" y de "inducir la promiscuidad". La controversia fue intensa y aparecieron más de 1 500 artículos en los periódicos a favor y en contra de la campaña; la televisión privada se negó a difundir la campaña y ésta fue interrumpida definitivamente.

Experiencias como las anteriores, evidencian el poder que la iglesia ejerció y continúa ejerciendo en la población de un país tradicionalmente católico y creyente, un biopoder que instalándose en apariencia sin violencia, ha incidido constantemente en la desapropiación de los sujetos de una experiencia tan personal como la sexual²⁹.

Pero ya involucrados en la temática del biopoder, resulta pertinente problematizar el escaso capital cultural y educativo que respecto a la sexualidad poseía la sociedad mexicana de los ochentas, sujetos cuya educación en materia de sexualidad recaía como una función más del sistema educativo³⁰, sin embargo, resulta preciso reconocer que se trataba de una “*educación sexual*” manipulada desde la ideología eclesiástica, aun cuando públicamente se refería a la escuela como laica³¹. Evidencia de la influencia de la iglesia en la educación sexual de los jóvenes, se encuentra en los libros de texto de este período histórico, imágenes en las que no se evidenciaban gráficamente los genitales, tampoco hablaban de la masturbación como algo fisiológico y lo que es más, reproducía incesantemente el imaginario de la virginidad como valor simbólico, aludiendo la abstinencia sexual como un valor moral importante (Bonfil, 1998; Leroux, 1998).

Este contexto social y cultural complejizaba la contención de una epidemia del carácter del VIH, resultaba sumamente difícil comunicar un riesgo sobre una práctica que socialmente

²⁹ Foucault (2006) desarrolló el concepto biopoder para abordar el conjunto de mecanismos y procedimientos que al establecerse como parte de las relaciones humanas, legítimas relaciones de poder entre los actores sociales. El poder se ejerce incidiendo en el cuerpo del otro, se le anatomiza para instrumentalmente incidir sobre él, controlarlo, prescribirlo, anularlo, fragmentarlo, hacerlo dócil para manipularlo a la conveniencia del orden social que se pretende.

³⁰ La reforma educativa de los años setenta impulsada bajo el mandato de Luis Echeverría significó la institucionalización de los temas de sexualidad en los planes y programas de estudio de educación básica.

³¹ Se entiende por laicidad el hecho de no patrocinar o apoyar de ninguna manera a determinada religión o institución religiosa, concibe la religión como un asunto que concierne esencialmente a la consciencia de los sujetos (Blancarte, 2004:45-46).

era calificada por un lado íntima y por otro inmoral, debía iniciarse por trabajar sobre las representaciones sociales de la sexualidad en la población, sin embargo, ninguna medida fue tomada en materia de educación sexual.

El riesgo era contemplado cómo un asunto meramente individual, aspecto que justificó que en 1987 se impulsara el primer modelo de exploración epidemiológica: el CACP. Se trataba de un modelo que importado desde los Estados Unidos, sin evaluar su pertinencia en nuestro contexto cultural, buscaba comunicar y gestionar el riesgo clasificando a la población según su comportamiento en grupos con distintos niveles de riesgo. Desde esta perspectiva, se daba información distinta y específica a personal de salud, prostitutas y hombres con prácticas homosexuales, enfatizando sobre los “*comportamientos de riesgo*” en que los sujetos incidieran (Estrada, 2006)³².

A partir del CACP, CONASIDA enfocó su esfuerzo en mujeres y varones dedicados al sexo comercial, sin embargo, dicha medida también sería rechazada por iglesia y grupos conservadores, quienes refirieron que la regulación y vigilancia del ejercicio de la prostitución equiparaba a la “tolerancia” de Estado y sociedad respecto a actividades “*altamente inmorales*” y amenazantes de las “*buenas costumbres*”³³. Como si castigar con la invisibilidad a estos cuerpos y sus prácticas sexuales relacionadas con el comercio y el placer, representase una posibilidad de encauzarles a comportamientos sexuales

³² Centraba su interés en desarrollar en los individuos conocimientos, actitudes, creencias y prácticas personales en relación con la sexualidad.

³³ Ello ocurrió particularmente en estados como Puebla, la Ciudad de México y Guanajuato en los que la prostitución no solo era considerado un asunto inmoral sino era un asunto sancionable desde lo administrativo (Gutiérrez y Cols. 2004).

“socialmente aceptables”, y pudiese incidirse sobre ellos para que respondiesen, reafirmaran y resultasen útiles al orden social preestablecido (Foucault, 2000, p. 140).

En este contexto social y pese a la resistencia de los grupos más conservadores, salieron a luz pública las dos primeras campañas preventivas en relación a la enfermedad, una dirigida a la población general “*Disfruta del amor, hazlo con responsabilidad*” y otra dirigida a población gay, se impulsó también la creación del servicio TELSIDA y se organizó el primer congreso Nacional sobre vih/sida (Rico, Bronfman y Del Río, 1995).

2.2. 1988-1994. La sustitución de “sujetos de riesgo” por “prácticas de riesgo” y la construcción simbólica del condón.

Durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari ocurrieron dos cuestiones relevantes que confrontaron la postura del Estado respecto al vih/sida, por un lado, las prácticas neoliberales fortalecieron el comportamiento epidemiológico de la enfermedad; por otro, la respuesta incipiente que en el sexenio anterior se había dado frente a la enfermedad, se fortalecería, promoviendo su institucionalización.

En relación al primer punto, es necesario referir la existencia que tres decisiones que tomadas desde el Estado complejizaron el perfil epidemiológico de la enfermedad: 1) La privatización de empresas estatales, redundaba en tasas más altas de desempleo, 2) La reforma al artículo 27 que impulsó una crisis del campo como consecuencia de la desmantelación del ejido y el retiro de apoyos agropecuarios, 3) La modificación constitucional del artículo 3º que otorgaba reconocimiento a la iglesia para participar en la educación del pueblo (Ortega, 2006).

Con la privatización de empresas estatales se agudizó el problema del desempleo, situación que aunada a la crisis del campo impulsó la migración internacional, proceso con el que se ha vinculado históricamente el crecimiento exponencial de la epidemia y particularmente su llegada a las localidades rurales (Martínez y cols. 2005; Rangel y cols. 2006). Con el incremento de la migración a EUA, los migrantes se instituyeron como un nuevo grupo “de riesgo”, prácticas sexuales promiscuas y desprotegidas, consumo de sexo comercial y la administración de drogas con el uso de jeringuillas compartidas, fueron sólo algunas de las prácticas “de riesgo” que se les adjudicaron (Strathdee y Cols. 2005)

La llegada de la epidemia a la ruralidad, brindaría elementos para que el discurso legítimo incluyera nuevos “*sujetos*” y “*prácticas de riesgo*”, con ello se complejizaba la noción que epidemiológicamente se había logrado respecto a la enfermedad. La heterosexualidad que se identificaba como la principal forma de contagio en el ámbito rural, dejaba al descubierto, tanto la recurrencia de prácticas bisexuales en varones rurales, como la vulnerabilidad de las mujeres que les esperaban en sus localidades de origen (Magis, Del Rio, Valdespino, García, 1995).

Si bien la llegada de la enfermedad a lo rural aportaba evidencia para desestigmatizar el VIH como privativo de homosexuales, por otro, generaba un nuevo estigma sobre quienes participaban en los procesos migratorios, reforzando la idea de que el riesgo derivaba de prácticas individuales de riesgo (Cárdenas, 1988; Valdespino y Cols. 1988). Sin embargo, la existencia de casos diagnosticados en pacientes con hemofilia y mujeres embarazadas, obligaría a poner en escena un elemento que habría pretendido ignorarse todo este tiempo: la vulnerabilidad (Valdespino y Cols. 1988).

Mientras el Estado continuaba asumiendo una postura bastante moderada respecto a la enfermedad y Salinas de Gortari no incorporaba la palabra vih/sida en su toma de posesión como presidente (Carlos Monsivais citado por Brito, 2010), la Secretaría de Salud en 1988 planteaba el lanzamiento de campañas para la promoción del condón con el apoyo de personajes de la televisión, una estrategia que nuevamente resultaría boicoteada por la iglesia y grupos conservadores (Asociación Nacional de Padres de Familia (ANPF), mediante una postura que aun siendo intransigente, encontraría respaldo científico en Willian Blattner, director del Departamento de Epidemiología viral de Bethesda, EE.UU

"Favorecer el uso del preservativo revelaría un error, puesto que sólo hace aumentar los comportamientos arriesgados, es exactamente como poner jeringuillas a disposición de los tóxicos dependientes ... difundir el uso de profilácticos es un gran error, porque contribuye estadísticamente a aumentar las relaciones sexuales de todo tipo, y en consecuencia, aumentan también las posibilidades de contraer el SIDA" (Blattner, 1989)

Por su parte el reconocido catedrático de Psicopatología, Aquilino Polaino aseguraba:

"Yo he tratado a muchos pacientes con SIDA que habían utilizado preservativos y puedo decirles que es un error combatir la difusión del SIDA mediante el uso de preservativos, el resultado final es que por la multiplicación de contactos sexuales, aumenta el riesgo de contraer el SIDA. El uso del condón genera un hábito de comportamiento, y a través de éste, una mayor facilidad para obrar con mayor frecuencia así [...] propiciar su uso multiplica la probabilidad de que en un futuro los usuarios establezcan más relaciones sexuales" (Polaino, 1994).

Quizá la confrontación entre posturas ideológicas respecto al riesgo, sería clave para que en 1989 el abordaje del riesgo por los Servicios de Salud comenzara a transformarse, iniciando tímidamente a reconocerse las bondades de la aproximación cualitativa y la etnografía para evaluar el impacto de intervenciones educativas. Sin embargo y sin pretender demeritar el esfuerzo, los estudios epidemiológicos continuaron prevaleciendo en el acercamiento al riesgo como objeto de estudio (Valdespino e Isazola, 1993).

La aproximación cualitativa tuvo logros importantes en el conocimiento del riesgo, este tipo de acercamientos daban cuenta que el concepto “sujetos de riesgo” era insuficiente para abordar la complejidad de la epidemia. Los investigadores sociales abogaban por el reconocimiento de “sujetos en riesgo”, es decir, personas que independientemente de participar o no de los denominados “comportamientos de riesgo” resultaban infectadas, ya sea por participar de transfusiones sanguíneas o por el encuentro heterosexual con parejas “estables”.

Pero la participación de la iglesia con respecto a la comunicación y gestión del riesgo parecía no declinar, por el contrario, la relación Estado-Iglesia fortalecida durante el Salinismo, representaba un retroceso a la separación iglesia-educación lograda por Juárez (1858-1861), incluso existen quienes atribuyen a Salinas haber devuelto a la iglesia como institución, tanto la vida cotidiana, como lo relativo a la sexualidad y a la familia en México (Lamas, 1999).

La iglesia reafirmaba en lo público, su derecho por involucrarse en la educación sexual de niños y jóvenes mexicanos, imponiendo que esta educación se enmarcara en la promoción de valores que invitaran al ejercicio de una sexualidad tardía, monogámica, obligatoriamente heterosexual y exclusivamente reproductiva. En dicho sentido, prohibía la posibilidad de hablar sobre homosexualidad, masturbación y métodos de planificación familiar, una perspectiva que impactaría en el retraso de las medidas de contención epidemiológica de la enfermedad y el entorpecimiento de la construcción social del riesgo respecto al VIH/sida (Herrera y Vargas, 2000).

Sin embargo, en este contexto no puede dejar de reconocerse la implementación de estrategias efectuadas para institucionalizar la enfermedad en México, pues si bien el Comité nacional de Prevención del SIDA se había fundado en 1986, fue hasta agosto de 1988 que se oficializó como Consejo Nacional de Prevención y Control del sida (CONASIDA) en el diario oficial de la federación. Dicha institucionalización si bien representaba un logro para las exigencias internacionales, también legitimaba el ejercicio del poder del Estado en la vida cotidiana de los sujetos. La creación de discursos respecto al riesgo justificarían en su carácter de legítimos, la pertinencia de vigilar el comportamiento sexual de determinados grupos de sujetos (homosexuales, prostitutas, drogodependientes).

CONASIDA se legitimó en un dispositivo que buscando garantizar la seguridad poblacional, impulsaba no sólo campañas de comunicación del riesgo o monitorización de los casos, también apoyaba el engrosamiento del cuerpo de conocimiento que sobre la enfermedad se tenía y abogaba por los derechos humanos de las personas infectadas (CONASIDA, 1994).

Para 1989 el grupo de sujetos vulnerables se había reconfigurado y nuevos actores se colocaban en escena, lo anterior se evidenciaba en una publicación de la Revista Salud Pública de México

“Los grupos de riesgo para desarrollar sida incluyen a homosexuales, bisexuales, multitransfundidos, adictos a drogas por vía intravenosa, parejas sexuales de cualquiera de estos grupos, así como los hijos de madres portadoras de VIH” (Álvarez, Marín, Lobato, Galindo 1989).

Con el reconocimiento de estos nuevos actores, se difundían públicamente los tres mecanismos posibles de transmisión del vih, sexual, sanguíneo y perinatal. Para 1990 algunos investigadores comenzaban a problematizar los conceptos de “grupos de riesgo”,

proponiendo sustituirle por “prácticas de riesgo”, Bronfman (1990) y Del Rio Zolezzi y cols. (1995) fueron algunos de los investigadores, que si bien al inicio habían realizado estudios epidemiológicos puros, iniciaban a reconocer la riqueza de metodologías cualitativas para problematizar el comportamiento sexual y particularmente para comprender el patrón epidemiológico de la enfermedad en mujeres.

Reafirmando el interés por vigilar el respeto a los derechos humanos de los infectados, en 1992 se instituyó dentro de CONASIDA el Departamento de Orientación Social y Derechos Humanos, cuya función era asesorar las demandas sociales y los derechos humanos de las personas que vivían con el padecimiento. Sirva aludir para contextualizar la urgente necesidad de desarrollar este departamento, que simplemente entre 1992- 1994 en México se dio respuesta a 2,551 demandas sociales y de violación de los derechos humanos, de las cuales entre 49 y 50% correspondieron a violaciones por parte del personal de salud (CONASIDA, 1994).

2.3. 1994-2000. De mortal a crónica, el reconocimiento de que el riesgo se complejiza desde la cultura.

La llegada de Ernesto Zedillo a la presidencia, se dio en un entorno de tensión producto de los sucesos sociales que habían sacudido al país en el final del sexenio Salinista, el asesinato de Luis Donaldo Colosio, la intrincada relación con el Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN) y el crecimiento de la deuda interna y externa, eran sólo algunos de los problemas que compartían escena con una epidemia que no había logrado contenerse, pero había sido formalmente institucionalizada.

En este sexenio continuaron fortaleciéndose acciones dirigidas a frenar el desarrollo de una epidemia que se complejizaba cada vez más, no únicamente desde lo biológico sino incluso desde lo político, el llamado “error de diciembre” traería consigo una reducción importante del presupuesto en salud y educación³⁴, dos espacios a los que la OMS apostaba para confrontar la epidemia de manera eficiente (UNICEF, CONASIDA, OMS, 2002).

Si bien el Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud durante este sexenio, logró impulsar el primer instrumento sistematizado para confrontar la pandemia (Programa Nacional para la Prevención y el Control del SIDA 1994-2000) (Leal, 2002), no puede dejar de problematizarse el impacto que el recorte del presupuesto trajo en la confrontación de la enfermedad. La limitación económica que enfrentaba el país se vería aún más complejizada con la declaración que USAID realizó respecto a la imposibilidad de continuar la donación anual de 4 millones de condones a México, condición que implicaba un reto exorbitante para un Sistema de Salud Mexicano carente de recursos por atravesar una de las crisis económica más agudas de la historia (Murillo, 1996).

Pese a lo anterior, en plena conmemoración del día mundial del vih/sida en *Diciembre de 1995*, De la Fuente declaró públicamente el compromiso de los servicios de salud por continuar otorgando condones de manera gratuita, enfatizando la prioridad de continuar dotando a grupos de población “no alcanzados” desde el Programa de Salud Reproductiva, aludiendo específicamente a los adolescentes (Murillo, 1996).

³⁴ La disminución se dice fue sobre un 7%

Persistía sin embargo, una postura ambigua respecto al riesgo, si bien se hablaba de la necesidad de incidir en la construcción del riesgo en nuevos sujetos por identificarles vulnerables frente a la enfermedad, continuaba defendiéndose la conveniencia de privilegiar la comunicación del riesgo y la dotación de preservativos a sujetos adscritos a los señalados “grupos de riesgo” (homosexuales y sexoservidoras).

Hacia 1995 se formalizaba la vinculación entre CONASIDA, Secretaría de Educación Pública (SEP) y Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), una estrategia planteada necesaria para potenciar el éxito en el control de la epidemia. Con la incorporación de las dos últimas instituciones, terminaba por aceptarse que la complejidad de la contención de la epidemia derivaba tanto de una deficiente educación sexual, como del estigma que alrededor de la enfermedad se había construido con la alusión constante de “grupos” y “prácticas de riesgo” (De la Fuente, 1996).

Los conceptos “grupos” y “prácticas de riesgo” que prevalecían en la comunicación y gestión del riesgo, legitimaban no sólo la pertinencia de señalar de lo “*impropio*” en el comportamiento moral del “otro” en un intento por eximir del riesgo a la población heterosexual y en condiciones de pareja “estable”, también reafirmaban lo “*anormal*” de cualquier ejercicio sexual que no acotara la heterosexualidad reproductiva, en este sentido, como afirma Goffman (2006) el estigma justificó la exclusión y potenció la vulnerabilidad social.

En este mismo año el sistema de salud reconocía indispensable, atender a los enfermos de vih/sida no sólo en sus necesidades biológicas y patológicas, también en las psicológicas y sociales, con ello, se hacía evidente que la enfermedad se había reconfigurado de un padecimiento de pronóstico letal a crónico, con costos no únicamente biológicos, sino sociales y económicos para la sociedad y el Estado (CENSIDA, 2009; CONASIDA, 2010).

La postura del Dr. De la Fuente frente a la epidemia, resultaba distinta a la de sus antecesores, parecía reconocer que la complejidad de la epidemia no radicaba únicamente en lo biológico y viral, sino en el marco cultural y social, una cuestión que le instaba a considerar pertinente que disciplinas distintas a la médica se involucraran en el estudio de la epidemia. Con la inclusión de nuevos marcos disciplinarios se planteaba también una reconfiguración de la epidemia, puesto que incidía en la relación de poder que los intelectuales tenían con la enfermedad, posibilitaba incluir nuevos discursos respecto a la enfermedad, politizarle y finalmente, problematizarle inserta en entornos sociales reales.

“Hemos aprendido, una enorme cantidad de cosas acerca del virus y del padecimiento, sabemos con precisión cómo se transmite y tenemos en nuestro haber un gran acervo de conocimiento biomédico, sin embargo, nos faltan aún aquellos que permitan diseñar mecanismos preventivos más eficientes....es necesario profundizar en aquellas investigaciones que generen conocimientos y herramientas para lograr conductas y comportamientos de menor riesgo, pues no tenemos, hasta el momento, estrategias preventivas suficientemente eficaces como para modificar este tipo de comportamientos” (De la Fuente, 1996).

Sin embargo, pese al reconocimiento de la necesidad de incidir desde la educación para la prevención de la enfermedad, persistían actitudes conservadoras que coartaban la promoción del uso de condón y la educación sexual. Ejemplo de lo anterior, fue lo acontecido en Guadalajara el 13 de agosto de 1996, cuando agentes de la policía

invadieron oficinas de la ONG “Ser Humano” dedicada a la lucha contra el sida, con *“la finalidad de realizar una redada, puesto que se iban a reunir homosexuales en un curso sobre sexo protegido, en el cual seguramente se iban a realizar actos inmorales”* (Yáñez, 2004: 41-42).

En este contexto, las autoridades eclesiásticas no parecían dispuestas a dejar de incidir en la construcción del riesgo, el 20 de octubre de 1996 el arzobispo Rivera Carrera en plena homilía dominical instaba a desobedecer al Estado con respecto al uso del condón y la legitimización del aborto, señalando:

“Cuando la autoridad se sale del marco legal desde donde puede y debe gobernar, no hay obligación de tributarle obediencia, y si se opone abiertamente a los derechos humanos fundamentales [referenciando el derecho a la vida], entonces hay que negarle la obediencia” (Pastrana, 2005).

Con este discurso la iglesia católica retaba al Estado, en una confrontación de poderes en la que como institución no parecía dispuesta a ceder, el Estado por su parte, si bien en un inicio parecía indiferente a los discursos eclesiásticos, dos años más tarde le confrontaría públicamente para defender la implementación de campañas de educación sexual propuestas por CONASIDA.

Pero la lucha Estado-Iglesia no era absoluta, políticos del ala conservadora (Partido Acción Nacional) se unían a la indignación de la iglesia católica y respaldaban al obispo Rafael Muñoz Núñez, personaje que se oponía los contenidos de educación sexual contenidos en libros de texto gratuito del Instituto de Educación de Aguascalientes (IEA), afirmando:

“Los libros no tienen los criterios morales, humanos y básicos para educar sexualmente, por lo que se caerá en un desgarrate que va a llevar a la corrupción... se ha desarrollado una campaña de educación sexual supuestamente para prevenir el sida, pero con base en anticonceptivos y condones, lo que sólo conduce a un fracaso y a promover que haya un incremento de hijos fuera del matrimonio” (Vargas, 1996).

Respaldando esta campaña contra el uso de condón, Serrano Limón presidente de PROVIDA, demandaba a CONASIDA por la promoción del uso del condón, así como por abordar el tema de legalización del aborto (Salinas, 2008, p. 25).

La confrontación de representaciones entre Estado, grupos conservadores y Servicios de Salud llegó a ser de tal dimensión, que en la desesperación por imponer válidas las propias instituciones con respecto a la sexualidad, tuvieron lugar toda serie de intransigencias y violaciones a los derechos humanos. En relación a lo anterior, cabe retomar el caso de Ciudad Juárez, cuando agentes de seguridad pública detuvieron a mujeres de la Federación Mexicana de Asociaciones de Protección (FEMAP) acusándoles de pegar en sitios públicos carteles de prevención que *“resultaban ofensivos”*, o el caso de Coahuila en *febrero de 1998*, cuando integrantes del Grupo Parlamentario Manuel Gómez Morín del PAN, reprobaron la distribución de folletos de CONASIDA, argumentando que estos materiales debían repartirse únicamente entre homosexuales y promiscuos.

En un contexto de resistencia a la comunicación y gestión del riesgo, en *1998* el Sistema Nacional de Salud en conjunto con Organizaciones Civiles lanza la campaña *“Lazo Rojo”*,

uyo objetivo fue sensibilizar a la población para el uso del condón, así como favorecer la apertura de los actores a la información preventiva sobre la enfermedad (Engle, 2000)³⁵.

Sin embargo, pese al esfuerzo de los Servicios de Salud por promocionar el uso de condón, argumentos de todo tipo continuaban desalentando su utilización, incluso desde el ámbito de la ecología. Castillo Peraza publicaría en marzo de 1997 dentro de Proceso, “Reflexiones condo ecológicas”, un artículo que señalaba la condición no biodegradable del condón como una amenaza para la sustentabilidad.

“Los mil y pico de millones de condones desechados obstruyen los sistemas de drenaje... si cada condón usado mide dos milímetros de alto, con los 1,040 millones de condones anuales se podría hacer una torre de 2,080 kilómetros de alto...” (Castillo Peraza, 1997).

En *abril de 1997* el gobierno de Jalisco fue acusado de distribuir el libro “creciendo en el amor”, obra que impulsaba el estigma sobre los homosexuales y sancionaba el uso de condón y métodos anticonceptivos, casi a la par, el Secretario de Salud de Guanajuato lanzaba spots radiofónicos que afirmaban que la abstinencia sexual representaba el mejor método de prevención del sida (Yáñez, 2004: 53).

En el mejor de los casos, la Iglesia Católica promovía (y aún lo hace) “*la compasión cristiana*” hacia los afectados por el sida, sin dejar de manifestar su rechazo a quienes lo padecen y asegurando que en la sexualidad figura “*una carga inmensa de ambivalencia, si bien puede usarse para la más alta expresión de amor, también puede usarse para la degradación más dolorosa de la persona humana*”³⁶.

³⁵ Hoy en día la campaña sigue vigente, portar un lazo rojo simboliza solidaridad y apoyo a las personas afectadas por la enfermedad, así como evidenciar que quien lo porta es una persona consciente e informada sobre cómo prevenir el vih/sida.

³⁶ Consejo pontificio para la familia, *Sexualidad humana: verdad y significado. Orientaciones educativas para la familia*, 3

En este contexto y pese a los obstáculos morales en la comunicación y gestión del riesgo, para 1999 se celebraba uno de los mayores logros en materia de control de la enfermedad, la ausencia de casos de vih asociados a transfusiones sanguíneas (Secretaría de Salud, 2002), logro que se ensombrecería con los registros epidemiológicos hechos por ONUSIDA para el 2000, cifras que evidenciaban lo mucho que faltaba por hacer en materia de prevención, respecto a las otras formas de transmisión de la enfermedad, principalmente de la sexual³⁷.

Una nueva polémica cimbraría el conocimiento alcanzado en materia de vih/sida en el ámbito mundial, para junio de 1999, Mark Pierpoint hacía pública su dimisión como coordinador del programa de prevención de vih/sida en Florida, EUA. Su renuncia atendía según sus propias palabras a la imposibilidad moral para continuar realizando una promoción de la salud “*impertinente*” para la realidad del sida y reconocía que grandes empresas ocultaban información relevante para el control y la prevención de la enfermedad, para seguir obteniendo ganancias de la enfermedad³⁸.

A estas declaraciones de Pierpoint, se unían las de Kary Mullis y Walter Gilbert, dos científicos a quienes con antelación se les había reconocido Premios Nobel (1993 y 1980 respectivamente), también Peter Duesberg, científico que aisló por vez primera el gen del

³⁷ Para diciembre del 2000 ONUSIDA reportaba un total de 47,617 casos de sida, señalando la existencia de un subregistro que hace alcanzar la cifra de 64,000 casos. De los casos acumulados de sida, 85.7% correspondía a hombres y 14.3% a mujeres, con una relación hombre-mujer de 6 a 1, misma que se incrementaba 9 a 1 si se analizaban solo los casos acumulados por transmisión sexual (hombres 90.3% y mujeres 9.7%).

³⁸ Sánchez, Gerardo “VIH = SIDA, una gran mentira” CreateSpace Independent Publishing Platform, Estados Unidos, 2001.

cáncer y desacreditaba la versión “oficial” de la enfermedad, afirmando que el vih no tenía relación con la aparición del sida y que los antirretrovirales no favorecían el estado de salud de los seropositivos.

Con esta confrontación de la versión oficial y la disidente respecto al vih/sida, para finales del sexenio se sabía que en México el sida afectaba principalmente a población en edad productiva de ambos sexos (15-44 años), y lo que es más, se reconocía que cerca del 3% de los casos correspondían a menores de 15 años, un grupo que igual que las mujeres heterosexuales había sido moralmente inmunizado desde lo colectivo (Magis, Bravo, Rivera, 2000).

2.4. 2000-2006. El reconocimiento del estigma como negativo en el control de la epidemia, la lucha por el respeto a los derechos humanos.

La llegada de Vicente Fox a la presidencia de México rompía con la hegemonía que durante 72 años había sostenido el Partido Revolucionario Institucional (PRI), en dicho sentido, sembraba expectativas en todos los ámbitos del desarrollo social. Sin embargo, también generaba ansiedad por la respuesta que tendría el representante de un partido conservador (PAN) ante un padecimiento estigmatizado desde lo moral.

El papel del Estado en la confrontación de la epidemia resultaba más crucial que nunca, apenas en su último informe, ONUSIDA (2002) había señalado el desarrollo socioeconómico desigual y la movilidad poblacional, como las dos variables que fortalecían la epidemia en América Latina y el Caribe. La crisis económica y la migración eran parte de la realidad de México, basta decir que para 2003 las remesas ascendían a 13, 266 millones

de dólares, cifra que superaba al turismo y a la inversión extranjera en el mismo periodo de tiempo (Órnelas, 2004).

En este contexto, la respuesta que Vicente Fox mostró ante la enfermedad fue notoriamente distinta a la de sus antecesores, cuestión que se atribuiría a la consejería de Julio Frenk Mora, Secretario de salud durante el período. Algunos de los aciertos que se reconocieron en relación a la enfermedad durante este sexenio, fue el incremento en materia de presupuesto para prevención del vih/sida, la protección social en salud a población infectada mediante la figura del Seguro Popular y el énfasis en el combate a la discriminación y estigma de los afectados por el vih/sida.

Sin embargo, pese a los esfuerzos que se realizaban por el respeto a los derechos humanos de los enfermos de vih/sida, los eventos de discriminación continuaban, incluso entre autoridades institucionales y personal de salud. Sirva para ejemplificar lo anterior, la declaración del entonces ombudsman de derechos humanos en Yucatán, Omar Ancona Capetillo³⁹:

“A los enfermos de Sida se les debe disparar a matar, si pasan la línea. El gobierno tiene el derecho de hacer esto, además es su obligación velar por el bienestar de los ciudadanos” (Reim, 2001).

³⁹ Otro de los ejemplos, lo representa la polémica desatada en *marzo del 2001* con motivo en dos casos que indignaron a la sociedad mexicana; el primero de ellos, el caso de un recluso seropositivo que habiendo sido trasladado al Hospital General O'Horan por un cuadro severo de deshidratación, le fue negada la atención con el argumento de que se trataba de proteger la seguridad del hospital; el segundo, el de un paciente infectado que estando internado en el mismo hospital vivió la peor de las agonías, debido a que no se le administró ningún tipo de medicamento dado que las enfermeras responsables aludían a los familiares que no podrían atenderle “porque no se le había pagado el bono C.30, pago adicional de 10 por ciento sobre el sueldo del personal de salud por realizar trabajos de alto riesgo” (Mino, 2001).

Declaración que generaría polémica y obligaría a la cohesión de organizaciones civiles, intelectuales y representantes de programas de programas estatales y organismos internacionales, quienes exigieron al congreso no ratificar a Ancona Capetillo como titular de la Comisión de Derechos Humanos en Yucatán (CDHY), obligándolo a dejar el cargo en *agosto del mismo año*.

La cohesión y fortalecimiento de solidaridad entre las organizaciones civiles, llegó a ser reconocida en foros tan relevantes como el Informe Mundial sobre vih/sida realizado en *julio de 2002*, fecha en que Peter Piot, director ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, referiría:

“El informe presenta muchos ejemplos de resultados satisfactorios, comunidades que se organizan autónomamente, programas sobre el vih/sida en la escuela y en el lugar de trabajo, un importante liderazgo nacional y el despliegue de nuevos medios desde los instrumentos de derechos humanos hasta los tratamientos antirretrovíricos.” (ONUSIDA, 2002).

En este mismo informe, se reiteraba a la migración como un comportamiento que potenciaba el riesgo, argumentando:

“La migración y la movilidad desempeñan papeles importantes en la epidemia de VIH/SIDA, aunque la relación es compleja, no todas las personas que migran o se desplazan corren un riesgo especial de infección. Sin embargo, los vínculos entre movilidad y SIDA son evidentes en la mayor parte del mundo El comienzo de la epidemia de VIH en las zonas rurales de México puede rastrearse en el retorno de mano de obra agrícola que había trabajado en los Estados Unidos de América” (ONUSIDA, 2002).

Con el reconocimiento de la migración como condición que potenciaba la vulnerabilidad, se daba también reconocimiento a la vulnerabilidad de las mujeres frente a la enfermedad, al respecto en *noviembre de 2002* Patricia Uribe Zúñiga, declaraba:

“Catorce por ciento de las personas que viven con VIH en México son mujeres, por cada mujer portadora hay seis varones, las principales formas de contagio entre las mujeres son las transfusiones sanguíneas y en menor medida por sostener relaciones sexuales no protegidas con hombres de mayor edad” (Godínez, Lourdes 2002).

Esta declaración aludía la vulnerabilidad de un grupo social que poco se había considerado, reconociendo una vulnerabilidad derivada de pautas culturales y sociales relacionadas con la sexualidad. Con el reconocimiento de la vulnerabilidad tanto de las mujeres como de quienes participan en la migración, se reconocía también la vulnerabilidad de los adolescentes, en 2002 UNICEF/ONUSIDA y OMS emitieron el manual “Los jóvenes y el VIH/sida, una oportunidad en un momento crucial”, documento operativo que buscaba sensibilizar a los gobiernos para impulsar la prevención en los jóvenes.

La aceptación pública de la vulnerabilidad de nuevos grupos, obligaba a problematizar por vez primera, la fuerza de las representaciones sociales y culturales como obstáculos en la construcción del riesgo. También se dejaba claro al Estado su compromiso de cumplir brindando información en materia de Salud sexual y reproductiva, así como dejando de instar a los sujetos a la renuncia del ejercicio de la práctica sexual (UNICEF, CONASIDA, OMS; 2002).

Durante este sexenio se fortalecieron las transformaciones en los enfoques epistémicos, teóricos y metodológicos de aproximarse al riesgo, un ejemplo de ello, lo representó el proyecto VIH y Migración en América Central y México, coordinado por Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). Se trató de un estudio en el que se acudía por igual a la experiencia etnográfica, que a la elaboración de mapas y otras técnicas cuantitativas, evidenciando mediante ello, la disposición académica por reconocer que en la construcción del riesgo convergen elementos sociales y culturales (Leyva y Cols. 2004).

Otro de los logros ocurridos durante este sexenio, fue la consolidación exitosa de las principales asociaciones civiles, ejemplo de lo anterior, se evidencia en la audiencia que organizaron en *noviembre del 2003* con el presidente Vicente Fox. En dicha recepción se reunieron quince representantes de la sociedad civil y enfermos de vih/sida para hablar de la necesidad de combatir la discriminación, el estigma y particularmente para impulsar reformas a la legislación laboral que garantizaran seguridad y oportunidades para el empleo en los sujetos infectados.

Para *diciembre de 2003* autoridades de CONASIDA en colaboración con otros especialistas, problematizaban la feminización de la epidemia, reconociendo el papel que variables sociales y culturales tenían en la práctica sexual de mujeres mexicanas.

“Las condiciones estructurales de desigualdad en las que viven las mujeres, son el principal factor de su vulnerabilidad....sus vulnerabilidades son biológicas, epidemiológicas, sociales y culturales las mujeres continúan teniendo menos acceso a la educación y al trabajo asalariado lo que las hace más dependiente y con menor acceso a servicios de saluden la sexualidad se evidencian relaciones de poder culturalmente determinadas que inciden en las representaciones, valores y discursos socialmente construidos que orientan la práctica de la sexualidad”

El 22 de *septiembre de 2004* sería una fecha que trascendería dada la carga simbólica que implicaría, Vicente Fox se convertía en el primer presidente que presidía una reunión de CONASIDA, evidenciando en ello y por primera vez, el reconocimiento del Estado respecto a su responsabilidad en la contención y el control de la epidemia. En dicha reunión destacaron los argumentos politizados de las ONGS, aludiendo principalmente el apoyo en materia de presupuesto para la atención y seguimiento de las personas afectadas, así como la necesidad de impulsar medidas garantes de respeto a los derechos humanos de los mismos.

“Se debe publicar un decreto que garantice fondos anuales suficientes para la atención de personas que viven con VIH/sida y que carecen de seguridad social Es necesario crear un bloque interinstitucional del sector salud para hacer más eficiente la compra y abasto de los medicamentos contra el vih/sida.....debe darse impulso a campañas de prevención en grupos vulnerables a esta epidemia, este rubro no ha funcionado como debería y se sigue discriminando a niñas, niños, hombres, mujeres, militares y a muchas personas en el trabajo, escuelas y hospitales por vivir con VIH”.

En el mismo foro, José Aguilar Gil presidente de la Red Democracia y Sexualidad A.C., planteaba la necesidad de poner en marcha una campaña educativa sobre sexualidad dirigida a jóvenes, una propuesta que para sorpresa de la mayoría, Fox apoyó (Medina, Antonio 2005). Al respecto Aguilar argumentó:

“El gobierno debe impulsar de la educación sexual una política de Estado en donde se prepare, tanto a las generaciones que actualmente se están educando como a las futuras, a ver la sexualidad desde una perspectiva de los derechos sexuales y reproductivos, sin que se desconozca el goce, el placer, la responsabilidad y la prevención”

Los compromisos acordados en reuniones entre presidencia y organizaciones civiles pronto serían atendidos, para *Octubre del 2004* Frenk Mora anunciaba la incorporación del vih/sida en el fondo de gastos catastróficos, con esta medida se reconocía oficialmente la transformación del sida de enfermedad mortal a crónica. A la par de estas medidas sanitarias, se desarrollaban acciones para reducir el estigma y la discriminación, ejemplo de ello fue la develación del Lazo Rojo monumental en el edificio sede de la Secretaría de Salud, acción que reconocía públicamente que la sensibilización frente a la enfermedad debía iniciar en el personal de salud, actores que en reiteradas ocasiones habían sido señalados discriminadores de los sujetos afectados (Redacción Notiese, 2004).

Desafortunadamente la intención del Estado prontamente se vería empañada, cuando el diario la Jornada el *3 de febrero de 2005* publicara:

“Obligatorio, que aspirantes a ingresar al Ejército se sometan a prueba de VIH: Fox convalidó la disposición, la cual busca filtrar a portadores de sida El Reglamento de Reclutamiento de Personal para el Ejército y la Fuerza Aérea Mexicana, suscrito por el presidente Vicente Fox, enfatiza -en sus artículos 18, 20 y 21- que para el ingreso de nuevos conscriptos será obligatorio que la institución castrense les practique la prueba del VIH para constatar que se encuentran sanos y útiles para el servicio de las armas”. (Medina, 2005).

Con esta nota, el discurso del Estado en relación a la epidemia caía en ambigüedad y restaba legitimidad al discurso institucional, evidenciando la participación del Estado en prácticas estigmatizantes y discriminatorias.

Por otro lado, si bien durante este sexenio se incrementó el presupuesto destinado para la prevención⁴⁰, poca claridad existía respecto al destino de dicho presupuesto en materia específica de vih/sida, ello provocaba incertidumbre y desconfianza. Para *Abril de 2005* se hacía público el desvío de recursos por el entonces presidente de la Comisión de Presupuesto y Cuenta Pública de la Cámara de Diputados Luis Pazos, quien reasignó presupuesto federal del Programa contra el vih/sida por 30 millones de pesos a favor de PROVIDA, un grupo ultraconservador que en su propuesta atentaba contra los principios que sostenían la prevención de la epidemia, renunciaba a la educación sexual abierta y la promoción para el uso del condón (Gozzo, 2006:15).

En medio de este escándalo, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación con el respaldo de diversas organizaciones civiles y organismos internacionales, organizaban el lanzamiento de la primera campaña contra la homofobia a través de spots radiofónicos con eco en Acapulco, Morelos, Mérida, San Luis Potosí, Veracruz y Tuxtla Gutiérrez. Los esfuerzos por combatir la discriminación se vería coronados el *17 de mayo del 2006*, fecha

⁴⁰ Se incremento en 1.496 por ciento el gasto en prevención entre 2005 y 2006

en que Fox mediante decreto aprobó el Programa Nacional para Prevenir y eliminar la Discriminación (PNPED).

“Es la primera vez que un presidente de la república reconoce que la discriminación es un obstáculo para las personas que viven con VIH” (Jorge Saavedra, director de CENSIIDA; citado en Anodis, 2006).

2.5. 2006-2012. El fortalecimiento de las ONGS, el reconocimiento de que la confrontación a la epidemia es un asunto social y no de Estado.

El sexenio de Felipe Calderón enfrentó grandes problemáticas, relacionadas principalmente con la crisis internacional, la inseguridad, el crimen organizado y la aparición de la pandemia H1N1; sin embargo, dichos sucesos no han opacado la controversia de una enfermedad complejizada por el estigma y la discriminación social.

La llegada de Calderón al poder se dio en un contexto saturado de conflicto por el fraude electoral de que se acusaba a él y su partido (López, 2006), sin embargo, lo mínimo que esperaban presenciar las organizaciones civiles e instituciones especializadas en materia de vih/sida, era una respuesta política de apertura, cuestión que pronto sería puesta en duda, dado el nombramiento de Córdova Villalobos como Secretario de Salud, personaje político reconocido por su visión ultraconservadora.

El nombramiento de Córdova Villalobos como Secretario de Salud trajo opiniones confrontadas entre la ciudadanía, si bien se trataba de un médico con importante formación tanto en lo disciplinar como en lo administrativo, también se le identificaba con una faceta política fuertemente enmarcada en ideología de derecha (PAN). La característica de filiación al ala política conservadora, le valió a Córdova un inicio en funciones saturado de

controversia, particularmente por las incertidumbres que generaba su postura respecto a la prevención y control del vih/sida.

El haber militado en un partido conservador llegó a poner en duda la pertinencia de colocar a Córdova como Secretario de Salud, una incertidumbre que sólo sería resarcida tanto por la rectificación de su postura con respecto a la enfermedad, como por su desempeño en el manejo y contención de la pandemia de H1N1⁴¹.

Una de las controversias más grandes en relación a Córdova tuvo origen en su declaración realizada el *11 de enero de 2007*, discurso en el que expresaba abiertamente su negación en relación a la promoción del condón y las campañas contra la homofobia, argumentando:

"La Secretaría de Salud prepara una nueva estrategia que estará basada principalmente en promover la educación por medio de la familiala promoción para el uso del condón dejará de ser prioridad en las campañas de prevención del sida, se impulsará con mayor fuerza el que las familias asuman su participación en el fomento de valores como la abstinencia y la fidelidad..... Dde repente hay acciones que más que prevención parecían hacer promoción de prácticas de mayor riesgo, por ejemplo, dentro de las campañas de no discriminación había algunas que parecían más promover el homosexualismo que evitar la discriminación a los homosexuales y dices, bueno, ¿quién hizo estos spots?, ¿se trata de no discriminar o se trata de promover algo? Creo que en este sentido hay que ser muy críticos" (D'Artigues, 2007).

Declaraciones que se complejizarían al ser respaldadas por actores ya reconocidos como opositores a las medidas de promoción para la prevención de la enfermedad

"El doctor José Ángel Córdova tiene razón, porque las campañas en sexenios anteriores sobre el uso del condón han sido campañas mentirosas y engañosas, sesgadas promoviendo las tesis de los homosexuales" (Serrano Limón, PROVIDA, Excélsior 12 de enero de 2007)

⁴¹ Su desempeño frente a la epidemia de influenza H1N1 le valió ser reconocido la Legión de Honor en grado de caballero por el presidente francés Nicolás Sarkozy el 09 de Febrero de 2009 y el *Double Eagle Awar 2010* el 23 de junio de 2010. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinoza de los Reyes. "¡Felicidades al Dr. José Ángel Córdova Villalobos!" 10/02/2009 disponible en: <http://www.inper.edu.mx/noticias/JoseAngelCordova/>

"El giro de 180 grados, pero positivo, es muy distinto, los padres somos los primeros responsables de la educación sexual de nuestros hijos, un secretario como el anterior ignoraba por completo a la familia" (Guillermo Bustamante, dirigente de la Unión de Padres de Familia, citado por Monsiváis en el Universal, 2007).

Sin embargo, las posturas retrógradas tanto institucionales como del ala conservadora, habían desestimado la fortaleza, cohesión y congruencia que habían desarrollado las ONGS, colectivos que impugnaron su discurso y salieron en defensa de los derechos sexuales y reproductivos, exigiendo una política de salud congruente (Católicas por el derecho a decidir, 2007).

La respuesta de Organizaciones de la sociedad civil e incluso de Instituciones gubernamentales con experiencia en vih/sida, habría de demostrar la madurez suficiente para impulsar un cambio de paradigma en la manera de hacer frente a la epidemia. Lo anterior se evidenció con la publicación de una carta abierta a Córdova Villalobos fechada el 19 de enero de 2007:

"La postura de Córdova Villalobos ignora la experiencia nacional que ha evidenciado un gradual pero constante aumento del conocimiento y uso del condón entre la población adolescente... También va en contra de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, basadas en evidencias científicas internacionales".

A la par de esta manifestación, se hacía evidente la sensibilidad del ala política liberal, el 23 de enero de 2007 el senador perredista Lázaro Mazón manifestaba *"Que explique por qué antepone sus ideas regresivas y medievales en la política sanitaria del país"*; en tanto Aidé García, del Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE), refería:

"Es preocupante ya que su perfil tiene que ver con la corriente más conservadora del PAN y esto significa un fuerte retroceso en el avance de las políticas públicas en materia de derechos sexuales y reproductivos de las mujeres" (Diario crítico de México, 2007).

El conflicto de posturas ideológicas vendría a recrudecerse el *17 de enero de 2007*, cuando la agencia Cimac noticias dio a conocer que Córdoba Villalobos, había nombrado en la dirección de asuntos jurídicos de la Secretaría de Salud a Bernardo Fernández del Castillo, abogado de extrema derecha y reconocido por su papel como abogado del Cardenal Norberto Rivera, así como por haber desarrollado litigios en contra de programas y acciones de salud sexual y reproductiva, tales como la anticoncepción de emergencia y la despenalización del aborto por cuestiones de salud.

La decisión de Córdoba Villalobos significaba para las ONGS, dar voz a grupos conservadores e iglesia en las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), iniciativas de ley y reglamentos en materia de derechos sexuales y reproductivos (Cruz Martínez, 2007- a)

Por otro lado, si bien a lo largo de los sexenios anteriores la comunidad lésbico, gay bisexual y transgénero (LGBT) había sido motivo de estigmatización con respecto a la enfermedad, ello había servido para fortalecer su cohesión como grupo social. Durante este sexenio, dicha comunidad manifestaría su inconformidad no sólo respecto a la imagen que de ellos se aludía socialmente, sino respecto a su derecho por no ser discriminados. Desde esta lógica, Córdoba fue asumido desde el inicio de sus funciones como un enemigo a combatir, en un escenario en el que sus declaraciones y actitudes le habían valido ser calificado de homofóbico.

La homofobia adjudicada a Córdoba se respaldaba en la afirmación que hacía, respecto a que las campañas anti fóbicas promovían la homosexualidad entre los jóvenes, o cuando en el marco de la primera Marcha Internacional contra el Estigma, la Discriminación y la

Homofobia; rechazó públicamente el saludo de beso de un transexual, argumentando que ello “*podía molestar a su mujer*”, reacción que traería como consecuencia una marcha dividida y de confrontación entre la comunidad LGBT y un grupo de políticos de derecha, en la que resonaron descripciones hacia los políticos como “*homófobos*”, “*simuladores*”, “*fascistas*” y “*doble moral*” (Avilés y Gómez, 2008).

Como si pretendiera legitimar su imagen en relación a la promoción del condón y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, el 28 de noviembre de 2007 en el marco del décimo Congreso Nacional sobre VIH/sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual celebrado en León Guanajuato, Córdova refería: “*Para 2008 la inversión del sistema nacional de salud para la prevención y control de la epidemia alcanzara los 2 mil 200 millones de pesos*”, cifra que el mismo CENSIDA reconoció como la más grande de todos los tiempos, considerando que el presupuesto para 2003 había alcanzado apenas los cien millones de pesos (PMFARMA, 2007).

Sin embargo, la asignación y distribución de dicho presupuesto volvió a evidenciar un Secretario de Salud opositor a las medidas recomendadas desde ONUSIDA y otros organismos internacionales, incluyendo los Derechos Humanos (educación sexual y promoción del condón). Del total de tan considerable presupuesto, la mayor parte (580 millones de pesos) fueron destinados para la compra de pruebas rápidas de detección, 455

millones para la compra de medicamentos y apenas 211 millones para los programas de prevención⁴².

No conforme con haber invertido el presupuesto fuera de los lineamientos propuestos desde organismo internacionales, Córdova propuso volver obligatoria la prueba de vih como garantía del derecho a la salud de las mujeres, señalando:

“En algunos casos, las pruebas de detección del VIH/sida deberían ser obligatorias para garantizar el derecho a la salud principalmente de las mujeres, entre quienes se registra un aumento constante en el número de casos de la enfermedad.... hacernos la prueba de detección cuando sabemos que podemos estar infectados es una cuestión de responsabilidad, porque entonces uno mismo va propagando la infección por no saber que la podemos tener..... La obligatoriedad de la prueba sería un avance en ciertas situaciones, en los casos donde se pueda tener esa certeza para evitar el riesgo de infección a otros individuos” (Cruz, 2007 b)

Esta propuesta desataría polémica, pues contradecía tanto las directrices internacionales como la Norma Oficial Mexicana, instrumentos que abogan porque la prueba no puede ni debe ser obligada (Cruz Martínez, 2007-b). Los comentarios que desacreditaban la propuesta de Córdova no tardaron en hacerse públicos, el 30 de noviembre de 2007 Asa Cristina Laurell mencionaba:

“El Sida es una enfermedad que desde sus inicios ha causado discriminación y estigmatización de los enfermos y de los grupos vulnerables, por ello existe un gran temor en la población general de hacerse la prueba para no ser víctima de estos prejuicios la única manera de combatir esta carga social y psicológica negativa, es promover la prueba y garantizar que se realice voluntariamente, que los resultados se manejen con confidencialidad y sólo para fines de salud y que sea acompañada de consejería que convierte la prueba en una poderosa arma de prevención y de atención oportuna El gasto de 580 millones de pesos para pruebas rápidas

⁴² La sexta de las Directrices Internacionales sobre vih/sida y los derechos humanos dicta: “Los Estados deberían adoptar medidas de políticas que regulen los bienes, servicios e información relacionados con el VIH, de modo que haya suficientes medidas y servicios de prevención, adecuada información para la prevención y atención de los casos de VIH y medicación inocua y eficaz a precios asequibles”, en dicho sentido este instrumento insta a destinar los recursos de manera proporcional a las diferentes actividades de Prevención, Tratamiento, Atención y Apoyo. Para más información consultar: El VIH/SIDA y los derechos humanos, Directrices internacionales, sexta directriz revisada. disponible en: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc905-guideline6_es.pdf

es a todas luces excesivo y una muestra del uso ineficiente de recursos públicos” (Laurell, 2007).

Los argumentos sobre lo inapropiado de las pruebas obligatorias, tendría eco también en la ciudadanía activista

“Las mujeres no estamos de acuerdo que a nuestro nombre se implementen políticas de cacería de brujas, México no debe retroceder, con ello se genera más miedo, exclusión y clandestinidad” (Hilda Pérez de Colectivo Sol, citado por Rea Tizcareño, 2007).

En este contexto, la propuesta de Córdova respecto a incorporar la obligatoriedad de las pruebas de VIH, si bien aludía un marco sensible al género para combatir la feminización de la enfermedad, simplificaba de manera llana la construcción social del riesgo y la consciencia respecto al mismo, asumiendo de nueva cuenta una postura de prescripción y normatización de acciones y renunciando con ello, a toda posibilidad del desarrollo de una cultura de riesgo. Bajo la forma de dispositivo de seguridad, las pruebas diagnósticas buscaban implementarse con independencia a la consciencia que respecto al riesgo tuvieran los sujetos.

Para febrero de 2008 Córdova volvió a generar credibilidad a través de acciones encaminadas en apoyo al CENSIDA, la distribución de 35 millones de condones fue destacada como la mayor de todos los tiempos, reforzaba dicha acción mediante un discurso que contradecía su postura inicial en relación al condón:

“El uso del condón está científicamente comprobado como el mejor método para prevenir el contagio de VIH-sida Aun cuando la Iglesia o el gobierno de Jalisco recomienden la abstinencia, es incontrovertible: el uso del preservativo es la forma de protección más segura.... es importante promover la educación en cuanto al uso del condón, ya que 98 por ciento de los nuevos casos de seropositivos registrados al año ocurren por la vía sexual e invariablemente están relacionados con la resistencia a usar el preservativo, en particular entre el género masculino” (Velasco, 2008).

El interés del Secretario de Salud por vigilar la seguridad de las mujeres como grupo vulnerable, resultaría congruente con el impulso de un nuevo programa social, el Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2008-2012 (PROIGUALDAD). Un programa cuyos objetivos, estrategias y líneas de acción relativas a la salud y el vih/sida se dirigían a mejorar la salud de las mujeres, desarrollar estrategias de información sobre riesgos y mecanismos de protección y prevención en infecciones de transmisión sexual (con especial énfasis en el vih/sida)⁴³

Durante este sexenio, la labor del Estado en materia de control de la epidemia fue más allá de las medidas propuestas en prevención, para *junio del 2008* logró establecerse la “Comisión Coordinadora para la negociación de precios de medicamentos y otros insumos para la salud”, el objetivo estaba centrado en efectuar procesos de negociación de precios con los laboratorios dueños de las patentes y obtener un mejor aprovechamiento del presupuesto disponible (CENSIDA, 2009).

Se continuó impulsando la investigación respecto a la enfermedad, incluso cuando en eventos de tipo académico como la 17ª Conferencia internacional sobre el SIDA, celebrada en *agosto de 2008*, políticos opositores refirieran al gobierno de Felipe calderón como “*falso*”. El adjetivo utilizado contra Calderón, hacía referencia al escaso interés que el presidente había demostrado por implementar medidas para confrontar las presiones de laboratorios farmacéuticos, cuando a juicio de muchos políticos de izquierda el país tenía posibilidad de construir laboratorios de fabricación de genéricos intercambiables, medida que reduciría hasta un 15% el gasto en este tipo de medicamentos (Méndez, 2008).

⁴³ Instituto Nacional de Mujeres, 2008.

En este mismo mes se celebró la Primera reunión de ministros de salud y educación para detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe “Prevenir con educación”. Vázquez Mota (Secretaría de Educación Pública) y Córdova Villalobos, coincidían públicamente en que la contención de la epidemia rebasaba las funciones del gobierno, razón por la que establecieron el compromiso de participar conjuntamente para impactar en una verdadera consciencia del riesgo. Por primera vez en la historia de nuestro país, salud y educación aceptaban el reto de impulsar conjuntamente una educación sexual que integral, incorporara el tema de la sexualidad desde etapas tempranas y antes del inicio de la vida sexual (Wachauf, 2011).

En este contexto y pese a las posturas ambiguas que Córdova Villalobos había asumido ante la epidemia, el *31 de agosto de 2009* recibió el Premio América a la Excelencia en Servicio Público 2009, en la categoría de "Liderazgo en Salud Pública: Prevención y Reducción del vih/sida"⁴⁴, se alude que este reconocimiento se debió principalmente al vínculo que consolidó entre prevención y educación (García, Doina 2009).

Durante *2009* se impulsó y fortaleció la Campaña Nacional de Respuesta al vih/sida, centrando su mensaje en dos grupos particularmente vulnerables, mujeres y población homosexual, la primera abordaba la cuestión de la vulnerabilidad de las mujeres con énfasis en el desarrollo de habilidades para negociar el uso del condón; la segunda, centró su énfasis en comunicar a la población la necesidad de crear entornos de tolerancia y respeto hacia las personas con orientación sexual diferente a la heterosexual.

⁴⁴ Premio que otorga el Centro Internacional para la Formación de Autoridades de Gobierno y Líderes de la Sociedad Civil (CIFAL) con sede en Estados Unidos,

Para *diciembre de 2010*, acompañado por organizaciones civiles, legisladores y representantes de ONUSIDA en México, Córdova Villalobos afirmó que en nuestro país se había logrado reducir el número de nuevos casos de infecciones de vih, en función de ello, aseguraba que se cumpliría con las metas del milenio para el 2015, respecto a mantener la prevalencia de infección por debajo del 0.6%. (Rodríguez, 2010).

Si bien la epidemia en México se aseguraba concentrada en poblaciones clave, homosexuales (prevalencia de 10.2%), seguidos de las y los trabajadores sexuales (8.9%), y usuarios de drogas inyectables (5%); también se reconocía la condición de vulnerabilidad de las mujeres respecto a la enfermedad, específicamente de aquellas insertas directa o indirectamente en el marco de la migración. Lo anterior ha provocado hacer explícitas las medidas para confrontar dicha problemática.

“Estamos haciendo, una educación más intensa con los migrantes, por ello es que tenemos 42 ventanillas de salud en Estados Unidos en los 50 consulados..... es importante que el migrante tenga conciencia de que si han practicado sexo inseguro se haga una prueba del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) porque, de lo contrario, va a traer el virus y se lo va a contagiar a su pareja” (Giron, Dinora 2010).

En este contexto y pese al reconocimiento y críticas que había sido recolectadas a lo largo de este sexenio, en la Consulta Regional y Reunión de Alto Nivel sobre acceso universal a prevención, atención, tratamiento, apoyo y cuidado en vih/sida (marzo, 2010), se concluyó que México representaba uno de los países de América con más alto nivel de acceso a medicamentos antirretrovirales, discurso que desataría la crítica de organismos internacionales, ya que evidenciaba cómo por dar prioridad al tratamiento médico se había bajado la guardia en materia de prevención y diagnóstico temprano de la infección (Cruz Martínez, 2011).

Durante este sexenio la dinámica en la respuesta política ante el vih/sida fue hasta cierto punto inestable, considerando que fue en julio de 2011 y en plena inauguración del XII Congreso Nacional de vih/sida, que Córdova Villalobos informó que renunciaría a la Secretaría de Salud para aspirar a la gubernatura del estado de Guanajuato. Si bien Córdova ponía como colofón a su renuncia toda una serie de logros en materia de contención de la epidemia, Ricardo Hernández, director del Programa de vih de la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), le confrontaba, enfatizando sobre la persistencia de discriminación por parte de instituciones de gobierno y personal de salud sobre enfermos de vih/sida (Redacción Global Media, 28/07/2011).

Sin embargo, estos reclamos no detuvieron el realcé con el que Córdova se despediría de sus funciones como Secretario de Salud, para terminar de legitimar su desempeño, sus últimas declaraciones resultaban incluso increíbles para quienes había presenciado aquellas que acompañaron su toma de cargo a inicios de 2007. En estas últimas aludía:

“No es el momento de la autocomplacencia o censura, sino de confrontar enérgicamente al sida, cada quien desde su ámbito.....es necesario redoblar sus esfuerzos para incrementar estrategias de prevención y promoción de la salud entre mujeres en situación de vulnerabilidad, como violencia sexual; personas privadas de su libertad y poblaciones migrantes, por estar dentro de los contextos de mayor riesgo” (Periódico Milenio 10/06/2011).

Con la llegada de Salomón Chertorivski a la Secretaría de salud el 9 de septiembre de 2011, las expectativas de las organizaciones civiles y de población en general entrarían en crisis, particularmente porque se sabía que se trataba de un personaje que no tenía formación alguna en el ámbito de la salud⁴⁵. Sin embargo, su postura frente al combate del vih/sida

⁴⁵ Licenciado y Maestro en Economía egresado del Instituto Tecnológico Autónomo de México y Maestro en Política Pública por la Universidad de Harvard

parecía de apertura, cuando en su discurso reconocía la necesidad de fortalecer la educación sexual y promover la cultura de una sociedad incluyente de las minorías sexuales, en este sentido, sus primeras declaraciones fueron:

“El Sida no es un problema de moral, sino de salud pública que requiere una atención integral y multisectorial, con base en los derechos humanos y con esta perspectiva ninguna persona debe ser ajena al tema” (Edición, diarioimagegroo. mx 02/12/2011).

Esta imagen de apertura se reforzaría con la aceptación que mostró para considerar las propuestas que realizaban los activistas respecto a reactivar la función rectora del CONASIDA, transparentar los procesos de selección de proyectos de prevención emprendidos por OSC y finalmente, garantizar el abasto de antirretrovirales. El acuerdo que se logró, evidenciaba la fuerza que las Organizaciones Civiles habían logrado, cuando eran estos mismos activistas quienes referían:

“El Conasida pasa por una situación de parálisis en su función de órgano colegiado debido a la ruptura de diálogo e interlocución con sectores de la sociedad civil, de la academia y de los programas estatales de VIH sida por parte del secretario técnico, José Antonio Izazola” (Díaz, A. 10/02/2012).

Pero si bien Chertorivski accedería a la petición de las organizaciones, la inconformidad social respecto al desempeño de Censida como institución rectora, no cedería con la misma facilidad, en noviembre de 2012 la senadora Mónica Arriola Gordillo (Partido Nueva Alianza), llevaría ante pleno la exigencia de sustituir a José Antonio Izazola Licea como director general del Censida, argumentando que este implementaba una política restrictiva en el suministro de medicamentos antirretrovirales en institutos de salud y en programas estatales de combate de a la epidemia, señalamiento que se agravaría con la afirmación de

la misma senadora respecto a un subejercicio de 47.2 por ciento en materia del presupuesto asignado (La verdad Yucatán 29/11/2012).

El conflicto alcanzaría tales dimensiones, que el 12 de diciembre de 2012, Izazola hizo de conocimiento público su renuncia como director de Censida, entre las causas atribuidas a dicha renuncia llegó a mencionarse la existencia de diferencias irreconciliables con el recién ratificado Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Pablo Kuri Morales. El conflicto entre ambos personajes tenía origen en la divergencia de opiniones que ambos sostuvieron respecto a condicionar la dotación de antirretrovirales a la aplicación estricta de la Guía Clínica de Atención, también por la diferencia que habían sostenido meses antes, cuando Izazola había planteado necesario que la guía de atención clínica del sida se rigiera por aspectos económicos y no por las condiciones de salud de los pacientes (Cruz, A. 13/12/2012).

El conflicto político con que cierra este sexenio, obliga a poner en la mesa de diversidad de intereses, ideología y miradas que sostienen la política de salud encaminada al control de la epidemia en México, incluso cuando apenas en septiembre de 2011 este país había recibido un reconocimiento por ONUSIDA por su liderazgo y logros en las políticas implementadas para el control y tratamiento de la epidemia (Aguirre, A. 15/07/2011). Contexto en el que sin embargo, para diciembre de 2012 continuaba argumentándose:

“Las nuevas infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las muertes por Sida disminuyeron casi en una tercera parte de 2005 a 2011, sin embargo la transmisión del mal entre las mujeres de 15 a 24 años va en aumento, sin que ellas sean atendidas..... No hay acciones encaminadas a la prevención del VIH, su detección oportuna y tampoco acceso al tratamiento para las jóvenes, porque “desafortunadamente” no son consideradas poblaciones clave” (Cruz, G. 30/11/2012).

Con la recuperación de estas narrativas, puede darse cuenta cómo el vih/sida desde su llegada a México, se ha configurado como enfermedad no sólo a través de la epidemiología, sino principalmente a partir de una serie de construcciones y deconstrucciones simbólicas y sociales, derivadas de las matrices narrativas que alrededor de ella se producen y que obedecen por igual a una verdadera intención de favorecer una consciencia de riesgo, que en la búsqueda de legitimar representaciones que sostienen instituciones sociales en nuestro contexto.

Las matrices narrativas que se han configurado en la sociedad mexicana respecto al vih/sida, han dotado a la construcción del riesgo de una complejidad relevante, dada la multiplicidad de intereses que convergen en ella, donde por igual se identifica la participación del clero que de oligarquías sociales, del Estado con sus propios marcos político-económicos y poco más reciente de asociaciones civiles que han desarrollado una cohesión suficiente, para funcionar como actores con un poder no muy lejano al de las instituciones.

Matrices narrativas que han dejado de concentrar el riesgo de homosexuales, transgénero y sexoservidoras; para hacer evidente el marco de vulnerabilidad que sostiene la vida sexual y reproductiva de las mujeres heterosexuales. Narrativas en las que el Estado ha debido reconocer, agendar y atender el riesgo desde la política pública, y no únicamente en función del “interés genuino” de los representantes del Estado, sino en función de la exigencia de Organizaciones Civiles que se dan el tiempo para vigilar de cerca como se estructuran las políticas en salud, el manejo y la distribución del presupuesto.

El vih/sida que surgió a inicio de los ochentas se ha reconfigurado y ha dejado de ser responsabilidad exclusiva del sector salud para establecerse en tema de agenda política, reconociéndose no sólo como un problema patológico, sino de derechos humanos, de combate al estigma y la discriminación. La iglesia ha reconfigurado también, aunque en menor medida, la mirada que mantiene respecto al riesgo de vih/sida, la culpa que se imponía sobre quienes resultan afectados, se ha sustituido por la compasión o incluso por la aceptación del uso del condón, bajo el imaginario de que se trata de “un mal menor” para evitar una enfermedad mortal.

CAPÍTULO 3. SOBRE EL ESCENARIO Y LAS PARTICIPANTES

“Todos vivimos bajo el mismo techo, pero no tenemos el mismo horizonte”

Adenauer, Konrad

Introducción.

Cualquier acercamiento que pretenda problematizar un objeto de estudio, debe ser sensible al territorio en que dicho objeto se desarrolla y al marco moral que prevalece en los grupos sociales específicos involucrados. En el sentido anterior se ha considerado pertinente, iniciar con un capítulo que describa las características socio demográficas de los contextos en que se trabajó, el tenor en que se instala la migración como actividad económica y las maneras en que impacta la movilización internacional en la cotidianeidad de los sujetos y los grupos sociales.

El capítulo se desarrolla en tres partes, la primera aborda la experiencia de vih/sida en las dos localidades de estudio, la segunda focaliza sobre las características socio demográficas de las mujeres que participaron, y finalmente, la tercera describe las localidades tanto en su aspecto físico como en las dinámicas socioculturales que en ella se despliegan, con especial énfasis en la experiencia migratoria.

Para el desarrollo de este capítulo se hizo de la observación y entrevistas abiertas a sujetos clave de la comunidad, consulta de archivos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), Consejo Nacional de Población (CONAPO) e Instituto Nacional de Migración (INM), así como de encuestas oficiales, entre las que figuran la Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) y la Nacional sobre la dinámica de las relaciones en los

hogares (ENDIREH). Para la recuperación de estadísticas locales se tuvo acceso a los Diagnósticos de Salud recuperados de unidades de salud responsables de las localidades de estudio.

Sobre la experiencia de vih/sida en las localidades

La experiencia respecto al vih/sida en ambas localidades es una realidad, ya que aun cuando no se reporte en ninguna de las dos una incidencia relevante de la misma, es necesario dar cuenta que se trata de contextos en los que el vih/sida emerge cómo una patología que prefiere ocultarse por su asociación con imaginarios de prácticas sexuales “*anormales*” o “*pecaminosas*”.

Si bien en “*Rancho Nuevo*” el personal sanitario niega la existencia de casos diagnosticados, la población difiere respecto a esta aseveración, señalando la existencia de dos casos en los que si bien no existen certezas del diagnóstico, han iniciado a construirse narrativas que señalan la existencia del padecimiento y con ello, conductas discriminatorias.

