

UNIVERSIDAD

PEDAGÓGICA

NACIONAL



**SECRETARIA ACADÉMICA
DOCTORADO EN EDUCACIÓN**

**NECESIDADES BINACIONALES DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN VIH/SIDA EN
TRABAJADORES AGRÍCOLAS DEL VALLE IMPERIAL, CALIFORNIA – VALLE DE
MEXICALI B. C.
(ESTUDIO DE CASO)**

**Tesis que para obtener el grado de
Doctor en Educación
Presenta**

David Ontiveros

**Tutor
Dr. José Luis Molina Hernández.**

México, D. F.

Octubre, 2010.

AGRADECIMIENTOS.

Esta investigación es producto del trabajo colectivo generado en los seminarios de tesis del Doctorado en Educación de la UPN, Unidad Ajusco, y desde este marco agradezco los comentarios y aportaciones del equipo de trabajo de la línea de políticas educativas, en el transcurso de su construcción siempre estuvo presente mi tutor el Doctor José Luis Molina Hernández, el cual orientó, motivó y estuvo claro con los objetivos de la investigación.

El Doctor Saúl Velasco Cruz, siempre pendiente y sus aportaciones fueron de gran importancia para entender a los trabajadores agrícolas migrantes.

El Doctor Enrique Mata González, quien con su experiencia sugirió ideas claves en el trabajo, así como en la integración del documento final propuso modificaciones de forma y contenido.

Mi gran agradecimiento a mis lectores y jurados del examen: Dr. Raúl Enrique Anzaldúa Arce, Dra. Lya Niño Contreras, Dr. Xavier Rodríguez Ledesma y Dr. Ramón Paz Ramírez, sus observaciones y sugerencias enriquecieron el documento final y dieron la pauta a nuevas preguntas de investigación, para ellos mi gratitud y reconocimiento.

Al Licenciado José Luís Jaral, defensor de los derechos humanos de trabajadores agrícolas del Valle Imperial, California, sin su apoyo no hubiese logrado concretar el trabajo de campo en el Valle Imperial, para el mi reconocimiento por su solidaridad y compromiso. Para Maria Luisa Reyes Carbajal, que siempre ha estado conmigo y su apoyo ha sido vital en la construcción de lo nuevo, a Milya y Eduardo, mis hijos, por su motivación, cariño y compromiso familiar.

ÍNDICE	Págs.
INTRODUCCIÓN.	6
CAPÍTULO 1. EL VIH/SIDA, SU MAGNITUD, TRASCENDENCIA Y LA VULNERABILIDAD SOCIAL.	14
CAPÍTULO 2. MIGRACIÓN Y SIDA.	19
2.1 Migración temporal en México.	20
2.2 Migración internacional.	23
2.3 El VIH/SIDA en población migrante de México y Estados Unidos.	26
CAPÍTULO 3. CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGOS PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES AGRÍCOLAS.	30
3.1 Trabajo asalariado y riesgo laboral.	34
CAPÍTULO 4. EDUCACIÓN, TRABAJADORES AGRÍCOLAS Y VIH/SIDA.	37
CAPÍTULO 5. EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL SIDA.	41
5.1 Promoción de la salud como estrategia mundial contra el SIDA.	44
5.2 La educación preventiva en la UNESCO contra el VIH/SIDA.	46
5.3 Migrantes e identidad cultural.	51
5.4 La estrategia en México.	52
CAPÍTULO 6. LAS POLÍTICAS EDUCATIVAS EN MÉXICO Y LA RESPUESTA AL VIH/SIDA.	56
6.1 Problemática de implantación de programas educativos en la prevención del VIH/SIDA (estudio entre países).	61

6.2 Respuesta educativa en México ante el VIH.	63
CAPÍTULO 7. LA EDUCACIÓN NO FORMAL Y EL VIH/SIDA.	76
7.1 Educación no formal.	76
7.2 Educación para adultos en México.	84
7.3 Algunas propuestas para la educación en adultos.	90
7.4 Educación para la salud.	91
7.5 Ámbitos de la educación para la salud.	93
7.6 Algunas experiencias exitosas de educación para la salud.	96
7.6.1 Educación popular en Canadá.	96
7.6.2 Método de la palabra generadora.	97
7.6.3 Prevención del VIH/SIDA en zonas rurales de México.	98
CAPITULO 8. ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL, SU PARTICIPACION ANTE EL VIH/SIDA.	100
CAPÍTULO 9. SILENCIOS, RESISTENCIAS Y DESAFÍOS DE LA EDUCACIÓN ANTE EL VIH/SIDA.	108
CAPÍTULO 10. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SEXUALES DE LOS TRABAJADORES AGRÍCOLAS DEL VALLE DE MEXICALI, B. C. Y DEL VALLE IMPERIAL, CA., U.S.A.	118
10.1 Resultados	119
10.1.1 Condiciones sociodemográficas.	120
10.1.2 Factores de riesgo y sexualidad.	124
10.1.3 Conocimientos e información sobre la transmisión y Prevención del VIH/SIDA.	132

10.2 Caracterización, prácticas, actitudes, conocimientos y riesgos VIH/SIDA de los trabajadores agrícolas.	137
CAPÍTULO 11. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA DE PARES EN VIH/SIDA EN EL VALLE DE MEXICALI. B. C.	154
11.1 Definición de educación de pares.	155
11.1.1 Algunas ventajas de la educación de pares.	157
11.2 Objetivo general.	158
11.3 Desarrollo.	160
11.3.1 Educación y capacitación.	161
11.4 Comunicación educativa.	163
11.5 Participación comunitaria.	164
11.6 Evaluación de estrategias.	165
CONCLUSIONES	166
BIBLIOGRAFÍA	171
ANEXOS	186

INTRODUCCIÓN.

Después de más de 20 años de haberse conocido el primer caso de SIDA en el mundo, sigue vigente el principio según el cual la educación es el arma más eficaz para prevenir las infecciones y la transmisión de la enfermedad.

El VIH/SIDA en el mundo y en nuestro entorno geopolítico continúa siendo un riesgo latente de infección, y la globalización mundial y sus consabidas implicaciones han agudizado este problema de salud pública.

Para México, con una frontera norte de 3,159.9 kilómetros, y conviviendo con Estados Unidos de América, un país con más de 929,979 casos de SIDA y más de un 1'000,000 de seropositivos al VIH, es un verdadero y potencial riesgo para la salud pública y la economía nacional.

Asimismo, el fenómeno de la migración interna e internacional de los trabajadores agrícolas migrantes se ha relacionado con las enfermedades de transmisión sexual y con el VIH/SIDA, y en el contexto de la pandemia y la ruralización en México de la enfermedad, puedo afirmar que este problema socioeducativo y médico ha contribuido a ampliar las brechas sociales entre los grupos de población y los trabajadores agrícolas móviles, por la marginación social, la estigmatización y el rechazo, y cuyos derechos humanos ya eran de por sí los menos respetados (Mann,1996).

México, aunque presenta baja incidencia de VIH/SIDA comparado con África Subsariana o Estados Unidos de América, tiene un intenso y permanente flujo migratorio transfronterizo hacia Estados Unidos, su migración es principalmente circular o temporal, y dada la proximidad con el país que registraba durante el año 2001, el mayor número de casos de SIDA de las Américas, con una tasa de incidencia de 285.4 casos por 100,000 habitantes, por tan sólo 51.7 casos por 100,000 para México. Asimismo información estadística del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA en México (CENSIDA) refiere que al 31 de diciembre del año 2000, el 12.7% de los casos acumulados

en México se habían presentado en personas que habían radicado previamente en EUA, con una incidencia mayor (27.8%) en localidades menores de 5,000 habitantes, tal sería el caso de los Estados de Michoacán y Zacatecas, que documentan más del 20% de los casos acumulados con historial de residencia en Estados Unidos.

La frontera Norte de México es una región con elevados índices de prevalencia de VIH, para el año 2005 la epidemia de VIH/SIDA en los 23 condados que colindan con México alcanzaron una prevalencia de 239 infectados por 100,000 habitantes.

Actualmente sabemos de una migración de adultos jóvenes en su mayoría en edad productiva y reproductiva, su origen es principalmente rural y que regresan a sus lugares de origen periódicamente en épocas de fiestas familiares, religiosas o a finales del año.

Magis, 1988; refiere que un 25% de los casos de VIH/SIDA rurales, tienen antecedentes de migración temporal a los EUA.

Ante este proceso de migración-trabajo agrícola-enfermedad, podemos hablar de una ruralización del VIH/SIDA en México y plantearnos la necesidad de la búsqueda de factores condicionantes asociados a la enfermedad en un contexto del proceso agroexportador del Valle de Mexicali y Valle Imperial.

Estas condiciones de exposición y riesgos en trabajadores agrícolas en la presente investigación nos permitió el plantearnos el siguiente objetivo general: identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales ante el VIH/SIDA de los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali, Baja California y del Valle Imperial en Estados Unidos.

Los objetivos específicos fueron: Conocer las condiciones sociodemográficas de los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial.

Explorar cuáles son sus conocimientos para la prevención, disminución de riesgos y sus estrategias para enfrentar la infección por VIH/SIDA.

Conocer las estrategias de educación preventiva implementadas por diversos organismos gubernamentales y de grupos de la población civil.

Proponer una estrategia de intervención educativa para el VIH/SIDA en la zona rural del Valle de Mexicali, B. C. (Col. Silva Sur).

La hipótesis de trabajo fue la siguiente: “El ser trabajador agrícola en los Valles de Imperial, California y Mexicali, Baja California; conlleva a una mayor exposición de riesgos por VIH/SIDA, por su condición de población migrante, bajo nivel educativo, baja o nula cobertura de servicios de Salud, entorno de vida estresante, consumo de bebidas alcohólicas, relaciones sexuales tempranas, prácticas hombre sexo con hombre, múltiples parejas sexuales, desconocimiento de la historia natural de la enfermedad”.

Se trata de un estudio de caso en el cual aplicamos una encuesta consistente en 371 cuestionarios estructurados, de los cuales 267 se aplicaron en el Valle de Mexicali y 104 en el Valle Imperial.

El cuestionario fue individual y privado estuvo conformado por 60 preguntas y se utilizó análisis univariado y bivariado, el tipo de muestreo fue estratificado, el trabajo fue exploratorio y el levantamiento de la encuesta en EUA fue realizado en campos agrícolas del Valle Imperial, California por el Sindicato de Campesinos Unidos, con variables con asociación de $P < 0.05$, estadísticamente significativas, y usé el paquete estadístico SPSS 12.0.

En el primer capítulo abordé la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de los grupos humanos ante la epidemia del siglo XX, su comportamiento en las poblaciones heterosexual, homosexual, bisexual y de drogadictos intravenosos. Asimismo, en los grupos de edad más afectados por la enfermedad, siendo éstos los económicamente productivos, pero también en edad reproductiva y en su caso con vida sexual activa. Esta última condición y el ser trabajador agrícola migrante conlleva a prácticas de riesgo, infección y muerte, en el proceso migratorio.

En el capítulo 2, “Migración y SIDA”, revisé los riesgos y prácticas de la convivencia fronteriza con los Estados Unidos de América (E.U.A.), algunos factores de causalidad de

la migración a E.U.A. y a la frontera norte de México por parte de los jornaleros agrícolas, los tipos de flujos migratorios, la migración temporal a zonas hortícolas de la frontera norte de México, y cómo el camino hacia E.U.A. se ha convertido en un flujo sistemático, obligado, y cada día con más violencia y costos para la sociedad mexicana.

La ruralización del VIH/SIDA es abordada como un riesgo vinculado a la migración regional e internacional, siendo éste un punto de referencia indispensable para la transmisión sexual de la enfermedad en un contexto binacional. Por último, hacemos una revisión del comportamiento del VIH /SIDA en la población latina en E.U.A., siendo muy notoria la alta prevalencia del VIH en usuarios de drogas con un 24% comparado con el 9% en México, pero el riesgo de enfermedad en el migrante mexicano se da al acumular la población latina el 12% de los casos de SIDA de E.U.A. para el año 2004, siendo las ciudades con más casos las de mayor recepción de migrantes (Los Ángeles, New York, San Diego, Texas y Florida).

Los factores sociodemográficos de los trabajadores del campo son abordados en el capítulo 3 y son considerados mediadores entre las condiciones de vida y la presencia de salud o enfermedad, tal es el caso de variables individuales, unidades domésticas a las que pertenece (tamaño o tipo de unidad, mano de obra disponible, tipo de labor desempeñada, formas de migración, composición del ingreso familiar y acceso a bienes y servicios), así como las características ecológicas y socioeconómicas (Martínez, 1993), encontrándose fuertes asociaciones entre la enfermedad y las características individuales de las unidades domésticas, el tipo de familia y la migración temporal (Martínez, 1993).

Posteriormente en los capítulos 4 y 5 se desarrolla el comportamiento de la pandemia del SIDA en el mundo y cómo en México ha sido abordada por diversos sectores gubernamentales (salud, educación, ONGs y población civil), y se han tenido resultados exitosos gracias a una vigilancia epidemiológica muy estrecha y haciendo uso de una extraordinaria estrategia: “La educación para la prevención”, la cual se vinculó a organizaciones gubernamentales, organizaciones no gubernamentales y población civil, pero con el liderazgo a nivel internacional de ONUSIDA y UNESCO, en el contexto regional

de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Se evidenció aquí la importancia para la educación formal y no formal, del consenso entre grupos, comunidades, países y organismos internacionales, así como de las redes de solidaridad para grupos de migrantes en el extranjero y de las organizaciones no gubernamentales, las cuales han jugado un papel prioritario en la educación para la prevención del VIH-SIDA.

En el desarrollo del trabajo se analiza cómo en el transcurso de la pandemia se presentaron diferentes enfoques para su abordaje y fueron desde el biomédico, el clínico médico, el epidemiológico, el sociodemográfico, el individual y el colectivo, llegando a considerar el comportamiento de la enfermedad como asociado al propio comportamiento humano, a la sexualidad, a la toxicomanía intravenosa, así como a la estigmatización de la enfermedad, a la discriminación y al señalamiento colectivo, especialmente en grupos de diversidad sexual.

Seguidamente los organismos internacionales como ONUSIDA desarrollaron grandes movilizaciones sociales y globales para apoyar la educación preventiva y el control del VIH/SIDA.

En el capítulo 6 hacemos referencia a que en México el sector educativo no ha retomado la responsabilidad de una política educativa sobre el VIH/SIDA, la cual debería de ser prioritaria para asegurar conocimientos sobre sexualidad, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, en los niveles de educación básica, por el factor protector que representa el completar estudios de primaria y secundaria.

Dentro de las estrategias educativas revisadas en el presente trabajo, capítulo 7, está la educación no formal, la cual “es un conjunto de actividades educativas organizadas y semiorganizadas que operan fuera del sistema de educación formal y que satisfacen necesidades educativas inmediatas de estudiantes convencionales y no convencionales” (UNESCO, 2007).

La educación para la salud y la educación popular son abordadas en el marco de las políticas de OMS-UNESCO, y por Pablo Freire (1997) con el método de la palabra

generadora, así como por Torres (1995).

En el capítulo 8, señalo como las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) juegan un papel trascendente por sus esfuerzos desde el inicio de la epidemia de VIH/SIDA, inicialmente retoman sus experiencias de defensa de los derechos homosexuales , de mujeres, de los movimientos feministas, para presentar un frente organizado capaz de llevar ante esta nueva enfermedad estrategias de sensibilización basados en conocimientos científicos del VIH/SIDA ,condición que permitió a las incipientes OSC mantener a sus agremiados informados en actividades de : Educación preventiva, avances médicos, movilizaciones sociales, solicitud de fondos financieros, investigación biomédica e epidemiológica, así como la búsqueda y desarrollo de medicamentos antiretrovirales.

Para el caso México, se hace una breve reseña del desarrollo de las ONG ante el VIH/SIDA, su consolidación en los años noventa, sus iniciativas para proporcionar educación sexual en educación de adolescentes, adultos jóvenes y trabajadores del sexo, así como las movilizaciones y foros a favor de los derechos humanos, de diversidad sexual y las demandas organizadas de las ONG para asegurar la continuidad de los tratamientos antiretrovirales en enfermos de VIH/SIDA.

En los últimos capítulos del trabajo se señala cómo el ser trabajador agrícola en el norte de México es parte de un proceso que comprende diversas y riesgosas fases, que incluyen el origen, traslado, destino y regreso, siendo las poblaciones móviles, personas o grupos de personas que se desplazan de un lugar a otro de manera temporal, estacional o definitiva, por un conjunto de razones voluntarias o involuntarias (ONUSIDA, 2008).

En México la migración más importante se relaciona a las desigualdades socioeconómicas con E.U.A., con el cual se da un flujo direccional con retornos temporales a sus lugares de origen en un contexto de desigualdades culturales, laborales, educativas, sexuales, de salud, y en sí sociales que los vuelven susceptibles a riesgos y enfermedades propias de su sexualidad humana y de su pobreza, como sería el VIH/SIDA.

Los resultados de la investigación de campo en ambos valles agrícolas de Mexicali, B.C., e Imperial, California, son presentados en el capítulo 9, caracterizando al trabajador en cuanto a sus condiciones sociodemográficas, nivel educativo, movilidad laboral, los factores de riesgo relacionados a su sexualidad, conocimientos para la prevención del VIH/SIDA, y a la información sobre la enfermedad en los medios masivos de comunicación y comunitarios.

Estos resultados encontrados en esta investigación socioeducativa permitió conformar un perfil de riesgo de los trabajadores con las siguientes particularidades: los trabajadores son adultos jóvenes, un 37% son mujeres, existiendo grandes diferencias entre los géneros en lo que corresponde a ocupación, salario, nivel educativo, posición laboral, y conocimientos sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA (como el uso del condón y la percepción de riesgos).

El nivel educativo y los conocimientos sobre el VIH/SIDA, son superiores en el Valle Imperial, pero también la mayoría de las condiciones sociodemográficas estudiadas (salario, ocupación, tipo de contratación, nivel educativo y de consumo), situación que se ve reflejada en relaciones sexuales más tardías, y sus conocimientos sobre la transmisión, la prevención y la información sobre el VIH/SIDA son superiores, lo cual habla de mayor accesibilidad a mensajes preventivos por medios como el radio, la televisión, los periódicos, las revistas, los amigos y la familia.

Las variables de mayor asociación estadística en el contexto del grupo estudiado, permiten afirmar que la edad, sexo, grado educativo e ingesta de bebidas alcohólicas influyen en los riesgos para la transmisión del VIH/SIDA de manera diferencial en los dos grupos estudiados. Así encontramos que los adultos jóvenes refieren mayor actividad sexual, los adolescentes trabajadores no reciben mensajes ni información sobre el VIH/SIDA en la radio ni en la televisión.

El nivel educativo de primaria y secundaria completa aparece como un factor protector al referir los trabajadores con estos estudios un mayor uso del condón en la última relación

sexual, mayores conocimientos sobre la transmisión y la prevención sobre el VIH/SIDA. Asimismo, la ausencia total de ingesta de bebidas alcohólicas parecería un factor protector en los trabajadores agrícolas ya que este grupo presentó mayores coberturas en condiciones sociodemográficas, conocimientos e información sobre la transmisión y prevención de la enfermedad.

En el último capítulo se presenta una propuesta de intervención educativa entre “pares” en trabajadores agrícolas para la prevención del VIH-SIDA, la cual es una estrategia para el cambio de comportamientos que se sustentan en la teoría del aprendizaje social implementada por Bandura y Freire. Esta propuesta parte de que las personas sirven de “modelo” del comportamiento humano, para lo cual la educación entre iguales se desarrolla en contextos sociales semejantes, condición que facilita la transmisión de la información, la educación, y en sí la comunicación social. Dicha propuesta es óptima para implementarse en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali, B. C.

1. EL VIH-SIDA, SU MAGNITUD, TRASCENDENCIA Y VULNERABILIDAD SOCIAL.

En el presente capítulo se hace un recorrido histórico de la enfermedad del VIH/SIDA desde sus inicios en la población homosexual, hasta su conversión en la epidemia del Siglo XX, siendo actualmente la cuarta causa de mortalidad en el mundo.

En el caso de México revisamos el comportamiento de los casos de VIH/SIDA, aquellos que se presentan en población joven, sus categorías de transmisión, y los riesgos de infección tanto en población heterosexual, como en homosexuales, así como las vías sanguínea, perinatal y de homo-drogas.

Asimismo se analizan los comportamientos y factores de riesgo ante la epidemia de VIH/SIDA, considerados detonadores de esta enfermedad social, como sería el caso de la discriminación sexual y de género, el nivel de ingresos económicos, de escolaridad, de acceso a servicios, el estatus migratorio, el destino migratorio y la cultura particular de los grupos e individuos.

En el año de 1984 fueron notificados en E.U.A. los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA) en población homosexual, y 20 años después de la notificación de la primera prueba clínica del SIDA, esta enfermedad ha pasado a ser la más devastadora de la humanidad (ONUSIDA, 2001). Desde que comenzó la epidemia y hasta inicios del siglo XXI, más de 60 millones de personas se han infectado por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), y el SIDA es la principal causa de mortalidad en África Subsahariana.

Como hemos se ha dicho anteriormente, es la cuarta causa de mortalidad en todo el mundo y cerca de la tercera parte de las personas que viven con VIH/SIDA tienen entre 15 y 24 años de edad. ONUSIDA-OMS refiere que para el mes de diciembre de 2007 vivían con la infección de VIH 33.2 millones de personas en el mundo, de los cuales 30.8 millones (94.5%) son adultos infectados con el VIH, entre ellos 15.4 millones son mujeres (46.3%), y 2.5 millones (7.5%) son menores de 15 años.

Las nuevas infecciones por VIH durante el año 2007 alcanzaron 2.5 millones a nivel mundial, de los cuales 2,080,000 fueron en adultos (83.2%) y 420,000 casos en menores de 15 años (16.8%). Para el mismo período se notificaron 2.1 millones de defunciones por esta letal enfermedad.

En América Latina y el Caribe se estima que 1'830,000 adultos y niños viven infectados por el VIH (ONUSIDA–OMS 2007), mientras que las defunciones en adultos y niños por SIDA fueron de 69,000 muertes en el mismo periodo (*Cuadro 1*).

Cuadro 1

Estadísticas y características regionales del VIH y del SIDA, 2007.

Regiones	Adultos y niños que viven con VIH	Adultos y niños recién infectados con VIH	Defunciones de adultos y niños por causa del SIDA
África Subsahariana	22,500,000	1,700,000	1,600,000
África del norte y Oriente Medio	380,000	35,000	25,000
Asia meridional y sudoriental	4,000,000	340,000	270,000
Asia Oriental	800,000	92,000	32,000
América Latina	1,600,000	100,000	58,000
Caribe	230,000	17,000	11,000
Europa oriental y Asia central	1,600,000	150,000	55,000
Europa occidental y central	760,000	31,000	12,000
América del norte	1,300,000	46,000	21,000
Oceanía	75,000	14,000	1,400
Total	33,245,000	2,525,000	2,085,400

Fuente: UNAIDS. Aids Epidemia. 2007 Ginebra, Suiza

En América Latina y el Caribe, el VIH se transmite principalmente por relaciones heterosexuales, con base en la práctica del cambio de parejas frecuente entre los jóvenes, condición que incrementa los factores de riesgo e impulsa la epidemia, agregándose en la región las presiones socioeconómicas y la alta movilidad de la población (ONUSIDA, 2001).

La región del Caribe es una de las de mayor prevalencia de VIH en adultos, superada únicamente por África Subsahariana. Los países más afectados son Haití y Bahamas, con tasas de prevalencia de VIH por arriba del 4%, y cerca de tres cuartas partes de los casos de SIDA notificados en América Central son resultados de relaciones entre varones y mujeres.

En Costa Rica, México, Nicaragua y algunas partes de la región andina, las relaciones sexuales entre varones son el principal modo de transmisión del VIH. En México se ha encontrado que existe seropositividad por VIH en un 14% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones.

Las tasas de prevalencia al VIH entre profesionales del sexo heterosexual en México son bajas, pero en cambio la transmisión por consumo de drogas intravenosas en Argentina, Chile, Uruguay y Brasil, continúa siendo una de las vías más importantes de transmisión de la enfermedad. En México, el Centro Nacional de SIDA (CENSIDA) reportó en noviembre 2007 un total de 115,651 casos de SIDA, de los cuales 95,991 correspondían al sexo masculino (83.0%) y 19,660 al femenino (17.0%); visto por grupos de edad, 2,891 (2.5%) se presentaron en la población menor de 15 años y 112,760 (97.5%) en mayores de esa edad. (Cuadro 2).

Cuadro 2

Casos de SIDA en México por grupos de edad, 2007

Edad	Número	Porcentaje
<15 años	2,891	2.5%
15 años o más	112,760	97.5%
Total	115,651	100.0%

Fuente: CENSIDA , 2007

Las categorías de transmisión presentan el siguiente comportamiento: el 91.2% por relaciones sexuales, siendo en heterosexuales el 46.6% y en la categoría “hombre sexo con hombre” (HSH) el 45.9%; por vía sanguínea el 4.9%, perinatal el 2.3%, y en usuarios de drogas intravenosas-HSH el 0.3 % (CENSIDA, Nov. 2007). (Cuadro 3).

Cuadro 3

Categorías de transmisión del SIDA en México.

Categorías	Porcentaje
Sexual	92.5%
Sanguínea	4.9%
Perinatal	2.3%
Homo-drogas.	0.3%
TOTAL	100%

Fuente: CENSIDA 2007

En México existen 180,000 personas viviendo con VIH/SIDA, y únicamente 31,951 (17.8%) de los enfermos tienen acceso a tratamiento con antiretroviral altamente supresivo (SSA-INSP-CENSIDA, 2008).

En la frontera norte de México los casos de SIDA son el 15.2% del total acumulado de México, con 16,788 casos, teniendo Baja California el mayor número de casos de la frontera norte, con 5,067 y un 30.2% del total. Según cálculos de CENSIDA (2006), el 55.9 % del total de los enfermos de SIDA habían fallecido a pesar de los esfuerzos de las instituciones del Sector Salud y de varias ONG's en México.

Actualmente es conocido el impacto en la sobrevivencia y en la calidad de vida del enfermo con VIH/SIDA con el uso de la terapia antiretroviral y esto ha estimulado conceptos erróneos de que ahora existe curación para el SIDA y de que las relaciones sexuales sin

protección plantean un riesgo menos intimidante. Como consecuencia de ello, está aumentando el comportamiento de alto riesgo (ONUSIDA, 2004). Pero esto no es todo: la discriminación racial, los bajos ingresos, la escasa atención a la salud, los prejuicios culturales, la falta de educación, el status migratorio y otras desigualdades sociales, agravan el comportamiento y la tendencia hacia el incremento de la enfermedad.

En los E.U.A. los adultos jóvenes pertenecientes a minorías étnicas (incluidos varones que tienen relaciones con varones), afrontan elevados riesgos de infección. En el año 2000, el 47% de los casos de SIDA fue en afroamericanos, y las mujeres jóvenes socialmente desfavorecidas, como las afroamericanas e hispanoamericanas, presentaron tasas de infección por VIH más altas y a edades más tempranas que los hombres.

Asimismo el 53% de las nuevas infecciones por VIH se presentaron en hombres homosexuales. Es evidente que el comportamiento de la enfermedad presenta tendencias hacia el incremento, y los datos revelan una escasa utilización de preservativos, tanto en la población en general como en los profesionales del sexo.

El presente acercamiento a la enfermedad permitió conocer su magnitud y trascendencia, así como la vulnerabilidad de los individuos ante la infección, pero creemos que el abordaje del problema puede ser mejor entendido desde la cultura (Lamas, 1997), la cual otorga valor a ciertas prácticas sexuales y denigra a otras a partir de una limitada concepción de la sexualidad. Pero todas ellas están condicionadas socialmente, como sucede en el caso de la población migrante y la población marginada, especialmente mujeres y adolescentes.

2. MIGRACIÓN Y SIDA.

La relación entre migración y SIDA se aborda desde la perspectiva teórica que indica que la migración de trabajadores agrícolas a la frontera norte de México y a los E.U.A. es un proceso impulsado por las desigualdades sociales producto de la pobreza extrema en sus lugares de origen, por la falta de empleos bien remunerados, y por la inoperancia de políticas sociales relativas a la educación, la salud, la vivienda, los bajos salarios, el déficit de guarderías y la inadecuada capacitación para el trabajo, entre otros.

También se analiza el proceso migratorio de trabajadores agrícolas al norte de México, considerando su origen-traslado-destino-regreso, lo que representa grandes riesgos para la integridad psico-física de este grupo. De la misma manera, se revisa cómo las comunidades receptoras de esta fuerza de trabajo condicionan entornos de alto riesgo, como sería el caso de procesos de trabajo estresantes, relaciones sexuales sin protección ante riesgos de infecciones de transmisión sexual (incluyendo VIH/SIDA), múltiples parejas sexuales, relaciones Hombre-Sexo-Hombre, así como estar en ciudades destino donde la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA acumula un mayor número de casos.

México comparte una frontera de más de 3,000 kilómetros con los Estados Unidos de Norteamérica, zona geográfica con un intenso intercambio de cruces fronterizos y de mercancías en ambas direcciones, lo cual ha generado una dinámica poblacional en la que los hábitos, costumbres y prohibiciones de ambas áreas vecinas son verdaderos riesgos para las prácticas de convivencia fronteriza, como es el caso de objeto de estudio.

El trabajador agrícola migrante se enfrenta en su devenir a desigualdades sociales que van desde la violación de sus derechos humanos hasta los consabidos riesgos para su salud, como, por ejemplo: violencia física y psicológica, drogadicción, alcoholismo, estrés, enfermedades prevalentes en la región fronteriza, enfermedades de transmisión sexual, VIH/SIDA, accidentes, hipotermia, deshidratación severa, y otras, incluyendo la muerte.

La migración de trabajadores agrícolas al norte de México y a los Estados Unidos de

Norteamérica es considerada históricamente como un fenómeno económico, sociodemográfico y político (Velasco, 2003). En la actualidad buena parte del flujo migratorio a Estados Unidos de América es motivado por cuestiones económicas y en especial por las diferencias salariales y la demanda de fuerza de trabajo, y es sostenido en muchos de los casos por redes familiares y sociales que se conectan en ambos países.

2.1 Migración temporal en México.

La migración temporal en México involucra aproximadamente entre 1.5 y 2 millones de trabajadores agrícolas (Lara y C. de Grammont, 2003) de los cuales 400,000 se ubican en estados de la República con gran producción de hortalizas de exportación (tomate, brócoli, cebollín, col de Bruselas, rábano, pepino y frutas) tal sería el caso de Sinaloa, Baja California, Baja California Sur, Jalisco, San Luís Potosí y Sonora. Es conocido que los primeros flujos migratorios presentaban la característica de ser rural-rural principalmente entre los estados de Oaxaca y Guerrero, pero a finales de los años noventas se sumaron otros 27 estados del país, incluso algunos que anteriormente eran receptores de mano de obra migrante, tal sería el caso de Sinaloa, Veracruz y Nayarit.

Dentro de estos grupos migrantes se incluye la población indígena, la cual se vincula a los ciclos agrícolas de las regiones de origen, y en dos momentos: después de la cosecha y después de la siembra (Velasco, 2003); y a la vez se relacionan estratégicamente a los ciclos agrícolas de las regiones receptoras, las cuales tienen como característica ser de alta producción de alimentos hortícolas de exportación para el norte del país, en campos temporaleros de los estados de Nayarit, Veracruz, San Luís Potosí, Jalisco, Morelos y Estado de México, y plantaciones en algunas zonas de Chiapas, Tabasco y Yucatán (Velasco, 2003).

Pero es indudable que la pobreza rural en estados expulsores de fuerza de trabajo migrante se relaciona a que un 60% de los habitantes de este sector viven en la pobreza extrema, y el 75.2% de estas localidades rurales se consideran de alta marginalidad

(Rubio, 2004). Y podemos agregar que los problemas de las políticas económicas del país que se ven reflejados en que de los 42,723,000 ciudadanos que conforman la población económicamente activa (PEA), el 3.9% no tiene empleo (Raya, 2005). Asimismo, muchos inmigrantes mexicanos, reales o potenciales, ya no creen que la economía mexicana vayan a mejorar y piensan que, aun cuando lo hiciera, esto no los ayudaría, pues la élite mexicana se apropiaría de la nueva riqueza (Smith, 2002).

Este panorama económico ha generado en el país, tanto en las zonas urbanas como en las comunidades rurales, la búsqueda de mejores formas de sobrevivencia en el mercado global mundial, y según la OCDE (2005) en México cada año emigran a Estados Unidos aproximadamente 400,000 mexicanos. Se calcula que diariamente 1,000 mexicanos en edad productiva deciden migrar a ese país, y casi el 80% de esta población se halla entre los 15 y 44 años de vida (Corona, 2008).

Para el caso de los trabajadores migrantes del Valle de Mexicali, estas corrientes son históricas e inician a partir del siglo XX y se van consolidando desde entonces. Primero por su vecindad con los Valles de Imperial, en California, y de Yuma, en Arizona, lo cual era muy atractivo para los inversionistas extranjeros ya que su carácter fronterizo le permitía ser una zona de tránsito hacia dichos valles agrícolas, y en general al estado de California. Además de ello, la Reforma Agraria y los booms algodoneros de 1934-1945 y de 1949-1960 favorecieron la presencia laboral. Stamatis (1992) refiere que durante las décadas de los cincuenta y sesentas del total de los trabajadores ocupados en cada ciclo algodonero, aproximadamente tres cuartas partes de los 30,000 jornaleros eran migrantes temporales; para 1970 el trabajo asalariado agrícola alcanzó la cifra de 45,000 eventuales, de los cuales la mayoría provenía de otros estados de la República. Para los años ochenta, las hortalizas adquieren tal relevancia nacional que se convirtieron en los productos generadores del 42% de las exportaciones no petroleras del país (Ibíd.). En 1990 las hortalizas contribuyeron con el 41% del valor de las exportaciones agropecuarias (Ibíd.).

Este nuevo auge productivo trajo por consiguiente un proceso de reorganización en el mercado de trabajo agrícola en el Valle de Mexicali y el incremento de asentamientos de

trabajadores; asimismo, la fuerza de trabajo que anteriormente era considerada de baja o poca calificación técnica, la cual centraba su actividad en el desahije y levantamiento de cosechas y que posteriormente optaban por continuar una ruta migratoria circular (Moreno, 1994), tienden a especializarse en los cultivos endémicos de la región y a laborar entre 3 y 9 meses al año, y si bien su número es relativamente pequeño, su fuerza de trabajo es de gran importancia por sus habilidades en la cosecha de cebollín, brócoli, tomate, col de Bruselas, fruta, y otros productos de exportación.

La conversión de trabajadores migrantes especializados en la cosecha de hortalizas ha traído consigo una mayor permanencia de éstos en las zonas agrícolas de Baja California (San Quintín, El Ciprés y Maneadero, en el municipio de Ensenada, y en el Valle de Mexicali), y de acuerdo con la caracterización de Stamatis (1992), también existen en el Valle de Mexicali jornaleros agrícolas nativos. Estos trabajan periodos de 3 a 9 meses al año en cultivos hortícolas, acumulan antigüedad en una sola empresa, algunos realizan tareas de mayor especialización en el proceso de producción, como, por ejemplo, el caso de la supervisión, el control y la operación de equipo y maquinaria; otros trabajan en empresas enlatadoras y en el levantamiento de cosechas, especialmente del cebollín.

Según dicha tipología, los jornaleros agrícolas temporaleros se asientan de manera permanente en el Valle de Mexicali, aunque no nacieron en la entidad aproximadamente un 50% tiene un pasado reciente de migrantes (Moreno,1994); además, desarrollan actividades manuales de poca calificación (labores de cosecha y desahije) con cierta especialización en cultivos de exportación, especialmente cebollín. Sus asentamientos humanos se dan en terrenos federales a las orillas de drenes y canales de la red de distribución de agua, sus asentamientos son irregulares, su ocupación suele ser coincidente con los ciclos agrícolas, y un mínimo de trabajadores (22%) laboran todo el año.

2.2 Migración internacional.

La globalización es resultado de la confluencia de factores estructurales y coyunturales de las economías de mercado de las naciones desarrolladas (Fernández y Abelló, 1994). Los países industrializados y las transnacionales buscan mano de obra barata, recursos básicos y mercados que les permitan alejarse de la crisis haciendo operaciones redituables y garantizando la venta de sus productos.

Diez años después de iniciado este proceso, Stiglitz refiere lo siguiente: “Hoy en buena parte del mundo en desarrollo, la globalización está en tela de juicio” (Stiglitz, 2005). En América Latina, después de un breve periodo de crecimiento a principios de la década de 1990 se han instaurado el estancamiento y la recesión. Para México, dicha estrategia económica, política y social, ha generado una dependencia aún mayor con la firma del Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN) y la desaceleración de los Estados Unidos, afectando especialmente a la zona fronteriza del norte de México. Un ejemplo de esto es la baja hasta en un 40% de la producción maquiladora en Tijuana (Castillo, 2004).

La gran dependencia económica con Estados Unidos va más allá de las nuevas políticas y estrategias económicas mundiales, y un reflejo sería la inmigración mexicana hacia territorio estadounidense que inicia con el establecimiento de fronteras en los años 1848 y 1870, cuando se inician los primeros flujos migratorios de mano de obra. Posteriormente se implementaron políticas unilaterales como el “Programa Agrícola Temporal”, que tuvo vigencia entre los años de 1942 a 1964, y más tarde la posición de Estados Unidos cambió hacia el control migratorio, ilustrados por la “Ley de Inmigración”, de 1965, y por la “Ley de Reforma y Control de la Inmigración” de 1986, la cual legalizó a unos dos millones de mexicanos en Estados Unidos. También se implementaron el “Programa para Residentes antes de 1982”, y el “Programa de Trabajadores Agrícolas Especiales”, y en fecha posterior la “Ley Simpson-Rodino”, hasta llegar al establecimiento de medidas unilaterales como la construcción de muros, cortinas y bardas, el reforzamiento de la vigilancia por la Border Patrol, y en última instancia la militarización.

Esto último ha ocasionado el desplazamiento de población migrante internacional hacia zonas de alto riesgo para la integridad física de esta población, como es el caso de la alta montaña, canales, ríos o los peligrosos desiertos de Mexicali y Arizona, situación que ha elevado la tasa de mortalidad por los intentos de cruzar la frontera de los Estados Unidos.

En los años sesentas la migración a los Estados Unidos tenía un flujo de carácter circular, conformado por fuerza de trabajo adulta y de adultos jóvenes, cuyo origen era principalmente rural y buscaban regresar a sus lugares de origen después de seis u ocho meses de permanecer en campos agrícolas.

A partir de los años ochenta el fenómeno de la migración de mexicanos a Estados Unidos se generaliza, su comportamiento es de alcance nacional, con ramificaciones en lo largo y ancho del país; en esta década se estimaba un promedio anual de 30,000 trabajadores, y un poco menos de 400,000 para finales de los años noventa (Alba, 1999).

Durante la década de los años noventa, la migración mexicana a Estados Unidos ha pasado de ser una migración temporal a constituirse en una migración definitiva (Smith, 2002), sólo en 1996 más de 160,000 mexicanos se convirtieron en inmigrantes autorizados, admitidos bajo categorías relacionadas a lazos familiares, y de acuerdo con el Pew Hispanic Center desde el 2000 cada año han emigrado a Estados Unidos medio millón de mexicanos.

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID, 2001), se estima que en Estados Unidos hay actualmente más de 31.7 millones de hispanos, el 11.7% de la población total estadounidense, y más de 20 millones son de origen mexicano. Las remesas recibidas por familiares en México alcanzaron 9,300 millones de dólares, el doble de las exportaciones agrícolas, dos terceras partes de sus exportaciones en petróleo y el equivalente a sus ingresos por turismo. Para el 2004 las divisas sumaron 16,612 millones de dólares y según estimaciones del Banco de México en el 2005 llegaron a 20,000 millones de dólares, más que los 18,000 millones de dólares que incluyeron en el paquete económico de ese año como ingresos por la exportación de petróleo. Situación coincidente con una mayor

migración indocumentada, la cual alcanzó 5.9 millones de mexicanos según el News-Yahoo (2004).

Las ciudades fronterizas mexicanas comparten un espacio geográfico con cuatro estados de la Unión Americana, con residentes de origen mexicano en ambos lados de la frontera vinculados por lazos familiares, comerciales y sociales, su dinámica poblacional es permanente y existe un gran intercambio comercial, especialmente de mexicanos que realizan cruces para la adquisición de productos alimenticios, gasolina, ropa, visitas familiares o por turismo social.

Durante el año 2004 la frontera de Baja California con California, registró un total de 92,290,663 cruces, siendo el 68% por la ciudad de Tijuana, 24.8% por Mexicali, y el resto (7.2%) por Tecate y por los Algodones. Esta condición genera una dinámica y problemática transfronteriza que implica inseguridad, problemas de salud pública, contaminación ambiental, asentamientos irregulares del lado mexicano, violación a los derechos humanos de los migrantes, y una gran movilidad poblacional que busca cruzar hacia el lado estadounidense.

Como resumen podríamos describir a la población mexicana que busca cruzar a los Estados Unidos con las siguientes particularidades:

- 1.- La fuerza de trabajo continúa siendo mayoritariamente conformada por población masculina, especialmente por adultos y jóvenes en edad productiva y reproductiva.
- 2.- En los últimos 20 años la mayoría proviene de zonas urbanas, sin embargo, en las zonas rurales e indígenas también se han incrementado la cantidad de migrantes.
- 3.- California es el principal destino, seguido de Texas, Illinois y Arizona, sitios en los cuales se concentra el 90% de los migrantes.
- 4.- La mayoría cuenta con antecedentes históricos de migración a Estados Unidos.
- 5.- La mayoría no cuenta con documentación para trabajar en Estados Unidos.

6.- Un gran número de mexicanos inmigrantes regresa a su localidad de origen en México.

7.- La exposición a riesgos vinculados a la violación de sus derechos humanos, accidentes, violencia, enfermedades, extorsión por autoridades binacionales, y la muerte, se convierten en constantes sistemáticas y permanentes.

2.3 El VIH/SIDA en población migrante en México y los Estados Unidos.

La enfermedad transmisible con mayor tasa de crecimiento en los últimos años ha sido el SIDA. En México los casos se han incrementado hasta en 400 veces desde que se registraron las primeras notificaciones a principios de los años ochenta.

El CENSIDA (Nov. 2007), reporta un total de 115,651 casos, siendo un 86% en hombres y el 17% en mujeres; los grupos de edad más afectados son de 15 años y más, con el 97.5% de los casos. La transmisión es por vía sexual en un 92.5% de los casos y la población heterosexual alcanza el 46.6% de los infectados, en tanto que los homosexuales y los bisexuales juntos registran el 45.9%; por transmisión sanguínea se da el 4.9%, de origen perinatal es el 2.3%, y por drogas intravenosas combinadas con relación homosexual del 0.3%.

Es importante señalar que el inicio de la epidemia en México se dió en las grandes ciudades del país: el Distrito Federal, Guadalajara, Monterrey, Tijuana, Cancún, y otras localidades de interés turístico (CONASIDA, 2000), pero a partir de 1986 se habla de la ruralización de esta enfermedad llegando en el año 2000 a un total de 2,089 casos acumulados, lo que representa el 4.6% de los 45,283 casos notificados en ese mismo periodo a nivel nacional. La vía de transmisión es la sexual en un 91.1% de los casos. La probabilidad de riesgo para heterosexuales es de 43%, para bisexuales de 26.4%, para la relación "hombre sexo con hombre" (HSH) de 21%, por transfusiones sanguíneas de 4.6%, perinatal 1.7%, hemofílico 1.1%, usuario de drogas intravenosas (UDI) 1.0%, la

combinación homo-UDI 0.8%, y en el caso de donadores de sangre 0.4%. En mujeres el SIDA representa el 14.2% del total de los casos rurales, y los factores de riesgo son las relaciones heterosexuales en un 63.9% de los casos, las transfusiones sanguíneas en un 28.4%, y la vía perinatal en el 7.7%.

El mayor número de casos rurales se registra en estados con tradición migratoria, como es el caso de Zacatecas, Michoacán, Veracruz, Guanajuato, Oaxaca, Querétaro, Guerrero y Nayarit.

Cabe resaltar que una proporción del 25% de los casos rurales tienen antecedentes de migración temporal a los Estados Unidos, por un 6.1% de los casos urbanos (Bronfman et al., 2004).