Resulta relevante el hecho de que los dos casos de “*Rancho Nuevo*”, cuentan con el antecedente de migración a Estados Unidos, en el caso del varón se sabe que trabajó durante un importante periodo de su vida en los EUA, en el caso de la mujer prevalece el imaginario de que fue su pareja quien le infectó, tratándose de un varón que participaba de la modalidad de migración circular.

El personal de enfermería reconoce posible la existencia de la falta de registro de los casos en la comunidad, asociado principalmente a que los ciudadanos son beneficiarios de distintos servicios de salud

“Que se hayan hecho diagnósticos aquí (Centro de Salud) no, se sabe del caso de una señora, pero ahora sí que son “dichos de la gente”..... igual puede ser un caso controlado por el IMSS o el ISSSTE, entonces no tiene caso que nos metamos allí ¿verdad? También hay que tomar en cuenta que son enfermedades que se callan porque queremos o no, no es una enfermedad bien vista” (Enfermera del Centro de Salud).

En el caso de “La veinte” si bien no se conoce de casos diagnosticados dentro de la localidad, se reconoce la existencia de sujetos afectados en localidades aledañas, casos en los que nuevamente aparece el antecedente migratorio

“Ahorita se tiene un caso en la veinte aunque la persona no es exactamente de allí, sino que allí esta su hija, él es de otra localidad de junto, se tienen tres casos más, dos en llanitos y de la localidad del otro no me acuerdo.... en Ojo de agua acaba de salir un señor positivo en la prueba rápida y se envió a San Luis para la confirmación, todos menos uno de ellos vienen de trabajar en Estados Unidos, él que no, es un chavo homosexual que lo contagió su pareja, las esposas aunque han salido negativas se mantienen en vigilancia”(Enfermera del Centro de Salud)

En las narrativas que el personal de salud elabora respecto a la existencia de la enfermedad, puede darse cuenta cómo mientras en “La veinte” se reconoce la incidencia de la enfermedad, en “Rancho Nuevo” se desconoce la confirmación de casos, señalando la posibilidad del manejo en otra institución. Resulta relevante por otra parte, la legitimación que llega a hacer el personal de salud sobre el estigma que rodea la enfermedad, atribuyendo pertinente el silencio que acompaña el diagnóstico, una condición que permite evidenciar las propias representaciones que llega a tener el personal de salud respecto a la enfermedad.

Caracterización sociodemográfica de Las participantes

Se trabajó con 21 mujeres que habitan actualmente y de manera permanente en dos localidades de San Luis Potosí; “*Rancho Nuevo*” comunidad rural perteneciente a Soledad de Graciano Sánchez, municipio conurbado con la capital del estado, así como la Colonia “*La Veinte*” inserta en Ciudad Fernández, municipio perteneciente a la región media de San Luis Potosí (Tabla no. 1)

TABLA NO. 1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS MUJERES.

MUJERES RURALES (VEINTE DE NOVIEMBRE)					MUJERES URBANAS (RANCHO NUEVO)				
Nombre	Edad	Escolaridad	Estado civil	Ocupación	Nombre	Edad	Escolaridad	Estado civil	ocupación
1.Martina	22	2°. secundaria	Unión libre	Ama de casa	1.Facunda	51	4°. primaria	Casada civil/iglesia	Negocio de comida
2.Marina	51	2°. Primaria	Casada iglesia/civil	Ama de Casa y limpieza de la iglesia	2.Estela	38	5°.Primaria*.	Casada Civil/iglesia	Ama de casa
3.Elda	41	4°. Primaria	Casada Iglesia/civil	Ama de casa y funciones en la iglesia	3. Norma	37	5°. primaria	Casada civil/iglesia	Empleada en restaurante
4. Zenaida	31	Primaria	Casada iglesia/civil	Ama de casa	4.Alma	31	Secundaria	Casada por lo civil	Ama de casa
5.Teresa	41	5°. Primaria **	Casada Iglesia/civil	Ama de casa y venta de alimentos	5.Veronica	44	Primaria	Casada civil/ iglesia	Ama de casa
6.Juana	20	2°. secundaria	Casada iglesia/civil	Ama de casa	6.Lidia	28	3°.secundaria	Unión libre	Negocio de papelería
7.Inocencia	37	Secundaria	Casada Iglesia/civil	Ama de casa	7.Olivia	28	1°.secundaria	Unión libre	Pepenadora
8.Rosalinda	45	3°. primaria	Casada Iglesia/civil	Ama de casa y venta de alimentos.	8.Lourdes	23	Secundaria	Unión libre	Trabajadora doméstica
9. Carmela	22	Primaria	Casada por lo civil	Ama de casa	9.Sara	36	Secundaria	Casada por lo civil	Ama de casa
10.Erica	51	3°. primaria	Casada iglesia/civil	Ama de casa	10. Natalia	28	1°.secundaria	Casada por lo civil	Ama de casa
11.Fabiola	45	3°. primaria	Casada iglesia/civil	Ama de casa					

Fuente: Entrevistas transcritas realizadas a mujeres de migrantes durante el periodo de enero a diciembre de 2011

Edad.

En “*Rancho Nuevo*” las participantes fueron diez mujeres cuyo promedio de edad fue de 34.4, con una mínima de 23 y una máxima de 51; mientras en “*La veinte*” se trabajó con once mujeres con un promedio de edad de 37.8, una mínima de 20 y una máxima de 51. Puede darse cuenta, cómo si bien el grupo de mujeres rurales presentó una mínima por debajo de las urbanas, en el análisis conjunto de dichos grupos de edad no existen variaciones significativas, dado que en ambos, el promedio de edad refiere etapas de vida en los que la posibilidad de reproducción sigue latente.

Considero pertinente aclarar que la decisión de trabajar con mujeres cuyas edades están fuera de la señalada etapa reproductiva (15-45 años), obedece a la necesidad de movilizar posturas metodológicas que prevalecen en los estudios de sexual y reproductiva y que limitan problematizar la realidad social. Limitar los estudios que exploran la sexualidad/reproducción en mujeres dentro de grupos de edad específicos, respalda desde lo académico, el imaginario de que el ejercicio sexual se circunscribe a la reproducción como fin, y legitima mediante ello, la aniquilación del derecho de los sujetos para disfrutar de una sexualidad placentera y plena independientemente de la edad.

En el sentido anterior, este acercamiento procuró no reproducir el imaginario de una experiencia sexual circunscrita a variables cronológicas o la posibilidad de reproducción, pues como habrá de darse cuenta a través de las historias de estas mujeres, ni la esterilización definitiva, ni la experiencia de la menopausia son determinantes para abandonar el ejercicio sexual.

La vida sexual con independencia de la edad o la posibilidad de embarazo, continúa, ya sea atendiendo a un deseo propio por acceder al placer, o bien como resultado de presiones sociales que obligan a ejercer una vida sexual que incluso no siendo disfrutable (por las asociaciones culturales que se establecen entre la edad y sexualidad o por los procesos fisiológicos que se implican en el climaterio) continúan instaurándose como parte de su cotidianeidad.

Nivel educativo.

En lo que respecta al nivel educativo se encontraron diferencias relevantes, mientras entre las mujeres de “La veinte” poco más del 50% no concluyeron educación primaria, sólo el 30% de “*Rancho Nuevo*” presentó el mismo caso, mientras el 30% de “*Rancho nuevo*” concluyó la educación secundaria, sólo 9% de las mujeres de “*La veinte*” cuenta con este nivel educativo.

Atención aparte merecen las razones que las mujeres de cada ámbito refirieron para abandonar la escuela, mientras en las narraciones de las mujeres de “*La veinte*” prevalecieron las razones culturales, que incluían el escaso reconocimiento de la educación cómo medio para la subsistencia y la limitación para acceder a la educación por la variable género y el interés de habilitarles en lo doméstico. Las mujeres de “*Rancho Nuevo*” señalaron como principal variable la económica, la incapacidad de la familia por sostener los gastos derivados de asistir a la escuela e incluso la obligación por aportar ingresos para el sustento familiar.

Lo anterior adquiere relevancia, si consideramos que la educación figura como una variable que adquiere peso en la consciencia que pueden desarrollar respecto a su riesgo y en la

gestión que hacen del mismo, redundando no sólo en una limitante para el acceso a fuentes de empleo y la independencia económica, sino incluso en la competencia para negociar y tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Estado civil.

En este apartado se encontraron discrepancias relevantes, mientras entre las mujeres de “*La veinte*” sólo una de ellas refirió compartir bajo el régimen de unión libre y sentirse devaluada socialmente por ello, entre las mujeres de “*Rancho nuevo*” 30% señaló vivir bajo esta modalidad, sin evidenciar por ello, conflicto social o cultural. Otra de las cuestiones que destacan en este rubro, es la pérdida de credibilidad de la iglesia como medio para institucionalizar la unión entre las mujeres de “*Rancho Nuevo*”, no así entre las de “*La veinte*”, quienes continúan otorgándole un significado simbólico importante.

El estado civil posibilita dar cuenta de la relevancia que la institución del matrimonio tiene en los espacios rurales y urbanos, asociado a las representaciones sociales y simbólicas que se implican en él y que en un porcentaje considerable de casos legitima condiciones de desigualdad y asimetría entre los géneros. Estado e iglesia parecen tener un peso importante entre las mujeres de “*La veinte*”, pues aun cuando una cantidad considerable de las mismas refirió haber iniciado su relación en el régimen de unión libre, prácticamente la totalidad de ellas ha terminado por unirse en matrimonio tanto civil como religioso, en la búsqueda de una legitimación social a la que sólo puede aspirarse mediante el matrimonio (Bodoque 2008; Osakue & Hilber 2006; Stuart & Taylor 2001).

Ocupación.

Mientras la totalidad de las mujeres de “*La veinte*” refirieron como ocupación “*ama de casa*”, incluso cuando poco más de una tercera parte de ellas se involucra en actividades del sector informal, las mujeres de “*Rancho Nuevo*” dijeron incorporarse en actividades que les posibilitan un ingreso económico. Lo anterior permite dar cuenta, cómo la inserción de las mujeres rurales en la esfera productiva es concebida por ellas mismas, más cómo un medio de altruismo con sus parejas que cómo forma de participación económica (Geldstein 2009 y 2004, Carrasco 2001).

Cuestión contraria ocurre entre las mujeres de “*Rancho Nuevo*”, quienes reconocen su participación en actividades que generan ingreso económico para sus familias, construyendo discursos en los que evidencian consciencia sobre su valía al interior de las familias.

Puede darse cuenta de la heterogeneidad que caracteriza las experiencias de vida de las mujeres de ambos grupos, situación que contrasta con las afirmaciones de investigadores que suponen que la accesibilidad a los servicios básicos es determinante de las formas en que los individuos se posicionan en la vida cotidiana, ignorando con frecuencia el hecho de que como sujetos sociales comparten un elemento cultural con mayor peso: la construcción social del género.

El escenario

La migración en el estado, entre la tradición y la necesidad de sustento

San Luis Potosí figura entre las diez entidades de mayor participación migratoria hacia los EUA, con un índice migratorio clasificado como “*alto*” (0.73) se posiciona en el sexto

lugar en la participación migratoria nacional y la captación de remesas familiares (6.58%), superando a estados como Hidalgo, Morelos y Durango (CONAPO 2010)⁴⁶.

Se trata de un estado que sumamente complejo tanto en su naturaleza como en su organización sociocultural y política, posee una trayectoria histórica en la migración, igual motivada por la falta de oportunidades laborales dignamente remuneradas, como por cuestiones culturales que hacen de la movilización transnacional, un rito tradicional para muchas familias potosinas. Mientras para algunos especialistas, la diversidad ecológica y cultural que caracteriza San Luis Potosí representa una oportunidad de crecimiento y proyección (Montoya 2006; Ruvalcaba, Pérez y Herrera 2004), para otros, dicha diversidad le dota de una complejidad ecológica, social y cultural que deriva en condiciones de desigualdad e inequidad social sobre un mismo territorio (Zurita, Lozano, Ramírez, Torres 1999; Szèkely, López Meléndez, Rascón, Rodríguez 2007)⁴⁷.

En el sentido anterior, pese a que el estado posee características fisiográficas que le dotan de vocación agrícola y le colocan en posición ventajosa para participar en la producción y la oferta de bienes y servicios, ello parece no impactar favorablemente en su marco económico, posicionándose dentro de la lista de estados con mayor índice de pobreza y

⁴⁶ Aguascalientes, Colima, Durango, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Morelos, Oaxaca, Querétaro son entidades que acompañan al estado en la lista de las diez entidades con alto índice migratorio.

⁴⁷ San Luis Potosí aloja 58 municipios sumamente dispares en sus niveles de desarrollo económico, social e incluso cultural, una complejidad que parece estar en confabulación con la naturaleza, que geográficamente le ha estructurado fisiográficamente divergente.

marginación⁴⁸, con un Índice de Desarrollo Humano de 0.7144 que lo ubica en el lugar 22 a nivel nacional (PNUD, 2010).

Resulta pertinente problematizar sobre las presiones económicas que motivan en este territorio la participación migratoria, dado que si bien, para algunos migrar representa la única opción de subsistencia en contextos en los que la oferta de empleo continúa resultando insuficiente⁴⁹, problematizar la participación migratoria en el estado, rebasa por mucho el marco de lo económico, conscientes que la migración deriva también de toda una serie de imaginarios sociales y culturales que impulsan la movilización.

La sobrevaloración del salario laboral foráneo, los estilos de vida asociados con las remesas y la oportunidad de acceder a bienes materiales que en sus localidad no tendrían o incluso no requerirían, motiva en los varones el deseo de ir a trabajar a los EUA. La movilidad transnacional llega a representarles también, la única oportunidad de ser contemplados como “*suficientes*” para establecer relaciones maritales, puesto que se significa en el imaginario local como sinónimo de libertad, autonomía económica y madurez sexual (Kandel y Massey, Szèkely, López, Meléndez, Rascón y Rodríguez, 2007).⁵⁰

En función de lo anterior, es necesario reconocer que la práctica migratoria en San Luis Potosí se complejiza a partir de dos facetas, la económica y la cultural, dos variables que han condicionado la existencia de asentamientos territoriales conformados exclusivamente

⁴⁸ Junto a estados como Chiapas, Oaxaca, Guerrero, Veracruz, Puebla, Campeche, Yucatán e Hidalgo.

⁴⁹ Si bien San Luis Potosí se registró dentro de las entidades con menor tasa de desocupación con un 3.8%, también lo es que el estado se reportó como la entidad con menor participación en la actividad económica 56.2% (ENOE 2010).

⁵⁰ Evidencia de ello es que para la década de los setenta figuraba dentro de los diez primeros estados expulsores de migrantes, ocupando en esta lista el séptimo lugar y antecedido en el orden descrito por Chihuahua, Durango, Michoacán, Guanajuato, y Jalisco. en la actualidad San Luis Potosí ocupa el noveno lugar con respecto al resto de los estados por sus índices de migración detrás de Zacatecas, Michoacán, Guanajuato, Nayarit, Durango, Aguascalientes, Jalisco y Colima en ese orden sucesivamente.

por ancianos, mujeres y niños (en función de una migración principalmente masculina), cómo ocurre en localidades de los municipios de San Ciro de Acosta, Rayón, Villa Juárez y Cerritos (Alanís, 2001)⁵¹.

En este contexto, la relación que San Luis Potosí mantiene con los EUA posee tanto una tradición histórica como emergente, pues si bien existen antecedentes que dan cuenta cómo desde la época de la revolución mexicana, exiliados, refugiados, políticos y agricultores, migraban desde la región altiplano y centro al país del norte, resulta sorprendente el impulso que la migración ha tenido en las dos últimas décadas en población indígena de la región huasteca, sujetos que enfrentan derivado de su condición étnica mayor vulnerabilidad en los procesos de migración⁵².

Desde esta perspectiva, si bien los procesos migratorios continúan concentrándose en población de las regiones media y altiplano, la incursión de sujetos procedentes de las regiones centro o huasteca insta a problematizar los términos en que dicha participación se da, así como el impacto económico y de transculturación que esta movilización trae consigo. Es precisamente en este sentido, que surge el interés de desarrollar este acercamiento en mujeres de localidades ubicadas en regiones geográficas distintas, bajo el supuesto que se trata no sólo de territorios con características fisiográficas diferentes, sino con antecedentes distintos en la participación migratoria que impulsan.

Para colocar en dimensión la aseveración anterior, resulta pertinente aludir las diferencias que coexisten en la práctica migratoria entre las dos regiones a que se adscriben las localidades de estudio. Mientras en la región centro se observa una participación migratoria

⁵¹ Con un índice de intensidad migratoria de 3.24, 3.22, 3.13 y 1.59 respectivamente.

⁵² <http://www2.colef.mx/migracionesinternacionales/revistas/MI07/n07-066-094.pdf>

baja y relativamente reciente, la región media se caracteriza por haber hecho de la migración una de sus principales fuentes de ingreso, en algunos de sus municipios las remesas llegan a ser superiores a 30%⁵³.

Caracterización socio demográfica de las localidades de estudio

Las localidades en que se trabajó atañen a regiones distintas dentro del estado, “*La veinte*” se ubica dentro del municipio de Ciudad Fernández, perteneciente a la región media del estado, “*Rancho Nuevo*” es una localidad del Municipio de Soledad de Graciano Sánchez, un municipio conurbado con la capital del Estado y en dicho sentido ubicado dentro de la región centro.

Ambas localidades poseen ante INEGI características distintas, mientras “*La veinte*” es clasificada como localidad rural con un grado de marginación alto, “*Rancho Nuevo*” se describe urbana y con un grado de marginación medio. Las etiquetas de marginación encuentran lógica en que ambos municipios presentan características socio demográficas distintas, mientras Ciudad Fernández se etiqueta con un grado de rezago social “*medio*”, Soledad de Graciano Sánchez hace lo propio con una etiqueta de “*muy bajo*” (Ver Tabla no. 2)

⁵³ En Villa Juárez, San Cirilo de Acosta y Rayón; en el primero 37 de cada 100 hogares subsisten gracias a las remesas, 33 en San Cirilo de Acosta, y en Rayón 30; para enfatizar la relevancia de lo anterior es suficiente aclarar que mientras Ciudad del Maíz es el municipio que cuenta con el menor porcentaje de remesas (11.2%) dicha cifra es superior al promedio del estado.

TABLA NO. 2 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LAS LOCALIDADES DE ESTUDIO

Localidad	Número de habitantes 2010	Ámbito	Grado de marginación de la localidad 2010	Grado de marginación del municipio 2010
Veinte de noviembre	1,276	Rural	Alto	Medio
Rancho nuevo	2,087	Urbano	Medio	Muy bajo

Fuente: INEGI. Catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades, julio 2012.

Las características distintivas entre los municipios, influyen en gran manera las problemáticas sociales que ambas regiones confrontan, ejemplo de ello es que mientras en Ciudad Fernández las desigualdades no cesan y parecen reafirmarse, Soledad de Graciano Sánchez se instituye como la región más próspera del estado, determinado en gran medida por su conurbación con la capital.

Mientras Ciudad Fernández se caracteriza por una elevada dispersión poblacional, influenciada por la emigración constante a municipios más importantes, la capital del estado o al extranjero; Soledad de Graciano Sánchez, concentra cada vez más población debido a la atracción que como oferta inmobiliaria representa para pobladores de la capital y otros municipios⁵⁴.

TABLA NO. 3 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS MUNICIPIOS

Municipio	Extensión territorial Km ²	Número de viviendas habitadas 2010	Población estimada 2010	Crecimiento exponencial	Índice de Intensidad Migratoria
Cd. Fernández	513,72	10,684	43,528	0.0005	1.84
Soledad de Graciano Sánchez	280,95	53,346	226,803	0.041	0.30

Fuente: INEGI. Catálogo de claves de entidades federativas, municipios y localidades, julio 2012.

⁵⁴ Plan de Desarrollo Urbano del Estado de San Luis Potosí 2001-2020.

En la tabla anterior puede darse cuenta que Cd. Fernández posee mayor territorio, pero menor población y un crecimiento exponencial de apenas el 0.005, indicador del riesgo de despoblamiento para la región, no sólo por lo que la cifra representa demográficamente hablando, sino por el antecedente de despoblamiento en municipios aledaños como Cerritos y Villa Juárez⁵⁵. No debe de dejar de problematizarse por otra parte, que la tasa de crecimiento exponencial de Ciudad Fernández, se acompaña de un elevado índice de intensidad migratoria (1.84), indicador que le posiciona en el lugar nueve en la lista de municipios del estado con mayor movilidad migratoria internacional⁵⁶.

Soledad de Graciano Sánchez por su parte no presenta dicha amenaza, ya que además de caracterizarse por un menor índice migratorio, la inmigración de diversas regiones y municipios del estado, compensan su densidad poblacional.

Las localidades como espacios físicos.

Si bien INEGI maneja con rigurosa linealidad las categorías “urbano” y “rural”, serias discrepancias se encontraron en la realidad de ambas localidades, características que las hacían pensar más como rurales que urbanas, o servicios que por la características en que se otorgan, obligar a cuestionar de la pertinencia de etiquetarles “urbanas”. Es en el sentido anterior, es que he preferido desmarcarme de dicha clasificación y concentrarme en

⁵⁵ FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda 2000 y II Conteo de Población y Vivienda 2005.

⁵⁶ Propuesta del Programa de Ordenamiento Ecológico del Estado de San Luis Potosí 2006, apenas por debajo de San Ciro de Acosta (3.24), Rayón (3.22), Villa Juárez (3.13), Santo Domingo (2.58), Alaquines (2.55), Mexquitic de Carmona (2.37), Tierra Nueva (2.37), San Nicolás Tolentino (2.21) y en consecuencia en el sexto en la zona media

describir estas localidades en su dimensión física de acuerdo lo que se observó en la realidad⁵⁷.

Una diferencia relevante aparece de entrada en ambas localidades, no resulta igual de sencillo llegar o salir de ellas, mientras “*Rancho Nuevo*” cuenta con servicio público de transporte y calles alineadas y pavimentadas para acceder, la situación de “*La veinte*” resulta contrastante, si bien cuenta con el servicio de taxi colectivo, el horario de dicho servicio, así como sus calles carentes de pavimento y alineación hacen poco más compleja la llegada a esta localidad.

Las diferencias se hacen más evidentes, conforme las mujeres desarrollan la confianza suficiente para permitir la entrada a sus viviendas. Mientras la disposición de drenaje en “*Rancho Nuevo*” es casi general, encontramos que en “*La veinte*” existe una cantidad importante de viviendas que poseen fosas sépticas y letrinas, principalmente debido a las características del suelo que imposibilitan la instalación de drenaje. Sin embargo, la disposición de drenaje no significa forzosamente una garantía de saneamiento básico, en “*Rancho Nuevo*” por ejemplo, aun con la existencia de drenaje persisten viviendas que carecen de acceso al agua potable, problemática que no se evidencia en “*La veinte*”.

En el sentido anterior, encontramos que si bien en ambas localidades se cuenta con pozos suficientes para dotar de agua a la población, en la organización social de la colonia tipificada “*urbana*” por INEGI, existen limitantes para distribuir el recurso. En “*Rancho*

⁵⁷ Para una lectura más profunda al respecto se recomienda revisar el artículo de Villalvazo, Corona y García “Urbano- rural, constante búsqueda de fronteras conceptuales” Notas, revista de información y análisis 2002, no. 20, pág. 17-24.

nuevo” cerca de cincuenta viviendas deben sobrevivir diariamente sin servicio de agua potable, incluso pese a que el municipio ha instalado la red para hacer llegar el agua hasta los hogares.

La razón del conflicto alude principalmente al desempeño de los sujetos responsables de administrar y dar mantenimiento al pozo, quienes argumentan que algunas de las viviendas no pertenecen a la localidad, sino una colonia independiente llamada *Luis Donald Colosio*, bajo esta justificación, les es denegado el derecho al agua de los pozos.

Las viviendas también presentan diferencia respecto al material del que están elaboradas y su tamaño, en *“La veinte”* es común ver que una gran parte de las viviendas han extendido sus pórticos sin atender la planeación del suelo, con la intención de dar cabida a cantidades mayores de marranos para crianza y aves de corral, disponer de mayor espacio para el sembradío o simplemente para dar cabida a mayor número de familias en su interior. En *“Rancho Nuevo”* por su parte, continúan existiendo hogares constituidos por una sola habitación (4%), así como viviendas elaboradas con material de lija o madera, casas que antes eran de cartón y que valió para que a estas tres calles, carentes de agua y hechas de materiales improvisados, se le conozca más bajo el apelativo de *“cartolandia”*.

Formas de subsistencia en las localidades.

Aunque INEGI ha etiquetado *“La veinte”* como una comunidad rural, lo cierto es que su dinámica y medios de subsistencia mantienen un estrecho vínculo con otros espacios clasificados como *“urbanos”*. En este sentido, si bien el sector primario es el medio principal de subsistencia (34.8%), el comercio (4.5%), empleo asalariado (4.8%), la

industria formal (0.7%) e incluso la migración internacional (11.4%) se han instalado como opciones de subsistencia en esta localidad⁵⁸.

La instalación de la migración como medio de subsistencia, según la perspectiva de la gente de la localidad no ha incidido en perjuicio del campo, más bien se ha posicionado cómo una estrategia que ha hecho facilitado continuar con la producción agrícola y ganadera⁵⁹.

“La migración sale aquí por lo mismo porque no es suficiente ya [económicamente hablando], entonces los muchachos se van a Estados Unidos, como sea o más bien como pueden, [...], pero sus papases se quedan sembrando, ellos migran, pero les mandan que para la semilla, pa’ los peones.... aquí las tierras no están abandonadas, están trabajadas” (Martina Martínez)

Afirmaciones como la anterior, obligan a cuestionar las aseveraciones que otros investigadores han hecho respecto a señalar la migración internacional cómo variable que afecta al campo y la práctica de la agricultura, al menos en “*La veinte*” la migración se contempla en una estrategia de apoyo para continuar la siembra y cosecha de tierras.

En “*Rancho Nuevo*” pese a que no se cuenta con estadísticas precisas respecto a los medios de subsistencia, es evidente una situación distinta, si bien existen familias que continúan haciendo de la agricultura su medio principal de subsistencia, la proximidad de esta colonia con la capital y específicamente con la zona industrial, ha posibilitado que la gente de una localidad históricamente conocida como agricultora y lechera, termine por involucrarse en

⁵⁸ Diagnóstico de Salud 2010.

⁵⁹ Entendiendo por remesas las transferencias en dinero o en especie que hacen los migrantes, bien sean temporales o permanentes hacia su lugar de origen. Según datos del Banco Mundial (2004) en las zonas rurales de México las transferencias de remesas llegan a constituir hasta un 19.5% de los ingresos de las familias, proporción notoriamente por encima de las transferencias de programas gubernamentales para la reducción de la pobreza (Oportunidades 10.2%), y (PROCAMPO 3.8%)

el trabajo obrero y el empleo formal en comercios de la capital y la cabecera municipal de Soledad de Graciano Sánchez.

En el contexto anterior, si bien es común que los habitantes de “*Rancho Nuevo*” se empleen en empresas cercanas a su localidad, existen casos en los que la escolaridad incompleta les limita acceder a dichas oportunidades laborales, obligándoles a involucrarse en oficios que no requieren escolaridad o especialización, como la construcción o la pepena.

Motivos y dinámicas de la migración.

En lo que se refiere a las causas que impulsan la migración, se encontró que si bien en ambas localidades se presenta el caso de migración clandestina, los varones de “*La veinte*” parecen menos interesados en participar de esta modalidad, principalmente debido a la experiencia que tienen movilizándose mediante convenios laborales a través de Relaciones Exteriores.

La opción de insertarse en la movilidad desde un marco legal, resulta la opción preferida entre los varones de “*La veinte*”, quienes eligen esta modalidad por contemplar en ella la posibilidad de no ausentarse por extensos periodos de tiempo, correr menos riesgos en el trayecto y contar con una fuente de trabajo segura una vez en los EUA, tres variables que hacen que valga la pena involucrarse en la migración por convenio, aun cuando las remesas se hagan más raquíticas.

“Hay gran cantidad de hombres que se van cada año, duran allá 8 meses y se regresan 4, él ya tiene 23 años yéndose así y como él dice a lo mejor no se gana tanto, pero puede entrar y salir sin tanto peligro, aparte que no dura tanto sin ver a la familia”.

La dinámica en que los varones participan de la migración, influencia la transformación que las relaciones de pareja y familia evidencian, así mientras los varones de “*La veinte*” parten al extranjero con la certeza de que al cumplir ocho meses de trabajo, podrán regresar a convivir con sus familias durante el resto del año; los varones de “*Rancho Nuevo*” involucrados en su mayoría en procesos clandestinos, suelen tener periodos de distanciamiento más largos y con mayor incertidumbre.

En lo que respecta a las causas que impulsan la participación migratoria en las localidades de estudio, se encontraron también diferencias. Si bien resultaría arbitrario omitir las motivaciones económicas entre los varones de “*La veinte*”, es preciso señalar la relevancia que la migración adquiere como tradición en un contexto en el que los varones apenas alcanzada la mayoría de edad, se ven motivados o incluso obligados, para involucrarse acompañados de sus padres, tíos u otros familiares en procesos de migración legales o clandestinos, dado que dichos procesos se contemplan a manera de rito de iniciación para la vida adulta.

“Mis hijos como otros muchachillos de aquí nomás esperan cumplir los 18 y se van con los papás, las primeras veces cruzan con ellos ya luego que agarran confianza van y vienen pero ya con la certeza de que saben cómo y con quien cruzar” (Rosa)

En “*Rancho Nuevo*” contrario a “*La veinte*”, no se alude a la migración en su faceta de tradición o ritual, la mayoría de las narraciones aluden la movilización como un evento desencadenado por la imposibilidad por acceder a fuentes de empleo dignamente remuneradas, o bien como una decisión derivada del contacto social con migrantes

centroamericanos que trepados en la “*bestia*” cruzan por la localidad con la expectativa de llegar hasta la frontera⁶⁰.

La migración termina por instalarse como opción, incluso en una región próxima a centros industriales, derivado de una incongruencia entre la realidad educativa y laboral, la mayoría de las empresas en que esta población puede emplearse, exige la educación secundaria como nivel de escolaridad mínimo, exigencia que resulta no sólo incongruente sino violenta en una población como la “*Rancho Nuevo*”, donde del total de población mayor de quince años cerca del 10% es analfabeta, 42% cuenta con primaria incompleta y sólo el 18% cursó la secundaria⁶¹.

Esta incongruencia detona que los varones de “*Rancho Nuevo*” se vean obligados a participar de oficios injustamente retribuidos para el desgaste físico que conllevan, una situación que les hace fácilmente influenciados por migrantes centroamericanos, para aventurarse en la búsqueda del “*American dream*”.

“Se empezó a ver mucho hombre que venía de Guatemala, Honduras, Salvador, de estos países que tienen que atravesar por aquí en el tren que montan para llegar hasta la frontera, entonces a los de aquí se les empezó a hacer fácil y ha habido quienes se van de un día para otro, por lo mismo que piensan que de tantos que van para allá no ha de estar tan canijo pasar”

Por otro lado, si bien en ambas localidades se narra la influencia que el endurecimiento de la política anti migratoria ha tenido en la migración local, en ambas se afirma que la migración no acaba y sólo se transforma, adecuando nuevas estrategias para llegar a los EUA en la búsqueda por minimizar el riesgo.

⁶⁰ En México se alude bajo el termino de “*bestia*” al tren de carga que atraviesa México desde el sur al norte, mismo que es con frecuencia es utilizado por los Centroamericanos para llegar sin costear transporte hasta la frontera norte de México

⁶¹ Diagnóstico de Salud 2012, Secretaría de Salud, Archivo de la Jurisdicción 1, San Luis Potosí, México.

Entre las adecuaciones que se mencionan, figuran por ejemplo, el hecho de posponer la iniciación de jóvenes inexpertos (lo que se había convertido en una tradición), la procuración de periodos de estancia más largos en los Estados Unidos y la postergación del retorno a las localidades de origen. Las medidas anteriores se adoptan debido principalmente a que cada vez es más difícil acceder a territorio americano, el encarecimiento de los servicios de “coyotes” o incluso por el temor de ser atacados por grupos delictivos organizados⁶².

Lo anterior evidencia de que forma la migración trastoca y complejiza las comunidades, pero también cómo las dinámicas de migración se adecuan a las condiciones del contexto social en que se insertan, en un sentido en que como refiere Monroy (2001) rutas, patrones, dinámicas e incluso las motivaciones de migración se modifican, cambian y se adecuan al contexto que les circunda, sin ignorar las propias expectativas personales y en este caso, su propia percepción de riesgo sobre las amenazas que identifican asociadas a la migración.

Representación y cotidianidad de las mujeres en estas localidades

Pese a que en ambas localidades prevalece la población femenina (54.4% en “*Rancho Nuevo*” y 62% en “*La veinte*”), se trata de contextos en los que aun siendo mayoría, las mujeres deben tolerar vivir cotidianidades sujetas a visiones de género que les colocan en desventaja social, situaciones que algunas llegan a identificar impertinentes e injustas, pero que poco cuestionan más allá de sus propias reflexiones.

⁶² Ejemplo de lo anterior es la estrategia que han organizado migrantes de la zona de Jalpan de Querétaro, quienes para venir a fiestas decembrinas han tenido que hacerlo en caravana, bajo el argumento de que esta estrategia disminuye la posibilidad de ser atacados por grupos delictivos organizados. Es de conocimiento común que el grupo delictivo “*Los zetas*” tiene control sobre Rioverde y San Ciro, dos municipios por los que forzosamente deben atravesar para llegar a Jalpan.

Ejemplo de lo anterior, se representa en el hecho de que pese a que la población que prevalece en ambas localidades es femenina, en ambas comunidades se refiere la ocupación de las mismas exclusiva del ámbito doméstico, aspecto que obliga a pensarlas carentes de cualquier posibilidad de acceder a beneficios económicos. Sin embargo, en medida que se profundiza en sus dinámicas, puede darse cuenta que se involucran en actividades económicas, ya sea desde el sector informal a través de las ventas por catálogo o alimentos en el caso de *“La veinte”*, o mediante el empleo formal asalariado en el caso de *“Rancho nuevo”*.

Sin embargo, pese al involucramiento de las mujeres en la esfera productiva de ambas localidades, diferencias relevantes se observan en sus narraciones. Mientras en *“Rancho Nuevo”* las mujeres narran su incorporación al espacio productivo, cómo una experiencia que les posibilita ganar espacios de poder en la toma de decisiones de su hogar y familia; la mayor parte de las mujeres de *“La veinte”*, narran su incursión en la esfera productiva en un marco de desvalorización de sus tareas y aportaciones al hogar, concibiendo su participación económica como una forma de solidaridad con sus parejas.

“Las mujeres de aquí vemos la forma de ayudarlos a ellos (esposos)... Que enchiladas, que raspas ahorita que hace calor, que venden tamales, gorditas de horno, en la venta de cosméticos con los libros (catálogos), es que ellos ya no pueden solos... ya vimos que no (risas)”. (Martha Martínez).

La visión que mantienen respecto a su trabajo como forma de solidaridad con sus familias, se justifica en la noción que prevalece, respecto a que el trabajo femenino es complementario del masculino y nunca al revés o en igualdad de circunstancias, mirada que resulta desfasada de la realidad, cuando se desempeñan dentro de un país en el que 25% de los hogares son mantenidos por mujeres.

En este contexto, el hecho de que las propias mujeres sostengan imaginarios que conciben su participación económica como una función más que desempeñar en el ámbito de lo familiar, entorpece la posibilidad de que se consideren sujetos de derecho en la toma de decisiones en el hogar y dimensionen en justa medida su participación económica en el país.

En lo que respecta a la participación política de las mujeres en estas localidades, se encontró que si bien en ambas comunidades se posibilita su involucramiento, en ambos espacios, su posibilidad de participación se despliega en posibilidades bastante limitadas en función de estereotipos de género. Mientras los varones se posicionan en cargos de toma de decisión, ya sea como presidentes de asamblea o jueces auxiliares, las mujeres son motivadas para involucrarse en comités relacionados con cuestiones de bienestar de la familia, salud y religión.

“A las mujeres, por ejemplo, se les deja ver en eso de la salud, lo de la iglesia, y esas también son cosas que ayudan aquí”. (Miguel Sandoval)

En la narrativa que Miguel elabora respecto a la participación política de las mujeres, se evidencian dos puntos sumamente relevantes, por un lado el término *“se les deja ver”* alude a la obligación socialmente impuesta de que las mujeres permanezcan en lo privado, sólo se les permite desempeñarse en lo público, cuando dicha participación atañe tareas que tradicionalmente se han considerado competencia del género femenino (*cuidar del otro, educar en la fe*), una exigencia que busca garantizar que su incursión en el ámbito de lo público suceda en términos de lo socialmente aceptable y procurando que su desempeño reafirme públicamente características de su género, evitando la usurpación de tareas o funciones concebidas masculinas. Por otra parte, aludir a su participación como hace

Miguel en términos de “*ayuda*”, desvaloriza las funciones políticas implícitas en el trabajo en los comités, reiterando que las acciones que estas mujeres puedan llevar a cabo, no representan más que actividades de solidaridad que deben al grupo del que forma parte y no un ejercicio ciudadano.

Se hace necesario considerar por otra parte, la escasa participación migratoria de las mujeres en ambas localidades. Si bien en “*Rancho nuevo*” no se encontraron estadísticas locales, las narrativas que se construyen al respecto, evidencian la migración como un ejercicio propiamente masculino. En “*La veinte*” las estadísticas que se tienen, confirman que las mujeres participan mucho menos que los varones en la movilización, de los 75 migrantes identificados sólo dos eran mujeres (2.6%), porcentaje que coincide con la tendencia nacional y estatal (INEGI 2010)⁶³. Por otra parte, vale la pena mencionar que la participación migratoria de las mujeres, ocurre siempre en un marco de acompañamiento de sus parejas (Suarez y Zapata, 2004).

Llama particularmente la atención, el hecho de que en ambas localidades se aluda a las mujeres cómo “*propiedad*” de varones ausentes, si bien las representaciones sobre ellas presentan variaciones, elementos centrales configuran los discursos. Las mujeres son referidas como “*las que esperan*”, “*las que cuidan de los hijos*”, “*las que reciben las remesas*”, pero a la par de estas concepciones, aparecen representadas también como “*las solas*”, “*las abandonadas*”, las que perdieron la esperanza esperando un retorno que nunca

⁶³ Sistema de indicadores para el seguimiento de la situación de la mujer en México. Diagnóstico sobre la situación de la mujer en el Estado de San Luis Potosí (2008) disponible en: <http://cedoc.inmujeres.gob.mx/ftpg/SLP/slp02.pdf>

llegó, o incluso, las que resignadas saben que sus parejas han conformado otra familia en los EUA.

“Muchos se casan antes de irse y se van casados, unos regresan pero hay hombres que las dejan casadas y se van, se pierden, y ahí anda la mujer que dejaron comprometida, con todo y niños, batallando con la suegra y sin saber nada del hombre” (Susana Martínez).

La migración de los varones potencia la vulnerabilidad social de estas mujeres, puesto que implica la posibilidad de ser abandonada y olvidada, el riesgo de quedar suspendida en una espera que puede eternizarse y que trae mayores implicaciones que ser divorciada o separada, dado que les implica permanecer en un estado límbico en el que socialmente continuarían vigiladas como si fuesen “*mujer de*”.

Martina elabora una frase que evidencia la dolorosa desvalorización que suele acompañar a estas mujeres, en el marco de la migración de sus parejas:

“Aquí la tierra es más respetada luego que la mujer, de la mujer a veces se olvidan, de la tierra no....aunque se vayan, le mandan a los papás para seguir la siembra [...] aquí las tierras no están abandonadas, están trabajadas y pues las mujeres no (risas)” (Martina)

El hecho de asumir a los varones más comprometidos con el terruño que con la mujer con quien comparte vida o incluso hijos, hace que el olvido emerja cómo un amenaza para estas mujeres, un peligro al que están sujetas y sobre el que poseen poca influencia, puesto que no depende de ellas no ser olvidadas, depende de quién migra, de quien se involucra en un nuevo ambiente y una nueva dinámica, porque como dijo Benedetti “*aunque el olvido esté lleno de memoria, convertirse en recuerdo no es opción para quienes se contemplan parte del futuro*”.

La relación conyugal que se establece en la condición de migración, resulta semejante en ambos espacios, aun cuando conserven sus peculiaridades. Una constante en ambas localidades, es respecto a la posición de los varones migrantes de un “*estar, estando ausentes*”, es decir, una ausencia física que sigue dotándoles de una posición privilegiada en la toma de decisiones de las familias y dándoles oportunidad de continuar participando en la reproducción de sus localidades.

En el sentido anterior, el comportamiento reproductivo en ambas localidades se mantiene, incluso cuando los varones permanezcan en el extranjero durante largos periodos, situación que ya ha sido referida por otros autores, quienes reconocen que el comportamiento reproductivo en comunidades migrantes se mantiene, inclusive cuando se tiene acceso a programas de planificación familiar (Garza y Zapata, 2007; Salvatierra, et al., 2004).

En el sentido anterior señaló cómo han hecho otros autores, que con independencia de las mecánicas en que se den los procesos migratorios, los comportamientos sexuales y reproductivos se mantienen, quizá incluyendo adecuaciones pertinentes a la situación del distanciamiento físico durante periodos más o menos prolongados o ¿Por qué no? buscando persistencia en sus prácticas, sin considerar necesaria la incorporación de nuevas conductas.

“Aunque ellos ya no estén siempre aquí, ahora sí que siguen presentes.....como me pasó a mí.... él vino un diciembre y me embaracé, ni me vio embarazada ya cuando regresó para el otro año los reyes ya le habían traído su niño” (Inés, Rancho nuevo)

En función del discurso de Inés, la reproducción parece adquirir una representación en la que no sólo se busca para legitimarse desde lo individual como padre o varón, sino adquiere nuevos significados y razones, representando un medio para la legitimación

pública e instituyéndose como medio para cumplir con la progenie que se adeuda al grupo social.

El hijo se constituye en una especie de “don” que simboliza el compromiso de varones que aun “*ausentes*” tienen con la reproducción de su comunidad, mientras las mujeres por su parte, aparecen dispuestas a embarazarse durante los periodos de retorno de sus parejas, debiendo aceptar cursar sus embarazos y partos sin la compañía de sus parejas (Caballero, Leyva, Zarco y Guerrero; 2008).

Si bien en ambas localidades se narra que la ausencia del varón no determina y es más, ni siquiera influencia en menores tasas de fecundidad y nacimientos, es preciso reconocer que se trata de una condición más relevante entre las mujeres de “*La veinte*” que de “*Rancho Nuevo*”. El personal de salud que atiende la primera comunidad, narra una relación más estrecha entre retorno y fecundación, una situación que podría ser explicada en el hecho de que la reproducción suele ser más valorada en localidades que subsisten mediante la agricultura, puesto que se piensa a los hijos como fuerza de trabajo en el campo (Takeiro, Salvatierra y Austreberta 2005).

La aseveración anterior encuentra respaldo en la escasa aceptación de Métodos de Planificación Familiar (MPF) en mujeres de ambas localidades, si bien se carece de estadística respecto a este rubro en “*Rancho nuevo*”, en “*La veinte*” apenas se registra una aceptación del 47% de las mujeres en edad reproductiva. En dicho sentido, se torna necesario poner en escena las motivaciones que inciden en la poca aceptación de MPF en ambas localidades, mientras en “*La veinte*” la negativa para hacer uso de métodos parece derivar de las propias decisiones de las mujeres, en “*Rancho nuevo*” la negativa de las

mujeres por hacer uso de métodos anticonceptivos no siempre obedece a una resistencia personal, sino más bien de la exigencia de sus parejas por no hacer uso de ella.

“Ellos se van y cuando vienen pues que esto, que lo otro, que traen ganas y pues uno también tiene las suyas, pues se aprovecha (risas) pero siempre con el miedo de quedar embarazada, yo ya no quiero más pero el sí....nomas le pido a dios, porque no tomo nada y el no quiere usar condón, dice [él dice] “De por si nos vemos poco y luego con condón” ya sería muy mala suerte [quedar embarazada]”. (Rosa Arias)

En narraciones como la de Rosa, puede darse cuenta que las mujeres ceden sus derechos reproductivos a las opiniones y deseos de sus parejas, en este sentido, aunque las mujeres lleguen a reconocer placentero el encuentro sexual, la ausencia de determinación y habilidad para negociar sus procesos sexuales y reproductivos, les obliga a aceptar la postura que asuma su pareja, emergiendo como única esperanza “*el favor de dios*” para evitar la concepción.

Lo anterior posibilita inferir la participación de un varón que aun en la ausencia, influencia sobre el comportamiento reproductivo de la mujer, negándose a que ella recurra a la utilización de métodos anticonceptivos, ya sea como un medio para garantizar la fidelidad de las mujeres hasta su regreso o para condicionar embarazos que en su ausencia, reafirmen la exclusividad sexual de sus parejas.

CAPÍTULO 4. SOBRE LAS EXPERIENCIAS DE SER MUJER EN LOCALIDADES MIGRANTES.

“Hay cosas que es mejor no nombrarlas para no hacerlas evidentes. Esa es la clave para entender el silencio creado alrededor de las mujeres.... Porque si no se les nombra, no son nada”.

Elsa López (2005)

Hablar de migración con frecuencia obliga a recurrir al referente masculino que históricamente ha protagonizado estos procesos, o en el más afortunado de los casos a concebir la participación de mujeres que “transgresoras” se han atrevido a incursionar en dicha práctica (Pérez y Cols. 2008; Woo 2007; Vega 2002; Arias 2000). Sin embargo, poca atención suele ponerse en las mujeres que permaneciendo en sus localidades de origen experimentan toda serie de cambios en su cotidianidad, modificaciones que mientras algunos autores señalan cómo oportunidades de “empoderamiento” (Córdova 2009; Malkin 1998), para otros, sólo potencian y reafirman desigualdades de género y asimetrías de poder (DÁuberrete, Da Gloria, Rivermar 2003; Zarate 2000; Marroni 2000).

Pierre Bourdieu (1987) afirma que para comprender la conducta social de los sujetos, es indispensable dar cuenta de los contextos en que los mismos han aprendido a conducirse socialmente, dado que estos conforman *los habitus* que les permitirán interpretar y actuar en su realidad⁶⁴. Con el marco anterior como primicia, se hace necesario reconocer que para comprender la construcción social del riesgo que estas mujeres han elaborado respecto al VIH/sida, es necesario conocer las representaciones, actitudes y significaciones que

⁶⁴ Bourdieu define el habitus como un sistema de disposiciones durables y transferibles -estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes- que integran todas las experiencias pasadas y funciona en cada momento como matriz estructurante de las percepciones, las apreciaciones y las acciones de los agentes cara a una coyuntura o acontecimiento y que él contribuye a producir (Bourdieu, 1972: 178)

influyen su práctica sexual, imaginarios que derivan de los marcos sociales en que han sido habilitadas para movilizarse como sujetos y enfáticamente como mujeres, disposiciones que hacen que la sexualidad se instituya más allá de lo biológico, mediante la construcción sexuada de los cuerpos (Weeks, 1998, p.182)

El objetivo de este capítulo es contextualizar las condiciones sociales y culturales en que estas mujeres crecieron, enfatizando en convergencias y discrepancias que posibiliten identificar *habitus* disímiles o semejantes respecto a sexualidad, género y migración; tres representaciones que influyen sobremanera la construcción que respecto al riesgo de VIH/sida puedan elaborar.

Dada la riqueza de las historias que estas mujeres tejieron a partir de sus representaciones sobre género y migración, se decidió organizar dicha experiencia en dos etapas que no corresponden exclusivamente al aspecto cronológico, sino que se significan a partir de procesos socioculturales relevantes, su vida en la familia de origen y su etapa conyugal.

4.1. SOBRE LA VIDA EN LA FAMILIA DE ORIGEN.

Desde niñas, mujeres de su casa.

En los relatos de vida que se recuperaron, pudo evidenciarse la influencia que el arraigo territorial juega en el imaginario que respecto a la migración tienen estas mujeres, así como del vínculo entre las representaciones de género y migración, una cuestión que obliga a reconocer la existencia de un entramado en el que se encuentran y desencuentran categorías de masculinidad/feminidad con permanencia/movilidad, analogías que posibilitan entender las relaciones de poder que se establecen en la ausencia-presencia del varón en la unidad

doméstica y la permanencia-ausente de las mujeres que esperan en las localidades de origen⁶⁵.

En las narrativas puede evidenciarse que la variable *arraigo territorial* aparece íntimamente con la de *género*, una relación que resulta determinante en la percepción que poseen respecto a la migración de sus parejas y sobre su propia implicación en la misma. Pudo también identificarse, cómo el arraigo territorial emerge cómo una variable que les reitera la impertinencia de participar activamente de la migración, pues dicho sentido de arraigo (socialmente elaborado en sus contextos) termina por convencerles de que el espacio doméstico es el único ámbito en que pueden legitimar su valor como sujetos.

Este sentido de arraigo territorial íntimamente relacionado con el género, y específicamente con el “*ser mujer*”, impacta de manera importante en el acceso a oportunidades de vida personales y sociales, dado que en la búsqueda incesante porque estas mujeres permanezcan en el espacio doméstico, les es negada la posibilidad de involucrarse en procesos educativos o de empleo.

La siguiente tabla expone las experiencias que mujeres de ambos grupos han tenido en procesos de migración interna.

⁶⁵ Utilizo el término “ausencia-presente” en el caso de los varones, para plantear la existencia de una ausencia física que no merma la autoridad de los varones en la toma de decisiones reproductivas, económicas y familiares. El término “permanencia-ausente” refiere la inmovilidad física de las mujeres de los sitios en que sus parejas las “encargan” así como a la ausencia de autonomía para participar en la toma de decisiones reproductivas, económicas y familiares.

TABLA NO. 4 EXPERIENCIA DE MOVILIDAD MIGRATORIA EN MUJERES DE MIGRANTES			
Mujeres de “La veinte”		Mujeres de “Rancho nuevo”	
Nombre	Experiencia en ámbitos distinto al local (razón)	Nombre	Experiencia en ámbitos distinto al local (razón)
Martina	No	Facunda	Sí/SLP, Tampico/empleo
Marina	No	Estela	Sí/SLP/Matrimonio
Elda	Sí/Matamoros/Empleo	Norma	Sí/D.F, Monterrey /Empleo
Zenaida	No	Alma	Sí/ Monterrey /matrimonio
Teresa	No	Verónica	No
Juana	No	Lidia	No
Inocencia	No	Olivia	No
Rosalinda	No	Lourdes	No
Carmela	No	Sara	Sí/SLP/matrimonio
Erica	No	Natalia	Sí/SLP, Monterrey/matrimonio
Fabiola	No	-----	-----

Fuente: Entrevistas transcritas realizadas a mujeres de migrantes durante el periodo de enero a diciembre de 2011

En la tabla puede darse cuenta que la experiencia de movilidad migratoria resulta menor entre las mujeres de “La veinte” que en las de “Rancho nuevo”, aspecto que adquiere relevancia si consideramos que la experiencia de movilidad aun cuando sea de tipo interno, influye en las oportunidades a las que acceden en lo educativo, laboral e incluso en sus decisiones maritales. Lo anterior se confirma, cuando damos cuenta que mientras la mayor parte de las mujeres de “La veinte” han debido elegir pareja en un universo pequeño y asequible, las de “Rancho nuevo” han tenido oportunidad de elegir parejas de localidades distintas a la propia.

Conforme las mujeres profundizan en sus narrativas, se evidencia que el arraigo deriva socialmente condicionado en función del género, en dicho sentido encontramos que si bien el vínculo género-arraigo puede deconstruirse y confrontarse, ello no ocurre de manera exitosa o libre de violencia⁶⁶. En el sentido anterior, se encontró que si bien existen mujeres que han confrontado la obligatoriedad socialmente instituida de permanecer inmutables en

⁶⁶ Quezada (2007) define el arraigo territorial como procesos y efectos en los que se establecen relaciones particulares con un territorio con el que se crean y consolidan vínculos que constituyen una especie de atadura con el lugar, pudiendo ser este tipo de vínculos lazos familiares, económicos, profesionales, culturales, territoriales, históricos y políticos.

sus localidades, existen otras que ni siquiera lo han intentado, por el sentimiento de incompetencia que socialmente les ha sido generado al respecto.

En función de lo anterior, resulta necesario problematizar *el arraigo* cómo una forma de control social impuesta sobre estas mujeres, puesto que coarta sus oportunidades de educación y empleo, y les niega el acceso a un mayor capital cultural y social dentro de un marco patriarcal que históricamente se ha empeñado por asociar lo estático e inmutable con lo femenino, mientras lo masculino hace lo propio con lo dinámico (Bourdieu 1999, p.17).

La analogía femenino-inerte/masculino-dinámico se hace evidente en las narrativas de mujeres de *“La veinte”*, discursos en los que mientras se dota a los varones de características de personalidad asociadas a la valentía, arrojo y audacia, las mujeres se autoconfieren características que predicen su fracaso en la migración, bajo un imaginario que les obliga a asumirse incompetentes para involucrarse en un proceso naturalizado masculino.

“A mis hermanos se los llevaba mi papá, no nos llevaba a las mujeres porque decía que estaba muy canijo y que aparte les cobran mucho, pero como él dice es que los hombres se avientan más, no tienen miedo y a las mujeres nos gana el miedo, nos quedamos quietas cuando no sabemos qué hacer” (Juana, veinte de noviembre)

Narrativas como la de Juana, obligan a dar cuenta que el miedo se instituye desde el marco sociocultural, bajo un imaginario en el que se establece una clasificación de *“capaces”* o *“incapaces”* en función del género. Se alude una superioridad simbólica de los varones sobre las mujeres frente a situaciones estresantes, aun cuando la respuesta estresora fisiológica sea idéntica e independiente de las características sexuadas, sin embargo, mientras culturalmente los varones son habilitados para no demostrarlo y entrenados para confrontar los hechos amenazantes, las mujeres son habilitadas para huir o evitar las

situaciones de amenaza, argumentando que no poseen inteligencia, fuerza o reflejos para enfrentarlos.

Algunas de estas mujeres, no conformes con poner en tela de juicio sus habilidades individuales para participar en los procesos de migración, señalan impropio el que otras mujeres migren a los EUA, apreciaciones que derivan de esquemas de percepción de género que concentrados en exaltar la masculinidad, orillan a las mujeres a tener una representación negativa sobre su propio sexo (Bourdieu 1999, p.14).

“Mis hermanos si se fueron para estados unidos, pero no, yo no, tampoco ninguna de mis hermanas, sólo mis hermanos ... es que mi apá se llevaba nomás a los hombres porque es lo que se necesita allá, no se necesitan mujeres, se necesitan brazos, “juerza”, saber qué hacer cuando viene la migra.... (sic)” (Elda, Veinte de noviembre)

Puede darse cuenta cómo la percepción de incompetencia para participar de la migración, deriva de una auto descalificación socialmente instituida, una cuestión sirva quizá para explicar la feminización rural que ha ocurrido en las dos últimas décadas en México, dada la diferencia de participación migratoria entre hombres y mujeres (Lastarria 2008; Díaz 2005; DÁbuterre & Rivermar 2003).

Sin embargo, encontramos que esta auto descalificación no ocurre en la totalidad de las mujeres, algunas de ellas (principalmente las más jóvenes) contemplan la migración cómo una experiencia en la que pueden insertarse, sin embargo, ello no les excluye reconsiderar dicha participación, sabiéndose insertas en contextos en los que migrar les asocia con estereotipos socialmente estigmatizadores como “*transgresoras*”, “*desnaturalizadas*”, “*liberales*” o “*machorras*” (Agrela 2004; Juliano 2000; Arias 1999; Freyermuth y Manca 2000).

Representaciones que exponen la impertinencia de su migración, dada su condición de género y la producción de bienes simbólicos que como consecuencia del mismo, les es conferida.

“Él me ha querido llevar pero no he querido más que nada por mis hijas, yo veo que hay unas que se van y con una facilidad que se olvidan de los hijos, para mí eso es no ser madre, uno debe ver primero por los hijos que por los hombres” (Marina, veinte de noviembre)

Narrativas que relegitan que medios de producción y capital continúen caracterizándose androcéntricamente, mientras las mujeres continúan con la responsabilidad de la producción de bienes simbólicos, tareas que concebidas como *“propias de las mujeres”*, no hacen más que perpetuar condiciones de desigualdad de género, tanto al interior de las unidades domésticas como en la sociedad en general⁶⁷.

Las narrativas por otra parte, evidencian la aceptación de una responsabilidad exclusiva en el cuidado de terceros, función social que les obstaculiza pensar siquiera en participar de la migración

“Pensándolo bien... no me iría, más que nada por mis hijos y mi papá, mi papá está sólo, bueno esta con mis hermanos pero pues más que nada porque yo soy la única mujer que puede cuidarlo” (Zenaida, veinte de noviembre)

Llama la atención la complejidad que adquiere la obligación del cuidado conforme a la etapa de vida en estas mujeres, el cuidado no parece limitarse a su etapa reproductiva, mucho menos concentrarse en el cuidado de los hijos, conforme se ganan años el cuidado va complejizándose, se ven obligadas a ejercer el cuidado de los nietos, los padres y los suegros.

⁶⁷ Las mujeres aseguran el funcionamiento del grupo doméstico y de la sociedad a través de un trabajo sin valor mercantil pero indispensable para la producción y reproducción social, en este sentido alimentar, cuidar, educar, enseñar son funciones que son socialmente exigidas a las mujeres, pero que siendo naturalizadas *“femeninas”* poco se reconocen. La veneración por el *“instinto materno”* o el *“sacrificio materno”* terminan por convencer a las mujeres que deben seguir cumpliendo su función aun cuando no les sea reconocido, o retribuido como sucede con las funciones que a los varones competen.

Sin embargo, para muchas de estas mujeres ser “cuidadoras” parece no incomodar, sino por el contrario, resultar satisfactorio, dado que dicha función les posibilita auto percibirse y ser percibidas como necesarias, valoradas y respetadas en su familia y comunidad, un aspecto que influye en el hecho de que la mayor parte de estas mujeres no estén interesadas por participar de la migración, instaladas en contextos en los que resulta socialmente más conveniente asumir el rol de cuidadoras.

“Él me ha dicho que me vaya con él, pero como yo le digo “tú ya no me ocupas” a mis hijas si les hago falta todavía, ellas aún me ocupan y sus hijos también” (Facunda, Rancho Nuevo)

El cuidado del otro les legitima y en medida que dicho cuidado resulte más sacrificado, más ensalzada será la imagen de una mujer que carece de acceso a otras fuentes de legitimidad (*profesional, laboral*).

El hecho de asumirse cómo un sujeto hecho para cuidar, les obliga a encontrar su razón de ser y existir no en función de una experiencia de vida personal, sino en una existencia que tiene sentido sólo en medida que se es útil para otros. En retribución al cuidado, la mujer recibe indulgencia y agradecimiento social, incluso cuando dicha gratitud se manifieste únicamente de manera discursiva, buscando asegurar la continuación del orden social vigente y dentro de una realidad en la que mientras las mujeres adquieren un reconocimiento simbólico, los varones hacen lo propio desde lo económico y político.

El hecho de que las mujeres de ambas localidades aludan la imposibilidad de dejar el terruño por la implicación social que tienen como cuidadoras, evidencia de que forma el cuidado como función, influencia la socialización que establecen con sus contextos, donde con independencia de lo urbano o rural, se asume un mayor reconocimiento del papel de la mujer en la esfera de la reproducción que en el de la producción.

Es posible dar cuenta por otra parte, cómo las mujeres han internalizado y asumido el discurso que les confiere el cuidado del otro como inherente a su sexo, en función de ello aparecen dispuestas a asumir sin apoyo, la responsabilidad del cuidado, ya sean en sujetos dependientes por razones físicas (niños, ancianos, discapacitados) o culturales (varones); aceptando mediante ello, no sólo una distribución inequitativa de tareas, sino reafirmando condiciones de desigualdad de género y asimetría de poder (DiGirolamo & Salgado 2008; Lagarde 2003).

En este contexto, pareciese que infancia y vejez son responsabilidades privativas de la mujer, se vive para cuidar a los hijos y después para cuidar a los ancianos, insertas en contextos en los que el vínculo cuidado-mujer es una más de las construcciones sociales que sobre los cuerpos se han impuesto y dentro de un orden social en el que con base en diferencias biológicas se instituye de manera importante la división sexual del trabajo (Bourdieu, 1999, p.11).

Desde lo planteado anteriormente, puede darse cuenta cómo *el arraigo* de las mujeres para con sus localidades, no es resultado de una decisión individual como es presumido por ellas, sino fuertemente influenciado por un imaginario colectivo que con base en el género les exigen permanecer inmutables en sus localidades. Las mujeres asumen permanecer en el espacio privado, mientras los varones continúan posicionándose en lo público, legitimando en ello, la inequitativa distribución de poder en la toma de decisiones concerniente a la familia, la pareja y el patrimonio.

Habilitación doméstica, un valor simbólico sobrevalorado en las mujeres.

Desde el marco de la división sexual del trabajo, la educación parece no ser contemplada necesaria en la vida de estas mujeres, cuestión que resulta antagónica respecto a la habilitación doméstica, una tarea que no se obvia en su formación social, quizá porque representa la forma más asequible de estas mujeres para legitimarse en su contexto (REDIM 2009; UNICEF-CEPAL 2009)⁶⁸.

A partir de lo anterior planteado, encontramos que las razones de interrupción de los estudios son diversas, igual relacionado con un mayor interés de los padres por habilitarles en el trabajo doméstico, agrícola y ganadero, que por la insuficiencia de recursos económicos para sostener la educación, o por la necesidad de involucrarse en actividades económicas para apoyar la subsistencia familiar.

La educación en un contexto tradicionalmente migratorio como es el caso de *“La veinte”*, aparece sumamente desvalorizada y contemplada cómo una inversión sin sentido, ello desde una lógica en la que se está convencido que no se requiere de escolaridad para migrar (Mesa y Pederzini, 2008; McKenzie & Rapoport 2006).

“Yo fui nada más hasta tercero de primaria, ya no estudie más porque como mis hermanos más grandes o se casaron chicos o se fueron para EU, un día mi papá dijo “óiganme a mí no me van a hacer gastar nomás porque sí, si no le gusta estudiar y van a salir con que se van pa allá (EUA), pa que van a la escuela(sic)..... y nos sacó” (Rosalinda, La veinte)

Conforme las mujeres profundizan en sus narrativas, comienzan a hacerse evidentes motivos relacionados con el género, existen casos de mujeres que narran haberse visto obligadas a suspender su educación escolar porque la lejanía de los planteles implicaba

⁶⁸ La deserción escolar temprana es un problema grave que en nuestro país no ha podido confrontarse, particularmente en las poblaciones rurales en las que entre un veinte y cuarenta por ciento de la población escolar abandona la escuela antes de terminar la primaria (Espíndola y León 2002).

alejarse de la mirada paterna, situación que en su condición de mujeres no resultaba socialmente pertinente.

“Yo terminé la primaria ya grande, una vez no me dieron el papel porque no hice el último examen... es que era en San Antonio y mi mamá nomás no me dejaba ir, me decía que como iba a andar tan lejos.... yo tendría unos 17, 18 años” (Teresa, La veinte)

Relatos como el de Teresa, evidencian las limitaciones que estas mujeres han debido enfrentar en su formación escolar, dado que implica la necesidad de tomar distancia del panóptico de los padres y la consecuente posibilidad de poner en riesgo el honor y la reputación tanto de ellas, como de sus familias de origen. Lo anterior adquiere relevancia, si se considera que honor y reputación son dos de las variables que mayor peso tienen sobre el capital simbólico que una mujer soltera posee y que le hace digna de legitimarse a través del matrimonio (Bourdieu, 1999, p.36).

Pero las limitantes de estas mujeres para continuar la educación escolar, llegan a posicionarse no sólo en las percepciones socialmente construidas del “*ser mujer*”, aludiendo incluso a sus características biológicas. Ese es el caso de Fabiola, una mujer que refiere su menarquía y las características de la misma como detonante en la decisión de sus padres por suspender su asistencia a la escuela.

“Fui a la escuela pero nomás estude hasta quinto de primaria y de allí ya no le seguí, es que yo desde bien chiquilla empecé que cuando me enfermaba así (menstruación) me dolía bien fuerte y me venía mucha y mi mamá dijo que mejor ya no fuera a la escuela por lo mismo que me ponía bien mala” (Fabiola, La veinte)

El hecho de conferir a la menstruación y sus características un condicionante para suspender la asistencia a la escuela, hace necesario reflexionar en la construcción social que sobre dicho proceso se edifica y que le rebasa más allá de un proceso biológico. La menstruación se satura de tabúes, dada la asociación que se hace de ella como defecto o falta de perfección, o lo que es más, adjudicándole representaciones de contaminación o

impureza con potencial de efecto no sólo sobre el cuerpo de la mujer, sino para la sociedad en general (Douglas, 1973, p.131; Costos, Ackerman y Paradis 2002; Hug y Khan 1994; Delaey, Lupton & Toth 1988; Herranz 1980).

La experiencia de Fabiola permite dar cuenta, de que forma un fenómeno biológico y en dicho sentido inevitable, llega a imponerse cómo justificación para negar el acceso de las mujeres a determinadas actividades, haciendo las veces de una especie de seclusión moderna que si bien no procura el confinamiento físico, la negativa sobre participar en actividades de legítimo interés son negadas. De forma paralela a la negación por continuar la formación educativa, se fortalece la idea de una capacitación obligada en los oficios domésticos, justificado en la necesidad habilitarlas desde edades tempranas en las exigencia que traerá consigo el contrato matrimonial (Andrews & Digby 2004).

Las mujeres de “*Rancho nuevo*” narran otro tipo de condiciones en la interrupción de los estudios, en este sentido, prevalecen historias en las que aparecen como principales condicionantes, la ausencia de recursos monetarios, la exigencia de involucrarse tempranamente en la actividad económica para ayudar al sostén de las familias y entornos en los que la dinámica familiar resultaba desfavorable para el aprovechamiento escolar.

“Yo llegué hasta quinto año, me salí porque mi papá era muy borracho, por lo mismo que le gustaba tomar nunca tenía para darnos pa los materiales de la escuela, mejor me salí y me puse a ayudarle a una señora que vendía comida, pero si aprendí a leer y escribir” (Estela, Rancho nuevo)

En este sentido, si bien la suspensión temprana de la educación es una realidad para mujeres de ambas localidades, las historias que elaboran al respecto muestran divergencias, mientras las mujeres de mayor edad narran la experiencia cómo un suceso hasta cierto punto anunciado, las más jóvenes narran la suspensión escolar cómo un evento de gran

impacto para su proyecto de vida e impulsor con frecuencia de uniones maritales precoces o embarazos adolescentes.

“Mi mamá ya me había pagado la preinscripción, pero el día del examen no tuvo pa darme pa el camión y no quiso pedir prestado... yo sí quería estudiar, me gustaba estudiar..... Ya cuando vi que no iba a estudiar pues me metí a trabajar, lo conocí a él y luego me embaracé, cuando me fui con él yo ya iba con cuatro meses....yo pensé que no era malo casarme si ya no iba a estudiar” (Lourdes, Rancho nuevo)

Las palabras de Lourdes invitan a reflexionar sobre la configuración que adquiere el matrimonio, pensar que casarse “*no es malo*” en la ausencia de posibilidad de continuar los estudios, obliga a dar cuenta cómo el matrimonio inicia a configurarse como una forma secundaria y no principal de legitimación entre las mujeres más jóvenes. Sin embargo, finalmente el matrimonio continúa vigente como estrategia de validación social, puesto que representa en el imaginario colectivo, la posibilidad de acceder a la obtención de recursos como estabilidad, compañía, seguridad, autonomía, protección, felicidad, legitimidad social, descendencia, etc. (Rodríguez, 2001)

Por otra parte, si bien no es mi intención idealizar el alcance de la educación en México y en dicho sentido me declaro bastante consciente de sus deficiencias, encuentro relevante reconocer que el involucramiento en la “*cultura legítima*”, ofrece a las mujeres la oportunidad de cuestionar el capital cultural aprehendido en la familia y en dicho sentido, les potencia para enriquecer su marco cultural y social (Bourdieu & Passeron, 2009, p. 13-45; Bourdieu & Passeron, 1979, p. 18). En esta lógica, la inserción al ámbito educativo representa para las mujeres una oportunidad de salir del espacio privado, agenciarse de una condición de igualdad, defender sus derechos como sujetos y aprender a negociar su bienestar.

Las narrativas recuperadas, exigen problematizar cómo la falta de acceso a educación se acompaña de una sobrevaloración del contrato matrimonial, mediante un vínculo que justifica mayor interés del grupo social por habilitar a las mujeres desde etapas tempranas en la reproducción y la producción de bienes simbólicos (Kroska 2004, Shelton y John 1996).

Capacitación doméstica: en espera del contrato matrimonial.

La interrupción de los estudios no es problematizada en su círculo social inmediato, quizá debido a que la formación escolar no se considera imprescindible para su desempeño social, como ocurre con la habilitación doméstica⁶⁹, esta última adquiere relevancia en función de considerar que su desarrollo incrementa las posibilidades de ser considerada para el matrimonio y desempeñar un adecuado rol social, insertas en un marco en el que el matrimonio continúa representando la vía más accesible de legitimación social (dadas las circunstancias sociales y culturales que les rodean).

En el contexto anterior, es necesario contemplar el alcance de la capacitación doméstica en dos sentidos que de manera antagónica se complementan, mientras por un lado incrementa el capital simbólico de las mujeres para circular en la sociedad, por otro, se instituye como el origen fundamental de la asimetría de poder entre los géneros (Bourdieu, 1999, p.34).

La relevancia de la representación del matrimonio en nuestra cultura, justifica que las mujeres desde su llegada al mundo sean consideradas objetos que se instituyen como bienes de intercambio simbólico, razón por la que las familias se preocupan y ocupan por producir

⁶⁹ Refiero a la habilitación doméstica como el periodo de entrenamiento al que las mujeres se someten para desarrollar habilidades relacionadas con la producción de bienes simbólicos, aprender a cocinar, bordar, coser, cuidar de los niños y de los ancianos.

y reproducir valores simbólicos que les definan valiosas para insertarse en la dinámica del orden social vigente (Bourdieu, 1999, p.65).

La predilección de las familias por la habilitación para lo doméstico y no lo educativo, se evidencia en ambas localidades, incluso cuando se les brinda oportunidad de incursionar en el ámbito educativo, estas mujeres no se eximen de la obligación de continuar capacitándose en lo doméstico, es decir, amén de cumplir con el trabajo escolar son obligadas a atender los quehaceres de la casa, servir y cuidar de los hermanos.

“Mi mamá empezó a trabajar cuando yo tenía como 12 o 13 años y es que no había dinero que alcanzara, yo tengo 2 hermanos y 3 hermanas.... antes de irme a la escuela tenía que dejar hecho el quehacer darle de comer a los hermanos, tenía que lavar y hacerme yo también de desayunar, no le miento pero a veces tenía tanto que hacer que mejor me iba sin desayunar y sin comer a la escuela” (Lidia, Rancho nuevo)

En estos contextos, las mujeres crecen convencidas que su legitimación social dependerá de la capacidad que demuestren para cumplir con tareas “*propias*” de su género. La sobrevaloración de la habilitación doméstica, hace que ellas mismas sobredimensionen la importancia de esta capacitación desde su infancia y que más tarde, no cuestionen ser responsables absolutas de las tareas domésticas, menos aún considerarán factible exigir a su pareja la coparticipación en dichas tareas. Todo lo anterior en un contexto, en el que la naturalización de las tareas simbólicas como “*propias de la mujer*”, no es más que otra de las construcciones de género con que han crecido y en las que han creído.

Pero el problema de hecho no radica en esta habilitación para el trabajo doméstico, sino en la desigualdad que entre géneros inicia a gestarse en esta “capacitación”, dado que mientras para los varones incursionar en el trabajo agrícola o el empleo descarta su participación en las tareas domésticas, para las mujeres, el trabajo doméstico al ser naturalizado como propio del género, no les excluye de recibir exigencias para involucrarse en labores

agrícolas, ganaderas o de inserción en el sector informal, justificando esta exigencia en la necesidad de solidarizarse con el sostenimiento económico de la unidad doméstica. Mientras los varones son excluidos de la responsabilidad del trabajo doméstico por desempeñarse en la esfera productiva, sobre las mujeres se legitima desde la infancia una sobrecarga de funciones que atenta contra su salud física, mental y social. (De Oliveira y Ariza 1999; Szasz, 1998).

“¿Qué si ellos ayudaban en lo de la casa? (risas) no ellos no, ellos decían que esos eran quehaceres de mujeres, ellos nomás en lo de la tierra y nosotras no, nosotras en la casa y aparte en la siembra.... me quedaba en la casa a ayudarle a mi mamá, a lavarle a mis hermanos, cuando había corte me iba a los chiles, cortábamos mata de cacahuete y chile, mis hermanos iban a desquelitar y a meter el arado, nosotros íbamos nomás a recortar las matas”(Fabiola, veinte de noviembre)

Mediante narrativas como la anterior, puede darse cuenta cómo desde su infancia son habilitadas para atender dos esferas distintas, una que se relaciona con la producción de bienes simbólicos y otra que se hace cargo de la producción de capital económico, incluso cuando su participación en esta última esfera les haya sido planteada desde siempre más como una forma de solidaridad con la pareja y familia que como trabajo productivo, condición que trae consigo una de las más graves situaciones en materia de desigualdad de género, la sobrecarga de trabajo no remunerado⁷⁰ (FAO 2009; Saavedra 2004).

La asociación perversa entre carga excesiva de trabajo y ausencia de ingreso monetario propio, reafirma la conjugación de dos desigualdades de gran peso social, género y clase, vínculo que potencia la vulnerabilidad de las mujeres, limita su posibilidad de empoderamiento y les orilla a que en función de su incapacidad para generar auto-sustento,

⁷⁰ México se ubica como uno de los países en los que la autonomía económica de las mujeres se sitúa grave, existe una proporción importante de mujeres que no reciben ingresos monetarios propios y poseen excesivas cargas de trabajo no remunerado. Mientras 23 hrs/sem, es el promedio de horas de más que dedican las mujeres que los varones al trabajo doméstico en América Latina, las mexicanas destinan un promedio de 37 hrs, una cifra muy por encima del país que le secunda que es Perú con un promedio de 29 hrs.

se vean orilladas a tolerar condiciones de violencia, infidelidad y opresión, en contextos en los que la ausencia del varón en el hogar agudiza no sólo la pobreza, sino incluso la vulnerabilidad social (González de la Rocha 1988).

4.2. SEÑORAS: UNA SOLEDAD QUE SE VIGILA

El establecimiento de la vida conyugal.

Mujeres de ambas localidades se caracterizan por la búsqueda y concreción de uniones maritales tempranas, evidencia que reta las afirmaciones que otros autores han señalado respecto a que las uniones tempranas prevalecen en los ámbitos rurales (Esteinou 2006; Lloyd, 2005).

TABLA NO. 5 CARACTERÍSTICAS DE VIDA CONYUGAL EN MUJERES DE MIGRANTES.							
Mujeres rurales	Edad de unión	Tiempo de noviazgo	Tiempo de unión (años)	Mujeres Urbanas	Edad de unión	Tiempo de noviazgo	Tiempo de unión (años)
Marina	15	2 años	36	Facunda	22	3 años	29
Elda	16	3 meses	25	Estela	17	1 año	21
Zenaida	20	3 años	11	Norma	19	8 meses	18
Teresa	20	7 años	21	Alma	18	6 meses	13
Juana	15	1 años	3	Verónica	17	6 meses	27
Inocencia	20	3 años	17	Lidia	15	6 meses	13
Rosalinda	20	3 años	25	Olivia	14	1 año	14
Carmela	15	3 años	7	Lourdes	15	8 meses	8
Erica	16	2 años	35	Sara	17	1 año	19
Martina	15	2 años	7	Natalia	16	1 año	12
Flavia	15	2 años	30				

Fuente: Entrevistas transcritas realizadas a mujeres de migrantes durante el periodo de enero a diciembre de 2011

En la tabla anterior, puede darse cuenta de la similitud en las edades de unión marital con un promedio de edad de unión de 17 años para años grupos; una edad mínima de unión inferior en las mujeres de “*Rancho nuevo*” (14 vs 15) y una edad máxima ligeramente menor en las de “*La veinte*” (20 vs 22).

La edad de unión marital debe analizarse a la luz de las implicaciones que trae consigo para la salud física y mental, pero particularmente y para fines de este estudio en relación a la salud sexual y reproductiva. Diversos estudios han señalado un estrecho vínculo entre *encuentro sexual desprotegido y matrimonio*, mientras entre las jóvenes solteras los encuentros sexuales suelen darse con menos frecuencia y haciendo uso del condón, las jóvenes involucradas en matrimonio ejercen no sólo una vida sexual más activa sino también desprotegida, y es que bajo las ideas de maternidad, fidelidad y exclusividad sexual conciben innecesario el uso de condón (Clark, Bruce & Dude, 2006; Blanc & Way 1998).

Otra cuestión que resulta prioritario colocar en escena, es la prevalencia de noviazgos breves en la totalidad de estas mujeres, más cortos entre las de “*Rancho nuevo*” (1 año) que entre las de “*La veinte*” (2.5 años). En función de lo anterior y sin pretender ser ortodoxos, hacemos referencia a relaciones de pareja cuyos procesos de preparación para la vida conjunta son realmente breves, aún no se supera la etapa de enamoramiento cuando se planea y da la fuga de los enamorados.

En su mayoría se trata de noviazgos clandestinos que enmarcados en la falta de consentimiento de los padres para iniciar y continuar la relación, motiva en la mayoría de los casos, la planeación de uniones matrimoniales prematuras, la fuga o la búsqueda de embarazos que obliguen la unión.

“Fue mi primer novio y nunca se lo dije a mi mamá ella nunca me dio permiso de tener novio, me decía que si salía embarazada me daba una chinga buena ... cuando me casé pues ya tuvieron que aceptarlo” (Inocencia, La veinte)

“Nosotros siempre a escondidas, no sé porque nunca me dejaron mis papás tener novio, yo creo que por eso me vine chiquilla con él a modo de mirarlo, porque de antes casi no me dejaban mirarlo ... cuando mis hermanos me llegaban a ver, me decían “no andes de pinche putilla” (risas)” (Estela, Rancho nuevo)

Narrativas que plantean situaciones en las que el enamoramiento confronta la autoridad de los padres, en un escenario romantizado. Los padres o la familia hacen uso de formas de violencia física o verbal para reprimir la necesidad afectiva y sexual de sus hijas, insertos en escenarios que obligan a las jóvenes a esconderse de la mirada de los padres, reforzando el imaginario de que hasta donde lleguen los ojos de los padres, llega la vida sexual y afectiva de estas jóvenes.

Un asunto sobre el que vale la pena profundizar, es sobre la narrativa que hacen respecto a la búsqueda de uniones prematuras en contextos de violencia intrafamiliar, situación que es narrada principalmente entre las mujeres de “*Rancho nuevo*”, para quienes establecer una relación conyugal, no implica mayor reto que continuar insertas en contextos donde no sólo se les satura de trabajo y agresiones físicas y verbales, también de tensiones económicas sobre las que poco pueden hacer y que deben padecer.

“Yo digo que me fui porque no era fácil vivir con mi mamá, mi papá se fue y mi mamá se juntó con otro hombre y él no me hacía nada sino que yo como que le tenía mucho coraje.... Luego mí mamá se dejó de ese y se juntó con otro y ese otro si me pegaba, y mi mamá pues no me dejaba salir a ningún lado, si me salía, me iba a buscar y me pegaba” (Olivia, Rancho nuevo)

Narraciones como la anterior, posibilitan dilucidar el ambiente violento en el que muchas de estas mujeres han crecido, contextos en los que ser objeto de violencia en la familia de origen, les obliga a normalizar ser violentada en su realidad cotidiana. Los sujetos aprenden a soportar y ejercer la violencia, no en el espacio público sino en el hogar, espacio en el que la agresión se justifica bajo discursos de “*educar*” y ser “*mejor persona*”, promoviendo

imaginarios en los que la agresión representa un acto “necesario” de corrección o incluso hasta una manifestación de amor.

La existencia de ambientes conflictivos en los hogares de origen, ha condicionado que algunas de las mujeres decidan con ligereza sobre la idea de unirse en matrimonio o cursar embarazos adolescentes, ello se evidencia en algunas de las narrativas que construyen sobre sus decisiones de casarse o tener hijos

“Un día me preguntó ¿si te dijera que te cases conmigo que me dirías? Y yo le dije “sí”, pero no pensé que fuera en serio, entonces me dice, es que ya les dije a mis papás que te fueran a pedir tu mano y yo me sorprendí y dije ¿y ora que le digo? yo me sentía entre la espada y la pared porque no sabía que decidirme, hasta que dije “sí quiero” y es que no es que ya quisiera (casarse), sino que yo no quería vivir una vida cómo la que llevó mi mamá, yo no quería que mis hijos tuvieran un papá prestado nomas por ratos porque tenía que atender a otra familia, yo pensaba que si no aprovechaba esta oportunidad a la mejor no habría nadien más que me pidiera que me casara bien con él y por eso me casé con el primero (sic)” (Sara, Rancho nuevo)

“Me fui con él porque salí embarazada, pero me embaracé por lo mismo de que yo si quería quedarme con él, irme con él, yo lo quería mucho, me enamoré mucho, pero él no, él no me quería, de hecho el me dejó cuando yo le dije del bebé, nomás porque mi mamá y mi suegra lo obligaron a casarse conmigo que porque se tenía que hacer cargo y responder” (Lidia, Rancho nuevo).

La experiencia de una vida familiar insatisfactoria, parece motivar a estas mujeres a establecer de manera prematura y no muy reflexiva su propia familia, como si dicha acción, les otorgara una segunda oportunidad de existir, bajo condiciones menos adversas que las de los hogares en que les tocó nacer, muchas veces sin problematizar que están fundando familias sin convencimiento pleno de crear un proyecto de vida conjunto y atendiendo más a un estado de ansiedad, por liberarse de las condiciones adversas de desarrollo en las familias de origen.

El matrimonio representa una situación utópica en la que las mujeres contemplan una segunda oportunidad de “ser”, consideremos que culturalmente han aprendido a existir en función de la existencia del “otro”, un “otro” que primero se instala en el varón que hace el

papel de pareja y que se reafirma más tarde en los hijos. Todo lo anterior en un contexto en el que el “*ser a partir de sí mismas*” no tiene cabida, existir en ejercicio de su independencia, madurez y autonomía no tiene cabida en su imaginario, no sé se es “*con el otro*”, se es “*a partir del otro*” en una relación de dependencia emocional y social que se establece primero con sus progenitores, después con la pareja y finalmente con los hijos.

Pero la complejidad que acompaña la decisión de iniciar la vida conyugal en estas mujeres, es mayor, algunas llegan a narrar la existencia de presiones familiares para precipitar tal decisión, la mayoría de los casos aludiendo la exigencia de salvaguardar una moral familiar que se concibe amenazada por su comportamiento moral y sexual.

“Yo me vine con él no muy enamorada, es que mi amá era de esas muy chapadas a la antigua y entonces ella decía que si no nos ibanos, luego le ibanos a salir panzonas y mi papá se iba ir contra de ella .. (rompe el llanto).... ella casi me obligó a irme con él, o sea yo si lo escogí como novio pero no me quería ir, nomás quería ser su novia.....mi mamá siempre que me veía con él se enojaba y siempre me andaba trasculcando, como buscando a ver si yo había estado con él...ahorita pienso que si ella no hubiera sido así yo no me hubiera casado tan chica... mi mamá ya sabía que ese día me iba a ir con él, porque me vio que andaba alistando una bolsa con ropa, él era bien pobre y pues yo ya sabía prácticamente a lo que iba, yo vivía mejor con mi mamá (sic)” (Verónica, Rancho nuevo)

Puede evidenciarse cómo la represión sexual tiene lugar incluso antes de iniciar la vida sexual, en contextos en los que conservarse “virgen” se contempla como su única posibilidad de legitimarse primero como esposa y luego como madre. En este sentido, un comportamiento tan íntimo como el sexual aparece sujeto al control de los padres, dado que en él mismo yace el valor simbólico más importante del patrilinaje y consecuentemente también la integridad moral de la familia.

Finalmente resulta necesario problematizar, cómo si bien en su mayoría se trata de parejas con noviazgos breves, sus trayectorias de vida en pareja resultan relativamente largas, con un promedio ligeramente mayor en las mujeres rurales (20 vs 17.4). Aludo “*relativamente*

largas”, en función de que una gran proporción de los varones de estas parejas han incursionado en la migración continua apenas consumado el matrimonio o previo a la formalización de la unión, situación que condiciona periodos de distanciamiento importantes.

La vida marital, estar juntos sin estar.

La experiencia marital de estas mujeres resulta fuertemente incidida por las condiciones en que sus parejas participan de la migración, en este sentido, encontramos diferencias importantes entre la cotidianeidad marital de las relaciones cuyos varones se insertan en trayectorias circulares bajo convenio mediante Relaciones Exteriores y aquellas en la que los varones participan de procesos de migración clandestina.

TABLA NO. 6 CARACTERIZACIÓN DE LA MOVILIDAD DE MIGRATORIA

Mujeres de “la veinte”	Ciclos de migración.	Mujeres de Rancho nuevo	Ciclos de migración
Marina	8 meses EU y 4 meses en México durante 16 años	Facunda	Hace 12 años se fue por tres años y regresó, ahora tiene dos años sin retornar desde EU
Elda	Hace 10 años x 4 años, regreso y permaneció 3 años, hace año y medio que se fue a EU.	Estela	Hace 10 años se fue por 4 años, ahora está en México
Zenaida	8 meses EU y 4 meses en México durante 10 años, tiempo de ausencia máxima de 3 años	Norma	Desde hace 12 años se fue por 2 años, regreso dos meses y retorno a EU por 2 años más, ahí permanece.
Teresa	8 meses EU y 4 meses en México durante 19 años.	Alma	Hace 10 años se fue por 3 años, ahora está en México
Juana	Se fue hace dos años y no ha retornado de los EU	Verónica	Hace 16 años se fue por dos años, regresó y se volvió a ir por tres años, ahora tiene 8 meses en EU.
Inocencia	8 meses EU y 4 meses en	Lidia	A lo largo de 12 años ha migrado 6

	México durante 10 años		ocasiones con periodo más largo de ausencia de 4 años, ahora está en EU.
Rosalinda	Inicio la migración antes del matrimonio con ciclos de 8 mese en EU y 4 meses en México durante 25 años.	Olivia	Hace 8 años por 4 años, ahora está en México
Carmela	Hace un año y no ha retornado	Lourdes	Hace 7 años se fue por 2 años, regresó y se volvió a ir otros 2 años y medio, donde permanece.
Erica	8 meses en EU y 4 meses en México durante 30 años, desde hace 5 años no retorna.	Sara	Hace 18 años se fue 4 años, regresó y retornó a EU por 7 años, ahora está allá.
Martina	Migró hace 4 años, regreso 9 meses, tiene dos años que no retorna de los EU.	Natalia	Hace 4 años se fue 2 años, volvió a intentarlo sin éxito.
Fabiola	Hace 13 años por 3 años, hace 5 por 2 años, ahora está en México		

Fuente: Entrevistas transcritas realizadas a mujeres de migrantes durante el periodo de enero a diciembre de 2011

En la tabla anterior puede darse cuenta que los procesos migratorios de ambas localidades se caracterizan de manera distinta, prevaleciendo en su modalidad circular en los varones de “*La veinte*” y clandestina entre los de “*Rancho Nuevo*”. Lo anterior parece repercutir de manera distinta en las relaciones de pareja, mientras entre las mujeres cuyas parejas migran bajo modalidad de convenio, prevalece la posibilidad de una aproximación física anual, en las parejas que lo hacen desde un régimen clandestino dicha posibilidad es prácticamente nula, debido a que los desplazamientos si bien ocurren con menor frecuencia, suele acompañarse de períodos de ausencia mucho más largos.

Las mujeres refieren experiencias comunes y distintas derivadas de la migración, de ello puede darse cuenta en los discursos de fortalezas y vulnerabilidades que desarrollan

respecto a su experiencias de vida a partir de la movilización de sus parejas. Entre las fortalezas que señalan derivadas de la participación migratoria de sus parejas, se narra una mejora en la comunicación de pareja, la percepción de fortaleza emocional y la recuperación de redes sociales, esta última, se presenta principalmente en las mujeres más jóvenes, sujetos que contemplan en la lejanía de sus parejas, una situación que les obliga a allegarse de nuevos sistemas de apoyo o bien a recuperar los que antes tuvieron y de los que se habían distanciado.

El acceso a nuevas redes de apoyo, así como la transformación de una vida cotidiana que por el momento no se circunscribe a la pareja, emergen como dos variables que posibilitan contemplar pertinente acceder a espacios que antes no frecuentaban, o asumir conductas que en presencia de los varones, no podrían realizar.

“El que se haya ido me obligó a buscar gente que me ayudara, sola no podía, entonces me fui a vivir con una prima que vivía con una hondureña también sola.... me salí a los bailes, empecé a hacer amigas y cosas diferentes, por lo mismo de que cuando él estuvo aquí nunca me dejó salir, en cambio él si se iba a bailes, llegaba a la hora que quería y yo encerrada en la casa, entonces si me la pase bien cuando él se fue, porque probé mi libertad” (Olivia, Rancho nuevo)

Narrativas como la anterior, permiten dar cuenta de la necesidad que tienen estas mujeres de acceder a nuevas fuentes de apoyo, evidencia por otra parte, cómo la condición de dedicación exclusiva al cuidado de la familia y los hijos no resulta completamente de las representaciones simbólicas que al respecto poseen, sino también de estrategias de represión más objetivas y violentas que los varones llegan a implementar en la búsqueda de controlar sus comportamientos y redes de apoyo.

En este contexto, se hace necesario dar cuenta que el tenor en que se vive la experiencia de “*la ausencia del otro*”, emerge de la construcción que al respecto elaboran las mujeres, ellas deciden en gran parte en que tenor se dará la espera. No todas las mujeres que esperan

se sientan a tejer como Penélope, algunas salen con amigas, bailan, ríen, se sienten libres para hacer lo que con ellos aquí no podrían⁷¹.

Sin embargo, también se identifica la existencia de Penélopes, mujeres que viven “*la espera*” atendiendo los criterios que los varones y familia políticas o de origen establecen para determinar las condiciones en que debe esperarse el retorno del varón, principalmente limitando la accesibilidad de las mujeres a redes de apoyo. Todo lo anterior, en una lógica en la que si bien se han considerado suficientemente maduras para desempeñarse como madres, dicha madurez no es suficiente para reconocerles autónomas para elegir sus propios sistemas de apoyo social.

Los mecanismos a que se recurre para condicionar sus redes de apoyo, son bastos y suelen incorporar distintas formas de violencia, desde la moral hasta la física⁷². Una parte importante de ellas ha restringido sus redes de apoyo mediante el uso del rumor en sus familias políticas (específicamente de sus suegras), un rumor que focalizado sobre su comportamiento moral, emerge cómo una estrategia poderosa para regular su comportamiento, principalmente porque saca ventaja del vacío de comunicación que existe en la pareja en el contexto de la migración.

⁷¹ Penélope en el poema épico *Odisea* es la esposa del personaje principal, el rey de Ítaca, Odiseo. Ella espera durante veinte años el regreso de su marido de la Guerra de Troya, mientras este está fuera Penélope recibe propuestas de múltiples hombres, que aludiendo la muerte de Odiseo le proponen matrimonio, ella les dice a los hombres que dará por dada la muerte de su marido cuando termine de tejer un sudario, para cuando falleciese el ex rey Laertes, para mantener el mayor tiempo posible este tejido en elaboración, procura deshacer por la noche lo que creó durante el día, y de esta forma soporta los veinte años.

⁷² Rita Laura Segato (2003) define la violencia moral como todo aquello que envuelve agresión emocional, aunque no sea ni consciente ni deliberada. Incluye la ridiculización, la coacción moral, la sospecha, la intimidación, la condenación de la sexualidad, la desvalorización cotidiana de la mujer como persona, de su personalidad y sus trazos psicológicos, de su cuerpo, de sus capacidades intelectuales, de su trabajo, de su valor moral (...) Este tipo de violencia puede muchas veces ocurrir sin ninguna agresión verbal, manifestándose exclusivamente con gestos, actitudes, miradas.

“Ayer fui con unas amigas para platicar porque ansina uno se desahoga, pero ffjese dice doña Lola (suegra) que yo voy con ellas porque ando buscando hombre....el viernes tuve una reunión con mis amigas en la casa y precisamente por eso la hice aquí y aun así le llamo a él y le dijo para que se enoje conmigo” (Martina, La veinte)

Para dar una idea sobre la relevancia que el rumor adquiere en la vida de estas mujeres, reconozcamos el rumor como una forma de violencia que se legitima en lo social, incluso en las familias de origen de estas mujeres. Ejemplo de lo anterior, es la narrativa que construye Erica, “*mujer de migrante*” y “*madre de mujer de migrante*”.

“Yo a ella si la considero porque esta joven, pero como yo le digo a ella “si te ven que ya andas sola en la calle o allá en la bicicleta con otras que andan mal pues no van a decir “mira esa es una loca” van a decir “esas son unas locas” la van a juzgar igual, porque así es la gente de aquí no se presta a una explicación” (Erica, veinte de noviembre)

El rumor es una forma de violencia que llega a imponerse sobre la reputación moral de quienes esperan el retorno de sus parejas, no se juzga a quien desacredita a otra persona, ignorante de la verdad, sino a las mujeres que participan de situaciones en la que su moral puede ser cuestionada. En este tenor, la ausencia del varón potencia la vulnerabilidad social y moral de las mujeres.

Los casos de otras mujeres resultan aún más estremecedores, dado que recurren a estrategias más violentas para ejercer el control, ejemplo de ello es Zenaida, una mujer que fue sacada de su ciudad de origen en la búsqueda por despojarle de sus redes sociales y familiares. El caso adquiere relevancia bajo la reflexión de que la ausencia de redes sociales, impacta no sólo en la imposibilidad de ser apoyado emocionalmente, sino en la oportunidad de compartir experiencias, aprender de las historias del otro y ser auxiliado instrumentalmente en las necesidades de la vida cotidiana.

“Cuando le dije que ya no quería estar con su mamá, me dijo que entonces con la mía tampoco...nomás un día me habló y me dijo que había comprado un “pie de casa” pero en SLP y no en Matamoros, que me la compraba porque allá nunca iba a poder comprar nada y que si quería me viniera para acá Cuando llegué aquí no había luz ni agua, era puro monte y así me quedé aquí sola con las niñas” (Sara, Rancho nuevo)

En este contexto, las mujeres son limitadas no sólo en el capital económico y cultural, sino incluso en relación al capital social⁷³, situación que potencia su vulnerabilidad frente a problemáticas que van desde la violencia de género hasta problemas de salud física y mental (Juárez, Valdez y Hernández, 2005; Herrera y Cols. 2004; Bronfman, 2000; Castro, 2000; Castro, Campero y Hernández, 1997).

Las mujeres “encargadas”

La condición de estas mujeres podría concebirse cómo un estado límbico, si bien por un lado se autoreferencian “*solas*” en relación al cuidado de los hijos, por otro, aluden la existencia de un panóptico social que vigila sus comportamientos, actividades, redes sociales y el cumplimiento de sus funciones. Dicha vigilancia es ejercida principalmente por las familias de origen y políticas en el caso de las más jóvenes, así como por los hijos en el caso de las de mayor edad, sin embargo, es preciso reconocer la participación de la comunidad completa en este “control moral”.

La vigilancia y el control moral.

Bourdieu (1999, p. 38) señaló que en el intento por perpetuar la dominación masculina, el hombre invierte gran cantidad de tiempo y energía en acciones que reivindican su virilidad, ello se evidencia en la dinámica social de ambas localidades, donde los varones en la

⁷³ Bourdieu describe al capital social como “El agregado de los recursos reales o potenciales que se vinculan con la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento o reconocimiento mutuo” (Bourdieu, 1985 p. 248; citado en Portes, 1999).

búsqueda por controlar el comportamiento moral y sexual de “sus” mujeres, encomiendan del cuidado de las mismas a padres y suegros (Caballero y Cols. 2008; D’abuterre 2000, Fagetti 2000).

Padres, madres, suegras y suegros son responsables de vigilar el comportamiento moral de estas mujeres, en un contexto en el que la sexualidad de estas, emerge cómo una variable que es preciso vigilar, contener, salvaguardar. Las propias madres de las mujeres, sus referentes de género más inmediatos, legitiman la necesidad de regular sus comportamientos, acordes a una mirada social que se endurece en la ausencia del varón.

Ejemplo de lo anterior, es la narrativa que la madre de Elda construye en relación a la importancia del “*comportamiento correcto*” que las mujeres deben mostrar, cuando sus parejas permanecen en el extranjero:

“Ellas que aún tienen edad [para ser sexualmente activas, según el imaginario de que la sexualidad tiene un vínculo ineludible con la reproducción] tienen que portarse a raya como quien dice, nada de andar en la calle dando lugar a comentarios, porque por lo mismo que les ven jóvenes y solas pues no falta él que espera que le den entrada, ahora sí que mientras están solas aquí ni amigos ni nada....andarse derechitas” (Marina, mujer de migrante y madre de mujer de migrante, La veinte)

La exigencia de cohabitar en la vivienda de los suegros, es más frecuente entre mujeres de “La veinte”, sin embargo, existen casos de mujeres de “*Rancho nuevo*” para las que esta experiencia no resulta ajena, de hecho, para algunas de ellas, ser “*encargadas*” se contempla pertinente en función de auto percibirse incompetentes para resolver problemas domésticos. Estas mujeres ven en ser “*encargadas*” una esperanza de no quedar sin sistemas de apoyo en la ausencia de sus parejas, en retribución por ello, parecen dispuestas a llevar una vida bastante restringida en libertad, autonomía e intimidad, experiencia que les resulta menos intimidante que confrontar solas los problemas cotidianos.

“Cuando él se fue me dejó con mi mamá, más que nada quise que me dejará allí por si un día los niños se me ponían malos pero no viví bien con mi mamá, hacían mucho ruido, mis hijos ni descansaban, yo casi no podía salir, me arrepentí de haberle dicho que me dejara allá ¿Por qué no me venía aquí? Pues es que si él me había dejado allá, entonces yo por mi sola no debía salirme, hasta que él me fuera a recoger de allí, bueno así pienso yo” (Natalia, Rancho nuevo).

La narrativa de Natalia, da cuenta que la complejidad que adquiere la residencia con la familia política, no radica del todo en que los varones las “*encarguen*”, sino en el papel que ellas asumen al respecto. Es la propia mujer quien asume el papel de objeto que dejándose en un sitio específico debe permanecer inerte en él hasta el regreso de su pareja, asumiéndose en ello, cómo un ente sin la capacidad de evaluar condiciones y tomar decisiones respecto a su bienestar y el de sus hijos.

La “*cosificación*” de la que las mujeres son objeto desde su llegada al mundo, llega a instalarse de tal forma en su subconsciente, que aceptan ser sujetos sobre los que otros pueden decidir, todo ello a cambio de un “*aparente*” seguridad que sólo otros pueden dotarle, puesto que no se sienten capaces de ser y existir por sí mismas⁷⁴.

Sin embargo, no todas las mujeres toleran las vicisitudes que trae consigo el ser “*encargadas*”, algunas desarrollan la fortaleza para dejar de cohabitar en la residencia de los suegros, accediendo con ello a una vida menos estricta y más personal. En la mayoría de los casos, la determinación por dejar la casa de los suegros, deriva de conflictos de pareja provocados por juicios y apreciaciones que suegros u otros familiares políticos hacen sobre el comportamiento moral de estas mujeres, historias dramáticas que incluyen formas

⁷⁴ Se dice que lo que nos hace sujetos es la capacidad que poseemos para elegir, discernir y construirnos en función de nuestra experiencia de vida. Sartre en su dialéctica de la cosificación, alude que no todos los individuos tienen las condiciones para desempeñarse como sujetos, algunos son *cosificados* y en su dimensión de *cosas* se les bloquea en el desarrollo de su propia subjetividad y voluntad, tampoco tiene derecho al establecimiento de proyectos propios. Diversas feministas han aludido históricamente la participación de medios masivos de comunicación e instituciones en la *cosificación* de las mujeres.

de violencia que llegan a afectar las relaciones de pareja, la autoestima de las mujeres e incluso hasta ponen en riesgo su vida

“Creo que me celaba más mi suegro que mi esposo, una vez que fuimos a la fiesta del pueblo y un muchacho me dio el paso, yo le agradecí y entonces el viejito andaba “tomao” y cómo me tenían bien humillada, que me grita “jija de tu repinche madre así te quería encontrar desgraciada, puta, infeliz” yo no hallé en ese momento que contestar porque yo me tullí, llegando a la casa me dio hasta que me sangró, ya estaba bien viejito pero viera que pegaba todavía bien fuerte” (Fabiola, La veinte)

La violencia verbal y física se instituye en una forma de control válida en el comportamiento de estas mujeres, incluso ni ellas mismas cuestionan la impertinencia de tales medidas, y es que en su imaginario suegros y padres se posicionan en figuras que suplantán los derechos de la pareja ausente, reconfigurando las relaciones de poder y autoridad al interior de la familia (Pauli, 2002; Castañeda 2000; D’Aubeterre 2000b)

No se trata de un poder aplicado de facto sobre la realidad de los hechos, sino una estrategia de la que suegras echan mano para acrecentar su valor moral ante los hijos, donde en medida que descalifican el comportamiento moral de sus nueras, ellas crecen en pureza y abnegación, dos de los valores simbólicos más valorados en las mujeres (D’Aubeterre 2002; Córdova 2002).

“Mi suegra decía que yo andaba con otro hombre, que no atendía bien a las niñas, hasta la fecha dice que ella misma me encontró en la cama con el otro y eso se lo dijo a él (esposo), pero no es cierto (rompe en llanto)... él le creyó a ella, cuando regresó me dijo que ya no se iba a juntar conmigo porque mucha gente le había dicho que yo andaba así su mamá ya no quería que volviera conmigo” (Olivia, Rancho nuevo)

Puede darse cuenta cómo la vigilancia de las familias consanguíneas o políticas, se justifica necesaria para controlar una sexualidad que no se reconoce personal sino un espacio donde tiene injerencia lo público, una sexualidad que se vive cómo un bien simbólico que atañe a sus parejas, hijos y familias, sabiéndose insertas en contextos en los que su comportamiento sexual influencia no únicamente sobre su reputación personal sino incluso la familiar y

social. En dicho marco, las mujeres son habilitadas para compartir socialmente sus derechos sexuales y reproductivos, cuestión que entorpece e incluso obstaculiza, la negociación de los asuntos relativos a su salud sexual y reproductiva.

Puede evidenciarse por otra parte, cómo los valores simbólicos implícitos en la sexualidad de las mujeres no se limitan a su etapa de soltería o a la tan aludida “virginidad”, sino que le rebasan, emergiendo cómo valores dignos de ser vigilados de manera permanente a lo largo de su vida, quizá porque en ello se establece garantía para mantener el orden jerárquico entre los sexos. Por otra parte, encontramos que la práctica sexual de estas mujeres está fuertemente incidida por representaciones culturales que legitiman o deslegitiman su ejercicio sexual, con base en *obligaciones, prohibiciones y reglamentaciones* socialmente acordadas; discursos con los que han crecido y que si bien pueden cuestionar, en su mayoría aceptan bajo el discurso asimilado de que es lo que más conviene a su bienestar.

Lo anterior en un contexto patriarcal, que busca y logra con éxito convencerles de que su valor como sujetos radica en mantenerse dignas para los ojos del otro sexo, insertas en realidades en las que mientras los varones se construyen en independencia de la mujer, la mujer se construye como sujeto en función de los ojos del varón (De Beaviour, 1986, p. 4).

Resulta interesante por otra parte, dar cuenta que son mujeres (suegras) las encargadas de vigilar los bienes simbólicos encarnados en los cuerpos de otras mujeres, una estrategia que Bourdieu señaló indispensable para mantener la dominación masculina. Según este autor, el discurso patriarcal convence a las mujeres de la pertinencia de mantener vigilados los

valores simbólicos asociados a su sexualidad y en dicho sentido les insta socialmente a cuidar de tales valores no sólo en lo personal, sino incluso en el cuerpo de otras mujeres⁷⁵.

Desde la lógica antes planteada, resulta comprensible que las propias mujeres se desenvuelvan como orgánicas al poder que ostenta el patriarcado, produciendo y reproduciendo representaciones que subsumen y deniegan en la mujer el ejercicio de una sexualidad placentera y personal.

Reafirmando la implicación de lo cultural en la construcción sexuada diferencial de los cuerpos, las mujeres narran cómo los mismos comportamientos que en ellas son calificados de “*inmorales*”, se aceptan y aplauden por sus familias políticas en los varones, quizá en la búsqueda por legitimar la virilidad de sus hijos. En dicho sentido, resulta frecuente que las suegras ensalcen los encuentros sexuales extramaritales de sus vástagos, inventen historias ficticias sobre el comportamiento sexual de sus hijos o incluso propicien que sus descendientes masculinos vivan experiencias extramaritales.

“Él me dejaba que encargada con su madre pero allí me hacían la vida imposible, venía una vieja que disque había sido su novia de él y me decía enfrente a ella (suegra) “jija de tu re pinche madre, mi orgullo es que primero jue mío” mi suegra no decía nada, y si yo le contestaba algo a esta mujer (exnovia) cállese que hasta me llegaba a pegar, bueno nos pegábanos”. (Fabiola, La veinte)

“Mi suegra le traía a presentar mujeres (al esposo), decía que eran sus amigas.....mi hermana hasta llegó a verlo con otra mujer y llevaban a mi suegra, yo no reclamé nada pero mi hermana se agarró con ella porque decía que era una alcahueta” (Sara, Rancho nuevo)

⁷⁵ Bourdieu (1977:30) describiría a este “convencimiento” perverso bajo el concepto de dominación simbólica, al que conceptualiza como “*Condición donde se supera la alternativa de coacción (por unas fuerzas) y del consentimiento (a unas razones), de la coerción mecánica y de la sumisión voluntaria, libre y deliberada, prácticamente calculada..... no se produce en la lógica pura de las conciencias conocedoras sino a través de los esquemas de percepción, apreciación ya acción que constituyen los hábitos y que le sustentan*”.

El interés de las madres por acercar a sus hijos a formas de sexualidad distintas a las monógamas, puede tener origen en la rivalidad *suegra-nuera*, conflicto que deriva de representaciones sociales que internalizadas desde la más tierna infancia, obliga a las mujeres encontrar su sentido de existencia y vida íntimamente vinculados con la maternidad y la complementariedad con el género masculino (Hurtado, 1998; Ochoa 1998).

Con la llegada de la nuera, la suegra debe renunciar a la autoridad exclusiva que antes mantenían sobre un hijo que les representa la única imagen masculina que le respeta, cuida y valora (al menos en forma simbólica). En este contexto, la madre vigila con celo que la “*intrusa*” (nuera) reproduzca comportamientos de monogamia, fidelidad, exclusividad sexual que no amenacen la virilidad de sus hijos (Bourdieu, 1999, p. 23-31).

Conforme las narrativas profundizan, nuevos hallazgos ponen en jaque la idea de que la vigilancia responda exclusivamente a un interés de las suegras, algunas mujeres narran cómo en la ausencia de la suegra por muerte o alejamiento, se recurre a nuevas estrategias para mantener vigilados sus comportamientos, recurriendo a los hijos como aliados.

“Me casé con un hombre que no me deja salir mucho, ahorita que no está me cuida con los niños, en veces me voy pa Rioverde y me marca al celular y me dice -- “¿onde tas hija?”-- le digo” acá en Rioverde” -- y me dice ¿con quién andas? -- le digo “con el niño” -- y me dice “a ver pásamelo” y tengo que pasarle el niño... nunca ando sola, si no hay niños como en la mañana que se van a la escuela, no salgo, me voy hasta en la tarde con ellos y es que solo así él está a gusto que yo ande todo el tiempo con alguno de los niños” (Rosalinda, La veinte)

Las mujeres narran la utilización de sus propios hijos como forma de control moral, niños que sin alcanzar la mayoría de edad deben asumirse guardias morales de sus madres, coartando su libertad y recordándoles de manera constante, que con independencia de su etapa de vida y madurez, resulta pertinente y necesario vigilar su valor simbólico más importante, su sexualidad.

Puede evidenciarse cómo estas mujeres son concebidas de manera ambivalente, por un lado se les considera maduras para compartir la cama con un hombre, procrear y cuidar de los hijos; por otro, cómo sujetos que requieren de la vigilancia y el control de alguien más en la ausencia del marido. En este contexto, la migración de su pareja viene a reafirmar el imaginario de que la mujer es más *objeto* que *sujeto*, un *objeto* que producto de la sociedad busca construirse en base a sus expectativas, deseos, necesidades, ideas e imaginarios androcéntricos.

El control económico

Algunas mujeres refieren la existencia de control económico, ya sea por parte de sus parejas o de su familia política, una condición que emerge como potenciador del estrés que deben confrontar, puesto que es significado cómo obstáculo para desempeñarse cómo cuidadoras y responsables de familia (Bekkers, 2004; Oehmichen 2000:20).

Las mujeres refieren que las remesas se constituyen en una herramienta que sus familias políticas y parejas usan para violentarlas, siendo común que los varones envíen dichas remesas a sus madres, quienes se asumen responsables de vigilar su administración, una decisión que no hace más que reiterar en lo social, la imagen de esposas incapaces de tomar decisiones acertadas sobre la cuestión económica, en tanto reafirman la relación de poder que se juega entre suegra-nuera

“El niño una vez se me moría y éste (esposo) no me mandaba porque andaba de borracho, entonces fui con ella (la suegra) y le dije que si me podía conseguir dinero y me dijo “no, yo no te consigo ningún pinche dinero”.... después me enteré que él me había mandado 50 dólares, pero como se los mandaba a ella pa que me los diera, ella no me los entregaba para hacerme renegar (sic)” (Fabiola, La veinte)

*“Tuve problemas porque haga de cuenta que él le daba dinero a mi suegra para el mandado, vivíamos en cuartos de lija y ella también comía de ahí y me tenían haciendo el quehacer y haciendo comida él le daba el gasto a mi suegra, cuando yo tenía antojos del embarazo y me compraba mi suegra, a veces mis cuñados llegaban y agarraban y ya no alcanzaba yo a comer”
(Olivia, Rancho nuevo)*

La violencia entonces alcanza nuevas dimensiones, ya no sólo se violenta la moral mediante el rumor, se agrede también en lo económico, propiciando condiciones de dependencia básica que ya no es exclusiva de marido y mujer, sino que se extiende a la familia política. Para algunas de ellas, esta dependencia económica es aún más dramática que la que establecían con sus parejas, dado que repercuten en una menor capacidad de movilidad, libertad y autoestima, experiencias que ponen en jaque el tan aclamado “*empoderamiento femenino*” referido por algunos migrólogos.

En este contexto, damos cuenta que las remesas representan más que un valor monetario, un símbolo a partir del que comienzan a entretenerse nuevas relaciones de poder al interior de las familias (Bekkers, 2004; Galindo, 2004). Las remesas en sí mismas no potencian la autonomía de estas mujeres, algunas veces recrudecen su condición de inequidad y desigualdad, quien recibe las remesas y las administra tiene poder sobre la satisfacción de las necesidades básicas y en el caso de Fabiola incluso sobre la vida.

El que las mujeres no perciban los beneficios del migrar expresado en remesas, les conduce a cuestionar la pertinencia de la inserción de sus parejas en la migración, llegando a señalar incluso, que el irse lejos de casa, atiende más a un deseo del varón por alejarse de la rutina y la cotidianeidad que a un interés real de progreso económico y social. Lo anterior en un contexto en el que las remesas no se acotan a una transferencia monetaria, sino representan un objeto simbólico de unión, responsabilidad y compromiso con la familia que les espera.

CAPITULO 5.

LA MIGRACIÓN DESDE SU HORIZONTE, CAMBIOS Y PERSISTENCIAS EN LA COTIDIANEIDAD

“Esperar es peor que nacer, porque solamente espera el que se muere de esperar, sin hacerse con la vida otra cosa que esperar.

Y atada a esa tu espera que me gasta y que gasta tu vida sin traerte, aquí me estoy muriendo de ansiedades porque cabe, tremenda, esta esperanza.

Cada día, ¡oh tú que te retrasas! sin saber que nos vamos alejando, es menor la distancia irreparable de pensar, de esperar, que nos aleje.

Y aquí sigo esperando, nada intento por huir al tormento de tu espera. Ya no sé si allá fuera de mi vida quedan otros o no, ¡queda quien ande! solamente por ti, por cuando llegues, a solas esperándote te espero”

“Indiscriptible” Carmen del Conde

Aunque la migración se instala en la vida de estas mujeres a partir de la participación exclusiva de sus parejas en dichos procesos, es importante reconocer que se trata de un suceso que resignifica su cotidianidad y dinámicas de vida. Pruebas de solidaridad, empatía, cohesión y compromiso se ponen en juego durante la experiencia migratoria, algunas veces se asume a los varones lejanos en lo físico, pero más cerca que nunca en lo anímico, otras veces se les concibe distantes, esquivos e indolentes ante problemáticas que en su ausencia adquieren dimensiones insospechadas.

Para comprender el tenor en que se insertan las mujeres en los procesos migratorios, resulta relevante dar cuenta de la percepción que tienen las mismas respecto a la migración y particularmente sobre cómo asumen su participación en dicho proceso, es decir, si la decisión de la migración de sus parejas se da un marco democrático en el que su sentir y

pensar es considerado, o bien donde su opinión resulta ignorada, debiendo aceptar que su realidad cambie en función de una decisión tomada exclusivamente desde su pareja.

En el sentido anterior, el objetivo de este capítulo es dar cuenta de la percepción que poseen las mujeres sobre su participación en la migración de sus parejas y sobre como dicho proceso incide en su cotidianeidad.

5.1. SOBRE LA EXPERIENCIA DE LA MIGRACIÓN.

Despedidas acordadas, obligadas o dolorosas.

En los relatos que las mujeres desarrollan sobre la experiencia migratoria, diversas actitudes y emociones son manifiestas, mientras algunas ven en su condición de “*mujer de migrante*” un sacrificio necesario para acceder ellas y sus familias a una mayor calidad de vida, otras se aluden “*abandonadas*” en contextos en los que evidenciándose la ausencia de progreso real, la migración llega a contemplarse cómo una estrategia de la que pueden echar mano sus parejas, para liberarse de las exigencias de la cotidianeidad, el cuidado y la educación de los hijos.

La percepción que tienen en relación a la migración de sus parejas, parece sostenerse de manera importante en la consideración que su opinión tiene en la decisión de migrar, sus discursos dejan ver que en medida que se perciben consideradas en dicha decisión, se asumen involucradas en el proceso y procuran estrategias de adaptación para el mismo⁷⁶.

⁷⁶ Aun cuando no puede negarse que en dicha adaptación influyen también otras variables como la edad, el ciclo de vida familiar, la situación conyugal y la existencia de redes de apoyo con que se cuenta.

Pero si bien las experiencias son diversas, especial atención merecen aquellas que revelan inconformidad con la incursión de sus parejas en la migración, no sólo por los alcances que dichas percepciones tienen en el estado anímico de las mujeres, sino por el número de casos en los que persiste una asociación negativa entre migración y vida cotidiana.

Ejemplo de lo anterior es el caso de Martina, una mujer que asumiéndose ignorada en la decisión de migrar de su pareja, acusa a su concubino de planear anticipadamente “*su robo*” para reservarle y obligarle a esperarlo, disponiendo de su proyecto de vida personal y sin interesarse realmente por compartir una vida juntos.

“Él no me lo dijo pero ya tenía planeado irse, por eso quería que yo me viniera con él, pa quedarme con los suegros, yo no quería esto, yo le decía “mira si te quieres ir pa el otro lado vete yo te espero, si nuestro destino es, otra vez nos juntamos y todo”, pero no, él no quiso y pues aquí estoy... luego que regresó la primera vez duró aquí siete meses y otra vez se fue, yo le decía que no se fuera, que ya no quería estar sola, que el niño también necesitaba cariño suyo, pero ya ve él se fue, como quien dice a él lo que le importaba era dejarme apartada para que otro no me hablara” (Martina, Veinte de noviembre)

La práctica de la patrilocalidad resulta una opción tomada casi de facto para muchos jóvenes que deciden unirse en matrimonio y participar de la migración, eventos que frecuentemente ocurren de manera simultánea, dado que representan rituales que marcan pauta de la adquisición de madurez. Otra de las prácticas que suelen acompañar la decisión de migrar es la experiencia de la paternidad, dado que representa una práctica que ratifica socialmente la masculinidad, incluso cuando no se cuente con la posibilidad de vivirle cómo experiencia, sino más bien a manera de ritual.

La paternidad que ejercen los varones que migran, obliga a dar cuenta de la incompatibilidad que existe entre las expectativas que mujeres y hombres respecto a la vida familiar, mientras para ellas resulta difícil asumir que la paternidad pueda ejercerse en una

conyugalidad a distancia, para ellos, las exigencias económicas que acompañan “*ser padre*” hace eminente el migrar (D´Aubeterre 2000)

Son diversas las narrativas que las mujeres construyen respecto al impacto que el migrar de sus parejas tiene en sus cotidianidades, sin embargo, una gran mayoría coincide en señalar que el alejamiento de su pareja se traduce para ellas en pérdida de autonomía, algunas incluso son excluidas de participar en la toma de decisiones relevantes respecto a la administración de las remesas y el bienestar familiar, bajo el argumento de que ellas no son quienes se movilizan.

Esta realidad se recrudece considerando que muchas de estas mujeres han aceptado el alejamiento de sus parejas, porque así lo han decidido ellos y sus familias políticas, no quedándoles más remedio que resignarse no sólo a estar lejos de ellos y su apoyo, sino incluso a perder su autonomía incipiente y ceder el control de su vida a la familia política.

“Yo le decía que no se fuera y él me decía... tu tas loca, para mi primero tan mis padres, mientras me vaya con su bendición...” y se iba” (Fabiola, La veinte)

Como puede darse cuenta en la narrativa de Fabiola, la decisión de migrar depende del consenso que respecto a dicha posibilidad haga el varón con su familia de origen, acuerdo en que con frecuencia no requiere de la opinión de las mujeres. En este caso, la bendición de los padres otorga el respaldo moral que el varón necesita para involucrarse en una experiencia que traerá consigo no sólo un beneficio económico, sino una reafirmación de su masculinidad en lo social.

Sin embargo, es importante aclarar que no en todos los casos se excluye la opinión de la mujer respecto a la decisión de migrar, existen mujeres cuyas opiniones son y han sido

consideradas para emprender la movilidad, tratándose principalmente de parejas insertas en la migración documentada, que no pasan largos periodos de tiempo sin reencontrarse.

Algunas mujeres manifiestan un sentimiento de franco repudio hacia la migración de sus parejas, principalmente debido a las asociaciones negativas que respecto a ella hacen con pasajes dolorosos de su vida. Facunda por ejemplo, narra el dolor de haber sufrido la muerte de su hijo mientras esté vivía en los Estados Unidos, pérdida que resulta aun más dolorosa, cuando atribuye la culpa de dicha muerte a la iniciación que el padre hizo con el muchacho en la práctica migratoria

“En el 2000 se fue mi hijo para Estados Unidos, él le dijo a su papá que se quería ir pa allá y pues esté (esposo) le dijo vente y respondió por lo del coyote, pero allá mi hijo se accidentó y murió (rompe en llanto), chocó cuando iban al trabajo, mi esposo no me avisó ya hasta que llegó aquí con el cuerpo de mi hijo...era el único varón que me había dado dios y se me murió, -- yo en veces digo “si él no se viera ido, si no hubiera visto que su papá se fue y a lo mejor no le viera pasado --” (Facunda, Rancho nuevo)

Culpa y duda se inscriben en el relato de Facunda impidiéndole concluir su duelo, si bien atribuye culpas en el papel que el padre juega en iniciar a su vástago en la migración, la duda se inscribe en ella recalcitrante ¿Qué habría pasado si no se hubiese ido? Si ser migrante lo colocó frente a la muerte, entonces también lo constituyó vulnerable a un destino trágico. La culpa aparece como protagonista de la pérdida, si religión y cultura señalan a los padres como responsables de la protección de los hijos, en este caso la muerte del hijo implica para los padres no sólo una culpa, también una responsabilidad.

Resulta relevante por otra parte, dar cuenta cómo la migración del hijo no siempre se constituye en una experiencia deseada, ocasionalmente adquiere también tintes dolorosos por implicar una pérdida. Para algunas mujeres, dar cuenta de la imposibilidad que se tuvo para detener la migración de las parejas y posteriormente de los hijos, obliga a cuestionar la

culpa de sus parejas en dicho distanciamiento, pero también en su capacidad de ejercer como madres.

“Yo no estuve de acuerdo en que mi viejo se fuera, esa fue una decisión que él solo tomó, el día que me avisó yo no tenía juerzas (sic) para alegrarle nada, mi hijo tirado en el suelo lo agarraba de los pies, le decía “papá no te vayas, no me dejes solo”, él le decía “sólo así mijo para sacarlos adelante” (rompe en llanto) y se fué.... Se fue cinco años y al año que él se fue para allá mi hijo se fue a seguirlo, ahora que mi señor regresó mi hijo no quiso volverse, se acostumbró a la vida de allá, ahorita tengo casi seis años de no mirarlo” (Estela, Rancho nuevo)

El hecho de no estar de acuerdo con la partida de los hijos, reconocer el dolor que este distanciamiento trae para sus vidas y describirse merecedoras de la pérdida de los mismos por su incapacidad para conservarles, obliga a dar cuenta que una nueva insatisfacción se instala en ellas, la que alude a su incompetencia para mantener la familia unida.

En este marco de relatos, se torna necesario problematizar la salud mental de quienes se quedan, mujeres que lo expresen de manera explícita o no, se sienten solas, responsables de todo pero dominadas por cualquiera y violentadas en sus derechos más íntimos. Mujeres que siendo aludidas rutinariamente como receptoras y administradoras de remesas, poco acceso o beneficio obtienen de dichos recursos, pues entregar “*cuentas claras*” es su única forma de relegitimarse cotidianamente dignas de confianza.

Las remesas, desde la mirada de las que se quedan.

Cuando se habla de migración con frecuencia se exalta el impacto financiero que la estancia de mexicanos en los Estados Unidos genera en las familias, las comunidades y el país, una razón que obliga a poner énfasis respecto a montos, periodicidad, inversiones y en general los impactos micro y macroeconómicos que con ellas se generan. Sin embargo, poco se problematiza que a partir de las remesas, se gestan también adecuaciones en las relaciones de poder y solidaridad al interior de las familias.

En este acercamiento, las remesas figuraron no limitadas a beneficio monetario sino como un símbolo que por igual evidencia valores de cohesión, compromiso y solidaridad, que reproduce situaciones de poder y control por parte de los varones en la familia (Burbano, 2007). En este sentido, las mujeres se asumen involucradas en la migración en medida que se consideran tomadas en cuenta en la administración e inversión de las remesas, así como beneficiadas por los bienes económicos o simbólicos (prestigio, poder) que se obtienen a partir de las mismas.

Sin embargo una situación ambivalente se identifica respecto a las remesas, si bien la mayoría de las mujeres son capaces de sostener una narrativa sobre las condiciones en que sus parejas se trasladan y llegan a los Estados Unidos, pocas de ellas poseen información sobre los lugares de trabajo, tipo de empleo, horarios y salarios de sus parejas, situación que se traduce en un desconocimiento del porcentaje que los varones destinan en las remesas que acercan a la familia.

En este contexto de desconocimiento, las mujeres refieren que las remesas oscilan entre los mil y mil quinientos pesos quincenales, con posibilidad de enviar cantidades complementarias en situaciones de enfermedad de los hijos. Si bien se trata de una cantidad no muy considerable, la mayoría de las mujeres de *“La veinte”* se refieren conformes con las características de regularidad y cantidad de las remesas, situación que encuentra sentido en el desconocimiento que tienen respecto a los salarios que sus parejas reciben, una estrategia que para muchas ellas resulta planeada por los varones, con la finalidad de evitar mayores demandas económicas.

Sin embargo para algunas de las mujeres de “*Rancho nuevo*” la situación es distinta, narrando una recepción de remesas inadecuada tanto en cantidad y periodicidad, una cuestión que les ha orillado a incursionar en el mercado laboral como una estrategia para solventar los gastos de la familia y a partir de esta incursión, cuestionarse el beneficio de que sus parejas migren. La migración entonces, comienza a dejar de contemplarse cómo un bien común, para posicionarse en su imaginario cómo una estrategia que beneficia únicamente al varón, representando una amenaza para la salud mental de ellas, por la sobrecarga de funciones que les implica.

La condición de inconformidad de estas mujeres, se recrudece cuando dan cuenta que sus parejas echan mano de todo tipo de estrategias y discursos para no incrementar los envíos, existiendo períodos en los que se suspenden los envíos de remesas, aludiendo el alto costo de vida en los Estados Unidos.

“A mí él nunca me dice en que anda, menos cuánto gana, a veces duraba dos tres semanas sin mandar, luego ya mandaba pero bien poco, yo decía “estará ahorrando” pero no, cuando llegó aquí le pregunté si había guardado y me dijo que no” (Lourdes, Rancho nuevo)

Narrativas como la de Lourdes obligan a problematizar la escasa consideración de las mujeres en el aspecto económico, contextos en los que ocultar datos sobre los ingresos económicos o las inversiones, se instituyen también cómo forma de violencia.

Llama la atención por otra parte, la percepción que tiene estas mujeres respecto a su participación en relación a la administración de las remesas. Son escasas las que se conciben partícipes en la administración de los recursos monetarios y si bien en dicho sentido evidencian una percepción de mayor estima y logro, resulta obligado reconocer que esta “*administración*” ocurre en un marco en el que no les compete tomar decisiones

respecto a las inversiones, sino únicamente ejecutar las indicaciones que sus parejas giran al respecto.

“Yo nunca supe cuánto ganaba él, pero si mandaba, me decía “te mande cinco mil, pagas abono del terreno, pagas luz y agua y lo que necesites” nomás si me decía que no me mandara gastando dinero, me daba indicaciones para comprar el material de la casa .. eso sí como a mí me dijo una señora mayor de aquí “si un camión de piedra pides, guarda la nota” por si un día este me reclamaba que no hice manejo bueno del dinero” Y hasta ahorita, nunca me las pidió pero hay tengo las notas” (Estela, Rancho nuevo)

Una administración que se realiza en el marco del “seguir indicaciones” más que del “tomar decisiones”, siempre en un contexto en el que están sujetas a escrutinio y asumen el recurso como ajeno y no cómo un bien familiar común. La toma de decisiones continúa desarrollándose de manera androcéntrica, reafirmando la vulnerabilidad económica que caracteriza a estas mujeres (Robert, 2008; Suarez y Zapata, 2004; Nemesio y Domínguez 2004).

Por otra parte, el sentido de inversión que se da a las remesas trasciende el beneficio individual que a partir de ellas pueda generarse, impactando en la percepción que estas mujeres tienen respecto a la participación de sus parejas en el movimiento migratorio, de esta manera, las mujeres que relatan haber logrado inversiones que benefician a la familia como unidad (bienes inmuebles) parecen mejor adaptadas a permanecer solas, evidenciando menor ansiedad por el hecho de que sus parejas no permanezcan a su lado.

“Con lo que él ha sacado se han podido hacer los dos cuartos... no sé, no sé si estar casada con un hombre que se va al otro lado es mejor que tener un esposo que está aquí todo el tiempo, lo que sí sé es que se está mejor en lo económico” (Zenaida, veinte de noviembre)

Las remesas dejan de tener sólo una existencia monetaria, para constituirse en un símbolo importante para la seguridad de la familia, en un significante que justifica el esfuerzo que hacen migrante y familia para progresar, en un contexto en el que si bien se instala la duda

sobre la conveniencia de que la pareja migre, la inversión por pequeña que sea, aplaca la ansiedad del “no estar juntos”.

Existen mujeres que no se muestran convencidas de la necesidad de sus parejas de migrar año con año, particularmente cuando narran que habiendo logrado lo que antes era objeto de deseo (casa, terreno, educación de los hijos) el interés de sus parejas por permanecer en los EUA no cesa y que ellas tratan sin éxito convencerles de no alejarse más. En estos casos, la mayor parte de las mujeres explica la falta de éxito de su petición en la habituación de sus parejas por permanecer lejos del hogar.

“Yo le digo a él que si allá ya no hay trabajo ya se quede aquí, al fin ya tenemos donde vivir, ya se hizo la casa, los hijos ya están grandes, el gasto ya es menos, pero no lo convengo, yo pienso que se desacostumbró al rancho, se desacostumbró a estar aquí” (Marina, veinte de noviembre)

El que las mujeres problematicen la migración de sus parejas no únicamente en función del aspecto económico, sino en función de la emoción que implica insertarse en una dinámica cultural y social distinta a la que viven en el pueblo, obliga a estas mujeres a dar cuenta que la separación en que han debido vivir, no se acotado a la necesidad de sustento, sino también a la necesidad de independencia que los varones buscan en dicha experiencia. El costumbre de migrar, responde a la necesidad de permanecer en otro contexto, un espacio que es de total desconocimiento para ella y lo que es más grave, no le incluye a ella.

Pero no para todas las mujeres el alejamiento de sus parejas representa un motivo de nostalgia, algunas contemplan la migración cómo una oportunidad de dar espacio y tiempo a relaciones que no son siempre funcionales y en las que permanecer separados se vuelve la única forma factible de continuar unidos. Ese es el caso de Martina, una mujer que vive ya no anhelando un regreso que por muchos años pidió, sino acariciando la esperanza de que

no regrese jamás de los EUA para despojarle de la casa que “*él ha construido*” con el ingreso derivado de la migración.

“Francisco a mí no me hace falta para nada, más antes de principio si lo extrañaba y lloré porque me sentía sola, yo no entendía porque se iba si el niño estaba bien chiquito, ahorita ya no sé si quiero que venga, me da miedo que me saqué de la casa, es que a cada rato me corre de la casa por el teléfono, dice que la casa es suya” (Martina, veinte de noviembre)

Con el tiempo la ausencia se incorpora a la cotidianeidad, reconstruir la imagen de ellos diariamente termina por parecer obsoleto, los recuerdos son pocos para las añoranzas y ellas terminan por acostumbrarse a verse sin ellos o lo que es peor, temerosas de su regreso. La esperanza de volver a verlo, se sustituye por el miedo al retorno de un sujeto al que creyeron conocer, pero que ha cambiado como ellas a fuerza de experiencias, un hombre que partió siendo aliado y que como en el caso de Martina hoy se ve enemigo, que trae con su retorno no la compañía del amado, sino la soberbia que amenaza con el despojo, porque el trabajo de él a diferencia del de ella, generó bienes tangibles y no simbólicos.

En conclusión, las mujeres parecen adaptarse mejor a la condición migratoria de sus parejas, siempre que identifiquen un beneficio de impacto familiar perseguido con ello (que puede ser económico que simbólico), de no ocurrir así, las mujeres adjudican el interés de sus parejas por migrar a un interés por mantenerse “*alejado*” de la vida cotidiana familiar, en un contexto en el que los beneficios monetarios o simbólicos se observan insuficientes para compensar los miedos y riesgos con los que ellas deben aprender a vivir.

Sobre los miedos y riesgos que construyen las que se quedan

Mucho se alude en relación a los riesgos que deben confrontar quienes migran, sin embargo, poca atención se presta a la experiencia que viven sus parejas, mujeres que

esperando el retornos de quienes migran deben aprender a vivir con incertidumbres, riesgos y miedos que impactan sobre su salud física y mental.

Los riesgos que estas mujeres construyen parecen tener diferencias en función de la edad, mientras las de mayor edad centran sus narrativas en los peligros que sus parejas confrontan durante el trayecto migratorio y en su permanencia en los Estados Unidos, las más jóvenes elaboran discursos en los que aparecen otro tipo de temores, particularmente aquellos que se construyen en función del ejercicio sexual de sus parejas, el miedo a ser suplidas por alguien más del lado del otro lado de la frontera o incluso la posibilidad de resultar infectadas de alguna ITS.

Las mujeres, independientemente de su edad y años de vida conyugal dejan ver en sus narrativas como principal temor, la posibilidad de quedar solas, ya sea como consecuencia de la muerte física del cónyuge o por el olvido y abandono del mismo.