Entre los estudios regionales sobre SIDA y migración elaborados en lugares geográficos de alta expulsión poblacional, podemos mencionar el de Pineda (1992), que en su trabajo sobre el estado de Michoacán señala que las áreas de dicho estado de mayor migración a los Estados Unidos fueron las más afectadas por el VIH/SIDA: el 39% de los casos tenían antecedentes de residencia en los Estados Unidos.

La ruralización de la enfermedad se sigue extendiendo sobre todo en aquellas entidades que tienen fuertes flujos migratorios a Estados Unidos (Magis et al., 1998), y es creíble que ser frontera con Estados Unidos representa un verdadero riesgo no solamente por la vulnerabilidad de los migrantes y la movilización legal masiva de población, sino porque este país tiene el mayor número de casos notificados de SIDA del continente americano con casi 930 mil casos (San Francisco Aids Foundation, 2004), y sólo en el estado de California se notificaron 135,969 casos, lo cual representa el 14.6% del total reportado en los Estados Unidos. Por otra parte, la población latina es el segundo grupo étnico con más casos de SIDA. Esta última condición expone a los inmigrantes internacionales a riesgos propios de su sexualidad y de entornos de vida sumamente estresantes, elevadas tasas de consumo de alcohol y relaciones sexuales con trabajadores del mercado del sexo y/o múltiples parejas sexuales (International Migration, 1998).

Para González Block y Liguori, (1993), la cultura sexual hace que las prácticas homosexuales sean una opción legítima ante la ausencia de mujeres y la excitación ligada a la promiscuidad masculina en el contexto de alta migración. A su vez, la aplicación de la cultura sexual como paradigma de poder en las relaciones laborales, de por sí expuestas a la migración y la promiscuidad, no parecería más que legitimizar aún más las relaciones homosexuales.

Es así como el proceso migratorio de trabajadores hacia Estados Unidos y el VIH/SIDA se pueden explicar por los cambios en las condiciones de vida de los migrantes y por la adopción de prácticas sexuales de alto riesgo en los lugares de destino y de origen, lo cual incrementa las probabilidades de riesgo de infección por enfermedades de transmisión sexual y por el VIH/SIDA (Bronfman y Minello, 1995).

Oviedo Arce (1997), en un estudio sobre prácticas de riesgo de los trabajadores agrícolas mexicanos en los E.U.A, mostró que en su mayoría, quienes tenían pareja estable en la comunidad de origen, tenían conocimiento sobre la transmisión de SIDA y sobre las formas de prevención, pero se negaban a usar el condón, además se ha documentado la relación entre experiencia migratoria y VIH/SIDA en las regiones de México (Muñiz Martelón et al., 1996).

Para la población latina en E.U.A. el SIDA continúa siendo un problema de alta incidencia, sus casos acumulados en el periodo de 1981 al 2004 llegaron a 172,993, un 12% del total de los E.U.A. (San Francisco AIDS Foundation, 2004), pero únicamente en el año 2000 representaban el 19% del total de casos notificados en ese periodo, en dicha nación. Con 8,140 casos, superior a años anteriores, alcanzó una tasa de 30.4 por cada 100,000 habitantes, casi 4 veces mayor comparado con el índice entre población blanca (7.9), pero menor que la de la población afroamericana (74.2).

Según un informe del Centro de Detección y Control de Enfermedades de E.U.A. (CDC, ubicado en Atlanta, Georgia) en el año 2000, las categorías de exposición y transmisión entre los latinos nacidos en E.U.A. y los nacidos en otros países varían mucho. (*Cuadro 4*).

Cuadro 4.

Comportamiento del VIH/SIDA en población latina en E.U.A

LATINO	E.U.A.	MEXICO	PUERTO RICO
Hombres sexo con hombres	30%	44%	14%
Usuarios de drogas	24%	9%	48%
Heterosexuales	11%	14%	25%

Fuente: CDC. Vol.12, No. 2,2002

El mayor número de casos de SIDA se da en ciudades con mayor número de latinos, pero también con la más alta recepción de migrantes mexicanos, como es el caso de Nueva York, California, Texas y Florida; lo anterior es confirmado por Bronfman, Sejerovich et al. (1998), y el riesgo al que está expuesto un inmigrante de contraer VIH está en relación directa con el lugar de destino de muchos trabajadores, ya que este entorno condiciona la salud o enfermedad del trabajador agrícola migrante, especialmente el de nuevo ingreso al mercado laboral formal o informal en los Estados Unidos, esto debido principalmente al desconocimiento del proceso de salud-enfermedad en su nuevo entorno y a su mínima o nula educación preventiva en salud adquirida en su lugar de origen, específicamente en educación para la sexualidad y en la identificación de potenciales factores de riesgo en sus prácticas sexuales ante las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA.

3. CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS Y RIESGOS PARA LA SALUD DE LOS TRABAJADORES AGRÍCOLAS.

En este apartado caracterizamos al trabajador agrícola y se muestra cómo vincularse al proceso de migración interna y a E.U.A. se asocia a mayores riesgos para su salud individual y familiar. Asimismo se analizan las características sociodemográficas y cómo estas también se vinculan al proceso salud-enfermedad-atención, tal es el caso de las variables: edad, sexo, escolaridad, estatus migratorio, lugar de origen y destino del proceso migratorio, características de sus asentamientos, lugar del asentamiento, calidad de la vivienda, servicios públicos, escuelas, guarderías y unidades médicas de salud; así como patologías de la pobreza, elevada mortalidad infantil y materna, y en adolescentes y adultos jóvenes, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Como criterios básicos para la definición de los riesgos para la salud en México, se considera la región, el sector económico, las relaciones salariales y la condición urbana o rural (Córdova, 1985). En este sentido, los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali están considerados en una ubicación regional con un mayor desarrollo social relativo en el país, por ende, de menor riesgo para la salud, pero su ubicación en el sector primario, nivel educativo, salario, vivienda, su marco jurídico laboral (STPS, IMSS), su residencia en un área rural y la realización de trabajo asalariado en condiciones precarias, los definen como una población con alto riesgo para la salud.

Asimismo, Stamatis (1995), afirma que “Dentro de la relativa homogeneidad que confiere una ubicación similar, hay heterogeneidades internas que matizan la distribución de los riesgos y los daños a la salud”. Para el Valle de Mexicali considera que, aunque los trabajadores agrícolas presentan homogeneidad “hacia afuera” como clase social, muestran una clara diferenciación interna respecto de sus características ocupacionales, socioeconómicas y culturales, lo cual deriva en primera instancia de su condición migratoria (Ibíd).

Los trabajadores agrícolas son quienes laboran en alguna actividad agrícola no por cuenta propia sino para otra persona, con la cual tienen o no relaciones de parentesco;

desempeñan un trabajo especializado (empaques, operación de maquinaria y equipo agrícola, supervisión y control del trabajo, administración) o no especializado (labores generales de siembra, cultivo y cosecha), y realizan este trabajo en el campo o empaque, almacén o taller (IIS-PRONSJAG, 1994).

Para efectos de la presente investigación, consideramos a los jornaleros agrícolas como aquellos trabajadores que realizan en el campo una actividad no especializada de siembra, cultivo y cosecha. Aunque algunos autores, como Astorga (1994), han adoptado el término de peón rural, los cuales carecen de empleo permanente, no cuentan con protección de las leyes laborales, ni de la seguridad social, tienen diversos patrones y son la mayoría de la población activa del campo. Nosotros partiremos de la tipificación elaborada para jornaleros agrícolas por Stamatis (1995), en la cual los jornaleros del Valle de Mexicali están constituidos por población nativa, inmigrante y migratoria. Los jornaleros presentan aún peores condiciones de trabajo que el resto de los trabajadores productivos de zonas rurales, y dentro de este grupo son la gran mayoría. En el Valle de Mexicali, sólo el 6% de quienes trabajan en la agricultura por un salario realizan trabajo especializado, el 94% restante está constituido por jornaleros (IIS-PRONSJAG, 1994).

Diversos estudios señalan (Behn,1987;Molina,1993;IIS-PRONSJAG,1994) que la migración de la población rural se encuentra asociada a la mayor incidencia de enfermedades, principalmente derivada de niveles de escolaridad más bajos y condiciones de vivienda más precarias, por lo que los jornaleros migratorios y los de inmigración reciente en el Valle estarían considerados en este grupo de riesgo.

Asimismo, los bajos niveles de escolaridad por sí solos se encuentran también asociados a mayores riesgos de enfermar: más del 90% de los jornaleros agrícolas en el Valle no terminó la primaria y el 15% son analfabetas (IIS-PRONSJAG, 1998).

El trabajo agrícola asalariado de madres y niños vulnera las condiciones de resistencia a la enfermedad del grupo familiar, y en el Valle de Mexicali al menos el 39% de los jornaleros agrícolas son mujeres y niños menores de 14 años (IIS-PRONSJAG, 1994).

Consideramos que el patrón de cultivos en que se insertan los jornaleros agrícolas se constituye en factor de riesgo para la salud. Los de más alto riesgo son los hortícolas, por ser cultivos con procesos de producción que hacen uso altamente intensivo de fuerza de trabajo e insumos, principalmente plaguicidas, así como por la inexistencia de mecanismos que regulen el uso de éstos (a pesar que el convenio No. 17 de 1993 de la OIT sobre Seguridad en la utilización de los productos químicos en el trabajo y de la NOM 010-STPS-1999 sobre las condiciones de Seguridad e Higiene en los Centros de trabajo donde se manejen, transporten, procesen o almacenen químicos capaces de generar contaminación en el medio ambiente laboral); además de que son los que más demandan trabajo femenino e infantil. En el Valle de Mexicali, el 92% de los jornaleros trabajan en un cultivo hortícola como actividad principal y un 62% como actividad secundaria (Stamatis, 1995).

Los riesgos para la salud en comunidades rurales, según varios autores (Puffer y Serrano, 1975; Campos Ortega, 1989; Behn, 1987; Molina, 1993; Figueroa Leticia, 2009), se manifiestan en los elevados índices de enfermedades infecciosas, tales como diarreas, infecciones respiratorias agudas, parasitosis y desnutrición infantil, así como elevadas tasas de mortalidad general, mortalidad infantil y materna.

Por ello, la condición de asalariado agrícola está vinculado a hechos sociales tales como la migración, bajos salarios, bajo nivel educativo, y malas condiciones de trabajo, por ejemplo, la exposición a plaguicidas agrícolas, ya sea por su empleo de aplicador terrestre, mezclador o recolector, o porque vive en áreas de aplicación masiva de plaguicidas y pasa ahí largas jornadas de trabajo; se añade mala calidad en su alimentación, condiciones precarias de vivienda, servicios básicos (agua potable, drenaje, electricidad, pavimento) precarios o nulos y la presencia de enfermedades endémicas regionales.

En estos trabajadores asalariados variables como edad y sexo pueden incrementar los riesgos: tal sería el caso de la mujer jornalera agrícola en la que el riesgo reproductivo sería la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo (Puffer,

1975), siendo posible agrupar estos factores de riesgo en la trabajadora agrícola en dos categorías:

- i) Generales: edad, multigravidez, intervalo entre embarazos (intergenésico), peso corporal;
- ii) Patológicos obstétricos: enfermedades crónico degenerativas con una relación muy directa, incluso de causalidad sobre la mortalidad materna perinatal (Puffer, 1975; Ávila, 1988).

Los riesgos para la salud que algunos autores (Behn, 1987; Molina, 1993) consideran más significativos para los jornaleros agrícolas son los siguientes:

- Actividad de trabajo, duración de la jornada diaria, tipo de turno, formas de la prolongación de la jornada, promedio de tiempo extraordinario a la semana, cantidad e intensidad en el trabajo (grado de atención, repetitividad de la tarea, pago a destajo o por horas), medios de trabajo, y transporte al lugar de trabajo.
- Vigilancia del trabajo (supervisión operativa en los diversos procesos de trabajo).
- Tipo de actividad (aislamiento, posición incómoda y/o forzada, sedentarismo, monotonía).

Las características sociodemográficas asociadas a esos riesgos para la salud son:

- Accesibilidad a los servicios de salud.
- Del individuo: edad, sexo, escolaridad, migración.
- De los asentamientos: vivienda y servicios.
- De la ocupación: forma de incorporarse al trabajo (individual o en grupo familiar), forma de obtener el salario (a destajo, por jornada), tipo de actividad específica (corte y amarre, cosecha, riesgo, aplicación de plaguicidas).
- Morbilidad: incidencia de enfermedades infecto-contagiosas, infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas (diabetes

mellitus, hipertensión arterial y arteriosclerosis, entre otras).

- Riesgo reproductivo en mujeres jornaleras de 14 a 49 años (edad, edad al inicio de las relaciones sexuales, edad al primer embarazo, multiparidad, productos vivos y muertos, número de consultas prenatales).
- Embarazo adolescente.
- Violencia y coerción sexual.
- Derechos Humanos.
- Estigmatización social.
- Insuficientes condiciones ambientales, educacionales, nutricionales, afectividad y de salud para el desarrollo de la vida humana.
- Baja cobertura de educación básica y nula educación sexual integral, laica, gradual, científica y con enfoque de género.
- Desconocimiento de una sexualidad placentera, independiente de la reproducción y acceso al uso de anticonceptivos gratuitos o a bajo costo, con información actualizada y asesorada por personal de salud.

3.1 Trabajo asalariado y riesgo laboral.

El impacto del trabajo asalariado agrícola en la salud ha sido referido por Moreno (1994) y Stamatis (1994), los cuales describen que los riesgos de trabajo más comunes son: accidentes de traslado, lesiones por instrumentos de trabajo, piquetes de animales ponzoñosos y, frecuentemente, la exposición a plaguicidas de tipo de los organofosforados, así como la inserción de fuerza de trabajo femenina e infantil, la cuál es más susceptible de enfermar por las condiciones medio ambientales del trabajo.

No obstante que los trabajadores asalariados están permanentemente sometidos a

riesgos de trabajo, existe un desconocimiento de los llamados riesgos ocupacionales, sean éstos del sector primario, secundario o terciario (Laurell, 1989), quedando de manifiesto una falta elemental de higiene y seguridad del trabajo con el consabido subregistro de los riesgos de trabajo; aún es más grave para trabajadores no asegurados como los jornaleros agrícolas, esto último ocasionado por el tipo de contratación y régimen en el que se inscriben en la seguridad social.

Ahora bien, los riesgos para la salud son algo más complejo, ya que expresan una probabilidad que puede variar de acuerdo a situaciones diversas y complejas, que en el análisis epidemiológico aparecen representadas en un conjunto de variables vinculables entre sí. Estas variables funcionan como mediaciones entre los procesos de morbi-mortalidad y las condiciones sociales que se constituyen en factores de riesgo para la salud (Fox, 1977; Laurell, 1995).

Es necesario entender los riesgos de enfermar y morir como expresión de las formas de vida de los integrantes de los distintos grupos de la población en una situación particular, y conocer en qué medida las particularidades en que transcurre su vida son precisamente lo que incrementa o reduce las probabilidades de mantenerse dentro de los rangos de variación biológica considerados como salud, o desarrollar algunas de las diversas formas de enfermedad.

Así, "El concepto de riesgo supone que en algunos de los sujetos expuestos a ciertas condiciones ocurrirá el desenlace esperado, y en otros no, de ahí la importancia del estudio de grupos específicos en este caso los jornaleros agrícolas y diferenciarlos de otros grupos de riesgo. Aunque la aleatoriedad de los desenlaces individuales pone un límite a la pretensión de llevar hasta ese punto la determinación, si puede lograrse ubicar el riesgo dentro sus circunstancias concretas de validez (Martínez, 1993).

Cada colectividad o grupo social crea determinado patrón de desgaste y reproducción, lo que sugiere que el proceso de salud-enfermedad está determinado por el modo en que los seres humanos interactúan con la naturaleza y obtienen los satisfactores necesarios

para su vida. Este carácter histórico social del proceso biológico humano se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente, por ejemplo, en la existencia de diversas formas de morbilidad y mortalidad que distinguen a las diferentes sociedades, clases, grupos sociales y épocas históricas.

La anterior concepción de la salud-enfermedad permite identificar grupos sociales definidos en el marco de diversos procesos productivos y de vida. Dentro de este enfoque se han logrado definir en México y América Latina grupos sociales de mayor riesgo para la salud, a partir de relacionar los procesos mórbidos a las condiciones socioeconómicas, culturales y de recursos para la atención médica en que se presentan.

Estudiar la problemática de salud-enfermedad de los jornaleros agrícolas y su potencial vinculación a condiciones sociodemográficas y de trabajo, es trascendente para conocer sus factores de riesgo para la salud y proponer medidas que realmente mejoren las condiciones de trabajo, educación y salud de esta población productiva del Valle de Mexicali.

4. EDUCACIÓN, TRABAJADORES AGRÍCOLAS Y VIH/SIDA.

En este capítulo se enfoca a la educación desde una perspectiva igualadora, que

refuerza raíces e identidades, y se hace referencia a cómo la educación en las aulas en México se da principalmente a través de una mera transmisión de conocimientos, donde el educador transfiere su saber a los educandos de manera unilateral, imponiéndoles información, mensajes y órdenes, que en ocasiones no comparte, sólo se acomoda sin un pensamiento auténtico, crítico, sin incorporarlo a su andar cotidiano. Esto, ante los riesgos de enfermedades emergentes como el VIH/SIDA, provoca que la sexualidad del adolescente y de los adultos jóvenes se vea amenazada, siendo así como su proceso salud-enfermedad-atención se encuentra en latente y permanente riesgo.

La educación es el instrumento lógico de transformación de la sociedad (Savater, 2000), por ello debe ser un elemento igualador, que refuerce nuestras raíces e identidades y nuestra cultura, y que permita luchar contra la fatalidad social. Si no hay educación se mantendrá una división permanente, perpetua e infranqueable de clases (Savater, 2000).

La educación a través de la escuela y la enseñanza se ha concentrado en la transmisión de contenidos entendidos como datos de información, conocimientos racionalizados, interpretados “racionalmente” y que han estado encaminados, controlados y manejados por el saber oficial y su transmisión académica. Actualmente, la educación escolar se ve rebasada por los medios de comunicación electrónicos masivos, y los programas informáticos cuentan con mayores y mejores recursos económicos y tecnológicos que los estudiantes y centros de enseñanza básica, media y superior.

Esta forma de transmisión de conocimientos “hechos” y estáticos, oficializados, consiste para Freire en tareas presentadas por un élite que las interpreta y las entrega en forma de receta, masificadas, y el sujeto pasa a ser un objeto, acomodado y cosificado (Freire, 1969). Esta educación sistemática se caracteriza por ser un acto de transferencia de conocimientos en el cual el educador transfiere su saber a los educandos que pasivos, reciben el saber (Torres, 1995).

Para la educación preventiva en salud y específicamente en el caso de la transmisión de la infección por VIH-SIDA, el asistencialismo conlleva al riesgo de reproducir a un sujeto

pasivo, sin posibilidades de participar como protagonista principal ante las condiciones concretas de riesgo, en un entorno económico y social demandante y que pide soluciones y respuestas concretas que no en pocas ocasiones ponen en juego la sobrevivencia individual y de grupo. Para Freire (1969), el gran peligro del asistencialismo está en la violencia antidiálogo, que impone al hombre mutismos y pasividad; asimismo, refiere que el primer estado de conciencia es que corresponde a la cultura del silencio, a la sociedad oprimida, y esto es la intransitividad: la conciencia intransitiva se relaciona a un estrechamiento en el poder de captación de la conciencia, es la incapacidad de ver los desafíos que están más allá de lo vegetativo.

La intransitividad produce una conciencia mágica, simplista, con una visión estática y no cambiante de la realidad (Torres, 1995).

La pandemia de VIH/SIDA a pesar de los grandes esfuerzos en información, educación, prevención y vigilancia epidemiológica, continúa siendo producto del silencio, la discriminación y la tierra de nadie del estigma (Hurtado, 2005).

Para Montagnier (2005), la deficiente prevención, la estigmatización del enfermo y la carestía de los medicamentos siguen siendo los principales obstáculos para vencer en la lucha contra el SIDA.

Las políticas de organismos internacionales (OMS, PNUD, UNESCO, ONUSIDA, OPS) y nacionales (CENSIDA, COESIDAS, y otras) han sido congruentes con el énfasis en que la transmisión del virus del SIDA (VIH) es básicamente un problema de individuos; de esta manera los esfuerzos de prevención se han centrado en los últimos 20 años de la pandemia en tratar de modificar las conductas de actitudes individuales de riesgo.

Este es un enfoque unilateral del problema que de entrada desconoce los factores socioeconómicos del VIH/SIDA, y ha fracasado en la medida que las personas más vulnerables continúan practicando conductas sexuales consideradas de riesgo y consumiendo o inyectándose drogas (Useche, 2005).

Esta estrategia "oficial" ha impedido debatir sobre la verdadera causalidad de la

enfermedad y cuyas consecuencias sociales se constituyen en un contexto que ha facilitado el avance de la epidemia (Useche, 2005).

Esto último ha sido confirmado por el ya mencionado Centro de Prevención y Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC, 2005), refiriendo que las actividades de prevención de VIH del CDC en las últimas dos décadas han estado destinadas a ayudar a personas que no estaban infectadas con el VIH, pero con alto riesgo de contraer el virus, y a promover conductas que los mantengan alejados del VIH. A pesar de estos esfuerzos se calcula que el número de nuevas infecciones del VIH permanecen estables y que el número de personas que viven con la enfermedad sigue aumentando. Esta última aseveración del CDC de Atlanta, rector mundial en el control de enfermedades transmisibles, es contundente, y habría que preguntarnos: ¿Hacia dónde tendremos que llevar las nuevas estrategias de educación ante la devastadora epidemia del VIH?

Es evidente que continuamos trabajando sobre el educando, no trabajamos con él, le imponemos información, mensajes por diversos medios y formatos, órdenes que no comparte, por lo cual sólo se acomoda. No le ofrecemos los medios y herramientas para un pensamiento auténtico y crítico, al recibir los mensajes simplemente los guarda, no los incorpora a su andar cotidiano, ante la infección del VIH esto implica incrementar riesgos en su sexualidad, así como en su proceso de salud-enfermedad-atención.

Para Freire, educar no es sólo transmitir conocimientos y hechos estáticos, sino crear una situación pedagógica para que el ser humano se descubra a sí mismo y aprenda a tomar conciencia del mundo que le rodea, a reflexionar sobre él, a descubrir las posibilidades de reestructurarlo y de actuar para modificarlo (Palacios, 1984). Esto a través de la conciencia crítica que lo convierte en un ser activo, responsable, participativo y capaz de tomar decisiones en ese su momento histórico concreto, como sujeto social (Romero, 2002). Freire (1969) propone conocer el proyecto deseable, las resistencias al cambio y los obstáculos a vencer, y afirma que el motor de este cambio de conciencia es el diálogo; esto significa abrir los esquemas de interpretación para dialogar con la realidad, absorber su riqueza por medio de la reflexión e incursionar en una práctica transformadora.

Freire consideraba central el diálogo como método educativo frente al criterio de autoridad magisterial, enfocando el proceso educativo como interactivo y participativo frente a la pasividad discente (Moclus, 2004). Tiene una consideración determinada del lenguaje, del significado creador que tienen las palabras, los signos, las imágenes, haciéndonos ver que una codificación determinada implica en sí misma una visión del mundo determinada y adecuada puede llevar a la verdadera realidad que se esconde tras aquella (Moclus, 2004). Asimismo, piensa que para conseguir una conciencia crítica y una educación liberadora, es imprescindible comenzar por el reconocimiento de que es necesario superar la contraposición “educador–educando”, admitiendo por consiguiente que todos somos, cada uno en determinados momentos, educadores y educandos.

Se ha afirmado repetidamente que una educación que promueve el cambio de actitudes y comportamientos constituye una estrategia eficaz de prevención y control de las infecciones relacionadas con el VIH (Williams, 2002). Sin embargo, en un estudio realizado entre la población afroamericana de Estados Unidos, se ha encontrado que en los últimos diez años ha habido cambios significativos en las principales causas de muerte y discapacidad (Williams, 2002). Los factores que favorecen la epidemia en esta población son: el abismo en la comunicación entre los profesionales de la salud y la comunidad, la subcultura de la pobreza y de la droga, los escasos conocimientos de educación para la salud, la falta de adecuación de los programas de educación y promoción de la salud, así como los insuficientes recursos de prevención dirigidos a minorías étnicas, para lo cual se recomienda como una prioridad central e insustituible que se tomen en cuenta las características culturales y étnicas de la comunidad.

5. EDUCACIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y EL SIDA.

En el presente capítulo se aborda a la epidemia del VIH/SIDA desde sus inicios con un contenido biomédico y epidemiológico, y cómo, debido a la magnitud de la enfermedad, las

estrategias de organismos internacionales como la OMS (a través de ONUSIDA, UNESCO, Estados Nacionales y Organismos no Gubernamentales), se enfocaron a implementar nuevas prácticas educativas capaces de proveer actitudes cognitivas y preventivas ante el VIH/SIDA, así como implantar en la currícula de educación básica, la educación sexual, retrasar el inicio de relaciones sexuales, y priorizar la promoción de la salud en sus dimensiones políticas y sociales.

Las implicaciones de la pandemia para la educación son enormes ya que el VIH-SIDA es una cuestión social, cultural y económica, lo mismo que sanitaria (UNESCO, 2003).

La historia del VIH/ SIDA no comienza con los primeros casos notificados en los E.U.A. sino a mediados de los años 70, el “periodo de silencio”, siendo hasta 1981 que se conocieron los primeros casos, pero para esas fechas el VIH ya se había diseminado a los cinco continentes y se hablaba de por lo menos de 100,000 personas infectadas (Mann, 1992). El reconocimiento mundial de la enfermedad en 1981 dio principio a una gran movilización de organizaciones gubernamentales, centros de investigación, e incluso de población civil. Durante este periodo (1981-1985) se descubrió el agente causal (VIH), identificaron los mecanismos de transmisión, aplicaron los servicios de salud pruebas inmunológicas para su detección, y se implementaron estrategias epidemiológicas por parte del CDC de Atlanta en E.U.A., y de laboratorios nacionales de los diversos países afectados por la epidemia. A partir de este trabajo se reveló lo siguiente:

En primer lugar, en esta fase inicial de la epidemia se observaba que había muchos más casos de la población infectada con VIH que los que padecían SIDA, posteriormente el tiempo transcurrido entre la infección por el VIH y la aparición de la enfermedad podía ser de varios meses, años o décadas. En tercer lugar, los estudios de seroprevalencia de los años 80 demostraron que la infección por el VIH era pandémica.

Es indudable que la forma en que se abordó al principio la pandemia tuvo una importante orientación biomédica, aunque también se realizaron investigaciones sociodemográficas, individuales y colectivas sobre los riesgos de infección, así como sobre el comportamiento

humano, la sexualidad y la toxicomanía intravenosa. En la segunda fase aparece la estigmatización de la enfermedad (Sepúlveda, 1992), la discriminación, la histeria social e incluso el señalamiento colectivo de grupos de diversidad sexual.

La tercera fase en la lucha contra el SIDA comienza en 1985, en la Conferencia Internacional Sobre SIDA, en Atlanta, E.U.A. En esta reunión se demostró la naturaleza global del VIH/SIDA, y posteriormente la Organización Mundial de la Salud (OMS) asumió el liderazgo mundial de la prevención con la llamada “Estrategia Mundial contra el SIDA”, como una forma de respuesta colectiva que deja claro que la promoción de la salud era el elemento central en esta estrategia global.

La estrategia mundial contra el SIDA tuvo tres objetivos:

- Prevenir la transmisión del VIH.
- Reducir el impacto personal y social del VIH/ SIDA.
- Unificar los esfuerzos nacionales e internacionales contra la enfermedad.

La estrategia mundial se orientó hacia los programas nacionales e internacionales (1986-1987), y la propuesta se basó en el “Programa Global contra el SIDA” como instrumento para desarrollar, implementar y evaluar la estrategia mundial contra la enfermedad. Para 1989, dicho Programa colaboraba con más de 155 países, asistiéndolos con asesoría técnica, epidemiológica y financiera.

El resultado de estas actividades fue una movilización global para apoyar la prevención y el control del VIH/SIDA, pero a pesar de estos esfuerzos nacionales la infección del VIH y la enfermedad progresaron con gran rapidez en este periodo. Para mediados de 1989, el total de casos acumulados en el mundo sobrepasó las 500,000 personas. Para el año 1997, según estimaciones del programa de la Organización de la Naciones Unidas para la prevención del SIDA (ONUSIDA), había 30.6 millones de personas viviendo con el VIH en todo el mundo, y 11.7 millones habían fallecido por la enfermedad. Asimismo, se estimó que un promedio de 16,000 personas por día se infectaban por el virus, de los cuales el

10% correspondían a menores de 15 años y el 42% a mujeres (ONUSIDA, 1997).

Cuando empezó la crisis del SIDA, la tendencia era tratar la epidemia como un problema médico, priorizando los tratamientos y el cuidado paliativo. Las propuestas, iniciativas y políticas eran dirigidas por los ministerios de salud.

Pero a pesar de los esfuerzos biomédicos, epidemiológicos y de información, y aún sin la aparición de una vacuna específica, se empezaron a reconocer factores de mayor impacto comunitario ante la pandemia:

1. Que la prevención es crítica y deberá ser una prioridad nacional.
2. Que la prevención exige más que la transmisión de información de salud correcta y validada por el saber científico, y que la única manera eficaz de prevenir el VIH es ayudando a las personas a cambiar los comportamientos que las ponen en riesgo, como la edad en el inicio de las relaciones sexuales, la cantidad de compañeros sexuales y el uso o no de preservativos.

Actualmente sabemos que algunos comportamientos de riesgo de adolescentes y adultos jóvenes al hacer uso de su sexualidad se encuentran generalmente incorporados a costumbres sociales, económicas y culturales fuertemente arraigadas, asimismo la respuesta y estrategias de promoción e información brindadas por centros de salud y unidades de atención primaria para la salud (tableros informativos, pósters, trípticos, volantes y folletos) son limitadas y los efectos son mínimos y de poco impacto (Boler, 2005).

Para Kelly (2000), la epidemia del VIH/SIDA ha enseñado que es indispensable buscar nuevas estrategias que impacten colectivamente a la población expuesta a prácticas de riesgo, lo que lleva a identificar a la educación como una vacuna de gran impacto ante la propagación del VIH. En particular la educación escolarizada se distingue porque:

- Provee a las personas con actitudes cognitivas necesarias para comprender, evaluar y aplicar información sobre salud.

- Las niñas que asisten a las escuelas de educación básica tienen mayores posibilidades de retrasar el inicio de su vida sexual activa comparadas con sus pares que están fuera del sistema escolar.
- La escolarización es un proceso sostenido y poderoso de socialización, que da forma a valores, identidades y creencias, mediante la exposición diaria a tales fenómenos culturales.
- Las escuelas tienen la posibilidad de ser un medio eficaz y económico para transmitir información sobre el VIH/SIDA y fomentar un comportamiento seguro, porque llegan al grupo objetivo “central”, niños y jóvenes, además en un momento correcto ya que sus valores, creencias y comportamientos sexuales están todavía abiertos al cambio, y esto diariamente, durante meses e incluso años.

5.1 Promoción de la salud como estrategia mundial contra el SIDA.

Para 1988 se realiza una cumbre mundial contra el SIDA, realizada por el Reino Unido y la OMS. Su declaración más importante fue: “El componente individual más importante de los Programas Nacionales contra el SIDA es la información y la educación... los individuos, los gobiernos, los medios de comunicación y otros sectores desempeñan un papel importante para prevenir la diseminación de la infección del VIH” (OMS, 1989).

Las estrategias de promoción de la salud contra el VIH/SIDA se basaron en experiencias exitosas de Grupos homosexuales en San Francisco y San Diego, en 1987, y de ONG's en E.U.A. (Sepúlveda, 1992).

Durante el Simposium Internacional sobre SIDA, Educación y Comunicación (OMS, 1998) en Ixtapa, México, Jonathan M. Mann, presenta la siguiente tipología para los programas de prevención del VIH /SIDA.

- Difusión informativa.

- Diseño de información con la participación de grupos, servicios de salud, educativos y sociales.
- Reconocimiento de las dimensiones políticas y sociales de la promoción de la salud.

La difusión informativa se genera desde una fuente central, mediante el empleo de medios masivos y campañas temporales para tratar de llegar a una gran cantidad de personas. La promoción se orienta hacia las conductas riesgosas y generalmente son elaboradas por Instituciones de Salud, dejando relegada la participación de sectores estratégicos para la prevención. Esta actividad es priorizada por países de baja prevalencia de infección, pero también se da en medios sociales y políticos ambivalentes u hostiles.

Para el diseño de la información con el consenso de grupos, se considera al VIH/SIDA como un problema global que concierne a todos; la atención a la dimensión social se refuerza con mensajes claros en contra de la discriminación, hay enfoques personalizados, la actitud hacia la sexualidad es neutral o positiva, y se promueve el uso del condón.

Las personas son influenciadas por muchos canales e instituciones que se integran en los sistemas nacionales de salud y forman alianza con otros sectores del gobierno, la comunidad y otros grupos organizados.

Esta propuesta resalta la importancia de la motivación y el respaldo para la modificación del comportamiento del individuo informado.

La tercera etapa de la promoción de la salud reconoce las dimensiones políticas y sociales, haciendo hincapié en la solidaridad y en la necesidad de proteger los derechos y la dignidad de las personas infectadas por VIH. Este programa de intercesión de comunidades es descentralizado.

En esta etapa existe una vinculación muy estrecha entre comunidad, servicios de salud e instituciones sociales, así como una relación cercana con líderes sociales y políticos, y una actitud estratégica que hacia los dos elementos referidos anteriormente, al mismo tiempo que reconoce las limitaciones culturales, económicas y políticas con respecto a la promoción de la salud, y prioriza acciones estratégicas en estrecha vinculación con la

comunidad.

5.2 La educación preventiva en la UNESCO contra el VIH/SIDA.

En 1998, UNESCO y ONUSIDA elaboraron el proyecto: “Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH /SIDA”, el cual aplica un nuevo enfoque de prevención y atención del VIH/SIDA; para ONUSIDA existe la necesidad de conceder prioridad al carácter pluridimensional del problema y a la diversidad de su entorno, a fin de formular estrategias y políticas globales aceptables.

En el periodo de sesiones de la Asamblea General del ONUSIDA, en Junio de 2001, se destaca la importancia a los factores culturales, familiares, éticos y religiosos en la prevención de la epidemia, la atención y el apoyo, siempre respetando las particularidades de cada país y los derechos humanos y libertades fundamentales.

Para la UNESCO (1998), adoptar un enfoque cultural en la prevención y atención del VIH/SIDA significa que las referencias y los recursos culturales de una población (los estilos de vida, sistemas de valores, las tradiciones y creencias, y derechos humanos fundamentales), se consideran referencias clave para la elaboración de un marco que integre las estrategias y planificación de proyectos. Estas referencias claves se utilizan también como criterios y fundamentos para la preparación de una respuesta pertinente y de actividades sostenibles de prevención y de atención.

En este marco conceptual, la UNESCO enfatiza que es necesario cambiar el contenido y la función de la educación relativa al VIH/SIDA, a fin de atender las necesidades de los estudiantes, centrarse en mayor medida en la preparación para la vida activa, y adoptar los planes de estudio para los grupos marginados. En estos grupos de impacto, se incluyen a los niños y jóvenes sin escolarizar, los analfabetas, y en particular a niñas y mujeres. En todos los casos, la ineficacia relativa se debe a que no se tiene en cuenta la cultura y la forma de vida cotidiana de estas personas.

Durante el Foro Mundial sobre Educación celebrado en Dakar en abril del año 2000, la UNESCO se comprometió a incluir al VIH/SIDA entre sus más altas prioridades, mediante la educación preventiva, formal e informal, y una atención especial a la eficacia de las diferentes estrategias preventivas destinadas a modificar conductas y actitudes.

En junio del 2001, el periodo extraordinario de la Sesión de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA concluyó con un acuerdo para asegurar que para el año 2005 por lo menos el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años, y para el año 2010 por lo menos el 95%, tengan acceso a la información y a la educación, incluida la educación entre pares y la educación específica para jóvenes sobre el VIH, así como a los servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas a fin de reducir su vulnerabilidad a la infección del VIH.

Para el año 2002 la UNESCO concentró sus actividades en 5 tareas básicas:

1. Llevar a cabo actividades de promoción en todos los planos, especialmente para movilizar un apoyo constante a la educación preventiva por parte de autoridades en sus respectivos ámbitos de competencia (educación, ciencia, cultura y comunicación).
2. Adaptar el mensaje para que llegue a sus destinatarios, especialmente a jóvenes expuestos, estén o no escolarizados.
3. Modificar los comportamientos arriesgados y la vulnerabilidad mediante programas eficaces de educación preventiva que puedan llegar a todos, especialmente a los más expuestos, a los más vulnerables y amenazados.
4. Asistir a los afectados y a los infectados por el virus, apoyando tratamientos accesibles y suministrando información para reducir el ostracismo y el trauma.
5. Hacer frente a las consecuencias de la epidemia, especialmente protegiendo las funciones esenciales de las instituciones, sobre todo del campo educativo.

Para agosto del 2008 ONUSIDA ofreció al mundo una visión estratégica del importante

papel que la educación debe desempeñar en la respuesta al VIH/SIDA, identificando las principales prioridades de dicha respuesta educacional.

Reconocer la importancia de la educación es un primer paso hacia la identificación de acciones prioritarias. En este enfoque estratégico propone 10 principios fundamentales:

1. Garantizar una educación accesible, integradora y de buena calidad.
2. Adoptar una estrategia integral del sector de la educación.
3. Incorporar la respuesta al VIH/SIDA en el sistema educativo.
4. Adaptar la estrategia al contexto del país y a las características de la epidemia.
5. Lograr la participación de los interesados principales.
6. Reconocer el derecho a saber, hacer y vivir juntos.
7. Llegar a todos los educandos, dentro y fuera de la escuela.
8. Aplicar programas coordinados, armonizados, alineados y de escala apropiada.
9. Potencializar la sensibilización y el compromiso y fortalecer la capacidad de respuesta.
10. Fundar la toma de decisiones y la adopción de medidas en prueba.

Estos principios fundamentales de respuesta de sector educativo permitirían lograr dos objetivos centrales: Prevenir la infección por VIH y mitigar el impacto del VIH/SIDA.

La prevención es la manera más eficaz con relación a los costos de hacer frente a la infección por el VIH, y el principal ámbito en que la educación puede contribuir a las respuestas nacionales al SIDA.

La epidemia debe ser abordada desde dos ángulos: la reducción de la vulnerabilidad contextual y social mediante la protección y la potencialización de la autonomía y la reducción de riesgos individuales. La premisa sería de que el conocimiento por sí solo no basta para reducir la infección por VIH, el estigma y la discriminación.

Los programas de educación sobre el VIH/SIDA pueden reducir la vulnerabilidad y potencializar la autonomía de los educandos por las siguientes vías:

- Tener en cuenta las características de la infección por VIH y los factores que la impulsan a la hora de decidir sobre las estrategias.
- Garantizar que las escuelas sean lugares seguros, lo que se logra actuando con celeridad ante los casos de intimidación, violencia, acoso, discriminación o abusos sexuales, mediante la formación y adopción de códigos de conducta para el personal.
- Que los maestros adquieran actitudes para promover una educación sobre el VIH/SIDA participativa, con sensibilidad a las particularidades culturales, de género y basada en los derechos humanos, así como para hacer frente a sus propios riesgos y comportamientos.
- Ofreciendo opciones que permitan a los educandos tomar decisiones informadas acerca de los comportamientos (educación preventiva integral en escuelas de educación básica y media superior sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual, JUVENIMSS, Organizaciones de la Sociedad Civil, Comisión Nacional de Derechos Humanos, CENSIDA, otros).
- Promoviendo el desarrollo de actitudes que permitan a los educando aplicar la comprensión y los conocimientos adquiridos.
- Combinando medidas a largo plazo, como las jurídicas y normativas, orientadas a reducir la exclusión social, con otras más específicas encaminadas a la reducción de la vulnerabilidad ante el VIH/SIDA.

ONUSIDA (2008) señala que los programas de educación sobre VIH/SIDA de buena calidad pueden reducir el riesgo al desarrollar conocimientos teóricos y prácticos para iniciar y mantener comportamientos de protección. También hace referencia a las características de los programas eficaces:

- Deben partir de evaluaciones diagnósticas de comportamientos de riesgo.
- Se centran en un reducido número de comportamientos cuidadosamente seleccionados que contribuyen a la transmisión del VIH, y transmiten mensajes coherentes sobre los comportamientos protectores que reducen el riesgo relacionado con el VIH.
- Adaptan las intervenciones a la edad, la experiencia sexual, la orientación sexual, al género, al contexto cultural del educando, y comienzan en etapas tempranas, antes de que los jóvenes se inicien sexualmente.
- Introducen los contenidos en el marco de una asignatura principal con unos resultados previstos claros, en lugar de distribuirlos en todo el plan de estudio.
- Son parte de materias educativas obligatorias y se evalúan los resultados del aprendizaje.
- Utilizan un lenguaje claro y comprensible, y transmiten los contenidos de una manera apropiada a la edad y con sensibilidad ante las particularidades culturales.
- Aplican métodos participativos e interactivos que permiten a los niños y a los jóvenes explorar los valores y las actividades, así como adquirir nuevos conocimientos teóricos y prácticos.
- Son parte integral de los programas de capacitación de los profesores, tanto previa como en el ejercicio profesional, que incluye como educar sobre sexo y sexualidad, y reciben apoyos y reconocimiento institucional.
- Facilitan que los padres y comunidades participen para que los mensajes sean conocidos, validados, reforzados en el entorno familiar y comunitario.

5.3 Migrantes e identidad cultural.

Para la UNESCO (1998), un factor muy importante en la propagación de la epidemia es el movimiento de poblaciones, como en el caso de los refugiados, los trabajadores migrantes y las comunidades tribales nómadas o seminómadas, el cual contribuye a extender el virus y dificulta la atención de las poblaciones potencialmente contagiadas. Las repercusiones culturales de la migración también alcanzan a las comunidades y las familias, en particular a las viudas y los niños.

Los migrantes viven en su mayoría en hostales o residencias colectivas, alejados de sus compañeras sexuales regulares o de sus esposas, por ello acuden con trabajadoras del sexo o compañeras sexuales ocasionales, presentan prácticas sexuales hombre-sexo-hombre (HSH) y/o comparten compañeros sexuales. Estas prácticas están asociadas a menudo al uso de drogas y alcohol, sobre todo entre las generaciones jóvenes.

Sin embargo, las redes de solidaridad pueden ayudar a sobrevivir en el mundo urbano y rural, ya que éstas suelen establecerse entre los grupos más desamparados, para quienes la identidad cultural constituye una de las escasas pertenencias que quedan a personas que han sido desposeídas de todo lo demás.

En virtud de lo anterior, consideramos que la movilidad poblacional y la identidad cultural de los migrantes obligan a intensificar esfuerzos para prevenir esta pandemia.

Es importante señalar que entendemos por identidad a la representación que tienen los agentes (individuos o grupos) de su posición en el espacio social y de sus relaciones con otros agentes que ocupan la misma posición o posiciones diferenciadas del mismo espacio, enmarcada en un universo de informaciones, valores y creencias que dan sentido a nuestras acciones y al que recurrimos para entender al mundo (Giménez, 1995).

Este universo se puede expresar a través de; símbolos, de participación, de solidaridad, de jerarquía, de evocación, de pasado, de símbolos nacionales, étnicos, místicos, religiosos y demás.

En un contexto de migración transfronteriza existen los riesgos que el impacto de la

modernización sobre los usos y costumbres de los trabajadores agrícolas pudiese afectar o trastocar las culturas y la identidad fundadas en ellas y inducir a nuevas formas de cultura e identidades.

5.4 La estrategia en México.

Con una tendencia claramente pandémica de la enfermedad, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó a una reunión en diciembre de 1985 para proporcionar lineamientos a todos los países de la región, con lo que se buscaba crear programas nacionales de salud para combatir el SIDA.

En febrero de 1986, la Secretaría de Salud creó el Comité Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA), el cual fue constituido como grupo interinstitucional, y con los siguientes objetivos: evaluar el comportamiento del VIH/SIDA a nivel nacional, establecer criterios para su diagnóstico, tratamiento, prevención y control; y coordinar la adopción y la evaluación de normas, lineamientos y actividades de control.