“Me da miedo que él se vaya, se traslada por autobús o a veces se viene manejando y pues existe el riesgo de un accidente en la carretera, me da miedo pensar en poder quedarme sola con los muchachos, es mucha responsabilidad para uno tanto de los hijos como de gastos” (Inocencia, La veinte)

“El tiempo que él no estuvo aquí dejamos de salir a la calle, yo no me hallaba sin él, estaba impuesta a andar con él, me daba miedo, yo decía ¿y si nos pasa algo? ¿Quién ve por nosotros?” (Natalia, Rancho nuevo)

Las mujeres relatan sus temores y miedos dentro de un marco de ambivalencia, si bien la primera impresión es que su preocupación se centra en sus parejas, analizando en profundidad sus discursos, se hace evidente que el temor se sustenta en la propia inseguridad y sentido de dependencia física, emocional y económica que sostienen con sus parejas.

Para estas mujeres tener pareja no es una opción sino una necesidad de primer orden que se gesta en función de auto concebirse incapaces de auto sustentarse en lo económico, insertas en contextos en los que su solvencia moral es evaluada en función de contar con el respaldo y protección de un varón, o simplemente donde se valúan a sí mismas en medida que se perciben dignas de ser necesitadas o queridas por un hombre.

Otras mujeres construyen narrativas más francas respecto a sus propios riesgos, dichos riesgos se reiteran en el ámbito de la seguridad que pierde la vida en pareja, mujeres que se asumen vulnerables ante la posibilidad de ser olvidadas, de pasar a formar parte de la estadística de mujeres que año con año se declaran abandonadas por no recibir más remesas, por perder toda comunicación con ellos o incluso por enterarse que ellos han formado nuevas familias del otro lado de la frontera.

*“A mí me da miedo cuando él se va, pienso que le pueden pasar muchas cosas que lo agarre la migra, que lo lastimen, que conozca alguien más y más cosas...Aquí en la colonia ha habido casos en los que ellos se van y por allá conocen otra y ya no regresan, yo a él si le digo que no ande demás por allá y él también a mí me dice, pero pues es un riesgo mientras el ande allá”
(Juana, La veinte)*

Temores cuyo origen suele remontarse a la experiencia que otras mujeres de la comunidad han tenido, o incluso en experiencias de infidelidad propias que no han tenido el peso suficiente para fragmentar las relaciones a distancia.

Las narrativas dan cuenta de la incertidumbre en que viven estas mujeres, respecto a la posibilidad de ser sustituidas en la vida sexual de sus parejas, una variable que se agrega a la carga emocional que trae consigo la migración y que encuentra sentido en la percepción de incapacidad que tienen para subsistir sin el respaldo moral, económico y simbólico de un varón. Incertidumbre que han construido como género, insertas en contextos en los que como mujer se adquiere valor simbólico en medida que se adscriben a relaciones de pareja

y cumplen con las funciones de reproducción y cuidado, tareas que también resultan amenazadas tras el abandono de la pareja.

En este marco, la posibilidad de ser abandonada duele no sólo por la vulnerabilidad económica que trae consigo, sino por la posibilidad de dejar de ser amada, valorada y concebida necesaria, en contextos en los que la ausencia de retorno de sus parejas no les significa la soledad que traería la viudez, sino un estado de dominación-abandono, en el que mientras el varón desaparece y suspende el apoyo económico, la mujer continúa considerándose propiedad del mismo, y en dicho sentido debe continuar aceptando patrones de dominación vertical (desde el antes esposo) y periférica (la comunidad), imponiéndose sobre ella una especie de violencia estructural (Arzate y Vizcarra, 2007).

Es necesario considerar por otra parte, las narrativas que aluden el riesgo de una ITS, la mayoría de las veces un construido en función de la experiencia de infidelidad que ha traído consigo la experiencia migratoria de sus parejas. El caso de Lidia es muy claro al respecto, una mujer cuya confianza en el comportamiento sexual del marido es prácticamente inexistente.

“Me dan miedo otro tipo de cosas, es que te digo que él es muy ¿Cómo te digo? O sea que le gusta el sexo, entonces yo pienso que allá no se detiene, si no se detiene aquí frente a mis ojos, que yo me doy cuenta, menos allá, ¿para qué me hago?” (Lidia, Rancho nuevo)

Lidia reconoce su temor a “otro tipo de cosas”, en el entendido que estas “cosas” aluden a ITS que aparecen estigmatizadas incluso en su nombre médico, como si pronunciarlas implicará una invocación, y consecuentemente callarlas representara un tipo de inmunidad moral. Resulta relevante por otra parte, dar cuenta cómo esta mujer alude en su mirada un instrumento de control que no funciona más sobre el cuerpo de su pareja, ya no es necesario “ver” el comportamiento infiel para estar segura de su participación en prácticas sexuales

extramaritales, bajo esta certidumbre, el disfrute sexual de su pareja no se representa cómo algo deseable, sino más bien, un impulso que se teme en función de que se considera compulsivo.

Otras mujeres han dado cuenta de su riesgo hasta después de la confesión de alguna infidelidad, declaraciones que les han resultado traumáticas, particularmente cuando no se había tenido experiencias de conductas extramaritales en las localidades de origen o cuando habían atribuido a sus parejas, características de personalidad incompatibles con comportamientos sexuales de este tipo

*“Cuando me dijo que se había metido con una mujer hasta ni le creía, yo decía ¿pero cuando si siempre estaba? ahora que dice que se va ya voy a pensar en eso...yo creo todo el tiempo”
(Alma, Rancho nuevo)*

La condición que guardan las mujeres respecto a la conducta sexual de sus parejas está enmarcada por la incertidumbre, si bien refieren tener confianza en sus comportamientos morales, también se anticipa que los encuentros sexuales extramaritales se darán, puesto que del otro lado de la frontera, ellos desarrollan comportamientos distintos a los que muestran en sus localidades de origen, entonces, la confianza no existe más, la fragilidad del vínculo se hace evidente.

El riesgo personal frente a una ITS emerge cómo un riesgo que contrario al de ser abandonadas, parece sólo poder construirse en función de una experiencia personal y no sobre experiencias ajenas. En este sentido, la construcción del riesgo resulta no de los discursos del personal de salud que comunica el riesgo de ITS, ni de la experiencia de otras mujeres de la comunidad, sino las experiencias que estas mujeres han tenido como parte de su vida cotidiana.

5.2. SOBRE CÓMO SE MODIFICA SU VIDA COTIDIANA.

Prohibición del trabajo remunerado, sobrecarga del doméstico.

La reconfiguración o persistencia de las cotidianidades aparece fuertemente influenciadas por la variable generacional entre las mujeres de “*La veinte*”, en este sentido, mientras las mayores se involucran en relación al trabajo agrícola y ganadero (dado que es en este terreno que sus parejas realizan inversión), las más jóvenes destinan su rutina al cuidado de los hijos y su educación; por su parte, entre las mujeres de “*Rancho nuevo*” esta diferencia no se evidencia, jóvenes y mayores se involucran en el empleo informal para apoyar en el sostenimiento del hogar.

Puede darse cuenta cómo las actividades en que las mujeres se involucran, resultan fuertemente influenciadas por las representaciones que sobre trabajo y género tienen sus parejas, en este contexto, la posibilidad de estas mujeres respecto a involucrarse o no en el ámbito económico, no depende exclusivamente de sus decisiones sino también de las opiniones o determinaciones que sus parejas tengan al respecto.

Según las narrativas que las mujeres construyen al respecto, existe una cantidad relevante de hombres que les niegan la posibilidad de involucrarse en actividades que generen ingresos, argumentando que dicha incursión traerá consigo menor atención en los hijos, postergación de las tareas domésticas o incluso la posibilidad de conocer otros hombres.

“Él no me deja trabajar ni hacer nada, se enoja, yo en veces le digo mira Francisco me voy a poner a trabajar, porque pues ya ve que hace falta, pero él me dice “no ya te dije que si te pones a trabajar te me vas mucho sabe a dónde” no quiere que trabaje porque es bien celoso y dice que nomás voy a conocer hombres, me dice que si sigo con eso ya no regresa a México”
(Martina, veinte de noviembre)

Existen mujeres que son amenazadas con el abandono si incursionan al ámbito laboral sea este de tipo formal o informal, se les aísla en el espacio privado para no generar oportunidades de conocer o establecer relaciones sociales con otros varones, contemplando en dicha medida una posibilidad de generar certeza de una paternidad exclusiva, finalmente, no puede dejar de problematizarse que la obsesión por el control sexual de las mujeres tiene origen en la constante amenaza de la paternidad legítima.

Puede darse cuenta cómo la falta de oportunidad en estas mujeres para la participación económica, no se determina únicamente con la interrupción de los estudios, durante su vida adulta se supedita a las representaciones que sobre el trabajo tengan sus parejas. Es necesario tener en cuenta por otra parte, que el control que se ejerce para limitar su participación productiva en el contexto del patriarcado, posibilita al varón sostener las condiciones necesarias para ejercer violencia económica, insertos en un marco en el que la dependencia económica potencia estructuralmente su vulnerabilidad social (De Barbieri, 2006).

Existen además otros actores sociales que señalan impertinente el hecho de que las mujeres se involucren en actividades que generen ingresos, llama particularmente la atención, el hecho de que otras mujeres (madres y suegras) se opongan a su incursión en el ámbito laboral, recurriendo a discursos en los que la producción se desvaloriza frente a la reproducción.

“mi mamá dice que sí de verdad tuviera necesidad lo haría (trabajar), pero que no la tengo, porque él me manda y que nomás daría de hablar y descuidaría a los niños” (Juana, La veinte)

Se hace necesario reflexionar cómo la mirada de los referentes femeninos inmediatos de estas mujeres (madres), legitiman la vigilancia y el control social sobre los actos de sus hijas, desde un imaginario que niega cualquier posibilidad de que las mujeres puedan

desempeñarse de manera simultánea en los ámbitos laboral y doméstico, anticipando una “crisis de cuidados” que poco problematiza y menos cuestiona la falta de voluntad de los varones para involucrarse en tareas no reenumeradas, necesarias para la subsistencia familiar⁷⁷.

Las suegras también funcionan como obstáculo en la incursión de las mujeres en ámbitos productivos, en estos casos la dificultad para continuar con la vigilancia moral parece surgir como motivo principal.

“Yo me metí a trabajar por lo mismo que él en veces no mandaba lo suficiente, pero su mamá le dijo y él me dejó de mandar, y es que mi suegra se enojaba porque yo trabajaba, decía que era nomás por andar de loca y eso no era cierto porque si yo todo lo tuviera pues para que me iba a salir a trabajar” (Sara, Rancho nuevo)

Con estas narrativas puede evidenciarse como Juana y Sara, han sido obligadas a renunciar a la oportunidad de trabajar en función de una construcción que tomando como el género como bandera, no hace más que reproducir condiciones sociales que ponen en desventaja a las mujeres. Un constructo social en el que se mide a la mujer en función del cumplimiento de funciones reproductivas como la procreación, el cuidado de los hijos y los quehaceres domésticos (Oliveira y Gómez Montes, 1987; De Barbieri, 1984); mientras al varón se le evalúa en función de poder sostener por sí sólo las necesidades del hogar, ya que ello conlleva a la conservación del poder y autoridad al interior del orden familiar (Mauro y Godoy, 2001).

⁷⁷ Por *crisis de cuidados* se entiende la desestabilización del modelo previo de reparto de responsabilidades sobre los cuidados y la sostenibilidad de la vida, que conlleva una redistribución de las mismas y una reorganización de los trabajos de cuidados. Esta redistribución se complejiza en función de las implicaciones de género que conlleva, tradicionalmente la mujer ha sido quien se ocupa de atender en integridad cuestiones relacionadas con el trabajo doméstico y el cuidado, tareas de las que el varón se desatiende para involucrarse en tareas que en cambio le garanticen reconocimiento económico, prestaciones sociales y prestigio público.

La participación de la mujer en las tareas productivas se contempla como una amenaza para el patriarcado, por atentar contra las condiciones sociales desde las que se instituyen y aceptan prácticas de dominación y explotación aparentemente acordadas desde lo social. Contextos en los que mientras sobre los varones se naturalizan acciones que les exaltan públicamente, a las mujeres se les confiere la realización de actividades domésticas que permanecen dentro de ámbito de lo privado.

Pese a estas condiciones, es necesario reconocer el caso de mujeres rurales que han logrado incursionar en la esfera productiva, tras haber convencido a sus parejas de la posibilidad de acceder a ingresos económicos sin “*desatender*” el cuidado del hogar y de los hijos. Se trata de testimonios que las mujeres relatan cómo un triunfo que les ha sido posible lograr una vez que demostrado con hechos, la competencia para involucrarse en actividades económicas sin relegar las funciones domésticas, incluso cuando ello no signifique más que la aceptación de habitar en un marco de desventaja social, en el que deben aprender y resignarse a vivir con una carga excesiva de funciones (Rico, 2001)

“A modo de convencerlo he buscado la forma de hacer algo sin tener que salirme de la casa, que si ya vendo hielitos, choco bananas, arroz de leche, luego los domingos vendo menudo, hacer de eso sí me deja, porque dice que mientras esté yo en la casa pues está bien, lo que no quiere es que yo me salga por ahí o que deje solos a los niños, aquí estoy tanto al pendiente de ellos como de los animales” (Rosalinda, Veinte de noviembre)

El ingreso a la esfera productiva se da condicionada a no renunciar a la responsabilidad socialmente asignada de la economía del cuidado, punto que las mujeres no cuestionan, quizá porque para dicha función han sido habilitadas desde etapas tempranas de vida y en función de ello contemplan naturalizada al género.

Por otro lado, emerge una nueva categoría, la responsabilidad de la mujer rural en el trabajo agrícola y ganadero, tarea que debe atender en función de la migración de la pareja. En este

contexto, ya no sólo se les niega la posibilidad de incursionar en empleos remunerados por el riesgo de desatender el cuidado de los hijos y el hogar, se implica también la posibilidad de que por ello deje de ocuparse de la siembra, cosecha y crianza del ganado; actividades que les implican una inversión de tiempo y energía aun cuando no les implica un reconocimiento social.

Las mujeres más jóvenes refieren no involucrarse en el trabajo agrícola o ganadero, quizá ello se explique en el propio desinterés de sus parejas por invertir en el campo, varones para quienes si bien es una necesidad de primer orden la construcción de una casa propia, una vez obtenido dicho patrimonio, se concentran en la adquisición de bienes materiales que evidencien ante la comunidad el incremento de su poder adquisitivo (autos y aparatos electrodomésticos).

Algunas de las mujeres más jóvenes han incursionado en el empleo, contemplando en ello una estrategia que posibilita el acceso a la toma de decisiones en asuntos concernientes a la familia, los bienes que se adquieren y la propiedad compartida de los mismos. Sin embargo, dichos “*triumfos*” por insertarse al ámbito económico no se dan libres de tensiones, si bien refieren una especie de empoderamiento, respecto a la obligación de sus parejas de asumir que ya no será obligación de ellas atenderles, también refieren la resistencia de sus parejas ante dichas determinaciones.

“A mi esposo se le ha quitado lo atenido, a veces que me ve que estoy haciendo gorditas que me pidieron, él llega y se sirve solo, eso antes no lo hacía... cuando se va para allá a veces no manda nada y la verdad a mí me da igual que no me dé porque como le digo que el ya no tiene obligación de andarme dando puesto que yo ya no le tengo niños chicos...aunque si sería una obligación de él que me dé y que me siga manteniendo a mí y a mi hija” (Facunda, Rancho nuevo)

Resulta relevante el papel que juega el dinero en el poder que el varón puede ejercer sobre la mujer, en este sentido, mientras la familia depende del ingreso del padre para la subsistencia, el varón se asume con el derecho de mandar, controlar, exigir y determinar el tenor en que deben darse los asuntos familiares. El hecho de que la mujer genere ingresos aun cuando estos sean menores, es contemplado como una amenaza para mantener dicho poder y una cuestión que obliga al varón a buscar nuevas formas de control, entre las que figura el evadirse de continuar aportando el sustento económico, en una especie de reto en el que la mujer deberá evidenciar socialmente su capacidad para sostener las necesidades de la familia.

Por otra parte, la aceptación que Facunda muestra respecto a la negativa de su pareja por continuar aportando al sostenimiento del hogar, representa una clara evidencia de la ausencia de empoderamiento que las mujeres poseen respecto al trabajo doméstico, un trabajo al que han dedicado su vida y que sin embargo no les genera una indemnización. La desvalorización del trabajo realizado en la casa y el cuidado de los hijos, se refuerza con la expresión que utiliza de “*ser mantenida*”, estereotipo que muchas de las mujeres dedicadas de manera exclusiva al hogar han terminado por internalizar y que genera la aceptación de diversos tipos de violencia.

En el contexto antes planteado, vale la pena cuestionar el tan enunciado empoderamiento que se presume en las mujeres que incursionan en la esfera productiva, así como reconocer que en una gran cantidad de casos dicha inserción se da en ambientes en los que se recrudece la violencia, aunque esta adquiera nuevas formas de evidenciarse y donde la vulnerabilidad no cesa, sólo se transforma.

El trabajo de ser madres “solas”.

Durante las narrativas aparecieron de manera recurrente, relatos que aludían el papel de madres que estas mujeres desempeñan y las adecuaciones que dicha experiencia adquiere con la migración de sus parejas. La variable edad parece jugar un papel relevante al respecto, mientras para las de mayor edad ser “*madres solas*” ha reafirmado su identidad en relación a la maternidad y posibilitado en la mayoría, una autoestima elevada respecto a su desempeño en el cuidado de los hijos; para las más jóvenes, ser madres en la ausencia de sus parejas representa una situación que les obliga a reconocer una incapacidad para “cuidar bien” de los hijos, discursos respaldados en las evaluaciones de que han sido objeto en su desempeño como madres desde sus familias de origen y políticas.

Las mujeres de mayor edad parecen menos ansiosas respecto a su desempeño, quizá porque sus hijos poseen mayor edad o porque los años de experiencia les han ayudado a construir un prestigio de “buenas cuidadoras” frente a su familia y comunidad. Este grupo de mujeres señalan haber alcanzado logros importantes aun en la ausencia de sus parejas, evitar o limitar la participación de sus hijos en el consumo de drogas lícitas e ilícitas, vigilar con éxito la reputación moral de las hijas e incluso no haber sufrido la muerte de sus vástagos, son logros que se adjudican.

Sin embargo, dichos logros frecuentemente deben ser compartidos con otros actores, entre los que figuran los padres, suegros e incluso la imagen de un dios que reduce ante la mirada propia y de su comunidad, el impacto de su cuidado y dedicación con los hijos.

“Quedarse con los hijos con el hombre por allá, obliga a uno a ir respondiendo como padre y madre, pero grande es dios y ninguna de las muchachas me salió mal, todas bien casadas como debe ser.... me quedaba con los hijos mientras él se iba para allá, y pues me tocaba cuidarlos de todo a todo, luego se me ponían bien malos, pero ni uno se me murió” (Marina, veinte de noviembre)

La atribución que hace Marina del correcto comportamiento de sus hijos a dios, en tanto la hace humilde de su participación, también le despoja del logro personal que al respecto tiene. Esta asociación *maternidad-dios* deriva de la construcción histórica que respecto al ser madre se ha elaborado, donde se alude la maternidad como una gracia celestial y en dicho sentido, sí sé es madre por favor de dios, tal maternidad también se desempeña en su compañía.

En dicho marco, la fortaleza y tesón con se cuide y conduzca a los hijos no resulta de un esfuerzo personal, sino de las características de las que dios dota a las mujeres para ejercer como madres, entre las que con frecuencia se aluden la humildad, incondicionalidad y abnegación; en esta lógica, mientras más sufrida y tormentosa sea la experiencia del ser madre, más ensalzada la tarea que “prescribe” dios a las mujeres, al menos así lo reiteran los melodramas y sermones eclesiásticos.

Las mujeres más jóvenes por su parte, evidencian cierta inconformidad con la ausencia de sus parejas, incomodidad que se sostiene en la auto percepción negativa que tienen de su desempeño como “cabeza de familia”, tarea que con frecuencia se fundamenta en la evaluación que sobre su desempeño hacen sujetos de su círculo familiar y social más próximo.

Algunas de las mujeres refieren trastocado su papel de madres en la ausencia de sus parejas, debiendo asumir responsabilidades que antes de la migración sus parejas compartían.

“Yo si me siento diferente a otras mamás que tienen su esposo aquí, porque no tengo el apoyo de él, digo o sea en que él esté aquí y dinero pues a veces me manda, pero a veces no.... yo ahorita soy la responsable de los niños, si algo hacen la que saca la cara por ellos soy yo, si a ellos les pasa algo hasta él me reclama a mí porque yo estoy con ellos” (Josefina, La veinte)

Las mujeres antes responsables sólo del cuidado físico y afectivo de los hijos, ahora deben asumir las funciones que implica la paternidad ausente, viéndose obligadas a complementar su imagen de “madre”, con la figura de autoridad moral que el varón acaparaba. En este contexto, deben asumirse vigilantes y garantes del desempeño social de los hijos, una tarea que les impone verdaderos retos, dado que implica el desarrollo de nuevas habilidades sociales y emocionales (Arvelo, 2004; Ortega, Torres y Salguero, 1999)⁷⁸

En este contexto saturado de conflictos, las mujeres deben aceptar ser evaluadas en su función de madre, por varones que aun en su ausencia buscan maneras de mantener controlado este desempeño, principalmente ejerciendo vigilancia a través de los ojos de sus madres, mujeres que desde su experiencia personal establecen parámetros para evaluar lo adecuado o no del cuidado de las nueras respecto a sus nietos.

Verdaderos conflictos se tejen cuando las suegras evalúan el desempeño de sus nueras como madres, la crítica que hacen llegan a ser tan mala que da pie a los varones para amenazar a estas mujeres con quitarles a los hijos, en dicho sentido, el poder que las suegras adquieren frente a las nueras es flagrante, los hijos poco ponen en duda la objetividad de la evaluación que sus madres realizan.

“Cuando yo me enfermé de la tuberculosis, vino mi suegra y se quiso llevar a los niños con ella, pero yo no la dejé, ella le dijo a él que yo estaba enferma y él me dio la espalda, me dijo que ya no me iba a ayudar a menos que le entregara los niños a su madre, porque según le había dicho su mamá que yo los traía desatendidos, sucios y que los podía contagiar” (Sara, Rancho nuevo)

Narraciones como la de Sara, evidencian la vulnerabilidad que las mujeres adquieren en la ausencia de sus parejas, sometidas a formas de evaluación poco objetivas y anacrónicas, que les obligan a vivir verdaderas historias de dolor y violencia psicológica que rebasan los límites y logran despojarles de sus hijos.

“Cuando me salí de la casa de mi suegra nomas me llevé a mi niña más chica, la grande no se quiso salir de la casa de mi suegra, a ella le decían cosas malas de mí y pues por lo mismo ahorita ella es más de esa familia que de la mía, en cambio la chiquita si es más mía, la grande se va con ellas por lo mismo que le dan más dinero que yo, pero es del mismo dinero que manda su papá” (Olivia, Rancho nuevo)

Las confrontaciones atentan sobre el símbolo más importante en la vida de estas mujeres, (los hijos) dado que los nietos representan para la suegra la posibilidad de recuperar el “hijo perdido”, ahora contemplado en la figura del nieto. Lo anterior adquiere dimensión si consideramos que este pequeño sujeto, alberga la esperanza para la mujer mayor de volver a ejercer el papel más relevante para el que ha sido entrenada, el de madre (Castillo, 2007).

Quizá en respuesta a estas medidas agresivas para ejercer el control sobre su desempeño como madres, se explique que algunas de las mujeres hayan tomado la decisión de confrontar a sus parejas respecto a la educación de los hijos, reclamando exclusiva la responsabilidad y el control de la educación de sus vástagos, con la consecuente pérdida de autoridad del varón ante los hijos, la familia y la comunidad en general.

“Yo los tengo educados de diferente forma y cuando él venía se quería imponer y los golpeaba, les tronaba los dedos, los presionaba, los humillaba; un día que me pongo delante de ellos y dije “aunque a mí me pegue no me importa y sobre mi cadáver les pega” y es que pues si casi él no está aquí y cuando viene quiere que hagan y deshagan a como él quiere, y pues no, está muy equivocado porque cuantos años no ha estado con ellos Yo no lo juzgó porque se fue para darnos una vida mejor, pero aquí la que los educa soy yo” (Lidia, Rancho nuevo)

La narración de Lidia, obliga a dar cuenta del despojo de autoridad de que son objeto algunos varones en el contexto de la migración, la mujer al asumirse responsable de la educación de los vástagos, encuentra posibilidad de ejercer en plenitud y sin competencia,

su legitimación en el cuidado y la guía de los hijos, una tarea que parece no estar dispuesta a volver a compartir tras el regreso de su pareja, aunque ello les implique un doble esfuerzo, el reconocimiento social y de sus hijos hace que dicho desgaste valga la pena.

Pero la experiencia parece no ser la misma en todas las mujeres, entre las mujeres de “*La veinte*” se observa el ejercicio de un cuidado y educación cuya dinámica depende en forma importante de la opinión, aprobación y consentimiento de los varones, insertas en contextos en los que el hecho de educar y guiar a los hijos según la “*prescripción*” de sus parejas, otorga la seguridad de no ser objeto de recriminación social por parte del padre más adelante.

“Yo soy responsable de los hijos porque yo los tengo y él está allá y la gente lo sabe y aunque él cada rato les está hablando y si se preocupa también, pues una es la que anda dando cara por ellos pero siempre, siempre con la opinión del padre” (Elda, veinte de noviembre)

Puede evidenciarse entonces cómo la maternidad rebasa la experiencia de lo individual, para ubicarse en una variable que al ser percibida y valorada socialmente, se instituye naturalizada en un marco cultural en el que el cuidado materno se evalúa adecuado o no, en función de las representaciones sociales que cada grupo social posea respecto al ser “buena madre”.

CAPÍTULO 6. SEXUALIDADES, CONFORMACIONES Y RECONFIGURACIONES.

“El coito es el precio que debemos pagar por la felicidad de vivir juntos”.

Frank Kafka.

La frase que abre este capítulo pudiese resultar para muchos extraña, sin embargo, resulta pertinente, por reflejar las representaciones que respecto a la sexualidad poseen quienes participaron en este estudio, mujeres que narran una vida sexual fuertemente influenciada por variables sociales y culturales que hacen dicha experiencia no siempre placentera y grata, sino cómo un asunto que llega a vivirse a manera de un bien que se intercambia por la posibilidad de permanecer acompañadas, y en el más afortunado de los casos de ser amadas, protegidas y respetadas.

Lo anterior en un contexto en el que la sexualidad no acotándose a lo físico y biológico, se complejiza desde lo antropológico para dotar de un orden a la práctica sexual, creando un vínculo *biológico-cultural* que instituye el *concepto sexo-género*, un constructo teórico que posibilita entender la complejidad que se teje en derredor de la salud sexual y reproductiva⁷⁹.

El objetivo del capítulo es evidenciar el tenor en que se da el ejercicio sexual de estas mujeres, enfatizando sobre las variables sociales y culturales que potencian su vulnerabilidad frente al VIH/sida y otras ITS. Dado que el marco que sostiene este acercamiento contempla la sexualidad como una variable fuertemente incidida desde lo social, el contenido no se limita a recuperar la dinámica en que la sexualidad se ejerce, sino profundiza en las representaciones que respecto a sexualidad y género le sostienen,

⁷⁹ El concepto sexo-género refiere a los conjuntos de prácticas, símbolos, normas, representaciones sociales y valores que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción y al relacionamiento entre las personas como seres sexuales" (De Barbieri, 1992).

analizando estas desde su origen y evidenciando la participación que actores e instituciones tienen en ellas.

Las narrativas recuperadas en estas mujeres, posibilitan dar cuenta cómo las representaciones que sobre sexualidad han conformado en sus entornos particulares, así como la flexibilidad que estas muestran en el contexto de migración de sus parejas, influyen sobremedida la construcción social que son capaces de elaborar respecto al riesgo.

5.1 PERCEPCIONES SOBRE EL DESEO Y LA SEXUALIDAD

La domesticación del deseo desde el género

Foucault afirma que el deseo sexual está firmemente incidido por la moral cristiana y en dicho sentido, inserto en un marco delimitado por el pecado, el castigo, la muerte, encarcelado en la monogamia y con finalidad exclusiva en la procreación (Foucault, 1993). Partiendo de dicha premisa, resulta obligado analizar el tenor en que ocurre la domesticación moral del deseo, en los contextos en que estas mujeres han crecido.

La domesticación del deseo ha trascendido a la iglesia como institución, en este sentido es común que incluso en el ámbito de la salud, el deseo resulte trivializado y con frecuencia ignorado, impactando en la forma en que los sujetos contemplan y ejercen su sexualidad.

Lo anterior se hace evidente en este acercamiento, donde si bien la mayoría de las mujeres aceptó compartir su experiencia en relación a la sexualidad, sus narrativas iniciales se acotaban en relatar una sexualidad encasillada en las variables que cualquier historia clínica aborda, resultándoles más complejo profundizar sobre su deseo y el de sus parejas, las

negociaciones e intercambios que se involucran en el encuentro sexual, las violencias de que son objeto sus derechos reproductivos y los imaginarios que en ellas sostienen la aceptación e incluso la legitimación de conductas que violentas potencian su vulnerabilidad frente a ITS⁸⁰.

Atreverse a hablar del deseo sexual propio y de sus parejas, resultó una cuestión que les requirió tiempo no sólo para expresarlo, también para reflexionar respecto a las transformaciones que en el tiempo ha tenido su vida sexual, en este sentido, mientras las mujeres hacían un esfuerzo por narrar su vida sexual, generaban a la par, una reflexión en la que parecían ir descubriéndose sexualmente, como si su vida sexual fuese una película que hubiesen protagonizado sin estar presentes.

Uno de las constantes identificadas en las narrativas, es la negación del deseo sexual personal o en el menos dramático de los casos en una percepción bastante devaluada del mismo, en este sentido, mientras algunas mujeres perciben su deseo sexual como una pulsión fácilmente distraíble con las labores domésticas o la educación de los hijos, otras ni siquiera le reconocen como pulsión, dado que ha sido suprimido desde lo social en etapas tempranas de su vida.

Lo anterior se complejiza, cuando en sus narraciones el deseo masculino se reconoce, exalta y procura, adjudicándole propiedades de impostergable y urgente, en esta lógica el ejercicio sexual que estas mujeres relatan se muestra más preocupado por atender el deseo del otro, que por generar una experiencia placentera personal. La distinción que se elabora

⁸⁰ Menarquía, inicio de vida sexual activa, antecedentes obstétricos, enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, etc.

entre deseo sexual *masculino* y *femenino*, hace evidente el carácter de sagrado y profano que se juega en el ejercicio sexual.

Agamben (2005, p. 97-122) refiere que las categorías *sagrado* y *profano*, dan pauta para evidenciar cómo en el ejercicio sexual, figuran representaciones simbólicas que hacen de la sexualidad un *bien* que circula y se intercambia desde lo social. En este contexto, el autor reconoce que la práctica sexual se sostiene en dos facetas, una de carácter de sagrado asociada con la procreación, y otra de carácter profano relacionada con la obtención de placer, pero entendida también necesaria para reivindicar la sexualidad a su carácter de sagrado.

Las mujeres devalúan o anulan su deseo personal, asumiendo que su práctica sexual en su carácter sacral no requiere disfrutarse, mientras el deseo del varón en su carácter de profano se representa como esencialmente placentero. En esta lógica, el deseo termina naturalizándose masculino, dentro de una realidad socialmente construida en la que este se torna necesario para elevar la sexualidad femenina al carácter sagrado.

“Le digo que yo no siento ganas, no me estoy muriendo de ganas de “eso”, yo no soy así, en cambio ellos siempre están disponibles para eso, pero porque lo necesitan, lo tienen en su naturaleza, están hechos así, a ellos no les viene la menstruación, ellos siempre están dispuestos.... la naturaleza nos hizo así” (Rosalinda, Veinte de noviembre).

La frase “*morir de ganas*” dimensiona de manera clara, la percepción que existe respecto a la intensidad del deseo sexual masculino, aludir que ella no “*morirá de ganas*” implica aceptar la posibilidad de que su pareja pueda hacerlo, desde una perspectiva en la que mientras se contempla la sexualidad masculina como una necesidad de primer orden, se deslegitima el deseo sexual femenino, aludiendo procesos fisiológicos (menstruación) como indicadores de su impertinencia.

El impulso sexual deja de ser un asunto biológico y se culturaliza, la menstruación llega a significarse en un signo que aparece cada mes, para recordar a la mujer que no ha sido fecundada, pero también para hacerle evidente, que ella a diferencia al varón no está dispuesta para el encuentro todos los días, como si la naturaleza biológica de los cuerpos prescribiera el disfrute sexual y en función de ello, resultase ilegítimo negar el impulso sexual en los varones o reconocer el impulso sexual en las mujeres.

El hecho de que el deseo sexual se represente en función de estructuras que en su carácter de biológicas se tornan inmutables, obliga a reflexionar sobre la complejidad que entraña que las mujeres lleguen a contemplar su sexualidad como experiencia erótica, y no sólo como un medio para atender el deseo de sus parejas o ejercer la reproducción.

Con estas narrativas se evidencia también, la condición *mito-rito* de la experiencia sexual humana, en una situación de juego que instala el rito y lo sagrado que reivindica el mito. El *jocus* o la parte lúdica (y de placer) es permisible para los varones, a ellos se les permite el disfrute sexual dado que este es imprescindible, para reiterar mediante la fecundación el carácter de sagrado a la sexualidad y con ello reivindicar el mito de *La Maternidad*⁸¹.

La naturalización que se entretiene entre cuerpo biológico y disfrute, posibilita dar cuenta cómo en el ejercicio sexual se juegan dos facetas igualmente importantes, una de carácter privado, que tiene que ver con el ejercicio de la sexualidad como puerta de acceso al placer personal y otra social, que implica la práctica sexual como un medio para reafirmar las representaciones sociales de masculinidad y feminidad. Todo lo anterior, dentro de contextos en los que mientras resulta legítimo para los varones acceder a una vida sexual

⁸¹ Para más conocimiento del juego entre ludus y jocus consultar Agamben, G. (2005). *Profanaciones*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.

intensa, la mujer se torna más virtuosa conforme exhiba mayor pudor y menor interés sexual (Rivera y Figueroa 1993).

Otra cuestión interesante que surge de las narrativas, es la disociación que encuentran algunas mujeres entre *cuerpo femenino* y *placer sexual*, en este sentido, así como Rosalinda señala en la menstruación una variable “*natural*” que reitera la escasa necesidad sexual en las mujeres, otras señalan en la maternidad, una variable que obstaculiza percibir el encuentro sexual tan placentero como ocurre en los varones.

En este sentido, encontramos que mientras el varón encuentra en su acción fecundadora oportunidad de reafirmar la masculinidad, sin tener que experimentar derivado de ello cambios anatómicos fisiológicos, resultar fecundada si bien legítima la feminidad, representa para las mujeres no sólo aceptar los cambios que implica la gestación, sino también las modificaciones culturales y de estilo de vida que trae consigo la maternidad.

“Ellos no se controlan como uno para eso, es que ellos no sufren lo que uno con los embarazos y con los hijos, que los dolorcitos, los mareos, el vómito, el dolor de tenerlos... ellos no sufren nada, para ellos tener relaciones es puro placer, por eso ellos nomás piensan y piensan en eso, porque nomás gozan, para uno es tarea que nunca acaba, se va el tiempo cuidando a los niños, llevarlos a la escuela, darles de comer, educarlos (risas)” (Natalia, Rancho nuevo)

Resulta interesante por otra parte, dar cuenta de la maternidad cómo una condición ambigua, pues si bien les representa una oportunidad para legitimarse en lo social, no deja de ser narrada cómo una experiencia que duele, se padece y sufre. Una maternidad que en la manera en que se vivencia, les aniquila cómo sujetos eróticos con derecho de vivir plenamente su ejercicio sexual.

Puede darse cuenta también, cómo mientras las mujeres reconocen y consienten el acceso del varón al cuerpo femenino en la búsqueda de placer y la reafirmación de su virilidad, no

puede dejar de asociar en sus cuerpos *encuentro sexual y maternidad*, insertas en contextos en los que mientras el varón se contempla partícipe activo en el acto sexual, ellas se conciben cómo objetos que invariablemente deben ser fecundados, enfrentando derivado de ello, las consecuencias fisiológicas, psicológicas y emocionales que la maternidad implica.

En función de lo anterior, puede darse cuenta cómo el deseo sexual se domestica inserto en contextos sociales en los que se imponen prohibiciones y controles morales distintos a varones y mujeres, a través de una serie de representaciones que la sociedad produce y reproduce, y a las que los sujetos son expuestos durante su vida. En función de dichas representaciones, las mujeres encarcelan la capacidad erótica de sus cuerpos, bajo marcos en los que mientras la sexualidad femenina se satura de miedos, vergüenzas y culpas, el acceso al placer sexual en los varones se reconoce, legítima y atiende.

La sexualidad obligada.

Como función del matrimonio

Resulta interesante dar cuenta cómo si bien algunas de las mujeres, refieren reconocer tanto su deseo sexual como el de sus parejas, sus relatos aluden una práctica sexual que no persigue el placer, sino más bien una especie de obligación que deben cumplir dada su situación conyugal, casi de la misma naturaleza e importancia que el desempeñarse adecuadamente en el trabajo doméstico y la maternidad.

En este sentido, la práctica sexual de muchas de estas mujeres parece enfocarse más en mantener atendido el deseo de sus parejas que en el propio, ya sea en la búsqueda reiterada de reducir la posibilidad de abandono e infidelidad, o bien cómo medio para cumplir con la

función biológica y social de la reproducción (Herrera y Campero 2002; Liguori, 1995; Elu, 1994; Ongaro, 1978).

“Yo ahorita ya veo tener las relaciones sexuales cómo una obligación o un deber, porque ya no se disfruta igual que cuando él llego de allá (EU), en ese entonces si lo disfrute más en parte porque paso tiempo, pero ahorita como es diario pues parece una obligación, es la rutina de siempre” (Norma, Rancho nuevo)

Como esta narrativa, se producen varias en las que se señala la incompatibilidad entre la frecuencia del deseo sexual entre mujeres y varones, una condición que si bien está influenciada por factores hormonales y fisiológicos distintos entre hombres y mujeres, también resulta de la presión social de que son objeto las representaciones de *masculinidad-femineidad*, en las que mientras la primera se reivindica en lo social mediante un ejercicio intenso, sobre la segunda se construyen discursos que desalientan la práctica sexual.

Algunas de las mujeres narran el ejercicio de una sexualidad que no se concretiza para una satisfacción personal o conjunta, sino cómo una estrategia necesaria para mantener atendido el deseo sexual de sus parejas, bajo el imaginario de que en medida que atiendan su impulso sexual, ellos corresponderán manteniendo una exclusividad sexual que sociedad, Estado e iglesia continúan ensalzando.

“Cumplir con “eso” es también una obligación, en veces se me acerca y yo no tengo deseos de él y si le digo como que se molesta, porque pa él si es mucho muy importante, en veces lo hago sin ganas porque pienso ¿de qué se vaya a buscar por ahí afuera otra? No, mejor aquí lo complazco como pueda, aunque yo no sienta algo bonito pero es lo de menos, ya ve que muchos dicen “es que tengo que ir a buscar lo que no encuentro en mi casa” (Rosalinda, La veinte)

Rosalinda contempla en el “servir” sexual, la posibilidad de evitar la bigamia o los encuentros extramaritales en su pareja, aun cuando en dicha búsqueda su deseo se anule, minimice e ignore, y es que hablar del placer del “otro” en independencia del propio, refleja el imaginario de que la sexualidad masculina se vive como una experiencia de

naturaleza egoísta en la que no necesitan sentirse acompañados y para la que no es necesaria la excitación sincrónica de dos cuerpos. Quizá el problema de fondo no radique en el desinterés del varón por acercarse a su pareja al placer erótico, sino en la posición que la mujer asume como un objeto de placer para otro, anulando su propia satisfacción.

Otras mujeres refieren acceder al encuentro sexual, no sólo por cumplir con un deber conyugal o por el temor de que ellos busquen prácticas sexuales fuera de casa, sino por la posibilidad que implica para ser abandonadas y dejar de ser amadas.

“Para mí tener relaciones no es lo importante, es más importante que uno tenga su cariño, que tenga respeto, amor, comprensión, seguridad de que él sea fiel, que nomás este conmigo uno busca estar con ellos cuando están aquí y como ellos quieran, como yo que no quería embarazarme después que se me murió mi otro niño, pero él insistió en que no me cuidara con nada y pues salí de encargo” (Martina, La veinte)

Esta narrativa refleja la postura que las mujeres llegan a asumir como objetos que existen y son para otros, en dicho sentido, son como mujeres en medida que “son” para sus parejas, insertas en contextos en los que aun cuando la sexualidad sea poco o nada satisfactoria, ellas seguirán allí, por la necesidad de ser protegidas y respetadas ante la mirada social. Ser en lo social parece su mayor logro o por lo menos su mayor aspiración, en función de ello, parecen dispuestas a permanecer dentro de relaciones en las que sus derechos reproductivos y sexuales son ignorados.

La sexualidad adquiere nuevas dimensiones cuando las mujeres aparecen no sólo dispuestas a encuentros sexuales no deseados, sino incluso a efectuar dichos encuentros en las condiciones que sus parejas determinen y entre las que con frecuencia se incluye la negativa por utilizar condón. En el sentido anterior, las mujeres renuncian desde un “aparente” voluntad propia a sus derechos sexuales y reproductivos, su salud e incluso a la

vida, sin embargo, todo ello parece valer la pena frente a la necesidad de saberse o creerse amadas, conservadas o socialmente respaldadas (Sanz, 1999:50; Mackinnon, 1987).

Pero la obligatoriedad de los encuentros sexuales, parece no ser siempre asumida a partir de las representaciones que respecto a matrimonio y sexualidad han internalizado estas mujeres, algunas de ellas han tenido que soportar las estrategias que sus parejas han ideado para hacerles cumplir con la “obligación sexual”, medidas que llegan a incluir formas de violencia física, emocional o verbal.

“Yo no disfruto ya estar con él pero acepto para no pelear, la última vez que le dije que no, me pegó bien feo, me arrastró hasta la carretera y me dejó toda golpeada, lo demandé, vinieron por él, pero quite la demanda por los niños, el miedo le quedó y se ha compuesto, aparte que ya no le digo que no pa’ no empezar con lo mismo” (Sara, Rancho nuevo)

Llama la atención la ambigüedad que muestra Sara para confrontar la violencia de que es objeto, mientras el recurrir a las autoridades evidencia el reconocimiento que tiene respecto a su derecho a una vida libre de violencia, el recular respecto a las medidas tomadas, evidencia la legitimación que estas mujeres continúan haciendo respecto al ejercicio sexual como parte de sus funciones de “esposas” (Figuroa y Liendro citado por Szas 2008, p. 24).

Como medio para la reproducción

Este acercamiento logró evidenciar cómo la maternidad juega un papel relevante en la manera de pensar, significar y ejercer la sexualidad de estas mujeres, funcionando en dos sentidos, por un lado, impulsando la práctica sexual en un contexto en el que ser madres representa la forma más asequible de legitimarse; por otro, obstaculizando de manera fehaciente la práctica de una sexualidad placentera, en espacios en los que las únicas mujeres “dignas” de ser madres, son aquellas que siendo respetables socialmente ven en la

sexualidad una oportunidad para la reproducción y no una forma de acceso al placer erótico (Lagarde, 2001).

La relevancia que adquiere la reproducción en la vida de estas mujeres se hace evidente en los periodos significativamente cortos de espera para la gestación, menor entre las mujeres de “*Rancho nuevo*” (1.4 años) que entre las de “*La veinte*” (1.9 años). En ambos grupos se encontraron, tiempos más largos que los reportados en cuatro encuestas oficiales en México respecto a la salud reproductiva (Szasz 2008, p. 440).

TABLA NO. 7. POSTERGACIÓN DE LA MATERNIDAD DESPUÉS DEL MATRIMONIO

<i>Mujeres de “La veinte”</i>		<i>Mujeres de “Rancho nuevo”</i>	
Martina	11 meses	Facunda	9 meses
Marina	7 meses	Estela	10 meses
Elda	9 años	Norma	2 meses
Teresa	1 año	Natalia	1 año
Zenaida	1 año	Verónica	4 meses
Juana	3 meses	Olivia	1 año
Inocencia	3 meses	Alma	8 meses
Rosalinda	3 meses	Sara	3 años
Carmen	1 año	Lidia	Se casó con 16 SDG*
Erica	1 año	Lourdes	Se casó con 16 SDG*
Fabiola	7 años		

* SDG= semanas de gestación

Fuente: Entrevistas transcritas realizadas a mujeres de migrantes durante el periodo de enero a diciembre de 2011

Puede darse cuenta que mujeres de los dos ámbitos han buscado en etapas tempranas de su unión la experiencia de la maternidad, ya sea acudiendo a ella como parte de su naturaleza procreadora, cómo obligación que cumplir en el marco del matrimonio, buscando establecer o perpetuar a través de los hijos la relación conyugal con sus parejas, o incluso forzando una maternidad que la naturaleza parece empeñada en negarles. Todo lo anterior,

insertas en contextos en los que predominan imaginarios que ven en la reproducción una función que les posibilita legitimarse, primero en lo individual como mujeres y después en lo social mediante el establecimiento de la familia, un sistema social que en sus contextos resulta imposible concebir sin la presencia de vástagos.

Madres por presión social.

La visión romantizada de la maternidad en el discurso de un contexto patriarcal como el de México, obliga de una manera imperceptible e incluso romantizada a pensar el *ser madre* cómo el rol identitario más importante en las mujeres, así como una estrategia para evidenciar en lo público el hecho de “*ser amada*”

“Yo digo que si me casé con la idea de tener ya a mis hijos, porque yo veo a los hijos como fruto del amor que se tiene la pareja, cuando no hay hijos no hay fruto de ese amor” (Inocencia, La veinte)

Para Inocencia los hijos son la posibilidad de evidenciar en lo público “*el amor*” existente entre ella y su pareja, un sentimiento que en su naturaleza de construcción social debe objetivarse mediante la presencia de vástagos. El vínculo social que se crea entre *sexualidad-reproducción*, promueve que la identidad de género en las mujeres se supedita a la identidad de *ser madre*, posicionando entonces la reproducción como centro y totalidad de proyecto de vida para muchas féminas (Chodorow, 1978; Ortner, 1979; Rosaldo, 1979; Beauvoir, 1978).

La asociación que se establece entre *sexualidad-reproducción*, posibilita dar cuenta cómo las mujeres contemplan la sexualidad no en una oportunidad placentera, sino como un medio para legitimarse en lo social, cuestión que condiciona que ellas mismas se

“programen” (ignoradas que son programadas desde lo social), para no disfrutar eróticamente su cuerpo ni del de sus parejas, contemplando sus coitos cómo momentos que deben obedecer, cumplir e incluso sufrir como si se tratase de un deber que se santifica en el marco del matrimonio y bajo la imagen de la reproducción, incluso cuando en la maternidad se reafirman representaciones que afectan la vida política de las mujeres, la ideología de género y la desigualdad sexual (Lagarde, 2001; Saletti, 2008).

Es necesario dar cuenta que las mujeres no siempre acceden al encuentro sexual *no deseado* en función de presiones violentas y francas, muchas de ellas lo hacen en función de una representación sexualidad-procreación que fuertemente internalizada, les obliga a contemplar el encuentro sexual como un arena de legitimidad social, que otras arenas como la educativa, laboral y política les ha sido negada. La representación *sexualidad-procreación* emerge como una estrategia de violencia simbólica que termina por imponerles la maternidad, de lo anterior puede darse cuenta en el caso de Verónica⁸².

“Yo no sé si ya quería niños, pero no, se me hace que no, lo que pasa es que en ese entonces uno no pensaba eso de que si quería o no tener hijos, se supone que para eso se casaba uno” (Verónica, Rancho nuevo).

La narrativa de esta mujer, permite dar cuenta que algunas de ellas están dispuestas a cursar maternidades que no derivan de un deseo personal, sino porque contemplan la fecundación como un acto ineludible en el marco del matrimonio. La duda que se instala en Verónica respecto a la pertinencia de la maternidad, obliga a poner en escena la fuerza del discurso

⁸² Boudieu (1999:173) describió a la violencia simbólica como un ejercicio que de manera “*sutil pero violenta arranca sumisiones que ni siquiera se perciben como tales apoyándose en unas «expectativas colectivas, en unas creencias socialmente inculcadas»*”.

sobre el “*instinto materno*”, un discurso que ubica a las mujeres que no desean ser madres en el rubro de “*antinatural*”, representación que muchas veces les obliga a ser madres de criaturas que no desean y no terminan de aceptar, una penitencia que aparecen dispuestas a llevar, con tal de no señaladas “*desnaturalizadas*”.

El vínculo entre maternidad y matrimonio llega a imponerse de tal forma en el discurso social, que las mujeres terminan por incorporar en su estructura mental la asociación sexualidad-reproducción, sin cuestionar su naturaleza y lo que es más, sin siquiera dar cuenta que es precisamente en la reproducción de esta naturalización que se perpetua la dominación masculina.

En otros casos, las representaciones que vinculan *maternidad* y *matrimonio* han iniciado a cuestionarse, sin embargo, la fuerza de estas resistencias resulta fácilmente quebrantada por las representaciones que sus parejas y sociedad en general tienen respecto a la maternidad cómo destino de las mujeres.

“Tardé tres años en embarazarme, es que no quería tener hijos, yo no quería vivir llena de niños como mi mamá.... yo hacía hasta lo imposible por no tener relaciones con él, de inicio él si me entendió que no quería tener hijos y me dijo que buscara con que cuidarme, pero no duró nada cuando empezó a decirme que ya encargáramos, yo no quería empezar con problemas y me embaracé de mi hija grande” (Sara, Rancho nuevo).

La presión social se instrumenta a través de las exigencias que sus parejas hacen para materializar la maternidad, incluso cuando ellas cuestionan la pertinencia de ser madres por las experiencias que han tenido en sus contextos. Su voz parece diluirse en el reclamo que la sociedad hace para que cumpla con la reproducción, carente de la fortaleza necesaria para sostener su postura.

Sin embargo, la postura de las mujeres frente a la maternidad es por mucho más compleja, mientras para algunas resulta abiertamente obligada, otras contemplan en el hecho de tener descendencia, una estrategia para legitimar u obligar la unión conyugal

“Yo salí embarazada pero en parte porque yo quería casarme con él, yo estaba muy enamorada y lo veía que él no y yo pues chiquilla y mensa me la pasaba soñando con cómo sería un hijo de él y pues al final si me embaracé y tanto sus papás como los míos nos obligaron a casarnos que era lo que yo quería, estar con él” (Lidia, Rancho nuevo)

“*Salir embarazada*” representa entonces una estrategia útil para forzar relaciones conyugales que en la ausencia de progenie no podrían establecerse (Jiménez, 2003). La búsqueda de un embarazo fuera del matrimonio, representa dos “*ventajas*” para una mujer joven e inconforme con su dinámica de vida, por un lado le ofrece la oportunidad de construir su propia familia, por otra, un medio para violentar a los padres, en el entendido de que el embarazo fuera del matrimonio hace pública una situación de disfuncionalidad familiar y en el contexto patriarcal provoca el “*deshonor*” del grupo al que se pertenece.

Por el derecho a existir socialmente

Algunas mujeres no han dudado en ejercer la maternidad, incluso a sabiendas del riesgo que implican para su vida las gestaciones subsecuentes. Los motivos que impulsan en estos casos la maternidad son diversos, incluyendo desde una mayor libertad para desempeñarse socialmente, hasta la posibilidad de sentirse acompañadas y útiles socialmente hablando.

Historias como las de Yolanda y Mary, evidencian la conveniencia que las mujeres encuentran en gestaciones que incluso en su carácter de subsecuentes atentan contra su salud y vida, insertas en contextos en los que la existencia de los hijos es concebida como una especie de garantía contra el adulterio. El embarazo genera en estas mujeres, la posibilidad de acceder a condiciones de vida que les son negadas cuando no cursan

embarazos, en este sentido, salir solas de casa, sentirse apoyadas en los quehaceres domésticos e incluso percibirse valiosas para el grupo familiar y social, son algunas de las ventajas que dicen tener cuando están embarazadas.

“Tuve 14 embarazos, dos se me murieron antes de nacer, yo era pronta para tenerlos y cada dos años encargaba, a veces si me daba poquilla lástima por mis chiquillos porque bien chiquitos y sufrían porque les tenía que quitar el pecho, pero por otra parte no, porque yo tenía la ayuda de mi esposo y mis suegros también mucho me apoyaban, de veras les gustaba que yo estuviera de encargo y por eso mismo me ayudaban en todo, me trataban mejor cuando estaba cargada” (Marina, La veinte)

Marina hace referencia a sus experiencias reproductivas cómo eventos que le legitiman como sujeto frente a su pareja y familia política, haciéndole acreedora de trato especial y ciertas concesiones. Sin embargo, su lenguaje permite dar cuenta que no cuestiona el hecho de que su valía y autonomía se circunscriban a las características de sus procesos reproductivos, donde estar “*cargada*” determina las posibilidades que cómo sujeto social tiene, en un contexto en el que existe no a partir de su desempeño social, sino de la función de su útero, y donde no es ella y sus procesos reproductivos, sino ella a partir de sus procesos reproductivos.

Bajo esta perspectiva, resulta comprensible que algunas mujeres expongan su vida de manera reiterada en gestaciones de alto riesgo, dado que cursarlas representa para muchas la única posibilidad de permanecer acompañadas, sabiéndose insertas en relaciones maritales en las que la ausencia física y la deficiente comunicación, potencian la percepción de vivir una *soledad acompañada*.

“Yo tenía hartas ganas de tener bebé, pero la gente nos metía miedo que porque yo estaba muy chica (15 años) y que por eso a lo mejor no aguantaba, él me decía que mejor no compráramos todavía, como que le daba miedo, pero yo le dije que quería tener uno (hijo), siquiera para platicar con él porque este (esposo) es bien callado.... me puse bien mala porque venía enredado, pero al final aquí tengo a mi niño” (Natalia, Rancho nuevo)

Si bien Natalia era consciente del riesgo que le implicaba la maternidad, en su narrativa dicho riesgo valía asumirse con tal de tener “*alguien*” con quien “*pasar el tiempo*”, inserta en una realidad en la que sus pareja no representa una compañía real en la cotidianeidad, y en el marco de un imaginario en el que como mujeres establecen relaciones conyugales para complementarse con el otro, un “otro” que en el contexto de la migración está ausente, y que aun estando físicamente no parece estar allí para complementarles, puesto que pocas veces está dispuesto a renunciar a su individualidad, a diferencia de ellas cuya individualidad puede no desarrollarse jamás, dado que desde su llegada al mundo han asumido su existencia en función de otros (padres, hijos, esposo).

En las narrativas de algunas de las mujeres se evidencia que la necesidad de complementarse con un “otro” es una constante de vida, derivada de una percepción de incapacidad para legitimarse en el mundo por sí solas, situación que les obliga a buscar siempre un “otro” al que “*amar*” o “*servir*”. Es a través de este “otro” que las mujeres logran legitimarse en lo público y lo personal, justificando su sentido de vida y existencia.

Lo anterior puede evidenciarse en el caso de Facunda, una mujer que arriesgó su vida en gestaciones subsecuentes, convencida de que la muerte física no implicaría el dolor que la muerte social trae consigo cuando ya no se tiene a quien *servir, ayudar o cuidar*.

“A mí me gustaba estar de encargo por lo mismo tuve ocho ... un día él (esposo) me dijo que ya no tuviéramos más porque me iba a morir y los iba a dejar solos, yo le dije que él estaba mal, yo no iba a hacer eso porque luego estos niños iban a crecer y yo me iba a quedar sola muy joven ¿Quién me iba a ocupar? imagínese yo apenas tenía como 28 años.... no le quedó más que aceptar y le seguí hasta los 8 hijos, le paré porque los doctores me dijeron que si tenía más me podía morir, que mi matriz ya estaba completamente desgastada” (Facunda, Rancho nuevo)

La experiencia de Facunda sirve para dar cuenta cómo en la ausencia de un proyecto de vida personal se recurre a la maternidad como sentido de vida y existencia, la mujer es cómo sujeto no a partir de sí misma, sino a partir de “*otros*” que legitiman su existencia, en dicho sentido, nada mejor que los hijos que le complementan en personal y le confirman en lo social.

La maternidad negada

La maternidad parece instituirse para muchas de estas mujeres como una obligación, primero para consigo mismas, después con sus parejas y por último frente al grupo social al que se adscriben (Figueroa 1997). Fabiola y Elda son mujeres que habiendo tenido problemas relacionados con la fertilidad, buscaron por todos los medios cursar el ansiado embarazo, la primera aludiendo que tener un hijo representaba la posibilidad de dejar de ser violentada por su pareja, la segunda, argumentando la necesidad de tener hijos desde una lógica en la que el sentido de vida de una mujer es formar una familia, cuidar de los hijos y encontrar en ello la posibilidad de permanecer acompañada.

“Para mí si fue un problema grande no tener a los hijos pronto, mi vida era un infierno, a cada rato nos dejaban por lo mismo que él borracho me reclamaba que quería conocer “su sangre” (hijo), yo fui a muchos sobadores a que me acomodarán la matriz... hasta que un día me embaracé con los parches guadalupanos y mire desde allí nunca más se volvió a ir este de la casa, santo remedio (sic)” (Fabiola, La veinte)

Fabiola construye un discurso en el que reconoce la consanguinidad como lazo de unión indispensable en la pareja, dentro de un imaginario en el que sí no existe hijo, no puede hablarse de familia y consecuentemente tampoco de una relación. El varón alude la necesidad de “*conocer su sangre*” no sólo para cumplir con un ciclo de vida biológico,

también en función de una presión cultural en la que los hijos se contemplan cómo la única posibilidad de trascender de manera simbólica en el tiempo.

El caso de Elda es similar, ella buscó someterse a todo tipo de tratamientos para lograr embarazarse, sin embargo, esta vez la exigencia no procedía de su pareja, sino de su deseo y hasta su obsesión por ejercer el “*amor maternal*”

“Tuve mi primer hijo hasta los nueve años de vivir con él, de primero no podía tener porque estaba lastimada.... Yo me sentía mal porque miraba que otras que si tenían bebés y yo no podía, me hice de todo para poder tener, me curé con muchas señoras, con unas me dolía de veras... hasta que un sobandero me sobó la matriz y luego luego me embaracé....él(esposo) era bueno, no decía nada porque yo no podía tener, decía que si dios no nos mandaba hijos pues ni modo, yo era la que me empeñaba, yo si quería tener hijos, para cuidarlos, para tener alguien con quien platicar y bendito dios que si me los concedió”(Elda, La veinte)

El recurrir a los “parches guadalupanos” o aludir “dios me los concedió” reitera el vínculo socialmente construido entre *maternidad y religión*, una construcción desde la que ser madre equivale en el imaginario colectivo a ser digna de la gracia de dios, convirtiéndose en un valor simbólico que no sólo significa en lo público, también en su propia estima y sentido de vida.

En función de la variedad de discursos que las mujeres construyen para explicar su motivación por ser madres, resulta necesario reconocer que no existe un constructo único en referencia a la maternidad, sino más bien un amplia gama de maternidades, contextos en los que el deseo de ser madre se justifica tanto desde lo colectivo como de lo personal, y atendiendo igual al deseo de servir incondicionalmente al otro, que al miedo de permanecer sola.

Mediante estas representaciones de la maternidad se hace evidente también, cómo en el marco de un deseo sexual personal inexistente o devaluado, la sexualidad representa una estrategia para legitimar la unión conyugal y la propia existencia, incluso cuando en ello se

acepte vivir una sexualidad “para otros”, primero para sus parejas en quienes reconocen un deseo sexual natural, impulsivo e impostergable, después para con la sociedad a quien adeudan progenie y que les reclama el cumplimiento de tal función para legitimarles.

En este contexto, la sexualidad representa un dispositivo que aún yaciendo en el cuerpo propio resulta ajeno, un espacio sobre el que otros pueden decidir y útil en medida que sirve para mitigar el deseo del otro. La maternidad termina por instituirse cómo una construcción simbólica de género desde la cual las mujeres organizan un universo de significaciones, y donde el *ser madre* resulta paradigma del *ser mujer*, y donde consecuentemente la esencia de la mujer es ser madre (Fernández, 1996, p. 161).

La sexualidad emerge construida desde lo colectivo en contextos en los que los cuerpos se socializan sexuados, y en función de ello se dirigen, comportan y comunican desde parámetros socialmente aceptables del género. Una construcción social de la sexualidad que lleva implícitas formas de violencia real y simbólica para las mujeres, impulsando su cosificación, y condicionando que lleguen a contemplarse a partir de su potencial reproductivo, más como objetos de uso para otro que como sujetos dignos de disfrute sexual.

6.2. ACTORES, ESCENARIOS Y DISCURSOS EN EL DISCIPLINAMIENTO SEXUAL.

Foucault señalaba la desmedida participación de las instituciones en el disciplinamiento sexual de la población, discursos que no se conforman con señalar el “*deber ser*” en lo sexual, sino que se atreven a establecer criterios para “*diagnosticar desviaciones*” que en dicho ámbito se dan, tildándoles de perversiones o enfermedad. En el sentido anterior, las instituciones no se conforman con silenciar temas de sexualidad, sino que construyen

discursos que privilegian las representaciones que sostienen desde su particular ideología (Foucault, 1993, p. 48).

Para analizar la manera en que las instituciones inciden en las formas de ver y vivir la sexualidad en estas mujeres, conviene recurrir a dos conceptos desarrollados por Foucault, *dispositivo de seguridad* y *dispositivo de disciplinamiento*, el primero refiere acciones que Estado e instituciones llevan a cabo para amortiguar el daño antes de que suceda, el segundo alude acciones que estos mismos actores aplican cuando el daño ha ocurrido, ya sea para corregirle o prevenir nuevas desviaciones (Foucault, 1976, p. 124-180).

La interrelación de ambos dispositivos, explica la aceptación que estas mujeres tienen respecto a la vigilancia de las instituciones sobre su vida sexual, intervenciones que legitiman y normalizan de una u otra forma, las condiciones de represión y opresión sexual que les hacen contemplar y ejercer su sexualidad cómo un medio más legítimo para cumplir con la reproducción que para acceder al placer erótico.

En el tenor de la participación de las instituciones en el disciplinamiento sexual, encontramos que familia, iglesia, escuela y comunidad prevalecieron como los dispositivos de seguridad que habilitan las maneras de pensar, significar y ejercer la sexualidad en estas mujeres en etapas temprana de su vida. Durante la vida adulta, destaca la participación de sus parejas como vigilantes de que continúen viviendo y pensando su sexualidad en el marco patriarcal.

La escuela, un marco biologicista incompleto.

La escuela es una de las instituciones que las mujeres de “La veinte” reconocen participe del conocimiento que respecto a sexualidad poseen, aun cuando reconocen también la insuficiencia de la información recibida en este ámbito, donde la sexualidad se acota de manera estricta a un marco biologicista. Otras de estas mujeres agregan al marco biologicista, información superficial sobre MPF y prevención de ITS, sin embargo, refieren esta última información insuficiente, situación que se torna particularmente grave considerando que para una parte considerable de mujeres, la escuela ha representado la única fuente de información asequible en sus contextos.

Por otro lado, resulta necesario considerar que el presente acercamiento fue realizado con mujeres cuyo bagaje en materia de educación sexual fue recibido principalmente entre 1970-1990, período sobre el que han sido señaladas serias insuficiencias en materia de educación sexual, debido principalmente a que el objetivo de la intervención educativa en este periodo histórico, estaba más interesado en desalentar la práctica sexual que en promover la práctica de una sexualidad segura.

Vale la pena reflexionar sin embargo, cómo el enfoque con que se aborda la educación sexual en México no ha presentado modificaciones sustanciales en el tiempo, basta recordar que apenas en el ciclo escolar 2006-2007 organizaciones de padres de familia, autoridades gubernamentales y eclesiásticas se manifestaron inconformes con los contenidos que se incluyeron en libros de ciencias de educación secundaria, alegando que en dichos libros “*se promovía no sólo el inicio temprano de vida sexual sino la participación en la promiscuidad por parte de los jóvenes*” (Bastida 2011; Neiro y Almaraz 2006).

La familia, una participación destacada.... en la transmisión de tabúes

Así como la mayor parte de las mujeres refirió la participación deficiente de la escuela en materia de educación sexual, el papel de la familia tampoco resultó bien evaluado. Mientras la mayoría de las mujeres de “*La veinte*” narró una ausencia completa de orientación sexual al interior de las familias, las mujeres de “*Rancho nuevo*” relataron historias que posibilitan dar cuenta cómo al interior de sus familias se reproducen tabús que no sólo censuran y anulan la práctica sexual como fuente de placer, sino que incluso obligan a concebirle como un tema del que no resulta pertinente hablar.

*“En la casa nunca me hablaron de eso, nomás mi amá lo que me decía era que si salía embarazada me daba una chinga buena, yo creo que por lo mismo yo nunca pensé en hacer eso por gusto, yo siempre pensaba que si pasaba “eso” me ganaba la chinga que me decía”
(Carmela, La veinte)*

Narrativas como la anterior, permiten dar cuenta de las estrategias a que recurren sociedad y padres de familia en la búsqueda de ejercer control sexual sobre los hijos, promoviendo contextos en los que el silencio respecto a la sexualidad llega a instituirse en una forma de violencia no sólo contra sus derechos sexuales, sino incluso sobre los derechos humanos, puesto que no sólo les niega la oportunidad de ejercer una sexualidad placentera, también les expone a riesgos para su salud física y mental.

El hecho de que las mujeres vivan amenazadas en su integridad física por ejercer un derecho tan válido y personal como es la actividad sexual, las instala dentro de un imaginario que les obliga aceptar que su práctica sexual sea de injerencia para otros actores, así como a ejercer una sexualidad “*adecuada*” a los que los otros consideran pertinente.

En este contexto, las mujeres son instruidas desde etapas tempranas de vida para callar dudas e inquietudes sexuales, conscientes de estar insertas en una sociedad en la que no es necesario explicitar la sexualidad en el discurso, si puede hacerse evidente en la procreación de los hijos. Las mujeres son habilitadas socialmente en un silencio que sustentado en lo moral, resulta violatorio de su derecho respecto a saber sobre su sexualidad y placer, conocerse, protegerse y disfrutar (Asociación Mundial de Salud Sexual (WAS)).

Puede entonces darse cuenta, cómo aun cuando en nuestro contexto se presume de no efectuarse prácticas aberrantes como la ablación clitoridiana, el silencio que en derredor de la sexualidad se construye, genera imaginarios y representaciones que mutilan a las mujeres desde lo psicológico y cultural para el deseo y placer sexual. El desempeño de familias que actúan de manera más coercitiva que educativa, y más preocupadas por moldear en sus hijos un comportamiento sexual “*socialmente aceptable*” que por informales para promover su libre elección, hace que tanto la falta de conocimiento sobre la respuesta sexual humana como la presencia de sentimientos de vergüenza y culpa, emerjan como obstáculos para ejercer una sexualidad satisfactoria.

En otras ocasiones, las mujeres refieren haber recibido una información estrictamente enmarcada en las representaciones que sus madres poseían, imaginarios que con frecuencia desalentaban el uso de Métodos de Planificación Familiar (MPF).

“Mi mamá no me hablaba de nada de métodos, bueno sí, me decía que nunca los usara, lo que pasa es que ella no estuvo de acuerdo con usarlos, ella solo decía “es que dios me lo mandó”, yo le decía “es que no, es que se oye que unas se pueden cuidar para darles una vida mejor” y ella me decía “sí se puede, si tienes una concha le das un pedacito a todos y a todos les toca” y yo le decía “sí, pero si no hubiera tantos hijos, el pedazo fuera más grande” ... ella se enojaba por mis maneras de pensar”(Sara, Rancho nuevo)

Sara refleja la experiencia de una mujer que cuestiona las representaciones de su contexto respecto a salud sexual y reproductiva, pero también el rechazo de que se es objeto al evidenciar en lo público una ideología contraria. La madre rechaza su postura, reafirmando en ello, su compromiso social en educar a sus hijos para un comportamiento sexual socialmente aceptable, reproductor de estereotipos y tabús socialmente contruados en su habitus inmediato (Caricote, 2008).

Lo anterior se evidencia en la intención franca de estas mujeres, por concretizar la maternidad a menos de 12 meses de haber iniciado su vida conyugal, maternidades que largamente acariciadas en la mayoría de las historias (dada la naturalización de la sexualidad como reproductora) condiciona que no planteen necesario el uso de métodos de barrera, exponiéndose en consecuencia a un mayor riesgo de ITS (Quilodran 2001; Blanc &Way 1998).

La transmisión de tabúes en torno a la sexualidad no únicamente trae consigo la anulación del disfrute sexual, otras veces, incluso se acompañan de experiencias traumáticas relacionadas con la sexualidad. Ejemplo de lo anterior sucede con respecto a la menarquía y la desfloración, dos eventos que pese a ser fisiológicos se relatan vividos en un marco de confusión, temor y vergüenza.

Estela narra cómo su primera menstruación trajo consigo la respuesta violenta de su madre, quien cegada por el temor de que su hija hubiese iniciado vida sexual no reflexionó que se trataba de un proceso fisiológico.

“Mi mamá no me habló de eso, nadie me habló, cuando me llegó la menstruación le dije a mi tía que me andaba saliendo sangre, ella me dijo que le dijera a mi mamá, cuando le dije nomás se me fue a golpes, me dio trancazos fuertes hasta que me tumbó y para quererme ver “ahí” (vulva) me quería meter el palo de la escoba, pero no pudo porque salió mi abuelita y le dijo que se aplacara” (Estela, Rancho nuevo)

En el marco de experiencias de este tipo, los procesos sexuales y reproductivos aprenden a vivirse dentro de un marco social que legitima la violencia asociada a ellos, sucesos violentos que condicionarán que la sexualidad aprenda a vivirse en el oscurantismo, puesto que desde un inicio se ha erigido toda serie de tabús en derredor de ella. Tabús que en la búsqueda de preservar el orden social etiquetan “prohibidos” temas particulares, con ello norman y controlan también la manera en que deben ser vividos en lo personal y lo público desde una lógica en la que el tabú no sólo restringe, también impulsa significados y prácticas aceptables en el contexto al que el sujeto pertenece (Foucault, 2002)

En este contexto, historias como la de Marina evidencian cómo el silencio que respecto a la sexualidad se erige impacta negativamente para ambos géneros.

“Yo fui de huida con mi esposo, los dos estábamos temerosos, ignorantes, él sabía muy poco, todavía duramos tres días yo ya en su casa, pero entre nosotros no había nada de nada (relaciones sexuales) ... mis suegros empezaron a decirle a él lo que teníanos que hacer y así empezamos nosotros a intentarlo (risas), lo hacíamos pero no era con aquella certeza de estar haciéndolo bien” (Marina, La veinte)

La prevalencia del silencio obliga a que el ejercicio sexual se dé en marcos que sostenidos por la ignorancia, obligan a vivir los encuentros no cómo experiencias eróticas, sino cómo medio para reproducirse y sin cabida para el placer corpóreo, en un contexto en el que el bloqueo sensual provocado por el desconocimiento, obliga a vivir en el encuentro sexual una experiencia atemorizante en lugar de satisfactoria.

En la dinámica de estos relatos, las mujeres parecen vivir su sexualidad no sólo en marcos de miedo y vergüenza, también hacen lo propio respecto a sus procesos reproductivos,

insertas en contextos en los que se sataniza cualquier cuestión que involucre sus genitales, incluso tratándose de procesos biológicos. En este contexto, la posibilidad de empoderamiento sexual y reproductivo emerge particularmente peliagudo, dado que resulta sumamente difícil que las mujeres se asuman sujetos de derecho respecto a su sexualidad, cuando está es concebida como algo reprobable, atemorizante y vergonzoso.

Pero el alcance del silencio que se erige en derredor de la sexualidad va mucho más allá de afectar el disfrute erótico, resulta también en un obstáculo para negociar el uso de métodos protección durante el encuentro sexual, e incluso en el retraso de la búsqueda de atención para el diagnóstico y tratamiento de patologías involucradas con el sistema reproductor y sexual, enfermedades que actualmente representan las primeras causas de deceso entre las mujeres⁸³.

La iglesia y el discurso de la virginidad como valor simbólico.

Resulta notoria la influencia que la iglesia tiene en las representaciones asociadas a la sexualidad, cuestión que se hace evidente cuando una parte importante de las mujeres refiere haber condicionado el inicio de su vida sexual no en un deseo individual, sino en función de una serie de construcciones que elaboradas socialmente determinaron lo adecuado de su inicio, sosteniendo el imaginario de que la virginidad representa una garantía de valor social, la única posibilidad para legitimarse suficientemente valiosas para ser tomadas

⁸³ El Cáncer Cervicouterino representa la segunda causa de muerte entre las mujeres mexicanas, se calculan 6,000 decesos anuales y que una mujer muere por esta causa cada dos horas.

como esposas y dignas de respeto no sólo en la noche de bodas, sino para el resto de sus días de vida.

Particular atención merecen los discursos en que estas mujeres refieren haber reprimido el impulso sexual convencidas del alto valor simbólico de la virginidad, la inexperiencia sexual y la reproducción. La iglesia aparece principal precursora de estas construcciones, introduciendo nociones de culpa por el disfrute sexual, y reiterando que el encuentro sexual se santifica sólo con el dolor que implica la maternidad y el parto (Battaglia, 2000; Mejía 2000).

“Entre los evangélicos se dan pláticas a los jóvenes, los orientan para que no caigan en la tentación, ni una señorita ni un joven debe tener relaciones antes de casarse, deben ser los dos virginales cuando los dos se van a casar porque se van a presentar a un dios santo” (Marina, La veinte)

“En la iglesia católica se convence a las mujeres que no deben tener relaciones antes que se presenten en pareja ante dios, ya cuando uno está bien unida le dicen que no quieren que ande uno tomando cosas para abortar, tampoco quieren que uno ande tomando pastillas para no embarazarse, dicen que para eso hay el ritmo” (Teresa, La veinte)

Puede darse cuenta cómo con independencia de la religión, los discursos que se reproducen buscan convencer a las mujeres de que su valor como sujetos radica en un himen que representa socialmente su honestidad, en función de ello, las mujeres significan en sus genitales su principal bien simbólico, aceptando en ello su cosificación y promoviendo una discriminación sustentada en un asunto de competencia enteramente personal, su práctica sexual (Figueroa, 2004)

“Mi mamá me decía que uno como mujer se tiene que cuidar mucho, porque llegar virgen es una cosa muy importante para los hombres, me decía que si uno ya no iba virgen ya no lo respetaban, ni lo querían a uno igual..... yo pienso que eso es cierto, eso es lo más valioso de uno pa’ los hombres y lo digo porque a mí, mi esposo si me ha dicho “si tú no hubieras sido virgen yo no te hubiera querido(sic)” (Rosalinda, La veinte)

Conservarse “*vírgenes*” se significa cómo un valor que debe procurarse, sabiéndose insertas en contextos en los que castidad e inexperiencia sexual emergen como los valores simbólicos más reconocidos, y en los que ser ignorante de los temas relacionados con la sexualidad, determina tanto en el presente como a futuro su valor simbólico y su legitimidad.

Las narrativas que comparten evidencian que no sólo mientras son sexualmente activas aceptan vivir su cuerpo para otros, lo hacen desde que nacen, convencidas de que deben conservarse intactas sexualmente para otro, un “otro” que no saben si llegará, pero que están ciertas exigirá un himen integro. Una sexualidad que apenas nacida debe de ser vivida como si fuese propiedad de otro, en contextos en los que desde una postura casi mariana, pureza y dignidad encarnan en sus cuerpos para transformarse en moneda de cambio que les valúa y dignifica para el resto de sus vidas (Vargas, 2003).

El caso de Verónica dimensiona la relevancia que tiene la rotura del himen, como fundamento en las relaciones de pareja

“Yo era virgen cuando llegué con él, pero a un principio tuvimos problema porque en la primera noche yo no sangré y ese fue nuestro primer pleito, él decía que yo ya había tenido relaciones sexuales con otra persona, pero no, se lo juro que yo no había tenido relaciones más que con él, hasta eso que no hizo por regresarme..... eso no se le olvida, en veces que estamos enojados me recalca que yo no era virgen, porque no sangré, yo hasta le he dicho que fuera con una de esas señoras que dicen la verdad (adivinatoras, brujas) y le preguntara, al cabo que yo no tenía que temer”(Verónica, Rancho nuevo)

La desfloración se instituye cómo el primer ritual de la vida en pareja y determina la dinámica en que dicha relación se dará, en dicho sentido cabe reflexionar cómo estas parejas dan más valor a un signo físico (sangrado) para evidenciar la honestidad de la mujer, que a la comunicación que se da al interior de la pareja.

El hecho de no haber sido “*devuelta*” al hogar de los padres, muestra cómo la indignación se sustituye por la gratitud por no haber sido expuesta a una vergüenza mayor, la de ser cuestionada no sólo por su pareja sino por la comunidad general sobre su comportamiento sexual. La cuestión más grave, es que la ausencia de evidencia de algo tan simbólico como la *virginidad* llega a instituirse cómo un elemento de juicio y discriminación para el futuro de una vida conyugal que apenas comienza, así como en una razón por la que deberá mostrar gratitud eterna hacia su pareja por no haber sido rechazada.

Resulta relevante por otra parte, identificar que el origen de la represión sexual no se limita a una determinación personal por negarse al disfrute erótico, sino a una serie de representaciones de origen colectivo que habiendo sido internalizadas, terminan por convencer a estas mujeres de que en sus vaginas y úteros yace su más importante bien simbólico y la única estrategia que poseen para legitimarse como mujeres en sus contextos, instituyéndose como representaciones que les obligan a negar su sexualidad en términos de posibilidad de disfrute, vivirla con culpas o para el placer de otros (Figueroa, 2004).

5.5. Sus parejas como vigías del comportamiento sexual

Resulta interesante dar cuenta cómo las representaciones socialmente construidas para regular el comportamiento sexual de estas mujeres no concluyen con la desfloración, durante su vida adulta y sexualmente activa, dichas representaciones son reforzadas, respaldadas y potenciadas por sus parejas, varones que han internalizado también una serie de imaginarios sobre lo que es adecuado o no en el disfrute sexual que sus parejas puedan agenciarse.

Varones que mientras asumen para sí el ejercicio de una sexualidad “*profanante*” que les posibilita el ejercicio lúdico y erótico de la sexualidad, se asumen vigilantes de que “*sus*” mujeres vivencien su sexualidad en el marco sacral de la maternidad. El caso de Rosalinda por ejemplo, posibilita dar cuenta cómo los varones obstaculizan cualquier oportunidad que ellas puedan tener para informarse en materia de sexualidad, bajo la noción de que ello resulta social y moralmente incorrecto.

“Yo no soy de esas que me guste el sexo o eso, como ahorita que salen estas novelas pornográficas a mí en lo personal no me gustan, aparte mi esposo me dice que es bueno que a nosotros no nos gusten las cochinas y es que luego se oyen comentarios de mujeres que si les gustan esas cosas y hasta con sus esposos las ven, mi esposo dice que eso es una falta de respeto para uno mismo y para ellos, él se enoja si las miro” (Rosalinda, La veinte)

Las mujeres establecen una clara dicotomía entre las mujeres que disfrutan y no del encuentro sexual, asociando las primeras con comportamientos que toda su vida han etiquetado como moralmente “*impropios*”, sin lograr dar cuenta que el abanico de posibilidades de disfrute es tan amplio como el criterio que tienen los sujetos en un ámbito en el que los términos “*decencia*” o “*indecencia*” son poco pertinentes.

Lo anterior resulta relevante en función del énfasis que hacen ellas y que refieren también en sus parejas, respecto a ejercer su vida sexual dentro de un marco de “*respeto*”, un parámetro que se instituye en base a una serie de tabús que en materia de sexualidad han adquirido y reproducido en sus contextos y que les obligan a ponderar el deseo masculino por encima del femenino, contemplando el placer de las segundas como impertinente para el marco moral que debe caracterizarles.

En este tenor de ideas, algunas mujeres relatan cómo pese a haber comunicado a sus parejas la ausencia de placer durante el encuentro sexual, el comportamiento de los varones no es modificado, evidenciando un completo desinterés por hacer de los encuentros sexuales

experiencias agradables para ellas. El caso de Rosalinda es una prueba fehaciente de lo anterior, una mujer que no logrando responsabilizarse de sus orgasmos, acude a su pareja para cuestionar lo adecuado o no de su condición

“Yo a él le he dicho que ya no siento bonito como antes, él me dice ¿por qué será? Y es que yo ya no tengo con él ... orgasmos (baja la voz) , una vez me dijo ¿te llevare con un doctor? Le digo “pues no sé” y luego me dice “no ¿pero sabes qué? Así estas bien porque luego que tal si te llevo y después no vas a llenar de hombres y vas a andar buscando (risas)... me dice “no mejor no así estas bien” y pues si él está feliz así, así está bien” (Rosalinda, La veinte)

Una mujer que baja la voz para mencionar la palabra orgasmo, deja clara su postura respecto a lo impropio que considera hablar respecto a la sexualidad, pese a ello, narra haber desarrollado la seguridad para tocar el tema con su pareja, un hombre al que sin embargo, parece generarle más angustia la posibilidad de que ella disfrute del encuentro sexual que el saberse solo en la experiencia erótica, ella por su parte, acepta renunciar a la posibilidad de un placer que pasa a segundo término frente al de su pareja.

Los casos de otras mujeres pueden ser incluso más complejos, con experiencias de vida que les bloquean para contemplar satisfactorio el acto sexual, ese es el caso de Sara, una mujer que con el antecedente de abuso sexual pedía la comprensión de su pareja para aprender a ver en el encuentro sexual una experiencia placentera, sin embargo la postura de su concubino fue determinante, sin importar cómo o en qué términos, la relación sexual era urgente con fines de reproducción

“Yo he tenido problemas para estar con él (sexualmente) o sea yo no siento bonito estar con él en la intimidad, lo que pasa es que para mí es difícil hablar de eso (rompe en llanto), un primo de mi mamá me tocó cuando yo tenía 8 años, no me violó pero me manoseó....cuando yo llegué con él (esposo) incluso me obligó, yo le quise tener confianza y le dije que no me gustaba, que me diera tiempo, que se fuera despacio como quien dice, pero él me dijo “pues aunque no te guste ¿sí no como vas a hacerle para que encarguemos? Y hasta la fecha él sabe que no me gusta, pero dirá que con que le guste a él” (Sara, Rancho nuevo)

Contemplar el encuentro sexual únicamente como medio para reproducirse y no cómo un medio para estar con el otro en el plano emocional y físico, evidencia de manera clara el contexto en que estas mujeres deben aceptar vivir su sexualidad, encuentros sexuales que deben “cumplir” ya ni siquiera en función del deseo masculino, sino por la obligación de cumplir con la reproducción, dentro de un marco en el que la satisfacción de ellas resulta totalmente irrelevante.

En otras ocasiones, pretender comunicar a la pareja de la ausencia de satisfacción equivale a resultar violentada, como ocurre en el caso de Olivia

*“La mayoría de las veces yo no siento bien cuando estoy con él, es que él se viene y yo todavía no, y eso a él no le apura, por eso le puedo decir que a veces ni siento.... Él a veces me pregunta que si me gustó, le digo que sí, porque si le digo que no me empieza a echar pleito, me dice que no siento porque a mí no me gustan los hombres, que me gustan las mujeres y que soy lesbiana”
(Olivia, Rancho nuevo)*

En el caso de Olivia se conjugan dos cuestiones sumamente relevantes, no sólo es la ausencia de satisfacción, es también la exigencia de su pareja por fingir una vida sexual placentera, participando del encuentro sexual con un varón al que le interesa reiterar su masculinidad forzando discursos falsos, y deslegitimando la feminidad de su mujer para no ser cuestionado en su masculinidad.

Pero no sólo en la intimidad de la familia y la pareja se gestan y reproducen los discursos de represión que aluden estas mujeres en sus narrativas, algunas representaciones se promueven a través de medios masivos de comunicación, ejemplo de ello sucede respecto a la variable *edad* en la sexualidad. Algunas mujeres se descalifican a sí mismas en materia de sexualidad aludiendo su edad, una variable que les posibilita no únicamente deslegitimar el deseo sexual personal, sino también el de sus parejas

*“Sí tenemos todavía relaciones pero ya no es igual como antes, ellos en cambio son diferentes, nomás andan en eso (práctica sexual) por lo mismo que en ellos no importa la edad, pero como yo le digo a él, le debería dar vergüenza andar todavía con esas cosas, teniendo nietos”
(Facunda, Rancho nuevo)*

Facunda deslegitima el ejercicio de la sexualidad en función de la edad, sin embargo, hace una clara diferenciación en función del género respecto al interés sexual, un interés que también deslegitima y señala impertinente en función de la etapa de vida que cursa su pareja.

Verónica plantea una postura semejante, si bien alude haber disfrutado de su sexualidad en alguna etapa de su vida, actualmente ve en su edad una variable que le imposibilita seguir haciéndolo. Llama la atención que nuevamente se señale la existencia de los nietos como un indicador de la impertinencia de disfrutar la sexualidad

*“A mí ya no me dan ganas, antes si me gustaba pero ahorita ya no, yo digo que porque ya no es mi etapa, ya estoy grande, ya no es como antes....yo hablé con él, le dije que ya le bajara porque ya no estabamos jóvenes, pero a él no le pasa, él sigue igual, no se le quitan las ganas... yo digo que ya no estamos para eso, ya hasta tenemos nietos y él anda con lo mismo (sic)”
(Verónica, Rancho nuevo).*

Las mujeres terminan por auto convencerse que cuando llega la pérdida de lozanía que acompaña el cese de la menstruación, resulta vergonzoso continuar participando de una sexualidad que se asume ya no disfrutable, en primera, porque no hay posibilidad de resultar embarazada, en segunda, porque la imagen de “mujer” que difunden los medios comunicación ha dejado de existir, para dar paso al de la anciana dulce, abnegada, cuidadora de los nietos y con ello asexual, la imagen de una inmaculación total.

Puede darse cuenta cómo estas mujeres renuncian a la práctica sexual no propiamente desde una decisión personal, sino como resultado de la internalización de una especie de consenso social que desde lo público dicta en qué momento el interés sexual deja de ser legítimo.

Los servicios de salud como prescriptores de la sexualidad

Las mujeres refieren con frecuencia a servicios de salud y personal sanitario como variables de gran peso en sus decisiones reproductivas, sin embargo, en la alusión que hacen de esta institución y de sus actores no les reconocen como fuente de información o educación en materia de sexualidad y salud reproductiva, sino más bien, como sujetos que sustentándose en la intelectualidad, imponen legítima la prescripción de métodos de planificación familiar en una intervención que con frecuencia desalienta su participación en una decisión que por completo les pertenece.

Los relatos de estas mujeres evidencian el ejercicio de un poder que instalándose sobre sus cuerpos, llega a desapropiarles de un asunto tan íntimo y personal como su ejercicio sexual, entonces las instituciones sanitarias aparecen más percibidas como *dispositivos de control* para regular la fecundidad, que como fuentes de información y conocimiento sobre sexualidad y reproducción.

Los servicios de salud terminan por imponerse como una más de las instituciones que luchan por hacer de sus representaciones y discursos los únicos válidos, aunque cabe reconocer que sus discursos resultan sumamente congruentes con los del Estado, dado que la medicina hegemónica ha logrado instalarse como institución legítima, en medida que ha comprometido su decir con la ideología que asegura la prevalencia del orden social vigente (Foucault, 2006, p. 74).

Según las narrativas de estas mujeres, el poder que el personal de salud ejerce sobre sus procesos sexuales y reproductivos se ejecuta de diferentes formas, algunas refieren experiencias de enojo en el personal de salud cuando ellas se han negado a utilizar los

métodos o procedimientos prescritos, mientras otras narran haber desarrollado un sentimiento de incompetencia para participar respecto a sus decisiones reproductivas frente a la constante descalificación del personal de salud sobre sus representaciones, conocimientos y experiencia con los métodos anticonceptivos.

El caso de Fabiola retrata la ausencia de empoderamiento que sobre sus derechos sexuales y reproductivos poseen algunas mujeres, presionadas primero por sus parejas y después por el personal de salud

“Yo no quería operarme pero él(esposo) llegó un día y me dijo que me operará porque él no tanteaba sacarnos adelante, que si salía con otro (hijo) se iba, a mí me daba mucho miedo operarme, pero él nunca quiso ayudarme con condón ni menos de decir que él se operara, decía que porque luego los “enfelizaban pa’ siempre” (aludiendo el desarrollo de impotencia sexual) ...no tenía de otra, arregle todo pa’ que me operarán, firmé, pero como que yo no quería, tenía aquel miedo.....Al lado mío (en el preoperatorio) estaba otra muchacha que también se operaba pero de último momento dijo “Yo no me opero” yo pensé en hacer lo mismo pero me daba pena, ya estaban los papeles firmados, dije “No pues orita que venga el doctor le digo que siempre no”.... Cuando vino el doctor y la otra le dijo “No me voy a operar” que porque le habían platicado que una señora había quedado sin poder caminar por la anestesia, el doctor que se enoja, la regañó bien feo, le dijo “señora pero no sea uste ignorante, no todas las señoras son iguales, no sé por qué motivo les habrá fallado la anestesia, pero aquí casi nunca nos ha fallado”, el doctor andaba bien enmuinado, bien harto grosero con la gente, a mí me dio miedo porque llegó como molesto pero riéndose y me dijo ¿y qué señora usted qué? ¿También opina lo mismo? a mí me dio pena y le dije “no, a mí si opéreme y ya lo que dios diga” y si me operó, pero más lo hice porque pensé que me iba a gritar como a la otra por echarmele pa atrás (sic)” (Fabiola, La veinte)

Si bien los servicios de salud reportarían la cirugía como una toma de decisión asertiva de una mujer “empoderada”, la narrativa exige dar cuenta que no se trata realmente de un convencimiento con origen en la conciencia, sino todo lo contrario, un procedimiento al que acepta someterse sin estar convencida o segura, pero si lo suficientemente presionada. En el contexto anterior, cabría cuestionarse si se gana o pierde con este tipo de logros, finalmente la violencia a que se somete a la mujer es significativa, ella concluye su posibilidad en la etapa reproductiva delegando hasta el último momento la decisión en actores secundarios que ninguna autoridad tienen sobre un cuerpo que les resulta ajeno.

La narrativa de Fabiola debe obligar a reflexionar sobre la relación de poder que se establece entre actores institucionales y usuarios, quien ejerce el poder sobre el cuerpo del otro y el que deslinda la responsabilidad de su cuerpo en el intelectual, en una relación en la que ambos se desempeñan a partir de marcos institucionales y estructurales mayores, contextos en los que sus conductas resultan “socialmente” pertinentes.

El actor institucional (personal de salud) sabe que en el escenario de los servicios de salud su discurso no puede ni debe ser cuestionado, dado que es legítimo por sustentarse en lo científico, la mujer por su parte, asume que el personal sanitario es el que sabe de reproducción y sexualidad, sin reflexionar que nunca sabrá más que ella sobre su cuerpo, dentro de una relación *médico-paciente* que no es auto genética, ni auto subsistente, sino que tiene razón de ser en papeles socialmente aprehendidos (Foucault, 2006, p. 16).

Alma se refiere violentada por los servicios de salud, en función de haber percibido ignorada su opinión y experiencia con algunos métodos anticonceptivos.

“En la escuela me dijeron la información para uno cuidarse de no embarazarse pero no me ha servido mucho, yo he pedido que me den métodos y me dicen que no, como tres veces me han puesto el DIU aunque ya saben que se me sale, dos veces me embaracé con ese, después de un aborto que tuve me pusieron el implante, pero tampoco me cayó, sangraba todo el tiempo, fui a que me lo quitaran y no querían que porque ese era por tres años, me lo quitaron hasta que vieron que ya estaba anémica..... pedí la inyección y no quisieron, me pusieron otra vez el DIU, me volví a embarazar con ese puesto, tuve a mi hijo y les pedí que me pusieran ahora si la inyección, me dijeron que no, que porque tenía que darle pecho al niño, yo les dije que no le daba pecho, que le compraba la leche y me dijeron que yo estaba mal que porque le tenía que dar pecho, me querían poner de nuevo el DIU de nuevo y yo no aceptaba decía ¿para qué? Dos veces me había embarazado con ese, me dijeron que si no me lo ponía no me daban de alta y total que dije que sí, así dure como dos años, ahorita ya tengo tres meses que aceptaron darme el parche y me siento bien, con este no me siento mal”(Alma, Rancho nuevo)

Para Alma la información que ha recibido sobre planificación familiar carece de utilidad, principalmente cuando en su experiencia, la decisión sobre los métodos de planificación compete prácticamente de manera exclusiva a un personal de salud que con frecuencia

minimiza o descalifica los efectos secundarios y adversos que traen dichos métodos a su persona. La cuestión de fondo no es cuestionar la legitimidad o no del consejo médico respecto a los métodos más convenientes, sino el tenor en que dicho consejo aplica, a menudo percibido como una indicación violenta y unidireccional, y no como un acuerdo que deriva del diálogo entre las necesidades de la usuaria y el conocimiento formal.

Igualmente violentada se refiere Carmela, quien narra haber sido presionada para elegir “algún” método anticonceptivo posterior a su parto, una exigencia que se satura de tensión cuando se ha crecido en un contexto en el que jamás ha recibido información al respecto.

*“De esos métodos anticonceptivos(sic) nunca he tomado, ni los conozco Cuando me alivié de mi niño me pregunta la doctora con que me iba a cuidar y le dije que con nada, se enojó y me dijo que no me iba a regresar a la casa hasta que dijera con que me iba a cuidar, quería que me pusiera el este ¿cómo se llama? El que es como alambrito que se mete (DIU) pero yo no quise”
(Carmela, La veinte)*

Llama la atención cómo estas historias coinciden en un trato médico más autoritario que consejero, la imagen de un personal de salud que impone más temor que confianza y sobre el que se tiene un particular temor de ser juzgado, reprimido e incluso castigado. Experiencias que obligan a reflexionar sobre el sentido que los servicios de salud encuentran en ofertar la Planificación Familiar, ya que según algunas de las narrativas, el personal de salud parece más interesado por secundar una política antinatalista que por acercar a las mujeres la oportunidad de ejercer una sexualidad libre de riesgo y satisfactoria.

Otras mujeres refieren haber renunciado a tomar de decisiones en materia de planificación familiar, deslindando dichas decisiones en manos de un personal de salud que con demasiada frecuencia “propone” modificaciones en los métodos de planificación a que se

recurre, incluso una gran parte de las ocasiones, ignorando las experiencias exitosas de las mujeres respecto a un método específico.

“Si he usado métodos, he usado pastillas pero no me cayeron, el DIU tampoco me cayó, cuando él se fue no me cuidé con nada, por eso cuando él me cayó (retorno de EUA) no me cuidé, la segunda vez que se regresó si le pedí que usara condón y aceptó, ya nos habíamos acomodado con condón pero me lo cambiaron al parche que porque es mejor para mí y que el condón ya no” (Norma, Rancho nuevo)

El condón por ejemplo, aparece en las narrativas de varias de las mujeres como un método cuyo uso se desalienta por parte del personal de salud, bajo argumentos de que “no es confiable”, “existen métodos más confiables” o incluso “son para gente que tiene relaciones sexuales con más de una persona”, discursos que en su carácter de “legítimos” terminan por convencer a las mujeres que no se trata de un método de elección para ellas.

Las narrativas que las mujeres construyen sobre el papel que el personal juega en la promoción específica del condón, evidencia al equipo de salud como una serie de actores que catalogando las relaciones de estas mujeres de “estables”, desestiman en ellas la necesidad de utilizar dicho dispositivo, lo anterior desde un imaginario sumamente cuestionable, puesto que se sabe que son “amas de casa” involucradas en “relaciones estables” en quienes el vih/sida está cobrando relevancia epidemiológica⁸⁴. La lógica del personal de salud por enunciar “no conveniente” el uso del condón en esta población, refuerza el sentimiento de inmunidad subjetiva que caracteriza a las mujeres frente al vih/sida.

⁸⁴ Onusida reportó que para 2011 había en el mundo 34 millones de personas con vih/sida, del cual 15.9 millones son mujeres y 3.4 millones, niñas y niños, población que representa el 57% ciento de los casos registrados a escala global. En América Latina de los 1,7 millones portadores del virus, 500 mil son mujeres, de seguir dicha tendencia, para 2020 la relación hombre-mujer será de uno a uno. México ocupa el segundo lugar de casos en América Latina de mujeres infectadas, al pasar de una proporción de una mujer por cada 27 hombres, en la década de los 80, a una por cada cinco varones en la actualidad. Aproximadamente el 23% (42,000) de las personas que viven con vih/sida en México son mujeres, evidencia de que la transmisión heterosexual del virus está incrementándose.

Otras narrativas por su parte, muestran cómo la atención que se brinda en salud sexual y reproductiva continúa sosteniéndose en un marco biologicista, dando escasa importancia a las experiencias de vida de las mujeres e incluso respaldando estereotipos de género. De lo anterior puede darse cuenta en los “discursos sanitarios” que pretenden convencerlas para someterse a procedimientos específicos, argumentos patriarcales que buscan concientizar a la mujer sobre el auto cuidado de la salud para funcionar en su tarea del cuidado a terceros, dejando de lado con ello, la promoción de un auto cuidado que se fundamente en la propia valía de las mujeres como sujetos.

Lo anterior cobra relevancia si volvemos sobre los escritos de Foucault, científico que desarrolló el concepto de “*biopolítica*” para explicar cómo la medicina termina posicionándose no sólo sobre la anatomía de los sujetos, sino prescribiendo las formas “*aceptables*” en que deben posicionarse los sujetos en sus realidades, y las actividades en las que resulta lícito o no involucrarse, todo ello, desde el deber ser social y moral que impulse el sistema (Foucault, 1990, p. 30)

“Como me dice este doctor “hágase la lucha ahorita, porque de rato dios quiera su mamacita le dura muchos años, y usted no va a poder cuidarla por lo mismo que usted no va a poder hacer fuerza (para cargarla y movilizarla)” (Fabiola, La veinte)

La mujer asume que debe cuidar la salud personal para continuar “*funcionando*” en el cuidado de los otros y no por convencimiento sobre lo favorable que tal medida tiene en su propio bienestar, deben aceptar también someterse a procedimientos que no desean, por temor a ser etiquetadas de “*egoístas*” por el hecho de no cuidarse para los esposos, hijos o padres. Todo lo anterior en contextos en los que la relación *profesional-paciente* funciona de manera similar a la de *adulto-niño*, donde el segundo actúa más en función de prescripciones y órdenes, que de procesos efectivos de comunicación o intercambio.

Un ejemplo de cómo se legitima socialmente esta relación de poder *profesional -paciente*, se hace evidente en el relato que Estela hace a sus hijas sobre la maternidad y el parto.

“A mis hijas les digo la verdad de que los hijos duelen, les digo que no vayan a gritar cuando tengan sus hijos porque yo he visto que si uno grita los doctores no hacen caso y luego hasta dicen que como no gritaba igual uno cuando estaba con el señor (en el encuentro sexual), y pues sí, la verdad si uno es bueno para hacerlos igual debe ser pa’ tenerlos, yo si me aguante, sentía que moría pero no me quejé, porque si uno llora y grita menos lo atienden” (Estela, Rancho nuevo)

El hecho de aludir que existe “*una verdad*” respecto a cómo se viven los procesos reproductivos, evidencia el imaginario que sostiene a dichos procesos íntimamente relacionados con el dolor y el sufrimiento, las mujeres no alcanzan a dimensionar que los procesos relacionados con la sexualidad y la reproducción no se viven estandarizados, sino en un abanico de experiencias posibles que hacen que cada mujer les experimente de diversas formas. Resalta por otra parte, la transmisión de esquemas de comportamiento aceptables en la relación *profesional-paciente*, particularmente en la relación de obediencia que deben las mujeres a los expertos, incluso en procesos tan propios y personales como el parto.

En el sentido anterior, encontramos que las mujeres hablan de los procedimientos sanitarios a que se someten, como si se tratara de exámenes que deben aprobar y no como oportunidades para acceder a una salud sexual y reproductiva, un examen que en medida que vigila también normaliza y que no sólo se interesa en vigilar, diagnosticar y clasificar; sino que incluso se erige autoridad para castigar y reprender las representaciones del discurso profano que no coinciden con el científico, sin mostrar ningún interés por confrontarles desde un marco más sensible.

En este contexto, el examen médico representa un enfrentamiento entre el poder del experto y la experiencia del usuario profano, condensando en escena el despliegue de la fuerza y la verdad científica sobre la experiencia misma de la cotidianeidad (Foucault, 1990, p. 190), específicamente en materia de salud reproductiva tal parece que la experiencia del propio cuerpo de las mujeres jamás superara el conocimiento de los galenos que sobre él inciden.

Es necesario reconocer por otra parte, que si bien la mayor parte de las mujeres de “*Rancho nuevo*” atribuye a los servicios de salud el conocimiento que poseen en materia de sexualidad, varias de ellas refiere la llegada tardía de dicha información, habiendo sido orientadas en materia de Planificación Familiar cuando en su mayoría habían cursado embarazos o posterior a haber resultado diagnosticadas de alguna patología sexual o reproductiva

“En el Centro de Salud me dicen que de “esas” enfermedades (ITS) todos tenemos el riesgo, una vez me checaron a ver si tenía el ese papiloma y salí bien, no tengo nada de eso afortunadamente, porque yo pienso uno tanto que no se cuidó, porque cuando uno era joven era ignorante de eso (sic)” (Verónica, Rancho nuevo)

Discursos como el de Verónica, obligan a dar cuenta que la llegada tardía de educación sexual condiciona que las mujeres ejerzan una vida sexual, ignorante de los riesgos y responsabilidades que en ella se implican, en este contexto, las mujeres no tienen más opción que guardar la esperanza de no haber resultado infectadas durante sus primeros años de vida sexual, cuando se iniciaron sexualmente dentro de marcos de desconocimiento total sobre salud sexual y reproductiva.

Otras mujeres refieren “*cumplir*” con asistir a la toma de Papanicolaou, sin embargo, dicha procedimiento aparece relatado cómo una experiencia centrada exclusivamente en la detección oportuna del daño, jamás cómo una oportunidad que el personal de salud aproveche para educar en materia de prevención, promover el uso de condón o hablar sobre su condición de vulnerabilidad en el marco de la migración de sus parejas.

¿Qué si me hablan en el centro de salud de enfermedades y eso de sexo? No, es que yo nomás me checo del Papanicolaou y me revisan del pecho, sabe, dirán que por mi edad yo ya no (risas)...nunca me han dicho que yo tenga riesgo de enfermedades porque él se va pa´ allá, pero no crea, yo ya lo había pensado por lo mismo que uno se entera de otros que andan allá” (Rosalinda, La veinte)

A partir de la narración de Rosalinda, surge la necesidad de reflexionar sobre la pertinencia del concepto “*anatomopolítica*” de Foucault, concepto que refiere la instalación del poder focalizando sobre partes específicas del cuerpo humano, dicha particularización se realiza de manera intencionada con la finalidad de despersonalizarlos, fragmentarlos y docilizarlos. Las mujeres se narran “*atendidas*” en los Servicios de Salud no en función de ser sujetos sino en función de sus úteros, ya sea para vigilar la presencia de enfermedad, controlar la natalidad, obligar a la maternidad, pero jamás para contemplarles como órganos de experiencia de vida y erotismo. (Foucault, 2006)⁸⁵

El imaginario que estas mujeres sostienen respecto a que el riesgo de ITS es privativo de los jóvenes, se confirma con la actitud del personal de salud, actores que no invierten tiempo en conocer la dinámica de la vida sexual de estas mujeres, quizá porque consideran que el matrimonio se corresponde invariablemente con la monogamia o porque como señala esta mujer, se alude una relación impertinente entre edad y actividad sexual.

⁸⁵ La obsesión por el control que las instituciones en México tienen sobre el útero y su capacidad reproductora se evidencian en la negación que se ha tenido para legislar la Ley de Interrupción Legal del Embarazo en los 31 estados que conforman la República Mexicana con excepción de Distrito Federal donde dicha ley fue aprobada apenas el 24 de abril de 2007, el resto de los estados únicamente aceptan recurrir a la interrupción del embarazo cuando la causal es violación sexual (excepto Guanajuato).

Si bien podría considerarse asertivo que pese a la nula participación de los servicios de salud en la comunicación del riesgo, algunas mujeres evidencien conocimiento sobre su vulnerabilidad frente a ITS, es necesario reflexionar que la ausencia de comunicación *profesional-paciente* respecto al riesgo, implícita la posibilidad de que la información se estructure más a manera de un temor que paralice la gestión de protección, y no cómo un riesgo que posibilite sopesar probabilidades e impulsar la negociación de métodos de protección.

Finalmente, las narrativas recuperadas obligan a problematizar respecto a la integralidad de los programas de salud, particularmente sobre las representaciones que el personal de salud toma cómo marco de referencia para operacionalizarles, y es que en los discursos de estas mujeres, la detección oportuna del cáncer cervicouterino aparece desengarzado del ejercicio sexual, aun cuando se conoce que uno de los principales precursores de dicha patología lo representan formas específicas de Virus de Papiloma Humano (VPH) , cuyo mecanismo de transmisión es el sexual⁸⁶.

Las creencias culturales, una herramienta para la represión sexual.

Pero si hablamos de represión, es necesario reconocer el papel que la comunidad juega en la reproducción de representaciones que se aprehenden desde lo institucional, creencias populares que ensalzan la reproducción y desalientan el uso de métodos anticonceptivos

⁸⁶ De acuerdo al Centers for Disease Control (Centro de Control de Enfermedades) en los Estados Unidos, el virus del Papiloma Humano genital (también conocido como VPH) es la ITS más frecuente en el mundo. Existen más de 40 tipos de VPH que pueden infectar las zonas genitales de los hombres y las mujeres y esta infección es el factor de riesgo más importante para el cáncer cervicouterino. El VPH consta de más de 150 tipos, de los cuales más de 40 pueden transmitirse por contacto genital, cerca de 15 tipos se consideran de alto riesgo, entre los cuales están el 16 y el 18, que juntos causan casi el 70% de los casos de este cáncer.

mediante discursos colectivos que confunden y entorpecen la toma de decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva.

En el sentido anterior, resultan frecuentes las narrativas que señalan la Oclusión Tubaria Bilateral (OTB) como un procedimiento que trae consigo importantes alteraciones del estado anímico en las mujeres, problemáticas que llegan a desencadenar por igual problemas psicológicos que conflictos irreconciliables al interior de la pareja.

“Dicen que una muchacha que ya tenía muchos hijos se operó, pero que por lo mismo que estaba joven le hizo daño, que se puso enferma de los nervios... cuando uno está en edad de tener hijos y no tiene son los nervios los que se afectan” (Norma, Rancho nuevo)

Puede darse cuenta de las representaciones que las mujeres mantienen respecto a sus procesos reproductivos, contemplándoles a manera de modulador emocional que al no ejercer más mediante la gestación, repercute en el comportamiento nervioso, como si ellas fuesen cómo sujetos a partir de su útero y sus procesos reproductivos. En este sentido, se evidencia una asociación colectivamente construida entre reproducción y estabilidad emocional, discurso que no resulta desfasado de afirmaciones teóricas que Freud (1919) hizo respecto a la histeria cómo una recanalización socialmente inadecuada o improductiva de la energía sexual.

Sin embargo esta asociación entre histeria- incapacidad para gestar, no encuentra sentido desde la mirada antropológica o sociológica, disciplinas que reconocen la sexualidad humana cómo una construcción social que se impulsa u obstaculiza, se reconoce o niega, a través de una serie de representaciones aprendidas en el contexto inmediato, y no como un asunto que responde a cuestiones meramente instintivas, hormonales y biológicas.

La relevancia de tomar en consideración las creencias culturales que sostienen la percepción de la población sobre métodos de planificación familiar en los programas de salud sexual y reproductiva, se sustenta en que se trata de afirmaciones que por su antigüedad y difusión se convierten en mitos con el potencial para influir negativamente en los patrones sexuales y reproductivos de las mujeres⁸⁷.

Aunado a las creencias que desalientan el uso de Métodos de Planificación Familiar, es necesario plantear la exaltación que de la maternidad se hace en los contextos a que estas mujeres pertenecen, situación que condiciona que las decisiones reproductivas no dependan exclusivamente de lo que la pareja desea, sino incluso de las opiniones que las familias políticas y la comunidad tengan al respecto. Ejemplo de lo anterior, son los casos de mujeres que narran haber sido presionadas directa o indirectamente por sus familias políticas para asumir maternidades no deseadas, presión que llegan a señalar como la principal motivación para no hacer uso de métodos anticonceptivos.

“Siempre me he cuidado con el DIU, menos cuando me he querido embarazar y es que tanto él como yo ya no queremos más niños, pero mi suegra si, ella si quiere que “compremos” otro y ya me lo anda convenciendo (al esposo), pero yo no quiero, porque yo me acuerdo que cuando teníamos niños chiquitos nadie nos ayudó, a veces estábamos sin tener que darles y no nos ayudaban (sic)” (Verónica, Rancho nuevo)

Mujeres que deben negociar no sólo con la pareja la pertinencia de planificar, sino con familiares políticos que no se comprometen en el cuidado de los menores, hijos que terminan instituyéndose como una carga más de tiempo y energía para mujeres que deben aceptar una maternidad que no responde a un deseo personal, sino a al deseo frustrado de

⁸⁷ “Un mito no es una explicación destinada a satisfacer una curiosidad científica, sino un relato que hace revivir una realidad original y que responde a una profunda necesidad religiosa, a aspiraciones morales, a coacciones e imperativos de orden social, e incluso a exigencias prácticas [...] desempeña una función indispensable: expresa, realza y codifica las creencias; salvaguarda los principios morales y los impone” (Malinowsky, 1955)

maternidad de una suegra que imposibilitada para continuar reproduciéndose, exige la maternidad en una mujer sobre la que asume cierto grado de autoridad.

El caso de Lourdes es otro que merece atención, dado que evidencia la ausencia de opciones que tienen las mujeres frente a una maternidad no deseada, enmarcada por un lado en un marco jurídico legal que penaliza, castiga y criminaliza el aborto; por otro, en la censura moral que se impone sobre la mujer que toma la decisión de dar en adopción, reconociendo (con el dolor que ello implica) no contar con garantías para asegurarle a su hijo una vida digna. Lourdes se vio orillada a aceptar una maternidad socialmente impuesta, por pertenecer a una sociedad en la que mientras el aborto se impone ilegal y criminal, la adopción resulta para su grupo social más cercano un acto inmoral e inhumano.

“La vez que me embaracé del niño fue sin querer, no sabía de métodos, con decirle que apenas ahorita que salí mal del Papanicolaou (displasia II) me explicaron todo eso y lo del condón.....cuando yo me embaracé ya no estaba con mi esposo, él andaba en el otro lado y nos habíamos dejado por teléfono, pero luego me volvió a llamar y me dijo que ya se venía ¿Qué hacía yo? Ya tenía un buen rato que no lo veía, yo pensé que nos habíamos dejado..... tenía poco todavía de embarazo, pensé en abortar porque no lo quería, pero no pude, no supe ni con qué, ni a quien preguntarle, yo había oído que por eso te meten a la cárcel, estaba desesperada cuando yo ya había decidido que lo daba en adopción con una señora que conocía desde antes y que no podía tener hijos, mi mamá se enteró, me decía que ni las perras hacían eso, entonces decidí quedarme con él y cuando mi esposo llegó le dije, yo ya no quería estar con él pero entonces me dijo que si yo lo recibía él le ponía su apellido y lo mantenía, yo volví con él pero duramos poco, nos volvimos a dejar”(Lourdes, Rancho nuevo)

La experiencia de Lourdes permite dar cuenta cómo las mujeres se ven obligadas a gestar en contra de su deseo personal y con ello también a tolerar condiciones de las que se quejan, debido al sostén económico y la legitimidad social que implica contar con el apoyo del varón, o por temor a la desacreditación moral.

En este contexto, la maternidad termina por “normalizarse” en su carácter de biológico y aun cuando se construyan otros argumentos, en la cultura mexicana continua vigente sólo una manera de ser madre, la que acompaña su experiencia de dolor, sacrificio y renuncia;

porque de no ocurrir así se indisciplina el orden social vigente, mediante una falta que se castiga desde lo jurídico (cárcel a quienes abortan), pero también desde lo social, imponiendo etiquetas de “buena” o “mala” madre, que equivalen a “buena” o “mala” mujer, aceptando mediante dichas representaciones que el destino de toda “buena mujer” es ser madre.

Su historia nos obliga a reconocer cómo en las relaciones conyugales se juegan condiciones de poder que no conviene analizar desde una analogía de víctima y victimario, buenos y malos, sino reconociendo la existencia de contextos que asignan una desventaja social en las mujeres, sujetos que en la búsqueda de condiciones menos adversas para su desarrollo y el de sus hijos parecen dispuestas a ceder a sus parejas el control sobre sus cuerpos y vidas.

6.3. LA MUJER ANTE SU PROPIA REPRESIÓN SEXUAL.

Mujeres reproductoras de la represión y opresión sexual.

Si se habla de represión sexual, no puede dejar de analizarse el papel que las propias mujeres juegan como reproductoras de discursos que les oprimen, insertas en contextos en los que las relaciones asimétricas de poder que se juegan en la sexualidad, tienen mucho de su origen y perpetuación en la construcción social que del amor se hace a través de los medios masivos de comunicación. Historias románticas y spots comerciales que han terminado por convencer a las mujeres de lo legítimo que resulta para el varón desear el cuerpo femenino y acceder a la experiencia erótica, mientras ellas deben procurar conservarse dignas de ser amadas, cultivando una imagen pura, inocente, inexperta e ignorante de las artes amatorias (Giddens, 1992, p. 25).

En esta lógica, las mujeres se han convertido paulatinamente en las principales reproductoras de la represión y opresión del patriarcado, evidenciándose preocupadas no sólo por agenciarse una imagen digna y respetable reprimiendo su pulsión sexual, sino erigiéndose en jueces frente a comportamientos considerados social y moralmente inaceptables de sus congéneres, produciendo y respaldando representaciones negativas respecto al disfrute de la sexualidad.

En este sentido, son las propias mujeres quienes legitiman que sobre su género se establezca una especie de clasificación en la que existen dos tipos de mujeres en el marco de lo sexual, unas que pueden “*ser consumidas*” por necesidad erótica y otras a las que sólo es posible acceder para profanarles y con ello elevarles a la esfera sagrada del “*ser madres*”.

En este contexto, se hace frecuente que las mujeres asuman una postura crítica respecto a las congéneres que muestran comportamientos sexuales distintos a los esperados en su contexto, incluso llegando a justificar la vigilancia de que son objeto por la desconfianza obsesiva de sus parejas

“Mire como le digo yo a Francisco tantas mujeres que no se esperan al marido, ellos les mandan dinero y ellas andan acá bien libertinas, como le digo “tu deberías estar agradecido que yo no estoy haciendo eso, yo te estoy esperando” (Martina, La veinte)

Martina parece legitimarse señalando el comportamiento “*impropio*” de sus congéneres, como si con señalarlo reafirmara el valor simbólico más importante que posee, su pudor e inocencia, lo que parece no problematizar es que los discursos que reproduce y legitima son los mismos que impiden su autonomía.

Juana, otra de las mujeres de *“La veinte”* elabora una narrativa que alude necesaria la vigilancia que los varones hacen respecto al comportamiento sexual de *“sus”* mujeres

“Él pensaba que yéndose yo iba andar mal, como vivíamos al lado de una vecina que tenía su esposo allá y ella andaba con bien hartos hombres, pues él miraba que ella andaba en “eso” y pues por eso debe haber dicho que yo iba a andar de loca igual que ella, yo le dije “no todas las mujeres somos iguales, “hay unas locas pero tenemos otras decentes” (Juana, La veinte)

La clasificación que las mujeres hacen al interior de su grupo en función de algo tan íntimo como el ejercicio sexual, evidencia cómo ellas mismas asumen que su integridad moral yace en el uso que den a sus genitales y no en su desempeño social como ocurre en los varones, en quienes su práctica sexual no aparece determinante de su desempeño como sujetos.

Desde este imaginario, el comportamiento infiel de sus parejas llega a justificarse asignando la culpa y responsabilidad de dicho suceso en las congéneres que juegan el papel de la tercera de discordia, desde una postura ideológica en la que el comportamiento del varón aparece deriva del ofrecimiento sexual que hacen *“mujeres inmorales”* que se aprovechan del instinto sexual de los varones, de su incapacidad de raciocinio frente a lo sexual e incluso de la exigencia social que se impone sobre ellos para reafirmar públicamente su masculinidad.

“Uno está al tanto que hay muchas mujeres que se meten con cualquier hombre y ni condiciones les ponen, porque les gusta andar en “eso”, ellos pues tienen que responder ¿usted cree? Tanto tiempo allá y solillos ni que fueran de cartón, lo que da miedo es que luego ya estando ahí ni se fijan con que mujeres cochinas se meten y no se cuidan” (Teresa, La veinte)

Puede darse cuenta cómo los discursos moralistas interesados por continuar reproduciendo la desigualdad de género, gana terreno entre las propias mujeres, sujetos que ensalzando *“virtudes”* que les someten y oprimen (virginidad, ausencia de interés y disfrute sexual), condenan junto a los varones, los comportamientos sexuales de sus congéneres que no

acaten a dicha regla, relegitimando en ello, prejuicios que desacreditan a las mujeres que ejercen una sexualidad menos “adecua” a lo que corresponde a su género y en apariencia sin dar cuenta que ellas mismas reproducen una desigualdad que limita su vida social y privada (Bourdieu, 1999, p. 27).

Entre la infidelidad temida y la tolerada.

La infidelidad aparece en la narrativas de las mujeres como una variable que incide de manera determinante en la forma en que conducen su vida sexual, erigiéndose a manera de un fantasma que se hace presente desde el inicio de la vida conyugal y desaparece hasta que logra materializarse y conflictuar la relación marital o bien permanece como una amenaza con la que deben aprender a vivir en pareja.

La infidelidad figura cómo una experiencia compartida por una cantidad importante de mujeres, el tenor en que dicha situación se presenta en sus vidas es diversa, si bien existen casos en los que los encuentros extramaritales ocurren en las localidades de destino y los trayectos migratorios, existen casos en los que la conducta infiel ocurre en las localidades de origen, sin mostrar asociación con la migración.

En este contexto, mujeres como Olivia narran experiencias de infidelidad por parte de sus parejas durante su estancia en los Estados Unidos, incluso sin tener certeza de ello

“Él no me ha dicho nunca sí (fue infiel), pero yo pienso que si por lo mismo que él hacía, en veces le llamaba y me contestaban los amigos y me decían “no es que ya no te manda dinero porque ya tiene otra acá y embarazada”, de hecho yo fui con mi prima que sabe echar las cartas y ella me dijo que si había otra mujer y en veces pienso que hasta un hijo allá dejado por allá” (Olivia, Rancho nuevo)

En este caso si bien la infidelidad no aparece como certeza, permite evidenciar cómo la incertidumbre se instala en la vida de una mujer que debe resignarse a vivir con dudas e incluso pensando en la posibilidad de la presencia de otros hijos. Una incertidumbre que llega a tener el peso suficiente para recurrir a recursos increíbles para disipar o confirmar el engaño, por contemplarse como los únicos medios disponibles en el contexto de una relación en la comunicación es totalmente ausente.

Alma mantiene una condición diferente, si bien ella posee la certeza sobre la infidelidad de su pareja, se refiere tranquila de saber que dicho encuentro sucedió con una sexoservidora y dentro de una relación casual.

“Cuando él anduvo en EU, un día me marcó y me dijo que no me merecía, porque se había metido con una mujer porque se sentía muy solo, pero haga de cuenta que no fue que tuviera una relación sino que nomás fue de un rato... me dijo “tú sabrás si quieres seguir conmigo o no pero yo si te puedo asegurar que ya no lo voy a volver hacer” yo al principio si me sentí mal, pero le dije que si ya no lo iba a volver a hacer lo perdonaba, en ese momento decidí que sí, que lo perdonaba” (Alma, Rancho nuevo)

Lourdes por su parte, vivenció la infidelidad de su pareja tanto en la localidad de origen como durante su estancia en los Estados Unidos, en dicho sentido, tuvo oportunidad de experimentar la infidelidad de su pareja tanto en encuentros sexuales casuales, como en una relación extramarital en el extranjero tan formal o más que la que mantenía con ella

“Me enteré que me puso los “cuernos” y el más coraje que me dio fue que era una escuincla de 15 años que era drogadicta que se metía con todos los choferes de la ruta, el me pidió perdón y por eso mismo se fue para EU ... estando allá anduvo con otra, hasta mi hermana me dijo que él estaba planeando casarse allá y es que nosotros no somos casados, y según esa si era una relación seria para él”(Lourdes, Rancho nuevo)

La experiencia de estas mujeres permite dar cuenta cómo las experiencias de infidelidad en que se involucran quienes migran, suceden bajo condiciones de suma complejidad. Si bien algunos autores, han aludido la búsqueda de encuentros sexuales casuales e incluso comerciales como consecuencia de la separación física y emocional que trae consigo la

migración (Quizpe y Muñoz, 2008), la experiencia de estas mujeres da cuenta de dos cuestiones relevantes, la primera es que no siempre se trata de relaciones sexuales casuales, sino de relaciones extramaritales tan estables o más que las que dejan en su localidad de origen; la segunda, que la infidelidad no atiende exclusivamente al alejamiento físico de sus parejas estables, algunos de los varones evidencian encuentros extramaritales durante la estancia en sus localidades de origen, quizá como consecuencia de comportamientos culturalmente aprendidos durante su estancia en los Estados Unidos o derivado de un aprendizaje cultural en su propio contexto.

Ejemplo de lo anterior son las experiencias compartidas por Lidia y Flavia, mujeres que habiendo confirmado el comportamiento infiel de sus parejas, les han confrontado sin haber buscado una separación definitiva, aludiendo a sus hijos como la variable que les detiene de tomar dicha decisión.

“Me ha sido infiel miles de vecescuando vino de allá (EUA) se fue a meter con una que era mi amiga a un motel, lo he aguantado porque soy una estúpida, porque siempre creo que es la última y no, no se terminan, yo digo que lo quiero y por eso le aguanto, pero luego pienso que eso no puede ser amor es como obsesión o será que yo no sé trabajar ¿Cómo saco a mis hijos yo? mi mamá no me impuso al trabajo y eso yo se lo reclamo, porque si supiera hacer algo creo que ya lo hubiera dejado desde hace mucho” (Lidia, Rancho nuevo)

Lidia reconoce en su narrativa dos puntos sumamente relevantes, el primero de ellos es como pese a las experiencias de infidelidad, la esperanza y fe en el “otro” se mantiene, es decir, cómo aun cuando se está cierta de que la infidelidad se ha dado, la idea de que dejará de involucrarse en relaciones extramaritales obnubila. El segundo punto sobre el que se hace necesario reflexionar es sobre el origen de esta fe en el comportamiento del otro, una esperanza que no deriva exclusivamente del enamoramiento, sino de condiciones de dependencia que sostenidas en la desigualdad de género que obstaculizan que estas mujeres piensen en llevar a cabo una vida independiente, sin tener que tolerar el involucramiento de

sus parejas en relaciones sexuales extramaritales que les significan no sólo un impacto emocional, sino un riesgo para la salud sexual.

Si bien existen casos de mujeres que relatan experiencias de infidelidad anteriores a la migración de sus parejas, la mayoría coincide en señalar que el comportamiento de sus parejas en encuentros sexuales extramaritales o casuales suele ser menos discreto después de la experiencia migratoria

“Cuando él se vino se empezó a portar bien mal, no le digo que antes fue un santo, porque no, no lo fue, pero cuando vino se hizo cínico, se iba a encerrar con las cantineras y unas veces yo fui hasta allá a buscarlo pero no porque yo lo cuidaré, sino que cuando se salía y se iba pa allá con ellas se acababa el dinero....como que yo tengo idea que el agarró lo mismo mañoso de allá onde anduvo (sic)” (Fabiola, La veinte)

En la narrativa de Fabiola puede darse cuenta cómo la exclusividad sexual que se busca en la pareja no atiende al deseo romantizado del anhelada monogamia, sino también al temor de perder el respaldo económico que representa el varón para ellas y sus hijos, e incluso por el sustento moral que les implica ser identificadas en su grupo social como la “*mujer de*” alguien (Rodríguez, 2010).

Las mujeres aparecen alertas y temerosas de la posibilidad de infidelidad, y para evitar o retrasar dicha experiencia, elaboran y reiteran frente a sus parejas, discursos que les legitiman como los únicos cuerpos asequibles, sexualmente hablando. En dicho contexto, viven temiendo más que disfrutando el deseo erótico de sus parejas, una realidad incluso para aquellas que sin estar ciertas de experiencias de infidelidad, refieren vivir con la incertidumbre del comportamiento sexual de sus parejas.

Los discursos de que se echa mano para “controlar” el comportamiento sexual de sus parejas son diversos, incluyendo desde la amenaza de despojo de bienes económicos, hasta la sentencia de romper la relación conyugal con la pérdida de los hijos que ello implica

“Yo tengo tiempo pensando que ande con alguien, pero nunca me he empeñado en saber si anda con otra, nomás le digo “que yo no me entere que andas con alguien, porque pierdes la casa, a tu hija y a mí principalmente”... yo no le soportaría que tuviera otra mujer y que a mí me tuviera sin darme de comer sabiendo que yo soy su verdadera esposa ante dios, porque estamos bien casados” (Facunda, Rancho nuevo)

“No le voy a mentir nunca le he sabido de una, pero tampoco soy inocente, como va a pensar uno que ellos allá nada de nada, si uno los conoce que son “putillos” y les gusta, y si no está uno ellos buscarán como ¿no? Pero cómo le digo yo a él “si tu quieres andar por allí vete, pero por favor, conmigo ya no vengas, olvídate de mí y de tus hijos” (Estela, Rancho nuevo)

Las mujeres parecen cobrar el temor de ser reemplazadas, infundiendo temor en sus parejas respecto a la pérdida de valores económicos y simbólicos que les implicaría participar de este tipo de conductas, una amenaza que con frecuencia suele quedar en el discurso, pues en la totalidad de los casos en los que narró la experiencia de una infidelidad, dicho suceso no precipitó una separación definitiva. En este contexto, la infidelidad ya sea bajo la forma de realidad o amenaza, termina por instituirse cómo una variable que obliga a las mujeres a asumir una vulnerabilidad más, la de ser reemplazables en el plano sexual (Rosas, 2008, p. 192).

Negociar en la alcoba el cuerpo, la salud y la vida.

En un contexto en el que las mujeres han internalizado gran cantidad de representaciones que reprimen su ejercicio sexual, es necesario contemplar las alcobas conyugales a manera de arenas, espacios donde la negociación de las condiciones del encuentro sexual deriva de relaciones de poder asimétricas que sustentadas en la construcción social de género, perfilan las alcobas como espacios en los que las mujeres están en desventaja para hacer valer sus derechos sexuales y reproductivos (Bianchi 1992).

La mayor parte de las mujeres narra el ejercicio de una sexualidad supeditada a la opinión que otros hagan en relación a su cuerpo, llámese pareja, sociedad o incluso los propios servicios de salud, actores a quienes las mujeres conceden libertad para decidir sobre su salud sexual y reproductiva, renunciando mediante ello a sus derechos en dicho ámbito. Sin embargo, las mujeres asumen posturas contradictorias en relación a las maneras de pensar y ejercer su sexualidad, mientras por un lado asumen sus cuerpos cómo espacios que existen para otros, por otro, contemplan su sexualidad cómo un asunto de índole tan íntima que no admite discutirse siquiera con la pareja.

“Como si para dominarlo en lo real hubiese sido necesario primero reducirlo en el campo del lenguaje, controlar su libre circulación en el discurso, expulsarlo de lo que se dice y apagar las palabras que lo hacen presente con demasiado vigor” (Foucault, 2002, p. 25)

Son abundantes las narrativas que aluden impertinente hablar de sexualidad incluso con la pareja, concibiéndole cómo un tema que sólo admite discusión para justificar la falta de disponibilidad para el encuentro sexual por la presencia de menstruación, o bien para plantear su negativa frente a la propuesta de sus parejas respecto a nuevas experiencias eróticas, peticiones que desde el imaginario de las mujeres atentan contra su moral

“Yo de mi vida (sexual) con él, no hablo con nadie así me cuelguen, eso es cosa de uno...en veces si he hablado cosas con él, pero nomás lo necesario, nada que le ande pidiendo cosas (sexuales) o que él me pida a mi “cosas raras” (sexuales) en ese sentido le puedo decir que nunca en su vida me ha faltado al respeto” (Zenaida, La veinte)

“Yo si hablo de sexualidad con él, más que nada porque no me voy a dejar que me haga una cosa que no me gusta, no voy a dejar que pasen faltas de respeto hacia uno”(Teresa, La veinte)

El “*respeto*” se configura en una condición que establece los límites del encuentro sexual y que justifica tocar un tema por demás silenciado en estas mujeres, sujetos que mientras se narran incapaces de plantear con seguridad la necesidad del orgasmo, el placer y la protección de su salud sexual, no muestran titubeo para descalificar prácticas sexuales que desde su marco cultural resultan “*inadecuadas*” e “*inmorales*”, quizá porque contemplan

que en la permisibilidad de nuevas prácticas va implícita una amenaza a su “*dignidad*” y “*honorabilidad*” como mujeres, valores simbólicos que evidencian más valiosos que su propia salud física y psicológica.

Con este tipo de comportamientos en relación a la sexualidad, logra evidenciarse cómo la vida sexual de estas mujeres se ejerce más “*para ser*” que “*para hacer*”, accediéndose al encuentro sexual más para posicionarse como “*mujeres de*” que para asumirse plenas, seguras de estar insertas en escenarios en los que desde marcos muy claros se señala lo permisible y impermisible, lo natural y lo irrespetuoso, construcciones que a la larga representan un obstáculo más para la comunicación de pareja, y una limitante que repercute no sólo en la existencia de encuentros sexuales menos placenteros, sino también en una menor posibilidad de prevenir los embarazos no planeados y las ITS.

En un contexto en el reconocen hablar poco de sexualidad con sus pareja, llama la atención el reconocimiento que hacen estas mujeres respecto a los actores con los que es “*correcto*” hablar de su sexualidad, entre los que destaca principalmente el personal de salud. Las mujeres narran haber “*perdido la vergüenza*” de hablar de su sexualidad con médicos y enfermeras, sin embargo, llama la atención que está “*disposición*” ocurre siempre dentro de un marco orientado a la identificación de problemas de salud biológicos (ITS, displasias, etc.).

“Cuando tengo cita en el Centro de Salud para checarme del Papanicolaou, él (esposo) me dice ¿Qué no te da pena? Y yo le digo “pues no, porque primero es por cuidar mi salud” y se molesta porque dice que a lo mejor me gusta que me anden viendo” (Sara, Rancho nuevo)

“A él le molestaba que yo fuera a que me checaran, me decía que si a poco hasta me gustaba que me anduvieran tocando, que si no me daba pena, pero sólo con las enfermeras me da confianza platicarles de problemillas (sexuales/reproductivos) que tengo” (Lourdes, Rancho nuevo).

Resulta relevante dar cuenta de las miradas antagónicas que mujeres y varones mantienen sobre la incursión del personal de salud en los cuerpos femeninos, mientras los varones aluden un placer que puede provocar en las mujeres ser vistas o tocadas por alguien más, las mujeres se refieren a sí mismas frente a los ojos del personal de salud cómo seres asexuales, portadoras de genitales carentes de potencial erótico, sin mayor sentido de existencia que la reproducción o bien cómo reservorios de enfermedades sobre los que el personal de salud tiene control a través de procedimientos especializados y terapéuticas complejas.

Sin embargo y pese a la barrera de silencio construida en torno a la sexualidad en su relación de pareja, algunas mujeres reconocen haber abordado el tema de planificación familiar con ellos, en un terreno en el que si bien se establecen acuerdos, también derivan conflictos. Una cantidad importante de mujeres alude que su pareja posee mayor poder que ellas respecto a la toma de decisiones reproductivas, poder que hacen valer ya sea mediante posturas radicales en las que niegan el uso de cualquier tipo de método de control natal, o bien de manera menos radical, no oponiéndose al uso de métodos pero evitando involucrarse en el uso de los mismos y deslindando esa responsabilidad en las mujeres (Casique 2003).