El CONASIDA estableció cinco subcomités: vigilancia epidemiológica, promoción de la salud, aspectos clínicos, control de sangre, y asesoría legal. (Sepúlveda, 1992). CONASIDA incluye la detección obligatoria de todas las unidades de sangre y plasma en el código sanitario, en mayo de 1986; esta estrategia de detección fue sumamente exitosa ya que se encontró que los donadores profesionales presentaban una seroprevalencia al VIH del 7.2%, y los voluntarios tan sólo del 0.02%.

Se inicia la distribución de panfletos, folletos, trípticos y materiales educativos para bisexuales y homosexuales. Se realizan encuestas serológicas entre hombres homosexuales y para conocer su prevalencia al VIH. Para 1987, CONASIDA hace su contribución legal más importante: la prohibición del comercio de sangre. Se aplican encuestas sobre conocimientos y actitudes respecto al SIDA en población general.

Las campañas de radio y televisión se intensificaron, fueron más radicales y se menciona por primera vez la palabra condón. La televisión comercial y estatal emitieron más de 17,856 repeticiones sobre tópicos de la prevención del VIH/SIDA.

Ante esta renovada campaña de información, prevención y promoción contra la infección del VIH/SIDA por parte del Gobierno Mexicano y de los incipientes grupos de la sociedad civil, los grupos ultraconservadores (Iglesia, Unión Nacional de Padres de Familia, asociaciones religiosas y otros grupos de derecha) en abril de 1988, reaccionaron siendo encabezados por arzobispos mexicanos y grupos católicos, los cuales protestaron y denunciaron que al promover el uso del condón la Secretaría de Salud “fomentaba la homosexualidad, la prostitución y la promiscuidad”, meses después piden se penalice el sexo extramarital, la homosexualidad y hacen la referencia de que crearán de rehabilitación para hombres homosexuales a fin de que pudiesen “curarse” de su preferencia sexual (Sepúlveda, 1992).

Con el cambio de gobierno sexenal 1988-1994, los grupos conservadores continuaron ejerciendo presión para eliminar los condones como parte de la estrategia de prevención ante la infección del VIH.

El 8 de diciembre de 1989, en documento firmado por la Unión Nacional de Padres de Familia (UNP), solicitaron:

- Vigilancia del uso correcto del presupuesto del Sector Salud y abolición del gasto en condones.
- Cancelación de todas las campañas que recomiendan el uso del condón.
- Acusación legal a todas las autoridades de salud por delitos como ofensas morales, apología de vicios y corrupción de menores.
- Educación de la juventud en los “valores universales”.
- Promoción y protección de la familia como soporte básico de la sociedad.

Las protestas y ataques se centraron en las autoridades de CONASIDA y de las

organizaciones no gubernamentales promotoras de la educación sexual y de la masificación de las campañas preventivas contra los riesgos de la infección por VIH/SIDA.

La participación de los medios masivos de comunicación y del Gobierno Mexicano en las estrategias educativas de información y comunicación en salud preventiva, se puede concretar en tres fases: Alarmista, reactiva a la información y de reacción.

La primera fue errática (1985-1986) donde la conducta de la prensa fue sensacionalista, estigmatizadora, antihomosexual, presentando a los HSH como las únicas personas infectadas por la nueva enfermedad, esta información masiva de medios contribuyó a la desinformación y estigmatización social.

La segunda fase (1987-1988) llamada "Tecnocrática" fue con artículos menos sensacionalista, se aumenta la calidad y cantidad de la información sobre los modos de transmisión, métodos para la prevención y aspectos biomédicos, el número promedio de artículos en periódicos mexicanos diariamente fue aproximadamente de diez, en el Día Mundial del SIDA se llegaron a contabilizarse de 15 a 20 artículos en periódicos de circulación nacional.

Se habla de una tercera fase llamada de "Reacción y participación gubernamental", en esta fase reactiva el número de artículos publicados diariamente alcanzó un promedio entre 7-10, pero se publicaron y difundieron un mayor número de eventos nacionales e internacionales, pero la información no se enfocaba a aspectos específicos de la enfermedad, lo cual no promovía un conocimiento exacto y colectivo sobre el SIDA, ni promoviendo una discusión participativa.

En los años 1987-1989 se aplica una encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en las ciudades de México, Guadalajara, Monterrey, Acapulco, Tijuana y Mérida. El periodo 1989-1990 es considerado como un periodo participativo, ya que se abren foros de consulta al público en general para favorecer la participación de la comunidad. Como resultado de esto se propusieron tres recomendaciones:

- El SIDA es un problema de salud pública, no moral.
- La información debe ser explícita.
- Las organizaciones no gubernamentales deben adoptar un papel más activo.

Para el decenio 1990-2000, ya con la experiencia de vivir con el VIH/SIDA, se consolidaron las campañas masivas de prevención en todos los medios de comunicación, el sistema de vigilancia epidemiológica se volvió más asertivo, se conocieron más los derechos universales de las personas con VIH/SIDA, se elaboraron guías técnicas sobre la prevención, diagnóstico y tratamiento, así como sobre el manejo del enfermo de SIDA y de la mujer embarazada infectada con VIH. La comunidad se volvió más receptiva a los mensajes y campañas, e incluso más tolerante a las prácticas sexuales diversas.

Las organizaciones no gubernamentales han jugado un papel trascendental ante la epidemia pues el recibir fondos privados y oficiales les permitió tener más movilidad social y presencia comunitaria. Para 1995, el censo nacional de ONG's logró identificar 112 organizaciones diferentes, ubicadas en 25 de las 32 entidades federativas.

Para México la epidemia del VIH/SIDA ha sido una oportunidad para lograr conjuntar acciones gubernamentales, civiles, de ONG's y de grupos sociales, pero, como refiere Saavedra (2004), titular del Centro Nacional para la Prevención del SIDA (CENSIDA), para el año 2005 se requirieron \$554'000,000 de pesos para cubrir el total de los 12,764 pacientes con SIDA no asegurados por instituciones de salud, cifra que está por arriba de los \$300'000,000 autorizados para la compra de medicamentos antirretrovirales. Además, para cubrir los gastos de las campañas preventivas y de sensibilización para la población se necesitan al menos \$52'000,000 de pesos más.

El programa de acción para el VIH/SIDA de la Secretaría de Salud se propuso como meta del sexenio anterior reducir en un 15% la prevalencia de la infección entre la población de jóvenes con vistas a detener la epidemia del SIDA en el año 2015 (Letra S, 2004).

6. LAS POLÍTICAS EDUCATIVAS EN MÉXICO Y LA RESPUESTA AL VIH/SIDA.

En el presente capítulo se hace referencia a la importancia del “Foro Mundial sobre la Educación”, realizado en Dakar del 26 al 28 de abril del 2000, el cual puso énfasis en cómo los sistemas educativos nacionales deberían colaborar en la lucha contra el VIH/SIDA mediante estrategias de información, capacitación y concientización, pero también se señalaron las amenazas de la pandemia tanto en la población escolar como en los docentes, principalmente en los países en vías de desarrollo, ya que éstos implementaron estrategias políticas, educativas y de salud, tardías ante la enfermedad.

Se priorizó la participación y compromiso del sector educativo, orientando acciones a la elaboración de planes y programas para la adquisición de conocimientos para la vida, con un enfoque integral que incluya: la sistematización de información sobre el VIH/SIDA en el contexto de la escuela, educación sexual, y la implementación de una cultura política mediática y pública para el abordaje de este problema en un marco sociocultural u educativo.

En México, los planes sexenales de educación en el periodo 1984-2006 son analizados y es notoria la falta de planes y estrategias en educación sexual y en la prevención temprana de enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en niños, adolescentes y adultos jóvenes. Durante la ceremonia de clausura del Foro Mundial sobre la Educación, Peter Piot, Director Ejecutivo del Programa de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) recordó que esta enfermedad constituye uno de los mayores retos al programa mundial de educación.

En los países más seriamente afectados por la epidemia, un 20% de los adultos de la población económicamente activa y en edad reproductiva estarían infectados por el VIH (Coombe, 2001). En el Foro de Dakar, uno de los objetivos centrales dentro de la estrategia internacional para enfrentar el desafío del VIH/SIDA era percatarse del enorme potencial

que ofrece el sistema educativo como vehículo de ayuda para disminuir la incidencia y reducir sus consecuencias sociales (UNESCO, 2000).

Los sistemas educativos nacionales pueden aportar estrategias de información, capacitación y concientización que permitan reducir la incidencia del VIH/SIDA, protegiendo así a los propios sistemas educativos para que éstos continúen proporcionando una educación y formación de calidad; ello requiere de esfuerzos a corto y mediano plazo para atenuar los efectos de una posible epidemia en los alumnos y los docentes.

Dar una respuesta a la ofensiva del VIH/SIDA exige crear un marco político y administrativo que pueda aportar cambios efectivos (Coombe, 2000). Para lograrlo ONUSIDA propone una respuesta innovadora que contempla los siguientes apartados:

- Liderazgo dedicado e informado: ante la gravedad de la pandemia, información e implicación de políticos y altos funcionarios educativos, reconociendo abiertamente que las estructuras de aprendizaje están en un permanente riesgo.
- Compromiso colectivo: establecer asociaciones administrativas multisectoriales, con organizaciones no gubernamentales, grupos religiosos, agrupaciones comunitarias y el sector privado. También la elaboración de un marco político y normativo que dé a conocer la magnitud y la naturaleza de la pandemia y sus impactos en la educación, así como las líneas directrices, las normas y los códigos de conducta que permitan definir las políticas de los pedagogos para su posterior operación.
- Administración eficaz: designación de altos funcionarios de la educación y responsables del VIH de tiempo completo y a todos los niveles, hasta que se establezca y se tenga control de la pandemia.
- Capacidad apropiada: establecer los procedimientos y las estructuras que aseguren que las respuestas a este problema de salud/enfermedad están dando resultado, y crear la capacidad de respuesta a todos los niveles, proporcionando formación, capacitación y rotación de personal.

- Investigación y seguimiento: implementar programas de investigación centrados en la formación de recursos humanos con una orientación a recopilar, almacenar y compartir información, y establecer una referencia de indicadores de riesgo.
- Financiamiento: asignación presupuestaria gubernamental y no gubernamental del sistema educativo, así como de otros organismos con mecanismos propios para asignación de recursos financieros.

Durante el citado Foro, y en el marco de la “Declaración Mundial sobre Educación para todos”, los países asistentes se comprometieron colectivamente alcanzar el siguiente objetivo central relacionado al VIH/SIDA: “Poner rápidamente en práctica programas de actividades para luchar contra la pandemia”.

Para el 23 de mayo del 2000, el comité de redacción del “Foro Mundial sobre la Educación” reunidos en París, Francia, afirmaban lo siguiente: “... es preciso reconocer abiertamente que se ha avanzado de manera desigual y con demasiada lentitud”, y ante esta condición una tarea esencial será procurar que la amplia visión de la “Educación para Todos”, como concepto integrador, se refleje en las políticas de cada país y de los organismos de financiamiento, y es reiterativo al hablar de los enfoques formales y no formales de la educación, siempre tomando en cuenta las necesidades de los pobres y más desfavorecidos, incluyendo a los niños que trabajan, los habitantes de zonas remotas, los emigrantes, las minorías étnicas y lingüísticas, así como los niños, jóvenes y adultos afectados por conflictos y el VIH/SIDA.

Dentro de las amenazas para el logro “Educación para Todos” se contempla la pandemia del VIH/SIDA, sobre todo en África Subsahariana, pero también en países en vías de desarrollo con estrategias tardías ante la pandemia. Los programas para controlar y reducir la expansión del virus deberán de utilizar al máximo el potencial de la “educación” para transmitir mensajes de prevención y de esta manera modificar las actitudes y comportamientos (Dakar, 2000).

Ante la amenaza de esta enfermedad, los objetivos y estrategias en el sector educativo

replanteados en el marco de las acciones de Dakar, fueron:

- Poner rápidamente en práctica programas y actividades para luchar contra la pandemia del VIH/SIDA.
- Conceder al VIH/SIDA el máximo grado de prioridad con un compromiso político decidido y sostenido, generalizar las perspectivas de la enfermedad en todos los aspectos de las políticas, reformular la formación del profesorado y los planes de estudio, y aumentar en gran medida los recursos asignados para esas actividades.
- Impulsar la legislación para garantizar a las personas afectadas por la enfermedad el derecho a la educación y combatir la discriminación.
- Elaborar planes y programas de estudio basados en enfoques sobre conocimientos para la vida que incluyan los aspectos de atención y prevención.
- Prever programas relacionados con el VIH/SIDA para padres de familia y comunidad en general.
- Reformular programas educativos en la formación inicial y complementaria de profesores, los cuales contemplen componentes orientados para impartir educación sobre el VIH/SIDA.

Además de garantizar el acceso a la enseñanza, esta propuesta de educación integral deberá de garantizar que los grupos más desprotegidos y de mayor exposición al riesgo por VIH/SIDA sean incluidos en las actividades de prevención.

Durante el año 2004 se realizó un estudio comparado entre países sobre la respuesta al VIH/SIDA, como parte de la campaña mundial por la educación (UN Education Sector Global HIV/AIDS Readiness Survey). Dicha investigación reveló que en 17 de los 18 países estudiados no se había adoptado ninguna medida en el sector educativo para prevenir el impacto de la pandemia del VIH/SIDA.

En los países de Asia y América Latina no hubo ninguna respuesta de los Ministerios de

Educación; en primer lugar, porque el VIH era considerado responsabilidad de los Ministerios de Salud; y en segundo, porque no se le consideraba un problema grave de salud colectiva, comparado con la endemicidad de enfermedades emergentes y reemergentes (tuberculosis pulmonar, dengue, enfermedades diarreicas agudas e infecciones respiratorias agudas, entre otras).

Los planes estratégicos contra la enfermedad, aun cuando existían, fueron elaborados aisladamente de otros procesos políticos y presupuestales. Las unidades del VIH/SIDA dentro de los Ministerios de Educación no estaban funcionando y tendían a estar aislados, y no tenían suficientes recursos ni poder político.

Los Ministerios de Educación carecían de acceso a la base de evidencias para formular políticas eficaces y no se estaban comprometiendo de manera sistemática con la sociedad civil para diseñar políticas contra la pandemia.

Esta situación se vinculaba a que los 18 países estudiados son considerados en vías de desarrollo con una baja asignación presupuestal de su producto interno bruto (PIB) para educación y salud, así como un elevado déficit presupuestal y endeudamiento con los organismos financieros internacionales, lo que obliga a orientar sus presupuestos al pago de la deuda externa del Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial, a la creación de empleos, infraestructura básica y a una respuesta mínima de los servicios de salud ante patologías endémicas asociadas a la pobreza, pero no a enfermedades nuevas, estigmatizantes y de alto costo para su atención.

6.1 Problemática de implantación de programas educativos en la prevención del VIH/SIDA.

En el año 2004, Global Campaign for Education, Actionaid International. The Global Coalition on Women and AIDS y el Instituto Internacional de Planeación de la Educación (IIFE) de la UNESCO, llevan a cabo encuestas sobre las estrategias y estado de preparación del sector educativo ante la amenaza pandémica del VIH/SIDA.

Los países participantes fueron: El Salvador, Gambia, Ghana, Haití, India, Kenya, Malí, Nepal, Nigeria, Senegal, Sudan, Tanzania, Tongo, Uganda, Zambia y Zimbabwe.

Todos estos países con un comportamiento al incremento en sus tasas de morbilidad y mortalidad provocados por el VIH/SIDA, fueron producto de intervenciones tardías ante la pandemia del Siglo XX.

En estos países estudiados, la población infantil y adolescente son los de mayor riesgo para contraer la enfermedad a sabiendas que la educación básica tiene un trascendental papel preventivo, siendo la educación primaria completa umbral en el que comienza a disminuir de manera significativa, el riesgo de infección de los jóvenes.

Las posibles causas vinculadas al fracaso en la implementación de programas educativos podríamos atribuirlo a que los gobiernos de los países estudiados hubiesen elaborado sus programas y estrategias de manera “vertical” sin haber vinculado a los grupos de la sociedad civil, a que los docentes no participaran en el diseño curricular de programas de intervención ante el VIH/SIDA, lo que provocó que sus programas hubiesen sido planificados, desarrollados y financiados por organismos internacionales que desconocían los entornos socio-culturales y condiciones de riesgo de estos países en vías de desarrollo, tal sería el caso de ONUSIDA, UNESCO, UNICEF, y otros organismos internacionales de apoyo y con campañas de educación y salud, todo esto conllevó a una falta de participación de docentes, trabajadores de la salud locales, organizaciones no gubernamentales nativas y otros, en este proceso educativo y de salud colectiva, quedando estos programas desvinculados de su realidad nacional, regional y local, así mismo fue notoria una inversión financiera insuficiente e inoportuna ante la tendencia ascendente de casos infectados y de una elevada letalidad en población joven en edad productiva y

reproductiva.

Agregando a lo anterior las siguientes consideraciones:

- Mínima vinculación entre los grupos de la sociedad civil y los docentes, siendo inexistente la participación en el diseño curricular.
- Sin inversión financiera suficiente en la formación y perfeccionamiento en servicio para preparar a los docentes para el manejo de la problemática del VIH/SIDA.
- Se evita la discusión abierta en torno a la educación sexual, a lo cual se agrega la falta de formación y apoyo específico para que los docentes manejen nuevas materias.
- La educación sobre VIH/SIDA se trata como un tema marginal e independiente, en vez de estar integrado a un currículo general; incluso se pasan por alto los módulos de VIH/SIDA, y en algunos casos son inexistentes.
- Hay problemas de calidad y de cantidad de docentes, y falta de métodos interactivos y participativos.
- Los Ministerios de Educación no han establecido leyes, políticas y procedimientos para evitar la discriminación en contra de maestros y alumnos seropositivos.
- Ningún país en estudio contaba con políticas adecuadas sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo.
- Las respuestas de las organizaciones no gubernamentales (ONG's) han consistido en impartir educación en escuelas, prestar apoyo a enfermos, demandar investigación socio-médica, y vincularse especialmente con el Sector Salud. Su enfoque es eminentemente preventivo.

Las ONG's en estos países estudiados respondieron a la pandemia del VIH/SIDA impartiendo educación en escuelas y prestando apoyo directo e indirecto a los niños infectados y huérfanos, multiplicaron centros de atención a enfermos, facilitaron pruebas

diagnosticas, tratamientos y concentraron el trabajo en la prevención de la infección por VIH. Se encontró una falta de coordinación entre redes u asociaciones, entre sindicatos de docentes ONG's de educación y grupos de la sociedad civil.

Las ONG's determinaban el contenido de los programas de educación sobre el VIH/SIDA según su propia ideología o creencias religiosas y esto ocasionó mensajes contradictorios, acciones que tienden a atacar los síntomas inmediatos, sin considerar las causas estructurales y por lo tanto algunas acciones resultaron contraproducentes a largo plazo y provocaron una desatención mayor en los países estudiados.

6.2 Respuesta educativa en México ante el VIH/SIDA.

Desde la aparición del SIDA en 1981, en los Estados Unidos de América, los primeros reportes la describen como una enfermedad extremadamente peligrosa que atacaba el sistema inmunológico humano de manera devastadora. En menos de una década la mayoría de los países del mundo notificaron casos seropositivos y enfermos de SIDA, así como una elevada letalidad, pasando a convertirse en la epidemia del siglo XX.

La máxima autoridad mundial en salud, la OMS, envió recomendaciones a sus países asociados para implementar estrategias y acciones para contener la transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en grupos de "riesgo": población homosexual, mujeres embarazadas, drogadictos por vía intravenosa, trabajadoras del sexo y heterosexuales. Éstos fueron los grupos de población inicialmente infectados, aunque en el transcurso de la epidemia su comportamiento se fue modificando en base a la identificación de riesgos y a la respuesta gubernamental y de las Organizaciones de la Sociedad Civil.

El gobierno mexicano crea por decreto, en 1986, el Comité Nacional de Prevención y Control del SIDA, y para 1988 lo transforma en Consejo, con categoría de órgano desconcentrado de la máxima autoridad de salud, la Secretaría de Salud (SSA), quedando constituido el Consejo Nacional para la Prevención Control del SIDA (CONASIDA).

El objetivo central del CONASIDA fue coadyuvar a detener la transmisión de la infección del VIH, mediante campañas informativas dirigidas a la población en su conjunto, y con el impulso a la investigación científica, al seguimiento y a la vigilancia epidemiológica.

Pero los esfuerzos iniciales para contener la epidemia en México no fueron acertados ni contundentes, el enfoque con que fue tratada la epidemia del siglo XX cobró facturas y reclamos de grupos organizados, así como de la población civil. Para Manchetti (2000), algunos factores fueron los siguientes:

- Se priorizaron las actividades biomédicas sobre las preventivas. El SIDA fue visto como una enfermedad incurable.
- La enfermedad rebasó la concepción biologicista de los médicos tradicionales y se instaló en el ámbito de lo sociocultural.
- Se identificaron los problemas sociales que la enfermedad genera pero la respuesta fue pasiva e insuficiente por temor a la reacción de grupos conservadores, dentro y fuera del gobierno.
- Se creyó que la información sobre VIH/SIDA podía modificar conductas en lugar de la prevención.

Posteriormente la experiencia nos ha enseñado que la información es útil para modificar las actitudes de estigmatización y de rechazo hacia grupos de conductas de alto riesgo, así como que un mayor conocimiento y énfasis en la modificación de actitudes, no producen cambios en las conductas de riesgo, pero las personas no solo aprenden a partir de su propia experiencia sino también mediante la observación de conductas que otros llevan a cabo y de las consecuencias de que estas derivan, esto es el aprendizaje vicario que permite aprender conductas nuevas codificando simbólicamente lo que se observa, un ejemplo exitoso sería la educación de pares.

Como medida prioritaria e intentando colectivizar la prevención y evitar los riesgos de infección por el VIH por vía intravenosa, la cual es ocasionada por transfusiones

sanguíneas y sus derivados (no tamizados contra el VIH), se dicta en 1986 la Norma Mexicana de la Transfusión Sanguínea, la cual hace obligatoria la detección del VIH mediante pruebas inmunológicas en todas las unidades de sangre y plasma. Esta estrategia fue de lo más exitosa, ya que los donadores profesionales presentaban seroprevalencia al VIH del 7.2% y los donadores voluntarios el 0.02 % (CONASIDA, 1987).

Para 1987, CONASIDA había desplegado una intensa campaña de distribución de material educativo en todo territorio nacional y había realizado investigación epidemiológica sobre la seroprevalencia del virus en las grandes ciudades del país y en las ciudades fronterizas con el país más infectado del Continente Americano, los Estados Unidos de América.

En este mismo periodo CONASIDA prohíbe la comercialización de la sangre, probablemente la contribución legal más importante de los últimos años por su impacto en la salud preventiva de los mexicanos y por el control epidemiológico de la vía de transmisión más sensible en instituciones del sector salud del país: la vía intravenosa por sangre y sus derivados.

Los años 1989-1990 son considerados como un periodo “participativo”, del cual originan tres recomendaciones que definieron las políticas educativas y de salud pública en México.

- El SIDA es un problema de salud pública y no moral.
- La información sobre el VIH/SIDA debe ser explícita.
- Las organizaciones no gubernamentales deben adoptar un papel más activo.

No es sino hasta este periodo de inicio de la epidemia en México, 1983-1990, que se logran implementar estrategias preventivas, educativas, biomédicas y legales, apertura de foros de análisis y discusión. Esto no fue fácil ya que el tocar temas relacionados a la sexualidad humana, organización y movilización de grupos homosexuales, trabajadores del sexo, enfermos con VIH y SIDA, drogadictos intravenosos, todos ellos en búsqueda de información veraz y consensada, ocasionaron reacciones sociales de grupos

conservadores y de ultraderecha ya que para ellos la enfermedad tenía una causalidad contra “Natura”, basada en la pérdida de valores morales y en la ruptura de normas tradicionales y religiosas; para ellos la abstinencia sexual y las “buenas costumbres” victorianas eran la mejor forma de prevención de la enfermedad.

Medios de comunicación como la radio y la televisión sostuvieron durante el período 1987-1990 estos mitos ultraconservadores buscando una “comuni3n” con la iglesia y conservando su estatus econ3mico de proveedores de servicios.

Casi coincidente con la aparici3n de la epidemia del VIH/SIDA, el 3 de febrero de 1983 se da a conocer el derecho constitucional a la protecci3n de la salud de todos los mexicanos, el cual fue reglamentado en la Ley General de Salud, publicada el 7 de enero de 1984. Este ordenamiento incluye medidas de prevenci3n y los medios de concertaci3n e inducci3n para que los sectores p3blico, social y privado participen activamente en la consolidaci3n y funcionamiento del propio sistema.

En el art3culo 113 de la Ley General de Salud se establece claramente que frente a una epidemia las Secretar3as de Salud y de Educaci3n P3blica deben de coordinarse para coadyuvar a su control. Este precepto de coordinaci3n sectorial permiti3 el poder concretar acuerdos.

Como ejemplo de la influencia de la iglesia y los medios de comunicaci3n en el mes de Abril de 1988 en M3xico ante la necesidad de informaci3n masiva de medios, CONASIDA logra la participaci3n de la Asociaci3n Nacional de Actores (ANDA) en las campa3as, se film3 un spot para promover el uso del cond3n, el lema era “Disfruta del amor, Hazlo con responsabilidad”, la nueva campa3a se anunci3 por medio de una conferencia de prensa y los peri3dicos publicaron una inserci3n de una plana con el siguiente mensaje “Preservativo o cond3n: el nombre es lo de menos, lo que importa es que puede salvar vidas”, y terminaba diciendo “El SIDA no es un problema moral; es un problema de salud p3blica”. La reacci3n de los grupos conservadores en las grandes ciudades de M3xico, no se hicieron esperar, el Secretario de Salud fue acusado de: “Iniciar la revoluci3n sexual en

México” y de “Inducir la promiscuidad”. La controversia fue intensa y aparecieron mas de 1500 artículos en los periódicos a favor y en contra de la campaña, la televisión privada se negó a difundir la campaña preventiva y esta fue interrumpida de manera definitiva (Rico, 1995).

A finales de 1988, México se concentró en las elecciones presidenciales y en sus resultados, aquí comienza el primer período de silencio en las campañas de SIDA.

En los años 1989-1992, CONASIDA percibe la necesidad de consultar a la sociedad civil sobre la pandemia del VIH/SIDA y en Mayo de 1989 realiza foro con la presencia de académicos, artistas, líderes de opinión, organizaciones de homosexuales, ONG's, trabajadores sexuales, religiosos. El debate puso de nueva cuenta la necesidad de una mayor información sobre este problema de salud pública a la población y de nueva cuenta los grupos conservadores sostenían que la promoción de los condones inducía a la promiscuidad sexual.

El Sector Salud en México promueve una campaña “Intermedia de formación colectiva con 18 mensajes difundidos en la televisión” y la difusión de información en el “Sistema Colectivo del Metro” de la Ciudad de México, pero las campañas cayeron nuevamente en exagerar la importancia de la información, ejemplo: orientar la campaña hacia la mujer, subrayando el hecho del incremento de mujeres infectadas por VIH y la exigencia a compañeros sexuales de uso de condón; las campañas fueron: “El SIDA no es cuestión de suerte, sino de vida o muerte”.

En Diciembre de 1989, el Coordinador General de CONASIDA fue acusado penalmente por PROVIDA “Bajo los cargos de promiscuidad y pervertir a menores, al presentar condones como medida preventiva contra el SIDA”, posteriormente se da el período de “silencio” mas prolongado en las campañas contra la infección por VIH/SIDA, solo interrumpido por 3 spots realizados el día primero de Diciembre de 1990, Día Mundial del SIDA.

En octubre de 1995, el CONASIDA, en el marco conceptual de la educación para la salud, propuso un convenio entre la SSA y la SEP, el cual tiene por objetivo fomentar en la población el desarrollo de actitudes y conductas que permitan la prevención de enfermedades individuales y colectivas, así como proporcionar a la población los conocimientos sobre las causas de las enfermedades y la orientación y capacitación para prevención y detección oportuna de enfermedades (Ley General de Salud, SSA, México).

Los programas integrales de prevención contra el VIH/SIDA son parte de esta propuesta de coordinación sectorial y entre los objetivos propuestos esta la formación de jóvenes en educación sobre el VIH/SIDA, para el sector Salud y Educación, la tarea de la escuela no debe ser reduccionista en cuanto a la transmisión de conocimientos, ya que la escuela es el lugar donde se forman opiniones, se adquieren hábitos, se desarrollan actitudes, valores, y se experimentan futuros patrones conductuales.

Pero el sector educativo en México delegó en la Secretaría de Salud la responsabilidad del combate a la pandemia del VIH/SIDA y esto se vio reflejado en los distintos planes nacionales de educación y sus estrategias ante esta letal enfermedad en los que hay falta de señalamientos, estrategias y compromisos concretos ante la enfermedad.

Durante el período del Lic. Miguel de la Madrid se implantó el Programa Nacional de Educación, Cultura, Recreación y Deporte, 1984-1988. Los lineamientos específicos de la estrategia de la “Revolución Educativa” priorizan en la educación básica la enseñanza del español, mejorar el estudio de la matemáticas y despertar interés por la ciencia, la tecnología y el arte (Diario Oficial de la Federación, Sept. 1984:53).

En dicho programa no hay ningún señalamiento de acción relacionada a la vinculación sectorial, ni a la educación para la salud en escuela, lo cual es desconcertante pues en 1983 da inicio la epidemia en México.

En el periodo del Lic. Carlos Salinas de Gortari se dio a conocer el “Programa Nacional de Modernización, 1990-1994”, para el cual la característica distintiva de la educación moderna debía ser la calidad. Para lograrla, se proponía revisar los contenidos, renovar los

métodos, privilegiar la formación de maestros, articular los diversos niveles educativos y vincular los procesos pedagógicos con los avances de la ciencia y de la tecnología (Diario Oficial de la Federación, 29 de Enero de 1999:14). No existe ninguna mención a la vinculación sectorial salud–educación, ni capitulados o referencias a la función de la escuela ante el VIH/SIDA.

Durante el periodo del Dr. Ernesto Zedillo, en su Programa de Desarrollo Educativo 1995-2000, en el capítulo: Los métodos, contenidos y recursos de enseñanza, se hace referencia a la prioridad de mejorar la educación relacionada con la sexualidad y la salud reproductiva.

La propuesta programática es que los alumnos obtengan una orientación respetuosa y clara sobre estos temas y de esta manera contribuir a la disminución de la incidencia de enfermedades sexualmente transmitidas, en particular el SIDA, enfermedad esta última que muestra preocupantes tendencias de extensión en grupos de población distintos a los considerados inicialmente como de alto riesgo (Diario Oficial de la Federación, Enero de 1990:24) . Para lo cual se hacen necesaria una acción gubernamental y social que utilice distintos medios, desde el trabajo en la escuela hasta la comunicación de masas, y que se adapte con sensibilidad a las edades y a la condición cultural de sus destinatarios; esta tarea demandará una orientación clara de los maestros, así como un diálogo frecuente de éstos con las madres y padres de familia.

En este período se publica: “Nociones introductorias para maestras y maestros de educación básica”, del libro: *Sexualidad Infantil y Juvenil*, editado por la SEP en el año 2000, dirigido a maestros de educación básica en México. El texto prioriza la sexualidad en la escuela y retoma esta temática por ser una necesidad de atención urgente en nuestro país, y porque, además, la ausencia o debilidad de nuestra respuesta es uno de los factores que influyen en el aumento de problemas como el embarazo precoz o no deseado, la difusión de enfermedades como el SIDA, y en general en las dificultades que muchas personas enfrentan para desarrollarse plenamente y para vivir su sexualidad de manera libre y responsable (Pág. 3). Es aquí donde la SEP incide en el nivel de educación básica,

incluyendo nuevos contenidos en los libros de texto gratuitos de educación primaria, especialmente en las Ciencias Naturales, estableciendo conjuntamente la asignatura “Formación Cívica y Ética” en educación secundaria, además de cursos de capacitación para profesores y directivos en planteles de educación básica (SEP, 2000).

En el sexenio del Lic. Vicente Fox Quezada se puso en marcha el Programa Nacional de Educación, 2001-2006, Enfoque Educativo para el Siglo XXI. Para este gobierno, según refieren en el Plan Nacional de Desarrollo y en el rubro de educación, no existe la menor duda de que la educación es el mecanismo determinante de la robustez y velocidad con que la emancipación podrá alcanzarse, el factor determinante del nivel de inteligencia nacional y punta de la lanza del esfuerzo nacional contra la pobreza e inequidad (pág. 48). Es incluyente al referir que el hecho fundamental que ha limitado la posibilidad de hacer de México un país justo, próspero y creativo, es la profunda desigualdad de la sociedad, una pauta que se manifiesta en las dispares oportunidades de acceso a la educación, incluyendo circuitos culturales e intelectuales (Pág.70).

En ese sexenio del “Cambio” se dieron grandes polémicas e intromisiones de organismos conservadores, algunos de ellos vinculados al gobierno en el poder, como es el caso de PROVIDA, la Unión Nacional de Padres de Familia (UNPF) y el clero conservador, que rechazaron la promoción y el uso del condón como forma de prevención a las enfermedades de transmisión sexual. También tuvieron enfrentamientos públicos con el Secretario de Salud, Dr. Julio Frenk, y fueron señalados por abusos y uso indebido de recursos financieros de exclusividad de CONASIDA para programas de prevención y adquisición de antiretrovirales para enfermos de SIDA.

Para personajes como Jorge Serrano Limón, de PROVIDA, el condón es pasaporte para muerte, y el Cardenal Norberto Rivera afirma que es un producto nocivo para la salud (Ornelas, 2006).

La llegada de Vicente Fox a la presidencia de la república revive y vuelve a la memoria colectiva los hechos de 1932, cuando grupos conservadores encabezados por la Unión de

Padres de Familia, de las asociaciones femeninas, Asociación Católica de la Juventud Mexicana y otros grupos católicos protestan e intensifican campañas contra el gobierno federal, esto como producto de que el Secretario de Educación de México, Narciso Bassols, propone la incorporación de temas de educación sexual en primarias y secundarias, la movilización se da en escuelas públicas y privadas del país y bajo esta presión conservadora se suspende la campaña de educación sexual y renuncia el secretario Bassols, estos hechos fueron una concesión del Estado Mexicano y permitió a estos grupos convertirse en dictaminadores históricos en programas escolares, de información en medios de comunicación escritos, en la radio y la televisión.

Para Carlos Monsiváis (2009) entre los años 1925-1960, la Liga Mexicana de la Decencia se opone a las “perversiones fílmicas” y la censura eclesiástica detiene la madurez temática del cine, se queman revistas “pornográficas”, se prohíben obras de teatro, los grupos confesionales de Mérida, Hermosillo, Ciudad de México y Puebla queman publicaciones pornográficas, decomisan periódicos, revistas “pecaminosas” y las hacen arder en zócalos de estas ciudades en “autos de fe editorial” entre gritos ad hoc: “Muera el pecado”.

Para los años sesenta hay campañas contra las vestimentas, las libertades verbales son señaladas, marcadas e estigmatizadas como inmorales y propias de grupos sociales minoritarios y marginados.

En este decenio, empresarios de la ciudad de Monterrey protestan contra los libros de texto gratuitos al considerarlos indecentes y perversos, a final de cuentas el presidente Adolfo López Mateos, valida su contenido y son difundidos a nivel primaria en el Sistema Educativo Nacional.

Durante el período de los años setenta y hasta finales de los años noventa, las posturas conservadoras consideran a la educación de la sexualidad como un tema de apropiación de la familia y si esta temática se desarrolla en la escuela deberá de ser abordada en un marco de la moral judeo-cristiana, los profesores deberán de impartir una educación sexual

acotada, ahistórica, y nuevamente los contenidos serán con un enfoque biológico de la sexualidad humana y donde la familia será la encargada de conservar y reproducir una educación tradicional, de valores, desinformada, estigmatizante y con grandes riesgos para adultos jóvenes, adolescentes y niños, ante los riesgos que conlleva una sexualidad comunitaria mas liberal, a infecciones de transmisión sexual endémicas (sífilis, blenorragia, herpes genital, virus del papiloma humano, micosis vaginal y otras), así como enfermedades de alta letalidad como sería la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el SIDA y la hepatitis B. Esto último como consecuencia de la desinformación sobre sexualidad humana y la prevención de riesgos por enfermedades de transmisión sexual.

Si bien hemos abordado algunos momentos históricos y de intervención de la iglesia católica y de sus grupos conservadores, es importante señalar que esta desinformación provocada por la iglesia e incluso, por los medios de comunicación (promoción del condón en televisión como medio de consumo para prácticas sexuales, pero no para la prevención de enfermedades de transmisión sexual e incluso para el uso de la sexualidad humana mas placentera y segura), ha provocado un desconocimiento sobre la sexualidad humana de algunos grupos sociales, pero especialmente de adolescentes, adultos jóvenes, los cuales ante enfermedades como el VIH/SIDA y la hepatitis B, son los mas expuestos a riesgos propios de su sexualidad; inicio de relaciones sexuales mas tempranas, sin uso de condón en su primera relación sexual (vaginal, oral u anal), embarazo adolescente, así como en la salud colectiva de la población con bajos conocimientos y baja percepción de riesgos ante las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

Los programas de educación sexual en la educación básica han sido históricamente cuestionados por grupos conservadores desde los años treinta, ya sea por la iglesia católica o por organizaciones de padres de familia, los cuales se oponían a que en los libros de texto gratuitos se incluyeran descripciones del cuerpo humano que implicaran los órganos sexuales reproductivos, por considerar que se “atentaba contra la moral”; posteriormente rechazaron la información sobre sexualidad, control natal y uso de condón .

Pero a finales de este último sexenio y como en los antiguos tiempos de Bassols, se da otra escalada conservadora, atacando las reformas de planes de estudio de secundaria en lo referente a la educación sexual. La UNPF amenazó a la SEP para que retirara los libros de primero de secundaria de la materia de biología (ciencias I), porque trataba temas sexuales que “atentan contra la dignidad humana” (Meza, Ana Laura. Excelsior. Julio 2006). Para esto, el Secretario de Educación Pública de Baja California. José Gabriel Posada Gallego, solicitó posponer el Ciclo Escolar 2006-2007 en lo referente a sexualidad por considerar los contenidos “inadecuados, inoportunos, el abordaje de temas como el matrimonio, y socialización del sexo”, todo esto para promover el diálogo en grupos sobre temas de incumbencia personal, así como por la sugerencia de consultar sitios de internet sobre placer y homosexualidad (Reyes, Mario Alberto. Síntesis-SEP, Julio 2006). Posteriormente el Libro de Texto sería vetado en los estados de Yucatán, Querétaro, Morelos, Baja California, Aguascalientes y Guanajuato, todos con gobiernos panistas.

La Conferencia del Episcopado Mexicano expresó: “Nos oponemos firmemente a un sistema de información sexual desvinculado de los principios morales; dicha postura no es sino un estímulo para introducirse en la experiencia del placer sexual, abriendo el camino al vicio de los años de inocencia”.

Organizaciones civiles, activistas, sexólogos y padres de familia, calificaron de “terrorismo educativo” la decisión de grupos minoritarios de impedir la distribución del libro de ciencias para primero de secundaria que aborda la sexualidad (Poy Solano, 2006).

Para la organización Red Democrática y Sexualidad, al retirar los contenidos de educación sexual de los libros de secundaria autorizados por la SEP los jóvenes de nuestro país continuarán expuestos a contraer enfermedades de transmisión sexual y/o VIH, embarazos no deseados o ser víctimas de abuso o violencia sexual, pues la desinformación es el principal factor de riesgo.

Ana Barahona (2006), autora del libro Biología I, del primer grado de secundaria y centro de la polémica por sus contenidos en el tema de Sexualidad Humana y Salud donde

aborda la temática de sexualidad adolescente desde el punto de vista científico y que en el bloque 4 habla sobre la reproducción, un proceso vital en todos los seres vivos, a la vez que fomenta la prevención en adolescentes.

Para Barahona las asociaciones de derecha piensan que al darles más información a los niños van a ejercer la sexualidad a edad más temprana, pero investigadores de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) revelan que la educación sexual en la infancia mejora la salud reproductiva y atrasa el inicio de relaciones sexuales en adolescentes. Los padres tienen todo el derecho a educar a sus hijos de acuerdo a sus valores morales y religiosos, pero cuando las decisiones individuales de los jóvenes, como iniciar su vida sexual activa, se convierten en problemas de salud pública, el Estado y sus gobiernos tienen la obligación de diseñar políticas públicas para controlarlos (Barahona, 2006).

La declaración del Consejo Nacional de Autoridades Educativas sobre los libros de texto de asignatura, en particular sobre los contenidos de Ciencias I, de primer grado de secundaria, fue conservadora, no polémica, dejando prácticamente en libertad a los estados de tomar la decisión acerca del uso del libro de secundaria, para lo cual las autoridades educativas proponen las siguientes acciones:

- Impartir cursos de actualización sobre el tema para maestros en servicio.
- Desarrollar materiales educativos complementarios para orientar el manejo pertinente de los textos seleccionados.

Hasta ahora no hay consenso en los acuerdos sobre “Educación para Todos”, de Jontien, 1990, y Dakar, 2000, en lo que respecta a sexualidad y VIH/SIDA, y la salud colectiva de niños, adolescentes y adultos jóvenes, continua en alto riesgo y con posibilidades de sumarse a las estadísticas de infección y muerte por la intransigencia de los grupos más conservadores y atrasados del país.

Países más comprometidos con las políticas internacionales de UNESCO-OMS como es el caso de Canadá, Inglaterra, Francia, Países Bajos y Suecia, presentan tasas de embarazo menores a Estados Unidos y la educación sexual se basa en una apertura hacia

el sexo, hacia mensajes consistentes a la sociedad, y hacia el acceso universal a los anticonceptivos (Center for Aids Prevention Studies, 2006).

En México es importante el contar con una política educativa consensada con los demás sectores involucrados en la educación sexual y la prevención del VIH/SIDA, para lo cual deberá contemplar una cobertura total de educación preventiva en las escuelas del país.

Es evidente que las políticas sobre el VIH/SIDA en la educación formal e informal en México continúan siendo desarrolladas por el sector salud con un enfoque médico-epidemiológico y preventivo, contando para su operación con organismos como el CENSIDA, pero también con instituciones del sector salud (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, DIF, SEDENA, ONGs), así como con el trabajo concertado entre la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación Pública (SEP), con programas específicos de salud escolar ahora transformado en “escuela saludable”.

Pero el sector educativo continúa sin una política sobre el VIH/SIDA y sin una responsabilidad real en el diseño e implementación de un currículo sobre sexualidad, promoción de la educación sexual, y prevención del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual en las escuelas de México. Es importante dejar la referencia del trabajo organizado y exitoso de las organizaciones no gubernamentales (como Population Council, Centros de Integración Juvenil, Red Democrática y sexualidad, organizaciones de la sociedad con trabajo en SIDA, Colectivo Sol, Programa Amigo de la Facultad de Medicina de Mexicali, Baja California y Programa de Manejo Integral de Seropositivos de Ensenada, B.C. de la Universidad Autónoma de Baja California, entre otras), así como el apoyo de UNESCO-México, ONUSIDA, UNIFEM, y otros organismos internacionales.

7. LA EDUCACIÓN NO FORMAL Y EL VIH/SIDA.

En el desarrollo temático de este capítulo se realiza un recorrido histórico de la educación no formal en México, describiendo las diversas propuestas, las cuales se han orientado a la capacitación técnica productiva en el sector primario, los apoyos a la unidad económica familiar, y para el trabajo productivo en el sector secundario. La población beneficiaria es la económicamente productiva y socialmente marginada.

Asimismo se abordan algunas propuestas de la educación para adultos a lo largo de la vida, y de la educación para la salud como una propuesta de educación sanitaria, la cual vinculamos con experiencias exitosas en educación y salud colectiva.

7.1 La educación no formal.

La educación no formal se define como “cualquier actividad educativa organizada y sistemática llevada a cabo fuera del marco del sistema formal con el objeto de ofrecer tipos selectos de aprendizaje a subgrupos particulares de la población” (La Belle, 1986).

En México y América Latina esta estrategia se ha centrado en las personas adultas, ya sea como complementaria o compensatoria a los rezagos educativos o como una necesidad de formación elemental para el trabajo productivo.