Entre los motivos que orillan a los varones a negarse al uso de métodos anticonceptivos, aparece con particular relevancia el temor de que durante su ausencia, las mujeres se sientan con la seguridad para involucrarse en relaciones extramaritales con la certeza de que las posibilidades de embarazo son nulas.

“Traigo el implante, es que tengo que buscar algo que no me vaya a fallar... él se enoja porque dice que para que me puse eso si cuando él se va no me lo quito, que sabe que, que si es para andar de puta aquí..... pero me puse este por lo mismo que quiero estar protegida cuando venga y es que él no quiere usar condón, cuando llega no me avisa para inyectarme algo.... yo no me voy a arriesgar” (Olivia, Rancho nuevo)

Narrativas como la de Olivia, evidencian cómo la incursión de los varones en la migración puede incidir negativamente en la utilización de métodos anticonceptivos, una vez que ellos exigen ser considerados en la decisión de sus parejas sobre planificar y dado que el uso de los mismos se asocia con la posibilidad de que las mujeres incurran en encuentros sexuales extramaritales, situación que compromete la imagen social de su virilidad (Engels, 1975, p. 53).

Otras mujeres refieren el “apoyo” parcial de sus parejas en la planificación familiar, se trata de varones que si bien no se niegan a la posibilidad de que sus parejas accedan al uso de algún método de control natal, en lo personal prefieren no involucrarse en dicha tarea, argumentándole responsabilidad de las mujeres. Esta experiencia deja un sentido de insatisfacción en las féminas, quienes refieren sentirse solas en relación a la planificación, obligadas a vivir lo que resta de su período reproductivo con los efectos secundarios que le atribuyen a métodos hormonales.

“Él nunca me ha prohibido cuidarme, siempre he tomado pastillas, siempre me he cuidado con eso porque él nunca me ha querido ayudar poniéndose condón, dice que no, que porque no se siente igual y que sabe que, nunca lo he podido convencer” (Juana, La veinte)

Las mujeres incluso llegan a narrarse agradecidas de que no se les “prohíba” la utilización de anticonceptivos, legitimando en dicha postura la resistencia de sus parejas por participar de la Planificación Familiar, cuestión que no sorprende si contextualizamos que muchas de estas mujeres han crecido en espacios en los que sus varones no sólo se niegan a usar condón, sino incluso niegan cualquier posibilidad de que las mujeres usen MPF.

El hecho de que los varones se deslinden de las acciones de planificación familiar, encuentra sentido en la construcción social que respecto a la masculinidad se ha construido, un imaginario en el que auto cuidado y prevención aparecen como conductas que adjudicadas a la maternidad se feminizan y en dicha medida se contemplan también desmasculinizantes. Cabe destacar por otra parte, cómo la falta de interés por participar en el uso de métodos de Planificación Familiar muestra relación con la representación sexualidad-reproducción, un vínculo que equiparando sexualidad con gestación y parto (dos procesos propios de mujeres) reafirma en los varones lo impertinente de involucrarse en la anticoncepción.

Pero la participación de los varones no se limita “autorizar” o “desautorizar” el uso de MPF por sus parejas, algunos incurren también en la selección del tipo de métodos que sus parejas pueden utilizar, entonces las mujeres pueden hacer uso de métodos dentro de un marco condicionado por las representaciones que sus parejas tengan al respecto, bajo el imaginario de que los varones están mejor informados en la materia, tienen mayor acceso a fuentes de información o mayor instrucción escolar.

“Mi esposo nunca ha querido que yo tome pastillas o me inyecte, dice que porque allá en el otro lado en la tele vio que las mujeres tomando pastillas o poniéndose inyecciones más rápido desarrollan cáncer, que porque las pastilla no se disuelven rápido y se juntan allí, que él vio cómo la matriz se llena con los montones de pastillas, entonces me dijo que mejor usáramos el condón y el ya venía bien preparado” (Teresa, La veinte)

Como puede darse cuenta en el relato de Teresa, la información que sus parejas poseen y en función a la que toman decisiones respecto a un cuerpo que les es ajeno, carece de fundamento e incluso de lógica, cuestión que sin embargo ellas poco cuestionan. Los relatos en los que los varones sustentan sus opiniones en Planificación Familiar, ponen en evidencia, la ausencia de los servicios de salud como fuente de información en materia de

anticoncepción en la población masculina, situación derivada quizá del hecho de que los programas de salud reproductiva continúan dirigiéndose prácticamente de manera exclusiva a mujeres.

El hecho de que los Programas de Salud Sexual y Reproductiva continúen centrándose en la mujer, evidencia la legitimación que desde lo oficial se hace respecto a una serie de representaciones de género que excluyen al varón de la responsabilidad reproductiva, reproduciendo el paradigma masculino de la medicina en el que so pretexto de la salud se justifica incidir en el cuerpo de las mujeres, mientras el cuerpo de los varones no ha dejado de contemplarse inaccesible (Ortiz 2001).

CAPÍTULO 7. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DEL RIESGO RESPECTO AL VIH/SIDA.

“La evaluación del riesgo y la disposición a aceptarlo, no es sólo un problema psíquico, sino, sobre todo un problema social, uno se comporta (frente al riesgo) tal como esperan los grupos de referencia relevantes o tal como uno ha sido socializado”.

Niklas Luhmann 2007

Referir el riesgo en el ámbito sanitario no es novedad, históricamente los discursos de salud han señalado a la comunicación y gestión del riesgo elementos centrales de su intervención, incluso cuando en la realidad continúa haciéndose más énfasis en la curación que en las formas posibles de prevención. El origen de la congruencia anterior reside probablemente, en la poca claridad que ha desarrollado el ámbito sanitario respecto a las formas en que se generan y confrontan los riesgos en las sociedades, persistiendo un abordaje en el que el riesgo deriva de operaciones aritméticas que poco escenario dejan tanto a las influencias socioculturales como a los marcos políticos y sociales que caracterizan los contextos y potencian las vulnerabilidades (Morgade 2006; Duro 2003).

El objetivo de este capítulo es explorar la construcción que respecto al riesgo de vih/sida han elaborado mujeres de dos ámbitos distintos, enfatizando sobre el papel que las representaciones de sexualidad, género y enfermedad juegan en dicha construcción, ya sea para facilitar u obstaculizar tanto la consciencia del riesgo como la gestión que puede hacerse frente al mismo.

Las narrativas que las mujeres han compartido, han sido analizadas desde el enfoque de la antropología del riesgo, marco que problematiza cómo la construcción del riesgo difiere entre los grupos sociales, influenciado por las características culturales, económicas y políticas de los habitus en que los sujetos se desarrollan. El interés de problematizar el

riesgo desde la antropología, surge de la intención de aportar elementos que pugnen por la necesaria desbiologización de la enfermedad y reconozcan que el riesgo se sostiene en un sólido pilar cultural.

En el sentido anterior, la propuesta de analizar el riesgo desde la antropología implica reconocer que este se sustenta en dos facetas que aun pareciendo antagónicas, se complementan y corresponden; una objetiva, que permite estimar su probabilidad y otra subjetiva, que contempla al riesgo cómo una construcción que se elabora a partir de las representaciones y experiencias de vida de los sujetos.

Es precisamente esta última faceta la que complejiza e incluso transforma el estudio del riesgo, obligando a dar cuenta que un objeto o suceso amenazante sólo puede etiquetarse de riesgo cuando los sujetos o sociedades pueden implementar medidas para confrontarle, en dicho sentido, mientras la peligrosidad de un objeto puede medirse, estimarse o cuantificarse, el riesgo por implicar una postura de toma de decisiones frente a la amenaza sólo puede construirse y reconstruirse mediante la palabra y la narrativa (Mairal, 2008).

La narrativa del riesgo es una metodología que posibilita dar cuenta sobre la experiencia de los sujetos durante su confrontación con la amenaza, problematizándoles insertos en contextos en los que la selección de estrategias para confrontarle deriva de las influencias sociales en los que ha sido habilitado socialmente. Las estrategias de protección que los sujetos seleccionan y aplican frente a las amenazas, derivan más de sus referentes sociales y su experiencia de vida, que de mecanismos racionales resultados de la asimilación de discursos formales e institucionales de la comunicación de riesgo (Mary Douglas, 1996, p. 13).

En el tenor anterior, la narrativa del riesgo permite dar cuenta sobre cómo la construcción que del riesgo se elabora deriva de influencias macro y micro, experiencias sociales y personales que se instauran a manera de un lente que permite sopesar condiciones, considerar alternativas y evaluar probabilidades de riesgo de los sujetos frente a la enfermedad (Hansson, citado por Lofstedt & Boholm 2004; Ragnar, Loftedt and Boholm, 2009).

Los discursos que las mujeres comparten respecto a su riesgo frente al vih/sida, posibilitan afirmar que el riesgo se construye desde lo social a partir de dos mecanismos principales, el primero de ellos, tiene que ver con la influencia que representaciones socialmente compartidas sobre la enfermedad, sexualidad y género tienen en la percepción del riesgo; el segundo, con las condiciones sociales, culturales y políticas que prevalecen en los contextos, impulsando condiciones de desigualdad de género que contribuyen a la feminización del vih/sida en la mayor parte del mundo y particularmente en México debido a la fuerza del modelo patriarcal⁸⁸ (Izazola, 2009; Krishnan, 2008; Lowenson, 2001; Lowenson, 2007; Vera Gamboa 2003; Kabber, 1999).

7.1. “A MÍ NO ME DA” EL PAPEL DE LA INMUNIDAD SUBJETIVA.

En las narrativas que las mujeres comparten respecto a su riesgo frente al vih/sida, prevalece una percepción de inmunidad que se fundamenta en imaginarios que etiquetan la enfermedad como propia de homosexuales y sexoservidoras, y les convence de que su

⁸⁸ La antropología ha definido el patriarcado como un sistema de organización social en el que los puestos clave de poder (político, económico, religioso y militar) se encuentran exclusiva o mayoritariamente en manos de varones.

condición heterosexual y de matrimonio representa una especie de escudo protector frente a la enfermedad. En esta inmunidad subjetiva parecen ignorar, que cerca de la mitad de las mujeres que viven con la enfermedad en Latinoamérica son heterosexuales, monógamas y han resultado infectadas por sus parejas estables⁸⁹.

La existencia de esta inmunidad frente a la enfermedad hace obligado profundizar sobre su origen, centrando la atención en dos cuestiones sumamente relevantes: 1) La influencia de representaciones que asociadas a la enfermedad obstaculizan el desarrollo de una conciencia del riesgo y 2) El condicionamiento de género bajo el que han sido habilitadas en sus contextos de origen, dos variables que terminan por instaurarse totalmente incompatibles con la construcción del riesgo sobre vih/sida.

Heterosexualidad y matrimonio, vacunas simbólicas frente a la enfermedad.

Blumer (1982) refería que los sujetos organizan su mundo e interacción social a partir de los significados que *objetos* y *sujetos* tienen para ellos, representaciones que no resultan de construcciones individuales, sino de la interacción social y la construcción colectiva. En este sentido, los grupos sociales producen, organizan, reproducen y transforman significados mediante procesos interpretativos y en función de su orden social.

La primicia anterior resulta útil para comprender la construcción simbólica que sobre el vih/sida se ha elaborado en la cultura mexicana, reforzando igual un imaginario de inmunidad (o premio) en quienes participan de actividades sexuales heterosexuales y monogámicas, que un estigma (o castigo) para quienes resultan afectados por la enfermedad, funcionando en este sentido como un *dispositivo de disciplinamiento*.

⁸⁹ Reveló la chilena Raquel Child, asesora regional en Prevención de vih-sida del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNPFA por su sigla en inglés).

Lo anterior encuentra sentido si regresamos sobre los escritos de Foucault (2006), teórico que reconoció que el comportamiento sexual es controlado socialmente mediante dos tipos de dispositivos, uno de *seguridad* y otro de *disciplinamiento*. El *dispositivo de seguridad* (inmunidad subjetiva) funciona anticipándose al daño, produce y respalda discursos que convencen a la población sobre la pertinencia de ejercer una sexualidad heterosexual, monogámica y reproductiva, para lograr a cambio de ello, una inmunidad frente a las amenazas de ITS; el *dispositivo de disciplinamiento* (estigma), es aplicable para evidenciar de manera pública las consecuencias de daño físico y moral que trae consigo una práctica sexual “*incorrecta*” en el orden social vigente, forzando a la población a dar cuenta del “*destino trágico*” que encuentran quienes salen del marco normativo socialmente establecido respecto a la sexualidad.

Luhmann (2007) señaló que la existencia de un amenaza, sea cual sea la naturaleza de esta, obliga a los sujetos a establecer clasificaciones que en función a comportamientos sociales les posicionen lejos al peligro, *divisiones clasificatorias* que hacen posible que los sujetos sigan insertos en sus cotidianidades sin paralizarse frente a las amenazas, desde una lógica en la que no estar en el “*mismo barco*” reduce la angustia ante el peligro.

En la búsqueda de fortalecer su sentido de inmunidad y eximirse frente al riesgo, las mujeres no sólo reproducen discursos morales que descalifican formas de ejercicio sexual distintos a la heterosexualidad, también legitiman una serie de prejuicios morales que obstaculizan su propia construcción del riesgo frente a la enfermedad. El respaldo que dan al estigma y la discriminación que rodea la enfermedad, resulta en un compromiso colectivo con el que deben cumplir, dado que representa un mecanismo de disciplinamiento

necesario para escarmentar a quienes salen del patrón de una “normalidad sexual”, un imaginario que no debía tener cabida en una naturaleza humana eminentemente diversa.

Las aseveraciones que realizan frente al riesgo del “otro” se complejizan, cuando señalan el disfrute sexual como una variable que potencia la vulnerabilidad frente a la enfermedad, en una lógica en que el placer sexual emerge cómo una variable íntimamente relacionada con la probabilidad de resultar infectados y en dicho sentido, se torna indeseable desde el punto de vista sanitario

“Los homosexuales son los que tienen mucho riesgo, se meten con hombres y mujeres y todas las cosas que encuentren (risas), en veces se meten con muchos y pues no saben si esas personas están infectadas (risas)... también las prostitutas porque no respetan se meten con todo, y no creo que se cuiden con nada, esas mujeres ya ni se preocupan por eso, yo pienso que ellas ya no piensan.... no creo que lo usen a veces andan tomaditas y ya no se dan cuenta (si usan condón)”
(Teresa, La veinte)

Teresa recurre a la frase “mucho riesgo” para definir la condición que guardan los homosexuales en relación al vih/sida, sin embargo en dicha frase problematiza también cómo el riesgo le involucra y se reconoce expuesta a la amenaza. Llama la atención por otra parte, cómo señala la práctica sexual con más de una pareja como determinante del riesgo, omitiendo problematizar la importancia de la comunicación al interior de la pareja, es decir, si bien tener distintas parejas sexuales se compensaría estableciendo efectivas estrategias de comunicación que dieran cuenta de los riesgos que la pareja comparte, ello no se cuestiona en el discurso, como si el silencio aniquilara el riesgo.

En la narrativa de Teresa aparece nuevamente la variable “respeto” asociada a la sexualidad, sólo que esta vez cobra mayor relevancia, asociándose como un factor de protección frente al vih/sida, si ellas se dan a “respetar” logran eximirse del riesgo, es decir, se vacunan frente a la enfermedad mediante algo sumamente simbólico, como si

ejercer la sexualidad en el tenor en que adoctrina la iglesia, la familia, la escuela les representara una garantía real frente al peligro de una ITS.

Llama la atención por otra parte, cómo la ausencia de protección durante los encuentros sexuales se asocia invariablemente con la ausencia de raciocinio en el plano de lo sexual, sin hacer ninguna reflexión que aluda a la falta de información, la existencia de tabús y las desigualdades que sustentadas en el género obstaculizan la toma de decisiones sobre conductas protectoras. En este tenor, poco o nada se problematiza el hecho de que una sexoservidora no siempre encuentra la convicción de un cliente para usar preservativo, o que el hecho de que un varón proponga el uso de condón pueda representar una merma de su valentía y masculinidad.

Desde la reflexión anterior, demos cuenta que la sexualidad aparece centrada en el imaginario de estas mujeres exclusivamente en los órganos genitales de los sujetos, sin polemizar sobre las circunstancias socioculturales particulares, y desde una óptica que aparece no sólo rígida y dogmática sino incluso insensible e intransigente.

En este contexto, lo más grave del asunto no radica en la búsqueda de eximirse del riesgo, sino en el estigma que se construye sobre quienes resultan infectados, sujetos en los que enfermedad llega a satanizarse, aludiéndose como un “*mal buscado*”, consecuencia del “*vicio*” por el disfrute sexual o por sus “*sucias*” prácticas sexuales.

“Yo pienso que el más riesgo es para prostitutas y homosexuales, porque esas mujeres nomás andan con uno y con otro y les gusta eso de andar de locas, a ellos por eso, porque son jotos y nomás andan de cochinos” (Carmela, La veinte)

La reproducción de discursos morales impide problematizar la realidad saturada de desigualdad e inequidad social, donde el ejercicio de la prostitución no siempre obedece a la convicción de querer ejercer el comercio sexual, sino por representar un medio de subsistencia que no requiere nivel educativo o complejas habilitaciones. El acto punitivo se pacta desde lo social para ejercerse sobre el uso que esa persona da a sus genitales, mientras se deslinda la responsabilidad que Estado y sociedad tiene en la carencia de oportunidades y de igualdad de derechos en estos sujetos en particular, en un contexto en el que pareciera que los órganos (genitales) se desempeñaran aislados de la realidad social en que les ha tocado desempeñarse.

Lo que estas mujeres parecen no alcanzar a reflexionar, es que el vínculo que tejen entre *enfermedad-homosexualidad/prostitución* termina haciéndoles víctimas de su propio imaginario, ya que mientras reproducen discursos que en la búsqueda por normar el comportamiento sexual, deslegitiman cualquier conducta sexual distinta a la heterosexualidad; también legitiman representaciones que obstaculizan dar cuenta de su riesgo personal respecto a la enfermedad.

Los discursos de comunicación del riesgo que aluden al *vih/sida* como un riesgo de homosexuales, sexoservidoras y mujeres con prácticas “*promiscuas*”, si bien reproducen sin mucho esfuerzo el orden social vigente, terminan constituyendo un obstáculo para la construcción del riesgo en mujeres que creen que pertenecer al grupo de “*amas de casa*” les representa una especie de inmunidad. Lo anterior, en un marco en el que el riesgo emerge de un constructo cultural conformado por representaciones que elaboradas socialmente, dictan en los sujetos lo que deben reconocer peligroso o no, impulsando así,

una cultura en la que el riesgo varía según la posición social de los actores (Douglas, 1996, p.11).

En esta lógica, los riesgos se aceptan o rechazan con base en el esquema moral de la sociedad de que los sujetos forman parte, en este caso, las mujeres se conducen frente al *vih/sida* conscientes del juicio moral que su grupo social hará al respecto, y sabiéndose insertas en contextos en los que se conforman *fondo comunes* respecto al riesgo, representaciones de carácter colectivo que determinan desde lo moral, las responsabilidades y respuestas que deben tenerse frente al amenaza.

Estos *fondos comunes* no son más que representaciones colectivas que posibilitan a los sujetos contemplar la enfermedad como propia de un “otros” bastante específico, respaldándose en un imaginario que no sólo les autoriza incidir moralmente en sujetos o grupos particulares sobre quienes se señala el riesgo (homosexuales, sexoservidoras, etc.), también les legitima imponer sobre ellos un estigma. Todo lo anterior desde un imaginario en el que señalar y castigar a estos “otros”, resulta justificable en función de que estos “otros” se procuran un placer personal que egoísta, poco reflexiona sobre el daño que infringe a la sociedad de que forman parte (Douglas, 1996, p.38).

En este contexto, se hace común escuchar narrativas en que las mujeres se muestran incansables por construir discursos que les legitimen dignas de pertenecer al grupo “*amas de casa*”, grupo social que históricamente los medios de comunicación han exentado del riesgo, reconociendo en la monogamia y exclusividad sexual dos variables que les posicionan en el imaginario colectivo lejanas al riesgo.

Diversas variables fortalecen el imaginario de *inmunidad* de estas mujeres, algunas aluden a características personales, otras a características de sus parejas. Entre las personales, señalan “inmunizante” sostener vida sexual sólo con su pareja, no haber tenido más de una pareja sexual, haber llegado virginal al matrimonio, e incluso no haber recibido comunicación de riesgo por los servicios de salud.

Entre las variables “inmunizantes” en relación a sus parejas, resalta la integridad moral que confieren a sus esposos y que evita que estos se involucren en encuentros sexuales extramaritales. Lo que estas mujeres parecen no alcanzar a problematizar es que la intachabilidad moral de que dotan a sus parejas, no es más que resultado del imaginario que ellas han construido respecto a ellos y su relación

“Yo no pienso que a mí me pueda dar la enfermedad esa, no pienso, nadie me ha dicho que me puede dar nunca hemos hablado de eso, pero pienso que él no anda en eso y yo pues menos, nomás metida aquí en la casa, uno de mujer es más tranquila en esas cosas (risa)” (Inocencia, La veinte)

Inocencia carente de autonomía, requiere que alguien ajeno a su relación le haga dar cuenta de su riesgo, como si su riesgo se construyera con independencia de su propia experiencia personal y de pareja, o como si un discurso construido en su externalidad tuviese la fuerza para dotarle de una conciencia que compete sólo a ella desarrollar, puesto que no puede darse con independencia de los valores y las representaciones que prevalecen en los hábitos en que se ha desarrollado.

La narrativa evidencia también, cómo la confianza respecto al comportamiento sexual de su pareja juega un papel importante en la inmunidad de que estas mujeres se apropian, razón por la que resulta necesario profundizar en ella, y dar cuenta que esta “*confianza*” no deriva

de procesos de comunicación efectivos, sino más bien de imaginarios que ellas elaboran con base a lo que pretenden o requieren de una relación conyugal.

Giddens refería a la confianza cómo un mecanismo psicológico que funciona como una especie de “*cocoon protector*”, mecanismo que los sujetos desarrollan para poder convivir con las amenazas en su realidad cotidiana, una especie de fe que orienta la relación mundo-objeto y auto identidad, primero para que el mundo parezca menos amenazante, después para no dejar de pertenecer al grupo social al que “*debe*” pertenecerse desde lo social y moral (Giddens, 1996, p. 36)

Sin embargo aun en este contexto, existe el caso de mujeres que pese a manifestar esta confianza respecto a los comportamientos sexuales de sus parejas, muestran indicios de cuestionar la posibilidad de que sus hombres se involucren en relaciones sexuales concurrentes

“Yo la verdad no pienso que me pueda dar esa enfermedad, yo nunca he tenido más hombre que él, y sinceramente no pienso que él me hiciera algo así por lo mismo que yo le doy la confianza, como le digo “si tu andas mal por allá, tú dímelo para de perdido tener un poco más de cuidado” yo sé que me va a doler en el fondo de mi corazón pero prefiero ... pero no, en el mismo fondo del corazón uno presiente y yo sé que él no sería capaz de hacerme eso” (Zenaida, La veinte).

Lo que esta mujer refiere como “*confianza*” se transforma más bien en una especie de ambivalencia frente al riesgo, pues si bien es cierto que en un primer momento no se manifiesta duda sobre el comportamiento sexual de su pareja, reconocer más adelante que la probabilidad existe, posiciona en ella la “*indeterminación*” frente al riesgo.

Baumann (1996, p. 73-120) desarrolló el concepto “*indeterminación*” para referir a una situación caótica en la que los sujetos no logrando ubicarse socialmente respecto al riesgo, mantienen un estado límbico frente a la amenaza, es decir, un estado de confusión que logra

movilizar el estado de confort de los individuos frente a la amenaza, sin tener fuerza suficiente para impulsar estrategias de confrontación frente al riesgo.

Si bien Zenaida busca asumirse en una aparente inmunidad frente al vih/sida, su indeterminación da cabida a pensar la posibilidad de encuentros sexuales concurrentes en su pareja, una situación ante la que maduramente plantea la comunicación de pareja cómo estrategia para reducir la probabilidad de verse expuesta a una ITS, sin embargo, cierra su narrativa romantizando la relación, así como sustituyendo comunicación por intuición.

Las narrativas anteriores evidencian cómo la aceptabilidad del riesgo obedece al marco cultural que sostiene a un grupo social definido, en este caso particular, las mujeres se adjudican “inmunidad” en medida que comparten características comunes con el grupo “*amas de casa*”, y logran tomar distancia de grupos socialmente clasificados “de riesgo”, insertas en contextos en los que son cómo sujetos no en función de sí mismas, sino en función de los otros, y donde en dicha lógica, estigmatizar el comportamiento sexual del “otro” les lleva a desestimar el impacto del propio riesgo (Giddens, 1996, p. 46-47).

Para comprender el tenor social en que esta “inmunidad” se gesta y reproduce, resulta relevante acudir a los aportes teóricos de Douglas (1996) y Esposito (2003), la primera reconoce la existencia de esta “inmunidad subjetiva” cómo un mecanismo mediante el que los sujetos ignoran el riesgo, dado el exceso de confianza depositado en su entorno y la familiaridad con sus rutinas sociales; el segundo, brinda elementos necesarios para pensar que esta “inmunidad subjetiva” se construye a partir de procesos intersubjetivos, enmarcados en los valores que para cada grupo social son prioritarios.

La Inmunidad subjetiva y colectiva sustentada en lo moral.

Mary Douglas (1996, p. 127) refirió por vez primera la existencia de la *inmunidad subjetiva* frente al riesgo, definiéndole como un sentimiento que fuerte y de manera injustificada orilla a los sujetos a minimizar la probabilidad de malos resultados frente a un amenaza, una especie de consciencia que les obliga procurando su salud mental, subestimar riesgos que derivan de prácticas familiares y cotidianas, en un intento efímero pero válido por hacer del entorno inmediato un lugar más seguro de lo que es en realidad.

Pero si bien Douglas señaló el papel que las representaciones colectivas juegan en dicho sentido de *inmunidad*, el trabajo de Esposito (2003) y sus conceptos de *immunitas* y *communitas* resultan de suma utilidad para comprender cómo esta “inmunidad subjetiva” se instituye a partir de una serie de construcciones que desde lo colectivo se conforman, con la finalidad de hacer del riesgo una construcción que no atente contra la estructura colectiva y el orden social establecido. Incluso en un momento dado, la población acepta y legitima el poder que ejerce el Estado a través de los Servicios de salud sobre su cuerpo y sus cotidianidades, en la búsqueda incansable de obtener seguridad ante el peligro.

Esposito invita a pensar el afrontamiento de los distintos grupos sociales frente a las amenazas en términos de lo que es común y lo que es individual para cada grupo, yaciendo precisamente en este “ser común” donde emerge el origen primario de toda subjetividad, bajo la primicia de que los sujetos son abiertos en comunicación y estímulos al resto de sujetos con los que comparten, en dicho sentido, los sujetos confrontan las amenazas

insertos en medios sociales que les prescriben tanto las respuestas deseables como las inaceptables, según la identidad social que prefieran asumir.

En el caso específico del vih/sida, encontramos que desde lo social se ha elaborado una “clasificación” que dicta el performance que cada sujeto debe desempeñar frente a la amenaza según el grupo social al que pertenezca, una realidad en la que las *amas de casa* se ven obligadas a defender con argumentos (verdaderos o no), su derecho por permanecer como uno de los grupos más lejanos a un riesgo que históricamente se ha asociado con inmoralidad y promiscuidad⁹⁰.

Lo anterior se evidencia en las narrativas que aquí se recuperan, discursos en los que estas mujeres pretenden convencerse a sí mismas y a la sociedad de que forman parte, de que para ellas el riesgo es inexistente o lejano, presentándose incluso casos de mujeres que habiendo sido diagnosticadas de alguna ITS, desarrollan argumentos que con base en lo moral deslegitiman dichos diagnósticos.

Zenaida por ejemplo, cuestiona la confiabilidad del diagnóstico de VPH que le ha sido comunicado por el personal de salud, no niega el tener un padecimiento, pero se muestra renuente a aceptar que esté ha sido adquirido por vía sexual. Sus argumentos para descartar la veracidad del diagnóstico le llevan a señalar la falta de seriedad del personal sanitario en el manejo que se da a las muestras citológicas y los resultados, e incluso acusar sobre la falta de pericia de los profesionistas durante la toma de Papanicolaou, un imaginario se ve

⁹⁰ “Donde la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de los atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías” (Goffman, 2006:12)

sostenido en función de la naturaleza del cuadro clínico de VPH, una infección que transcurre asintomática hasta que la displasia aparece.

“Me dijeron que yo salí con eso de VPH pero al final no fue, lo que traía es una infección pero no fue por transmisión sexual sino porque en una ocasión yo fui a un baño y haga de cuenta que cuando yo estaba haciendo, cayó y salpicó y desde ahí yo empecé con un problema que dijeron que fue el papiloma, pero no era, lo que pasa es que estaban haciendo los estudios mal o igual fue una confusión en los resultados.... en mi expediente dice que yo tengo virus del papiloma humano pero no sé por qué, yo no tengo eso, de hecho yo no me enfermo de nada, ando sin molestia, como si nada” (Zenaida, La veinte)

Si bien Zenaida no niega la presencia de una patología, enfatiza de manera reiterada que no se trata de una enfermedad de transmisión sexual, dando la impresión de estar más preocupada por convencer a la sociedad de que sus condiciones de monogamia y exclusividad sexual son garantía de inmunidad frente al riesgo, que por atender una problemática que podría desencadenar complicaciones mortales.

Otras mujeres, parecen rehusarse a aceptar este tipo de diagnósticos por presión social, insertas en contextos en los que reconocerse portadora de una ITS, implica la aceptación pública de una práctica sexual que sale de los patrones morales socialmente delimitados

“Me tomé el pap en febrero y salí mal, me buscó Norma (enfermera) pa decirme que traía células de no sé qué (dx: células con alteraciones y displasia leve), que tengo que ir a tratamiento él (esposo) me pregunta que eso porque me salió, que si he andado de demás (infiel), pero como yo le digo a él, por mí yo no voy, no puede ser que me haya dado eso del cáncer, yo nomás con él y además casi no ¿de donde iba yo a salir con algo así? igual los resultados se equivocaron o me dieron los de alguien más, ya ve que luego eso pasa” (Sara, Rancho nuevo)

En el caso de Sara, acudir a revisión y tratamiento de la displasia diagnosticada equivale a aceptar frente a su pareja “*haberse buscado*” una enfermedad asociada invariablemente con una práctica sexual promiscua, en esta lógica, Sara no sólo acepta ser cuestionada por su pareja sino incluso renuncia a la posibilidad de ser tratada médicamente, como si pensar en la posibilidad de la muerte fuese más tolerable que vivir con una moralidad cuestionada.

La narrativa de Zenaida es un llamado urgente para acompañar de consejería pre y post-diagnóstico el dictamen de ITS, reconociendo que se trata de patologías sumamente estigmatizadas cuya aceptación les implica no únicamente un apego terapéutico, sino también construir los argumentos para confrontar la desacreditación moral que dichas patologías suelen traer consigo, y en el marco de un estigma que se juega en dos sentidos, por un lado aludiendo a la enfermedad como tal, por otro, a la vía sexual como mecanismo de transmisión.

El impacto de la moral en la aceptación del riesgo, se reitera en la experiencia de mujeres que viéndose obligadas a reconocer padecer una ITS, buscan argumentos que les permitan convencer a los otros de que su padecimiento ha tenido origen a través de mecanismos diferentes al sexual, incluso auto culpándose de la condición de displasia que cursan

“El último Papanicolaou me salió mal, de hecho me programaron a una colposcopia en diciembre.... Me dijeron que traía una inflamación fuerte, pero yo digo ¿Por qué no siento nada? le digo a la enfermera ¿será porque me traumé? Es que tengo una amiga que vino y me dice que tiene cáncer y por lo mismo yo me asusté, pienso que psicológicamente yo me ocasioné esto, yo sola me lo busqué” (Estela, Rancho nuevo)

Si bien para muchos la representación de Estela respecto al origen de la displasia resultaría increíble, la cuestión no es aludir si tiene o no fundamento la influencia del pensamiento cómo origen de la enfermedad, sino dar cuenta cómo el condicionamiento de género y el estigma moral conlleva a la auto culpa, una variable que se agrega a una experiencia de por sí dolorosa.

Se hace necesario dar cuenta que el ser diagnosticada de una ITS, representa una amenaza para la identidad de mujeres para quienes reconocerse portadoras de este tipo de enfermedades, les torna ipso facto vulnerables de ser despojadas del valor simbólico más relevante al que aspiran, el de esposas. Con historias como estas, se evidencia cómo en la

aceptación del riesgo se juegan una serie de valores que son importantes no *per se*, sino por el reconocimiento que hacen de ellos estas mujeres como grupo social.

Para comprender la tensión que se juega entre valores-aceptación del riesgo, es necesario poner en escena *el munus* que sostiene todo grupos social, y que explica cómo la construcción del riesgo resulta de un proceso social intersubjetivo y no individual.

El munus y su impacto en el riesgo como proceso intersubjetivo

El concepto *munus* propuesto por Roberto Esposito (2003:28) hace referencia a la serie de *obligaciones, oficios y dones* que dentro de una sociedad hacen posible que la interacción de los sujetos se desarrolle de la manera socialmente esperada aun cuando exista un abanico amplio de diferencias e intereses. En este marco, mientras *obligación* y *oficio*, aluden a los compromisos que los sujetos tienen con los discursos y preceptos del grupo social al que pertenecen, el *don* refiere a la retribución simbólica que el sujeto obtiene de su grupo una vez que cumple con las obligaciones que le adeuda.

El *compromiso común* para estas mujeres parece consistir en enarbolar y relegitimar discursos que hacen énfasis en las virtudes marianas, discursos que prometen mantenerlas por lo menos desde su percepción, lejanas al riesgo, e incluso cuando en la reproducción incesante de estos discursos, reproducen la opresión y represión sexual de que son víctimas⁹¹.

⁹¹ El marianismo atribuye a la mujer ideal moderación, pureza, dependencia, debilidad, resignación, vulnerabilidad y abstinencia hasta el matrimonio, a partir del cual la mujer se subordina a su cónyuge y lo obedece.

Pero su *compromiso común* no termina ahí, les exige también, definir estrategias definitivas para separarse de aquellos grupos cuya sexualidad no es monogámica o heterosexual, separación que se establece principalmente mediante discursos que potencian el estigma sobre homosexuales, sexoservidoras e incluso sobre las mismas ITS. En retribución a este compromiso (don), las mujeres reciben de la sociedad una promesa de aparente *inmunidad* social y moral frente la enfermedad, y refiero “aparente” puesto que más de una de ellas ha resultado vulnerada por este tipo de enfermedades.

Una cuestión que resulta por demás interesante, es dar cuenta cómo estas mujeres en su discurso no centralizan exclusivamente homosexuales y prostitutas como “grupos de riesgo”, muchas de ellas reconocen la existencia de un tercer actor vulnerable al riesgo en sus comunidades, el migrante. En el sentido anterior, resulta necesario aclarar que si bien reconocen el riesgo de quienes participan de la migración en su localidad, logran autoeximir sus relaciones de dicho riesgo, inmunizándose desde lo moral y el deber ser.

Entre las variables que estas mujeres señalan potenciadoras del riesgo en quienes migran, se encuentra la soledad en que viven en las localidades de destino, la libertad que implica estar lejos de casa e incluso el aprendizaje de nuevas formas de experimentar la sexualidad. Respecto al riesgo de las mujeres de migrantes que esperan en las localidades de origen, reconocen en la “*confianza*” el principal detonante de vulnerabilidad

“A mi esposo en el mapa lo identifiqué como migrante, pero no, yo no creo que esté en riesgo de esta enfermedad ¿o sí? (risas), es que sí, es que ellos también andan allá así, pero no todos son iguales, yo no veo al mío en eso, pero se sabe por lo que platican aquí, se cuenta que muchos de ellos no piensan, no tienen cabeza y se meten con mujeres por allá él mismo me platica de sus amigos, me dice “nombre vieja nomás vieras este cabrón se mete con aquella, o que luego muchas, unas hasta gringas, bueno ni son gringas son bolillas, me cuenta que estas mujeres van y se les meten a sus amigos y que nomás los quieren pa quitarles sus cheques y que de rato nomás ya los dejan pidiendo, pero él no es así, yo confío en él” (Teresa, La veinte)

Si bien Teresa ha sido puesta en antecedentes sobre las condiciones de vida de quienes migran, la frase que utiliza “yo no veo al mío en eso” da pauta para problematizar la inmunidad subjetiva en que muchas de estas mujeres se colocan, refiriendo a la mirada como imprescindible en el reconocimiento del riesgo, una mirada que no se acota a la física sino a la significativa, no al acto de ver a través de los ojos sino de ver a través de una subjetividad que ha desarrollado en función de los hábitos en que se ha crecido, y que enraizado en el género les imposibilita dar cuenta del riesgo.

En función de que estas mujeres parecen más preocupadas por autoconvencerse y convencer a la sociedad de que forman parte, de que el marco moral que sostiene su práctica sexual les representan garantía para permanecer alejadas del riesgo, construyen y respaldan discursos que les posibilitan continuar vigentes en el grupo “*esposas*” al que se adscriben, al que han logrado entrar y permanecer en medida que han evidenciado cualidades morales que las hace común con este grupo, incluso cuando en muchas de las ocasiones estas características son sólo aparentes (Esposito, 2003, p. 29).

La carga moral que caracteriza las narrativas de estas mujeres resulta congruente con los enfoques conservadores que han prevalecido en la comunicación del riesgo respecto al VIH, marcos que se han mostrado más preocupados por promover el ejercicio sexual dentro de pautas socialmente aceptables, que por lograr una verdadera educación sexual. Todo lo anterior dentro de contextos en los que se concibe de injerencia pública conservar un orden moral regulando los comportamientos aceptables del cuerpo, como si este representase un territorio que deja de ser personal para validar la política y el orden social (Foucault, 2006; Esposito 2005).

Las mujeres se colocan desde su imaginario, inaccesibles al *riesgo* no sólo a partir de sus comportamientos sexuales personales o sus virtudes marianas, sino incluso apostando en los comportamientos de sus parejas, bajo el convencimiento de que monogamia y fidelidad son constantes inamovibles en sus relaciones de pareja, y pretendiendo ignorar que con la incursión de sus parejas en la migración se potencia la vulnerabilidad (Hirsh 2002; Torres, 2010; Onusida 2002; Magis, Et. al 2004; Magis, et. al 2008).

La inmunidad que se adjudican estas mujeres a partir de lo moral, hace las veces de un antifaz que funciona evitando que sus identidades y prácticas sexuales sean cuestionadas desde lo social, sin embargo, dicho antifaz se instituye también en una especie de anteojeras⁹² que les impide dar cuenta de la dimensión del riesgo que confrontan en relación a la enfermedad, donde *“la protección se ejerce mediante una herida que no se puede curar porque la produce la propia inmunización”* (Esposito, 2005 p. 11)

Desde la primicia anterior, el sentido de inmunidad que prevalece entre las mujeres les representa tanto una dispensa como un privilegio frente a la amenaza, es decir, son inmunes en medida que logran excluirse de la mirada social respecto de otros grupos cuya vulnerabilidad ante el vih/sida es socialmente conocida, reconocida y aceptada; sin embargo, se trata de una exclusión que se lleva a cabo mediante un *munus* que juega un doble papel, por un lado les obliga a pensar la enfermedad como una propiedad que estigmatiza, por otra, a considerarse propietarias de una inmunidad que creada

⁹² Aparejo del cabezal caballar que limita la amplia visión panorámica de los equinos, dispositivo utilizado para evitar que el caballo de cuenta por completo de lo que sucede en el entorno, en este sentido favorece la concentración sobre lo que interesa que vea (pista ecuestre), evita distracciones y disminuye el miedo que puede desarrollar al sentirse intimidado por otros caballos que van en la competencia.

intersubjetivamente, les condiciona no ser dueñas de su propia construcción del riesgo y les despropia de su subjetividad personal frente a la amenaza.

El estigma social, un antifaz que auto inmunizando incrementa el riesgo.

Quizá la muerte no sea tan temida como el estigma que la enfermedad trae consigo, las mujeres que han tenido oportunidad de conocer a una persona infectada por vih/sida saben que la calidad de vida de quien resulta afectado, cambia no sólo en lo inmunológico, también en lo social. La discriminación o la exclusión social aparecen reiterativas en las narrativas que las mujeres construyen respecto a sus experiencias cercanas con la enfermedad.

“Aquí en la colonia hay una muchacha infectada de eso, su esposo vino de allá nomás a contagiarla y luego que dicen que ella le dijo que la había enfermado ya no quiso volverse ... aquí la gente es bien fea, un día iba yo temprano al Centro de Salud y una señora iba a dejar a su niña a la escuela y esta señora (enferma) también llevó su niña a la escuela, yo y esta señora íbamos platicando cuando de repente me dice, pero gritando - Oiga ¿si saben como le dicen a esa señora?, -No, ni la conozco, - ¿no? Pues a esa le dicen la burra podrida, entonces yo me puse roja roja y le pregunté -¿Por qué Ana? - “porque el señor está en el otro lado y nomas vino la infectó y se le fue y que ya no se puede curar”, tonces (sic) yo me impresione y rápido me vine con él (esposo) y le pregunte - “dime la verdad, yo no me voy a enojar, ni me voy a pelear ni nada, pero dime si en algo anduviste por allá”...Si a mí algo como lo que le pasó a esta mujeres me llegara a pasar, pues de mensa yo le iba a andar platicando a la gente ¿para qué? Para que de rato me apunten también y hasta me pongan apodos, entonces él me dijo - “pues tú has de saber, tú debes de ver que yo no me he portado mal” Pero es que mire que hombre este nomás vino seis meses y se volvió ir, nomás la enfermó y ya no regresó, ahí anda ella sabe porque platicaría pero yo no la juzgo porque ¿cómo? Yo ni se de su vida, lo malo es que le ha de haber platicado a alguien de su confianza y ese alguien “desbalagó toda la información”...pero yo esa vez casi lloraba y le decía a él que me dijera si había andado por allá, como yo le digo yo no soy quien para juzgarte, pero si me asusta pensar que eso me puede pasar a mí” (Estela, Rancho nuevo).

La narrativa de Estela permite problematizar un punto sumamente relevante para comprender la cercanía o lejanía en que estas mujeres se posicionan respecto al riesgo, el impacto de lo ominoso asociado con la enfermedad. El concepto “ominoso” fue desarrollado por Freud (1919, p. 224) para hacer referencia a aquello que forma parte de la

cotidianeidad pero posee un carácter de terrorífico, razón por la que el sujeto busca evadirle o contemplarle externo y lejano a su vida.

Analizar la enfermedad desde el concepto de lo *ominoso*, posibilita dar cuenta cómo el VIH/sida se instituye más allá de una realidad biológica en un significante que desde lo social se instituye siniestro, angustioso y terrorífico, en función de ello, las “*esposas*” igual que muchos otros grupos sociales buscan colocarse inmunes frente a la enfermedad, sin embargo, suelen dar cuenta repentinamente que la amenaza es mucho más cercana de lo que habían imaginado y aprender a reconocer el riesgo inserto en sus cotidianeidades.

En este contexto sin embargo, se hace necesario problematizar cómo en el reconocimiento de que lo que parecía extraño forma parte de lo cotidiano, se detona no un *dar cuenta* y *reflexionar* sobre las medidas pertinentes para protegerse, sino un impacto que aterroriza, entumece y paraliza; un impacto que no permite reflexionar en las formas de prevención, sino desencadena una angustia que buscando sosegar se finca culpas y señala lo impropio en el otro.

El hecho de dar cuenta de la proximidad al riesgo mediante experiencias como las que narra Estela, no deriva en una verdadera construcción del riesgo, y menos aún la adopción de estrategias de prevención, lo único que hace es potenciar la construcción de estigmas, culpas, miedos. Como referiría Giddens (1996) el “*cocoon protector*” que los sujetos se colocan frente a las amenazas puede resultar atravesado temporalmente por sucesos que les evidencian su vulnerabilidad, sin embargo, la *invulnerabilidad relativa* pronto regresa, el coraje que manifiesta Estela es producto de una angustia que se manifiesta en rabia y miedo, más nunca una verdadera conciencia del riesgo.

Reconocer el carácter *ominoso* de la enfermedad, permite comprender el estigma que las mujeres de la comunidad manifiestan ante la que mujer infectada, la exclusión social que aplican en ella resulta hasta cierta manera lógica, dado que esta mujer posee una propiedad (enfermedad) asociada con grupos a los que no es socialmente deseable pertenecer (prostitutas, homosexuales), pero también porque ha venido a hacerles visible su vulnerabilidad frente a un riesgo que creían inexistente y ahora deben reconocer cotidiano.

La mujer que condenan, señalan y excluyen es “*esposa*” como ellas, inserta en una relación de matrimonio como ellas y con una pareja en el extranjero como ellas, su situación les exige movilizar las representaciones que poseen sobre la enfermedad y cuestionar el sentido de *inmunidad* que habían ya construido, una situación que resulta amenazante y agresiva, puesto que no resulta sencillo cuestionar el habitus en que uno ha sido habilitado y en función del cual ha habilitado también a su descendencia.

Siguiendo sobre la línea de lo *ominoso* de la enfermedad, resultan relevantes los relatos de mujeres que habiendo tenido oportunidad de conocer sujetos con vih/sida, narran historias de discriminación donde quienes enferman deben resignarse a vivir agonías privadas y alejadas de sus contactos sociales, en un aislamiento que puede derivar de una voluntad personal o por la decisión de terceros por evitarles el señalamiento público. Se trata de historias que aluden por igual relaciones cercanas que lejanas, algún amigo, pacientes con quienes toca compartir sala de espera o incluso familiares consanguíneos, narrativas que pese a la complejidad que trae consigo la enfermedad, continúan centrándose recalcitrantes en señalar los comportamientos “*inadecuados*” que colocaron la enfermedad en ese cuerpo.

En esta lógica es frecuente escuchar relatos que asocian la presencia de la enfermedad con “*haberse vuelto gay*”, “*meterse con un hombre casado*” o “*ser prostituta*”, posterior a este análisis moral, la mayoría narra el rechazo y la discriminación de que son objetos quienes resultan afectados y la condena social que se les impone para agonizar en soledad, como si la muerte social fuese la antesala necesaria para la muerte biológica.

“En el Centro de Salud conocí una muchacha que le diagnosticaron eso, era una muchacha joven pero se metió con un casado y la infectó, es lo malo de hacer cosas que no son, que luego viene la consecuencia, y ella sola sin nadie que vea por ella sus papás la tienen en su casa y allí la cuidan, pero yo le dije a su mamá deben sacarla a otros lados yo creo que debe haber lugares en los que ella reciba una atención, pero dicen que no sale por lo mismo que la gente habla de su enfermedad” (Marina, La veinte)

Marina enfatiza la enfermedad como consecuencia de haber incidido en un comportamiento sexual inaceptable para su contexto, igual que narra el encierro en que debe vivir esta joven, en una especie de seclusión impuesta por unos padres que más preocupados por cuidar el aspecto moral, relegan las necesidades y daños físicos que derivan de la condición de enfermedad.

La enfermedad estigmatiza entonces por partida doble a quien le padece, primero porque quien enferma sabe que será excluido del grupo al que originariamente pertenece, después, porque para sustentar esta exclusión se señala a los afectados “*responsables*” de su propia desgracia, representando la enfermedad invariablemente como consecuencia de comportamientos indeseables desde lo moral (Aggleton y Parker, 2002; Morrison, 2006).

Llama particularmente la atención, el hecho de que incluso cuando no se está cierto de prácticas sexuales distintas a la heterosexualidad y la monogamia en quienes resultan infectados, se busca construir historias que coincidan con los estereotipos contruidos respecto a la enfermedad, quizá en la búsqueda constante de *reinmunizarse* como grupo.

“Conocí un hombre que falleció precisamente de esta enfermedad, yo a él lo conocí sano, tenía a su esposa y sus hijos, la cosa es que se separaron y él se fue para el otro lado, la verdad no sé si el haya tenido “dos gustos” (haciendo referencia a bisexualidad) pero pues sabe, se enfermó de eso, dicen que a lo mejor hasta se volvió “así” (homosexual) y lo haya contagiado otro hombre” (Zenaida, La veinte)

Pero el imaginario de una muerte en soledad y exclusión, no se limita a la experiencia de quienes han tenido oportunidad de conocer a un enfermo de vih/sida, algunas mujeres pese no haber conocido personas que han vivido la experiencia, se muestran capaces de narrar verdaderas historias de sufrimiento en las que soledad y exclusión aparecen constantes en el marco de la enfermedad.

Se trata de mujeres que tomando como marco de referencia melodramas o serie de televisión, relatan verdadera historias de terror respecto a la enfermedad, la televisión aparece como un medio que se encarga de comunicar el riesgo enfatizando en los aspectos fatídicos de la enfermedad y predisponiendo a asociar la enfermedad con discriminación y exclusión, antes que como una enfermedad controlable, impulsando con ello más que una construcción del riesgo, miedo en relación a la enfermedad.

“En la tele yo he visto que morir de “eso” es diferente a morir de otra cosa, les da miedo, les da tristeza, porque tener esa enfermedad hace que ya no los quieran y ya no tiene sentido la vida, la gente los deja de querer y dice “ah no...este tiene sida” (Juana, La veinte)

Juana alude la modificación de lazos afectivos hacia quienes resultan infectados, no refiriendo únicamente al rechazo del grupo social extenso, sino poniendo en escena la modificación de sentimientos filiales, una situación que agrava la pérdida del vínculo social y afectivo, y que resulta fatídica considerando que en “una buena muerte” dicho vínculo promete conservarse, incluso pese a la ausencia física.

En el contexto anterior se hace necesario dar cuenta que la muerte acontece socializada, sostenida en un imaginario colectivo que saturado de tabús posibilita clasificar a la muerte

como “buena” y “mala”, estableciendo en función de dicha clasificación las condiciones en las que la pérdida de la vida debe vivirse.

Jamás se muere solo en el estricto sentido de la palabra, incluso cuando el grupo social excluya a los sujetos para proteger sus imaginarios de inmunidad, la agonía que estos deben vivir, acontece en un marco de representaciones sociales internalizadas que harán al sujeto significar el sentido de su muerte, porque si bien la muerte representa el inicio del juicio ante un ser superior, también significa el último juicio en lo social, en función de ello, las condiciones en que la muerte se encuadre serán determinantes en dicho juicio y ello resulta de gran peso, incluso para un sujeto que muera en la soledad de su habitación (Ariés, 1973, p. 51-52).

En este contexto, es necesario dar cuenta que el estigma que rodea la enfermedad se instaure también sobre quienes enferman, condición que se ve potenciada por mitos que circulan en la sociedad y a través de medios de comunicación, melodramas y series televisivas que muestran como los sujetos infectados buscan contagiar de manera intencional a otros, historias que si bien no cumplen con la función de comunicar el riesgo, seguro aportan a la satanización de los afectados por la enfermedad

“Se ve en la tele que hay mujeres que saben que saben que están enfermas y así buscan meterse con hombres para pegárselas, nomás de maldad para que también ellos estén enfermos” (Elda, La veinte)

En este contexto la sociedad no sólo discrimina, aparta, segrega y esconde, también sataniza a los afectados en una postura antiética e inmoral, en la que parece no bastar con la invisibilidad a que condena la discriminación, sino se hace necesario atribuir una serie de características de “maldad” y “perversión” a quienes enferman, posicionándoles en un campo que les haga parecer lejanos al resto de la sociedad común, merecedores del

padecimiento por sus conductas “*abominables*”, mitos urbanos que contribuyen a la imagen ominosa tanto de la enfermedad como de quien resulta afectado.

Estas narrativas exigen considerar el vínculo *estigma-discriminación* en la planeación e implementación de las estrategias de comunicación y gestión del riesgo, dado que constituye un obstáculo para ambas actividades, impulsando el sentido de *inmunidad subjetiva* hacia la enfermedad, el rechazo de pruebas de detección temprana y el retraso en el tratamiento oportuno de la enfermedad.

7.2. “EL RIESGO ES PARA ELLOS, EL PELIGRO MÍO”, LA AUSENCIA DE AGENCIA FRENTE AL RIESGO.

Históricamente ha existido una discrepancia respecto a la naturaleza del riesgo, mientras los estadistas se concentran en la amenaza en su naturaleza objetiva y sujeta a medición, para los especialistas en antropología y sociología, el riesgo resulta de una construcción socialmente elaborada respecto a la amenaza, es decir, lo que importa a estas últimas disciplinas, no es la amenaza en sí misma, sino la percepción que respecto a ella tiene un grupo social determinado, en dicho sentido, si bien la amenaza se mide, el riesgo se narra y narrándose se construye.

Si bien existe una cantidad importante de mujeres que evidencian una condición de *inmunidad subjetiva* respecto a la enfermedad, es necesario reconocer también la existencia de mujeres que han desarrollado una percepción del riesgo frente al *vih/sida*, mujeres que han logrado tomar conciencia de su vulnerabilidad. El reconocimiento que estas mujeres hacen respecto a su riesgo se manifiesta en dos formas distintas, la primera es aquella en la que las mujeres refieren su riesgo derivado de una responsabilidad conjunta con sus parejas, asumiéndose tan responsables como sus parejas frente al riesgo; la segunda es la

que señala el riesgo como resultado de una toma de decisiones que no les compete y de responsabilidad exclusiva del varón, centrada principalmente en asignar culpas sobre la pareja.

En este contexto, he considerado pertinente analizar la construcción de riesgo a partir de estos dos enfoques, considerando que el enfoque que prevalezca determinará las estrategias que estas mujeres apliquen para reducir su riesgo.

Norma por ejemplo, reconoce que el riesgo de las mujeres deriva tanto de comportamientos de su pareja, como de omisiones que ella lleva a cabo en el ejercicio de su vida sexual

“Las amas de casa incluso tenemos más riesgo que las prostitutas, porque nosotros confiamos ciegamente en nuestros maridos y no nos cuidamos, ni los hacemos que se cuiden, incluso a veces aún sabiendo que ellos andan con otras.... nosotras corremos mas el riesgo que hasta las estas prostitutas o que los gays, porque ellos se cuidan más, son conscientes del riesgo de esas enfermedades y a nosotras nos ciega el amor o por lo mismo que como son ellos con nosotras y no quieren usar condón” (Norma, Rancho nuevo)

La frase que norma utiliza “no nos cuidamos, ni los hacemos que se cuiden” alude tanto a la obstinación de las mujeres por no dar cuenta de un riesgo que existe, como a la resistencia de los varones por utilizar métodos de barrera durante el encuentro, en dicho sentido, se reconoce una responsabilidad compartida frente al riesgo.

El referir una ceguera que no tiene sentido, cuando se tiene certeza de que la pareja sostiene relaciones sexuales extramaritales, obliga a reflexionar cómo el “dar cuenta” que las mujeres aluden necesario para construir su riesgo, no se limita al hecho de mirar a través de los ojos, sino a desmontar todo un imaginario que desde su llegada al mundo han instalado, y que con fundamento en el género legitima que los varones incurran en prácticas que ponen en riesgo la salud de un cuerpo que físicamente les es ajeno, el de “sus” mujeres.

El *amor* en las narrativas de estas mujeres, parece instituirse como obstáculo para dar cuenta del riesgo, un sentimiento socialmente construido que justifica las relaciones de

codependencia que llegan a establecer por el temor de permanecer solas, de asumirse responsables de sí mismas, de sus actos y de sus elecciones de vida; un marco de miedos que les condiciona no posicionarse asertivamente en la gestión de un riesgo que saben implícito en la práctica sexual, y que sin embargo se desdibuja romantizando la desigualdad de poderes implícita en las relaciones de pareja.

Otras mujeres por su parte, se deslindan de toda responsabilidad frente al riesgo, para ello construyen relatos en los que el riesgo deriva de acciones que no les competen y dentro de contextos en los que se reconocen incapacitadas para tomar decisiones. Todo lo anterior en un escenario en el que parecen más interesadas por victimizarse en lo social, que por reconocer y encarar su riesgo, llegando a asumirse incapaces de implementar estrategias para confrontar el riesgo y prefiriendo visualizar la amenaza cómo una probabilidad que se deja al azar o en el más reflexionado de los casos *“en manos de dios”*

“Las amas de casa estamos bien cerca de ese riesgo, por lo mismo que los esposos hace uso de mujeres que pueden estar enfermas y la mayoría de nosotras, bueno de las señoras con las que he platicado dicen que sus esposos no aceptan ponerse el condón que porque no se siente igual....Yo no estoy segura que no me vaya a dar sida por lo mismo que yo sé cómo es él”
(Verónica, Rancho nuevo)

En la narrativa de Verónica puede darse cuenta de qué forma las mujeres aceptan la proximidad del riesgo más cómo sentencia que como una situación a confrontar, lo que refiere una experiencia de vida por demás angustiante, sobre todo si como esta mujer sé es consciente del involucramiento de la parejas en encuentros sexuales extramaritales. La frase *“Yo no estoy segura”* alude por otra parte, la responsabilidad que de su riesgo dejan al destino azaroso, es decir, sé es consciente de que se enfrenta el riesgo de manera cotidiana, sin embargo se confía en algo *“superior”* que disminuye esas probabilidades, en ocasiones ese *“algo”* es representado en dios, otras veces en la suerte o el destino, variables en las que estas mujeres son capaces de depositar su salud sexual y su vida.

Pese al reconocimiento que hacen las mujeres respecto a su vulnerabilidad, la ausencia de *agencia* para decidir e implementar estrategias para el confrontamiento de la amenaza, juega un papel relevante en la manera en que se construye y gestiona el riesgo, entendiendo el término de *agencia*, como la capacidad de los sujetos para procurar su salud y bienestar, regulando sus comportamientos y las condiciones que pudiesen resultar adversas en su contexto (Orem, 2001).

La *agencia* refiere a la capacidad de *saber* y *actuar* que los sujetos muestran frente a situaciones amenazantes e incluso bajo condiciones de coerción, en palabras de Giddens (1984, p. 1-16) un sujeto con *agencia* es

“Quien intentando resolver problemas, aprende como intervenir en el flujo de eventos sociales alrededor de ellos, y en cierta medida está al tanto de las acciones propias, observando como otros reaccionan a sus conductas y tomando nota de las varias circunstancias contingentes”.

La ausencia de *agencia* que se alude, logra evidenciarse cuando estas mujeres narran que en la búsqueda de implementar y negociar estrategias de protección frente a la enfermedad, su intención resulta mermada por la asimetría de poder entre géneros que se juega en su práctica sexual entre marido-mujer (Alfonso 2006; Da Silva y Colhelo 2008; Fleury & cols. Fleury, Sullivan y Bybee, 2000; Wuest & cols. 2003; Exposito y Moya 2005; Pratto y Walker 2004).

“Pienso que el riesgo para las amas de casas es el peor de todos, uno piensa no pues es mi esposo y por lo mismo uno se deja a como ellos quieren, y si no quieren condón como el mío así tiene que ser, las prostitutas no, ellas son mas listas en eso, ellas se cuidan, ellas no se meten con ellos si no traen condón” (Lidia, Rancho nuevo)

Llama la atención cómo si bien el hecho de que sus parejas se involucren en prácticas sexuales extramaritales, casuales o comerciales se cuestiona desde lo moral, finalmente en la mayoría de los casos, dichas conductas se justifican o naturalizan aludiendo a su condición de varones y a la incapacidad de postergar el placer sexual. Por otro lado, se hace

necesario reflexionar cómo estas mujeres, conceden a sus parejas autoridad completa respecto a las decisiones en que se dará el encuentro sexual, gestándose en ello una condición que potencia aún más su vulnerabilidad frente a la enfermedad (Silva, 2002; Morrison 2006; Delor y Hubert 2000).

En este contexto, si bien el desarrollo de la percepción del riesgo es vital para aludir el tenor en que el mismo se construye, es necesario dar cuenta que no todo depende de la percepción, sino de las dinámicas en que se dan las relaciones sociales entre los géneros, bajo la posibilidad de que las conductas tendientes a la protección resulten anuladas por una asimetría de poder dictada desde el género (Long, 2007).

Culpa y victimización, el juego del género respecto a la enfermedad

Como ya hemos dado cuenta, no puede hablarse de la construcción del riesgo sin aludir al papel que la *culpa* juega en la aceptabilidad del riesgo, Mary Douglas (1996, p. 38) solía decir “*en vez de preguntar qué riesgo consideras aceptable, la pregunta general debería ser qué tipo de sociedad deseas*”, mediante esta afirmación refería cómo la aceptabilidad de los riesgos se sostiene en marcos éticos y morales que reafirmando el “*deber ser*” en lo social, dictan a los sujetos los riesgos que conviene o no aceptar.

En la aceptación del riesgo de estas mujeres, se evidencia un antagonismo socialmente construido desde el género, ya que mientras reconocen en los varones una racionalidad absoluta frente al riesgo, su riesgo personal y el de sus congéneres es contemplado siempre como consecuencia de la participación de sus parejas en prácticas sexuales “de riesgo” (Alves 2002). Para ejemplificar lo anterior, basta recuperar las narrativas que estas mujeres construyen en relación al riesgo, discursos en los que el riesgo de sus parejas se fundamenta

en la culpa, lo sexualmente “*incorrecto*” y su imperiosa dependencia del sexo en una especie de heterosexualidad compulsiva.

“La enfermedad les da a los hombres que andan con locas y prostitutas, les da porque no se protegen o no se cuidan, por decir, que un hombre se meta con una mujer que tiene el sida y el menso no usa condón, pues ya le pegó aquello y luego viene y contagia a la que lo está esperando sin deberla y sin temerla” (Juana, La veinte)

“La enfermedad les da a los viejos que se meten con una y con otra y es que no piensan en protegerse cuando se meten con estas mujeres, por lo mismo que les domina la calentura en ese rato... luego llegan y a la que dañan es a la señora que ni temerosa estaba de esas cosas” (Elda, La veinte)

El riesgo de los varones se atribuye en función de dos variables, por un lado al escaso control de su impulso sexual, por otro, a la negativa por usar métodos de protección. La culpa moral se refuerza cuando aluden el riesgo que “*deben*” compartir las parejas de estos hombres, mujeres que “*inmaculadas*” deben resignarse a vivir con el riesgo al que sus parejas les exponen.

En esta lógica es preciso dar cuenta cómo en medida que los discursos asocian la culpa al riesgo de los varones, las mujeres terminan por posicionarse víctimas de dicho comportamiento, aludiendo una total y absoluta carencia de agencia para negociar las condiciones para confrontar el riesgo.

Las mujeres se deslindan y deslindan a sus congéneres de su responsabilidad frente al riesgo, empeñadas en continuar formando parte de un grupo social en el que resulta más adecuado desde el “*deber ser*” aceptar los riesgos que derivan de su entorno y no propiamente de una elección racional, insertas en contextos en los que resulta socialmente más conveniente ser identificadas como infectadas por el comportamiento “*incorrecto*” de terceros, que por no asumir las medidas de auto cuidado necesarias para prevenir el daño.

La construcción social del riesgo se complejiza entonces desde el campo de la moralidad, sustentándose en dos variables principales, *culpa* y *victimización*. Mientras la *culpa* se erige como una variable desde la que suele señalarse a los sujetos de ser responsables de estar infectados, justificando en ello la discriminación social de que son objeto (Desclaux 2003); la victimización no hace más que prolongar el ciclo de violencia en sus cotidianidades, las mujeres terminan invirtiendo gran cantidad de su atención y energía en arraigarse en una serie de valores que les acercan a la santificación, abnegación y cooperativismo, pero que también les aleja de la posibilidad de cuestionar la existencia de un orden social desventajoso para sus derechos sexuales y reproductivos (Losada 2004).

En este contexto, el riesgo personal en estas mujeres aparece exclusivamente derivado del comportamiento de un tercero y no de una decisión personal (Centers for Disease Control and Prevention 2007; Gómez 1998). Incluso las narrativas que construyen en torno al riesgo de ellos parecen mucho más ricas y fundamentadas que las que son capaces de construir respecto a su propio riesgo, ejemplo de ello, es la facilidad que estas mujeres muestran para contextualizar las condiciones que sus parejas viven en la migración, el acceso a los servicios de sexo comercial, su soledad e incluso los casos en los que estos varones llegan a establecer nuevas familias del otro lado de la frontera.

“Allá existe más esa enfermedad que ni aquí, mi esposo me platica que los meten en una gallinera antes de terminar de pasarlos y que les llevan a personas a darles de “esos” servicios (prostitución) por lo mismo que saben que “eso” para un hombre es necesidad....lo malo es que nomás no se arriesgan ellos, lo arriesgan a uno, hasta a los hijos, a toda la familia” (Marina, Veinte de noviembre).

En función de narrativas como la anterior, se hace necesario clarificar dos conceptos esenciales para fines de este acercamiento: *riesgo* y *vulnerabilidad*, términos que encierran

en sí mismos y entre ellos, complejidades epistémicas y filosóficas sumamente relevantes para comprender el enfrentamiento de los sujetos con la amenaza.

Mientras el *riesgo* sólo puede asumirse como tal, en medida que los sujetos poseen autonomía para tomar decisiones y confrontar la amenaza, la *vulnerabilidad* aborda situaciones en las que frente a lo amenazante, los sujetos carecen de agencia para actuar respecto a la misma en contextos en los que por condiciones socioculturales o político económicas, carecen de autonomía frente a la amenaza. Desde la primicia anterior, la posición de estas mujeres con respecto a la enfermedad no podría aludirse jamás como de riesgo, sino más bien de vulnerabilidad, puesto que no reconocen tener competencia y autonomía para limitar la amenaza⁹³ (Luhmann, 2007, p. 65).

Las mujeres experimentan la *vulnerabilidad* insertas en contextos en los que la desigualdad de género se erige amenazante para su salud física, mental y sexual. Una desigualdad que se legitima y relegitima dentro de un orden social que promueve imaginarios que validan comportamientos sexuales que potencian el riesgo para ambos géneros, ya que mientras promueve una intensa actividad sexual en los varones, insta en las mujeres el ejercicio de una sexualidad que sólo se justifica en el marco de la reproducción, dos desempeños que en

⁹³ La vulnerabilidad deriva de una serie de factores que fuera del control de las personas, reducen la capacidad de individuos y comunidades para evitar el riesgo de contraer el vih. Estos factores pueden incluir: (1) falta de los conocimientos y las aptitudes requeridas para protegerse a sí mismo y a los demás; (2) factores relativos a la calidad y la cobertura de los servicios (p. ej., imposibilidad de acceder a los servicios debido a la distancia, el costo u otros factores); y (3) factores sociales como violaciones a los derechos humanos o normas sociales y culturales. Estas normas pueden incluir prácticas, creencias y leyes que estigmatizan y restan poder a ciertas poblaciones, limitan su capacidad para acceder o usar los servicios y bienes de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Estos factores, por sí solos o combinados, pueden crear o exacerbar la vulnerabilidad individual y colectiva al vih (Onusida 2007).

un mismo imaginario potencian el riesgo y dificultan la agencia para confrontarle (Valdez 2006; Symonds 1997; Clark 2006; Ávila 1999)⁹⁴.

“Muerto el niño a tapar el pozo” La experiencia como origen de la construcción del riesgo.

Wildavsky (1988) señaló dos estrategias universales mediante las que los sujetos construyen su riesgo, la “*capacidad adaptativa*” (resiliencia) y la “*anticipación*”, la primera de ellas opera en función de la dinámica ensayo-error, es decir, una vez sabiéndose expuesto se procura corregir los errores y se acumula seguridad a través del aprendizaje al hacerlo, la “*anticipación*” opera de forma opuesta, los sujetos intentan evitar previamente la amenaza situada como hipótesis, en consecuencia, no permite ensayos o errores respecto a la amenaza.

Si bien la segunda estrategia sería la idónea ante amenazas como el VIH/sida, las narrativas evidencian que la conciencia que respecto al riesgo se desarrolla deriva la mayoría de las veces a manera de resiliencia, es decir, la “*confianza*” que desarrollan las mujeres respecto a la amenaza es de tal magnitud que sólo la experiencia de la infidelidad logra movilizarle.

La principal limitación de las mujeres para construir y aceptar el riesgo tiene que ver con la representación que se erige en torno al “*deber ser*” en el plano sexual de una pareja estable, la exclusividad sexual se asume como dada y en dicho sentido la “*confianza*” funciona como un velo que invalida no sólo la construcción del riesgo, sino incluso la percepción de incertidumbre respecto a la posibilidad de estar expuesta a la amenaza.

⁹⁴ Se define la vulnerabilidad Social al conjunto de relaciones, comportamientos, creencias, formas de organización (institucional y comunitaria) y manera de actuar de las personas y las comunidades que las coloca en condiciones de mayor o menor exposición.

En el sentido anterior, la movilización de la variable “*confianza*” representa si no la única, sí una de las principales variables detonadoras de la construcción del riesgo. La movilización que estas mujeres pueden llevar a cabo respecto a la “*confianza*” desarrollada, ocurre principalmente a través de dos mecanismos, el primero de ellos tiene que ver con el conocimiento que han adquirido sobre los contextos en los que se insertan sus parejas durante la migración, el segundo, con las experiencias de infidelidad personales o en parejas de su comunidad con quienes comparten la condición de migración.

Con respecto al primer mecanismo, varias mujeres reconocieron haber dado cuenta de su proximidad con el riesgo, una vez que habían sido puestas en antecedente a partir de diversas fuentes de información (parejas, vecinas, comunidad, medios de comunicación) sobre las condiciones que sus parejas viven durante la migración, contextos en los que según sus narrativas destaca el fácil acceso de los varones al sexo casual o comercial.

“Yo si he tenido miedo para que le voy a decir no, mi miedo era también por lo que él que me había contado que veía allá, mujeres que se les dan por unos dólares o que andan en los parqueaderos con las “chichis” de fuera y pues ellos no son de palo y uno hasta acá, entonces ahí pensé y reflexioné que a lo mejor este había hecho algo allá..... sí me ha pasado por la cabeza que me pueda enfermar de eso, porque como le digo como voy a asegurar que no, si yo no sé cómo anda él cuándo vaya para allá” (Estela, Rancho nuevo)

El “*conocer*” desde la subjetividad de los otros, los contextos en que sus parejas se involucran, impacta en que estas mujeres en vez de construir su riesgo desarrollen una condición de miedo frente a la amenaza, y es que si bien describen con fluidez impresionante los contextos “*de riesgo*” en que sus parejas se insertan tanto en sus trayectos como en sus destinos. Por otra parte, no debe dejar de considerarse que se trata de narraciones en gran parte construidas a partir de una subjetividad que les obliga “*ver*” una realidad que enmarcada en lo moral no les posibilita un análisis razonado, sino más bien

una descripción saturada de prejuicios que satanizan las practicas de los “otros”, sin colocar en escena la vulnerabilidad personal.

Es importante dar cuenta cómo en las narrativas anteriores, comienza a evidenciarse el reconocimiento de la vulnerabilidad de sus parejas en los trayectos y destinos migratorios, con ello parece iniciar a movilizarse el imaginario que sostiene el riesgo de los varones como una elección racional, reconociéndole en semejanza con el riesgo de ellas, derivado de las condiciones contextuales en que se insertan durante la migración. El hecho de iniciar a aceptar que la soledad funciona como detonador de la amenaza, evidencia una especie de exoneración de la culpa que con antelación había sido asignada a quienes participan de la migración, por lo menos desde la mirada de sus mujeres.

Desde este marco se hace necesario reconocer el *miedo* cómo una construcción social que se desarrolla antagónica al riesgo, y digo antagónica porque si bien exige una reflexión y asimilación sobre la amenaza, el marco desde el que se elabora carente de fundamento e información resulta insuficiente para que los sujetos piensen e implementen desde lo técnico estrategias para no resultar infectadas, en este contexto, el *miedo* funciona como un alerta que sólo impulsa la creación de estigmas y mitos en un intento por “*defenderse*” de un amenaza que poco se conoce.

Con respecto al segundo mecanismo, la experiencia previa de infidelidad, se encontró el caso de mujeres que narran haber desarrollado conciencia respecto al riesgo únicamente después de tener certeza sobre la existencia de relaciones extramaritales por sus parejas, ya sea en sus localidades de origen o durante su estancia en los EUA

“La verdad yo nunca me había sentido en riesgo para esta enfermedad, hasta que ese día él me llamó y me dijo que lo acababa de hacer con una mujer de “esas” (sexo servidora), esa vez si pensé que podía tener sida, me dio miedo que me fuera a contagiar de algo así, como quien dice me di cuenta que estando él allá, yo podía tener esas enfermedades, por lo mismo que hacen ellos de ir a buscar mujeres que porque se sienten solos” (Alma, Rancho nuevo)

El caso de Alma llama particularmente la atención, debido a que es la comunicación con su pareja la que le hace dar cuenta de un riesgo que no existía con antelación, y del que quizá jamás hubiese dado cuenta de no ser por la “*confesión*” que le obliga a renunciar a la “*confianza*” que había mantenido respecto al vih/sida.

Otras mujeres han debido movilizar la “*confianza*” en función no de una certeza, sino más bien de una incertidumbre, pues si bien no están ciertas de que sus parejas se involucren en relaciones extramaritales, intuyen la realización de dichas prácticas y en función de ello inician a desarrollar una conciencia respecto a su riesgo

“Yo siempre tuve miedo de que me contagiara algo, él no me aseguraba que no anduviera con nadie allá, yo me enteraba de lo que él andaba haciendo porque aunque uno este hasta acá uno sabe en lo que andan ellos, por lo mismo que andan junto con esposos de las vecinas o cerca de amigas que también se han ido para allá....” (Lourdes, Rancho nuevo)

La certeza del encuentro sexual con parejas concurrentes, representa en muchas mujeres un elemento imprescindible para la construcción del riesgo, particularmente cuando esta posibilidad implica el acceso a mujeres que ejercen la prostitución o acceden a su vez a otras parejas sexuales (Gayet y Cols., 2011). En este sentido, resulta relevante dar cuenta de la experiencia de infidelidad como un eslabón necesario para comenzar a elaborar el riesgo, pero también para problematizar cómo en dicha experiencia va implícita la posibilidad de perder la salud y la vida (Collazos y cols. 2005; Dides y Cols. 2006; Dides, Valdés, Barrales, Márquez, 2005).

Otros indicadores del riesgo, la reconfiguración de la práctica sexual

Las mujeres relataron sobre las reconfiguraciones que su práctica sexual experimenta posterior a la inserción de sus parejas en la migración, contexto en el que nuevas exigencias y requerimientos sexuales se hacen comunes. La solicitud recurrente de prácticas sexuales que antes de la migración no habían sido planteadas, llega a desencadenar confrontaciones al interior de las parejas, particularmente por invitar a las mujeres a involucrarse en prácticas que en ojos de ellas resultan indignas, indecentes o francamente violentas, pero también por hacer evidente nuevas experiencias sexuales de sus parejas y con ello, las obliga a reconocer el riesgo en su salud sexual (Amuchástegui, 2001; Rodríguez y De Keijzer, 2002).

Mayor impulso y deseo sexual, fetichismos y posiciones sexuales que antes no se habían sugerido, son sólo algunas de las reconfiguraciones que narran en sus parejas una vez que retornan de la migración

Cuando él regresó de allá sacó cosas nuevas en las relaciones... por ejemplo que yo nunca lo había hecho...¿Cómo le diré? ... bueno oral y no sé cómo se llama por atrás, y cuando él viene me pide que yo le haga eso, --- pero como yo le digo "lo que es normal es normal y yo más no puedo darte" (Olivia, Rancho nuevo)

La narrativa que Olivia comparte, evidencia el estado de museificación/consumo que sobre el ámbito de la sexualidad se ha impuesto (Agamben, 2005, p. 106-118), se puede consumir con erotismo y lujuria lo que está en el sector de lo profano, las mujeres que están sólo para aplacar el deseo carnal, las sexoservidoras que existen para que los varones ejerzan su sexualidad lúdica sin atender límites entre lo permisible y no permisible; sin embargo, las mujeres que se adscriben a la esfera de lo sagrado a partir de la maternidad, están obligadas moralmente a poner límites respecto a lo aceptable o no en los encuentros sexuales,

ejerciendo una práctica sexual en semejanza a un sacrificio, un ritual por el que deben pasar para alcanzar la maternidad.

Pero no todas las mujeres son incluidas en las nuevas prácticas de sus parejas, algunas narran nuevos comportamientos que no forzosamente les involucran

“Conmigo regresó y era igual en eso, pero si cambio pa’ afuera, como que se volvió más de ir más seguido con las cantineras y ese tipo de mujeres, yo digo que a lo mejor lo hizo allá y regresó impuesto” (Fabiola, La veinte)

Migrar a los Estados Unidos se instituye dentro de un imaginario en el que involucrarse en un contexto distinto, modernista y liberal; irrumpe sobre las representaciones, experiencias y roles que los sujetos tienen en relación a la sexualidad, llegando a impulsar comportamientos sexuales que quizá reprimidos en los contextos de origen, encuentran en las condiciones de presión social, emocional y cultural prevalecientes en los procesos de migración, un justificante para explorar nuevos comportamientos (Cantú, 2009).

Otras reconfiguraciones de la práctica sexual que parece alertar a las mujeres sobre su riesgo, es el interés repentino de sus parejas por hacer uso del condón en el encuentro sexual, una medida que con frecuencia es bien tomada por ellas, incluso cuando la petición de usar el condón se haga desde argumentos carentes de fundamento

“Una vez que vino usamos condón, me dijo que lo debía usar porque le había dicho el doctor de allá (EUA), es que traía gripa y el colesterol alto, pero no porque me fuera a contagiar de nada, sino nada más como preventivo” (Inocencia, La veinte)

Discursos como los anteriores hacen necesario reflexionar sobre tres puntos centrales, el primero, reconocer el desarrollo de una consciencia de riesgo en los varones conforme inician a involucrarse en nuevos contextos de riesgo; segundo, el escaso conocimiento que poseen las mujeres respecto a la utilidad y funcionamiento de los métodos de protección, y

tercero, la existencia de un temor que sustentado en las representaciones condón-promiscuidad, obliga a los varones a recurrir a argumentos que aun siendo insustentables, legitimen su utilización en contextos en los que declarar la existencia de relaciones extramaritales sería condenado, enjuiciado y repudiado.

Las narrativas expuestas sobre las reconfiguraciones que en el plano sexual acontecen, evidencian como si bien la migración no puede tipificarse como una conducta de riesgo, la dinámica que acompaña dicha movilización potencia la vulnerabilidad de los sujetos frente a las ITS, quienes migran se ven involucrados frecuentemente en prácticas sexuales que incluso pueden llegar a ser no libres y placenteras, sino forzadas y padecidas, con impacto no sólo en las formas de ejercer la sexualidad, sino reconfigurando las formas en que se piensa y significa el encuentro sexual y las condiciones de poder que en él se juegan (Bronfman y Minello, 1995; Núñez Noriega 2011).

7.3. GESTIÓN DEL RIESGO, LA DESIGUALDAD DE GÉNERO SU PRINCIPAL OBSTÁCULO

Si bien es cierto que la bibliografía que refiere a la gestión del riesgo en materia de salud hace énfasis sobre los programas de prevención y contingencia, también es cierto el poco interés que pone en el papel que los sujetos desempeñan sobre los escenarios de riesgo, tanto en su experiencia y conciencia respecto al riesgo como en su disposición para implementar estrategias para reducir su vulnerabilidad.

En el sentido anterior, el presente apartado profundiza sobre las estrategias que las mujeres implementan en la gestión del riesgo frente al vih/sida, centralizando sobre dos principales, la negociación para el uso del condón y la aceptación de las pruebas de detección oportuna.

Motivaciones y desmotivaciones para el uso de condón.

La mayoría de los estudios que exploran la prevención de ITS, señalan la falta de disposición de los varones para la utilización del condón como el principal impulsor de vulnerabilidad, sin embargo, los resultados del presente acercamiento permiten dar cuenta que entre las mujeres prevalecen también representaciones que negativamente asociadas al condón, obstaculizan el posicionamiento asertivo en la negociación para el uso del dispositivo (Uribe et. Al, 2009).

En función de haber identificado en las representaciones de estas mujeres, un importante obstáculo para la negociación del uso de condón, se ha realizado un análisis más profundo a partir de tres rubros, 1) La información que manejan respecto al condón, 2) La experiencia y disposición respecto a su utilización y 3) Las representaciones morales asociadas al mismo.

En lo que respecta al rubro información, se encontró que aun cuando los derechos sexuales promovidos por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología (1997) abogan porque todo sujeto tenga oportunidad de acceder a una educación sexual integral, dicho postulado, poca aplicabilidad tiene en los contextos a que estas mujeres pertenecen, espacios en los que aún no está correctamente legislada la responsabilidad que al respecto compete a los ámbitos escolar, sanitario y familiar (Ver tabla no. 8).

TABLA NO. 8. CONOCIMIENTO SOBRE EL CONDÓN		Urbanas		Rurales	
		No	%	No	%
Conocimiento sobre el condón	Han recibido información	10	100	10	100
	Han recibido condones	10	100	8	80
Fuente de información y dotación de condón	Escuela	-----	-----	4	40
	Centro de salud	10	100	6	60

Fuente: Entrevistas transcritas realizadas a mujeres de migrantes durante el periodo de enero a diciembre de 2011

Pese a que el acceso a la información parece igual entre las mujeres de “*La veinte*” y “*Rancho nuevo*”, la oportunidad para acceder a los dispositivos de barrera no ocurre de manera semejante, en este sentido, aunque algunas mujeres de “*La veinte*” referían haber recibido información acerca del condón, muchas de ellas le desconocían físicamente. Reforzando esta noción de información incompleta, este mismo grupo de mujeres manifestó ideas erróneas respecto a su utilidad y funcionamiento.

“Nunca hemos usado condón, ni él lo dice ni yo se lo pido (risas) no nos gusta, no sé que piense él pero yo pienso que lastima, por lo mismo que están largos, se me hace lastimoso ¿no?”
(Carmela, *La veinte*)

A diferencia de las mujeres de “*La veinte*” las de “*Rancho nuevo*” parecen tener información más completa respecto al dispositivo, una diferencia que si bien podría obedecer a multitud de variables enunciadas en los capítulos anteriores (familias menos conservadoras, mayor apertura en la comunicación respecto a la sexualidad, etc.), podría explicarse también en función de las fuentes de información que sobre el condón han tenido, pues mientras los servicios de salud predominan como fuente de información entre las mujeres de “*Rancho nuevo*”, en las mujeres de “*La veinte*” prevalece la escuela como única fuente de información asequible (Juárez y Gayet, 2005).

La sustitución de los servicios de salud por la escuela en lo que respecta a la información sobre el condón, podría tener influencia en que aun cuando algunas mujeres manejen información general respecto al dispositivo continúen desconociéndole físicamente, y es que si bien durante décadas la escuela ha sido protagonista en materia de educación sexual, la realidad es que no sólo en México sino en América Latina, su participación no está correctamente legislada, los contenidos que se revisan y la profundidad con que se abordan se supeditan al libre albedrío de los profesores, provocando que gran parte de las ocasiones

la información que se hace llegar a niños y jóvenes sea incompleta e incluso equivocada (Demaría, 2009).

Lo anterior cobra relevancia cuando damos cuenta que la diferencia respecto a la información sobre el dispositivo, se refleja también en la aceptación y la experiencia que muestran estas mujeres respecto a la utilización del mismo, rubro en el que se reiteran discrepancias relevantes entre ambos grupos (Tabla no. 9)

TABLA NO. 9 ACEPTACIÓN Y UTILIZACIÓN DE CONDÓN		Urbanas		Rurales	
		No	%	No	%
<i>Uso de condón</i>	<i>Lo han usado</i>	7	70	4	40
	<i>Lo han querido usar</i>	3	30	-----	-----
	<i>No lo han usado</i>	-----	-----	6	60
	<i>No aceptarían utilizarlo</i>	-----	-----	1	10
<i>Motivo de uso</i>	<i>MPF</i>	2	50	3	30
	<i>Prevención de ETS</i>	5	20	1	10

Fuente: Entrevistas transcritas realizadas a mujeres de migrantes durante el periodo de enero a diciembre de 2011

Mientras entre las mujeres de “*La veinte*” prevalecen aquellas que refieren no haber tenido la experiencia de utilizarlo, e incluso se presenta el caso de una mujer que explícitamente niega disposición para usarle, las de Rancho Nuevo no sólo narran mayor experiencia en su uso, también narran una demanda insatisfecha respecto al dispositivo dada la renuencia de sus parejas por participar de su utilización. Evidencias de mayor utilización del condón en población urbana que rural ya han sido reportadas en otros estudios, aun cuando han focalizado en un grupo de población distinto, el de adolescentes (Gayet y Cols., 2003; Torres y Cols. 2009; Noar, 2006; Cortes y Cols. 2007)

Conforme las mujeres van profundizando en sus narrativas respecto al condón, en ambos grupos inicia a surgir estigmas de tipo moral en los que *promiscuidad* e *infidelidad* figuran como los dos principales. En este contexto, si bien la mayoría de las mujeres señalan la

renuencia de su pareja cómo principal obstáculo para protegerse de ITS, no debe dejar de reconocerse la existencia de representaciones que desde el propio imaginario de las mujeres desalientan el uso del condón, significándole un símbolo de promiscuidad y de uso exclusivo en sujetos con prácticas sexuales “*indecentes*”.

Es interesante dar cuenta cómo el uso del condón se complejiza desde lo cultural, en contextos en los que se piensa que una mujer que acepta o propone utilizarle, acepta también la posibilidad de encuentros sexuales extramaritales en ella y su pareja, una cuestión que pone en entredicho la reputación moral y el respeto social del que se supone acreedora cualquier mujer capaz de mantener la exclusividad sexual de su pareja.

“Nunca le he pedido que use condón porque a ninguno de los dos nos gusta usar eso, yo pienso que se enojaría si le dijera, me diría que porque sé de eso, se encabronaría y hasta una buena chinga me anda dando (risas)..... si él me dijera a mí que lo hiciéramos con condón, le diría que no que con eso no, porque no me gusta, eso es para “locas” (Carmela, La veinte)

La narrativa de Carmela evidencia cómo las propias mujeres han terminado por internalizar una serie de representaciones que no sólo reprimen el ejercicio de su sexualidad, sino que representan una amenaza para su salud sexual y reproductiva. El discurso expone también de qué forma *violencia* y *sexualidad* se vinculan dentro de un mismo campo, de manera que deja de cuestionarse la impertinencia de dicha violencia.

En este contexto se hace necesario, sin embargo, reconocer la existencia de mujeres que si bien vinculan el condón con la *inmoralidad*, aceptan utilizarle cuando la propuesta de usarlo es planteado por sus parejas

“Nunca le he dicho a él que use condón, lo usó un tiempo pero fue porque él dijo que me hacía daño tomar tantas hormonas... sabe qué haría si me encontraré condones en la casa, yo creo que me diría ¿y tú porque tienes? ¿Con quién los usastes? Si creo que se enojara, yo también me enojaría si le encontrara condones porque ¿pa que los quiere? Porque entonces ha tenido relaciones con otra, si me molestaría porque sería como una prueba de que si anda de demás ¿no? (Teresa, La veinte)

El estigma parece no posicionarse propiamente en el condón, sino en la mujer que es capaz de negociarle, puesto que dicha negociación se equipara a la confesión de una práctica sexual inmoral, en el entendido que dicho dispositivo se considera necesario únicamente en personas que tienen prácticas sexuales casuales, extramaritales o con sujetos clasificados “de riesgo”. En este sentido, parece ser que en la renuencia por participar de la negociación del condón, encuentran estas mujeres la oportunidad de relegitimarse como “*decentes*” y consecuentemente dignas de vivir en la institución más valorada en nuestra sociedad, el matrimonio (Hirsh y Cols, 2002; Population council, 2004)

Para ejemplificar el estigma que el condón llega a agenciarse en los contextos de estas mujeres, basta recuperar el rechazo que las mismas muestran a la posibilidad de que sus parejas porten condones, una acción que lejos de representarles tranquilidad les representa una agresión que quebranta su imaginario de monogamia, experiencia que llega a instituirse más dolorosa que aceptar la posibilidad de perder la salud o hasta la vida.

“Si él me dijera que quiere usar condón y lo trajera si me enojaría, porque pensaría que eso también lo usa estando allá, si lo tomaría a mal porque eso querría decir que él se está metiendo con otra y yo no sé, a ver dígame ¿a mí de que me sirve que se meta con otra y use condón si de todas formas se está metiendo con otra persona? yo de todas maneras me enojaría” (Juana, La veinte)

Resulta relevante dar cuenta del orden que los valores juegan en las sexualidad de estas mujeres, donde el aceptar el uso del condón en sus parejas llega a significarse como una autorización para acceder sexualmente a otros cuerpos (Uribe y Cols. 2012, 2009).

La representación condón-promiscuidad/infidelidad se instituye en un obstáculo cultural, moral y social para la gestión del riesgo de vih/sida y otras ITS, dado que reta representaciones del orden social en dos sentidos, por un lado, cuestiona la vigencia de una de las instituciones más valoradas en nuestro contexto, la monogamia y la exclusividad

sexual que a ella se asocia; por otro, el hecho de que las mujeres muestren conocimiento sobre sexualidad y métodos de protección, les obliga a renunciar a ser contempladas como “*inexpertas*” o “*decentes*” dos valores simbólicos que representan la única propiedad que muchas de ellas poseen para resultar dignas de ser esposas (Hirsch 2002; Population council 2004; Ortiz y Cols. 2000).

Para algunas mujeres la negociación del condón no sólo les significa una amenaza moral y social, representa también la posibilidad de ser objeto de violencia por parte de sus parejas, una contingencia que aun siendo poco asertiva llega a resultarles justificable para ellas, dado a que en su imaginario prevalece también el vínculo condón-promiscuidad/inmoralidad

“Si el trajera un condón la verdad no sé cómo reaccionaría, creo que me enojaría porque pensaría que me anda poniendo los cuernos, a lo mejor es porque ya no está a gusto conmigo y eso si me enoja...Si él me encontrará uno si se enoja, imagínese si por menos me ha golpeado, pienso que se me iba encima a los golpes” (Sara, Rancho nuevo).

Las mujeres asumen entonces que solicitar el uso de condón conlleva la posibilidad de resultar violentada, ciertas de estar insertas en contextos en los que la infidelidad femenina resulta una amenaza “*imperdonable*” para la virilidad que se desempeña en el contexto patriarcal (Bernal, 2010; Torres, Zarco y Allen, 2010)

Conforme las mujeres profundizan en sus narrativas, se identifican mayores diferencias respecto a la representación del dispositivo, en dicho sentido, mientras para algunas de ellas el uso de condón se concibe sinónimo de la presencia de padecimientos venéreos y en dicho sentido se torna indeseable, otras si bien continúan cuestionando su uso desde lo moral, comienzan a reconocerle en un dispositivo necesario para la prevención de ITS.

Respecto a las mujeres que muestran resistencia al uso del condón por asociarle con enfermedad o promiscuidad, encontramos numerosos discursos en los que el condón se descalifica por asociarle cómo indicador del padecimiento de ITS

“Él nunca usa condón y si un día me lo pidiera (usarlo) le preguntaría que porque ahora quiere usarlo, ni modo que digamos que porque no queremos tener familia, yo ya no puedo (embarazarse)... ahora que porque me quiera cuidar ¿Por qué? ¿Con quién se metió? ¿De qué está enfermo? Yo lo primero que pensaría es que a esté ya le pegaron una enfermedad de “esas” (ITS)” (Marina, La veinte)

La narrativa anterior evidencia cómo la propuesta de los varones por utilizar condón se satura de múltiples complejidades morales, representaciones que deben enfrentar insertos en contextos en los que da la impresión que las mujeres preferirían resultar infectadas, antes que ser conscientes de los encuentros sexuales extramaritales de sus parejas.

En este contexto sin embargo, existe el caso de mujeres que parecen haber iniciado a movilizar estas representaciones, si bien no puede aludirse una deconstrucción completa del estigma, el condón comienza a contemplarse a manera de “*un mal menor*” que favorece la salud.

“Si le hayo condones ahora sí que no estaríamos bien en la relación, porque yo estaría con la idea de por qué los trae y con quien los usa, pero también por otro lado pensaría que si se cuidó y no me preocuparía porque me traiga enfermedades” (Verónica, Rancho nuevo)

“Yo si le he pedido a el que use condón y se lo pone... Si le encontrara en sus cosas un condón, pues creo que me enojaría porque anda con alguien, pero al mismo tiempo diría que por lo menos se cuida aunque si le pediría explicación de con quien lo usa y onde (sic)” (Norma, Rancho nuevo)

En estas narrativas si bien el condón continúa representándose como un símbolo que atenta contra las representaciones del “*deber ser*” en una pareja estable, inicia también a ser contemplado como un símbolo que les brinda certezas de no estar expuestas al riesgo de una ITS. En el sentido anterior, conviene reflexionar cómo aun cuando en ambos grupos de mujeres prevalece la representación condón-promiscuidad, la aceptación por utilizarle

difiere, mientras quienes le asocian exclusivamente con promiscuidad-infidelidad aluden su uso cómo motivo de molestia y conflicto, quienes han logrado dar cuenta del mismo como un dispositivo de prevención, comienzan a reconocerle como un factor de protección para su salud.

Pero gestionar la utilización del condón es por mucho más compleja, para algunas mujeres negociar su utilización resulta prácticamente inadmisibles, sabiéndose insertas en contextos en los que incluso llega a concebirse “*impertinente*” hablar de sexualidad con sus propias parejas, un aspecto que adquiere relevancia, considerando que la comunicación ha sido señalada reiteradamente como una competencia base para reducir el riesgo de ITS (Noboa y García 2006; Crosby et al., 2002; Monahan, Miller, & Rothspan, 1997).

Esta ausencia de comunicación se evidencia cuando las mujeres refieren preferirse ignorantes del pasado sexual de sus parejas, en un imaginario en el que parecen aferrarse a pensar que ellos han vivido sólo a partir de que ellas existen en sus vidas. En esta lógica, es común que las mujeres desconozcan en su mayoría el número de parejas sexuales que ha tenido su marido, así como las experiencias sexuales en que ha incurrido, asumiendo que si están con ellas es porque son y han sido siempre exclusivamente heterosexuales y con vida sexual sólo con ellas

“Yo no hablo de eso (sexo) con él, sabe porqué me da pena, también él es bien penosillo, sólo sabe porque ando en mis días, pero solo eso. Nunca hemos dicho si él ha estado con otras mujeres, yo nunca le he preguntado ni el tampoco a mi...él fue mi primer novio y mi primer hombre, de su pasado yo no le pregunto nada ¿pa´que? No me interesa lo de antes, pa´ mi yo soy su mujer y ya” (Carmela, La veinte)

El conocer sobre los antecedentes sexuales de sus parejas no se concibe necesario, más bien representa una especie de agresión al marco de respeto que debe existir en toda pareja estable. En este tenor, llama la atención que existan mujeres que conscientes de la

participación de sus parejas en relaciones extramaritales, prefieran no profundizar en detalles sobre si sus parejas usan condón o no, desde un imaginario que da por hecho que el condón se utiliza con “*mujeres locas*” para garantizar la salud de “*mujeres decentes*”

“Cuando pasó que él se metió por allá (EUA) con esta mujer (sexoservidora), yo no le pregunté nada, él fue el que me dijo que había usado condón, una amiga me decía que le preguntara si antes lo había hecho sin condón, pero no, a mí no se me hace que uno deba andar preguntándoles ahora si que cómo lo engañaron a uno yo creo que él sí piensa en ponerse condón, como esa vez que me dijo que lo usó, ellos saben cómo hacerlo con cada quien” (Alma, Rancho nuevo)

Puede darse cuenta de la existencia de contextos en los que vergüenza y desconfianza bloquean toda posibilidad de planear, negociar y acordar las condiciones del encuentro sexual, contemplando dicho encuentro como resultado de una necesidad instintiva en los varones y una obligación social de las mujeres, un imaginario colectivo en el que poca cabida tiene pensar en la posibilidad de que estas mujeres negocien asertivamente su protección ¿Cómo pedirles que negocien con sus parejas el uso de un dispositivo que para ellas mismas no es aceptable y mucho menos deseado?

El verdadero desarrollo de agencia para negociar un encuentro sexual protegido, sólo podría pensarse fundamentado en la deconstrucción de representaciones que respecto a *vih/sida* y *condón* han configurado en sus contextos, derivado de discursos institucionales que no siempre son objetivos, laicos e imparciales (iglesia, escuela, medios de comunicación e incluso los servicios de salud).

Motivaciones para la utilización del condón

Respecto a las motivaciones que han impulsado la utilización del condón entre las mujeres que han tenido la experiencia de usarlo, las experiencias difieren, una parte importante de

ellas refiere el uso del condón en su función de método de planificación familiar, otras tantas haberle usado tras reconocerse en riesgo frente a ITS.

Las escasas mujeres de “*La veinte*” que refirieron haber vivido la experiencia de utilizar condón, narraron la negociación exitosa del dispositivo frente a sus parejas habiendo planteado su pertinencia para postergar y evitar el embarazo sin experimentar los efectos secundarios asociados con otro tipo de MPF

“Yo le pedí que se lo pusiera un tiempo, es que la piel se me empezaba a manchar con las pastillas.... Nunca lo usé para prevenir una enfermedad, sólo una vez que le dije que me los habían dado para prevenirse uno de enfermedades, me dijo que como iba a creer eso de él, se sintió y pues es que si, yo quiero creer en él, no creo que él ande por allí (con otras mujeres)”
(Rosalinda, *Veinte de noviembre*)

Rosalinda narra haber obtenido respuestas distintas en su pareja frente a dos argumentos diferentes para sugerir el uso de condón, si bien su pareja aceptó usarle cuando ella justificó su necesidad para consecuencias cosméticas secundarias, rechazó determinante y ofendido el usarlo con fines de prevención de ITS.

A diferencia de las mujeres de “*La veinte*”, algunas mujeres de “*Rancho nuevo*” narraron haber recurrido al uso del condón para prevenir el contagio de ITS, una vez que han sido conscientes de encuentros sexuales extramaritales en sus parejas

“El sí ha andado con mujeres, una vez le reclamé y le dije que se largara pero sabe porque nunca me dejó.... Yo si tenía miedo de que me pegara una enfermedad, en ese tiempo yo traía el dispositivo, pero siempre que él quería estar conmigo yo le decía “si quieres que yo esté contigo pues te vas a poner condón y si no, no me busques” y pues él tenía que, así duramos medio año ya después le di chance que ya no lo usara” (Verónica, *Rancho nuevo*)

Parece entonces que el convencimiento de las mujeres para negociar la utilización del condón está determinado por la certeza o incertidumbre de que sus parejas sostengan relaciones sexuales concurrentes, como si la ruptura de la confianza en la otredad impulsara

el desarrollo de la percepción respecto al riesgo (Gorbach et. al 2002; Gayet y Cols. 2011). Parece ser por otro lado, que el hecho de haber resultado evidenciado en prácticas sexuales con terceros, reposiciona a los varones en una situación en la que resulta poco pertinente manifestar objeción para el uso del condón.

Sin embargo, no sólo las mujeres que tienen certeza de encuentros sexuales concurrentes en sus parejas han buscado negociar la utilización del condón, existen mujeres que sin tener certeza al respecto, refieren necesario el uso profiláctico del condón, desde un imaginario en el que la migración y la separación física que esta conlleva, se percibe facilitador de que sus parejas incurran en prácticas sexuales extramaritales.

“Yo le digo cuando llega que se ponga el condón y él no pone peros, es más con decirle que cuando se va entre broma y broma le hecho unos condones entre la ropa, le digo “Si andas por allá por lo menos cuídate”.... si se ve cada cosa ¿pa’ que se hace uno ciega?”(Estela, Rancho nuevo)

Puede darse cuenta que la movilización de la representación del matrimonio como certeza de exclusividad sexual, brinda la pauta necesaria para decidirse a la negociación del condón y en dicho sentido impulsar su utilización.

Conforme las mujeres profundizan en sus narrativas, se hace evidente que no todas han tenido éxito en la negociación del uso de condón, existen casos en los que ante la negativa determinante de los varones, no les queda más que resignarse a vivir con el temor de resultar infectadas reconociéndose carentes de agencia respecto a su propia salud sexual y reproductiva.

“Preservativo él nunca quiso, decía que porque yo soy su esposa y eso no tiene que ser así, que por eso él no anda con nadie más ... yo le decía que por lo mismo de que él se iba al otro lado yo no podía estar segura y me decía “no, hay que hacerlo como debe ser” (Sara, Rancho nuevo)

La existencia de narrativas como las anteriores, explican el hecho de que las mujeres conciben la amenaza del vih/sida a manera de peligro y no de riesgo, dado que se saben insertas en contextos en los que la toma de decisiones con respecto a su salud sexual y reproductiva les resulta ajena y en un marco de coacción en el que su autonomía es violentada.

Reconocer la existencia de violencia en el marco de la negociación del uso de condón, exige transformar los enfoques desde los que busca incidirse para reducir la vulnerabilidad frente al vih/sida y otras ITS, problematizar la realidad en que las mujeres se desempeñan y dar cuenta que se trata escenarios donde la desigualdad de poder entre géneros representa un obstáculo difícil de movilizar por enraizarse en lo cultural y legitimarse en lo social, contextos en los que para estas mujeres resulta preferible exponerse a resultar infectadas, que confrontar una amenaza que les resulta más familiar y cotidiana, la violencia de género^{95,96} (Avesa 2007; Canaval y cols. 2005; Ortíz, 2008)⁹⁷.

Sin embargo, las limitantes que para la gestión del riesgo se erigen en las cotidianidades de estas mujeres, no terminan en la pareja, el juicio que sociedad en general haga sobre sus actos contribuye en la perpetuación de su vulnerabilidad (Larrain, 1993, p. 202; Garibi, 2009). En este sentido, se encontró que la mayoría de las mujeres que narran haber implementado estrategias para confrontar el riesgo, relatan haberlo hecho procurando no

⁹⁵ Cualquier acto a amenaza de violencia basada en género que tenga como consecuencia o posibilidad de tener como consecuencia, perjuicio y/o sufrimiento de la salud física, sexual o psicológica de la mujer.

⁹⁶ Luhmann (2007:76) mencionaría “el primer riesgo de decisión – el que importa en primer lugar – es recogido completamente por un segundo riesgo, pero este también actúa como atenuante de aquel, porque el segundo riesgo es también un riesgo y de hecho bajo ciertas circunstancias un riesgo mayor”

⁹⁷ La violencia de género fue definida por la ONU como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción, o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada”.

salir del marco de lo “*socialmente aceptable*” y evidenciándose preocupadas por la impresión que sus acciones puedan generar en la sociedad.

Lo anterior se evidencia cuando narran la incomodidad que trae consigo, participar en los programas de detección oportuna de la enfermedad

“Cuando el vino yo le dije que usara condón, el me pedía en veces -ándale vamos a hacerlo sin condón” yo le decía - no, es que yo tengo miedo de que vayas a venir enfermo, entonces ya se desesperaba y me decía -pues entonces ya vamos a hacerme una prueba para que estés conforme de que yo no me meto con nadie... pero me dio pena llevarlo a que le hicieran la prueba, mejor acepté hacerlo ya sin condón” (Natalia, Rancho nuevo)

“Nunca me he tomado la muestra pero si me gustaría hacérmela, a él si lo he mandado a que se la tome pero tuve mucho problema, su mamá se enteró y me dijo que era yo exagerada y ridícula, que si el que desconfía es porque anda “de eso” y pues ni modo me aguanté, me dio pena pero preferí porque luego uno es el afectado” (Sara, Rancho nuevo)

Relatos como los anteriores dan cuenta de la complejidad que implica para estas mujeres gestionar su riesgo, insertas en contextos en los que sus cotidianidades se saturan de limitaciones sociales y culturales que constituyen verdaderos obstáculos para su agencia sexual y reproductiva.

El empoderamiento para la gestión del riesgo que estas mujeres son capaces de desarrollar, no se limita únicamente en función de sus representaciones personales o las de sus parejas, juegan un papel importante las representaciones que otros actores poseen (suegra, vecina, enfermera), miradas que desde su propio marco de representaciones juzgan y señalan la pertinencia o impertinencia de las acciones que las mujeres llevan a cabo para confrontar su riesgo, limitando el desarrollo de una agencia que incipiente termina cediendo frente a un imaginario colectivo que reprime, oprime e incluso expone a la muerte.

Búsqueda y aceptación de las pruebas de detección oportuna

Determinado por el contexto anterior, resulta interesante explorar la percepción y aceptación que tienen las mujeres respecto a las acciones de comunicación y gestión del riesgo desde los servicios de salud, rubro en el que se reiteran diferencias relevantes. Mientras algunas de ellas abogan por la exclusión de las “*amas de casa*” en los discursos de comunicación del riesgo, otras, principalmente las más jóvenes, reconocen la necesidad de ser incorporadas en los discursos de prevención, planteando propuestas para que la comunicación del riesgo logre mayor impacto en su cotidianeidad.

La divergencia en la disposición de las mujeres respecto a ser incluidas o no en la comunicación y gestión del riesgo, evidencia la construcción cultural que de la enfermedad se ha elaborado, en dicho sentido, el que una parte importante de ellas insista en no ser incluidas en la comunicación del riesgo, refleja cómo el miedo al estigma y la discriminación que se asocia con enfermedad resulta más intimidante que la misma posibilidad de morir, como si la exclusión significara una especie de muerte social mucho más temida que la muerte biológica (Rodríguez y García, 2006).

Otra cuestión interesante que aparece en las narrativas de estas mujeres, es la que hace referencia al escaso impacto que los discursos del personal sanitario tienen en la construcción de su riesgo. En este sentido, mientras algunas coinciden en no haber sido informadas con respecto a su riesgo potencial, otras narran haber sido objeto de medidas de gestión del riesgo (pruebas de detección rápida), sin comprender a fondo la condición que las hacía objeto de tales procedimientos, otras incluso llegan a referirse violentadas y en

desacuerdo con los discursos desde los que se pretende despertar en ellas una consciencia respecto al riesgo.

“Yo creo que las campañas de prevención deben ser dirigidas a las prostitutas y a los homosexuales, ¿a las amas de casa? tal vez si para que uno tenga conocimientos de qué forma se contagia el sida, pero nomas como información, no tanto porque lo necesitemos..... a mí nunca me han dicho nada de que yo tenga más riesgo que otras mujeres” (Martina, La veinte)

“De las campañas yo pensaría dárselas a los adolescentes para que sepan de eso de las infecciones, como se contagia y que se protejan sobre todo para evitar un embarazo... la enfermera me dijo que yo tengo más riesgo porque el anda allá y me dice que para lo mismo de prevenir que nos dé esa enfermedad tenemos que hacernos el Papanicolaou cada año.... me ha dicho que use condón, que porque él anda allá, pero yo no creo, yo pienso que los que andan aquí tienen más oportunidades de andar en malos pasos, porque los de nosotros allá se la pasan trabajando” (Elda, La veinte)

En función de las narrativas recuperadas resulta urgente reconocer que para la confrontación de una enfermedad de esta naturaleza, se requiere más que de una serie de estrategias aisladas, del empoderamiento verdadero de las mujeres respecto a su agencia sexual y reproductiva, una meta que sólo puede alcanzarse a través de una postura epistémica que con base en la perspectiva de género, deconstruya representaciones construidas desde lo social respecto al género, la enfermedad y la sexualidad.

Es necesario deconstruir representaciones que emergen cómo obstáculos desde distintos campos, incluso dentro de las propias instituciones, ejemplo de ello, es el señalamiento que algunas mujeres realizan sobre la recurrencia a prácticas de desigualdad de género en políticas y programas de salud, en los que resulta común y hasta cierto punto “*natural*” la exclusión de varones en la comunicación del riesgo

“Creo que debían hacer campañas a todos, porque todos somos humanos y todos tenemos ganas de tener relaciones, no por ser amas de casa se le van a quitar a uno las ganas de tener relaciones, ni ellos por estar casados se van a detener... a mí me dicen que si el condón, que hay que cuidarse, pero que yo sepa a él nunca le han hablado de las enfermedades que se contagian teniendo relaciones.... a nosotras (las mujeres) nos citan para lo de oportunidades pero es que venimos puras mujeres ¿de qué sirve si no los convencen a ellos? Ellos como hombres dicen que eso es cosa de mujeres y pues en la clínica yo creo también tienen esa idea” (Olivia, Rancho nuevo)

Las mujeres en sus narrativas plantean cuestiones sumamente reveladoras, en primer lugar, sobre la necesidad de que las mujeres involucradas en relaciones estables sean contempladas como seres con práctica sexual y erotismo, y en dicho sentido vulnerables al riesgo; en segundo lugar, exigen que el discurso institucional incorpore a los varones en los discursos de riesgo sobre salud sexual y reproductiva. Finalmente con sus narrativas nos demandan reflexionar sobre la imagen que los servicios de salud poseen desde el horizonte del usuario, a manera de una institución que indolente al problema de la desigualdad de género parece legitimarle desde lo institucional.

Pero si bien las mujeres señalan poco pertinente la estrategia de comunicación del riesgo de VIH/sida, en sus narrativas reconocen la existencia de variables “*informales*” que posibilitan su construcción del riesgo, entre estas destaca el impacto de las narrativas de riesgo locales respecto a la enfermedad

“Yo nunca me he tomado la muestra pero si me gustaría hacérmela, la otra vez estaba platicando con Dora (vecina) y me dijo que ella ya se la había hecho, por lo mismo me metió la idea de hacérmela, me la quiero hacer” (Sara, Rancho nuevo)

“Cuando él llegó yo si pensé en cuidarme con el condón, por lo mismo que las vecinas me decían y es que como ellas dicen, uno no sabe cómo pasa todo allá” (Lourdes, Rancho nuevo)

Las narrativas de Sara y Lourdes evidencian cómo la comunidad comparte y difunde su percepción respecto a un factor amenazante, construyendo en función de ello su propia noción del riesgo. Las mujeres platican del riesgo como una propiedad que comparten en el marco de migración de sus parejas, en estos relatos locales puede darse cuenta de qué manera cómo organización social comienzan a construir sus propios discursos para comunicar y proponer medidas de gestión frente al riesgo.

En lo que respecta a la aceptación de las mujeres por participar de los procedimientos de detección oportuna, se encontraron también posturas divergentes, mientras algunas refieren incomodidad por participar de dichos procedimientos, otras se muestran interesadas por realizarlas, incluso porque para muchas de ellas, la detección oportuna representa la única medida factible de ser empleada en contextos en los que la negociación del uso del condón ha fracasado.

Las mujeres que rechazan determinantes la posibilidad de participar en las pruebas de detección oportuna, no sólo evidencian rechazo por el procedimiento, también manifiestan incomodidad con el discurso del personal sanitario, respecto a un riesgo que consideran ajeno a sus experiencias personales

“A veces si me cansa que me digan que yo tengo más riesgo porque él anda en el otro lado, yo entiendo que es el trabajo de ellos (personal de salud) inculcarle a uno, porque a veces en ciertas cosas si somos bien cerradas, pero deberían pensar que no nomás las que tenemos esposos allá tenemos ese riesgo.... la otra vez me dijeron en el CS que me tomará la prueba del sida, en un principio no quería porque pensé que era por donde mismo que el Papanicolaou, pero ya me dijeron que era un piquete y me dejé, pero me dejé nomás pa´ que no dijeran que uno no coopera, porque yo estaba segura que no iba a salir nada malo, salí bien.... ¿Qué a mí se me ocurra ir a checármela? No ¿pa´ qué? como yo me siento bien y como le digo yo confío en él” (Teresa, La veinte)

El relato de Teresa evidencia cómo el discurso sanitario entra en conflicto con las representaciones que estas mujeres poseen respecto a la enfermedad y su sexualidad, en este sentido, aun cuando muchas de ellas acepten escuchar el mensaje del personal de salud respecto al riesgo y realizarse las pruebas de detección oportuna, dicha “*aceptación*” acontece dentro de un marco más interesado por evadir el conflicto con autoridades institucionales que cómo resultado de una verdadera conciencia respecto al riesgo.

Pero no todas las mujeres rechazan participar de las pruebas rápidas de detección, algunas refieren tener disposición para realizarlas una vez que se enteran de que existen, y es que un

número importante de mujeres refirió al momento de la entrevista desconocer la existencia de este tipo de pruebas o bien considerar que dichas pruebas sólo estaban disponibles para embarazadas, usuarios en los que se promueven mediante spots radiofónicos

“Si he pensado en ir a chearnos de no tener la enfermedad pero no sé exactamente como se toma la prueba ni en donde la hacen, supongo que en los hospitales, porque he visto que dicen en el radio que uno vaya a chearse cuando está embarazada, pero no sé si sea también aunque uno no esté embarazada” (Alma, Rancho nuevo)

Llama la atención el hecho de que para muchas de estas mujeres, las pruebas de detección rápidas representan la única opción de gestión posible frente al riesgo, dada la negativa determinante de sus parejas por participar del uso de condón

“Cuando le digo que use condón no quiere escuchar, se enoja..... lo que hice fue tomarme la prueba del sida hace como seis meses, al inicio me daba miedo y pena, miedo de que me digan que si la tengo y pena porque nomás poquitas nos subimos a la camioneta donde estaban tomando las pruebas, las otras mujeres nomás se nos quedaban viendo, cómo diciendo -en que andarán, pero pues me animé y viera que bueno porque en ese mismo rato nos dijeron que no teníamos [vih] y ya bien contentas y bien tranquilas” (Lidia, Rancho nuevo)

La detección oportuna del padecimiento llega a instituirse a los ojos de estas mujeres en una estrategia válida para confrontar el riesgo, e incluso cuando quizá desde la perspectiva de los servicios sanitarios sea poco oportuna, resulta útil considerando que la detección oportuna llega a evidenciar una incipiente construcción del riesgo dentro de contextos en los que no siempre es factible la utilización del condón.

Es necesario dar cuenta que la construcción del riesgo se evidencia tanto en el acto de prevenir mediante el uso del condón, como en la realización de pruebas que posibiliten la detección precoz de la enfermedad, instituyéndose esta última en un procedimiento que las mujeres solicitan como quien acude a la adivinación del destino, esperando que el azar o una deidad superior haya funcionado como protección en los encuentros sexuales.

Las narrativas con que las mujeres concluyen este capítulo, resumen la complejidad que adquiere el riesgo dentro de una sociedad que aun contemporánea, evidencia desigualdades sociales, políticas y económicas. Desigualdades que con base en el constructo social de género, legitiman y relegitiman que las mujeres vivan su sexualidad en entornos saturados de violencia que les constriñen mental y objetivamente para confrontar su riesgo de manera asertiva.

CONCLUSIONES

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo explorar la existencia de la construcción del riesgo respecto al vih/sida en mujeres de migrantes, dar cuenta del papel que las representaciones sociales de género, sexualidad, migración y vih/sida juegan en dicha construcción e identificar cómo estas representaciones son ignoradas o reconocidas en los discursos institucionales para la comunicación del riesgo.

El estudio se llevo a cabo con mujeres de migrantes de dos localidades social y geográficamente distintas del estado de San Luis Potosí, “*La veinte*” perteneciente a Ciudad Fernández en la región media del estado y con sustento importante en la actividad agrícola y “*Rancho nuevo*” situada dentro del municipio de Soledad de Graciano Sánchez en la región centro, localidad cuya cercanía con la capital le instaura en una dinámica relacionada con el trabajo industrial y la prestación de servicios.

Los resultados de la tesis permiten afirmar que la construcción del riesgo que las mujeres de migrantes elaboran frente al vih/sida, están sostenidas en las representaciones que en sus habitus particulares se producen y reproducen en relación a sexualidad, género, migración y vih/sida, representaciones que en la mayoría de los casos desalientan la construcción del riesgo, impulsando en su lugar, la construcción de miedos y estigmas que obstaculizan el auto cuidado y la prevención frente a la enfermedad.

Los hallazgos posibilitaron por otra parte, dar cuenta que la percepción del riesgo en las mujeres no es determinante en la confrontación que respecto a la amenaza puedan desarrollar, ya que la gestión que puedan hacer al respecto dependen de manera importante de la postura que sus parejas asuman al respecto, contextos en los que la ideología

patriarcal desalienta la aceptación en la utilización de medidas de protección, y coloca a las mujeres en desventaja para la decisión de las condiciones en que se suscita el encuentro sexual.

El estudio reveló también cómo la comunicación del riesgo poco o nada reconoce estas representaciones locales, cuestión que hace que los discursos institucionales resulten en su mayoría ajenos a la realidad que viven las mujeres en su cotidianidad, llegando a concebirse incluso violentos con sus imaginarios sobre género, salud y migración.

Dado que en el presente acercamiento se ha interesado propiciar la convergencia entre el enfoque histórico y el antropológico, la obra se estructuró en dos partes, en la primera se ha hecho una revisión de la evolución que el riesgo ha tenido como objeto de estudio en el ámbito de la salud y los discursos que sobre el riesgo y vih/sida se han impulsado en cada periodo histórico y sociopolítico particular, la segunda por su parte, abordó el trabajo antropológico realizado con las mujeres de ambas localidades, mediante la aplicación de historias de vida y mapas de implicación de riesgo.

En el primer capítulo se hizo una revisión del estado del arte respecto al estudio del riesgo de vih/sida en población inserta en dinámicas de migración internacional, encontrando que si bien resulta mayor la preferencia académica por explorar el riesgo desde enfoques positivistas y cuantitativos, se ha observado un incremento paulatino en los acercamientos que desde marcos cualitativos reconocen las condiciones de vulnerabilidad que confrontan los sujetos en su cotidianidad, exigiendo al Estado asumir la responsabilidad compartida con la población respecto al riesgo.

El segundo capítulo profundizó sobre la participación política y social que las instituciones han tenido en la configuración del riesgo y la enfermedad, haciendo una recopilación de los discursos que respecto al riesgo de vih/sida han prevalecido en México. Los discursos recuperados y analizados a partir de sexenios presidenciales, permitieron evidenciar cómo el vih/sida y el riesgo asociado al mismo se ha perfilado en función de una multiplicidad de intereses políticos y sociales que buscan legitimar ideologías y valores de grupos religiosos o políticos en momentos históricos específicos.

En el tercer capítulo se elaboró una contextualización general de las localidades y la población de estudio, la intención fue plantear el contexto en que se generan y explican las narrativas que comparten las mujeres a lo largo de la obra, así como dar cuenta de las diferencias y similitudes que guardan tanto las localidades como la población de estudio. Las diferencias más relevantes entre las localidades de estudio se refirieron a las motivaciones y las estrategias de migración, mientras en “*Rancho Nuevo*” se identificó que la participación migratoria acontece asociada a la falta de acceso a empleo dignamente remunerado, en “*La veinte*” la migración se perfila de manera importante como ritual y tradición; mientras en “*Rancho nuevo*” prevalece la migración clandestina, los varones de “*La veinte*” migran en su mayoría bajo convenios laborales mediante la Secretaría de Relaciones Exteriores (SER).

En lo que respecta a las características socio demográficas de la población de estudio, se encontró que si bien ambos grupos resultaron semejantes respecto a la variable de edad, diferencias relevantes se presentaron respecto al nivel educativo, estado civil y ocupación; en este sentido, las mujeres de *Rancho nuevo* refirieron mayores niveles de escolaridad,

mayor aceptación para vivir bajo el régimen de unión libre y mayor participación en actividades económicas que les posibilitan ingresos monetarios.

En el capítulo cuatro se realizó una recapitulación de las historias de vida de las mujeres, desde su infancia hasta el inicio de la vida conyugal, haciendo énfasis en la influencia que la construcción social de género ha jugado en la limitación de oportunidades escolares, laborales y de vida en general. Los hallazgos de este capítulo resultaron por demás relevadores, considerando que la experiencia de vida durante la infancia determina en gran medida el empoderamiento que estas mujeres desarrollen respecto a la defensa de sus derechos y el cuestionamiento de prácticas culturalmente aprendidas que les colocan en desventaja social, económica y política.

Resultó relevante dar cuenta que en su mayoría, se trata de mujeres que han visto limitadas sus oportunidades laborales y escolares en función de construcciones sociales de género que privilegian su permanencia en el espacio doméstico, y ponderan más su habilitación en quehaceres relacionados con el mantenimiento del hogar y el cuidado. Mujeres que pese a haber construido discursos en los que se asumen capaces de participar en la producción de bienes simbólicos (actividades domésticas, cuidado del otro, etc.), en su mayoría se auto descalifican para participar de la migración, dada la existencia de representaciones de género que les hacen percibirse carentes del valor, arrojo, fuerza, audacia y resistencia que atribuyen a la masculinidad.

En lo que respecta a las condiciones de vida conyugal que mantienen, se encontró que la mayoría han concretado uniones maritales tempranas tras noviazgos breves y clandestinos. La motivación para establecer relaciones maritales coincidió en un importante número de

casos con el deseo de dejar espacios familiares saturados de violencia física y verbal, la negación de oportunidades para estudiar e incluso con la sobrecarga de funciones que desde la infancia debieron desempeñar, dentro de espacios en los que la desigualdad de género les exigía mayor trabajo que a sus hermanos varones.

La mayor parte de las mujeres narró haber sido depositada en algún momento de su vida en la residencia patrivirilocal, espacio donde han sido más vigiladas que protegidas respecto a su comportamiento general, su desempeño como madres y particularmente en el ejercicio de su sexualidad. Los medios de los que las familias políticas se valen para mantener bajo control sus comportamientos, incluyeron desde el rumor sobre su comportamiento moral, la presión económica y el aislamiento de sus redes sociales, hasta la violencia física.

El quinto capítulo abordó la percepción que tienen las mujeres sobre su participación en la migración de sus parejas y sobre como dicho proceso incide en su cotidianeidad, a este respecto se identificó que existen diferencias en las percepciones que las mujeres tienen en relación a su condición de *“mujer de migrante”*, mientras algunas refieren su situación como un sacrificio necesario para mantener ellas y sus familias mayor calidad de vida, otras se aluden *“abandonadas”* tras percibir que poco o ningún beneficio familiar resulta de la permanencia de sus parejas en los Estados Unidos.

Si bien algunas de las mujeres se refirieron fortalecidas tras la experiencia migratoria de sus parejas, la mayoría coincidió en que la migración de sus parejas se traduce para ellas en pérdida de autonomía, debiendo tolerar la vigilancia inflexible de las familias políticas y siendo excluidas de participar en la administración e inversión de las remesas. Las mujeres que refirieron haber sido consideradas y partícipes de inversiones que benefician a la

familia como unidad (como es el caso de bienes inmuebles) se narraron mejor adaptadas a permanecer solas, así como menos ansiosas durante los periodos en que sus parejas no permanecen a su lado.

Fueron pocas las mujeres que se narraron responsables de la administración de las remesas, y aunque si bien evidenciaron una percepción de mayor estima y logro, resulta relevante reconocer que su desempeño en dicha “*administración*” ha ocurrido dentro de un marco en el que no les compete tomar decisiones respecto a las inversiones, sino ejecutar las indicaciones que sus parejas giran al respecto.

En lo que respecta a la percepción de riesgos que las mujeres construyen tras la inserción de sus parejas en la migración transnacional, se encontró que mientras las de mayor edad aluden peligros para la vida de los varones que se involucran en las travesías tanto del trayecto migratorio como de su permanencia en los Estados Unidos, las más jóvenes reconocen como peligro, la posibilidad de ser suplidas por mujeres del otro lado de la frontera o incluso la posibilidad de resultar infectadas de alguna ITS, este último riesgo construido casi siempre en función de experiencias de infidelidad que han acompañado la experiencia migratoria de sus parejas.

El sexto capítulo abordó las representaciones que respecto a la sexualidad poseen quienes participaron en este estudio, poniendo particular énfasis en la existencia de variables sociales y culturales que potencian su vulnerabilidad frente al vih/sida y otras ITS. En el sentido anterior, se encontró que entre las mujeres prevalece la negación del deseo sexual personal, cuestión que contrasta con las representaciones que poseen respecto a un deseo masculino que se reconoce, se exalta y se procura mantener atendido.

La distinción que se elabora entre deseo sexual masculino y femenino hace evidente el carácter de sagrado y profano que se juega en el ejercicio sexual, clasificación que dan pauta para que la sexualidad se posicione cómo una especie de bien que circula y se intercambia desde lo social, y donde el carácter de sagrado se coloca sobre mujer y procreación, en tanto el carácter profano se legitima en el varón y su derecho a obtener placer dado que es necesario para reivindicar la sexualidad de las mujeres a su carácter de sagrado.

En el tenor anterior, las mujeres narraron su práctica sexual a manera de una obligación derivada del contrato conyugal, que llegan a contemplar también cómo una estrategia para reducir la posibilidad de abandono e infidelidad o un medio para cumplir con la función biológica y social de la reproducción, en función de ello, refirieron participar de encuentros sexuales no siempre deseados y bajo las condiciones que sus parejas determinan, en las que es frecuente la negativa para usar condón.

En sus narrativas las mujeres evidenciaron la influencia que los discursos institucionales han tenido en su disciplinamiento sexual, en este sentido, sobresalen con particular relevancia los discursos emitidos desde escuela, iglesia y familia. La primera asumiendo que su participación en materia de educación sexual se acota al marco biologicista, la segunda reproduciendo discursos sobre la virginidad como valor simbólico más importante en las féminas para legitimarse dignas de ser esposas, y finalmente la familia como institución que silencia los temas relacionados con la sexualidad o participa de la reproducción de tabús.

Resultó relevante el que las mujeres no reconocieran a los Servicios de Salud como fuente de información o educación en materia de sexualidad y salud reproductiva, sino más bien como actores que prescriben MPF en un marco que con frecuencia desalienta la participación de las féminas sobre una decisión que por completo les pertenece. Respecto al uso de métodos de planificación familiar, se encontró la existencia de una asociación negativa entre migración y utilización de métodos anticonceptivos, dada la desconfianza de los varones respecto al comportamiento sexual de las mujeres durante su ausencia.

El capítulo siete concluyó sobre la construcción que han elaborado las mujeres respecto al riesgo de VIH/sida. Resultó relevante el hecho de que entre las mujeres prevaleciera un sentido de inmunidad subjetiva frente a la enfermedad, derivado principalmente de representaciones de la enfermedad que le contemplan como propia de homosexuales y sexoservidoras, en medida que les convence también, de que su condición de heterosexualidad y matrimonio les representan una especie de escudo protector.

Las mujeres en la búsqueda de fortalecer su sentido de inmunidad, participan en la reproducción de discursos morales que no sólo descalifican formas de ejercicio sexual distintos a la heterosexualidad, también legitiman una serie de prejuicios morales que obstaculizan la construcción de su propio riesgo y aportan al estigma de quienes resultan infectados.

El imaginario de inmunidad que se presenta en una parte importante de las mujeres, se fundamenta en dos pilares, uno que refiere a las características de los varones que hacen el papel de sus parejas y otro que alude a los comportamientos personales de las mujeres. Entre los factores “inmunizantes” que las mujeres se autoconfieren destaca el hecho de

sostener vida sexual sólo con su pareja, no haber tenido más de una pareja sexual, haber llegado virginal al altar e incluso no haber sido informada por los servicios de salud de correr dicho riesgo; por su parte, el factor “inmunizante” que atribuyen a sus parejas reside principalmente en la integridad moral que ellas les confieren.

La confianza en el comportamiento sexual de su pareja, juega un papel importante en la inmunidad de que estas mujeres se apropian, aun cuando dicha confianza no deriva de procesos de comunicación efectivos, sino más bien de imaginarios que ellas elaboran con base a lo que pretenden o requieren de una relación conyugal. En el sentido anterior, pese a que las mujeres reconocen a los migrantes como un “grupo de riesgo” en sus localidades, se eximen a sí mismas y a sus parejas inmunizándose desde lo moral y el “deber ser”, la inmunidad que se adjudican desde lo moral hace las veces de un antifaz que si bien evita que sus identidades y prácticas sexuales sean cuestionadas desde lo social, también les impide dar cuenta de la dimensión de su riesgo.

Son pocas las mujeres que evidenciaron el desarrollo incipiente de una percepción del riesgo respecto al vih/sida, esta percepción se encontró desarrollada en dos vertientes distintas y antagónicas, una en la que el riesgo se reconoce derivado de una responsabilidad conjunta con sus parejas, asumiéndose tan responsables como sus parejas frente al riesgo; otra en la que el riesgo es señalado como resultado de una toma de decisiones que no les compete, de responsabilidad exclusiva del varón, y centrada principalmente en asignar culpas sobre la pareja.

La totalidad de las mujeres que han desarrollado una percepción sobre su riesgo, coinciden en haber tenido que movilizar la variable “*confianza*”, cuestión que narraron ha sido

posible a través de dos mecanismos, el primero tiene que ver con el conocimiento que han adquirido sobre los contextos en los que se insertan sus parejas durante la migración, el segundo, con las experiencias de infidelidad personales o en parejas de su comunidad con quienes comparten la condición de migración.

Finalmente destaca que si bien la mayoría de las mujeres refiere la negativa de sus parejas por usar condón como la causa de encuentros sexuales desprotegidos, sus narrativas permitieron identificar que en ellas también prevalecen representaciones que tornan indeseable el uso de condón, dado que le asocian con promiscuidad e infidelidad. En el sentido anterior, vale la pena reconocer que si bien existen el estigma sobre el condón como dispositivo, dicho estigma es menor que el que se posiciona sobre la mujer que es capaz de negociar con su pareja su utilización, dado que dicha negociación se equipara a la confesión de una práctica sexual inmoral, llegando incluso a desatar y justificar la conducta violenta de sus parejas.

Los resultados recabados posibilitan dar cuenta que la construcción simbólica que se ha elaborado en la cultura mexicana respecto al vih/sida, ha servido principalmente para estigmatizar a quienes resultan afectados por la enfermedad, funcionando como un dispositivo de disciplinamiento que en tanto castiga desde lo social el uso que los sujetos dan a sus genitales, deslinda la responsabilidad que Estado y sociedad tiene en la carencia de oportunidades y de igualdad de derechos en estos sujetos en particular.

Los resultados de esta tesis hacen evidente la pertinencia y necesidad de abordar el riesgo sanitario a través de enfoques cualitativos, planteamientos que recuperen la experiencia que

viven los sujetos frente a las amenazas y particularmente reconocer que el riesgo ocurre no derivado exclusivamente de una elección racional, sino de contextos saturados de complejidades culturales, sociales y políticas que colocan a algunos sujetos más que otros, en condiciones de vulnerabilidad. En este sentido, resulta también necesario que la investigación que se realiza en materia de riesgo, evidencie el papel que juegan las instituciones en la producción y reproducción de imaginarios y representaciones que colocan en condiciones de desigualdad de poder a grupos de población específicos.

Los resultados reiteran la necesidad de incorporar el enfoque de género en los acercamientos académicos que se realizan en el ámbito sanitario, dado que como queda evidenciado esta tesis, programas de salud y personal sanitario no sólo no problematizan la desigualdad de poder que acontece en la práctica sexual de los sujetos, sino actúan de manera intencional o no, reforzando las representaciones que normalizan y potencian la desigualdad entre varones y mujeres.

Los hallazgos dan pie a nuevas líneas de investigación en materia de salud sexual y reproductiva, entre estas, la necesidad de problematizar la desigualdad de género y la violencia estructural en que crecen las mujeres como detonador de embarazo adolescente, maternidades tempranas, mortalidad materno-infantil y adquisición de ITS.

BIBLIOGRAFÍA.

Libros

Agamben, G. (2005). *Profanaciones*. Buenos Aires: Adriana Hidalgo.

Aggleton, P. y Parker, R. (2002). *Estigma y discriminación relacionados con el vih-Sida: un marco conceptual para la acción*. Documentos de trabajo, núm. 9. México: El Colegio de México.

Alanís, F. (2001). *La emigración de San Luis Potosí a Estados Unidos: Pasado y presente*. México: El Colegio de San Luis.

Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. México: Edamex, Population Council.

Andrews, J y Digby, A. (2004). *Sex and Seclusion, Class and Custody. Perspectives on Gender and Class in the History of British and Irish Psychiatry*. Amsterdam: Editions Rodopi.

Arias, Patricia (2000). Las migrantes de ayer y hoy. En D. Barrera y C. Oehmichen (Eds.) *Migración y relaciones de género en México* (pp. 185-202). México: GIMTRAP, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México.

Ariés, P. (1974). *Western Attitudes Toward Death: From the middle ages to the present*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

Ávila, M. (1999). Derechos reproductivos, exclusão social e Aids. En R. Barbosa y R. Parker (Eds.) *Sexualidades pelo avesso. Direitos, Identidades e Poder* (pp. 39-48). Rio de Janeiro: Editora 34.

Battaglia, Anthony (2000). The Hellenistic understanding of the body and its legacy for Christian Ethics. En S. Marcos (Ed.) *Gender, bodies, religions* (pp. 137-153). México: ALER publications.