La educación no formal no debe considerarse como una simple improvisación, ni para su ejecución basta la buena voluntad o el compromiso social, aunque éstos sean requisitos imprescindibles (Sarramona, 1998).

La educación no formal tiene un amplio desarrollo a partir de los años cuarenta como una estrategia educativa que pretendía dar una respuesta a las necesidades de rezago de amplios sectores de la población y que los diferentes modelos de desarrollo no habían podido satisfacer (Pieck, 2000).

Para Coombs y Ahmed, la educación no formal surge como concepto y como consecuencia de reconocer que la educación “no puede considerarse como un proceso limitado en el tiempo y espacio, confinado a las escuelas y medido por los años de asistencia” (Coombs y Ahmed, 1975). Esto conlleva a la diferenciación de tres conceptos

estrechamente relacionados:

- √ La educación informal, la cual es un proceso que dura toda la vida y en el que las personas adquieren y acumulan conocimientos, habilidades, actitudes y modos de discernimiento, mediante las experiencias diarias y su relación con el medio ambiente.
- √ La educación formal es, naturalmente, el sistema educativo, altamente institucionalizado, cronológicamente graduado y jerárquicamente estructurado que se extiende desde los primeros años de la escuela primaria hasta los últimos años de la universidad.
- √ La educación no formal es toda actividad educativa organizada y sistemática, realizada fuera del marco del sistema oficial, para facilitar determinadas clases de aprendizaje a grupos particulares de la población, tanto de adultos como de niños.

Los objetivos de estos programas se centran en satisfacer las necesidades que el sistema formal no atiende. Pero como refiere Pieck (1997), esta estrategia se ha constituido en los últimos tiempos en una práctica educativa que ha tenido que ser asumida como:

1. Compensatoria de las deficiencias del sistema educativo formal.
2. Complementaria de programas y políticas encaminadas al desarrollo del medio rural, ocupando una posición marginal dentro del sistema educativo y en las políticas educativas nacionales, sin recibir la importancia que merecen tanto por su enorme demanda como por las necesidades educativas insatisfechas.

El contexto social de la educación no formal se refiere a una serie de actividades realizadas fuera de la escuela, organizadas y diseñadas para acrecentar el poder de decisión y el estatus socioeconómico del participante (La Belle, 1982).

La educación no formal para la UNESCO es: “Un conjunto de actividades educativas organizadas y semi-organizadas que operan fuera del sistema de educación formal y que satisfacen necesidades educativas inmediatas de estudiantes convencionales y no convencionales”.

El campo de la educación no formal es enorme y permite, a través de múltiples áreas y

ámbitos de realización, poder seguir aprendiendo a lo largo de toda la vida.

Los ámbitos de acción en la educación para adultos son referidos por Sarramona et al. (1998), identificando nueve prácticas educativas: alfabetización; formación para el mundo del trabajo, ocio y tiempo libre; educación para la salud; educación para el consumo; educación urbana; educación ambiental; y la conservación del patrimonio y animación sociocultural.

En México los ámbitos de acción se han centrado históricamente en capacitación para el trabajo, educación no formal no vocacional, cursos comunitarios, talleres domésticos para el autoempleo, y otros. Pero resulta cierto que estos programas se ubican en la frontera entre la capacitación para el trabajo y la educación no formal para adultos. En cierto sentido no son, ni lo uno, ni lo otro, como lo prueba la inexistencia de una real capacitación para el trabajo en los sectores de mayor pobreza, particularmente en el ámbito rural (Pieck, 1992). La Belle (1984) señala que deberíamos considerar a la educación como un continuo que va de la educación informal a la no formal y finalmente a la formal, asimismo plantea que la educación del ser humano transcurre a lo largo de toda la vida. La anterior aseveración es resumida de la siguiente manera: “La educación no formal entra en una relación directa con la educación formal y la informal, formando un subsistema educativo que se desarrolla a lo largo de toda la vida de los individuos y las comunidades (Vásquez, 1998).

Las áreas de la educación no formal sabemos que son difíciles de clasificar por su gran heterogeneidad, pero ubicamos a: Sarramona, 1998; Vásquez, 1998; Denno, 2005; y Herrera, 1993. De ellos retomamos las siguientes aportaciones (*Cuadros 5 y 6*):

Cuadro 5.

Principales áreas de la educación no formal

Área	Objeto
Educación ambiental	Concienciación de los ciudadanos en el respeto y cuidado del medio ambiente.
Educación social	Desarrollo de las capacidades sociales de individuos y grupos.
Educación para el trabajo	Adquisición de competencias profesionales para la inserción laboral.
Alfabetización	Carácter remedial, supliendo la inexistencia del sistema escolar o compensando sus logros insuficientes.
Animación sociocultural Desarrollo comunitario	Desarrollo social, mejora de las condiciones sociales de una comunidad, partiendo de su propia cultura y recursos, así como por su participación.
Educación de tiempo libre	Realizar prácticas de ocio sano y educativo.
Educación para la salud	Prevención de enfermedades y creación de hábitos saludables.
Educación para el consumo	Actitud consciente y crítica frente al consumo.
Educación en derechos humanos	Formación para el desarrollo de valores como la igualdad, el respeto a la diversidad, la participación democrática, etc.
Educación para el desarrollo	Sensibilización para la ayuda y colaboración con países menos desarrollados por medio de la cooperación.
Educación para la paz	Fomento de hábitos de conducta social no violentos, sensibilización a favor de la paz y de la finalización de conflictos armados.
Educación intercultural	Sensibilización de comunidades acogidas y llegadas para que exista una relación recíproca de aceptación.
Educación para la igualdad	Mejorar las posibilidades del hombre y la mujer en diferentes contextos: doméstico, laboral, social, etc.

* Modificado de Herrera Menchén. La educación no formal en España en jóvenes y educación no formal. Revista Estudios de Juventud No. 74 Sep. 2006. Madrid. España.

Cuadro 6.

En México (Pieck y Aguado, 1998) Clasifican las áreas de educación no formal como:

Área	Objeto
Organizativa	Apoyos en conocimientos organizativos y administrativos.
Técnica productiva	Apoyo a proyectos agrícolas, pecuarios, industria, etc.
Programa y apoyos gestoriales	Difusión de planes y programas sectoriales.
Bienestar social	Orientación a necesidades básicas: salud, nutrición, vivienda, etc.
Concientización	Elementos que permitan analizar el contexto y a los individuos dentro de éste.

Las áreas de mayor presencia son la técnica productiva y la de apoyos a la unidad económica familiar, específicamente cursos que se ubican como educación comunitaria o educación no vocacional (cursos domésticos y de desarrollo de habilidades para el autoempleo). Los cuales tienen mayor promoción y demanda, pero las temáticas abordan cursos teóricamente ofertados en el contexto rural y que no siempre obedecen a las necesidades sentidas de las comunidades rurales, como es el caso de: manejo de fertilizantes, corte y confección, nutrición, mejoramiento del hogar rural, herrería, cultura de belleza, contabilidad, inseminación artificial, cocina, huertos familiares, primeros auxilios y otros.

Las instituciones que ofrecen este tipo de capacitación en las áreas rurales son principalmente del sector primario, del educativo y de salud, centrando sus programas y actividades en comunidades rurales de alta marginalidad social.

Dentro de estos organismos gubernamentales y no gubernamentales se encuentran los siguientes: Secretaría de Agricultura, Secretaría del Trabajo, Secretaría de Educación Pública, Secretaría de la Reforma Agraria, Educación Comunitaria de INEA, Misiones Culturales de SEP, Centros de Desarrollo Comunitario y Programa de Cocinas Populares del DIF-Estatal, Programas de Capacitación de la Secretaría del Trabajo, Secretarías de Desarrollo Social de los estados, Secretaría de Salud en algunos estados de la República,

Departamentos de Extensión Universitaria, Organizaciones no Gubernamentales, y otras instituciones públicas y privadas.

La población beneficiaria es en su mayoría económicamente activa y socialmente marginada de las áreas rurales y urbanas, como es el caso de la población subempleada en el trabajo informal, los jornaleros agrícolas, los campesinos, los pequeños propietarios, las amas de casa, los pequeños comerciantes, y otros.

Pieck (1985) es contundente cuando refiere que la tercera parte de nuestra población se encuentra en condiciones de extrema pobreza y día a día aumenta el número de desempleados, que de una u otra manera se incorporan al sector informal de la economía. La educación para adultos, en este caso la educación informal, tienen que adaptarse y diseñar estrategias que respondan a las diversas necesidades que plantean estos sectores.

Pero si bien en México se ha priorizado la educación para el trabajo (capacitación para el trabajo), esto no sería para el trabajo rural, por las características propias de los procesos de trabajo, la dispersión de campos, los contratos laborales y la falta de infraestructura para la capacitación, pero especialmente por las nulas posibilidades de un mejor posicionamiento laboral, concentrándose la capacitación en procesos productivos del sector secundario con prioridad en la industria maquiladora, y en muchos de los casos completando la educación básica o certificando habilidades laborales (INEA-Baja California. 2006).

La educación comunitaria en el medio rural es tradicionalmente proporcionada por instituciones como INEA, IMSS, Misiones Culturales, SEP, DIF, algunos centros educativos con extensión comunitaria, o por organizaciones no gubernamentales, pero su enfoque se orienta hacia la resolución de problemas cotidianos y no han dejado atrás su carácter asistencial (Pieck, 2000).

Generalmente son cursos que no parten de diagnósticos comunitarios y por ende no conllevan a una participación comunitaria consciente, lo cual condiciona la participación ciudadana, delimitando su desarrollo e impacto al no articularse con las necesidades sentidas de las comunidades beneficiarias de estas actividades compensatorias. De esta

manera, los cursos y capacitaciones son eventos aislados y sus beneficiarios rurales no rebasan el contexto familiar e individual, y la aceptación de actividades y oficios (carpintería, herrería, albañilería, corte y confección, música, educación para la salud, primeros auxilios, horticultura, reforestación), se da por las necesidades no cubiertas en su entorno y en su tiempo, y así se compensan algunas expectativas no satisfechas.

En este contexto es importante partir de diagnósticos comunitarios que reflejen las necesidades sentidas de la población y entender que los habitantes en su entorno tienen formas de organización y participación propias, y aquí es donde hay que vincularnos para realizar un trabajo consciente y transformador que modifique sustantivamente la calidad de vida de las comunidades rurales.

Para Pieck, las experiencias de la educación popular son ricas en términos de metodologías, formas de participación, compromiso por parte de los educadores, vinculación del trabajo educativo con la comunidad, diálogo, etc. También hay que considerar que los habitantes de las comunidades rurales, y en sí la población adulta, tienen sus propias formas de participación y éstas varían según sea el tipo de población, el contexto y sus necesidades.

Asimismo es importante que se tomen en cuenta las propuestas comunitarias y la planificación educativa para el desarrollo comunitario.

La Belle (1986) refiere que la educación popular intenta proporcionar a las clases menos aventajadas de la sociedad habilidades que se consideran necesarias para su supervivencia, o que las ayudarán a vivir en forma más productiva dentro del orden social existente y eventualmente desafiarlo.

En Freire (1997), el diálogo, el pensamiento y la acción, aparecen estrechamente ligados y sugieren que el papel de la educación debe ser “enseñar a pensar acertadamente”. Pensar acertadamente implica la existencia de sujetos que piensan mediados por el objeto u objetos en que incide el propio pensar de los sujetos. A diferencia de la educación tradicional en la que los participantes son simples objetos moldeados y manipulados asistencialmente, la educación popular da la libertad de pensar sobre la realidad concreta que los rodea y participan activamente en el diálogo que permite la

transformación de la realidad.

Algunas estrategias de la educación para adultos y de la educación popular son descritas por Carlos Torres (1995). *Ver, cuadro 7.*

Cuadro 7

Educación de adultos y educación popular como estrategias alternativas para la creación de política

Parámetros de comparación	Estrategias de educación de adultos	Estrategias de educación popular
Orientación general	Orientación tecnocrática o tradicional	Política orientada
Programa político-pedagógico	Énfasis en el desarrollo económico	Énfasis en el desarrollo político
Estilo de concepción y ejecución (toma de decisiones)	Planeación central, no participativa, antimovilizadora	Altamente participativa y movilizada
Relación proyecto educativo/sociedad	Mayor énfasis en el proyecto educativo que en la dinámica movilizadora de la sociedad civil	Mayor énfasis en la movilización social como marco para la movilización educativa que en el cambio educativo en sí
Visión sociológica	Relativamente insensible a la estructura de las fuerzas sociales y sus contradicciones antagónicas: visión relativamente segmentada	Sumamente sensible a la estructura de las fuerzas sociales; visión de la totalidad concreta
Métodos	Generalmente no participativa; abierta, no académica; nivel crítico controlado	Generalmente participativa; sistemas abiertos, métodos académicos sumamente críticos

Fuente: Torres, Carlos Alberto. *La praxis educativa de Paulo Freire*. Edit. Gernica. Madrid, España, pag.53

Por último las características distintivas de la educación popular, su experiencia y su estrecha vinculación comunitaria (que es su esencia misma) proponen lo siguiente:

- √ Formas nuevas de vinculación entre la sociedad-cultura-educación y pedagogía.
- √ Se inserta y detona entre los adultos productivos de las clases marginadas.
- √ Busca trascender a las actividades comunitarias asistenciales como la alfabetización o la educación básica para adultos.
- √ Basan sus prácticas educativas en experiencias colectivas e individuales previas.

Como conclusión afirmamos que la educación no formal tiene un carácter distintivo y específico, así como flexibilidad, abierta a los cambios, se desarrollan en diversas situaciones de aprendizaje, y utilizan diversidad de recursos, muy variados pero a la vez son sistemáticas, planificadas, claramente intencionadas e incluso regladas. En este contexto es importante partir de diagnósticos comunitarios que reflejen las necesidades sentidas de la población, y entender que los habitantes en su entorno tienen formas de organización y participación propias, y aquí es donde hay que vincularnos para realizar un trabajo consciente y transformador que modifique sustantivamente la calidad de vida de las comunidades rurales.

7.2 La educación para adultos en México.

La educación para adultos ha sido históricamente una enseñanza de tipo compensatorio en el cual se han trabajado conocimientos y habilidades no alcanzados en su momento en la educación primaria, donde se apreciaban grandes limitaciones y se aplicaban metodologías similares a la de la escuela “formal”, sin tener en cuenta las experiencias vitales del adulto, sus particularidades cognitivas, personales o emocionales.

En México, en 1967, en un coloquio sobre educación de adultos organizado por el Consejo Técnico de Educación, se dijo que la educación para adultos (EDA) era: “La que debe darse a hombres y mujeres a destiempo y correspondiente al primer nivel por no haberla recibido en su niñez, pero ahora debe implantárseles adaptada a sus experiencias

de vida y sus necesidades, porque dárselas de otra manera sería un fraude”.

La Ley Nacional de Educación para Adultos fue aprobada y apareció en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 1975, y dentro de sus disposiciones generales en el Artículo 2 refiere que la “educación general básica para adultos forma parte del sistema educativo nacional y está destinada a los mayores de 15 años que no hayan cursado o concluido estudios de primaria o secundaria”. Asimismo es definida como: una forma de educación extraescolar que se basa en el autodidactismo y en la solidaridad social como en los medios más adecuados para adquirir, transmitir y acrecentar la cultura y fortalecer la conciencia de unidad entre los distintos sectores que componen la población.

En el Artículo 4 se describen los objetivos de la EDA.

- I. Dar bases para que toda persona pueda alcanzar como mínimo el nivel de conocimientos y habilidades equivalentes al de la educación general básica, que comprende a la primaria y la secundaria.
- II. Favorecer la educación continua mediante la realización de estudios de todo tipo, especialidades y actividades de actualización, de capacitación en y para el trabajo, y de formación profesional permanente.
- III. Fomentar el autodidactismo.
- IV. Desarrollar las actividades físicas e intelectuales del educando, así como su capacidad de crítica y reflexión.

En el Capítulo V, Artículo 26, se establece:

- √ Los mayores de 15 años, varones y mujeres, de las zonas urbanas o rurales, tendrán derecho con igualdad de oportunidades a recibir educación general básica para adultos.
- √ Proporcionar la formación de una conciencia social.
- √ Promover el mejoramiento de la vida familiar, laboral y social.

En el sexenio del Licenciado José López Portillo, por decreto presidencial se crea el Instituto Nacional para Adultos (INEA), el 31 de agosto de 1981, cuya justificación fue que existían un alto número de mexicanos adultos que no tuvieron acceso a la educación primaria y secundaria, o no concluyeron estos niveles educativos, y por consiguiente ven limitadas sus oportunidades de mejorar por sí mismos la calidad de vida. Y se dice que es necesario que la educación que se imparta a los adultos responda cada vez mejor a las necesidades e intereses específicos de los diversos grupos, regiones y personas.

Su objetivo fue promover, organizar e impartir a la población adulta los servicios de alfabetización y educación básica.

Dentro de las atribuciones del INEA se encuentran:

- √ Promover y realizar investigación relativa a la educación para adultos.
- √ Elaborar y distribuir materiales didácticos aprovechables en la educación para adultos.
- √ Participar en la formación personal que se requiera para la prestación de los servicios de educación para adultos.
- √ Coadyuvar a la educación comunitaria.
- √ Realizar actividades de difusión cultural que complementen y apoyen sus programas.
- √ Coordinar sus actividades con instituciones (organismos, asociaciones y empresas) que ofrezcan servicios similares o complementarios, en las tareas afines que se desarrollen.

En septiembre de 1993 es promulgada la Ley General de Educación. Dentro de los aspectos más importantes encontramos:

- √ Todo individuo tiene derecho a recibir educación.

- √ El Estado está obligado a prestar servicios educativos para que toda la población pueda cursar la educación preescolar, primaria y secundaria.
- √ El sistema educativo nacional incluye la educación para adultos.
- √ La educación para adultos se destina a individuos de 15 años y más que no hayan cursado o concluido la educación básica. Comprende entre otras la alfabetización, la educación primaria y la secundaria, así como la formación para el trabajo. Esta educación se apoyará en la solidaridad social.

Para Hernández y colaboradores (2000), el objetivo general de INEA se ha interpretado casi exclusivamente como la necesidad social concreta de atender el rezago educativo, pero desatiende a las demás necesidades que plantean los adultos. Esta consideración se ve reflejada en un rezago educativo de 34.9 millones de mexicanos que no pueden concluir la escuela primaria y secundaria (INEE. 2005). Ver cuadro 8.

Cuadro 8.

Rezago educativo y la educación para adultos 1970-2004

Concepto	1970	1980	1990	2000	2002*	2004*
Analfabeta	6.7	6.5	6.2	5.9	6.2	6.07
Sin primaria	11.1	9.4	11.6	11.7	11.9	11.65
Sin secundaria	4.8	9.2	11.9	14.9	16.5	17.20
Total	22.6	25.1	29.7	32.5	34.6	34.92

* Estimado de INEA

Fuente: Núñez Barboza M-Crefal. Reporte de investigación. 2005 México.

Nota: INEE 2006 informa de rezago educativo de 33.3 millones de mexicanos que no pueden concluir la primaria y secundaria (El Financiero, 27 Julio de 2007).

Las posibles causas, según Hernández et al. (2000), son: una tasa de crecimiento poblacional y anual alrededor del 2.5, el deterioro sistemático de las condiciones de vida producto del modelo de desarrollo de los últimos 25 años, y el hecho de desatender las

necesidades reales en educación, esto es, necesidades de conocimientos útiles para la vida.

Las aseveraciones anteriores son coincidentes con Pieck (2000), cuando señala que los programas de capacitación se han orientado preferentemente al sector formal de la economía, por lo que han adquirido la característica de ser más bien programas de capacitación en el trabajo “formal”, y esto ha llevado a que la capacitación se dirija menos a atender necesidades de los sectores marginales, que es donde se concentra el grueso de la actividad informal de la economía. A esto podemos agregar un modelo económico que ha generado más de 40 millones de personas viviendo en la pobreza, con altas tasas de desempleo, altas tasas migratorias a Estados Unidos, incremento de la marginalidad social, así como la desvinculación de este sector informal con las estrategias del INEA, el cual prioriza sus actividades en el trabajo productivo formal.

La necesidad de capacitación es el primer motor a priori, motivante y movilizador de la educación para adultos, de ahí la importancia de partir de las demandas concretas de la gente y para que estas demandas se externen es imprescindible la participación (Pieck, 1997).

Por otro lado, los programas nacionales de educación durante los años 1984-2000 se han planteado como eje central de sus estrategias las siguientes metas: subsanar el rezago educativo, reducir el analfabetismo, mejorar las coberturas terminales en la educación básica, desarrollar los sistemas de capacitación para el trabajo, y la promoción sociocultural para la población adulta a través de la educación comunitaria.

Durante estos períodos, y específicamente en el sexenio del Dr. Ernesto Zedillo, se señalaron en el Plan Nacional de Educación (PNE), 1995-2000, aspectos críticos de la educación para adultos, los cuales fueron referidos de la siguiente manera:

- √ Ausencia de modelos diversificadores, débil articulación entre los programas educativos, alfabetización-primaria-secundaria, y limitados esfuerzos para nuevas metodologías que respondan a las necesidades e intereses de los adultos.

- √ Contenidos irrelevantes para la vida cotidiana.
- √ Materiales educativos inadecuados.
- √ Preparación insuficiente de los agentes educativos.
- √ Esquemas de operación del modelo y administración poco flexibles y ágiles.

Dichos aspectos reiteraban que: “para que la educación para adultos sea eficaz debe vincularse, de manera permanente, con las necesidades de los individuos y la colectividad” (PNE, 1995-2000. Pág. 18).

Otros sectores de la población que requieren educación para adultos son los migrantes estacionales, los jornaleros sin tierra y los minifundistas de diversas regiones del país.

Para lo cual la respuesta fue dada por el INEA y el Consejo Nacional para el Fomento Educativo (CONAFE), y por medio del Programa Integral para Abatir el Rezago Educativo (PIARE), y su canalización de fondos y recursos para dar una respuesta en localidades pequeñas y en las de más alto rezago educativo. Pero a pesar de sus intenciones, al inicio del sexenio foxista, en su PNE 2001-2006, referían un rezago educativo de 32.5 millones de mexicanos sin educación básica. Para el 2004, ya en pleno gobierno de Vicente Fox, la cifra se incrementaba a 34.92 millones, a pesar de la creación del Consejo de Educación para la Vida y el Trabajo (CONEVyT), cuyo objetivo fue apoyar y coordinar las actividades que diversos organismos ofrecen en este ámbito, promoviendo la participación de la sociedad (PNE, 1995-2000. pág. 69), pero siempre con el objetivo de enfrentar el rezago educativo de los adultos, buscando el mejoramiento de su vida personal, familiar y social, así como para su realización productiva.

La estrategia del CONEVyT consideraba los tres modelos disponibles para el proceso educativo del adulto: presenciales, informáticos y televisivos, los cuales son complementarios, y la educación presencial puede reforzarse y enriquecerse con la biblioteca digital, el internet o viendo un programa de televisión o de videoteca.

Los resultados de la política educativa foxista en esta vertiente de la educación fueron

contundentes pero en sentido negativo, ya que no dio continuidad a los proyectos y programas, dejando un sistema educativo inocuo y de mala calidad, y según el INEA (como anteriormente hemos referido), existe un rezago aproximado de 34.9 millones de mexicanos que no pueden concluir la primaria o secundaria, además se siguen perdiendo 430 mil estudiantes al año en el grupo de 12 a 14 años, quienes desertan principalmente por carencias económicas (El Financiero, 27-VII-2007, pág. 43).

7.3 Algunas propuestas para la educación para adultos.

- √ Elaborar diagnósticos regionales y locales sobre las necesidades sentidas de los adultos, y que ellos sean protagonistas en los procesos de planeación del desarrollo y evaluación.
- √ Instrumentar modelos de atención que permitan a los propios educandos ser sujetos activos, promotores de su organización comunitaria y que eleven la calidad de vida colectiva.
- √ Anticipar los servicios educativos con los procesos productivos de las comunidades pero con una visión crítica, compromiso social, autoaprendizaje y trabajo colectivo.
- √ La currícula de la EDA debe contemplar el desarrollo de habilidades sociales y de vida.
- √ La EDA debe asumirse en una triple perspectiva: educación formal, no formal e informal.
- √ La EDA debe ser considerada como un proyecto social, cultural, productivo y político, de carácter prioritario y permanente, donde los sujetos sociales son centrales en su desarrollo individual, familiar, comunitario y regional.

- √ La alfabetización debe ser considerada como acceso a la cultura escrita, a la información y a la educación permanente a lo largo de la vida.

Para Moclus (1990), las intervenciones formativas relacionadas con los adultos no pueden agotarse en una acción didáctica, en una actividad de tipo curso, sino que si se quiere tener éxito se debe de prever el desarrollo en un cuadro coherente de una serie de funciones como, por ejemplo, proyectar y programar la intervención y las actividades que operan en su propio medio.

Por otro lado, las intervenciones educativas no pueden plantearse de manera aislada, sino que deben entrar en una oferta formativa integrada con el surgimiento de nuevas necesidades de conocimientos en el curso de las propias actividades de formación, a las que habría que responder con nuevas ofertas formativas y el formador debe tener la posibilidad de desarrollar otra serie de funciones, no sólo relacionadas con la gestión didáctica, la programación, la coordinación y la producción de materiales, etc, sino también de carácter social (Moclus, 1990).

7.4 Educación para la salud.

La educación no formal es toda actividad educativa organizada y sistemática, realizada fuera del marco del sistema oficial, y que facilita determinadas clases de aprendizaje a subgrupos particulares de la población, tanto adultos como niños (Vásquez, 1998). Ésta surge como consecuencia de reconocer que la educación “no puede considerarse como un proceso limitado en el espacio, confinado a las escuelas y medido por los años de asistencia” (Coombs y Ahmed, 1975). La educación no formal presenta tres particularidades:

Duración. Extensión limitada de tiempo.

Universalidad. Afecta a todas las personas, va dirigida a personas en concreto o a grupos

específicos.

Institución. Se desarrolla tanto dentro de organizaciones (hospitales, empresas, guarderías, prisiones, internados y demás) como fuera de ellas (en el hogar, en el tiempo de desplazamiento al trabajo, en centros de seguridad sociales, clubs y otros).

Estructuración. Una alta estructuración es muy importante tanto en la educación formal como en la no formal, ya que es su intencionalidad lo que permite poder pensar en una educación eficiente y eficaz.

Dentro de la clasificación heterogénea de la educación no formal se hace referencia a la “educación para la salud”, cuyo objetivo es la prevención de enfermedades y la creación de hábitos saludables (Sarramona et al., 1998). Y ésta comprende las oportunidades de aprendizaje creadas en consecuencia, que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejoría del conocimiento de la población en relación con la salud, y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad (OMS, 1998).

Es un término que se utiliza para designar a las oportunidades de aprendizaje creadas consecuentemente con vistas a facilitar cambios de conducta encaminados hacia una meta predeterminada. Se trata de una actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y las habilidades personales que promueven la salud (OMS, 1989).

La educación para la salud (EPS) es una combinación de experiencias de aprendizaje planificadas y destinadas a facilitar los cambios voluntarios hacia los comportamientos saludables. Se sitúa en el campo de la promoción de la salud, en el de la prevención de la salud y en el tratamiento de los problemas de salud (Márquez, 2001).

La EPS comprende las siguientes características:

- √ Es un proceso paralelo a cualquier otra intervención sanitaria o educativa.
- √ Consiste en un conjunto de aprendizajes que contemplan tres aspectos diferentes:

- Información.
 - Desarrollo de actividades positivas.
 - Promoción de hábitos y comportamientos saludables.
- √ Ha de promover la responsabilidad individual y colectiva para la toma de decisiones a través del análisis de las alternativas y sus consecuencias.
- √ Debe aumentar la capacidad de interrelación.

7.5 Ámbitos de la educación para la salud.

La EPS es un elemento dinámico y cambiante, por lo cual su intervención no debe estar sujeta a límites contextuales, ya que es de esta manera como las actividades de prevención y de promoción de la salud pueden realizarse en todos los ámbitos: formales, no formales, de trabajo, comunitarios y de tiempo libre.

Los ámbitos de acción de la EPS son amplios pero nos enfocaremos a los más estratégicos y que consideramos de mayor impacto para la prevención y modificación de los hábitos para la salud:

- Programas de salud escolar: Existe una pluralidad de enfoques, actividades y objetivos, pero en México se vinculan en gran parte a programas sectoriales de interés para la salud comunitaria y que son ofertados tanto en las áreas urbanas como en comunidades rurales, aunque no siempre obedecen a las necesidades sentidas, sino que son planeadas en los contextos nacional, regional y estatal. Su operación se vincula a programas estructurados, como es el caso de: salud escolar y escuela saludable (SEP-SSA), prevención de enfermedades ofertadas por IMSS, SSA, ISSSTE y DIF, y campañas nacionales de vacunación.

Estas actividades se desarrollan a cargo de personal especializado, perteneciente

normalmente al sector salud o al educativo, y ocasionalmente a organizaciones no gubernamentales (ONG'S) e instituciones médicas privadas.

El tipo de programas desarrollados se relacionan con el tipo de enfermedades regionales, estatales y locales, como en el caso de las zonas urbanas marginadas y rurales: temas sobre higiene personal y colectiva, salud bucodental, drogodependencias, enfermedades diarreicas y respiratorias agudas, enfermedades endémicas (tuberculosis, brucelosis, pediculosis, rickettsiosis) o enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo, tabaquismo y VIH-SIDA. Las actividades desarrollan a través del mensaje hablado, carteles, cartulinas, folletos informativos, pequeñas publicaciones, conferencias, charlas y coloquios, que buscan informar y clarificar los riesgos para la salud en su entorno comunitario.

Como un apoyo didáctico hay programas que cuentan con el apoyo de videos ilustrativos o uso de CD-Room, buscando que los educandos interactúen (Programa CARA-IMSS Oportunidades) y reciban respuestas asertivas y mediatas.

- Educación para la salud en población adulta: Son actividades de carácter más popular, especialmente dirigidas hacia las comunidades rurales o hacia los grupos sociales más marginados, orientándose las acciones a buscar la creación de hábitos saludables y la prevención de enfermedades infecciosas y crónico degenerativas. Entre ellas podemos mencionar la semana del adulto mayor (IMSS, SSA, ISSSTE, DIF, 2007); campañas de vacunación y caravanas de la salud (SSA, 2007); y las unidades móviles del IMSS en comunidades rurales, las cuales llevan un alto contenido educativo sobre la prevención de patologías de la pobreza (tuberculosis, diarrea, infecciones respiratorias, infecciones de transmisión sexual, VIH-SIDA, y padecimientos crónicos como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial), así como detección de enfermedades (cáncer cérvico-uterino, cáncer de mama). Los usuarios de estos servicios son especialmente las mujeres, los adultos mayores y los niños. Estas actividades tienen un gran contenido asistencial y la participación

comunitaria es casi nula al no lograr involucrar las estrategias de salud con las necesidades y el desarrollo comunitario.

Estos programas sociales de salud están apoyados por los medios de comunicación (como en el caso de la semana nacional del adulto mayor, las campañas de vacunaciones, y las enfermedades locales o regionales), carteles, mensajes, folletos, pequeñas publicaciones, y cómics de difusión gratuita con información estructurada para ser objeto de conocimiento y aprendizaje acerca de, por ejemplo, el VIH-SIDA, la lepra, la tuberculosis, las diarreas y las infecciones de vías respiratorias.

En este tipo de actividades se busca la prevención y el diagnóstico temprano de las enfermedades, así como la toma de conciencia entre la población sobre los riesgos para la salud y su diagnóstico temprano.

- Educación para la salud en el trabajo. En coordinación con la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y el Instituto Mexicano del Seguro Social, se integran las Comisiones Mixtas de Higiene y Seguridad de las empresas, las cuales buscan la elaboración de diagnósticos de riesgo laboral, realizan recorridos mensuales, y supervisan los diversos procesos de trabajo buscando evitar riesgos laborales, accidentes o enfermedades ocupacionales; asimismo, trabajan programas de previsión contra incendios, planes de protección y evacuación en caso de accidentes o catástrofe.

Se trabaja con técnicas y estrategias publicitarias (carteles, folletos, libros, volantes), y en algunos casos se cuenta con tecnología informática (video, CD-Room, enseñanza asistida por ordenador, a distancia); también se forman monitores y personal capacitado que vigilan las recomendaciones higiénico-dietéticas y de prevención en el trabajo.

En este entorno laboral existe coordinación sectorial con el IMSS para la realización de jornadas de salud que buscan la protección específica con vacunas, la detección temprana de enfermedades y la promoción de hábitos saludables.

En el desarrollo comunitario de las prácticas de EPS, es importante recordar que la comunidad y el individuo sólo valoran la educación para la salud si se refiere a problemas percibidos y concretos (Isla, 2001). También se ha comprobado que la información es un elemento imprescindible pero no suficiente para conseguir un cambio de comportamiento, por esto es importante que el educando cree sus propios conocimientos y que lo aplique en base a sus ideas, actividades y comportamientos concretos (Ibíd.).

7.6 Algunas experiencias exitosas de educación para la salud.

7.6.1 Educación popular en Canadá.

La educación popular es considerada como un proceso continuo, que se basa en la participación activa, rompe la polaridad “maestro-alumno”, evita la manipulación de expertos y destaca la naturaleza colectiva del aprendizaje. Además, priorizan la necesidad de cambio social como medio para alcanzar la salud básica.

Se trabajó en base a talleres y emplearon la estrategia de planificación llamada: “Telar de aprendizaje”, cuya meta consistía en aumentar la capacidad de los profesionales de la salud para trabajar eficazmente en temas de salud medio ambientales, y para ello utilizaron técnicas de educación popular comprendidas por:

- Sociodrama.
- Dibujos en grupo.
- Escultura (escultura humana masiva).

Se incluyeron ensayos fotográficos, diapositivas, actuaciones, y algunas otras estrategias como la pantomima y las canciones escritas colectivamente como estrategia para organizar a la comunidad.

Dentro de esta estrategia los participantes hicieron una “visita turística”, en la que se les

pidió que hicieran su comunidad sana ideal. Se hicieron pequeños grupos que contribuyeron con sus ideas y dibujos colectivos, y éstos sirvieron como núcleos para la discusión de los valores de salud, con lo cual se logró obtener cierto grado de consenso acerca de dichos valores antes de llegar a la fase del análisis político y económico riguroso (Labonte, 1996).

Como conclusión, podemos decir que este enfoque otorga un gran valor al empoderamiento de las comunidades y a la creación de entornos sociales y físicos más saludables que permiten potenciar a las comunidades.

7.6.2 Método de la palabra generadora.

Este método fue desarrollado por Paulo Freire en los años setenta, y se basa en la idea de que los hombres deben generar un cambio de la educación tradicional o “bancaria”, caracterizada por ser pasiva, abstracta, desligada de la vida cotidiana, unidireccional, impositiva y domesticadora, a una educación basada en la teoría de la concientización.

Esta propuesta de Freire establece una relación horizontal y de diálogo entre educador y educando, fomenta el uso de la palabra significativa y propia de cada sujeto, además de propiciar el espíritu crítico, la reflexión y la acción.

Este método propone que se establezcan círculos de cultura, en los que se adquieran los elementos básicos de la lectoescritura, a la vez que participan en la transformación de las prácticas policulturales, en este caso para procurar transformar los hábitos culturales asociados con el cuidado de la salud. El método plantea la discusión y la reflexión de una serie de palabras generadoras, las cuales son base de cambio de actitudes y pensamientos de los individuos. Las palabras generadoras son aquellas que gramaticalmente pueden producir otras, pero además generan un pensamiento y una filosofía de la vida diferente.

En este programa se proponen cuatro etapas para su realización: identificación de los participantes, conformación del grupo, aprendizaje de la lectoescritura, y práctica de las habilidades adquiridas (Durán, 2001).

7.6.3 Prevención del VIH-SIDA en zonas rurales de México.

La prevención del SIDA en zonas indígenas de Juchitán, Oaxaca. Su propuesta es educar a la población zapoteca joven acerca de los riesgos de infección por VIH. Se trabajó en la transmisión de contenidos educativos para la prevención del VIH-SIDA a través de elementos culturales propios de la etnia. La estrategia fue educar por medio de *muxes* o iniciadores sexuales masculinos, quienes orientan con un alto grado de aceptación y prestigio social dentro de la comunidad.

Estrategias del proyecto:

- √ Investigación de los elementos sexuales que juegan a favor de la prevención del VIH-SIDA dentro de la cultura zapoteca.
- √ Comprensión del rol, elementos de prestigio y poder de los *muxes* dentro de la sociedad zapoteca.
- √ Formulación de un guión teatral en zapoteco para la prevención del SIDA a través de unidades culturales propias.
- √ Utilización del “Happening teatral” como instrumento de comunicación con la comunidad adolescente zapoteca.
- √ Aprovechamiento de fortalezas culturales y de la importancia de la figura femenina para la transmisión de mensajes de prevención.

Actividades

- √ Capacitación de los muxes en educación sexual, prevención del VIH-SIDA, elementos teatrales.
- √ Formulación de guión teatral.
- √ Puesta en escena de la propuesta teatral para la prevención del SIDA.
- √ Ruralización de happening cultural.
- √ Sistematización de la experiencia.
- √ Definición de fortalezas y debilidades.

Aprendizajes

- √ El uso de lenguaje zapoteco fue definitivo. Los jóvenes escuchaban lo que se les decía, las presentaciones teatrales combinaban español y zapoteco. El zapoteco era usado para cosas más íntimas, la generación de complicidad que invitaba hacia una participación activa (Romero, 2002).

Una parte importante de la cultura zapoteca es el humor, el uso de lo lúdico, el entender a la muerte como un renacer, el relacionarse con la muerte de cerca, entenderla como amiga. El zapoteca usa mucho el humor sobre el sexo, la política y la muerte. Hubo identificación con la información propuesta. La participación de las mujeres tehuanas para dar mensajes de prevención de VIH-SIDA coadyuvó en la efectividad de la comunicación.

8. ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL, SU PARTICIPACIÓN ANTE EL VIH/SIDA.

La historia de la pandemia del VIH/SIDA en el mundo nos ha enseñado que la respuesta de la sociedad civil es uno de los grandes ejemplos de autodeterminación y participación comunitaria.

Los primeros casos de VIH/SIDA fueron notificados en los Estados Unidos de América en el año 1984, posteriormente se presentan en países de Europa, Canadá y Australia, esta nueva enfermedad tiene su mayor incidencia en población masculina con relaciones sexuales hombre-sexo-hombre (HSH), lo que movilizó de manera mediata a organizaciones HSH y mujeres, de las grandes ciudades como: San Francisco, New York, Los Ángeles, Chicago y San Diego. En Inglaterra y Gales, se crea la fundación Terrence Higgins, The Helseutvalget for Homofile (La Asociación Noruega de Salud Homosexual) en el año 1984, San Francisco Aids Foundation en E.U.A, en esta reseña señalaremos únicamente algunas organizaciones pioneras las cuales retomaron las estrategias y experiencias acumuladas de decenios de trabajo en los movimientos feministas y de defensa de los derechos de los homosexuales.

Algunos grupos como la AIDS Coalition to Unleash Power (Act Up), fundada en 1987 en Estados Unidos, la cual combinó la estrategia de sensibilización basada en conocimientos científicos sobre el VIH/SIDA, lo que permitió a sus miembros ser participantes informados en actividades de educación en salud, prevención e investigación médica, así como la implementación y adopción de decisiones médicas y educativas.

Estos grupos lograron en los decenios 1980-1990, mediante movilizaciones sociales, foros y eventos científicos, reuniones con grupos y políticos claves en la toma de decisiones, la movilización de fondos financieros para la investigación en el comportamiento de la enfermedad, investigación biomédica, desarrollo de antiretrovirales, asignación de mayores partidas presupuestales para servicios de salud y educativos

relacionados con el VIH/SIDA.

Organizaciones internacionales como la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna trabajaron en el campo del VIH/SIDA en Medio Oriente, desde 1984. En África, la Organización de “Ayuda a las personas con SIDA” se funda en Uganda en 1987 y jugó un papel importante, ya que incluía trabajo de sensibilización y educación comunitaria como un agregado a la atención humanitaria y médica de los enfermos y sus familias, su vinculación con el gobierno Ugandés, así como con otras organizaciones no gubernamentales, religiosas y del sector privado contribuyó también al desarrollo exitoso del programa ugandés de prevención y control del VIH/SIDA.

Para 1988, se crea la Sociedad de Mujeres contra el SIDA en África (SWAA), la cual trabaja preventivamente la enfermedad, así como con mujeres infectadas por el VIH, dando apoyo psicológico, educativo y médico, la SWAA es una red intercontinental en más de 40 países.

La Organización Mujeres en Lucha contra el SIDA en Kenya, fundada en 1993 es otro ejemplo exitoso de educación preventiva sobre el VIH, de apoyo y asesoramiento individual, atención domiciliaria, así como de la realización de actividades generadoras de ingresos.

Las estadísticas mundiales de la OMS durante 1997, nos muestran más de 22,500,000 adultos y niños que viven con VIH en África Subsariana y más de 1,600,000 muertos, estas cifras han obligado en esta región a intensificar las movilizaciones de la población civil en la búsqueda de respuestas mediatas en los contextos; educativo, de salud, productivo, sociocultural, financieros y otros, ante la gravedad de la pandemia que afecta de manera estructural a los países africanos y especialmente a la región Subsariana.

En América Latina y Sudamérica, Brasil es el segundo país más afectado por VIH/SIDA en las Américas e inmediatamente al inicio de los años ochenta, las organizaciones no gubernamentales (ONG's) exigieron a las autoridades públicas respuestas colectivas de información, prevención, asistencia medica y psicológica a los enfermos, acceso universal

a los servicios de salud que incluía los medicamentos antiretrovirales, crearon instancias de participación con los gobiernos regionales, estatales y locales que les permitieron participar en la definición de metas objetivas y planes de acción. Su participación temprana y organizada ante la pandemia, permitió más tempranamente el contar con defensoría de los derechos humanos tales como: derechos a la vida de los infectados, bases legales para la protección y defensa contra el prejuicio y la discriminación, elementos claves en la expansión de la epidemia.

El Gobierno Brasileño fue asertivo con las organizaciones de la sociedad civil (OSC) que desarrollan proyectos en el área del VIH/SIDA convirtiéndose en una prioridad del programa brasileño de ETS y SIDA, el apoyo brindado a las OSC es de sostenibilidad política, técnica y financiera. El apoyo también se ha reflejado en el fortalecimiento de foros y redes de defensa de los derechos humanos, innovación tecnológica e investigación.

El Estado Brasileño también financia proyectos educativos comunitarios, desfiles gay, así como acciones orientadas hacia niños y adolescentes que viven y conviven con el VIH/SIDA.

Los desfiles de orgullo GLTB (Gays, lesbianas, transgéneros y bisexuales) son apoyados por el Ministerio de Cultura, educación y con las coordinaciones locales de ETS y SIDA.

Los desfiles gay, en Brasil, son parte del fortalecimiento a la ciudadanía de los homosexuales y promueven acciones de prevención de las enfermedades sexualmente transmisibles y el SIDA.

Las redes sociales han logrado ampliar el debate técnico y político para las diversas instituciones con dicho público y el ejemplo brasileño con la Red Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA, Red Nacional de Profesionales del Sexo, Movimiento Nacional de Ciudadanos Positivos al VIH.

Los recursos de redes son utilizados en capacitación para el pleno ejercicio de la ciudadanía, intervención para cuestiones políticas, campañas contra la discriminación y

prejuicios e interlocución para la propuesta de políticas públicas.

En Argentina, durante los primeros 15 años de la epidemia de VIH/SIDA, lo importante fue la participación de la sociedad civil, su capacidad de movilización y aparición pública para activar las demandas relacionadas con los reclamos de “igualdad”, por el derecho a la diferencia. Similar función se dio en los demás países de Centro y Sudamérica en el que las asociaciones de promoción y defensa de los derechos humanos de los enfermos, la construcción de la ciudadanía y solidaridad lograron realizar un trabajo sistemático, permanente y su gestión ha sido exitosa.

La capacidad demostrada por las organizaciones de la sociedad civil ha sido superior en su entretendido de alianzas para la defensa de los programas educativos, de salud, de derechos humanos de los enfermos de SIDA, todo esto con las limitaciones regionales propias del subdesarrollo de algunos países de Centro y Sudamérica, así como de las prácticas de cooptación del estado, de la industria química farmacéutica, de los laboratorios de diagnóstico, de los organismos internacionales, de las ONG's, de algunas redes que han priorizado un discurso biologicista y medicalizado.