- Bauman, Zygmunt (1996). Modernidad y ambivalencia. En J. Beran (Comp.) *Las consecuencias perversas de la modernidad* (pp. 73-120). Barcelona: Anthropos.
- Beauvoir, S. (1986). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Bekkers, Marieke (2004). Remesas, Relaciones de género y negociación en grupo doméstico de migrantes nacionales e internacionales en San Miguel Tiquiapam, Oaxaca. En B. Suárez y E. Zapata (Coords.) *Remesas Milagros y mucho más que realizan las mujeres indígenas y campesinas* (vol. 1) México: Gimtrap.
- Blancarte, R. (2004). *Entre la fe y el poder*. México: Grijalbo.
- Blumer, H. (1982). *El Interaccionismo simbólico, perspectiva y método*. Barcelona: Hora.
- Bourdieu, P. & Wacquant, L. (1992). *An invitation to reflexive Sociology*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu, P. (1999). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. (1999). *Meditaciones Pascalianas*. Barcelona: Anagrama.
- Bourdieu, P. & Passeron, J. (2009). *Los herederos: los estudiantes y la cultura*, 2ª. Edición. México: Siglo XXI editores.
- Bourdieu, P. & Passeron, J. (1979). *La reproducción: Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. México: Editorial Laia.
- Bourdieu, P. (1972) *Esquisse d'une theorie de la pratique*. Paris: Droz Genève
- Bronfman, M. (2000). *Como se vive se muere: Familia, redes sociales y muerte infantil*. México: CRIMUNAM.
- Bronfman, M. y Rubin, J. (1996). *Two borders, one country; sexual behavior of migrants and HIV infection risk practices at Mexico's southern and northern borders*. International Conference AIDS.

- Bronfman, Mario y Minello, Nelson (1995). Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos en los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH. En M. Bronfman, A. Amuchástegui, R. Martina, N. Minello, M. Rivas, G. Rodríguez (Comps.) *Sida en México, Migración, adolescencia y género*. México: Colectivo Sol.
- Cantú, L. (2009). *The sexuality of migration: borden crossings and Mexican immigrant men*. Estados Unidos: New York University.
- Castañeda, Martha (2000). Conyugalidad y violencia: sobre el ejercicio del derecho femenino a la denuncia legal en una localidad de migrantes. En: L. Binford y ME. D'Aubeterre (Coords). *Conflictos migratorios transnacionales y respuestas comunitarias*. México: Gobierno del Estado de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades – BIAP Puebla.
- Castro, R. (2000). *La vida en la adversidad: el significado de la salud y la reproducción en la pobreza*, México: CRIM-UNAM.
- Chodorow, N. (1978). *El ejercicio de la maternidad*. Madrid: Gedisa.
- Córdova, V. (1990). *Historias de Vida*. Caracas: Fondo Editorial Tropykos.
- D'Aubeterre, María Eugenia (2000a). Mujeres y espacio social transnacional: maniobras para renegociar el vínculo conyugal. En D. Barrera y C. Oehmichen, C. (Eds.) *Migración y relaciones de género en México* (pp.63-86) México: GIMTRAP, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México.
- D'Aubeterre, María Eugenia (2000 b). Arbitraje y adjudicación de conflictos conyugales en una comunidad de transmigrantes originarios del estado de Puebla. En L. Binford y ME. D'Aubeterre (Coords.) *Conflictos migratorios transnacionales y respuestas comunitarias*. México: Gobierno del Estado de Puebla, Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades – BIAP.

De Barbieri, Teresita (1992). Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica. *Revista Interamericana de Sociología*, no. 2.

De Barbieri, Teresita (1984). Incorporación de la mujer en la economía en América Latina. En: *Memoria del congreso latinoamericano de población y desarrollo* (pp. 355-389). México: PISPAL-COLMEX-UNAM. México.

Delaney, J., Lupton, M., Toth, E. (1988). *The curse: A cultural history of menstruation*. Chicago: University de Illinois.

Desclaux, A., (2003) “Introducción, Estigmatización y discriminación ¿Qué tiene para ofrecer un enfoque cultural?” en UNESCO (Ed.) *Estigma y discriminación por el VIH/SIDA: un enfoque antropológico, estudios e Informes* (pp. 1-9) Serie Especial, Número 20, División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural UNESCO.

Dides, C., Barrales, K., Marqués, A. (2006). *Estrategia para la prevención del vih/sida y las ETS en mujeres dueñas de casa y trabajadoras de casa particular*. Santiago de Chile: FLACSO. Douglas, M. (1996). *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós Studio.

_____. (1973). *Pureza y peligro*. España: Editorial siglo XXI.

Elu, Ma. Del C. (1994). La mortalidad materna en áreas rurales. En MC. Elu y A. Langer (Comp.) *Maternidad sin riesgos en México* (pp. 31-42). México: Instituto Mexicano de Estudios Sociales.

Engels, F. (1975). *El origen de la familia, la propiedad privada y el Estado*. La habana: Editorial de las Ciencias Sociales.

Esposito, R. (2005). *Immunitas: Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.

_____. (2003). *Communitas: origen y destino de la comunidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

Esteinou, R. (2006). *Fortalezas y desafíos, de las familias en dos contextos: Estados Unidos de América y México*. México: Centro de investigación y estudios superiores en Antropología social.

Exposito, Francisca., Moya, Miguel (2005). Violencia de género. En F. Exposito y M. Moya (Ed.) *Aplicando la psicología social* (pp. 201-227). Madrid: Pirámide.

Faguetti, Antonella. (2000). Mujeres abandonadas: desafíos y vivencias. En D. Barrera y C. Oehmichen (Eds.) *Migración y relaciones de género en México* (pp. 119-134) México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Fernández, A. (1996). *La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Buenos Aires: Paidós.

Ferratotti, Franco (1988). Biografía y Ciencias Sociales en Flacso. Cuadernos de *Ciencias sociales, No. 10. Historia oral e historias de vida*. San José, Costa Rica.

Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2007). *Nacimiento de la bipolaridad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Foucault, Michelle [1975] (1990): *Vigilar y Castigar*. México: Siglo XXI.

Foucault, M. [1975] (1993) *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. España: Editorial Siglo XXI

Freud, S. (1988) Lo Ominoso, Obras completas, Volumen XVII, Buenos Aires: Amorrortu,

Freyermuth, Graciela., Manca, María (2000). Invisibles y transgresoras: migración y salud reproductiva en los altos de Chiapas. En D. Barrera y C. Oehmichen (Eds.) *Migración y relaciones de género en México* (pp. 203-228) México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Galindo, R. (2004). La utilización de las remesas en el grupo familiar. Un análisis desde el enfoque de género. En B. Suárez y E. Zapata, E (Coords.) *Remesas. Milagros y mucho más que realizan las mujeres indígenas y campesinas*. México: GIMTRAP.

Galván, F. (1988). *El SIDA en México, los Efectos Sociales*. México: Cultura Popular-UAM.

Giddens, A. (1992). *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas*. Madrid: Cátedra.

_____. (1984). *The constitution of society: An outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press.

Godelier, M. (1983). *Antropología y economía*. Barcelona: Anagrama.

Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.

Gómez, A. (1998). "Mujeres y VIH/SIDA: Un enfoque de Género". En A. Gómez y D. Meacham, D (Eds.) *Mujeres, Vulnerabilidad y VIH/SIDA: Un enfoque desde los Derechos Humanos*. Chile: Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe.

González de la Rocha, Mercedes (1988). De por qué las mujeres aguantan golpes y cuernos: un análisis de hogares sin varón en Guadalajara. En L. Gabayet, P. García, M. González de la Rocha, S. Lailson, A. Escobar. *Mujeres y Sociedad: salario, hogar y acción social en el occidente de México*. México: El Colegio de Jalisco/CIESAS Occidente.

Hannigan, J. (1995). *Environmental Sociology: A social constructionist perspective*. Routledge: Londres

Herranz, I. (1980). *El gran mito menstruación, la herida sagrada*. México: Año cero.

Herrera, C. et al. (2004). La experiencia de la mujer y la percepción de los prestadores de salud sobre la violencia de pareja, un análisis cualitativo. En G. Olaiz, A. Del Río, M. Hajar (Eds.) *Violencia contra las mujeres: un reto de la salud pública en México, informe ejecutivo de la Encuesta Nacional de violencia contra las mujeres* (pp. 28-33) México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Hirsch, J. (2003). *A courtship marriage. Sexuality and love in Mexican, transnational families*. Berkeley EUA: University of California Press.

Hurtado, S (1998) *Matrisocialidad. Exploración de la estructura psicodinámica de la familia venezolana*. Venezuela: Ediciones FACES.

Jiménez, L. (2003). *Dando voz a los varones. Sexualidad, reproducción y paternidad de algunos mexicanos*. México: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Krishnan, Sunetta., Dumbar, Megan., Minnis, Alexandra., Padian, Nancy (2008). Poverty, gender inequities and women's risk of HIV/AIDS. En S. Kaler & O. Rennert (Eds.) *Reducing the impact of poverty on health and human development: Scientific approaches*, Special issue of the *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136.

Lagarde, M. (2001). *Los cautiverios de las mujeres madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Leyva, René., Caballero, Marta., Dreser, Anahí., Cuadra, Silvia., Hernández, Daniel., Bronfman, Mario (2004). Guatemala-Tecún Umán. En M. Bronfman (Ed.) *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. (pp. 175-212). México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Liguori, AL. (1995). Relaciones de género y apoderamiento femenino. En M. Hernández, AL. Liguori, S. Vandale (Comps.) *Enfoques de investigación sobre vih/sida en salud reproductiva*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Lloyd, C. (2005). *Growing Up Global: The Changing Transitions to Adulthood in Developing Countries*. Washington, DC: The National Academies Press.

Loewenson, R., Whiteside, A. (2001). *HIV/AIDS: Implications for Poverty Reduction*. Nueva York: Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (PNUD).

Lofstedt, A. y Boholm, A. (2004). *Facility Siting: Risk, power and identity in land use planning*. Londres: Earthscan Publications.

Long, N. (2007). *Sociología del desarrollo: Una perspectiva centrada en el actor*. México: El Colegio de San Luis A.C. - CIESAS.

Luhmann, N. (2007). *Sociología del riesgo*. México: Universidad Iberoamericana.

López, J. (2006). *¿Fraude electoral? Estudios de las anomalías de la elección presidencial*. México: Doble hélice.

Lupton, D. (1999). *Risk*. Londres: Routledge.

MacKinnon, C. (1987). *Feminism unmodified: Discourses on life and law*. Cambridge: Harvard University Press.

Magis, C., Bravo, E., Rivera, P. (2000). El Sida en México en el año 2000. En P. Uribe y C. Magis (Eds.) *La respuesta mexicana al Sida: mejores prácticas*. México: Secretaría de Salud/CONASIDA.

Magis, C., Bravo, E., Gayet, C., Rivera, P., De Luca, M. (2008). *El vih y el sida en México al 2008, hallazgos, tendencias y reflexiones*. México: Censida.

Malinowski, B. (1955). *Myth in Primitive Psychology*. New-York.

Marrioni, María (2000). Él siempre me ha dejado con los chiquitos y se ha llevado a los grandes: Ajustes y desbarajustes familiares de la migración. En D. Barrera, y C. Oehmichen, (Eds.) *Migración y relaciones de género en México* (pp. 87-117). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

McKenzie, D. y Rapoport, H. (2006). *¿Can Migration Reduce Educational Attainments? Depressing Evidence from Mexico*. London, UK: Discussion Paper Series 01/06, Centre for Research and Analysis of Migration.

Monsiváis, Carlos (2007). De las variedades de la experiencia homoerótica. En G. Núñez *Masculinidad e intimidad: Identidad, sexualidad y sida* (pp. 7-39). México: Universidad Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género y El Colegio de Sonora.

Montoya, R. (2006). *La migración potosina hacia los Estados Unidos de Norteamérica antes y durante el programa Bracero. El caso de Cerritos, San Luis Potosí, San Luis Potosí*. Ciudad de México: Ponciano Arriaga.

Monroy, Isabel (2001). Los rastros de una migración antigua. En F. Alanís (Coord.) *La emigración de San Luis Potosí a Estados Unidos, pasado y presente* (pp. 9-36). México: El Colegio de San Luis y Senado de la Republica.

Morrison, K. (2006). *Romper el ciclo: estigma, discriminación, estigma interno y vih*. Washington: Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos.

Nemesio, Isabel., Domínguez, María (2004). “Cuando los hombres se van al norte ¿las mujeres participan? Participación económica, social y política de las mujeres indígenas de Xalaplatahuac, la montaña de Guerrero” en B. Suarez y E. Zapata, E (Coord.) *Vol. I. Remesas, milagros y mucho más realizan las mujeres indígenas y campesina* (pp. 15-69). México: GIMTRAP.

North, D. (1990). *Institutions, Institutional changes and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press.

Núñez, G. (2007). *Masculinidad e identidad: Identidad, sexualidad y sida*. México: Universidad Autónoma de México, Programa Universitario de Estudios de Género y El Colegio de Sonora.

Ochoa, CM. (1998). *¿Prudentes e inoportunas? Imaginarios sociales acerca de la suegra en Medellín, Un estudio exploratorio*. Universidad de Antioquia Colombia.

Oliveira, O. y Gómez, L. (1987). *Subordinación y resistencias femeninas*. México: El Colegio de México-PIEM.

Orem, D. (2001). *Nursing. Concepts of Practice*. 6ª. Edición. St. Louis Missouri: Mosby.

Ortiz, A. (2001). *Si los hombres se embarazaran, ¿el aborto sería legal? Las feministas ante la relación Estado-iglesia católica en México (1871-2000)*. México: Edamex y Population Council.

Ortiz, V. (2008). *Mujeres, violencia, VIH, SIDA*. México: UNIFEM- El Colegio de Michoacán.

Ortner, Sherry (1979). ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura?. En O. Harris y K. Young (Eds.) *Antropología y feminismo*. Barcelona: Anagrama.

Osakue, G. y Hilber, A. (2006). Sexualidad y fecundidad femeninas en Nigeria, rompiendo la cultura del silencio. En R. Petchesky y K. Judd (Comps.) *Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo, una intersección entre culturas, políticas y religiones* (pp. 301-354). México: El Colegio de México.

Plummer, K. (1983). *Documents of life*. Londres: Allen.

Polaino, Lorente (1994). Implicaciones éticas de la educación para la salud. En L. Polaino (Ed.) *Manual de Bioética General* (pp. 362-377). Madrid: Rialp.

Population Council. (2004). “Las Implicaciones del Matrimonio a temprana edad para las políticas del VIH/SIDA”.

Pratto, F., & Walker, A. (2004). The bases of gendered power. En A.H. Eagly, A.E. Beall & R.J. Stetnberg (Eds.) *The psychology of gender* (2nd ed., pp. 242-268). New York: The Guilford Press

Quezada, Nohemí (1997). Religión y sexualidad. Amor y erotismo. En N. Quezada (Comp.) *Religión y sexualidad en México*. México: Universidad nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco.

Quilodran, J. (2001). *Un siglo del matrimonio en México*, México: El colegio de México.

Rabotnikof, Nora (1995). “El espacio público: variaciones en torno a un concepto” en N. Rabotnikof, N. et al. (Comp.) *La tenacidad de la política* (pp. 49-67). México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Ragnar, Löfstedt. y Boholm, Asa (2009). The earthscan reader on risk. En L. Ragnar y A. Boholm (Ed.) *Earthscan Reader Series. The study of risk in the 21 st century*. Londres: Sterling.

Rodríguez, G. y De Keijzer, B. (2002). *La noche se hizo para los hombres. Sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos*. México: EDAMEX/Population Council.

Rodríguez T. (2001) *Las razones del matrimonio, Representaciones, relatos de vida y sociedad*. México: Universidad de Guadalajara

Rosaldo, Michelle (1979). Mujer, cultura y sociedad: una visión teórica. En O. Harris, y K. Young (Eds.) *Antropología y feminismo* (pp. 153-181). Barcelona: Anagrama.

Rosas, C. (2008). *Varones al son de la migración: migración internacional y masculinidades de Veracruz a Chicago*. México: CEDUA, El colegio de México,

Ruíz, J. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. 5ª. Edición. España: Deusto.

Salinas, H. (2008). *Políticas de disidencia sexual en México*, México: CONAPRED.

Ruvalcaba, Jesús., Pérez, JM., Herrera, O. (2004). *La Huasteca, un recorrido por su diversidad*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, El Colegio de San Luis, A.C., El colegio de Tamaulipas.

Sanz, F. (1999). *Psicoerotismo femenino y masculino, para unas relaciones placenteras, autónomas y justas*. Barcelona: Kairós.

Segato, Rita (2003). La argamasa jerárquica: violencia moral, reproducción del mundo y la eficacia simbólica del Derecho. En R. Segato (Ed.) *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos* (pp. 107-130). Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

García, María., Sepúlveda, Jaime., Domínguez, Torix., Valdespino, José (1989). “Prevención de la transmisión sanguínea del vih, la experiencia mexicana” en *SIDA perfil de una epidemia* (pp. 163-172) México: Organización Panamericana de la salud.

Schotter, A. (1981). *The economic theory of social institutions*. Cambridge: Cambridge University Press.

Schütz, A. (1993). *La construcción significativa del mundo social. Introducción a la sociología comprensiva*. Buenos Aires: Paidós.

Stuart, J. y Taylor, H. (2001). *Ensayos sobre la igualdad sexual*. España: Cátedra.

Suarez, Blanca., Zapata, Emma (2004). Ellos se van, ellas se quedan. Enfoques teóricos de la migración. En B. Suarez y E. Zapata (Coord.) *Vol. I. Remesas, milagros y mucho más realizan las mujeres indígenas y campesina* (pp. 15-69). México: GIMTRAP.

Symonds, Merrill. (1997). The Political Economy and Cultural Logics of HIV/AIDS Among the Hmong in Northern Thailand. En M. Singer (Ed.) *The Political Economy of AIDS* (pp. 205-226) New York: Baywood Press.

Szasz, Ivonne (2008). Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México. En S. Lerner y I. Szasz (Coords.) *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. México: El Colegio de México, Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales, Programa Salud Reproductiva y Sociedad.

Szasz, Ivonne (1998). Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil. En J. Figueroa (Ed.) *La condición de la mujer en el espacio de la salud* (pp. 313-331). México: El Colegio de México.

Tojar, J. (2006). *Investigación cualitativa, comprender y actuar*. España: La muralla,

Torres, Pilar (2010). Introducción. En P. Torres (Ed.) *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: Una mirada comprensiva en torno al vih y sida*. (pp.21-30) México: Serie Ángulos del SIDA 2010, Volumen 10, INSP/CENSIDA/INMUJERES.

Torres, Pilar., Zarco, Ángel., Allen, Betania (2010). Capítulo 2: Prevención. En P. Torres (Ed.) *Mujeres, adolescentes y niñas mexicanas: Una mirada comprensiva en torno al vih y sida* (pp. 52-92). México: Serie Ángulos del SIDA, CENSIDA, INMUJERES, INSP.

Tuber, S. (1996). *Figuras de la madre*. Madrid: Ediciones Cátedra.

Urzúa, R., Ferrer, M., Gutiérrez, C., Larraín, S. (2001). *Detección y Análisis: Prevalencia de la Violencia Intrafamiliar*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile y Servicio Nacional de la Mujer.

Valdés, T., Dides, C., Barrales, K., Vázquez, A. (2006). *Puertas adentro. Mujeres, vulnerabilidades y riesgo frente al VIH/SIDA* Chile: FLACSO/MINSAL.

Valdespino, José Luis., Izazola, José (1993). Definición y medición de prácticas. Concepto de riesgo. En ML. García., JL. Valdespino., C. Cruz (Eds.) *Enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Clínica, laboratorio, psicología y sociología* (pp. 154-158) México: INDRE/SSA.

Weeks, Jeffrey (1998). Sexualidades contemporáneas: tres conferencias con Jeffrey Weeks. En I. Szasz y S. Lerner (Comps.), *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México: El Colegio de México.

Widalsky, A. (1988). *Searching for safety*. New Brunswick.

Woo, Ofelia (2007). Las migrantes en los estudios sobre migración hacia Estados Unidos. En *Memoria mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México. Una aproximación desde la perspectiva de género*. México: Instituto Nacional de las Mujeres.

Yáñez, Alfonso (2004) De Ruffo a Vicente Fox. Acciones y contradicciones del panismo. México: Editorial Puebla.

Zarate, Margarita (2000). Participación política, migración y mujer en Michoacán. En D. Barrera, y C. Oehmichen (Eds.) *Migración y relaciones de género en México* (pp. 135-155) México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Revistas

Alfonso, A. (2006). Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres. *Revista Cubana Salud Pública*, 31 (1), 1-15.

Almeida, F., Castiel, L., Ayres, J. (2009). Riesgo: Concepto básico de la epidemiología. *Salud colectiva* 5, 323-344.

Álvarez, Y., Marín, A., Lobato, E., Galindo, C. (1989). Donadores sanguíneos reenumerados: un nuevo grupo de riesgo para desarrollar SIDA en México. *Salud Pública de México*, 31, 642-644.

Alves, R., Kobacs, M., Stall, R., Paiva, V. (2002). Factores psicossociais e a infecção por HIV em mulheres, Maringá, PR. *Saúde Pública*, 36 (4), 32-39.

Arvelo, Leslie "Maternidad, paternidad y género" Otras miradas 2004, año/vol. 4, Num. 2, pp. 92-98.

Arzate, J., Vizcarra, I. (2007). De la migración masculina transnacional: violencia estructural y género en comunidades campesinas del estado de México. *Migración y desarrollo* 9, 95-112.

Bianchi, S. (1992, marzo). Los límites de la teoría: a propósito de Marcela Lagarde, *Debate feminista* 5, s.p.

Blanc, A; Way, A. (1998). Sexual behavior and contraceptive knowledge and use among adolescents in developing countries. *Stud Fam Plann*, 29 (2), 106-16.

Boerma, JT., Urraza, M., Nnco, S., Ng'Weshemi, J., Isingo, R., Zaba, B., Mwaluko, G. (2002) Sociodemographic context of the aids epidemic in a rural area in Tanzania with a focus on people's mobility and marriage. *Sex Transm Dis.*, 78, 97-105.

Bourdieu, P. (1987). Habitus, code, codification. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, núm. 64.

Bronfman, M., Leyva, R., Negroni, M., Rueda, C. (2002). Mobile Populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: Research for Action, en AIDS. *Official Journal of the International AIDS Society*, 16 (supl. 3) 42-49.

Bronfman, M. (1990). Evolución y tendencias recientes, el sida en México. *Boletín mensual de sida*, año 4, no. 2.

Caballero, M., Leyva, R., Ochoa, S., Zarco, Á., Guerrero, C. (2008). Las mujeres que se quedan: Migración e implicación en los procesos de búsqueda de atención de servicios de salud. *Salud Publica de México*, 5 (3), 241-250.

- Canaval, G., Valencia, C., Forero, L., Guardela, N., Magaña, A., Vargas, Y. (2005). Factores protectores y de riesgo para vih/sida en mujeres de Cali, Colombia. *Ciencia y Enfermería*, 11 (2), 23-33.
- Caricote, E. (2008). Influencia de los padres en la educación sexual de los adolescentes *Educere*, 12 (40), 79-87.
- Cárdenas, M (1988). Migración y sida en México. *Salud pública de México*, 30, 613-618.
- Casique, I. (2003). Uso de anticonceptivos en México ¿Qué diferencia hacen el poder de decisión y la autonomía femenina. *Papeles de población*, 35, 209-232.
- Castillo, C. (1997, marzo). Reflexiones condoeológicas. *Proceso*, 13.
- Castro, R., Campero, L., Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos. *Salud Pública de México*, 31 (4), 425-35.
- Clark, S., Bruce, J., Dude, A. (2006). Protecting Young Women from HIV/AIDS: The Case Against Child and Adolescent Marriage. *International Family Planning Perspectives*, 32 (2), 79–88.
- Collazos, MF., Echeverry, N., Molina, A., Canaval, G., Valencia, C. (2005). Riesgo de vih/sida en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. *Colombia Médica*, 36 (3), 50-57
- Córdova, R. (2002). Y en medio de nosotros mi madre como un dios: De suegras y nueras en una comunidad rural veracruzana. *Alteridades*, 12 (24), 41-50
- Cortés, A., Fiffe, Y., García, R., Mezquía, A., Pérez, D. (2007). Características socio demográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. *Cubana de Medicina General Integral*, 23 (1), 1-6.
- Costos, D., Ackerman, R., Paradis, L. (2002). Recollections of menarche: communication between mothers and daughters regarding menstruation. *Roles*, 46, 49-59.

- Crosby, R., DiClemente, R., Wingood, G., Cobb, B., Harrington, K., Davies, S., et. al. (2002). Condom use and correlates of African American adolescent females infrequent communication with sex partners about preventing sexually transmitted diseases and pregnancy. *Health Education & Behavior*, 29 (2), 219-231.
- D'Aubeterre, ME., Rivemar, M., (2003). La feminización de la vida rural en el contexto de la migración masculina a los Estados Unidos en el estado de Puebla. Una perspectiva comparativa. *Anales de Antropología*, 37, 205-228.
- D'Aubeterre, ME (2002). El sueño del metate: la negociación de poderes entre suegras y nueras. *Debate feminista* 26 (13), 167-183.
- Da Silva, A., Coelho, M. (2008). Enfermería y salud desde el punto de vista del género: desafíos ante el siglo XXI. *Enfermería Integral*, 82, 20-27
- De la fuente, R. (1996). El sida en México y en el mundo, una visión integral. *Sida-ETS* 02 (2), 45-46. Disponible en: <http://bvssida.insp.mx/articulos/2094.pdf>.
- Delgado, R., Márquez, H. (2006, segundo semestre). El sistema migratorio México-Estados Unidos: Dilemas de la integración regional, el desarrollo y la migración. *Migración y desarrollo*, 38- 62.
- Del Rio, A., Liguori, A., Magis, C., Valdespino, J., García, ML., Sepúlveda, J. (1995) La epidemia de vih/sida y la mujer en México. *Salud Pública de México*, 37 (6), 581-591
- Delor, F. & Huber, M. (2000) Revisiting the concept of "vulnerability". *Social Science & Medicine* 50, 1157-1570.
- De Oliveira, O., Ariza, M. (1999). Trabajo, familia y condición femenina: Una revisión de los principales perspectivas de análisis. *Revista Papeles de población*, 20, 89-127.

- Díaz, C. (2005). Aproximaciones al arraigo y al desarraigo femenino en el medio rural: mujeres jóvenes en busca de una nueva identidad rural. *Papers Revista de sociología*, 75, 63-84.
- DiGirolamo, A., Salgado, N. (2008). Women as primary caregivers in Mexico: challenges to well-being. *Salud pública de México* 50 (6), 516-522.
- Dirección General de Epidemiología (1987). Definición epidemiológica de caso de SIDA. *Boletín Mensual SIDA* 1, 15-19.
- Duro, J. (2003). El discurso de los profesionales de atención primaria de la comunidad de Madrid acerca del trabajo con grupos: sobre técnicas y técnicos. *Rev. Española de Salud pública* 77 (5), 615-627.
- Espindola, E., León, A. (2002) Educación y conocimiento: Una nueva mirada. *Revista Iberoamericana* 30, 39-62
- Estrada, J. (2006). Modelos de prevención en la lucha contra el vih/sida. *Acta Bioethica* 12 (1), 91-100.
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (2009). La mujer y el empleo rural: combatir la pobreza redefiniendo los roles de género. *Perspectivas Económicas y Sociales – Informes de Política* No. 5.
- Fairchild, A., Tynan, E. (1994). Policies of containment: immigration in the era of AIDS. *American Journal of Public Health*, 84 (12), 2011–2022.
- Figuroa, J. (2004). Tres reflexiones sobre la sexualidad y los derechos humanos en el ámbito de la iglesia católica. *Estudios demográficos y urbanos*, 57, 639-686.
- Figuroa, J. (1997). Algunas reflexiones sobre el enfoque de género y la representación de la sexualidad. *Estudios demográficos y urbanos* 12 (1-2), 201-244.

- Fleury, R., Sullivan, C., Bybee, D. (2000). When ending the relationships does not end the violence: women's experiences of violence by former partners. *Journal violence against women* 6 (12), 1363-1389.
- Rivera, G., Figueroa, J. (1993). Algunas reflexiones sobre la representación social de la sexualidad femenina. *Nueva antropología* 041, 101-121.
- Fosados, R., Caballero, R., Torres, T., Valente, T. (2006). Condom use and migration in a sample of Mexican migrants: potential for HIV/STI transmission. *Salud pública Méx* [online]. 2006 (48), 1, ISSN 0036-3634.
- García, V. (2005). El riesgo como construcción social y la construcción social de los riesgos. *Desacatos*, 019, 11-24.
- García, J., Meneses, S., Palé, S. (2007). Migración internacional indígena y vulnerabilidad ante el vih/sida. Los chamulas entre barras y estrellas. *Liminar, Estudios Sociales y humanísticos*, 5 (05), 119-144.
- Garibi, C. (2009). La compleja relación violencia de género-sida. Un acercamiento a la violencia institucional como factor de vulnerabilidad de las mujeres ante el vih. *Sexualidad, Salud y Sociedad, Revista Latinoamericana*, 3, 82-105.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedraza, N., Caballero, M., Bozon, M. (2011). Percepciones de VIH/sida y parejas sexuales simultáneas: un estudio de biografías sexuales mexicanas. *Papeles de Población*, 17 (68), 9-40.
- Gayet, C., Magis, C. (2000). Inmigración y SIDA en los municipios conurbados del área metropolitana de la ciudad de México. *Economía, Sociedad y Territorio*, núm. II.
- Gayet, C., Juárez, F., Pedrosa, I., Magis, C. (2003). Uso del condón entre adolescentes mexicanos para la prevención de las infecciones de transmisión sexual. *Salud pública de México*, 45 (supl. 5), 632-640.

Geldstein, R. (2004) "De "buenas" madres y "malos" proveedores. Género y trabajo en la reestructuración económica. *Revista Subjetividad y procesos cognitivos*, 5: Género, Trabajo y Familia, 126-155.

Giménez, G. (1999). "La sociología de Pierre Bourdieu", en Proyecto Antología de teoría sociológica contemporánea (eds.), *Perspectivas teóricas contemporáneas de las ciencias sociales*, 151-171.

González, M. (1991). Sida: la callada amenaza a la seguridad binacional. *Salud Pública de México*, 33 (4), 360-370.

Gonzales, O. (2006). Entre agricultura y migración: hacia la construcción del desarrollo local en espacios rurales. *Economía y sociedad*, 11 (18).

Gorbach, P., Stoner, B., Aral, S., Whittington, W., Holmes, K. (2002). It take a village undertanding concurrent sexual partnerships in Seattle. *Sexually Transmitted Diseases* 29 (8), 453-462.

Gutiérrez, J., López, J., Valencia, A., Pesqueira, E., Ponce de León, S., Bertozzi, S. (2004). Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada? *Revista investigación clínica* 56 (2), 242-252

Hamilton, Walton. (1932). Institutions. In E. R. Seligman and A. Johnson (Eds.), *Encyclopedia of the Social Sciences*, 8, 84-89 (1932).

Hernández, D., Sánchez, G., Pelcastre, B., Juárez, C. (2005). Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Salud mental*, 28 (5), 20-26.

Herrera, C., Campero, L. (2002). La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Salud Pública de México*, 44 (6), 554-564.

- Hidalgo, I., García, F., Flores, A., Castañeda, X., Lemp, G., Ruíz, J. (2008). Aquí y en el otro lado, Los significados socioculturales de la sexualidad y sus implicaciones en la salud sexual de los migrantes mexicanos. *Migraciones Internacionales*, 4 (3), 27-50.
- Hirsh, J., Higgins, J., Bentley, M., Nathanson, C. (2002). The social construction of sexuality: Marital infidelity and sexually transmitted disease-HIV risk in a Mexican Migrant Community. *American Journal of Public Health*, 9 (8), 1227- 1237.
- Hug, N; Khan, M. (1994). Miss concepts about menstruations. *Womens international natwork news*, 20, 45-49.
- Ibáñez, J. (1985). Análisis sociológico de textos o discursos. *Revista internacional de sociología*, 43, 123-124.
- Juárez, C., Valdez, R., Hernández, D. (2005). Las redes sociales y la noción de apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal, la percepción del apoyo social en mujeres con experiencia de violencia conyugal. *Revista Salud Mental* 28 (4), 66-8.
- Juárez, F., Gayet, C. (2005). Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México: Un nuevo marco de análisis para la evaluación y diseño de políticas. *Papeles de población*, 045, 177- 219.
- Juliano, M. (2000). Mujeres estructuralmente viajeras, estereotipos y estrategias. *Papers Revista de Sociología*, 60, 381-389.
- Kabeer, N. (1999). Resources, Agency, Achievements: Reflections on the Measurement of Women's Empowerment. *Journal Development and Change*, 30, 435-64.
- William K. & Douglas S. (2002). The Culture of Mexican Migration: A Theoretical and Empirical Analysis. *Social Forces*, 80, 3, 981-1004.
- Krieger, N., Zierler, S. (1996). ¿What explains the public's health? A call for epidemiologic theory. *Epidemiology*, 7, 107-109.

Kroska, A. (2004). Division of domestic work, revising and expanding theoretical explanation. *Journal Family issues* 25(7).

Lagarde, M., (2003) "Cuidar Cuesta: costes y beneficios del cuidado" *Emakun de Mujeres cuidadoras: entre la obligación y la satisfacción*. SARE, 235-241.

Lastarria, S. (2008). Feminización de la agricultura en América Latina y África Tendencias y fuerzas impulsoras. *Debates y Temas rurales*, 11.

Leal, G. (2002). Un paseo triste por cinco estaciones de una política abandonada. Salud y seguridad social en el tardoprimismo y el foxismo. *El cotidiano*, 18 (113), 91-100.

Leyva, R., Caballero, M., Dreser, A., Guerrero, C., Bronfman, M. (2004, segundo semestre) Respuesta social a la migración y sida en ciudades gemelas de la frontera México-Guatemala. *Migración y desarrollo*, 003, 54-59.

Loewenson, R. (2007). Exploring equity and inclusion in the responses to AIDS. *AIDS Care*, 19 (supl. 1), 2-11.

Lupton, Deborah (1998) Riesgo como peligro moral: Las funciones política y social del discurso de riesgo en salud pública Internacional. *Journal of Health Services* 23, 3, 425-435.

Magis, C., Gayet, C., Negroni, M., Leyva, R., Bravo, E., Uribe, P., Bronfman, M. (2004). Migration and AIDS in Mexico, an overview based on recent evidence. *Aids-Journals of acquired immune deficiency síndromes*, 37, 215-226.

Magis, C., Del Rio, A., Valdespino, JL., García, ML. (1995). Casos de Sida en el área rural de México. *Salud pública de México*, 7 (6), 615-623.

- Maier, E. (2007). Educación para la prevención del vih/sida para inmigrantes indígenas en Baja California. *Región y Sociedad*, 19 (40), 3-37.
- Mairal, G. (2008). Narratives of risk. *Journal of Risk Research, special issue: New perspectives on risk communication: Uncertainty in a complex society* 11 (1-2), 41-54.
- Mairal, G. (2000). Debate sostenido como parte del proyecto. *Network for the Research into the Construction o Environmental Risk* (2000-2001).
- Martínez, A., Rangel, G., Hovell, M., Santibáñez, J., Sipan, C., Izazola, J. (2005) HIV infection in mobile populations: the case of Mexico migrants to the United Status. *Rev Panamericana de Salud Publica*, 17 (1), 26-29.
- Mejía, MC. (2000). Iglesia católica y la sexualidad. *Consciencia latinoamericana*, 12 (2), 2-4.
- Mesa, L., Pederzini, C. (2008). Migración internacional y escolaridad como medios alternativos de movilidad social: El caso de México. *Revista estudios económicos*, No. Extraordinario, 163-206.
- Monahan, J; Miller, L; Rothspan, S. (1997). Power and intimacy: On the dynamics of risky sex. *Health Communication*, 9 (4), 303-321.
- Morgade, G. (2006). Sexualidad y prevención: discursos sexistas y heteronormativos en la escuela. *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*, 24.
- Noar, S., Cole, C., Carlyle, K. (2006). Use Measurement in 56 Studies of Sexual Risk behavior: Review and Recommendations. *Archives of Sexual Behavior*, 35 (3), 327-345.
- Noboa, P., Serrano, I. (2006). Autoeficacia en la negociación sexual: retos para la prevención de vih/sida en mujeres puertorriqueñas. *Revista Latinoamericana de psicología*, 38 (1), 21-43.

- Núñez, G. (2011). Hombres indígenas, diversidad sexual y vulnerabilidad al VIH-Sida: una exploración sobre las dificultades académicas para estudiar un tema emergente en la antropología. *Desacatos*, 35, 13-28.
- Ochoa, S., Cristancho, S., Gonzales, J. (2011). Mujeres compañeras de migrantes: imagen social y búsqueda de servicios de salud sexual y reproductiva. *Salud Pública de México*, 13 (2), 183-195.
- Oehmichen, C. (2002). Parentesco y matrimonio en la comunidad extendida: el caso de los mazahuas. *Alteridades*, 12 (24), 61-74.
- Ongaro, F. (1978). La mujer y la locura. *Antipsiquiatría y política, México, Extemporáneos*, 159-180.
- Órnelas, J. (2004). La economía en cuatro años del gobierno de Vicente Fox. *Aportes, Revista de la Facultad de Economía, IX, 27*, 109-120.
- Ortega, A. (2006). Análisis de los avances y perspectivas de las reformas del artículo 27: Estudio de caso en dos ejidos del estado de Puebla. *CEITEN*.
- Ortega, P., Torres, L., Salguero, MA. (1999) Vivencia de la paternidad desde la perspectiva de género. *Iztapalapa*, 45, 45-56
- Ortiz, B; Serrano, I; Torres, N. (2000). Subverting cultura: Promoting hiv/aids prevention among Puerto Rican and Dominican women. *American Journal of community psychology*, 28, 859-881.
- Pauli, J. (2002). Residencia posmarital y migración en grupos domésticos de Valle de Solís, Estado de México. Grupos etnolingüísticos y población indígena en ciudades de México. *Papeles de población*, 34, 191-219.
- Perez, ML., Coppe, L., Pérez, T., Trujillo, T. (2008). Mujeres migrantes y violencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y humanidades*, 18 (1), 229-250.

- Ponce, S., Macías, AE., Cruz, MA., Calva, J., Tinoco, JC., Ruiz, C, et al. (1998). Los primeros cinco años de la epidemia del SIDA en México. *Salud Pública de México*, 30, 544-554.
- Rangel, G., Martínez, A., Hovell, M., Santibáñez, J., Sipan, C., Izazola, J. (2006). Prevalence risk factors for HIV infection among mexican migrants and immigrants: probability survey in the north border of Mexico. *Salud Pública de México*, 48 (1), 3-12.
- Rico, B., Bronfman, M., Del Río, C. (1995). Las campañas contra el SIDA en México: ¿Los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas? *Salud Pública de México*, 7, 643-53.
- Rodríguez, D. (2010). Una espera que desespera, mujeres en hogares de varones ausentes en una comunidad poblana de migrantes. *Iberiforum V*, 10, 100-124.
- Rodríguez, E., García, N. (2006). Enfermedad y significación: Estigma y moustruosidad del vih/sida. *Opción*, 22 (50), 9-28.
- Saletti, L. (2008). Propuestas teóricas feministas en relación al concepto de maternidad. *Clepsydra*, 7, 169-183.
- Salvatierra, B., Austreberta, B., Takehiro, M., Martínez, T. (2003). Fecundidad, anticoncepción y contextos socioculturales. Un análisis de tendencias (1977-1996) en la región Soconusco de Chiapas. *Estudios Demográficos y Urbanos*, 52, 95-125.
- Sánchez, M., Leyva, R., Caballero, M., Infante, C. (2010). Disposición a usar condón en localidades con alta movilidad poblacional de México y Centroamérica. *Migración y Desarrollo*, 7 (15), 155-178.
- Sánchez, M., Lemp, G., Magis, C., Bravo, E., Carter, S., Ruiz, J. (2004). The epidemiology of HIV among mexican migrants and recent immigrants in California and Mexico. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 37 (Supl.4), 204-214.

Sepúlveda, J; García, ML; Domínguez, TJL; Valdespino, JL. (1988). Prevención de la transmisión sanguínea del VIH, la experiencia mexicana. *Boletín Oficina Sanit Panam.*, 105 (5-6), 490-495.

Shelton, B. D. John (1996). The division of household labor. *Annual review of sociology*, 22.

Silva, C. (2002). El significado de la fidelidad y las estrategias para la prevención del Sida entre hombres casados. *Rev Saúde Pública*, 36 (4), 40-49.

Székeli, M., López-Calva, L., Meléndez, A., Rascón, E., Rodríguez, L. Poniendo a la pobreza de ingresos y a la desigualdad en el mapa de México. *Economía Mexicana Nueva Época*, 16 (2 segundo semestre), 239-303.

Soberon, G. (1988). SIDA: Características de un problema de Salud pública. *Salud Pública de México*, 30 (4), 504-512.

Strathdee, S., Davila, W., Case, P., Firestone, M., Brouwer, K., Perez, S., Magis, C., Fraga, M. (2005) Vivo para consumirla y la consumo para vivir [I live to inject and inject to live]: high-risk injection behaviors in Tijuana, Mexico. *Journal of Urban Health*, 82 (3), 58-73.

Takehiro, M., Salvatierra, Benito; Austreberta, B. (2005). Fecundidad, migración y ambiente en comunidades indígenas de la sierra madre de Chiapas, México. *Agricultura, Sociedad y desarrollo*, 83-95.

Torres, T., Iñiguez, R., Pando, M., Salazar, J. (2009). Riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA desde el punto de vista de adolescentes migrantes del estado de Jalisco, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y juventud*, 7 (1), 135-154.

- Uribe, I., Amador, G., Zacarías, X., Villarreal, L. (2012). Percepciones sobre el uso del condón y la sexualidad entre jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 10 (1), 481-494.
- Uribe, I., Andrade, P., Zacarías, X. (2009). Risk sexual behavior predictors in high school students. *International Journal of Hispanic Psychology*, 2 (2), 111-126.
- Uribe, P., Magis, C., Bravo, E., Gayet, C., Villegas, L., Hernández, G. (2003). El SIDA en las mujeres: logros y asignaturas pendientes. *Perinatol Reprod Hum.*, 17 (4), 255-270.
- Urzúa, A. y Zuñiga, P. (2008). Vulnerabilidad al vih en mujeres en riesgo social. *Saúde Pública en PNUD 2011*: 25.
- Valdespino, JL; Sepúlveda, J; Izazola, JA; García, ML; Mora, JL; Palacios, M *et al.* (1988). Patrones y predicciones epidemiológicos del SIDA en México. *Salud Pública de México*, 30, 567-592.
- Vega, G. (2002). La migración mexicana a Estados Unidos desde una perspectiva de género. *Migraciones internacionales*, 2002, vol. 1, No. 2, pp. 179-192.
- Vera, L. (2003). Género, violencia y la epidemia del VIH/Sida en Yucatán, México”. *Rev. Biomédica*, 14, 269-278.
- Xibillé, C., Leyva, R., Caballero, M., Guerrero, C., Magali, S., Bronfman, M. (2004, segundo semestre). Vih/sida y rechazo a migrantes en contextos fronterizos. *Migración y desarrollo*, 003, 45-53.
- Wuest, J., Ford, M., Merriet, M., Berman, H. (2003). Intrusion: the central problem form family health promotion among children and single mothers after leaving an abusive partner. *Qualitative health research*, 13 (5), 597-622.
- Zurita, B., Lozano, R., Ramirez, T., Torres, J. (2003) Desigualdad e inequidad en salud. *Caleidoscopio de la Salud, FUNSALUD*, 29-39.

Publicaciones electrónicas

Agrela, B. (2004). La acción social y las mujeres inmigrantes ¿Hacia unos modelos de intervención? [versión online] *Revista Portularia* 4. (31-42). Recuperado 12 de septiembre de 2012, de: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/170/b15124794.pdf>

Aguirre, J. y Rendón, A. (2008). Aproximación a una masculinidad estigmatizada: Hombres que tienen sexo con otros hombres. [En línea] Consultado: [11, abril, 2011] Disponible en: http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E13-2008_final.pdf

AVESA. (2007). Vulnerabilidad de la mujer víctima de la violencia ante el vih/sida en Venezuela. [En línea] Consultado: [5, mayo, 2010] Disponible de: <http://www.accsi.org.ve/accsi/wp-content/uploads/Vulnerabilidad-de-la-Mujer-victima-de-la-violencia-ante-el-VIHSida-en-Venezuela-abril-2007-Result-Final1.pdf>

Bernal, H (2010). La propiedad privada, la monogamia, el patriarcado, la esclavitud y el carácter de la reproducción. *Revista Nómadas*. Recuperado el 26 de febrero de 2012 de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18112179005>

Bonfil, C. (1998, septiembre). La lucha por el alma de los niños. *Letra S, Salud, sexualidad y SIDA*. Recuperada el 3 de enero de 2012 de: <http://www.jornada.unam.mx/2005/01/06/ls-anterior.html>

Carrasco C. (2001). La sostenibilidad de la vida humana ¿un asunto de mujeres? *Revista Mientras tanto*, 82. Recuperado el 11 de enero de 2011 de: http://www.maracenaconcilia.com/files/carrasco_sostenibilidadmujeres.pdf

Castillo, Angelith (2007) “El complejo de la suegra y el desentendimiento social en Venezuela” Tesis de licenciatura en antropología. Recuperado el 11 de noviembre de 2011 de: <http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/808/1/Tesis%20Angelith%20Castillo.pdf>

De Barbieri, T. (2004). El trabajo femenino y las rencillas por la igualdad. *24 demos*. Recuperado el 09 de mayo de 2011 de: <http://www.ejournal.unam.mx/dms/no01/DMS00116.pdf>

Dides, C., Valdés, T., Barrales, K., Márquez, A. (2005). Estudio de caracterización de los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al vih/sida en mujeres dueñas de casa y trabajadoras de casa particular. [En línea] Consultado : [27, abril, 2012] Disponible en: http://www.criaps.cl/download/doc_elect_RESUMEN_PVE_MUJERES.pdf

Engle, L. (2000). ¿Where Have All the Ribbons Gone? AIDS Symbols -- Compassion or Fashion? [En línea] Consultado: [2, enero, 2011] Disponible en: <http://www.thebody.com/content/art30945.html>

Garza, L., Zapata, E. (2007). Las mujeres rurales ante la migración. En: *Memoria: mujeres afectadas por el fenómeno migratorio en México. Una aproximación desde la perspectiva de género*. (211-216) [En línea] Consultado: [10, diciembre, 2011] Disponible en: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/100912.pdf

Geldstein, R. (2009). Experiencias y representaciones masculinas de desempleo, subocupación y nuevos roles familiares. Del trabajo y no trabajo de hombres y mujeres. *Revista temas de mujeres*, año 5, no. 5. Recuperado el 14 de abril de 2011 de: http://www.filo.unt.edu.ar/rev/temas/t5/t5_web_art_geldstein_experiencias.pdf

Gozzo, G., (2006) *El caso próvida: cuentas pendientes en la transparencia y la justicia*. México. [En línea] Consultado: [13, febrero, 2011] Disponible en: <http://www.fundar.org.mx/pdf/CasoProvida.pdf>.

Larrain, S., Rodriguez, T. (1993) *Los orígenes y el control de la violencia doméstica en contra de la mujer. Género, mujer y salud en las Américas*. [En línea] (Washington.

OPS/OMS) Consultado: [18, mayo, 2012] Disponible en:
<http://www.amro.who.int/Spanish/DD/PUB/PC541-202-209.pdf>

Malkin, V. (1998). Gender, Identity and Status in a Mexican Transnational Circuit - Mexico to New Rochelle, New York. *Transnational Communities Research Programme, University of Oxford*. Recuperado el 11 de abril de 2010 de:
<http://www.transcomm.ox.ac.uk/>

Neiro, A., Almaraz, S. (2006, 25 de agosto). El derecho a la educación y la educación sexual en México. [En línea] Consultado: [18, julio, 2010] Disponible en:
<http://www.derechoshumanos.org.mx/modules.php?name=News&file=article&sid=604>

Portes, A. (1997). Globalization from Below: The Rise of Transnational Communities. [En línea] (USA: Princeton University) (1-27) Consultado: [19, mayo, 2011] Disponible en:
<http://www.transcomm.ox.ac.uk/working%20papers/portes.pdf>

Robert, E. (2008). Mujeres, migración, remesas y relaciones de género. Evidencia a partir de tres casos: Colombia, República Dominicana y Colombia. [En línea] Consultado: [5, septiembre, 2011] Disponible en:
http://www.remesasydesarrollo.org/uploads/media/Seminario_Bolivia_UN-INSTRAW_2008_01.pdf

Saavedra, MG. (2004). Representaciones Sociales de Género: Mujeres y Hombres frente al Trabajo. *Comunicaciones Científicas y Tecnológicas*. Recuperado 15 de marzo de 2010 de:
<http://www.unne.edu.ar/Web/cyt/com2004/1-Sociales/S-055.pdf>

Salvatierra, B., Austreberta, Beutelspacher. (2004) Impacto de la educación formal de las mujeres en el comportamiento reproductivo en cuatro contextos socioculturales de la Región Soconusco Chiapas. *Revista Población y Salud en Mesoamérica*, vol. 2, no. 1. Recuperado 10 de noviembre de 2010 de : <http://ccp.ucr.ac.cr/revista/>

Documentos oficiales

Aguirre, J., Rendón, A. (2008). *Aproximación a una masculinidad estigmatizada: hombres que tienen sexo con otros hombres*. Recuperado el 4 de marzo de 2011 del sitio web del Consejo nacional para prevenir la discriminación (Conapred): <http://www.conapred.org.mx/estudios/docs/E13-2008.pdf>

Asamblea General de las Naciones Unidas (2001). *Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA*, junio de 2001.

Censida (2009) *El vih/SIDA en México 2009*. México, Secretaría de Salud. Disponible en: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2009/VIHSIDAenMexico2009.pdf>

CENSIDA., Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Manual: Sida, aspectos de salud pública*. Recuperado 18 de abril de 2011 en: http://miembros.cisidat.org.mx/articulos/attachments/225_manualSIDA2006.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *HIV/AIDS Surveillance Report*. Atlanta: Department of Health and Human Services,

CONAPO 2010. *Índices de Intensidad Migratoria México-Estados Unidos*, Colección Índices Sociodemográficos. Recuperado el 12 de mayo de 2012 de: http://www.conapo.gob.mx/swb/CONAPO/Indices_de_intensidad_migratoria_Mexico-Estados_Unidos_2010

CONASIDA. *Indicadores y noticias de salud: Informe de actividades 1988-1994*. México.

Conasida (2010). *Informe nacional sobre los progresos realizados en la población de UNGASS*. México. Recuperado 16 de mayo de 2011 en: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/UNGASS_Mex2010.pdf

ONUSIDA (2002). *Movilidad de la población y sida. Actualización técnica*, Ginebra 2001, Recuperado el 23 de marzo de 2010 en: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc513-popmob-tu_es.pdf.

ONUSIDA. (2003) *El VIH/SIDA y los derechos humanos, Directrices internacionales, sexta directriz revisada*. Recuperado 0 de septiembre de 2010 de: http://data.unaids.org/publications/IRC-pub02/jc905-guideline6_es.pdf

ONUSIDA. (2002). *Panorama mundial de la epidemia". Informe de la epidemia mundial de vih/sida*. Recuperado 28 de mayo de 2011 en: <http://www.pulevasalud.com/ps/documentos/PulevaSalud/SALUD/Enfermedades/Sida/5343.pdf>

Secretaría de Salud. (2009). *Manual de organización tipo para bancos de sangre del ISEM*. Recuperado el 3 de junio de 2010 en la web de la Secretaría de Salud: <http://salud.edomex.gob.mx/html/transparencia/informacion/manualorganizacion/manualorganizacion/MTIPOBS.pdf>

Secretaría de Salud. *México: Buenas prácticas en materia de vih/sida*. 33 Asamblea de delegadas de la CIM/OEA. Noviembre 2006.

Secretaría de salud (2002). *Programa de acción, transfusión sanguínea*. Recuperado el 3 de septiembre de 2012 en la web de la Secretaría de Salud: http://www.salud.gob.mx/unidades/cnts/pdfs/transfusion_sanguinea.pdf

Secretaría de Salud. (2001) *Programa de Acción: VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual*. México.

Secretaría de Salud, Ley General de Salud. Disponible en la web del Congreso: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>

UNICEF, CONASIDA, OMS (2002). *Los jóvenes y el vih/sida, una oportunidad en un momento crucial*. Disponible en la web de UNICEF: http://www.unicef.org/lac/jovenes_y_el_vih.pdf

UNICEF, CEPAL. (2009). *Trabajo infantil en América Latina y el Caribe: su cara invisible, desafíos boletín de la infancia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. El rostro femenino del SIDA*. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/aids/23538_hiv aids.html.

PNUD (2010) Informe sobre Desarrollo Humano 2010 (edición del vigésimo aniversario). La verdadera riqueza de las naciones: Caminos al Desarrollo Humano. Recuperado el 19 de julio de 2011 de: http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_ES_Complete_reprint.pdf

Páginas web.

Alarcón, D. (2003). *Primeras descripciones e investigaciones sobre el SIDA en México*. Consultado el 25 de noviembre de 2010 en: <http://bvssida.insp.mx/articulos/4287.pdf>

Losada, C. (2004). *La victimización de la mujer en: Libertad digital opinión*, publicado el 29 de febrero de 2004, disponible en: <http://www.libertaddigital.com/opinion/cristina-losada/la-victimizacion-de-la-mujer-17594/>.

Mino, f. (2001). *Yucatán, aires de barbarie: la discriminación institucional contra personas con sida*. Consultado el 12 de marzo de 2011 en: <http://www.jornada.unam.mx/2001/08/02/ls-yucatan.html>

Murillo, D. (1996) *Entrevista al Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud en México*. Consultado 1 de abril de 2012 en : <http://www.aids-sida.org/entrevis.htm>.

Rodríguez, J. (2008). *25 años de VIH/Sida en México: El primer año fue virulento. Una visión más optimista ante el vih/sida*. En la web de la Organización Diversidad entre amigos: <http://www.freewebs.com/diversidadentre/algodehistoria.htm>.

Unesco. (2010). *Llegar a los marginados. Informe de seguimiento de la OPT en el mundo, Francia*. Recuperado el 18 de julio de 2011 en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001865/186525s.pdf>.

Publicaciones de Seminarios y congresos

Blattner W. Director del Departamento de Epidemiología viral de Bethesda EE.UU. "Aspectos epidemiológicos del sida". Actas IV conferencia internacional del sida pág. 63 Roma 1989.

Bodoque, Y. (2008, febrero). *Matrimonios transnacionales, nuevos retos en el análisis de una realidad migratoria particular*. Ponencia presentada en el Congreso nuevos retos del transnacionalismos en el estudio de las migraciones. Barcelona, España.

Burbano, M. (2007, enero). *Remesas en un contexto integral (análisis a partir de las prácticas cotidianas)*. Ponencia presentada en el V Encuentro Ecuador – Italia. “Remesas, exportaciones y Finanzas Populares para promover el Desarrollo Local”. Ecuador, Riobamba.

Córdova, R. (2009, junio). *Manejo de recursos y empoderamiento femenino en un contexto de migración acelerada en tres comunidades veracruzanas*. Ponencia presentada en el Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos, Río de Janeiro, Brasil.

Dunkle, K., Jewkes, R., Brown, H., Gray, G., McIntyre, J., Harlow, S. (2003) *Gender-Based Violence and HIV Infection among Pregnant Women in Soweto*. A Technical Report

to the Australian Agency for International Development. Medical Research Council, Pretoria.

Izazola, J., Valdespino, J., Avila, C., Ornelas, G., Stetler, H., Sepúlveda, J. (1998). *Risk factors for HIV homosexual transmission in a seroepidemiological survey in Mexico.*

Ponencia presentada en la IV Conferencia Internacional de sida. Estocolmo, Suecia.

Leyva, R., Quintino, Q., Castañeda, X., Lemp, G., Ruíz, J., Magis, C. (2008, agosto).

Oaxacalifornia, migración transnacional y respuesta al VIH/SIDA en un grupo étnico zapoteca mexicano. Ponencia en el evento "Presencia de México en la XVII conferencia internacional sobre el sida. México D.F.

Mauro, A., Godoy, L. (2001, Octubre-noviembre). *Cambios en el mercado de trabajo y relaciones de pareja: el punto de vista de los hombres.* Ponencia XXIII ALAS. Guatemala.

Quizpe, A. y Muñoz, M., (2008). *Como uno es hombre...es difícil abstenerse: Organización social del riesgo sexual entre migrantes mexicanos en Nueva York.* Ponencia en el primer encuentro Latinoamericano y del Caribe, la sexualidad frente a la sociedad, Programa de Coinversión de la Dirección General de Igualdad y Diversidad Social del Gobierno del Distrito Federal. México.

Rico, MN. (2001, Junio). *El trabajo de las mujeres. Amenazas, seguridades y necesidad de políticas públicas.* Seminario CIEPP-DSE - "Precariedad laboral, vulnerabilidad social y seguridad socioeconómica" Buenos Aires, Argentina.

Vargas, L. (2003, noviembre- diciembre). *El laberinto de la sexualidad femenina en un grupo de mujeres jóvenes de la ciudad de Bogotá.* Ponencia en la V reunión de antropología de Mercosur. Antropología en Perspectivas. Florianópolis.

Ruiz, J; Shepphard, H; Ginsberg, M *et al* “HIV prevalence, risks and access to care among young Latino MSM in San Diego, CA, and Tijuana, Mexico” Fifth Annual Conference on AIDS Research in Sacramento, CA. February 2002.

Notas periodísticas

Aguirre, A (Septiembre 15, 2011) “México recibe reconocimiento por combatir el VIH/SIDA”. Actual. Recuperado el 20 de diciembre de 2012 de: <http://revistaactual.com.mx/2011/09/mexico-recibe-reconocimiento-por-combatir-el-vihsida/>

Avilés, K y Gómez, C. (2008, 13 de ago.). Asistencia de funcionarios panistas dividen marcha contra homofobia. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2008/08/03/index.php?section=sociedad&article=036n1soc>.

Bastida, L. (2011, 04 de ago.). La educación sexual a examen. *La Jornada, Letra S 181*, Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2011/08/04/ls-portada.html>.

Brito, A. (2010, 01 de jul.). La indignación permanece. Legado de Carlos Monsiváis. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2010/07/01/ls-opinion.html>

Católicas por el derecho a decidir (2007, 11 de ene.). Boletín de Prensa. Recuperado el 13 de marzo de 2010 de: http://www.catolicasmexico.org/ns/publicaciones/cat_view/27-medios/28-boletines-de-prensa/32-boletines-de-prensa-de-cdd/51-2007.html?limit=8&order=date&dir=ASC

Cruz, A. (diciembre 13, 2012) “Ratificado Kuri Morales, renuncia José Antonio Izazola a Censida”. Periódico La Jornada. Recuperado el 20 de diciembre de 2012 de: <http://www.jornada.unam.mx/2012/12/13/sociedad/042n2soc>

Cruz, Á. – a (2007, 01 de feb.). Ola de reclamaciones en la reunión de ONG con el titular de la SSA. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/01/index.php?section=sociedad&article=047n1soc>.

Cruz, Á. - b (2007, 29 de nov.). Debe ser obligatoria la prueba del sida, afirma Córdova Villalobos. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2007/11/29/index.php?section=sociedad&article=048n1soc>.

Cruz, Á. (2011, 03 de mar.). Mínimos, logros en prevención y control del VIH en AL: expertos. *La Jornada*, Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2011/03/03/index.php?section=sociedad&article=046n1soc>.

Cruz, G. (noviembre 30, 2012) “En ascenso, transmisión de VIH entre mujeres de 15 a 24 años”. Cimac, Noticias. Recuperado el 20 de diciembre de 2012 de: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/62082>

D`Artigues, K. (2007, 17 de ene.). Que renuncie José Córdova Villalobos. *El Universal* [en línea]. Recuperado de: http://blogs.eluniversal.com.mx/weblogs_detalle2901.html.

Diario crítico de México (2007, 23 de ene.). El secretario de salud deberá comparecer ante el senado. Recuperado de: <http://www.diariocritico.com/venezuela/2007/Enero/noticias/7843/cordoba-villalobos-debera-comparecer-senadoprint.html>

Diario imagen (diciembre 02, 2012) “Para atacar al VIH hay que alzar la voz: Chertorivski”. *Diarioimagenqroo.mx*. Recuperado el 20 de diciembre de 2012 de: <http://diarioimagenqroo.mx/noticias/?p=13130>

Díaz, A. (febrero 10, 2012) “Piden continuidad en materia de atención del VIH y reactivar el papel rector de Conasida” Periódico La Jornada. Recuperado el 20 de diciembre de 2012 de: <http://www.jornada.unam.mx/2012/02/10/sociedad/044n1soc>

García, D. (2009, 31 de ago.). Otorgan premio a Córdova Villalobos. *La prensa*. Recuperado de: <http://www.oem.com.mx/laprensa/notas/n1306233.htm>

Girón, D. (2010, 13 de jun.). En México aumentan los casos de mujeres infectadas de Sida. *Primicias 24.com*. Recuperado de: <http://primicias24.com/internacionales/en-mexico-aumentan-los-casos-de-mujeres-infectadas-de-sida>

Godínez, L. (2002, 29 de nov.). Mujeres 14% de personas con vih/sida en México: Censida. *Cimac Noticias*. Recuperado de: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/27464>

Herrera y Vargas (2000, 18 de ene.). La opinión de Deras es personal: dice Olac Fuentes”. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2000/01/18/soc2.htm>

Instituto Nacional de las mujeres. (2008, jul.). Programa Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2008-2012. Recuperado de: <http://www.impi.gob.mx/work/sites/IMPI/resources/LocalContent/1845/9/PROGRAMAIGUALDAD.pdf>

Izazola, A. (2009, 31 de ene.). Efectiva lucha contra el sida, sólo con equidad de género. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2009/01/31/index.php?section=sociedad&article=033n1soc>.

Lamas, M. (1999, 07 de ene.). Escenas de un campo de batalla: la política sexual en México”. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/1999/01/07/ls-texto1.html>

La verdad Yucatán (noviembre 29, 2012) “Piden la sustitución de Izazola como titular del Censida” Recuperado el 20 de diciembre de 2012 de: <http://www.laverdadyucatan.com/piden-la-sustitucion-de-jose-antonio-izazola-como-titular-del-censida/152801/>

Leroux , J (1998, 08 de ago.). Una probadita de educación sexual. *Diario Reforma*.

Medina, A. (2005, 03 de feb.). Obligatorio, que aspirantes a ingresar al ejercito se sometan a prueba de vih. *La Jornada*. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2005/02/03/index.php?section=sociedad&article=044n1soc>

Monsiváis, C. (2007, 14 de ene.). Gobernar desde el prejuicio. *El Universal*, Recuperado de: <http://www.eluniversal.com.mx/editoriales/36494.html>

Méndez, E. (2008, 12 de ago.). Calderón hace uso político del encuentro, acusa PRD. *La Jornada*, Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2008/07/29/index.php?section=sociedad&article=041n2soc>

Pastrana, D. (2005, 30 de oct.). La jerarquía católica defiende su afán de “meterse en política” Del pulpito a las urnas. *Masiosare 410*, Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2005/10/30/mas-daniela.html>

PMFARMA. (2007, 30 de nov.). Córdoba Villalobos: En ciertos casos, la prueba debe ser obligatoria. *Portal Iberoamericano de Marketing farmacéutico*. Recuperado de: <http://www.pmfarma.com.mx/noticias/1843-cordova-villalobos-en-ciertos-casos-la-prueba-del-sida-debe-ser-obligatoria.html>

Rea, C. (2007, 30 de nov.). Activistas reprueban declaraciones del Secretario de Salud. *Agencia especializada de noticias Notiese*, Recuperado de: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=2124

Redacción Global Media. (julio 28 de 2011) “Adelanta Córdoba fecha de renuncia”
Recuperado el 20 de diciembre de 2012 de:
<http://www.globalmedia.mx/sanluis/vernoticia.php?id=32032>

Redacción Notiese. (2004, 21 de nov.) Colocan un gran lazo rojo, símbolo en la lucha contra el sida, en la secretaría de salud. *Agencia especializada de noticias Notiese*.
Recuperado de: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=486

Reim, K. (2001, 19 de jul.). Exigen organizaciones de derechos humanos el despido del ombudsman de Yucatán. *CIMAC noticias*. Recuperado de: <http://www.cimac.org.mx/noticias/01jul/01071902.html>

Rodríguez, J. (2008, 29 de jul.). 25 años de VIH/sida en México: el primer año fue virulento”. *Excelsior*, pág.18.

Rodríguez, R (2010, 01 de dic.). Persisten problemas en torno al sida: Córdoba. *El Universal*. Disponible en:
<http://www.vanguardia.com.mx/persistenproblemasentornoalsidacordova-601062.html>

Secretaría de Salud (2007, 30 de nov.). Engañosa e inútil, la prueba obligatoria de VIH/Sida, asegura Asa Cristina Laurell”. Recuperado de:
<http://salud.gobiernolegitimo.org.mx/index.php/component/content/article/21/45-enganosa-e-inutil-la-prueba-obligatoria-de-vihsida.html>

Valadez, B. (Agosto 10, 2011) “Homofobia frena la lucha contra el VIH/sida: Córdoba”. Periódico Milenio. Recuperado el 20 de diciembre de 2012 de:
<http://www.milenio.com/cdb/doc/impreso/8973342>

Vargas, R. (1996, 16 de jul.). En Aguascalientes, cruzada contra un libro que aún no se escribe. *La Jornada*. Recuperado de:
<http://www.jornada.unam.mx/1996/07/16/aguasca.html>

Velasco, E. (2009, 19 de feb.). Incontrovertible: el condón es la protección más segura contra VIH. *La jornada*. Recuperado de:
<http://www.jornada.unam.mx/2008/02/19/index.php?section=sociedad&article=036n1soc>

Wachauf, D. (2011, 03 de mar.). Córdoba urge a SEP a dar educación sexual en las aulas. *Periódico la Razón*. Recuperado de: <http://www.razon.com.mx/spip.php?article67160>