El 30 de Mayo del 2006, en reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas, para la revisión de los progresos y desafíos pendientes en la implementación de la declaración de compromisos en la lucha contra el VIH/SIDA, las Sociedades de América Latina y el Caribe realizan el siguiente posicionamiento político:

- Sostenemos que los gobiernos no acreditan el liderazgo de la sociedad civil en el proceso de promoción e implementación de la declaración del compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA y que su participación ha sido utilizada como un elemento formal.
- Creemos firmemente que el estigma, la discriminación, la inequidad de género y la violencia asociados a la pandemia, requieren un compromiso urgente y un liderazgo sólido de los estados.
- La cooperación internacional como ejercicio de solidaridad entre países es un

extraordinario mecanismo de respuesta global, regional y nacional para afrontar la pandemia en forma integral.

Dicho posicionamiento político fue signado por 80 organizaciones de la sociedad civil de América Latina y el Caribe, incluyendo a México, este posicionamiento ante las políticas de los Estados Latinoamericanos, vuelve a polarizar las relaciones inacabadas entre un estado sin continuidad, ni evaluación y seguimiento de estrategias de educación, salud y mejora de las condiciones de vida de los infectados y enfermos de VIH/SIDA y una sociedad civil mas crítica y demandante.

En México, desde 1984 y coincidente con la aparición de los primeros casos de SIDA en las Américas, las asociaciones de homosexuales en México empezaron a preocuparse y a participar ante la nueva enfermedad, pero se desconocía la dimensión, la significación de la epidemia, había una carencia de recursos para el diagnóstico, prevención, tratamiento, había limitaciones organizativas, el enfoque gubernamental a la enfermedad fue “biológico”, fue un inicio errático del Gobierno Mexicano y de las OSC (1985-1986). Para los años 1987-1988, se da la época de tendencias pluralistas en la acción de las ONG, así mismo nace la Fundación Mexicana para la Lucha Contra el VIH/SIDA.

Durante los años ochenta, se realiza un trabajo informativo focalizado a los grupos de mayor exposición al VIH/SIDA y se organizan las primeras marchas en memoria de los fallecidos por SIDA y en apoyo a los enfermos, las ONG's mas activas se localizaban en las ciudades con el mayor número de infectados, por ser ciudades de turismo internacional, o ser fronteras, tal seria el caso de: Guadalajara, Tijuana, Cancún, Mérida y el DF. Durante este periodo se dan importantes avances biomédicos, pero también debates estatales, regionales y nacionales sobre VIH/SIDA, como un problema social y de salud pública, los investigadores de universidades públicas orientan sus investigaciones hacia la causalidad sociocultural de la epidemia, aparece el trabajo de información y difusión colectiva sobre la prevención temprana del VIH/SIDA, sus medidas de prevención y control, de la diseminación y estigmatización de los grupos sociales con riesgo de infección, la cual fue retomada por periodistas, investigadores, grupos de HSH, bisexuales, estudiantes y

población civil, buscando un mayor entendimiento de la enfermedad y la forma social organizada de enfrentarla.

Para los años 1989-1990, las ONG's y el gobierno coinciden y hay un reconocimiento mutuo entre CONASIDA y las ONG's, se funda la Confederación de Organizaciones no Gubernamentales "Mexicanos contra el SIDA" integrada por 12 organizaciones, las cuales no contaban con financiamiento económico, posteriormente se formaría la Red Mexicana de Organizaciones No Gubernamentales compuesta por 15 grupos.

Para 1990, se inicia un periodo de consolidación de las ONG's, buscando la conformación de un "Plan de acción social contra el SIDA", se busca con la gestión de fondos financieros nacionales y de organismos internacionales, la definición puntual de metas y su medición en base a la magnitud de la epidemia y de los grupos en riesgo de infección, de los enfermos de SIDA, de negociación política y solidaridad social.

En este contexto se buscó posicionar la salud sexual, reproductiva y la diversidad sexual como derechos humanos, ahora el enfoque es hacia la salud de las mujeres y orientar en sexualidad a los adolescentes, en este período las OSC, ven reforzado su trabajo con 3 reuniones de la ONU: La cuarta conferencia sobre Derechos Humanos de Viena en 1993, la Conferencia Internacional sobre población y desarrollo del Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, realizada en Beijing en 1995.

Es importante señalar que la pandemia de VIH mostró la diversidad de prácticas sexuales y la homofobia de la cultura mexicana, pero también la participación de organizaciones civiles en torno al SIDA y la defensa de las diversidades, las cuales fueron encabezadas por militantes gays, feministas y asociaciones comprometidas con la salud colectiva.

Con la llegada del Siglo XXI, y el gobierno "del cambio" y con la existencia de una experiencia y respuesta de la sociedad civil al VIH/SIDA, se continuó con las múltiples y valiosas interacciones en el entorno de las instituciones públicas de salud, agentes sociales, los avances en el tratamiento antiretroviral, mejores y oportunas técnicas de

diagnóstico, mayor sobrevivencia de los infectados por VIH y enfermos con SIDA, mayor vinculación entre las OSC, demanda más organizada para la continuidad de los tratamientos a enfermos por parte de instituciones del Sector Salud, la defensa social organizada de los derechos humanos y género (ONUSIDA, UNIFEM, UNESCO-MEXICO, 2007), se da la discusión y reconocimiento de los derechos de las personas con VIH/SIDA avalados por la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (IPN-Cámara de Diputados-UNAM,2000). Actualmente existe el programa VIH/SIDA de la Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Es indudable que la aportación de las OSC ha sido trascendente en la mejoría de las condiciones de vida y salud de esta población enferma por VIH/SIDA, en cuanto al número de organizaciones, según Brito, 2003; existen 300 organizaciones de la sociedad civil formadas, las cuales referían atender actividades relacionadas a: defensa de los derechos humanos, educación y prevención, detección del virus con pruebas de laboratorio, tratamiento, consultoría psicológica, medicamentos, ayuda para la atención médica integral, medicina alternativa, albergue a enfermos y visita a enfermos domiciliarios entre otras actividades.

Es importante también señalar la heterogeneidad de las OSC, que son un sector pequeño, son organizaciones pequeñas, con escasa participación asalariada, pocas con alto nivel de especialización, su actividad principal se ubica en el campo de la educación, prevención, atención psicológica y defensa de los derechos humanos.

Por último, es de interés señalar que a pesar de los importantes avances en derechos humanos y género, el estigma y discriminación están presentes en diversos estados de la República Mexicana, con prácticas persecutorias y punitivas hacia otras modalidades de elección sexual, incluso raza o grupo social (migrantes en la frontera norte y sur de México), hay que poner énfasis que el “silencio, la exclusión y aislamiento limitan la capacidad mediata de atención integral preventiva a los enfermos de VIH/SIDA” limitando de esta manera su calidad de vida y elevando los riesgos de muerte por coenfermedades.

Durante el mes de Noviembre,2009, en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, más de 115 OSC, elaboran las conclusiones del Tercer Foro Comunitario "Hacia una agenda de la sociedad civil, compromiso para la acción", y se comprometen a impulsar agenda nacional de la sociedad civil frente al VIH/SIDA, como una herramienta de compromiso para la acción, asimismo invitan a las demás organizaciones a sumarse al esfuerzo compartido en la respuesta a la pandemia del VIH/SIDA, el estigma y la discriminación.

9. SILENCIOS, RESISTENCIAS Y DESAFÍOS DE LA EDUCACIÓN ANTE EL VIH/SIDA.

La temática abordada en este apartado retoma a la migración, la movilidad poblacional y la desigualdad social, como factores vinculados a la infección del VIH/SIDA en trabajadores migrantes, y da cuenta de cómo los compromisos de la Conferencia Mundial de Educación para Todos, celebrada en Jomtien, Tailandia, en marzo de 1990, y del Foro Mundial de Educación, de Dakar (2000), priorizan una intervención urgente e inmediata ante la epidemia del VIH/SIDA, para lo cual el aprendizaje en jóvenes y adultos en programas de capacitación para la vida será la prioridad para el año 2015.

Asimismo, se prioriza la permanencia estudiantil en la escuela como una fortaleza para la reducción de riesgos y vulnerabilidad ante la infección por esta enfermedad.

El ser migrante agrícola en el norte de México es parte de un proceso que comprende las fases siguientes: origen, tránsito, destino y regreso.

La población móvil son personas o grupo de personas que se desplazan de un lugar a otro de manera temporal, estacional o definitivamente, por un conjunto de razones voluntarias o involuntarias (ONUSIDA, 1997). Los principales grupos de empleo que implican movilidad incluyen a los camioneros, marineros, transportistas, agricultores, vendedores ambulantes, empleados móviles de grandes industrias, y profesionales del sexo (ONUSIDA, 1998).

La migración, la movilidad poblacional, la desigualdad social y la infección por VIH/SIDA representan fenómenos sobresalientes en el Siglo XXI. Se estima que más de 33 millones de adultos y niños viven con el VIH en el mundo (ONUSIDA, 2007), mientras que la Organización Internacional para las Migraciones (OIM, 2000), refiere que alrededor de 150 millones de inmigrantes trabajan y a menudo viven fuera de su país de origen, y entre 2 y 4 millones de personas emigran de forma definitiva todos los años.

Para México la migración más importante se relaciona a desigualdades socioeconómicas con el país del norte, los E.U.A., con el cual se da un flujo unidireccional pero con retornos temporales a sus lugares de origen.

Nuestros trabajadores viajan a ese país a contratarse en servicios productivos como la agricultura, la industria y los servicios, tanto en áreas urbanas como rurales. Se trata de hombres y mujeres jóvenes y pobres, que no hablan el inglés y algunos ni el español, su contexto cultural es diferente, su condición de inmigrantes indocumentados los margina socialmente, y ésta condición limita aún más su posibilidad de tener acceso a mensajes y educación para la prevención en VIH/SIDA.

Adicionalmente, sus riesgos de infección por VIH se ven incrementados al encontrarse en un contexto donde existen más de 900,000 casos de SIDA (San Francisco Aids Foundation, 2004), y el 14.6%, o sea 135,969 casos, se notificaron en el estado de California, siendo éste uno de los destinos más favorecidos por la población migrante mexicana. Dada la vulnerabilidad que adquieren estos trabajadores en tales condiciones desfavorables, se considera que estos inmigrantes tienen riesgo 10 veces mayor de contraer el VIH que la población general de los E.U.A. (Inciardi et al., 1999).

El estudio realizado por Hernández (2005) en trabajadores inmigrantes en San Diego y Fresno, California, encontró una prevalencia de infección del VIH de 0.9%, lo cual es tres veces superior a la población adulta de México. Esta condición no es privativa de la frontera norte de México, donde la seroprevalencia en la población general es de 0.3% en edades de 15-49 años, pero durante los años 1999-2002 se encuestó a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), jóvenes entre 18 y 29 años, y se encontró en la ciudad de Tijuana una prevalencia al VIH de 18.9%, y en San Diego, California, de 35.2% para usuarios de drogas intravenosas, de 3.7% en hombres y 6% en mujeres heterosexuales no consumidores de drogas, mientras que en mujeres trabajadoras sexuales (MTS) en Tijuana la seroprevalencia fue del 6.4%.

Es importante señalar que hacemos referencia a la ciudad de Tijuana, B. C., por ser el

referente más importante en la región fronteriza de México, ya que ésta es la frontera con más cruces en el mundo y puente de entrada desde México a California (Tijuana-San Diego).

Esta región concentra aproximadamente el 37% de los cruces fronterizos entre México y E.U.A. y el 71% del flujo de migrantes en la región occidental de la frontera México-E.U.A. (Gudelia, 2006).

Las prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en la frontera norte de México son parte de las etapas del proceso de migración (origen, tránsito, destino y regreso) y de su contexto geográfico, siendo así como se dan prácticas sexuales y relaciones sexuales sin protección con parejas ocasionales y prostitutas, y baja cobertura en el uso del condón. Las tasas de sexo vaginal sin protección oscilaban entre el 75.4% y el 85.5% (Gudelia, 2006), y hay una alta incidencia de relaciones sexuales forzadas, sexo de supervivencia, incorporación al trabajo sexual (Caballero, 1999), y uso de alcohol y drogas.

En este contexto, se hace necesario implementar estrategias de intervención en las que el sector educativo en México haga propias las políticas educativas que se desprenden de los objetivos de la Conferencia Mundial de Educación para Todos, y del Foro Mundial sobre Educación. En este último se recomienda y prioriza la atención a la urgente necesidad de combatir al VIH/SIDA, si se quieren lograr los objetivos de la “educación para todos” para el año 2015.

Los participantes del Foro de Dakar fueron conscientes de que el mundo había cambiado en un decenio: llegó al final la Guerra Fría entre bloques económico-políticos, se registra la propagación de la epidemia del VIH, el nacimiento del internet, las nuevas tecnologías de comunicación, los conflictos étnicos, y una globalización mundial que se conjugó con una gran movilización poblacional mundial.

Durante este Foro Mundial los países participantes, incluido México, se comprometieron a alcanzar seis objetivos específicos relacionados con la “educación para todos”:

- Extender y mejorar la protección y educación de la primera infancia, especialmente

para niños vulnerables y desfavorecidos.

- Asegurar la enseñanza primaria gratuita, obligatoria, de buena calidad y su debida culminación.
- Velar por las necesidades de aprendizaje de todos los jóvenes y adultos con acceso equitativo a programas de preparación para la vida.
- Aumentar en el 2015 el número de adultos alfabetizados en un 50%, particularmente en mujeres y en adultos, facilitando un acceso equitativo a la educación básica y a la educación permanente.
- Suprimir disparidades entre géneros en la escuela primaria y secundaria de aquí al 2005, y lograr antes del 2015 la igualdad entre géneros en relación con la educación.
- Mejorar los aspectos cualitativos de la educación, garantizando parámetros más elevados para conseguir resultados de aprendizaje reconocidos y permanentes, especialmente en la lectura, escritura, aritmética y competencias prácticas esenciales.

Las estrategias concretas definidas en el marco de acción incluyeron la vinculación de políticas de “educación para todos” con actividades de desarrollo y la eliminación de la pobreza, promoción de la igualdad entre hombres y mujeres, así como el combate a la pandemia del VIH/SIDA, para así atender las necesidades de los sistemas educativos afectados por conflictos.

Para el equipo de trabajo de Interagencias de ONUSIDA sobre educación (Noviembre, 2002), la educación tiene un papel clave que desempeñar tanto en la prevención del VIH/SIDA como en la atenuación de sus efectos sobre las personas, las familias, la comunidad y la sociedad.

Los sistemas de educación deben liderar el trabajo conjunto con los sectores de la economía, la salud, la agricultura, el trabajo y el desarrollo social, para reducir el impacto

económico y social de la enfermedad.

Para noviembre del 2004, como parte de la Campaña Mundial por la Educación, de la UNESCO, se presentó un estudio comparado entre pares sobre respuesta del VIH/SIDA, titulado: "Inercia mortal", el cual señala que la única manera eficaz de prevenir el VIH es ayudando a las personas a cambiar los comportamientos que las ponen en riesgo, como la edad en que se inicia la vida sexual, la cantidad de compañeros sexuales, y el uso o no de preservativos, Asimismo, señala que los sistemas escolares tienen un triple papel que desempeñar en la lucha contra el SIDA:

- La educación protege a las personas. Concluir al menos la educación primaria tiene correlación directa con la reducción de las tasas de infección por VIH.
- La educación provee a las personas con actitudes cognitivas necesarias para comprender, evaluar y aplicar información sobre salud. La educación también aumenta la capacidad para obtener ingresos, la autoconfianza y el estatus social, dando a los jóvenes, y especialmente a las mujeres jóvenes, un mayor control sobre sus opciones sexuales: las niñas que asisten a la escuela tienen más probabilidades de retrasar el inicio de su vida sexual.
- La escolarización es un proceso sostenido y poderoso de socialización, que da forma a los valores, a las identidades y a las creencias, mediante una exposición diaria.
- La educación informa a las personas, y las escuelas tienen posibilidades de ser un medio eficaz y económico para transmitir información sobre el VIH/SIDA y fomentar un comportamiento seguro, y llegan al grupo objetivo correcto (niños y jóvenes).
- Existe el razonamiento pedagógico para incluir el VIH/SIDA y la salud sexual y reproductiva en la currícula.

En México, al inicio de la epidemia, a finales de los años ochenta, no hubo ninguna respuesta ni iniciativa de la Secretaría de Educación Pública (SEP), el problema del

VIH/SIDA era considerado responsabilidad de la Secretaría de Salud (SS) y no se consideraba un problema grave de salud. Los planes estratégicos se realizaban aisladamente de otros procesos y no se contemplaba como un problema de salud y educativo de prioridad nacional. La SEP no contaba con evidencias (diagnósticos situacionales de la epidemia de VIH/SIDA, sus contextos y poblaciones con prácticas de riesgo para su sexualidad y vida) que se necesitan para formular políticas eficaces contra la pandemia del Siglo XX.

La política educativa en México para la implementación de estrategias de educación sexual y preventiva han sido conservadoras como ya lo hemos referido anteriormente y siempre han sido influidas por organismos vinculados con el poder político (Unión de Padres de Familia, PROVIDA, Mujeres a favor de la Democracia, la Iglesia Católica, y otros organismos de filiación panista).

Esta limitada participación de la SEP ante la epidemia del VIH/SIDA es contradictoria con los acuerdos de Dakar, ya que los Ministerios de Educación tienen la responsabilidad de velar porque todo el sector de la educación, es decir, los jóvenes y adultos tanto inscritos en programas de educación formal como informal, los padres de familia, los líderes religiosos, los políticos y las organizaciones no gubernamentales, comprendan y respeten el derecho a saber y a apoyar las opciones en materia de actitudes y comportamientos.

La educación sobre VIH/SIDA debe comenzar en el momento en que los educandos inician el proceso de escolarización (educación básica), y debe de continuar en la niñez, la adolescencia y entre los adultos jóvenes, ya que el periodo más vulnerable de infección por el VIH se da entre los 15 y los 24 años, y también el de mayor deserción escolar).

En el caso de los niños, jóvenes y adultos, que están fuera de la escuela, la SEP debe implementar programas extrainstitucionales amplios que garanticen el acceso de los jóvenes a la información, los recursos y los servicios en los momentos y formatos adecuados, para lo cual en México existen organismos como el INEA, CONAFE y

CONEVYT, así como programas de educación para la salud en instituciones de la seguridad social (IMSS, ISSSTE, y otras), al igual que el DIF y las organizaciones no gubernamentales.

En México, las estrategias sectoriales y no gubernamentales han enseñado que el proceso de educación-prevención contra la infección del VIH/SIDA requiere de conocimientos sobre la enfermedad en un contexto social, pero también hemos aprendido que la información no es suficiente para producir cambios significativos en la conducta de los individuos, dado que no existe una relación lineal entre información, creencias y conductas (Solís, 2006).

A pesar de la aseveración anterior, en México continuamos restringiendo la educación para la salud a la información mediante trípticos, mensajes, volantes, periódicos murales, historietas y afiches, en los que se ignora el proceso de la comunicación, situación que está provocando conductas y prácticas de riesgo.

Mientras en algunos países como Canadá, Inglaterra, Francia, los países Bajos y Suecia, se ha pasado de una educación informativa a políticas de educación en salud en VIH/SIDA con estrategias que favorecen explícitamente la educación sexual, con una apertura hacia el sexo; mensajes consistentes a la sociedad y el acceso universal a los anticonceptivos, en Estados Unidos de América existen estrategias de intervención educativas para la prevención del VIH/SIDA, tal es el caso “reducing the risk” programa para estudiantes de secundaria en áreas urbanas y rurales del Estado de California, buscando reducir las relaciones sexuales sin protección, evitando tener sexo o en su caso hacerlo con el uso del condón.

Existen grupos como “Post ponning sexual involvement” para población afroantillana de octavo grado, en Atlanta, Georgia, “AIDS Preventions for Adolescents in School” programa de Nueva York, “Healthy Oakland Teens” en estudiantes de séptimo grado en Oakland, California. Todos se centraron en la enseñanza de educación básica sobre sexo, drogas, valores individuales, toma de decisiones, comunicación de pares y habilidades sobre el uso

del condón, los resultados fueron un retraso en el inicio de la vida sexual activa, uso de condón en la primera relación sexual y consultoría en el uso de anticonceptivos.

En México los mensajes educativos en salud, presentan en la mayoría de los casos un discurso médico, biologicista y epidemiológico, poniendo grandes expectativas en la transmisión verbal o escrita de los contenidos como estrategia que promueve cambios en las conductas, y conciben al aprendizaje como una simple “recepción” de los mismos. La educación para la prevención se centra en conductas individuales y se omiten factores contextuales relacionados a la pareja.

Actualmente, con el conocimiento de experiencias exitosas en el mundo e incluso en México, pensamos que el proyecto “educación entre pares para la prevención del VIH/SIDA”, es una estrategia masiva de educación tanto en el contexto rural como urbano, ya que la capacitación de jóvenes como educadores de sus pares se constituye en una de las estrategias para promover la concientización, y así ejercer una sexualidad segura y responsable. El término “par” se refiere a una persona de la misma posición social que otra, que pertenece al mismo grupo social, en particular respecto a la edad, nivel de estudios o situación social (UNAIDS, 1999).

Lo importante es que la comunidad se apropie de su problemática y proponga soluciones a través del diálogo, y que ésta planifique y ejecute colectivamente respuestas al problema o condición educativa-sanitaria. Para nuestro entender, en trabajadores agrícolas migrantes en el Valle de Mexicali, B. C., ésta podría ser una estrategia exitosa a corto y mediano plazo.

Es importante señalar que durante la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para detener el VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en Latinoamérica y el Caribe, realizada en la Ciudad de México en agosto del 2008, y con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia del VIH en el contexto educativo formal y no formal, acordaron lo siguiente:

- Implementar y/o fortalecer estrategias intersectoriales de educación integral en

sexualidad y promoción de la salud sexual, que incluya la prevención del VIH e ITS, y en las que se complementen los esfuerzos que en el ámbito de sus respectivas responsabilidades y atribuciones se lleven a cabo. Para que sean sustentables y sostenibles, se fortalecerá la cooperación entre ambos sectores mediante mecanismos formales de planificación, monitoreo, evaluación y seguimiento de las acciones conjuntas, así como mediante la vinculación con otros sectores.

- La educación integral en sexualidad tendrá una amplia perspectiva basada en los derechos humanos y en el respeto a los valores de una sociedad plural y democrática en la cual las familias y las comunidades se desarrollen plenamente. Esta educación incluirá aspectos étnicos, biológicos, emocionales, sociales, culturales y de género, así como temas referentes a la diversidad de orientaciones e identidades sexuales, conforme el marco legal de cada país, para así generar el respeto a las diferencias, el rechazo a toda forma de discriminación, y para promover entre los jóvenes la toma de decisiones responsables e informadas con relación al inicio de sus relaciones sexuales.
- Evaluar programas de educación existentes en nuestros países durante 2009 y 2010, para identificar el grado en el cual se incorpora e implementa la educación integral en sexualidad en el currículo en todos los niveles y modalidades educativas que sean competencia de los Ministerios de Educación.
- Actualizar, antes del fin del 2010, los contenidos y metodologías del currículo educativo que sea competencia de los Ministerios de Educación, para la inclusión de temas de educación integral en sexualidad, en colaboración con los Ministerios de Salud. Esta actualización se guiará por la mejor evidencia científica disponible avalada por los Organismos Internacionales competentes en la materia, y en consulta con expertos reconocidos. Asimismo, se tomará en cuenta a la sociedad civil y a las comunidades, incluyendo a las niñas y niños, adolescentes, jóvenes, al personal docente, y a las familias.

- Revisar, actualizar y reforzar la capacitación del personal docente desde la formación magisterial hasta la capacitación de los maestros en activo. Para el año 2015, todos los programas de formación y actualización magisterial bajo la jurisdicción de los Ministerios de Educación, deberán haber incorporado los contenidos del nuevo currículo de educación integral en sexualidad.
- Fomentar una amplia participación de la comunidad y de las familias, incluidos adolescentes y jóvenes, en la definición de los programas de promoción de la salud, para reconocer sus necesidades y aspiraciones en materia de salud sexual y reproductiva, así como de prevención de VIH, y para fomentar su involucramiento en el desarrollo e implementación de respuestas apropiadas.

Es importante establecer que estamos ante la oportunidad de proyectos exitosos, siempre y cuando participen en su planificación los destinatarios, para lo cual es vital y prioritario que los adolescentes y adultos jóvenes cuenten con los foros de expresión y propuestas de intervención que les ayuden a enfrentar los retos propios de su sexualidad, en un contexto de riesgos sociales propios del nuevo milenio. De la misma forma, el sector educativo debe retomar el liderazgo de las estrategias y acciones contra el VIH/SIDA en México.

10. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SEXUALES DE LOS TRABAJADORES AGRÍCOLAS DEL VALLE DE MEXICALI, B. C. Y VALLE IMPERIAL, CA, USA.

El presente capítulo lo dedicamos al análisis de los resultados de un estudio de caso basado en la aplicación de una encuesta consistente en 371 cuestionarios estructurados, en un contexto binacional, realizada en los meses de Enero-Julio del 2007, lo que permitió explorar el conocimiento, actitudes y las prácticas sexuales de trabajadores agrícolas de los Valles de Mexicali, Baja California, e Imperial, California.

Los resultados de esta investigación permitieron caracterizar a los dos grupos de trabajadores, encontrando que cada una de las comunidades presentó diferencias y particularidades. Dicha situación posibilitó estratificar los riesgos en cada caso, siendo las determinantes más importantes en la vulnerabilidad del trabajador agrícola, las siguientes: el status migratorio, el grado educativo, el género, la movilidad laboral, la ingesta de bebidas alcohólicas, así como el grado de conocimientos sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA.

La ruralización de VIH-SIDA en México, producto de la gran movilización social y laboral hacia las regiones exportadoras de México y E.U.A., es una constante y ha traído aparejados riesgos para la salud e integridad de los trabajadores agrícolas migrantes y sus familias. Dentro de éstos, una de las principales es la epidemia por VIH-SIDA, la cual está asociada a conductas de riesgo que son reflejo de los conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales y de salud, no siempre asertivas, vinculadas a un mínimo o nulo conocimiento de educación sexual y para la vida de las comunidades expulsoras de fuerza de trabajo.

En México, y específicamente en la frontera con los E.U.A., existe poca información acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas de los trabajadores agrícolas frente al VIH/SIDA, lo cual fundamenta la percepción de que los programas de prevención no han impactado en la incidencia de nuevos casos de VIH/SIDA. De ahí que decidimos investigar

qué es lo que sucede ante los riesgos de la enfermedad al interior del conjunto de trabajadores agrícolas en un contexto binacional, para de esta manera poder definir estrategias de educación preventiva que hagan frente a este problema de salud pública.

Los resultados de la investigación de campo parten del siguiente objetivo general: indagar los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo frente al VIH/SIDA entre trabajadores agrícolas de los valles ya mencionados. El método elegido -estudio de caso- permitió responder a ciertos interrogantes relativos a los cómo y los por qué, y la vez dar respuesta a preguntas de carácter descriptivo y explicativo (Yin,1993). De los 371 cuestionarios aplicados, 267 correspondieron a trabajadores del Valle de Mexicali, y 104 al Valle Imperial, E.U.A. Considerados en conjunto y desde el punto de vista de su distribución por género, 231 encuestados son hombres (62.3%) y 140 son mujeres (37.7%). El tipo de cuestionario fue estructurado, formado principalmente por preguntas cerradas, con 4 secciones y 60 preguntas; fue anónimo y se utilizaron para su procesamiento técnicas de análisis univariado, bivariado y el tipo de muestreo fué estratificado. La información fue capturada, procesada y analizada con el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 12.0.

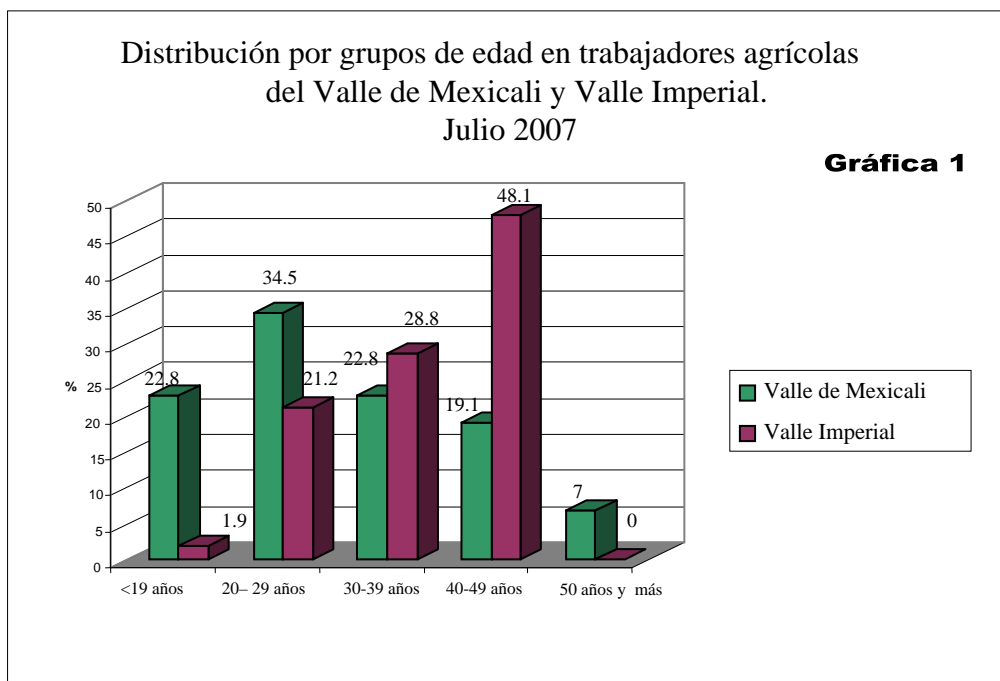
10.1 Resultados.

La información obtenida permitió caracterizar al trabajador agrícola en el contexto del Valle de Mexicali y del Valle Imperial, partiendo del presupuesto según el cual “dentro de la relativa homogeneidad que confiere una ubicación similar, hay heterogeneidades internas que matizan la distribución de los riesgos y los daños a la salud” (Martínez, 1993). En esto coincide Stamatís (1995), quien afirma que, tanto para el Valle de Mexicali como para el Valle Imperial, los trabajadores presentan homogeneidad “hacia fuera” pero como clase social muestran una clara diferenciación interna respecto de sus características ocupacionales, educativas, socioeconómicas y culturales, lo que deriva en primera

instancia de su condición migratoria. En el transcurso de la presentación de resultados de la investigación, resaltaremos las particularidades de cada comunidad agrícola, condición que se verá reflejada de manera diferencial en el conocimiento y percepción del riesgo hacia el VIH/SIDA, es importante señalar que durante la interpretación de los resultados se resaltarán únicamente los datos más importantes de la presente investigación.

10.1.1 Condiciones sociodemográficas.

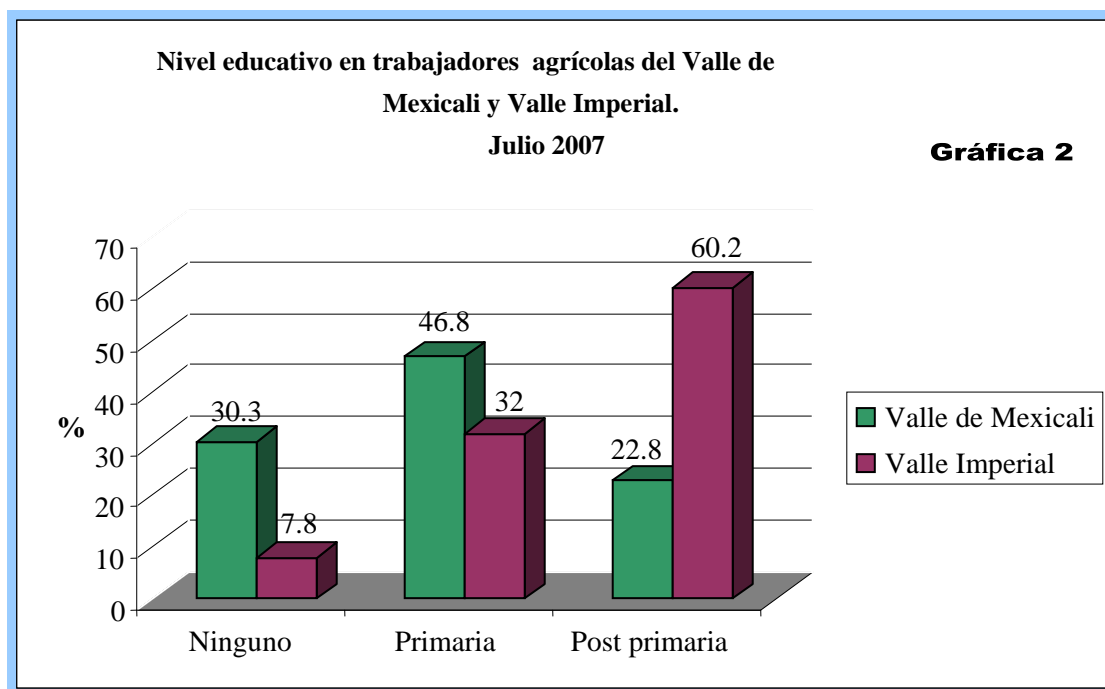
El promedio de edad para la comunidad del Valle de Mexicali (VMxl) fue de 29.1 años, por 37.2 años para el Valle Imperial (VImp), si bien el grupo que tiene entre de 19 y 29 años alcanzó un 53.3% en el VMxl, por 23.1% para el VImp. En el caso del grupo de 30-49 años, el VImp acumuló el 76.9% por un 41.9% en VMxl (*Gráfica 1*). En cuanto al sexo femenino, la distribución es de 62.3% por 37.7%, respectivamente.



Fuente: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

La estructura de la población del VMxl está conformada en general por población joven, siendo la fuerza de trabajo ideal para un proceso de trabajo agrícola de alto desgaste físico (De la Fuente y Molina, 2002; Moreno y Niño, 2007).

En cuanto al nivel educativo, existen marcadas diferencias ya que el VMxl presenta en educación primaria un 46.8%, en postprimaria el 22.8%, y sin escolaridad formal el 30.3%, datos similares a los reportados por De la Fuente y Molina (op. cit.). En cambio, en el VImp tienen postprimaria el 60.2%, mientras que sin escolaridad formal solamente se registra un 7.8% (Gráfica 2).



Fuente: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Lo anterior implica un gran rezago en la educación básica entre la población del VMxl, frente a una mayor experiencia escolarizada en el VImp, condición que se ve reflejada en un mayor conocimiento y más clara percepción de los riesgos ante el VIH/SIDA.

Consideramos que el rezago educativo en la población agrícola del Valle de Mexicali es

parte de los niños y jóvenes excluidos del sistema educativo y según Schmelkes (1998), alcanzan una cifra de 400,000 niños y pudiendo llegar a 1.2 millones en México, en el Valle de Mexicali, esto es ocasionado por la migración de trabajadores a otros campos agrícolas de Baja California (San Quintín, el Ciprés, Ojos Negros, BC), incluso en sus lugares de origen, lo cual es ocasionado por los ciclos agrícolas del proceso hortícola, los cuales no son coincidentes con ciclos escolares de la SEP, la salida prematura de estos niños y adolescentes y su regreso tardío a las aulas ocasiona bajos niveles de aprovechamiento, a pesar de los programas comunitarios de CONAFE (Programa para la Atención del Niño Migrante), pero al reingresar los niños y adolescentes se encuentran con grupos multigrados con bajos niveles de aprovechamiento, esto al volverse endémico en esta región agrícola de México, ha provocado una deserción escolar en parte ocasionado por la extraedad debido al aumento del costo de oportunidad de ir a la escuela conforme aumenta la edad (Schmelkes, 2004) y su inminente inserción como fuerza de trabajo en el proceso productivo hortícola.

La movilidad laboral y el hecho de ser migrante no son factores de riesgo en sí mismos, pero las actividades que se realizan durante el proceso sí se constituyen como tales (Delorme, 2004).

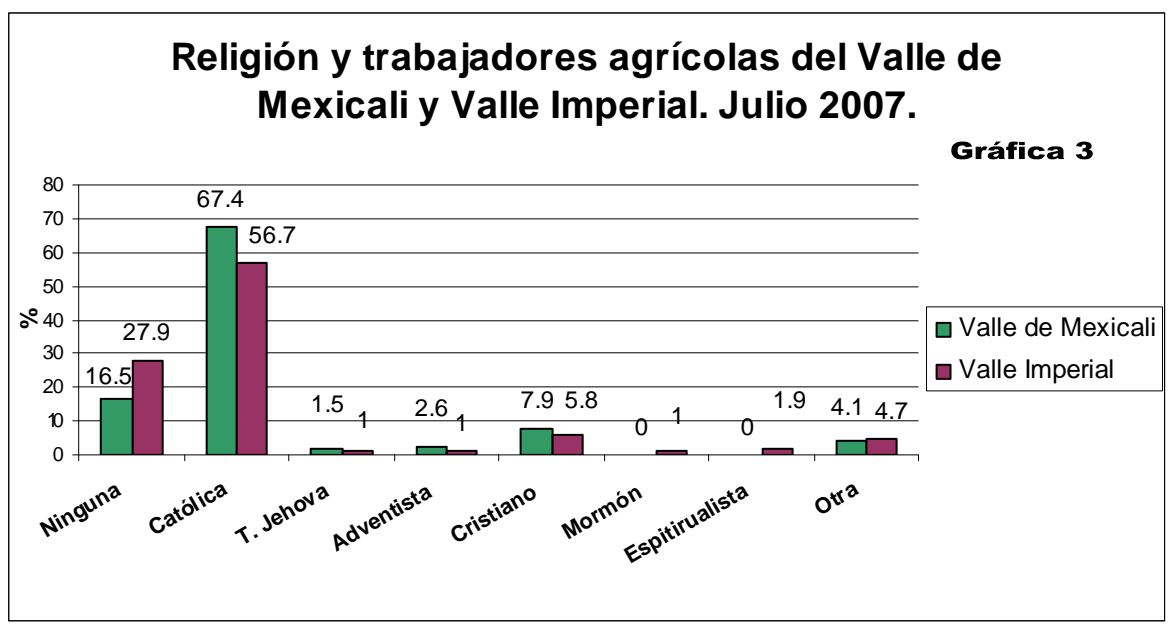
La movilidad laboral a otros campos agrícolas durante el último año fue referido en un 40.8% por los trabajadores del VMxl por un 72.1% del VImp, predominado en este último grupo, por razones obvias, el desplazamiento hacia los E.U.A., aunque un 4.6% del VMxl afirmó que ha trabajado en dicho país, mientras que un 36.2% lo hace principalmente en campos agrícolas del estado de Baja California (entre otros, en el Valle de Mexicali, y en El Ciprés, Maneadero, Valle de San Quintín y Valle de la Trinidad, todos ellos en el municipio de Ensenada).

El tipo de contratación para el trabajo agrícola en el VMxl tiene una estrecha relación con un mercado de trabajo carente de reglamentación, donde lo único que recibe el trabajador y sus familias es el salario, siendo en la mayoría de los casos el tipo de contratación a destajo, con un 59.2%; por jornada y contrato, el 37%, y de base únicamente

el 2.6%. Los trabajadores del VImp se ubican en un 100% en un tipo de contratación por jornada y contrato, y en un sistema de seguridad social regulado.

Esta última condición refleja un salario semanal superior a los 1,501 pesos o más en el 100% de los trabajadores del VImp, en tanto que en el VMxl el 84% ganan menos de 1,000 pesos. Lo cual significa que la mayoría de los trabajadores en el VMxl ganan entre 1 y 2 salarios mínimos, y sólo un 19 % llega a obtener entre 2 y 3 salarios mínimos, lo que es insuficiente para una zona geoeconómica que tiene un modo de vida considerado como muy caro (Moreno y Niño, 2004).

La religiosidad en trabajadores agrícolas es un elemento trascendente en la formación de valores ciudadanos e influye en la asunción de actitudes conservadoras ante prácticas de riesgo. Es notable el hecho de que el 27.9% de los trabajadores del VImp refieren no tener ninguna religión, por un 16.5% del VMxl, en tanto que profesan la religión católica el 67.4% del VMxl por un 56.7% del VImp; el conjunto de las otras religiones registra porcentajes de 16.1% para el VMxl, y de 10.7% del VImp (Gráfica 3).



Fuente: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

10.1.2 Factores de riesgo y sexualidad.

En México existen indicadores que sugieren que tener relaciones sexuales con un hombre alcoholizado sitúa a la mujer en una posición de extrema vulnerabilidad para ser víctima de abuso sexual, físico y psicológico (Saltijeral y Ramos, 1996). Esta aseveración es importante entre los trabajadores agrícolas, ya que el 53.8% de los trabajadores del VImp afirmaron ingerir bebidas alcohólicas, por un 21.7% del VMxl, mientras que ingirieron bebidas alcohólicas todos los días el 2.9% del VImp y el 2.6% del VMxl Dijeron que no toman nunca el 58.1% de los del Valle de Mexicali por tan sólo el 25.0% del VImp.

En lo que se refiere al consumo de drogas, los trabajadores del VImp son mayores consumidores de marihuana con un 44.2% por 7.5% del VMxl, y también de anfetaminas y tranquilizantes con 9.6% contra apenas un 0.4% de sus contrapartes en territorio mexicano. No obstante, los del Valle de Mexicali declararon consumir varios tipos de drogas en un 36.3% por prácticamente cero de los ubicados al otro lado de la frontera (*Cuadro 9*).

Cuadro 9

**Ingesta de drogas en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial.
Julio de 2007**

USO DE DROGAS	LOCALIDAD	
	Valle de Mexicali	Valle Imperial
No Contesto	51.3%	45.2%
Marihuana	7.5%	44.2%
Heroína	1.2%	0.0%
Cocaína	0.7%	1.0%
Crack	2.6%	0.0%
Anfetamina	0.4%	4.8%
Tranquilizantes	0 %	4.8%
Varias	36.3%	0 %
TOTAL	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

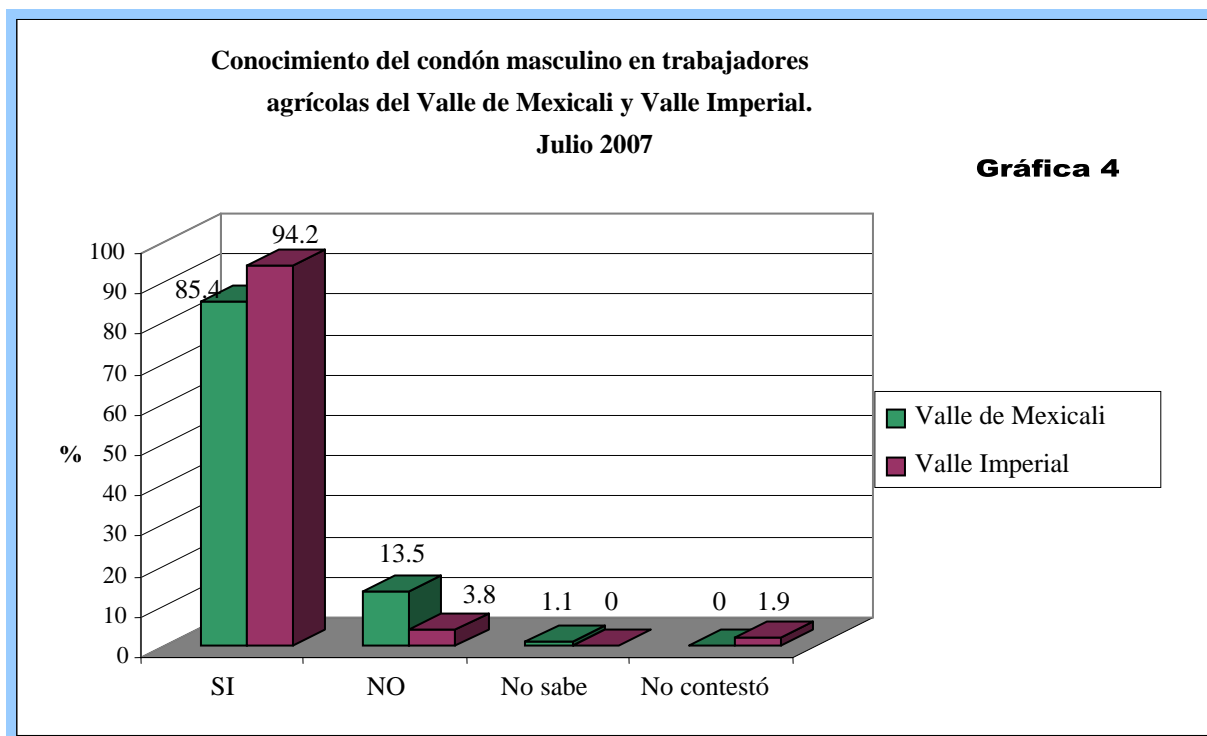
La migración es un factor que tiene una importante influencia en la transmisión del VIH tanto en E.U.A. como en las zonas fronterizas de México, estableciéndose variaciones en las prácticas de riesgo, incluyendo tanto a trabajadores migrantes temporales como estacionales. En estos grupos se incrementan las interacciones personales ya que son hombres que viajan sin familia, viven en granjas o campamentos agrícolas (caso mexicano) y principalmente los hombres que viajan sin familia tienen contacto con trabajadoras sexuales y practican encuentros sexuales con otros hombres que trabajan en granjas (Magis, 1995).

La referencia anterior se puede vincular con los hallazgos encontrados en las practicas sexuales de nuestro grupo de estudio, encontrando que: en el VMxl el 16.9% no está casado y vive con pareja, un 24.3% no está casado y vive solo, y un 9% no contestó. Para el VImp, el 12.5% no está casado y vive solo, un 31.7% refiere no estar casado y vivir con pareja, y un 6.7% no contestó.

Es notorio que un 21% del total de los grupos vive solo y tratándose de trabajadores en edad reproductiva y jóvenes, el riesgo de relaciones sexuales ocasionales se incrementa.

El conocimiento del condón masculino como método para prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la infección por VIH, así como su uso correcto, ha sido reconocido como la mejor práctica colectiva de prevención por organismos internacionales como ONUSIDA, OPS y Secretarías de Salud de diversos países en el mundo.

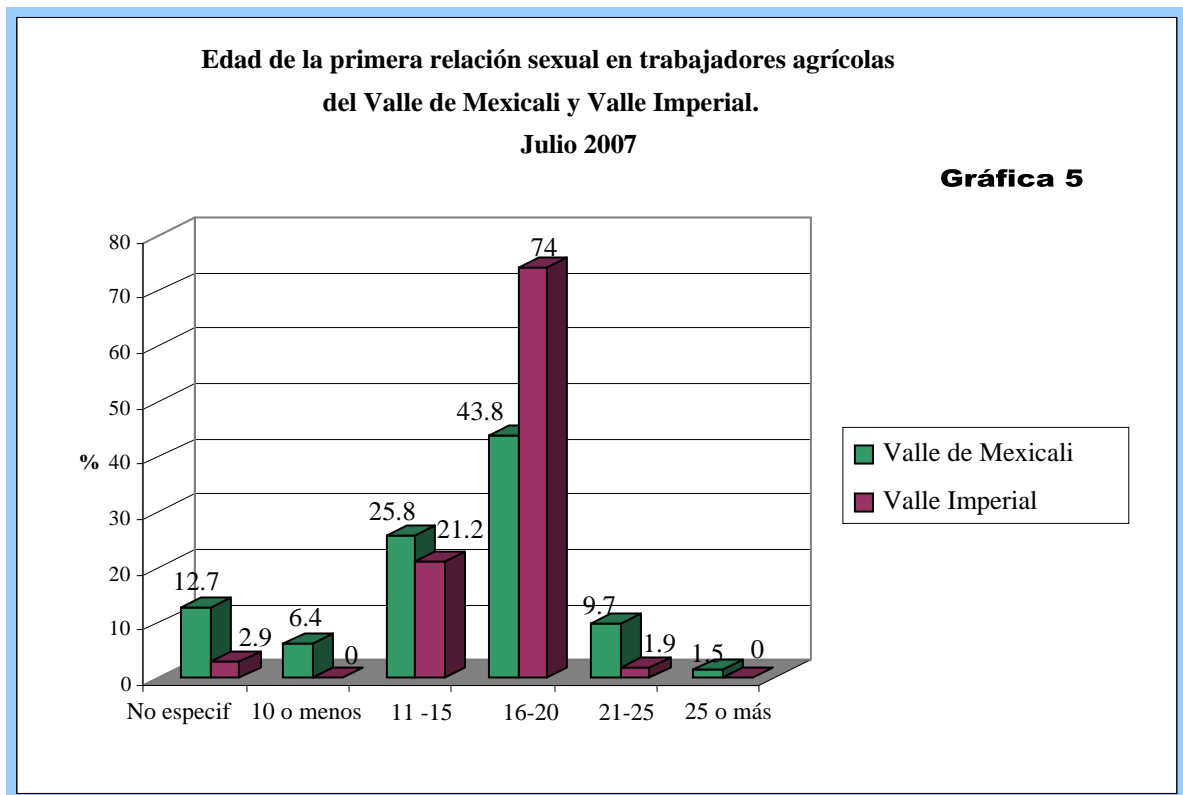
Los trabajadores del VMxl afirman tener conocimientos acerca del condón masculino en un 85.4%, mientras que no lo conoce el 13.5%; entre los del VImp lo conoce el 94.4% y sólo dicen no conocerlo el 3.8%; el resto no contestó (*Gráfica 4*).



Fuente: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Los resultados acerca del mayor conocimiento del condón por parte de los trabajadores del VImp son semejantes a los obtenidos en la encuesta “Gente Joven”, levantada en México en 1999, que encontró un 97.7% (Mexfam Population Council, 2000).

La Encuesta Nacional de Salud de México, 2000 (ENS, 2000), señala que la edad promedio de la primera relación sexual es a los 15 años, siendo más temprano el inicio de relaciones en los trabajadores del VMxl con 14.8 años, por 16.2 años del VImp. Un dato en extremo preocupante es el relacionado con el inicio de relaciones sexuales antes de los 10 años de edad, lo cual ocurrió en un 6.4% de los casos en el VMxl, mientras que para el rango de edad de menores de 15 años, el VMxl acumuló un 32.2%, por el 21.2% en el VImp. Los mayores porcentajes de inicio de relaciones sexuales se dan en el grupo de 16 a 20 años, con 43.8% para el VMxl por 74.0% en VImp (*Gráfica 5*).



Fuente: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Es importante acotar que Bronfman et al. (2004) plantean, con base en un estudio con trabajadores migrantes Mexicanos realizado en Los Ángeles, California, que los bajos niveles de educación formal, las altas tasas de analfabetismo -alrededor del 10%- y un deficiente manejo del inglés, influyen en el comportamiento sexual de los migrantes. Asimismo, González (2005) señala que el mayor porcentaje de adolescentes que han iniciado actividades sexuales tempranas son los que presentan el más bajo nivel de escolaridad.

En lo referente al número de personas con las que han tenido relaciones sexuales en el último año, en el VMxl tuvieron una sola pareja un 58.8%, por un 72.1% en el VImp; con dos parejas sexuales o más el VMxl registró un 12.8%, frente al 10.3% del VImp. Por otra parte, encontramos un porcentaje mayor de no respuesta (silencio intencional e intencionado) en los trabajadores agrícolas del VMxl, quienes no contestaron a esta pregunta en un 13.1% de los casos.

Las prácticas sexuales hombres sexo con hombre (HSH) fueron declaradas en un 6.4% de los del VMxl, por un 6.6% de su contraparte del VImp, pero un elevado 15% de los trabajadores en el VMxl no contestó acerca de esta práctica sexual. Ello implica, de nuevo, un mayor silencio a lo referente a su sexualidad, y si a esto agregamos que en las zonas rurales de México la transmisión del VIH por la vía de la práctica sexual HSH es del 47.4% (Villalobos et al., 2008), podemos visualizar un gran riesgo de infección por esta vía específica en el VMxl.

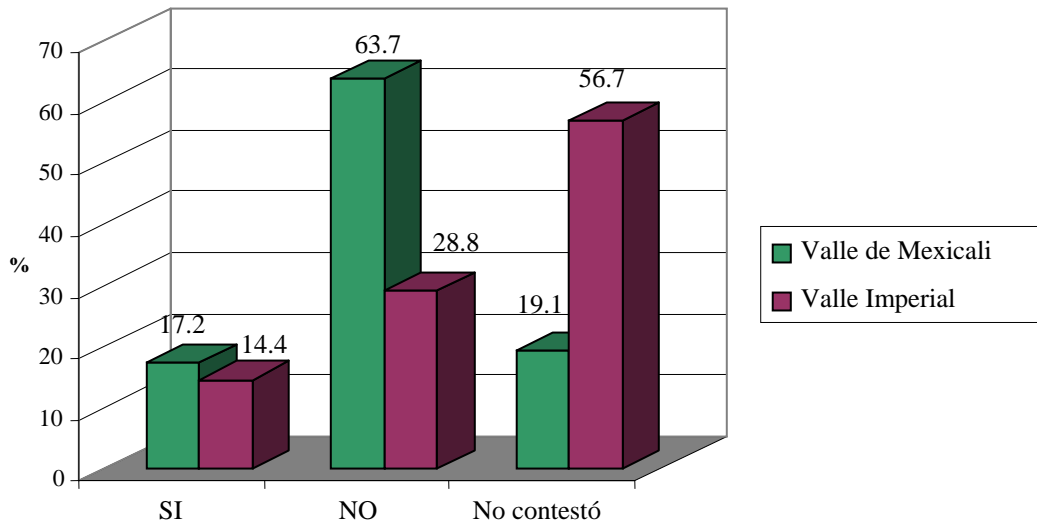
En lo concerniente al tipo de vía de relación sexual, llama la atención que en el VImp prefieran la vía vaginal en un 88.5%, frente al 75.3% del VMxl; el sexo oral es similar en las dos comunidades con 1.9%, mientras que la vía anal es de 0.4% en VMxl y 1.9% en el VImp, aunque un 22.5% prefirió no responder a esta interrogante. Las relaciones sexuales con la misma persona hablan de una mayor monogamia del lado mexicano con un 58.4%, por un 33.7% del VImp, mientras que el haber tenido prácticas sexuales con otro pareja es superior con el 25% en el VMxl, pero es notorio el silencio en el VImp al alcanzar un 56.7% el porcentaje de no respuesta a esta pregunta. El uso de condón con esta pareja formal fue del 17.2% en el VMxl por 14.4% en el VImp, pero nuevamente los trabajadores del VImp muestran más reserva, alcanzando el 56.7% el total de encuestados que no respondieron (*Gráfica 6*).

Es importante comentar que estos resultados son similares a los encontrados por Izasola et al. (1991), el cual encontró diferencias en porcentaje de trabajadores que usan el condón en sus relaciones con múltiples parejas, y aquellos que lo hacen con su pareja formal: 14% y 5%, respectivamente, en población heterosexual.

Uso del condón con pareja habitual en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial.

Julio 2007

Gráfica 6



Fuente: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Las razones por no hacer uso del condón fueron las siguientes: en el VMxl, el 39% no pensaron que fuera necesario y no se les ocurrió; no les gusta, el 15.4%; debido a que la pareja no estaba de acuerdo, el 2.2%; por falta de disponibilidad y por ser costosos, el 6%. Para el VImp: el 16.2% no le gusta, no estaba disponible el 1%, y un notable 80.8% no contestó este ítem. (Cuadro 10).

Cuadro 10

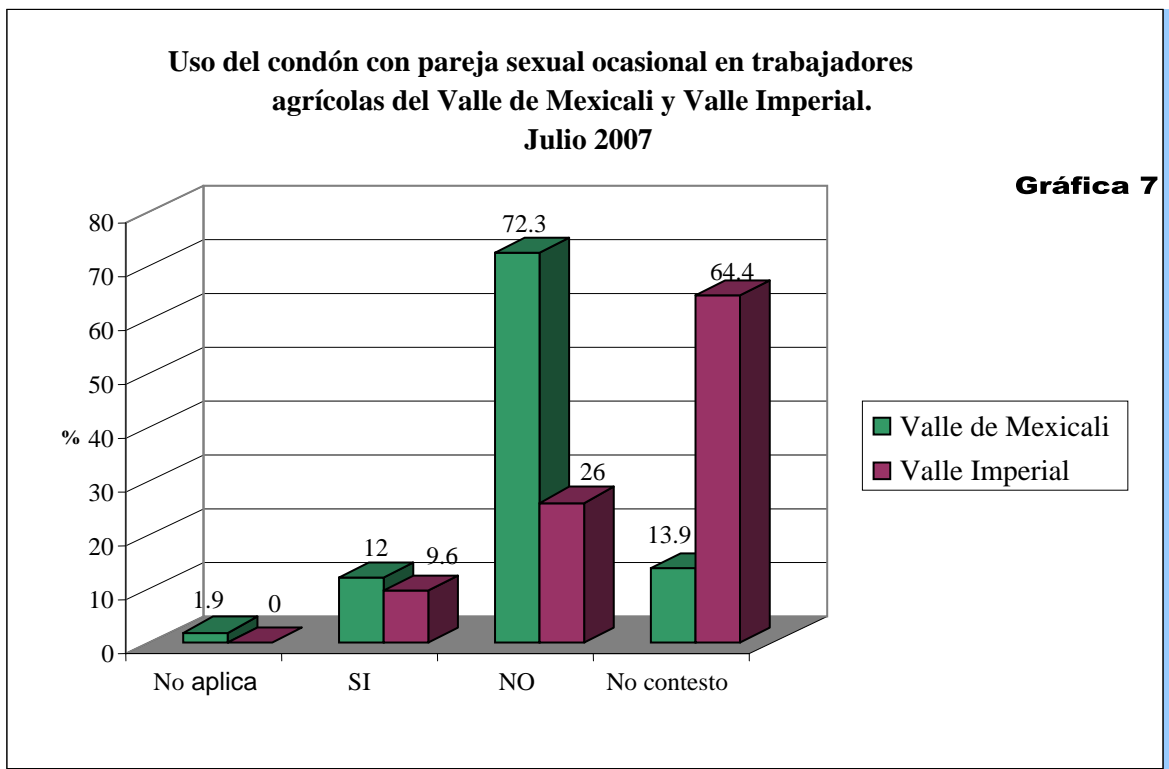
Motivos para no utilizar el condón con pareja habitual en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

MOTIVOS	LOCALIDAD	
	Valle de Mexicali	Valle Imperial
No contestó	20.1%	80.8%
No estaban disponibles	2.6%	1.0%
Muy caros	3.4%	0 %
La pareja no estaba de acuerdo	2.2%	1.0%
Yo no estaba de acuerdo	3.6%	0.0%
No les gusta	15.4%	16.2%
Utilizaron otra protección	6.7%	0 %
Usan anticonceptivos	6.7%	0 %
No pensaron que fuera necesario	14.6%	0 %
No pensaron en eso	24.7%	1.0%
TOTAL	100.0%	100.0%

Fuente: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

En las relaciones sexuales con parejas ocasionales no se encontraron grandes diferencias entre los dos grupos: los del VMxl aceptan haber tenido relaciones con parejas ocasionales en un 7.5%, y los del VImp 10.6%. Las relaciones sexuales en los últimos 30 días con estas parejas fueron más frecuentes en el VMxl, con dos o más contactos sexuales y un 18.3%, frente al 5.8% del VImp, en donde vuelve a predominar un silencio al no contestar el 85.6% de este grupo.

El uso del condón en esta relación ocasional muestra los grandes riesgos existentes en las prácticas sexuales de los trabajadores de ambos Valles, ya que en el VMxl únicamente el 12.0% confirmó el uso del condón como protección, y en el VImp un 9.6%. (*Gráfica 7*).



Fuente: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Los conocimientos sobre la transmisión del VIH-SIDA por parte de los trabajadores agrícolas (*Cuadro 11*), les llevan a reconocer los siguientes conceptos como verdaderos para prevenir el VIH-SIDA:

- Una forma de protección consiste en tener relaciones sexuales con una pareja única, lo cual se da en el 71.5% de los casos del Valle de Mexicali, y en un 96.2% en los del Valle Imperial.
- Que la infección del VIH se da a través del uso de jeringas contaminadas, lo que afirmó el 91% en el Valle de Mexicali y el 96.2% en el Valle Imperial.
- Que se puede transmitir el VIH de una mujer embarazada a su hijo, contestaron positivamente un 93.1% en Valle Imperial, por un 88.4% en el Valle de Mexicali.
- Notablemente, en la percepción de los trabajadores del Valle de Mexicali la transmisión del VIH se da también por la lactancia materna, sostenido por un 67.0%, contra el 39.0% del Valle Imperial.

10.1.3 Conocimientos e información sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA.

La información y la educación sólo son un conjunto interdependiente de formas y medidas de prevención que resultan verdaderamente eficaces únicamente si todas ellas son tomadas en consideración y se aplican de forma conjunta (Usieto y Sastre, 1996).

El conocimiento que las infecciones de transmisión sexual se contagian al tener sexo, fue contestado positivamente en un 85% de los trabajadores de VMxl, lo cual es similar a los resultados de la Encuesta Nacional de la Juventud, del IMJ-SEP, con un 83.6%. Para el VImp el resultado fue aún superior con un 98%.

El haber oído sobre el VIH/SIDA también presentó resultados elevados: 94.4% en el VMxl, por un 100% en el VImp. Pero en lo referente a la percepción y conocimientos de la transmisión de la enfermedad, de los diez ítems contestados, en seis el conocimiento fue superior en los trabajadores del VImp. Y resulta notoria la referencia al uso del condón como protección contra el VIH, con un 95.2% en el VImp, por un 74.2% en el VMxl. Únicamente la transmisión del VIH por lactancia materna fue referida asertivamente por los trabajadores del VMxl, con un 67% dato superior al VImp. (*Cuadro 11*).

Cuadro 11

Conocimientos sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial, E.U.A. Julio de 2007

Concepto	Valle de Mexicali			Valle Imperial			Valor P
	Si	No	No contesto	Si	No	No contesto	
Ha escuchado que las ITS se transmiten por relaciones sexuales	85.0%	11.2%	3.8%	98.0%	1.0%	1.0%	<0.002
Han oído hablar sobre el VIH/SIDA	94.4%	5.6%	0.0%	100.0%	0.0%	0.0%	<0.006
Conoce alguna persona infectada por VIH/SIDA	33.0%	64.8%	2.2%	24.0%	52.9%	23.1%	<0.000
Uso del condón como protección contra el VIH/SIDA	74.2%	10.8%	15.0%	95.2%	1.9%	2.9%	<0.000
Infección del VIH/SIDA por picadura de mosquito	43.8%	37.5%	18.7%	13.5%	70.2%	16.3%	<0.000
Protección ante el VIH al tener una sola pareja sexual	71.5%	16.9%	11.6%	96.2%	1.0%	2.8%	<0.000
Prevención de infección con VIH con abstención sexual	68.9%	21.3%	9.8%	88.5%	1.0%	10.5%	<0.000
Transmisión VIH por comida	25.5%	66.7%	7.8%	13.5%	71.2%	15.3%	<0.009
Puede la embarazada transmitir el VIH a su hijo	88.4%	8.8%	2.8%	93.1%	5.7%	1.2%	<0.005
Se transmite el VIH por lactancia materna	67.0%	13.5%	19.5%	38.5%	31.7%	29.8%	<0.000

Fuente: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

La comunicación para la educación preventiva es una forma de transmitir información sobre los riesgos y las medidas de prevención ante el VIH/SIDA, así mismo permite disminuir estigmas y sentimientos negativos hacia el VIH/SIDA.

Los medios de comunicación más mencionados por los trabajadores del VImp en lo que corresponde a la información sobre el VIH/SIDA, fueron: la radio con un 47.1%, la televisión 17.3%, los amigos con un 16.3%, y la familia 5.8%; no contestó únicamente el 3.9%. En la mayoría de las formas de comunicación, los trabajadores del VImp son un grupo más informado y llama la atención el hecho de que el 38.6% de los trabajadores del VMxl afirmaran no haber recibido ningún mensaje de prevención, lo que sumado al porcentaje obtenido en la opción “No contestó” (21.6%), representa el 60.2% del total de la comunidad estudiada en el VMxl, que no confirma la recepción de mensajes de educación preventiva. (Cuadro 12).

Cuadro 12

Medios de Comunicación para la información de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali, B. C. y Valle Imperial, California, E.U.A. Julio de 2007

Medios	Localidad	
	Valle de Mexicali	Valle Imperial
Ninguno	38.6	0
Radio	7.5	47.1
Televisión	18.4	17.3
Periódicos	2.2	7.7
Revistas	1.9	1.9
Escuela	2.6	0
Amigos	4.9	16.3
Familia	1.9	5.8
Espectaculares	0.4	0
No Contestó	21.6	3.9
Total	100.0	100.0

Fuente: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

En cuanto a la periodicidad de estos mensajes en la radio, el VImp recibe mensajes diarios en un 32.7% por un 23.2% en el VMxl; semanalmente los mensajes son superiores en el VMxl con el 24%, por tan solo el 6.7 en VImp; el no recibir ninguno al mes alcanzó un 32.2% en VMxl.

En cuanto a la periodicidad de los mensajes preventivos por televisión, el VMxl presenta porcentajes superiores en cuanto a mensajes diarios, con un 32.3%, semanales 34.5%, y ninguno 18.7%, en este último rubro el VImp refiere un 19.2%. (Cuadro 13).

Cuadro 13

Información para la prevención de VIH/SIDA por radio y televisión en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali, B. C., y Valle Imperial, California. Julio de 2007

Concepto	Valle de Mexicali			Valle Imperial			Valor P
	Diario	Semanalmente	Ninguno-Mes	Diario	Semanalmente	Ninguno-Mes	
Mensajes preventivos VIH/SIDA en radio	23.2	24.0	32.2	32.7	6.7	14.4	<0.000
Mensajes preventivos VIH/SIDA en televisión	32.2	34.5	18.7	16.3	18.3	19.2	<0.000

Fuente: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Es importante señalar que la televisión comercial mexicana, a través de los canales 3, 13, 2 y 66 (cuando es captada la señal), difunden un muy limitado número de spots o mensajes de prevención ante el VIH/SIDA, los cuales son patrocinados por empresas vendedoras de condones cuyos sus mensajes no son claros, y además se agregan imágenes subliminales desvinculadas del contexto social del Valle de Mexicali, B. C.

Como parte de la exploración de nuevas estrategias de prevención para enfrentar la epidemia, se investigó si han escuchado sobre el condón femenino (medianamente usado en los países desarrollados), siendo similares las respuestas para el VMxl con un 39%, y para el VImp con un 38.5%, mientras que el nivel de desconocimiento del mismo tema fue

del 57.7% entre los trabajadores del VMxl y de un 42.3% en el VImp (Cuadro 14).

Cuadro 14

Información específica y masiva para la prevención de VIH/SIDA en trabajadores del Valle de Mexicali, B. C. y Valle Imperial, California, E.U.A. Julio de 2007

Concepto	Valle de Mexicali			Valle Imperial			Valor P
	Sí	No	No contestó	Sí	No	No contestó	
Ha escuchado sobre el condón femenino	39.0	57.7	3.4	38.5	42.3	19.2	<0.000
Ha escuchado sobre pruebas de detección para VIH en saliva	73.0	21.3	5.6	89.4	4.8	5.8	<0.001
Conocimiento de la unidad médica para recibir información de VIH/SIDA e ITS	71.5	28.1	0.4	96.2	3.8	0	<0.000

Fuente: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Sobre las pruebas de detección del VIH en saliva, los trabajadores del VImp muestran un mayor conocimiento, con el 89.4%, por tan sólo 73% en el VMxl, y un nivel de desconocimiento del 21.3%.

Por último, se les preguntó si tenían conocimiento de alguna unidad médica donde pudiesen recibir información y medidas de prevención y control del VIH/SIDA, encontrando en los trabajadores del VImp con una respuesta positiva de 96.2%, por tan solo el 71.5% en el VMxl.

Concluiremos haciendo una nueva referencia a Usieto (1990), el cual comenta que la baja percepción subjetiva del riesgo y el optimismo irrealista que suele encontrarse en el campo de la salud, y en concreto, en el caso del VIH, es una constante detectada en todos

los estudios que han medido estas características, es decir, se ha comprobado que la mayoría de los encuestados piensa que su riesgo personal es bajo y menor que el de un sujeto promedio.

10.2 Caracterización, prácticas, actitudes, conocimientos y riesgos ante el VIH/SIDA de los trabajadores agrícolas.

Como parte del análisis estadístico de la investigación binacional, logramos identificar las variables con mayor asociación estadística (valor de $P < 0.05$), como es el caso de las siguientes: edad, sexo, grado educativo e ingesta de bebidas alcohólicas. Esta condición dio una mayor consistencia a nuestros resultados y permitió caracterizar más puntualmente a nuestro grupo de estudio.

El grupo de edad con una mayor actividad sexual durante el último año fue el de hombres en el rango de edad de 30 a 39 años, con un 92.3%, y de 40 a 49 años, con el 88.1%. Afirmaron haber tenido relaciones sexuales con compañeros del mismo sexo (HSH) un 7.7% del primer grupo y un 6.9% del segundo. El número de parejas sexuales en el último año (mínimo dos parejas sexuales distintas) también es superior en estos dos grupos con un 22.8% y 29.7% ($P < 0.000$).

Pero el uso del condón en la última relación sexual, alcanzó el 13.2%, para el grupo de 30 a 39 años, y el 14.9% para la población de 40 a 49 años. Es importante señalar que el grupo de 20 a 29 años declara un mayor uso del condón con un 25.4%, y si bien la frecuencia de su uso "siempre" sólo alcanza un 7.9%, es el más alto, mientras que el más bajo se registra en el grupo de menores de 19 años, con tan sólo el 1.6% (cuadro 15). Estas últimas coberturas de uso de condón son inferiores a las reportadas por la Encuesta Nacional PREVENIMSS, de 2003, en las cuales el uso del condón "siempre" alcanzó un 9.8% en población derechohabiente del IMSS.

Cuadro 15

Edad, prácticas de riesgo y actitudes de trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

Edad	Relaciones Sexuales			HSH			Número de personas con las que ha tenido relaciones sexuales				Uso del condón en la última relación			Frecuencia uso del condón					
	SÍ	NO	NC	SÍ	NO	NC	0	1	2	NC	SÍ	NO	NC	NA	Siempre	Casi todo el tiempo	Algunas veces	Nunca	NC
19 o menos	20.6	34.9	44.4	1.6	55.6	42.9	44.4	20.6	3.2	31.7	6.3	30.2	63.5	33.3	1.6	7.9	6.3	20.6	30.2
20-29	77.2	17.5	5.3	7.0	86.0	7.0	10.5	62.7	22.8	4.4	25.4	59.6	14.9	5.3	7.9	7.9	19.3	52.6	7.0
30-39	92.3	7.7	0.0	9.9	85.7	4.4	2.2	63.7	29.7	4.4	13.2	62.6	24.4	0.0	7.7	8.8	16.5	60.4	6.6
40-49	88.1	6.9	5.0	5.9	88.1	5.9	5.0	44.6	6.9	27.2	14.9	54.5	30.7	0.0	5.0	8.9	13.9	53.5	18.8
50 o más	50.0	50.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.0	1.6	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0

Valor de P < 0.000

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Las relaciones sexuales con una pareja ocasional nuevamente fueron mayormente referidas en el grupo de 30-39 años, con un 8.8%, por un 12.9% de los trabajadores de 40-49 años (P<0.000).

En lo relativo al conocimiento e información sobre la prevención y la transmisión del VIH, el grupo de trabajadores de 19 años o menos, mostró mayores conocimientos sobre el condón femenino con un 36.5% (P<0.001), así como una mayor tolerancia a la convivencia con estudiantes. Refieren haber escuchado información para la prevención de VIH/SIDA en medios de comunicación masiva (radio y TV) sólo el 14.3%, y un 38.1% de ellos dijeron no haber escuchado ningún mensaje, siendo el porcentaje más alto entre los grupos estudiados (P<0.000).

El conocimiento sobre la protección contra el VIH en las relaciones sexuales con una pareja única no infectada, fue referida positivamente por el 90.1% de los trabajadores del grupo de 40-49 años, mientras que el haber escuchado mensajes con información sobre la prevención de VIH/SIDA se dio en el 49.5% de los casos, que es también el mayor porcentaje en los grupos estudiados (P<0.000). La menor respuesta para la categoría "Ninguno" fue del 38.1% entre los menores de 19 años (P<0.000). (Cuadro 16)

Cuadro 16

**Edad, conocimientos y mensajes de prevención ante el VIH/SIDA de los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial.
Julio de 2007**

Edad	Protección VIH pareja única no infectada *			Conocimiento condón femenino**			Estudiante infectado, pero no enfermo y continua en escuela ***			Medios de comunicación informativos sobre VIH/SIDA*			
	SI	NO	N.C.	SI	NO	N.C.	SI	NO	N.C.	Ninguno	Radio/TV	Otros	N.C.
19 o menos	61.9	23.8	14.3	36.5	58.7	4.8	68.3	25.4	6.3	38.1	14.3	23.8	23.8
20-29	79.8	10.5	9.6	39.5	57.9	2.6	57.9	32.5	9.6	31.6	35.1	19.8	14.0
30-39	76.9	11.0	12.1	34.1	60.4	5.5	52.7	35.2	12.1	24.2	36.3	22.0	17.6
40-49	90.1	6.9	3.0	43.6	38.6	17.8	46.5	27.7	25.7	20.8	49.5	13.9	15.8
50 o más	0	100	0	50	50	0	100	0	0	0	0	50	50

* Valor de P < 0.000

** Valor de P < 0.002

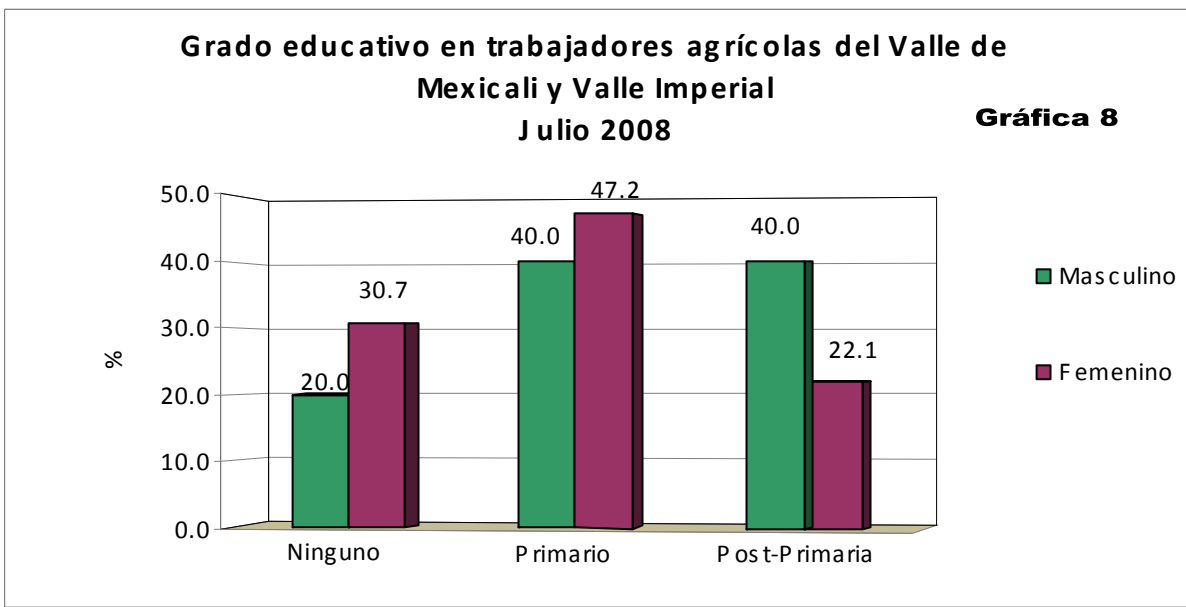
*** Valor de P < 0.007

N.C. No contestó

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

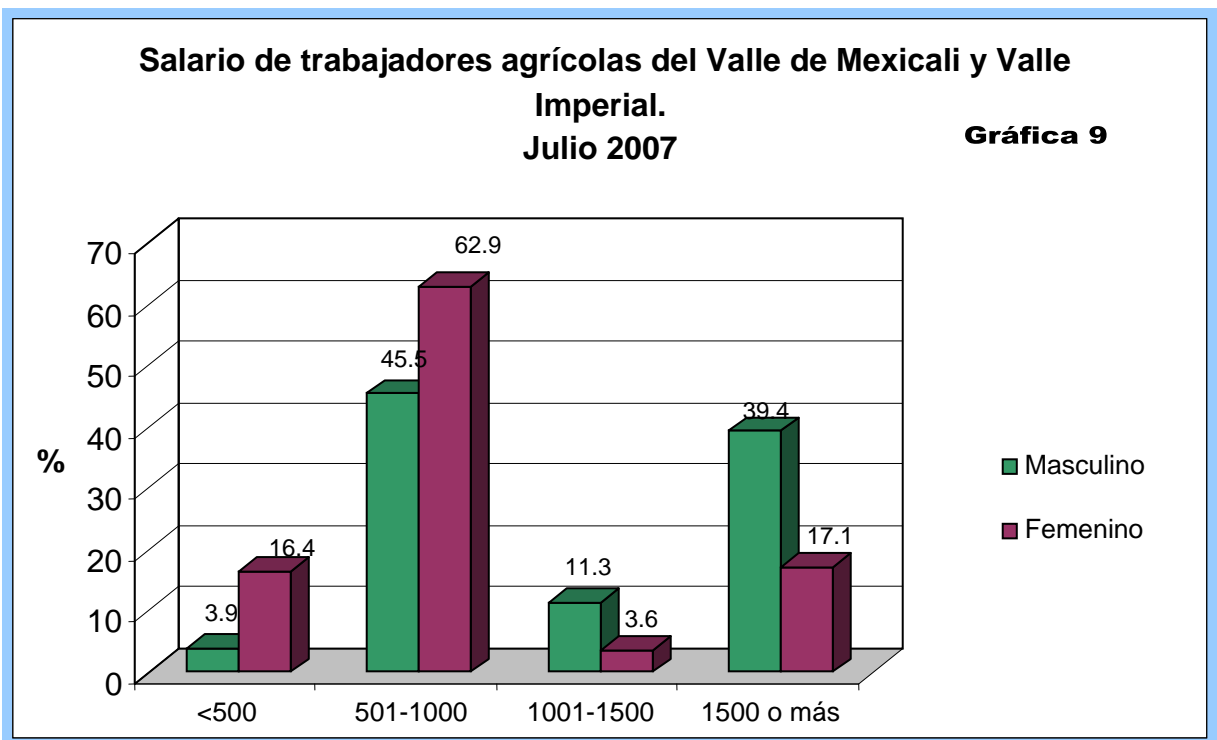
Los trabajadores agrícolas del sexo masculino en el Valle de Mexicali y en el Valle Imperial, refieren una mayor actividad sexual, mayores riesgos para su sexualidad y salud, mayores conocimientos sobre las medidas prevención y transmisión del VIH/SIDA, pero también menor información por medios de comunicación masiva.

La asociación entre género y grado educativo revela que presenta mayores años de estudio el segmento de trabajadores de sexo masculino, con un 40.0% de postprimaria (secundaria, carrera técnica y preparatoria, con $P < 0.001$). En salario semanal se distribuye de la siguiente manera: El 39.4% de los hombres recibe 1,500 pesos o más (en moneda nacional), por tan sólo el 17.1% de las mujeres; en la categoría salarial de 501 a 1000 pesos se concentra el 62.9% de las entrevistadas, y en menos de 500 pesos, el 16.4% ($P < 0.000$). (Gráficas 8 y 9)



Valor de P < 0.001

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

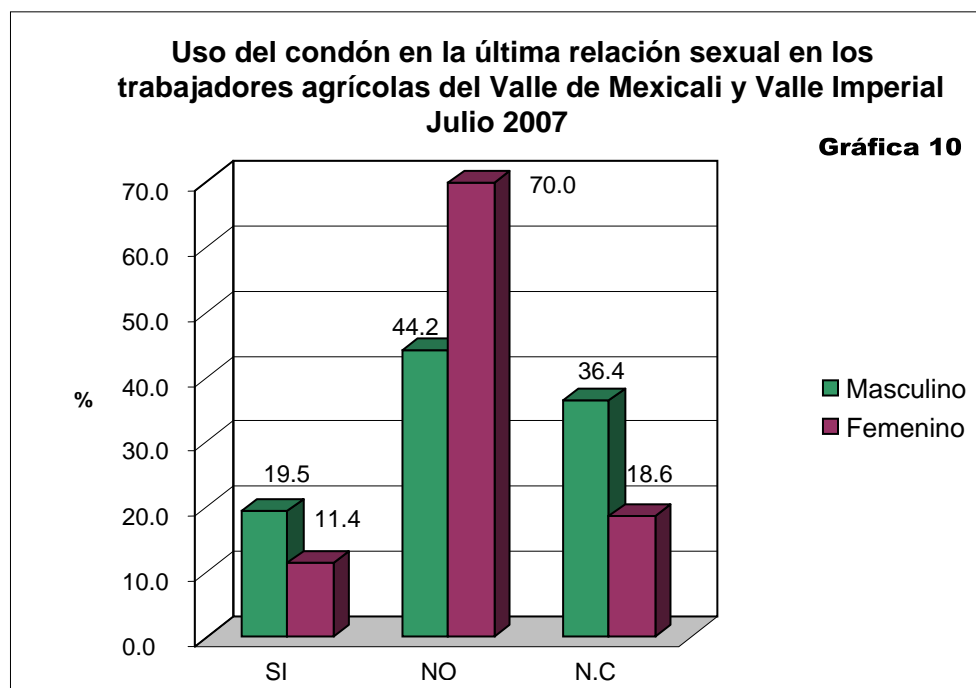


Valor de P < 0.000

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

La religión católica es profesada por el 70% de las mujeres trabajadoras agrícolas, por un 59% del sexo masculino, y no tienen religión alguna el 27% de los hombres ($P < 0.000$).

El consumo de bebidas alcohólicas y drogas es declarado con más frecuencia por el sexo masculino. La ingesta de bebidas alcohólicas una vez a la semana la practican el 42.4% de los hombres contra el 11.4% de las mujeres; dice no haber bebido nunca el 33.3% del sexo masculino y el 74.3% del femenino. El consumo de marihuana fue mayor en los hombres, con un 26.4%, por el 2.9% de las mujeres, en tanto que la ingesta de otras drogas y la de varias distintas acumulan juntas un 48% entre ellos, por un 41.4% en el segmento de ellas ($P < 0.000$). La vida sexual activa conlleva riesgos para la sexualidad y la salud de hombres y mujeres, evidente es el hecho que únicamente el 19.5% de los hombre confirma haber usado un condón en su última relación sexual, mientras que dijo no haberlo usado el 44.2%; en el caso de la mujer, sólo el 11.4% lo usó y un 70% refirió no usarlo (aunque las implicaciones de esta pregunta son muy distintas para cada género). (Gráfica 10)



Valor de $P < 0.000$

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Los motivos por no usarlos fueron: no pensaron en eso el 29.4%, para el hombre, 27.2% para la mujer, no le gusta 21.4% en la mujer y 12.1% en el hombre (P<0.000). (Cuadro 17).

Cuadro 17

¿Por qué no utilizaron condón en relaciones sexuales los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial?

Julio de 2007

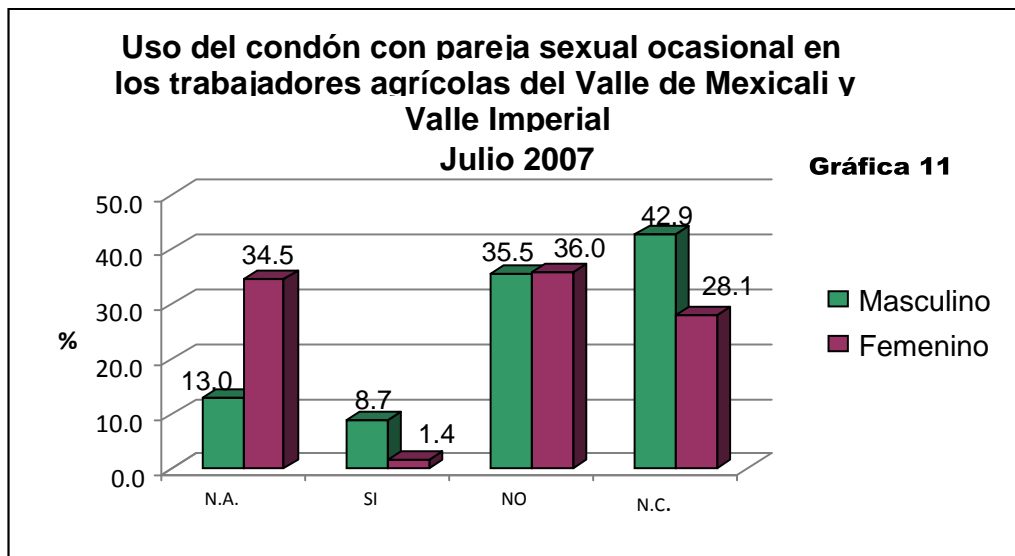
Sexo	No disp.	Caros	Pareja no de acuerdo	Yo no de acuerdo	No me gusta	Otra protección	Anticonceptivos	No pensaron en eso	N.C.
Masculino	2.6%	2.2%	2.6%	0.9%	12.1%	2.2%	3.9%	29.4%	44.2%
Femenino	1.4%	2.9%	0.7%	4.3%	21.4%	9.3%	6.4%	27.2%	26.2%

** Valor de p<0.000

N.C. No contestó

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

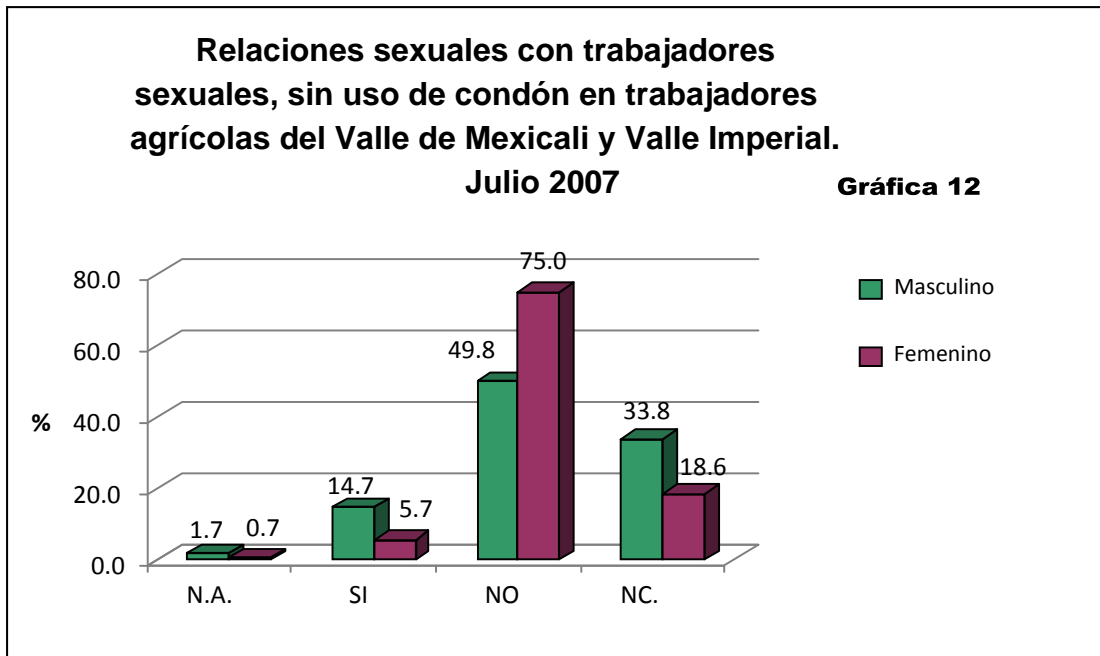
Las relaciones sexuales con una pareja ocasional fueron declaradas por un 12.6% de los hombres y por apenas el 1.4% de las mujeres. Por otro lado, los hombres aseveran haber usado un condón en estas relaciones en un 8.7% de los casos, no lo usó el 35.5%, y no contestó el 42.9% (P<0.000). (Gráfica 11).



*** Valor de p < 0.002

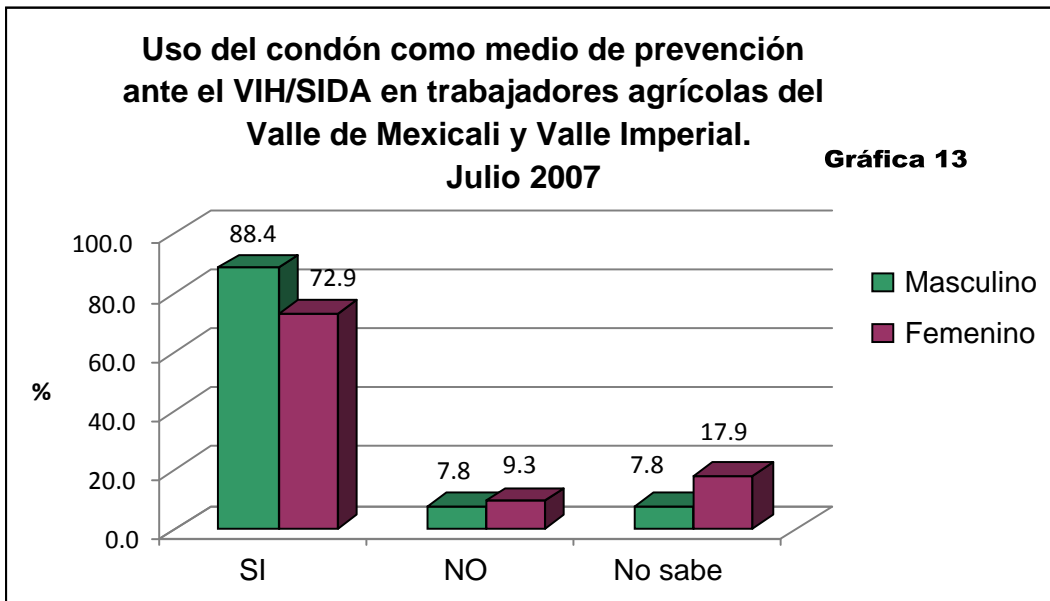
FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Las relaciones sexuales con trabajadoras del sexo sin el uso del condón, en el hombre presentan coberturas bajas de protección con un 14.7%, no usarlos 49.8%, no contestó 33.8%, para las mujeres el uso del condón con trabajadores del sexo fue únicamente del 5.7%, no usarlo el 75%, otros 19.3% ($P < 0.000$). (Gráfica 12)



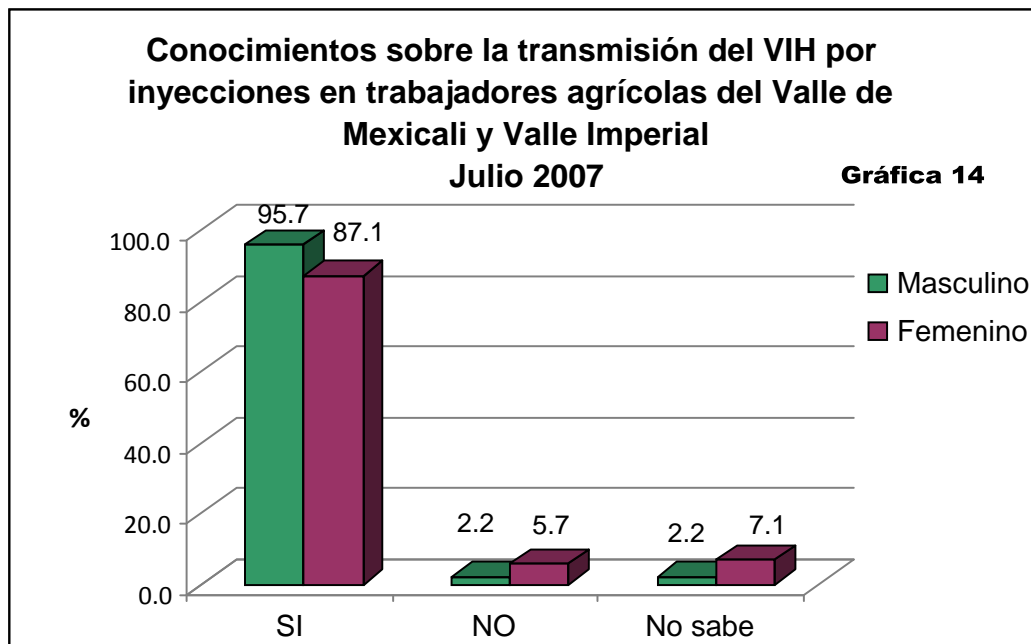
Valor de $P < 0.000$
FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

El conocimiento de las estrategias de prevención fue demostrado con mayor frecuencia por los hombres, con diversas aseveraciones positivas acerca del VIH/SIDA. Por ejemplo, la afirmación de que el VIH/SIDA se puede prevenir por condón fue confirmada por el 88.4% del contingente varonil, por un 72.9% del femenil ($P < 0.010$) (Gráfica 13).



FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

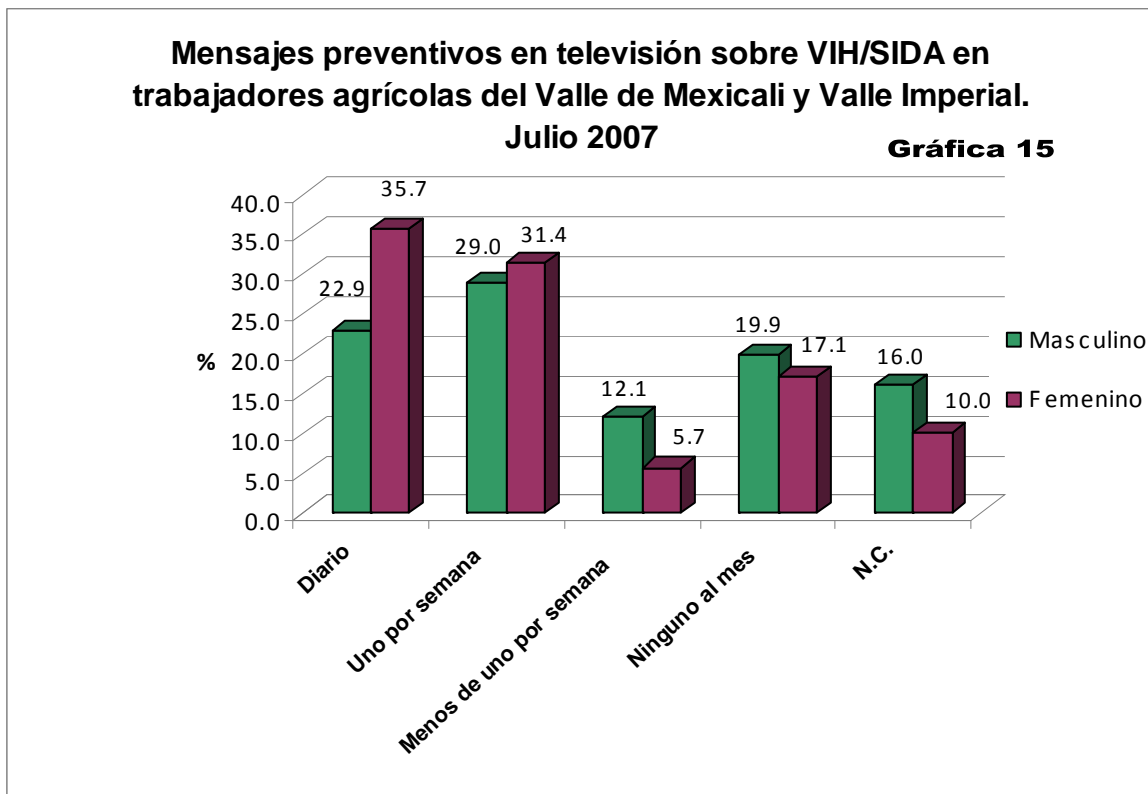
El conocimiento sobre la transmisión del VIH por inyecciones fue afirmado por el 95.7% de los hombres y por el 87.1% de las mujeres ($P < 0.010$). (Gráfica 14).



Valor de $P < 0.010$

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

La comunicación y educación preventiva ante el VIH/SIDA, relacionada con la periodicidad de los spots y mensajes correspondientes, fue vista y escuchada mayormente por las mujeres: diariamente el 35.7%, una vez a la semana 31.4%, menos de una vez al mes 17.1%, menos de una vez a la semana 5.7%; entre los hombres: el 22.9% diariamente, una vez a la semana el 29.0%, y menos de una vez a la semana el 12.1% ($P < 0.002$). (Gráfica 15)



Valor de $P < 0.002$

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

Los medios de comunicación por los que se han informados los trabajadores sobre riesgos ante el VIH/SIDA son los siguientes: el sexo masculino se enteró en un 22.5% por la radio, otro 14.3% por la televisión, a través de amigos el 9.6%, y por ninguna el 22.9%. El sexo femenino señala en mayor porcentaje la televisión, con un 23.6%, por medio de periódicos el 5.7% (superior al 2.6% de los hombres), por vía de la escuela el 2.9%

(superior al hombre que refirió el 1.3%); la familia es señalada por las mujeres como medio de información del VIH/SIDA en un 3.6%, superior en un punto porcentual al resultado obtenido entre el sexo masculino ($P < 0.004$). (Cuadro 18).

Cuadro 18

Medios de información y comunicación que transmiten mensajes acerca de los riesgos ante el VIH/SIDA para los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

Sexo	Medios de información y comunicación ***									
	Ninguno	Radio	T.V.	Periódico	Revista	Escuela	Amigos	Familia	Anuncio Espectacular	N.C.
Masc.	22.9%	22.5%	14.7%	2.6%	2.6%	1.3%	9.6%	2.6%	0.0%	21.2%
Fem.	35.7%	12.1%	23.6%	5.7%	0.7%	2.9%	5.7%	3.6%	0.7%	9.3%

N.C. No contestó

*** Valor de $P < 0.004$

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Los resultados de esta investigación binacional muestran la asociación entre escolaridad, conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, siendo así como el trabajador agrícola con grado educativo de postprimaria presenta mejores condiciones socioeconómicas y mayores conocimientos para la prevención del VIH/SIDA, así como ventajas en cuanto al tipo de contratación, al salario semanal; y los conocimientos sobre las vías de transmisión del VIH fueron superiores y asertivos en nueve de diez ítems contestados, comparado con las categorías “Ninguno” y “Primaria”.

Lo anterior es indicativo que la escuela es uno de los medios más importantes para la apropiación de la información. Es importante señalar que en México el nivel promedio de escolaridad en la población de 15 años y más, es de 8.3 años en el caso de los hombres y de 7.9 en el de las mujeres (INEGI, 2005), condición que está directamente vinculada con las desigualdades en el acceso a la educación, y con los rezagos aún más marcados en las

zonas rurales de México, como es el caso concreto en nuestro grupo de estudio.

El trabajador agrícola con estudios de postprimaria presenta las siguientes particularidades en el contexto de su proceso de trabajo y reproducción social: su tipo de contratación laboral es por jornadas en un 39.0%, por contrato en un 31.7% (superior en un 9.5% a los trabajadores con estudios de primaria, y en un 16.9% a quienes tienen la primaria incompleta), y base el 1.6%. (Cuadro 19).

Cuadro 19

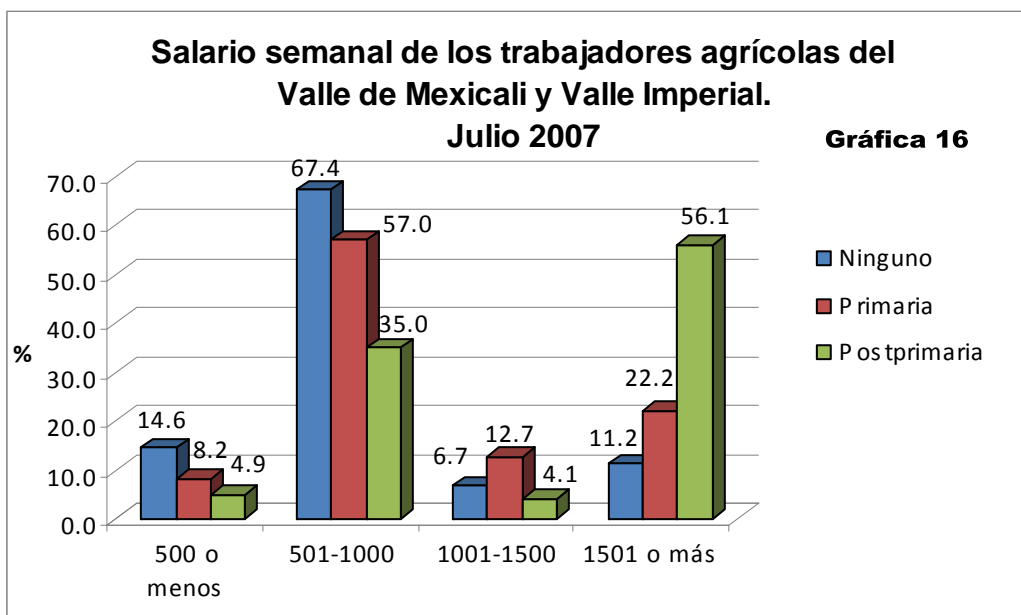
Grado educativo y tipo de contratación de los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y del Valle Imperial. Julio de 2007.

Grado educativo	Tipo de contratación				
	Jornada	Contrato	Base	Destajo	Otros
Ninguno	22.5%	14.9%	0.0%	61.8%	1.1%
Primaria	29.7%	22.2%	3.2%	44.3%	0.6%
Postprimaria	39.0%	31.7%	1.6%	26.8%	0.8%

Valor de P < 0.005

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

La relación entre el grado educativo y el salario semanal revela grandes diferencias: entre los trabajadores agrícolas con postprimaria, el 56.1% declaran ganar 1,501 o más pesos semanalmente, frente al 35% que ganan entre 501 y 1,000 pesos, porcentaje muy superior al de los demás trabajadores con nivel de primaria o sin estudios (P<0.005). (Gráfica 16)



Valor de P < 0.005

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

Pero esta mayor capacidad de compra les permite tener acceso al consumo de psicoestimulantes como la marihuana (el 23.6%), otras drogas y varias de ellas (el 56.1%). Este mismo grupo cuenta con un mayor número de parejas sexuales en el año (mínimo 2), en un 48.8% de los casos, y se restringe a una pareja el 31.7%; estos datos son superiores a los del nivel de escolaridad primaria y sin escolaridad ($P < 0.005$) (Cuadro 20).

Cuadro 20

Grado educativo y número de pareja sexuales en el último año en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y del Valle Imperial. Julio de 2007

Grado educativo	Número de parejas sexuales			
	Ninguna	1	2	N.C.
Ninguno	13.5%	70.8%	9.0%	6.7%
Primaria	13.3%	55.1%	19.6%	12.0%
Postprimaria	10.6%	31.7%	48.8%	8.9%

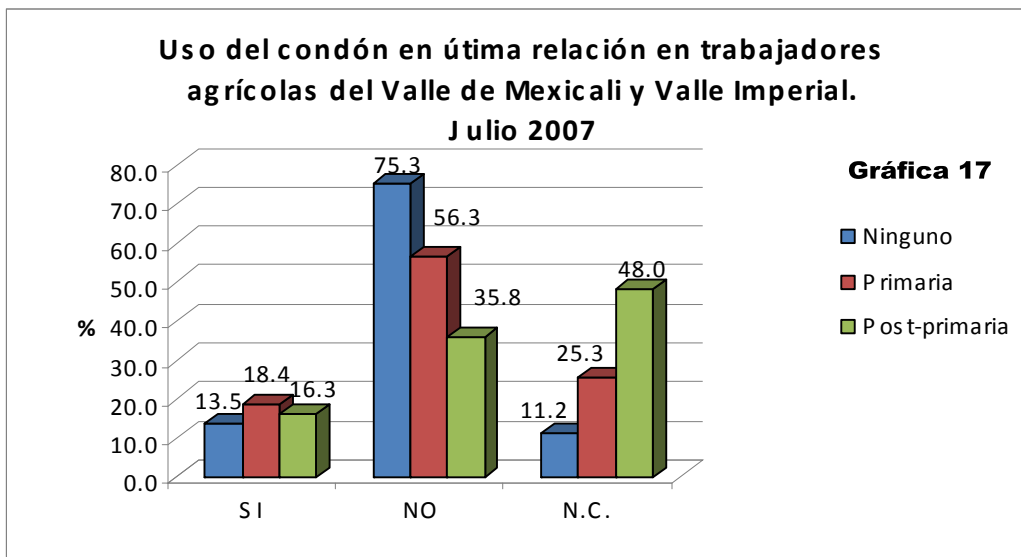
Valor de P < 0.005

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Esta última condición conlleva al incremento de la promiscuidad sexual, y a mayores riesgos de infección por enfermedades de transmisión sexual y VIH, lo cual también se relaciona con las bajas coberturas de uso de condón en relaciones sexuales ocasionales.

En la frontera de California y Baja California, las relaciones sexuales hombre-sexo-hombre (HSH) son un potencial riesgo por la elevada prevalencia de VIH en HSH, la cual alcanza un 14%, muy superior a la seroprevalencia de 0.3% entre la población general de Baja California; y si a esto se agregan las bajas coberturas de uso del condón en la última relación sexual, que sólo llega al 13.5%, y a un 7.9% en trabajadores sexuales, el riesgo es aún mayor. Estos últimos datos son similares a los obtenidos por Gudelia, 2006, en la frontera de Tijuana, B.C.

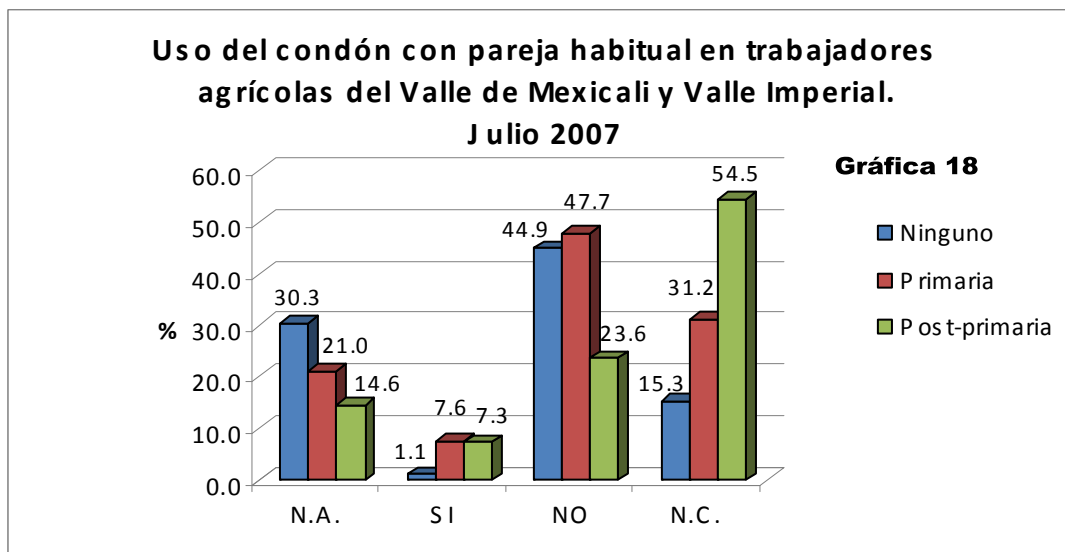
La relación entre grado educativo y uso de condón en la última relación sexual ubica a los trabajadores con primaria como mayores usuarios con un 18.4%, no lo usa el 56.3%, y no contestó el 25.3%. Los de postprimaria registran el 16.3% en su uso, y dicen no usarlo un 35.8%, pero un 48% no contestó, siendo ésta la mayor cuota de silencio encontrada entre los grupos estudiados. Entre los que no tienen estudios se observan las más bajas coberturas de uso de condón, con tan sólo un 13.5%, mientras que no lo usan el 75.3%. *(Gráfica 17).*



Valor de P < 0.005

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

El uso de preservativo masculino con la pareja habitual alcanzó coberturas muy bajas entre los que tienen primaria, con un 7.6%, por 7.3% de los que estudiaron postprimaria, y 1.1% de los que no estudiaron". (Gráfica 18)



Valor de P < 0.005

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

Estos últimos datos son coincidentes con los de algunas comunidades rurales mexicanas, en donde dos terceras partes de las mujeres con pareja reportaron que en su relación no usan condón, aún cuando sospechen que el comportamiento de sus parejas podría representar riesgos de infección de VIH para ellas (Salgado de Zinder, 1996). Por otro lado, el uso del condón con trabajadores sexuales presentó coberturas entre los de estudios primarios del 13.9%, de 10.6% entre los de postprimaria, y de 7.9% en el caso de los trabajadores sin estudios formales. (Cuadro 21)

Cuadro 21

Relaciones sexuales con trabajador sexual sin uso de condón en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y del Valle Imperial. Julio de 2007

Grado educativo	Uso de condón			
	N.A.	SÍ	NO	N.C.
Ninguno	1.1	7.9	80.9	10.1
Primaria	1.9	13.9	64.6	19.6
Post-primaria	0.8	10.6	37.4	51.2

Valor de P < 0.005

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial.

Estos porcentajes de cobertura son inferiores a los reportados en 1997 por Organista y Organista Balls en trabajadores migrantes.

Los conocimientos sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA fueron muy superiores entre los del nivel postprimaria, así como el hecho de haber visto y/o escuchado mensajes preventivos en los medios de comunicación: en radio y televisión, un 46.3%, y en otros medios de comunicación, con un 22.0%. El más bajo nivel de conocimiento lo tuvieron los trabajadores sin estudios. (Cuadro 22)

Cuadro 22**Mensajes preventivos sobre VIH/SIDA en radio y T.V., escuchados por trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y del Valle Imperial. Julio de 2007**

Grado educativo	Mensajes sobre VIH/SIDA			
	Ninguno	Radio/TV	Otros	N.C.
Ninguno	44.9	24.7	14.6	15.7
Primaria	28.5	33.5	19.6	18.4
Post-primaria	14.6	46.3	22.0	17.1

Valor de P < 0.005

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

Los riesgos para la salud de los trabajadores agrícolas ante el VIH/SIDA se incrementan con el consumo de bebidas alcohólicas. En contraparte, podemos constatar varios factores protectores: cuando los trabajadores refirieron no consumir alcohol “nunca”; el número de parejas sexuales al año fue una como máximo (68.8%); sólo tuvieron relaciones sexuales con la misma persona en el año (52.9%); usaron condón en su última relación sexual (50.8%); usaron siempre el condón en el sexo ocasional (68.2%), y accedieron a una mayor información para la prevención de VIH/SIDA. (Cuadros 23 y 24)

Cuadro 23

Bebidas alcohólicas y prácticas de riesgo ante el VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

Ingesta de bebidas alcohólicas	Relaciones con la misma pareja en el año				Uso del condón última relación sexual			Frecuencia uso del condón en sexo ocasional					
	N.A.	SÍ	NO	N.C.	SI	NO	N.C.	N.A.	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Nunca	N.C.
Todos los días	0.0	1.6	2.6	5.0	0.0	2.5	4.5	3.7	4.5	0.0	0.0	3.8	1.9
Una vez por semana	33.3	29.3	18.4	42.6	37.7	24.0	39.1	25.9	22.7	51.6	47.3	26.1	23.1
Menos de una vez por semana	33.3	12.6	7.9	19.8	8.2	13.0	18.2	11.1	4.5	6.5	9.1	15.2	23.1
Nunca	33.3	52.9	64.5	29.7	50.8	56.5	33.6	44.4	68.2	41.9	38.2	52.2	46.2
No contestó	0.0	3.7	6.6	3.0	3.3	4.0	4.5	14.8	0.0	0.0	5.5	2.7	5.8

Valor de P < 0.005

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

Cuadro 24

Bebidas alcohólicas y mensajes de prevención ante el VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007

Ingesta de bebidas alcohólicas	Mensajes de Prevención en TV					Mensajes de prevención en Radio/TV y otros			
	Diario	Una vez por semana	Menos de una vez por semana	No en un mes	N.C.	Ninguno	Radio/TV	Otros	N.C.
Todos los días	5.8	0.0	2.8	1.4	3.9	1.0	3.0	1.4	6.3
Una vez por semana	20.4	38.7	16.7	37.1	35.3	18.4	34.8	45.8	25.0
Menos de una vez por semana	4.9	9.0	27.8	18.6	25.5	9.7	15.9	12.5	17.2
Nunca	67.0	47.7	41.7	38.6	33.3	66.0	43.9	37.5	43.8
No contesto	1.9	4.6	11.0	4.3	2.0	4.9	2.4	2.8	7.7

Valor de P < 0.005

FUENTE: Encuesta de VIH/SIDA en trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali y Valle Imperial. Julio de 2007.

11. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA ENTRE PARES EN VIH-SIDA EN TRABAJADORES AGRÍCOLAS DEL VALLE DE MEXICALI, B.C.

La propuesta con la cual culminamos esta indagatoria se desarrolla a partir del conocimiento de las necesidades, actitudes y prácticas sexuales de los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali, ante la amenaza de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. Nuestra investigación evidenció la necesidad de desarrollar una estrategia educativa para el cambio de comportamiento de los adolescentes y adultos jóvenes, mediante el aprendizaje observacional, pero también la pertinencia de la educación participativa de “pares”, propuesta que para su desarrollo convoca a la participación comunitaria planificada en la cual deberá priorizarse el diálogo.

La estrategia educativa aquí planteada está dirigida a los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali, los cuales, por su alta marginalidad social, presentan bajos índices de educación básica, bajos salarios, contratación temporal laboral principalmente a destajo (59.2%), y alta movilidad laboral (40.8%), incluyendo migración temporal a campos agrícolas de los Estados de California, Arizona, en Estados Unidos y a campos agrícolas de México.

Las condiciones de riesgo para VIH-SIDA y su sexualidad son mayores en los trabajadores agrícolas del norte de México, y esto se refleja en el inicio de relaciones sexuales a una edad más temprana: 14.8 años (la Encuesta Nacional de Salud de México, 2000, registró el inicio de las relaciones sexuales a los 15.7 años). Si a esto se le agrega su poca percepción y sus escasos conocimientos sobre la transmisión del VIH-SIDA y las infecciones de transmisión sexual (ITS), queda clara la condición vulnerable que facilita y conlleva a prácticas sexuales de alto riesgo para su salud y sexualidad.

La baja percepción y conocimientos de los adolescentes y trabajadores agrícolas en su entorno rural sobre la transmisión, prevención y uso del condón, ante la epidemia del VIH-SIDA (*Cuadros 10, 11, 12, 15*), son un reflejo de los escasos o nulos conocimientos sobre el

VIH-SIDA transmitidos en la educación formal e informal, y están vinculados a la biologización de la concepción de la sexualidad humana, a la escasa percepción del riesgo, a que los mensajes educativos no llegan de forma efectiva a los adolescentes y adultos jóvenes, a la estigmatización del enfermo por VIH-SIDA, a la baja cobertura de uso del condón en las primeras relaciones sexuales y en la práctica sexual “ocasional”. Pero, específicamente, son producto del insuficiente trabajo educativo en salud y sexualidad, y en educación para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Comunitariamente las iniciativas colectivas, como serían los proyectos educativos para adolescentes y adultos en zonas rurales de México, son mínimas, sin el diálogo de y con los iguales, no ha permitido integrar vivencias, experiencias y opiniones, ni coordinar acciones entre iguales que favorezcan estrategias educativas con un enfoque integral ante problemas de prioridad e interés colectivo. Un caso concreto: las estrategias de prevención y sobrevivencia de trabajadores migrantes agrícolas y trabajadores agrícolas nativos, ante la epidemia del VIH-SIDA.

Este breve panorama del riesgo para el trabajador agrícola y para su familia, brinda la oportunidad de plantear estrategias de intervención partiendo del conocimiento de sus percepciones y necesidades de educación sobre el VIH-SIDA en un contexto fronterizo-binacional.

11.1 La educación de pares.

La educación de “pares” como estrategia para el cambio de comportamientos, se basa en la teoría del aprendizaje social desarrollada por Bandura, en 1986, el cual afirma que las personas sirven de “modelo” del comportamiento humano, y son capaces de producir el cambio de comportamiento en determinados individuos, basándose en los valores y el sistema de interpretación personal.

Bandura propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la

conducta:

- Los acontecimientos o estímulos externos que afectarán a la conducta principal a través de los procesos de condicionamiento clásico.
- Las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos y que ejercerán su influencia a través de procesos de condicionamiento operante o instrumental, y la percepción de los mismos, y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.
- El aprendizaje vicario, observacional o mediante modelos, se define como “el proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo (el modelo) actúa como pensamientos o actividades o conductas similares por parte de otro individuo del modelo” (Bandura, 1986).

Las personas no solo aprenden a partir de su propia experiencia, sino también mediante la observación de las conductas que otros llevan a cabo y de las consecuencias de que derivan esta capacidad de aprendizaje vicario, el cual permite aprender conductas nuevas codificando simbólicamente lo que se observa, aprendizaje que se convierte en una buena guía para ejecutar acciones futuras.

El aprendizaje vicario, contempla 4 tipos de procesos: de atención, retención, de producción y motivación.

Los procesos de atención se refieren a la capacidad de seleccionar determinadas acciones que el modelo lleva a cabo.

Los procesos de retención resultan necesarios para retener en la memoria las conductas observadas, pues solo así podrán reproducirse con posteridad, la producción se relaciona con la ejecución misma de la conducta observada que, desemboca en buenos resultados, favorece la motivación personal para asumir la conducta realizada y repetirla o sea la motivación del aprendizaje vicario (Bandura, 1986, 1987).

Adquirir conocimientos de este modo es esencial tanto para el aprendizaje como para

el propio comportamiento de los individuos ya que si aprendiéramos solo a partir de las consecuencias de las propias acciones correríamos riesgos permanentes.

Es importante señalar que agregado al conocimiento vicario, el sistema de relaciones con los iguales, el grupo de amigos y amigas, es también fundamental por su poder modulador de la conducta durante toda la infancia y, especialmente en la adolescencia.

Conseguir que un niño tenga un grupo de amigos que lo ayuden a estar protegido de riesgos y a desarrollar sus capacidades sociales, puede ser mas efectivo que mil consejos o aprendizajes concretos. Conseguir que el funcionamiento de un grupo de iguales deje de asumir riesgos, y se convierta en un grupo de autoprotección y optimizador de las posibilidades de cada uno de los miembros es mas útil que los meros cambios individuales (López, 2005).

En la teoría de la educación participativa, las aportaciones de Paulo Freire han sido importantes en el desarrollo de la educación de pares (Freire, 1969), la cual consiste en la apropiación por parte de los miembros de la comunidad de su problemática, y la propuesta de soluciones a través del diálogo; de esta manera, la comunidad afectada planifica y ejecuta colectivamente una respuesta al problema o situación sanitaria en cuestión.

11.1.1 Algunas ventajas de la educación de pares.

- Se basan en la evidencia que una fuente de acceso a la información fundamental de las personas, en la práctica, son sus pares.
- Las ventajas del trabajo entre pares es que se asocian con la facilidad del vínculo entre personas que comparten vivencias o condiciones sociales similares.
- La credibilidad puede verse facilitada, por la percepción de mayor cercanía.
- Similitud cultural de los pares, ayuda al lenguaje y a la descodificación de los mensajes.
- Los programas de pares pueden lograr cambios en las normas sociales y

comunitarias, que apoyarán a la reducción de conductas de riesgo.

- Los programas de pares llegan a ser extensivos a familiares y a la propia comunidad.
- Los pares promotores logran trascender en base a las experiencias comunitarias exitosas, desarrollando un liderazgo comunitario, siendo promotores permanentes en educación y salud preventiva.

Actualmente existen diversas intervenciones exitosas que han adoptado la estrategia de educación de pares, como, por ejemplo: redes entre comunidades africanas y agentes de salud para la prevención del VIH-SIDA, Consejo Popular ICP-Pesquera de Brasil, Sidación-Chile, Corporación Chilena de Prevención de SIDA, Lazos, Vivo Positivo, Red OSS.Chile, Family Health International, Programa de Youth Net, Centro de Atención Rural al Adolescente, IMSS-Oportunidades, “Cara” México, Proyecto Integral de Prevención de COMUSIDA (Jalisco, México), Colectivo Sol, AC (México), Promotores Adolescentes PREVENIMSS (México), entre otros. Todos ellos se basan en este modelo horizontal de comunicación, distinto al modelo de información clásico, jerarquizado, “bancario” o vertical.

Esta propuesta prioriza el diálogo y la participación de las comunidades en el proceso educativo, siendo de gran importancia que los educadores y monitores sean miembros de la comunidad o del contexto rural en donde se desarrollan las actividades de educación para la prevención de los riesgos de VIH-SIDA.

11.2 Objetivo general.

Desarrollar acciones de información, educación y comunicación en VIH-SIDA, para favorecer conductas, prácticas y actitudes responsables y sin riesgos para la salud y sexualidad de los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali.

Líneas de acción

- Información
- Educación/Capacitación
- Comunicación educativa
- Participación comunitaria
- Evaluación de las estrategias

Objetivos Específicos

- Informar a las autoridades comunitarias y empresarios hortícolas sobre los riesgos epidemiológicos del VIH-SIDA en los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali.
- Dar a conocer los resultados de la encuesta sobre las necesidades de educación para la salud en VIH-SIDA en el Valle de Mexicali, en las comunidades seleccionadas para implementar estrategias de intervención educativa.
- Informar sobre el proyecto de intervención educativa sobre el VIH-SIDA en el Valle de Mexicali, para que participen en esta estrategia preventiva.
- Capacitar a adultos jóvenes, estudiantes y líderes comunitarios, como promotores de salud sexual y VIH-SIDA.
- Promover entre sus “pares” actividades educativas sobre sexualidad y prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH-SIDA.
- Desarrollar procesos de comunicación educativa entre los trabajadores agrícolas jóvenes y otros jóvenes.
- Impulsar la participación de grupos y asociaciones del Valle de Mexicali para consolidar acciones a favor de la salud y la prevención del VIH-SIDA.
- Elaborar instrumentos de medición del desarrollo e impacto de la estrategia educativa sobre VIH-SIDA.

11.3 Desarrollo.

Información de los riesgos del VIH-SIDA en el contexto comunitario rural del Valle de Mexicali.

Nuestra propuesta educativa plantea la necesidad de intervención educativa en la comunidad Silva Sur, la cual ocupa el segundo lugar en la PEA del sector primario (agricultura) del Valle de Mexicali, y el 98% de los hombres y mujeres trabajan en cultivos hortícolas.

La presentación del proyecto permitirá un primer acercamiento con las autoridades comunitarias y posteriormente con los empresarios agrícolas.

La agenda de sensibilización contemplaría:

- Los riesgos de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH-SIDA en trabajadores agrícolas.
- Resultados de la encuesta: “Necesidades de educación para la salud en VIH-SIDA”, realizada en los Valles de Mexicali, en Baja California, e Imperial, en California, en 2007.
- Generalidades de la estrategia educativa de prevención sobre el VIH-SIDA.
- Apoyos y facilidades para la capacitación de promotores de salud sexual y prevención del VIH-SIDA, y para las posteriores actividades educativas de “pares” en la comunidad y centros laborales.

11.3.1 Educación y Capacitación

La primera fase de esta línea estratégica contempla la convocatoria en la comunidad sede para la selección de potenciales promotores comunitarios, y en base a su respuesta se podría optar por llevar esta invitación a dos comunidades aledañas (la Colonia Silva y el Ejido Veracruz 2, del Valle de Mexicali), y completar dos equipos de potenciales promotores con un mínimo de 10 adultos jóvenes y 20 como máximo.

Los criterios de selección serían:

- √ Pertener a las comunidades del Valle de Mexicali.
- √ Ser conocedores de la problemática de sus respectivas comunidades.
- √ Contar con capacidad comunicativa y sensibilización frente al problema del VIH-SIDA.
- √ Estar dispuestos a trabajar como voluntarios.

Estrategia educativa para promotores comunitarios en sexualidad y VIH-SIDA.

El eje de las actividades de los promotores comunitarios será la educación para la salud entre sus “pares“, recordando que este tipo de comunicación facilita la aplicación de “estrategias educativas” y apoya la apropiación del conocimiento y la decisión informada de acciones masivas, grupales e interpersonales.

La formación de promotores capacitados tendrá como sede la escuela primaria de la colonia Silva Sur.

Los contenidos para la capacitación serán apoyados por el Modelo de Atención Integral a la Salud del Adolescente Rural, del programa IMSS-Oportunidades (Maisar), y una de sus líneas estratégicas más exitosas, la Estrategia de los Centros de Atención Rural al Adolescente (CARA).

Se trabajará la capacitación con un solo módulo (a diferencia de CARA que contempla 3), el cual se centra en la temática de la sexualidad humana y el desarrollo humano.

El módulo, cuyo sugestivo nombre sería: “El placer de aprender”, contemplaría la siguiente temática:

- √ Pubertad y adolescencia.
- √ Conceptos básicos de sexo, género y sexualidad.
- √ Órganos sexuales masculinos y femeninos.
- √ Derechos sexuales y reproductivos de los jóvenes.
- √ Sexualidad del adolescente
- √ Noviazgo, enamoramiento y amor.
- √ VIH-SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- √ Sexualidad placentera.
- √ Práctica del uso adecuado del condón.
- √ Valores, autoestima, toma de decisiones.
- √ Prevención de adicciones y accidentes.

El propósito de esta temática es que el adolescente y adulto joven adquieran conocimientos y habilidades que se traduzcan en conductas positivas, prácticas sexuales seguras y libres de riesgos.

El abordaje de los temas de sexualidad se fundamenta en un modelo holístico basado en cuatro dimensiones: psicológica, afectiva, de género y erótica.

En este tipo de capacitación se busca que los participantes se ubiquen en el centro del proceso de aprendizaje, como sujetos del mismo, ya que se pretende que el proceso educativo contribuya a que desarrollen su potencial individual y colectivo.

Las tareas de esta capacitación contemplan tanto asignación de tiempo teórico (20%) y

el uso de técnicas vivenciales (80%). La capacitación consistirá en 16 sesiones de 2 horas asistiendo dos días a la semana.

Los docentes capacitadores serán pasantes en servicio social en Medicina y Psicología, así como adolescentes graduados del programa CARA, de IMSS-Oportunidades, del Ejido Yucatán del Valle de Mexicali.

La capacitación será apoyada y documentada con el acervo bibliográfico sobre educación sexual, participación comunitaria, salud del adolescente rural, y demás información teórica conceptual del programa CARA y de las estrategias de prevención y educación sobre el VIH-SIDA de CENSIDA, MEXFAM, Population Council de México, CONASIDA, UNESCO, ONUSIDA, así como organismos de la sociedad civil.

Por último, es importante recordar que esta sería la fase de capacitación de promotores comunitarios, y que en una segunda fase del proyecto estaremos operando estrategias de información y capacitación sobre VIH-SIDA en pequeños grupos, personalizada o en centros de trabajo, por lo cual el hecho de contar con promotores capacitados facilitará la puesta en marcha de estrategias de intervención eficaces.

11.4 Comunicación educativa.

La comunicación efectiva en educación para la salud sexual y en VIH-SIDA requiere que el mensaje sea recibido, comprendido e incluso aceptado, por los usuarios, ya que la comunicación es el proceso por el que una persona influye en el comportamiento de otra, ya sea en sus conocimientos, habilidades, creencias o valores.

La comunicación es un proceso natural, dinámico y complejo, fundamental para la existencia, el crecimiento y el cambio de conducta de los individuos o los grupos.

En este contexto de la comunicación, la educación para la salud se preocupa por el desarrollo, los valores y los comportamientos que favorezcan la salud (OMS, 1989),

buscando aumentar la calidad de vida de los individuos y la comunidad.

En la presente estrategia se priorizará la comunicación interpersonal y la comunicación en pequeños grupos, valorando las características de los grupos pequeños porque de esta manera cada miembro puede estar en relación directa con cada uno de sus pares.

Las formas de comunicación serán la escrita y la oral, y se buscará la comunicación educativa con la gente y para la gente, construyendo vínculos entre la comunidad, los capacitadores en educación sexual, los promotores comunitarios y la estrategia educativa frente al VIH/SIDA.

Para evitar problemas de comunicación en las dos fases de la capacitación, tanto en promotores como en trabajadores agrícolas, se pondrá énfasis en:

- √ Elaborar mensajes compresibles y significativos.
- √ Practicar la escucha activa.
- √ Utilizar la retroalimentación.

11.5 Participación comunitaria.

Se buscará integrar a los miembros de la comunidad, adultos, adolescentes y niños, al proyecto de intervención educativa, ellos darán validez al trabajo educativo y facilitarán la integración grupal de promotores con su consentimiento, aportarán tiempo para la capacitación, conseguirán áreas físicas, y abrirán las puertas para la información y capacitación de los trabajadores agrícolas, tanto intra como extramuros.

Se contempla involucrar no únicamente a la comunidad o comunidades beneficiarias, sino difundir y llevar este proceso educativo a los centros de trabajo agrícola como una extensión de la experiencia de “pares”, donde la capacitación sería en pequeños grupos, buscando favorecer el intercambio de ideas y experiencias que enriquezcan el proceso.

11.6 Evaluación de estrategias.

El método de evaluación del programa de educación de “pares” sobre VIH-SIDA se realizará mediante encuestas y entrevistas a promotores y trabajadores agrícolas previamente informados y capacitados en el tema, para, de esta manera, conocer sus modificaciones en cuanto a conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo.

Complementario a las encuestas y entrevistas podríamos elaborar los siguientes indicadores de evaluación:

- √ Materiales educativos elaborados y distribuidos por promotores comunitarios (volantes, trípticos y mensajes escritos entregados a la comunidad en los campos agrícolas).
- √ Número de trabajadores informados y capacitados sobre ITS y VIH-SIDA.
- √ Programas de radio con información de VIH-SIDA.
- √ Mayor demanda y uso de condón en población agrícola con vida sexual activa.
- √ Incremento en el uso del condón en trabajadores con historia de migración a E.U.A. y campos agrícolas de México.
- √ Modificación de la percepción de riesgo que tienen los trabajadores agrícolas de contraer una infección transmitida sexualmente.
- √ Cobertura de trabajadores agrícolas capacitados en el proyecto educativo.

CONCLUSIONES.

En la frontera norte de México y E.U.A, se ha vinculado la transmisión del VIH/SIDA a la movilidad poblacional, y los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali, en México, y del Valle Imperial, en E.U.A., son grupos sociales de alta movilidad poblacional y laboral.

Los trabajadores agrícolas mexicanos que fueron objeto de estudio, se ubican en una región agroexportadora y presentaron factores de vulnerabilidad social, como ser: migrantes agrícolas, hombres y mujeres, jóvenes, bajo nivel de escolaridad, bajo salario, viajar sin sus familias, pauperización en su nuevo asentamiento, ya sea este migrante temporal o permanente.

Los trabajadores son adolescentes, adultos jóvenes y un poco más de una tercera parte (37%) son mujeres, en las cuales identificamos marcadas diferencias comparadas con sus compañeros de sexo masculino quienes presentan mejores condiciones sociodemográficas (ocupación, salario, nivel educativo, posición laboral y otras) y mayor información sobre factores de riesgo y conocimientos sobre la transmisión y prevención de la enfermedad (percepción del riesgo ante el VIH/SIDA y uso del condón)

El nivel educativo y los conocimientos sobre los riesgos de infección por el VIH/SIDA, son superiores en los trabajadores de Imperial, California comparados, con los del Valle de Mexicali, el inicio de relaciones sexuales es más tardío, existe mayor poligamia (dos o más parejas distintas al mes), sus coberturas de uso de condón en parejas ocasionales son bajas, lo que incrementa sus riesgos en sus prácticas sexuales. En cuanto a los conocimientos sobre la transmisión, prevención e información sobre el VIH/SIDA, éstos también son superiores en el Valle Imperial: los mensajes preventivos en medios de comunicación electrónicos, periódicos y revistas, así como de amigos y la familia, muestran una mayor accesibilidad, conocimiento e información sobre el VIH/SIDA.

Las variables con mayor asociación estadística y mayor especificidad, encontradas

fueron : edad, sexo, grado educativo e ingesta de bebidas alcohólicas, las cuales influyen en los riesgos para la transmisión del VIH/SIDA de manera diferencial, los adultos jóvenes presentan una mayor actividad sexual y bajas coberturas en el uso de condón en la última relación sexual, y los adolescentes trabajadores son el grupo con menor cobertura de información por la radio y la televisión (únicos medios disponibles en las zonas rurales del Valle de Mexicali).

La asociación entre sexo y grado educativo muestra una gran diferencia en cuanto haber terminado el nivel educativo de primaria, de posprimaria, o carecer de estudios, lo que afecta al trabajador en su salario, en la práctica de uso del condón, y en sus conocimientos sobre la transmisión y prevención sobre el VIH/SIDA.

La asociación entre educación, mayores conocimientos y actitudes positivas ante los riesgos de infección del VIH, muestra porcentajes superiores entre los trabajadores del Valle Imperial.

Al compartir condiciones de entorno geográfico y procesos productivos hortícolas en ambos valles agrícolas, parecería también que se comparten riesgos para la salud, sin embargo, las condiciones sociodemográficas y los conocimientos e información sobre la prevención del VIH/SIDA hacen más vulnerables a los trabajadores del Valle de Mexicali; su edad, bajo salario, movilidad laboral, baja escolaridad, ser mujer trabajadora, y el hecho clave de presentar bajas coberturas de información para la prevención de la enfermedad (por medios de comunicación masivos, amigos, familia), coloca a los trabajadores mexicanos del Valle de Mexicali como sujetos sociales expuestos a un mayor riesgo de enfermar por infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.

La situación actual exige mejorar las estrategias educativas, ya que la prevención requiere mucho más que la transmisión de información de salud positiva: la única manera eficaz de prevenir el VIH es cambiando los comportamientos que ponen en riesgo a la población susceptible, como es el caso del inicio de relaciones sexuales tempranas, uso de drogas y alcohol, número de compañeros sexuales y el uso o no de preservativos.

Por lo anterior, la educación formal y escolarizada juega un papel central porque la escolarización es un proceso sostenido y poderoso de socialización, que da valores, identidades y creencias mediante una exposición cotidiana y prolongada (Boler, 2005), pero sabemos de la alta movilidad poblacional de los trabajadores agrícolas y sus familias, la cual se vincula a los ciclos agrícolas de productos hortícolas de exportación, lo cual no permite asentarse más de 120 días en campos agrícolas, dificultando la continuidad de los hijos de los jornaleros en edad escolar o extraedad, situación que condiciona la educación formal, cotidiana y el cumplimiento de los ciclos escolares, esta movilidad de niños y niñas en edad escolar provoca en los campos agrícolas de Baja California abandono y deserción escolar, regreso tardío a las aulas con bajos niveles de aprovechamiento, esta condición de falta de oportunidad educativa acelera su inserción como fuerza de trabajo infantil en el sector agrícola y según la Comisión Nacional de Derechos Humanos en México, hay 3.6 millones de niños trabajadores de 5 a 17 años de edad, de los cuales 1,100,000 son niños y niñas de entre 5 y 13 años de edad y cerca del 30% laboran en actividades agrícolas.

Esta es una estrategia en la cual la currícula de educación básica debería ser revisada y validada con propuestas de actores de la comunidad y expertos educativos, los cuales vigilarían el buen desarrollo de la educación sexual y la educación en salud en nivel básico y medio superior.

La educación no formal permitirá trascender las aulas y llegar a la comunidad haciendo participantes a los trabajadores agrícolas del Valle de Mexicali, y posteriormente trascender con intervenciones exitosas al Valle Imperial, mediante “la educación entre pares”, siendo este el eje central de nuestra propuesta de capacitación comunitaria. Se pretende el cambio de comportamientos mediante la educación participativa, y con la colaboración de promotores comunitarios adolescentes capacitados y con enfoque hacia la sexualidad, las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA.

Es importante para el Sector Educativo en México retomar la currícula de educación sexual a nivel de educación básica y media superior, buscando establecer consenso de los diversos organismos de la sociedad civil, sindicatos de maestros (SNTE, CNTE, Sindicatos

Estatales, organizaciones de escuelas privadas), sector productivo , Sector Salud y de esta manera el poder estructurar programas de salud sexual integrales en los cuales se ve obligada y necesaria la capacitación educativa de los maestros a nivel de educación básica, técnica y media superior, ya que en algunos casos suelen estar ausentes, desinformados ,privilegiando la formación teórica y con diseño de programas y estrategias para zonas urbanas o en su caso para clases medias, pero no en zonas suburbana marginadas, ni rurales.

Se hace necesario una sociedad civil más crítica y demandante, que retome el problema educativo y de salud que representa el VIH/SIDA, es urgente la vinculación y participación de las ONG en las políticas y estrategias del Estado Mexicano, así como reorganizar y movilizar al CONASIDA, a los Consejos Estatales de VIH/SIDA (COESIDAS) y Consejos Municipales de VIH/SIDA (COMUSIDAS),hay que retomar experiencias exitosas como seria la gestión social del COESIDA –Jalisco-2000, COESIDA-Oaxaca,ONG –Zapoteca en Juchitan, Oaxaca o el Colectivo Sol, A. C. en la Ciudad de México.

Sin la participación de las organizaciones de la sociedad civil, no se avanzará en una educación sexual integral, ni en la lucha frontal contra el estigma y discriminación de los trabajadores agrícolas migrantes y sus familias.

La epidemia de VIH/SIDA en México exige una respuesta multidimensional que implica la colaboración y cooperación entre estados de la Republica Mexicana involucrados con la migración temporal y definitiva de los trabajadores agrícolas al norte de México, ya que logrando identificar las regiones, municipios y comunidades expulsoras se podrían establecer programas educativos y de salud previos al proceso histórico de migración al norte de México y de su potencial emigración a los Estados Unidos de América, igualmente importante es contar con un diagnóstico situacional de población, derechos humanos, educación y salud ante el latente riesgo que representa el VIH/SIDA en el Noroeste de México y Sur de California.

Por último, es importante señalar que, ante la necesidad de una respuesta integral y consensada en el ámbito educativo y de salud colectiva ante el VIH/SIDA es necesario abordar potenciales líneas de investigación educativas en un contexto Binacional California-Baja California, para lo cual proponemos la siguiente temática que podría abordarse en un entorno rural y comunitario:

- Entornos familiares, escolares de niños y de adolescentes jornaleros; Desigualdad educativa y su impacto en la salud colectiva.
- Conocimientos y percepción de los profesores de educación básica ante la sexualidad integral, las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA.
- El papel de los profesores de educación básica como educadores sexuales.
- Evaluación curricular de los contenidos en educación integral de la sexualidad en escuelas primarias y secundarias.
- Importancia de la educación sexual integral y su papel dentro de la organización familiar.
- Evaluación de intervenciones educativas ante el VIH/SIDA y las infecciones de transmisión sexual en México.
- El papel de los grupos conservadores y organizaciones de padres de familia opositores a la educación sexual en México y su impacto en los programas de educación preventiva ante las enfermedades de transmisión sexual, embarazo adolescente y VIH/SIDA.

Es incuestionable que la escuela puede jugar un papel estratégico para ofrecer educación sexual integral en los adolescentes y adultos jóvenes, asimismo es importante la socialización de conocimientos relevantes para la promoción de habilidades, actitudes y valores que ayuden a los jóvenes a vivir una sexualidad plena, protegida y responsable.

BIBLIOGRAFÍA

- ALBA, Francisco (1999). "La migración de Mexicanos a Estados Unidos". En Este País. No. 105.
- ANGUIANO Téllez, María Eugenia (1995). Agricultura y migración en el Valle de Mexicali. El Colegio de la Frontera Norte. México.
- ANGUIANO Téllez, María Eugenia (1989). "Trabajadores agrícolas migrantes en Baja California, vinculación con la migración internacional", en Estudios Fronterizos, IIS-UABC; año VII, vol. IX, No. 20. Sept.-Dic. Mexicali, B. C.
- ASTORGA Lira, Enrique (1985). Mercado de trabajo rural en México. Edit. Era. México.
- AVILA Rosas, E y E. Casanova (1998). "Algunos determinantes biológicos y sociales del peso al nacer". Revista de Salud Pública de México. INSP. México, pág. 47-52.
- BANDURA, Albert. (1986). Social Foundations of Thought and Action: Social Cognitive Theory. Englewood, Cliffs. NY. Prentice Hall.
- BANDURA, Albert (1987). Pensamiento y Acción. Fundamentos Sociales. Edit. Martínez Roca. Barcelona, España.
- BARAHONA, Ana (2006). BIOLOGIA 1. Edit. Castillo, México.
- BEHM Rosas, Hugo (1987). "Un cuadro epidemiológico de los grupos sociales de riesgo para la sobrevida infantil". Las desigualdades sociales ante la muerte en América Latina. CELADE, Argentina.
- BEJARANO Vázquez, R. (1997). "Análisis realizado en 16 localidades consideradas como de Riesgo en el Valle de San Quintín, B. C." ISEP. Mimeo.
- BOLER, Tania (2005). Global Campaign for Education. Bussels, Belgium, pág. 38.
- BREILH, Jaime (1986). Epidemiología, economía, medicina y política. Edit. Fontamara, 2da. edición. México.

- BREILH, Jaime y E. Granda (1982). Investigación de salud en la sociedad. Edit. CEAS, Quito, Ecuador.
- BRONFMAN, Mario, et al. (1995). "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos en los Estados Unidos", en Bronfman y Amuchástegui. SIDA en México, migración y adolescencia y género. México, Colectivo Sol, A. C.
- BRONFMAN, Mario et al. (2004). Movilidad poblacional y VIH-SIDA. Instituto Nacional de Salud Pública, pág. 25, México.
- BRONFMAN Mario, Leyva Flores et al. (2003). "Migración, género y SIDA: Contextos de vulnerabilidad en género y salud en cifras". SSA. Vol. 1 No. 3, México.
- CABALLERO, Martha, et al. (2002). Migration, gender, and HIV/AIDS in Central America and Mexico. Monduzzi Editore, Bologna, Italy.
- CASSEL, John. (1974). "Psychosocial Processes and stress: a theoretical formulation" Inter. Journal of Epidemiology. 64:No.11,104
- CASTILLO Ponce, R., et al. (2004). "Sincronización entre las economías de México y Estados Unidos: El caso del sector manufacturero". En Comercio Exterior, Vol. 54, No. 7, julio de 2004. México.
- CENTER AIDS PREVENTION STUDIES (2006). "Sirve la educación sexual". En Educación, No.136. México, págs. 15-17.
- CDC (2005). División of HIV AIDS Prevention. Atlanta, Georgia. E.U.A.
- COLIMON, Kahl-Martín (1990). Fundamentos de epidemiología, Ediciones Díaz Santos. España.
- CONASIDA (1987). Informe de la epidemia de VIH/SIDA en México. SSA. México.
- COPLADE (1983). Estadísticas vitales de Baja California; Mexicali, B. C.
- CONEPO (1986). Encuesta demográfica de Baja California; Mexicali, B. C.

- CONEPO (1994). Distribución de la población en Baja California. Cuadernos de Población, No.1, Mexicali, B. C.
- COOMBE, Carol y Ahmed (1975). La lucha contra la pobreza rural. El aporte de la educación no formal. Tecnos. Madrid. Págs. 26-27
- COOMBE, Carol (2000). "Respuesta innovadora a través de un marco político y administrativo" En educación como medio para combatir el VIH/SIDA. Revista de educación "perspectiva". Vol. XXXI, No.3 Ginebra, Suiza. Pág. 491-492
- COOMBE, Carol y Nelly Michel (2001). "La educación como medio para combatir e VIH/SIDA". Perspectivas Vol. XXXI, No. 3. UNESCO.
- CÓRDOVA, Alejandro, et al. (1985). "Regionalización del riesgo en México", Información Científica y Tecnológica, vol. VII, No. 103, CONACYT.
- CORONA Vázquez, Rodolfo (2008): "VII Seminario Regional de Innovación en México". Tema: Migración y desarrollo. CONACYT-Cámara de Diputados-COLEF. Tijuana.
- DAKAR (2000). Foro mundial de la educación. Dakar, Senegal. OIE-UNESCO. Ginebra, Suiza.
- DELORME, Jacky (2004). "Los carriles rápidos del VIH/SIDA". OIT. Ginebra.
- DE LA FUENTE, Rodolfo (1998). Diagnóstico ambiental de los factores de riesgo de la salud de los jornaleros agrícolas migrantes del Valle de San Quintín, B. C. (Tesis de Grado).UPN. Mexicali, México.
- DE LA FUENTE Rodolfo, y José Luís Molina Hernández (2002) San Quintín un camino al corazón de la miseria. Gobierno del Estado de Baja California-ICBC-UPN. Mexicali, B.C.
- DURAN González, Lilia, et al. (2001). Educación integral para la salud. Edit. Trillas-Funsalud. México, pág. 106-114.

- FENSTER L., Coye M. (1990). "Brithweigth of infants born to hispanic women employed in agriculture". Archives of enviromental health.
- FERNÁNDEZ Y Abello (1994). Globalización y regionalización: Buscando el fondo y su razón. En Revista de Estudios Fronterizos. UABC. Mexicali, México. Págs. 69-70
- FITZPATRICK, Ray, et al (1997). La enfermedad como experiencia. Fondo de la cultura Económica. México.
- FOSADOS, Raquel et al. (2006). Uso del condón y la migración a Estados Unidos. Revista de Salud Pública, 48. No.1, Febrero 2006. México.
- FOX, John P. Epidemiología, Edit. Prensa medica 3ra. Edit. Argentina, 1977.
- FREIRE, Paulo (1997). Pedagogía de la autonomía. Edit. Siglo XXI, 9na edición. Pág. 38. México.
- FREIRE, Paulo (1969). Pedagogía del oprimido, Edit. Siglo XXI, 1ª. Edición. Pág. 154. México.
- FREIRE, Paulo (2001). La educación como practica de la libertad. Ed. Siglo XXI. 49ª. Edición. Pág. 104. México
- FUENTES, Cesar Mario (1990). Análisis de la evolución del patrón de cultivos en el Valle de Mexicali (1965-1985), Tesis de Maestría, COLEF; Tijuana, B. C.
- GIMÉNEZ, Gilberto (1995). Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad. Vol. I No. 2. Enero-Abril. México.
- GONZÁLEZ Garza et al. (2005). Perfil de comportamientos sexuales en adolescentes Mexicanos. ENSA-2000. Salud Pública de México. Pág. 217
- GOODE W., Hatt P. (1980). Métodos de investigación social. Edit. Trillas. 11ª. Edit. México.
- GONZÁLEZ Block , Miguel y Liguori (1993). "El SIDA en los de abajo". Nexos 185, México.
- GUDELIA, Rangel et al. (2006). HIV risk in Mexican migrants and inmigrants. Salud Pública de México. Vol.48, No.1, Ene-Feb, 2006. México. Págs. 2 y 6

- HERNÁNDEZ, Mauricio, et al. (2005). High rates and risk behavior among Mexican migrants in California. National HIV prevention conference. Georgia, Atlanta
- HERNÁNDEZ, Gabriela, et al. (1993). "Hacia una nueva concepción y una nueva práctica de la educación para adultos" En nuevos rostros y esperanzas para viejos desafíos. La educación de las personas adultas. Tomo 2, UPN. México. Págs. 198-199.
- HERRERA Menchén, Maria. La educación no formal en España en jóvenes y educación no formal. Revista Estudios de Juventud No. 74 Sep. 2006. Madrid. España.
- HURTADO, Joaquín (2005) "Letras S ". Junio 2005. Periódico La Jornada, México.
- INEE (2006). "Rezago educativo en México". Periódico El Financiero, México, 27 de Julio 2007.
- INEGI (1930, 1960, 1980, 1990, 2005). Censos de población y vivienda. México.
- INEGI (1996). Baja California, Censo de población y vivienda. 1995, "Resultados definitivos Tabulados", México.
- INICIARDI, James et al. (1999). Drug use and HIV: Risks among migrant worker of the Delmar Peninsula. Substance abuse. Vol. 20, No 2, June.
- IIS-PRONSJAG (1994). "Encuesta a jornaleros agrícolas del Valle de Mexicali". Reporte Técnico. IIS-UABC. Mexicali, B. C.
- ISLA, Pilar (2001). Metodología de la educación para la salud. En Promoción y educación para la salud. Edit. Milenio. 1ª. edición. Madrid. Pág. 132.
- IMSS (1989). "Enfoque de riesgo reproductivo". En comunicación educativa en salud reproductiva y planificación familiar, editorial Amidem .México.
- IMSS (1986-1991). Diagnóstico de salud en zonas marginadas rurales de México. México.
- IMSS (2003). Encuesta Nacional PREVENIMSS. México.

- IMSS-OPORTUNIDADES-THDIS; (2007). CARA. "ocho años de experiencia con adolescentes rurales e indígenas. 1ª. Edición Pág.56. México
- IMSS (2007). Promotores adolescentes PREVENIMSS. Guía técnica. 1ª. Edición. México.
- IMSS (2007). THAIS, UNFPA. Centro de Atención Rural al Adolescente (CARA). IMSS-Oportunidades. 1ª. Edición. México.
- IMSS (1997). Participación comunitaria. Experiencia en zonas indígenas y campesinas. México.
- IZAZOLA, José Antonio et al. (1991) Relaciones sexuales entre mujeres y hombres. Identificados como homosexuales y probabilidades de transmitir el VIH a otras personas. En VII Conferencia Internacional sobre SIDA. Florencia Italia.
- LA BELLE, Thomas. J. (1982). Formal, non formal, and informal education: A holistic perspective in life long learning. Comparative, Ed. Rev. Pág. 160
- LA BELLE, Thomas. J. (1984). Educación no formal y cambio social en América Latina. Nueva Imagen. México.
- LA BELLE, Thomas. J. (1986). Non formal education in Latin American and the Caribbean stability, reform, or revolution, United States. Citado por Pieck Enrique. En: Función social y significado de la educación comunitaria. UNICEF-Colegio mexiquense.1996, México.
- LABONTE, Ronald (1996). Estrategias para la promoción de la salud en la comunidad. En promoción de la salud: una antología. OPS. Pág. 153-159. Washington.
- LANGER Ana, Romero Mariana (1996).El embarazo, el parto y el puerperio. En mujer Sexualidad y salud reproductiva en México. Edit. Edamex. México.
- LAMAS, Marta (1997). Letra "S" suplemento del periódico la Jornada. Agosto. México.

- LARA Flores, Sara y Hubert C de Grammont (2003). "Jornaleros agrícolas y migración temporal". En este País. No.148, Julio. México.
- LAURELL A., Cristina, y Margarita Márquez (1983). El desgaste obrero en México. Edit. Era, México.
- LAURELL, A. Cristina (1982). "La Salud-Enfermedad como un Proceso Social", Revista Latinoamericana de Salud. No.2 Edit Nueva Imagen, México.
- LAURELL, A. Cristina (1989). La salud en la fábrica. Edit. Era, México. Pág. 19.
- LAURELL, A. Cristina (1995). "Desarrollo teórico y avances empíricos en salud y crisis en México". Edit. Siglo XXI, México. Pág. 120-126.
- LETRA S (2004). Recortes presupuestales en la mira, la salud de las mujeres y de las personas con VIH/SIDA. Febrero. En "periódico la Jornada". México.
- LETRA S (2005). No.107. Junio, en "periódico la Jornada". México.
- LOPEZ, Sánchez, Félix (2005). Educación sexual. Edit. Biblioteca Nueva. Madrid, España. Págs. 43-44.
- MAGIS Rodríguez, Carlos et al. (2000). "El SIDA en México". CONASIDA. México.
- MAGIS Rodríguez, Carlos et al. (1998). "La situación del SIDA en México a finales de 1998". En enfermedades infecciosas y microbiológicas. México.
- MAGIS Rodríguez, Carlos (1995): "Casos de SIDA en el área rural de México". Salud Pública de México. Noviembre-Diciembre. Volumen 37. Cuernavaca, Morelos, México.
- MANN M., Jonathan (1996). Las tribus del SIDA y los efectos civilizatorios. En LETRA "S' "Periódico la Jornada". Agosto. México, págs. 162-163
- MANN M., Jonathan (1998). "Panorama del SIDA en 1998". En investigación y ciencia. Edit. Prensa científica, S.A. España.

- MANN M., Jonathan (1992). AIDS Prevention Through Education: A Word View, Oxford University Press. In Company.
- MARCHETTI Lamagni, Raquel (2000). "Importancia de la educación en la prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana". En nuevos rostros y esperanzas para viejos desafíos. Colección archivo. Edit. UPN. México
- MARQUEZ, Fernando (2001). "Marco teórico en la promoción y educación para la salud". En educación y promoción de la salud. Edit. Milenio. 1ª. edit. Barcelona. Pág. 36
- MARTÍNEZ, Carolina (1993). "Reflexiones sobre la aproximación al riesgo, sobrevivir en Malinalco: La Salud al Margen de la Medicina. El Colegio de México-UAM-X, México.
- MARTÍNEZ Donate, Ana, et al. (2005). "La infección por VIH en poblaciones móviles. El caso de los migrantes mexicanos nacidos en Estados Unidos. Revista Panamericana de la salud. Vol.17, No .1. Enero. Washington, D. C
- BERKOW, Robert (1994). Manual Merck, Editorial Mosby, 9ª Edición. México.
- MEXFAM Population Council (2000). Encuesta gente joven 1999. México.
- MOCLUS Estella, Antonio (1990).Planificación y educación de adultos. La formación para el empleo en Europa. Revista complutense de Educación. Volumen 1 (2), 195-206. Edit. Universidad Complutense, Madrid.
- MOCLUS Estella, Antonio (2004). Educación y cruce de culturas. Fondo de la Cultura económica. 1ª. Edición. México. Págs. 62.
- MOLINA, Gustavo (1993). "Trabajadores rurales en América Latina". Estudio sobre las condiciones de salud de los trabajadores. OPS. Edit. Paltex. Washington. D. C.
- MORENO Mena, José (1994). Mercado de Trabajo y características de la mano de obra en el Valle de Mexicali. Tesis de Grado. UAM-X, México.

- MORENO Mena, José (1994). "Una aproximación a las características actuales de la mano de obra agrícola en el Valle de Mexicali. Estudios Fronterizos. IIS-UABC. No.34, Julio a Diciembre. Mexicali, B. C. México. Pág.43
- MORENO MENA, José y Lya Niño Contreras (2004). "Nivel de bienestar de los trabajadores agrícolas en los valles de San Quintín y Mexicali. Revista de Ciencias Marinas, UABC, No. Especial 30 (1A) Ensenada, B. C.
- MORENO Mena, José y Lya Niño Contreras (2007): "Pobreza y niveles mínimos de bienestar de los jornaleros agrícolas en los valles de San Quintín y Mexicali." En los jornaleros agrícolas, invisibles productores de riqueza. CIAD-Plaza Valdés. 1ª Edición México.
- MUÑIZ Martelon, Melba, et al. (1996)."Mexican migrants HIV issues: Problems and strategies".XI Conferencia Internacional sobre SIDA. Vancouver, Canadá
- NORELL, Staffar (1994). Diseño de estudios epidemiológicos. Edit. XXI. 2da. Edición, México.
- OCDE (2005) Estudio Económico de México 2003 – 2004. En comercio exterior. Vol. 54 No. 2. Febrero 2005. México.
- OIM (2000). An era of Internacional migration, World Migration Report. Ginebra, Switzerland.
- OMS (1989). Educación para la salud. Ginebra, Suiza.
- OMS (1998). Simposium sobre: SIDA, educación y comunicación. Ixtapa, México.
- ONUSIDA (1997). Los refugiados y el SIDA. Ginebra, Suiza.
- ONUSIDA (1998). El SIDA y el personal militar. Mayo. Ginebra, Suiza
- ONUSIDA-OMS (2007).Informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA. Ginebra, Suiza.
- ONUSIDA (2001).Movilidad de la población y SIDA. Ginebra, Suiza.

- ONUSIDA (2001).Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Ginebra, Suiza.
- ONUSIDA (2004).Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA. Ginebra, Suiza.
- ONUSIDA (2008). El VIH/SIDA y la educación. Un enfoque estratégico. Editorial. UNESCO. París, Francia.
- ORGANISTA KC, Balls Organista (1997). Migrant laborious and aids in the United States: A review of the literature aids education and prevention.9 (1): 83-93
- ORGANISTA KC, et al. (1997) Survey of Condon related beliefs, behaviors, and perceived social norm in Mexican migrant laborer. Journal of community health. 22:185-198.
- ORNELAS, Carlo (2006). Síntesis-SEP, Julio. México.
- OVIEDO-Arce (1997). “Prácticas de riesgo en una comunidad de trabajadores agrícolas Mexicanos en la costa noroeste de los Estados Unidos de América”. VI Congreso Nacional de SIDA. México.
- PALACIOS, Jesús. (1984). “Concientización y liberación”. En cuestión escolar. Edit. Laia Madrid, España. Pág.79
- PALMA Yolanda, Rivera Gabriela (1996). La planificación familiar en México: La Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México. Edit. Edamex. México.
- PICK, Susan (1997). “Los efectos indeseables de una educación autoritaria”. Letra S.
- PIECK, Enrique (2000). Consideraciones para una estrategia de capacitación. En Nuevos rostros y esperanzas para viejos desafíos. Tomo 2. México. Pág.177-179.
- PIECK, Enrique (1997). La educación para adultos: Caracterización, impactos y consideraciones propositivas. En colección documentos de investigación. El Colegio Mexiquense, A. C. México. Pág.5

- PIOT, Meter (1998). "La ciencia del SIDA: Una historia de dos mundos". En Este País. No. 89, Agosto.
- POSADAS Segura, Florencio, (1985). El proletariado agrícola en el estado de Sinaloa. Edit. IIS/U.A.S. México.
- POY Solano, Laura (2006). En Síntesis-SEP, Septiembre-Julio. México.
- POPULATION COUNCIL (2006). Migrants: Población vulnerable ante el VIH/SIDA. México. Pág. 1
- PUFFER R. Y C. Serrano (1975). "El peso al nacer, la edad materna y orden del nacimiento, tres importantes determinantes de la mortalidad infantil" publicación científica de la Organización Panamericana de la Salud.
- RASTOGUI, SK et al. (1989). "Study of respiratory impairment among pesticides sprayers in mango plantations". Am. J. Ind. Med.16:529-538
- RAYA, Alfonso (2005). "Llevar al desempleo a más de un millón, única aportación de Fox en material de empleos". En periódico La Jornada. México.
- ROMERO Keith, José (2002). Gestión social y VIH en México. PNUD-COESIDA Jalisco. México. Pág. 61-66.
- ROTHMAN, Kenneth (1990). Epidemiología Moderna. Editorial Díaz Santos, Madrid, España.
- RUBIO, Blanca (2004) "La fase agroalimentaria global y su repercusión en el campo mexicano. Comercio Exterior. Vol. 54, No. 11, noviembre del 2004. México.
- SAEZ , Salvador (2001). La comunicación y la educación para la salud. Promoción y Educación para la salud. Ed. Milenio. 1ª. Pág.215. Edición. Madrid.

- SALGADO DE ZINDER, et al. (1996). Aids: Risk behaviors among rural Mexican woman married to migrant workers in the United States. Aids education and prevention.8: 134-142.
- SARRAMONA, Jaume (1998).” La alfabetización”. En educación no formal. Edit. Ariel. Barcelona, España. Págs.30-32
- SARRAMONA Jaume, G Vásquez y Antoni Colom (1998). Educación no formal. Edit. Ariel. Barcelona, España
- SALTIJERAL, Maria Teresa, et al. (1996).”Características psicosociales de las mujeres víctimas de la violencia intrafamiliar”: Repercusiones en su estado de salud mental. Instituto Mexicano de Psiquiatría, México.
- SAMANIEGO López, Marco Antonio (1991). “Las dificultades económicas y los Cambios políticos”. En Mexicali, una Historia. IIH-UABC. México.
- SAN FRANCISCO AIDS FOUNDATION. Aids cases by race ethnicity USA, California and San Francisco. 1981-2004. USA. 2004
- SAN MARTIN, Hernán (1990). “La complejidad social, cultural, económica, política, ideológica y Psicosocial de las sociedades humanas” ”, En Epidemiología de la vejez, Edit Interamericana. Madrid, España
- SAN MARTÍN, Hernán (1983).Salud y Enfermedad. Edit. Prensa Médica Mexicana 7a. edición., México.
- SAVATER, Fernando (2000). Los caminos para libertad. Ed.Ariel.1ª.edit. Madrid, España. Pág. 45.
- SEP (2000). “Nociones introductorias para maestras y maestros de educación básica”. En Sexualidad infantil y juvenil. Edit. SEP. México. Págs. 3-5

- SEPÚLVEDA, Jaime (1992). "Prevención a través de la información y la educación: "Experiencia en México". En SIDA su prevención a través de la educación: Una perspectiva mundial. Edit. El manual moderno. México.
- SCHWARTZMAN, Simón (2000). El futuro de la educación en América Latina. Oreal-UNESCO, Santiago de Chile. Pág. 41-42.
- SMITH, Robert (2002). "Al este de Aztlán". Letras libres. Octubre 2002. México.
- SSA-SINAVE, (1997). "Epidemiología ", Casos Nuevos de Notificación de Enfermedades por Entidad Federativa. México, D. F
- SSA-CENSIDA (2007). Registro Nacional de casos de SIDA. Noviembre. México.
- SSA-INSP-CENSIDA (2008): 21 Años del SIDA en México: Logros, desaciertos y retos.
1ª. Edición. México.
- STAMATIS Maldonado, Martha (1987). "El Valle de Mexicali: Agricultura e Inversión extranjera (1901-1986)". Estudios Fronterizos, IIS-UABC, año V, Vol. V, No. 12-13. Enero - Agosto. Mexicali, B. C.
- STAMATIS Maldonado, Martha (1995). "Agricultura de exportación, población rural y salud en la Frontera Norte; los jornaleros agrícolas en el valle de Mexicali", SOMEDE, México.
- STAMATIS Maldonado, Martha (1992). "El impacto de la inversión extranjera en el patrón de cultivos y la fuerza de trabajo agrícola en el Valle de Mexicali". En Poblamiento, estructura regional y agrícola. SOMEDE, México
- STIGLITZ, Joseph (2005). El descontento con la globalización. En la jornada. 16 de Mayo del 2005. México.
- SOLIS, Mónica (2007). Educación entre pares: Prevención del proceso de VIH/SIDA Educación-UNESCO. Montevideo. Pág.10.
- SUPLEMENTO LETRAS (2005). No. 107. La Jornada. México.

- TAMBELLINI Arouca, Ana María (1975). "Contribución al análisis epidemiológico de los accidentes de tránsito". Tesis de doctorado. Universidad Campina, Brasil.
- TORRES, Carlos Alberto (1995). "Paradigmas de la educación no formal" en la política de educación no formal en América Latina. Edit. Siglo XXI. Pág. 51. 1ra. Edición México.
- TORRES, Carlos Alberto (1979). La praxis educativa de Paulo Freire. Edit. Gernica. Madrid.
- KELLY, Michael (2000). Planning for education in the context of HIV/AIDS. UNESCO. Paris, Francia.
- UNAIDS (1999). Peer Education and HIV-AIDS: Concepts, uses and challenges. Ginebra, Suiza.
- UNAIDS (2007). AIDS Epidemic. December, 2007. Ginebra, Suiza.
- UNESCO (1998). Proyecto: Enfoque cultural de la prevención y atención al VIH/SIDA. Ginebra, Suiza.
- UNESCO (2000). Foro Mundial de Educación. Abril, Dakar, Senegal.
- UNESCO (2004). Estrategia de la UNESCO en educación para la prevención del VIH/SIDA. Ginebra
- UC Berkeley News (2008): More Focus needed for effective HIV prevention strategies in Africa, say new policy paper. Berkeley, Ca. E.U.A.
- UNESCO (2007). Faire les connexions: L'importance de L'alphabétisation pour la prevention du VIH. Hambourg, Allemagne.
- UNESCO (2003). Quality Education and HIV/AIDS. Paris.
- UNESCO (2007). Response de L'école au VIH et au sida. Module 17 Paris, France.

- USECHE, Bernardo, et al. (2005). "Desigualdades y SIDA", en Contexto neoliberal de la epidemia en Texas. USA. Pág.3
- USIETO, Ricardo (1990). "Perspectivas sociológicas": En R. Najera (ed.). SIDA: De la biomedicina a la sociedad. Edit. Budema. Madrid, España.
- USIETO, Ricardo Y Sastre Julia (1996). "Comportamiento y transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana" en el desafío social del SIDA. Edit. Fundamentos. Madrid. 1ra edición. Pág. 21
- VASQUEZ, Gonzalo (1998). La educación no formal y otros conceptos próximos. En Educación no formal. Edit. Ariel ,1ª.edición. Madrid, España. Pág. 16.
- VELASCO Cruz, Saúl (2003). "La migración indígena. El Movimiento Indígena y la Autonomía en México. UNAM, UPN. México.
- VELÁSQUEZ Morales, Catalina (1991). "El proceso de Mexicanización 1933-1936" En Mexicali una historia. IIH-UABC, México.
- VILLALOBOS, José, et al. (2008). 25 años del SIDA en México; Logros, desacuerdo y ritos. SSA-INSP-CENSIDA, 1ª.Edit. México.
- WALTHER Meade, Adalberto (1996). El Valle de Mexicali. Edit. UABC. Mexicali, B.C., México.
- WILLIAMS, Brian. (2002). "Perfil de la epidemia de VIH/SIDA en la comunidad afroamericana". SEISIDA, Vol.13, No.8. Argentina. Pág. 548.
- YIN, Robert. K. (1993). Applications of case study research. Newbury Park, California.
- ZAZUETA, Carlos (1978). La formación de la frontera norte; el caso de Baja California. Tesis de Maestría. El Colegio de México.

ANEXOS

UNIVERSIDAD PEDAGOGICA NACIONAL
UNIDAD MEXICALI

ENCUESTA DE ACTITUDES, COMPORTAMIENTOS Y NECESIDADES DE EDUCACION PARA
LA SALUD EN TRABAJADORES AGRÍCOLAS SOBRE VIH-SIDA. 15-49 AÑOS.

FOLIO |__|__|__|

1. Ciudad _____
2. Municipio _____
3. Condado _____
4. Fecha de la encuesta _____ Nombre del encuestador _____
5. Sexo [__]
1. Masculino 2. Femenino
6. Edad en años completos. [__|__|
7. Estado civil [__]
1) Casado (a)
2) Soltero (a)
3) Unión libre
4) Viudo (a)
5) Otro
8. Grado educativo cursado en forma completa. [__]
1) Ninguno
2) Primaria
3) Secundaria
4) Preparatoria
5) Carrera técnica/comercial
6) Profesional
7) No contestó
9. Lugar de nacimiento (estado) _____
10. Tiempo de permanencia en esta comunidad [__]
1) Menos de un año
2) 1 a 5 años
3) 6 a 10 años
4) 11 a 20 años
5) Mas de 20 años
6) No contestó
11. ¿Trabaja actualmente? [__]
1) Sí
2) No

12. Ocupación principal _____

13. ¿Trabaja usted en otra ciudad o campo agrícola en el año ? 1) Si 2) No [____] Donde ?

14. Contratación en el trabajo. [____]

- 1) Por Jornada
- 2) Contrato
- 3) Base
- 4) A destajo
- 5) Otros _____

15. Salario semanal \$ _____ Dlls _____ MN.

16. Religión a la que pertenece. [____]

- 1) Ninguna
- 2) Católica
- 3) Testigo de Jehová
- 4) Adventista
- 5) Cristiano
- 6) Mormón
- 7) Protestante
- 8) Espiritualista
- 9) Otra
- 10) No contestó

Factores de riesgo

17. En las últimas cuatro semanas, ¿cuántas veces ha ingerido bebidas alcohólicas? [____]

- 1) Todos los días
- 2) Por lo menos una vez a la semana
- 3) Menos de una vez a la semana
- 4) Nunca

18. Si ha probado algún tipo de droga ¿cuál de las siguientes ha probado?

[____] [____]

- 1) Marihuana
- 2) Heroína
- 3) Cocaína
- 4) Crack
- 5) Anfetamina
- 6) Tranquilizantes
- 7) Barbitúricos
- 8) Heroína y cocaína juntas
- 9) Varias, ¿cuales? _____
- 10) Ninguna

19. ¿Ha utilizado jeringas para inyectarse alguna droga? [____]

- 1) Sí
- 2) No

20. ¿Está o no casado y con quien mantiene relaciones sexuales? [____]
- 1) Casado (a) actualmente, vive con su esposo (a).
 - 2) Casado (a) actualmente, vive con otra pareja sexual.
 - 3) Casado (a) actualmente, no vive con la esposa ni con ninguno (a) pareja sexual.
 - 4) No esta casado (a), y vive con una pareja sexual
 - 5) No esta casado (a), y no vive con una pareja sexual
 - 9) No hay respuesta

21. ¿Alguna vez ha escuchado sobre el condón masculino? [____]
1. Sí
 2. No
 3. No sabe
 9. No contestó

22. ¿A que edad tuvo su primera relación sexual? [__|__] años.

En caso de **no** tener relaciones sexuales pasar a la pregunta **39**.

Sexualidad y salud.

23. ¿Ha tenido relaciones sexuales en los últimos 12 meses? [____]
- 1) Sí
 - 2) No
 - 9) No contestó

** En caso negativo pasar a la pregunta 26*

24. ¿ En los últimos 12 meses con quién ha tenido relaciones sexuales ¿ [____]
- 1) Con su esposo (a)
 - 2) Con su cónyuge y otros (a)
 - 3) Con su novia (o)
 - 4) Con su pareja en unión libre
 - 5) Con una trabajadora del sexo.
 - 9) No contestó

25. Número de personas con las que ha tenido relaciones los últimos 12 meses: [____]

26. ¿Tiene o ha tenido una pareja de su mismo sexo? [____]
- 1) Sí
 - 2) No
 - 9) No contestó

27. La relación con su pareja es:

- | | | |
|----------------|--------|--------|
| 1) Vaginal | [____] | [____] |
| 2) Oral | [____] | [____] |
| 3) Anal | [____] | [____] |
| 9) No contestó | [____] | [____] |
| | Sí | No |

28. ¿Con cuántas parejas masculinas ha tenido relaciones sexuales anales en los últimos 12 meses? [____] [____]

29. ¿Ha tenido relaciones sexuales con la misma persona durante los últimos 12 meses?

[____]

- 1) Sí
- 2) No
- 9) No contestó

30. ¿La última vez que tuvo relaciones sexuales con su pareja habitual, utilizaron el condón?

[____]

- 1) Sí
- 2) No
- 9) No contestó

** En caso de que **no** pasar a la pregunta 32*

31. ¿Quién sugirió el uso del condón?

[____]

- 1) Yo
- 2) Mi pareja
- 3) Los dos
- 4) No uso
- 9) No contestó

** Pasar a la pregunta 33*

32. ¿Razón por la que usted y su pareja no utilizaron el condón en esa oportunidad? [____]

- 1) No estaban disponibles
- 2) Muy caros
- 3) La pareja no estaba de acuerdo
- 4) Yo no estaba de acuerdo
- 5) No les gusta
- 6) Utilizaron otra protección
- 7) Usan anticonceptivos
- 8) No pensaron que fuera necesario
- 9) No pensaron en eso
- 10) No hablan de eso
- 11) Otro _____

33. ¿Con que frecuencia usted y su pareja sexual utilizaron un condón como protección en los últimos 12 meses?

[____]

- 1) Todo el tiempo
- 2) Casi todo el tiempo
- 3) Algunas veces
- 4) Nunca
- 9) No contestó

34. ¿Ha tenido relaciones sexuales con una pareja ocasional que no sea trabajadora del sexo en los últimos 12 meses?

[____]

- 1) Sí
- 2) No
- 9) No contestó

35. ¿Cuántas veces tuvo relaciones sexuales con esta persona en los últimos 30 días? [____] [____]

9) No contestó

36. ¿La última vez que tuvo relaciones sexuales con esta pareja ocasional, utilizaron condón? [____]

1) Sí

2) No

9) No sabe

* En caso negativo pasar a la pregunta 38

37. ¿Quién sugirió el uso del condón es esa ocasión? [____]

1) Yo

2) Mi pareja

3) Los dos

4) No uso

9) No contestó

38. Únicamente para entrevistados sexualmente activos:

Durante los últimos 12 meses, ¿tuvo alguna vez relaciones sexuales sin utilizar un condón con algún(a) trabajador(a) sexual o cualquier otra pareja sexual con la que no ha vivido ni se haya casado? [____]

1) Sí

2) No

3) No sabe

9) No contestó.

Estrategias de prevención.

39. ¿Ha escuchado alguna vez que las enfermedades pueden transmitirse a través de las relaciones sexuales? [____]

1) Sí

2) No

9) No contestó

40. ¿Ha escuchado alguna vez sobre el VIH o la enfermedad llamada SIDA? [____]

1) Sí

2) No

9) No contestó

41. ¿Conoce a alguien que esté infectado por el VIH o que haya muerto de SIDA? [____]

1) Sí

2) No

3) No sabe

9) No contestó

42. ¿Tiene usted algún pariente o amigo cercano que esté infectado con VIH o que haya muerto de SIDA? [____]

1) Sí, un pariente cercano

2) Sí, un amigo cercano

3) No

9) No contestó

43. ¿Pueden las personas protegerse a si mismas del VIH, el virus que causa el SIDA, utilizando el condón o preservativo de manera correcta cada vez que se tengan relaciones sexuales?
1. Sí
 2. No
 3. No sabe
 4. No contestó.
44. ¿Puede una persona infectarse de VIH por una picadura de mosquito?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No sabe
 - 4) No contestó
45. ¿Pueden las personas protegerse a si mismas del VIH al tener una sola pareja sexual que no este infectada?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No sabe
 - 9) No contestó
46. ¿Pueden las personas protegerse a sí mismas del VIH al abstenerse de tener relaciones sexuales?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No sabe
 - 9) No contestó
47. ¿Puede una persona infectarse del VIH al compartir una comida con alguien que está infectado?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No sabe
 - 9) No contestó
48. ¿Puede una persona adquirir el VIH al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No sabe
 - 9) No contestó
49. ¿Piensa usted que una persona que se ve saludable puede estar infectada con el VIH y que este virus puede ocasionar el SIDA?
- 1) Si
 - 2) No
 - 3) No sabe
 - 9) No contestó

50. ¿Puede una mujer embarazada que está infectada con VIH o SIDA transmitir el virus a su bebé?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No sabe
- 9) No contestó

51. ¿Puede una mujer con VIH o SIDA transmitir el virus a su niño recién nacido a través de la Lactancia (leche) materna?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No sabe
- 9) No contestó

52. Durante los últimos 30 días ¿Qué tan seguido escuchó spots, mensajes de prevención sobre VIH/SIDA en la radio ?

- 1) Todos los días
- 2) Por lo menos una vez a la semana
- 3) Menos de una vez a la semana
- 4) No escucho radio en las últimas 4 semanas.
- 5) No sabe.
- 9) No contestó.

53. ¿Durante los últimos 30 días, ¿con que frecuencia vio en televisión mensajes de prevención sobre VIH/SIDA?

- 1) Todos los días
- 2) Por lo menos una vez a la semana
- 3) Menos de una vez a la semana
- 4) No vio televisión en las últimas 4 semanas.
- 5) No sabe.
- 9) No contestó.

54. ¿Ha escuchado hablar de un condón femenino? (Me refiero a un objeto de hule/látex/que una mujer se coloca en su vagina antes de tener relaciones sexuales)

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No sabe
- 9) No contestó

55. ¿Si un estudiante tiene el VIH pero no está enfermo, se le permitiría seguir asistiendo a clases?

- 1) Sí
- 2) No
- 3) No sabe
- 9) No contestó

56. ¿Si un maestro o maestra tiene el VIH, pero no está enfermo, se le permitiría continuar enseñando en la escuela?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No sabe
 - 9) No contestó
57. ¿Durante los últimos 30 días ha escuchado mensajes de prevención sobre el VIH/ SIDA en otros medios que no sea la radio y la televisión?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No sabe
 - 9) No contestó
58. ¿Por qué medios de comunicación se ha enterado de los riesgos y las medidas de prevención del VIH, SIDA?
- 1) Radio
 - 2) Televisión
 - 3) Periódicos
 - 4) Revistas
 - 5) Escuela
 - 6) Amigos
 - 7) Familia
 - 8) Anuncios espectaculares
 - 9) No contestó
- Otros _____
59. ¿Ha escuchado usted sobre la importancia de realizarse pruebas de detección del VIH en Sangre o en saliva?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) No sabe
 - 9) No contestó
60. ¿Conoce usted algún centro de salud, unidad médica, hospital o médico particular donde puedan informarle sobre las medidas de prevención y control del VIH, así como de otras enfermedades de transmisión sexual?
- 1) Sí
 - 2) No
 - 3) Otro. _____