

respuesta social
ante la movilidad
poblacional y el
VIH/sida

experiencias en
centroamérica y méxico



René Leyva
Marta Caballero
Mario Bronfman

EDITORES



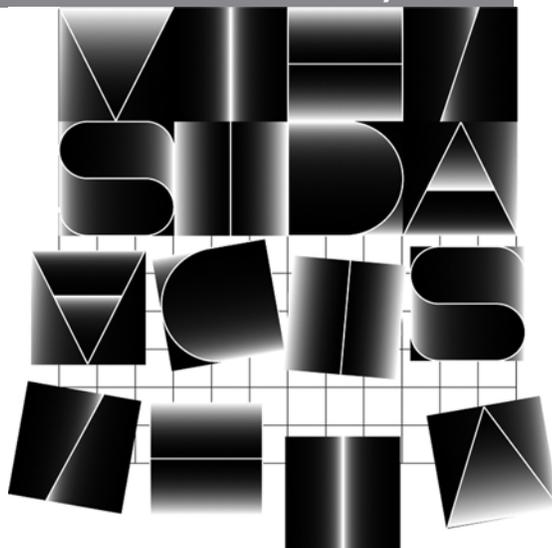
Instituto Nacional
de Salud Pública

RESPUESTA SOCIAL ANTE LA MOVILIDAD
POBLACIONAL Y EL VIH/SIDA:
EXPERIENCIAS EN CENTROAMÉRICA Y MÉXICO



respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/sida

experiencias
en Centroamérica y México



René Leyva
Marta Caballero
Mario Bronfman

EDITORES



Instituto Nacional
de Salud Pública

**Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA:
Experiencias en Centroamérica y México**

Primera edición, 2005

D.R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatitlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México
www.insp.mx

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

ISBN 968-6502-97-1

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio –electrónico, mecánico, fotocopador, registrador, etcétera– sin permiso previo por escrito del INSP.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the NIPH.

AUTORES

Presentación

Mauricio Hernández Ávila
Director General del Instituto Nacional de Salud Pública

Introducción

René Leyva Flores, Marta Caballero, Ángel Zarco Mera,
Mirka Negroni Belén
*Investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud.
Instituto Nacional de Salud Pública. México*

Belize

Abigail C. McKay, Emerson Guild
Emergent Corp.
L. Dana Rhamdas
Belize Family Life Association (BFLA)
Teresita Barela
Young Women's Christian Association (YWCA)

Costa Rica

Luis Bernardo Villalobos Solano, Horacio Chamizo Garcia,
Mario Piedra González, Álvaro Navarro Vargas
*Programa de Investigación en Políticas de Salud,
Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica*

El Salvador

Gilberto Ayala
PRO 21. A. C.

Puerto Barrios, Guatemala

Fernando Rodolfo Cano Flores
Proyecto Acción SIDA de Centroamérica. PASCA /USAID

Tecún Umán, Guatemala

Marta Caballero, René Leyva Flores, Claudia Guerrero
Investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud.

Instituto Nacional de Salud Pública. México

Sandra Catalina Ochoa Marín

Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Universidd de Antioquia, Colombia.

Juana Valín Hebrard

Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)

César Infante Xibillé

Thomas Coram. Research Unit. Institute of Education. University of London

Honduras

Mariela Cortés Aliaga

Investigadora independiente

Chetumal, México

Silvia Magali Cuadra Hernández, René Leyva Flores,

Marta Caballero, Claudia Guerrero

Investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud.

Instituto Nacional de Salud Pública. México

Saúl Badillo

Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo

Lorena Careaga

Punto de Encuentro, A. C.

Ciudad Hidalgo, México

René Leyva Flores, Marta Caballero, Claudia Guerrero

Investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud.

Instituto Nacional de Salud Pública. México

Doris Edelman López

Instituto de Salud del Estado de Chiapas, Jurisdicción Sanitaria VII

Juana Valín Hebrard

Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)

Nicaragua

Graciella Marsal de Varona y Rosario Cuadra Fernández

Centro de Estudios y Promoción Social (CEPS)

Panamá

Hilda Martínez

Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA)

Conclusiones

René Leyva Flores, Marta Caballero

Investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud.

Instituto Nacional de Salud Pública. México

César Infante Xibillé

Thomas Coram. Research Unit. Institute of Education. University of London

Mario Bronfman

Fundación Ford

COMITÉ DE REVISIÓN TÉCNICA

Marta Caballero

*Comunicóloga y Socióloga por la Universidad Autónoma de Barcelona
y la Universidad de Barcelona, España, y Dra. en Sociología
por el Colegio de México*

Silvia Magali Cuadra Hernández

*Socióloga y Maestra en sistemas de Salud por la Escuela de Salud Pública
de México, Candidata a Doctor en Sociología, Facultad de Ciencias Políticas
de la Universidad Nacional Autónoma de México*

Claudia Guerrero

Lic. en Etnología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia de México

René Leyva Flores

*Médico Cirujano por el Instituto Politécnico Nacional, Maestro en Medicina Social
por la Universidad Autónoma Metropolitana, Dr. en Sociología
por la Universidad de Barcelona, España*

Sandra Catalina Ochoa Marín

*Enfermera y Maestra en Salud Colectiva por la Universidad de Antioquia,
Colombia, Candidata a Doctor en Ciencias de la Salud Pública,
por la Escuela de Salud Pública de México*

Ángel Zarco Mera

*Licenciado en Antropología Social por la Universidad Autónoma
Metropolitana de México*

César Infante Xibillé

*Médico Cirujano por la Universidad Autónoma del Estado de Morelos,
Maestro en Sistemas de Salud por la Escuela de Salud Pública de México,
Candidato a Doctor en el Thomas Coram, Research Unit,
Institute of Education, University of London*

AGRADECIMIENTOS

La presente obra es el resultado de una amplia, decidida y solidaria colaboración entre colegas, amigos e instituciones que estuvieron involucrados desde la fase inicial en el proyecto Poblaciones móviles y VIH/SDIA en Centroamérica y México. Queremos expresar un reconocimiento especial a los equipos de investigación por su disposición para emprender el estudio basal y su interés por compartir sus experiencias y conocimientos con los demás. En el mismo sentido, nuestro agradecimiento a las organizaciones que participaron en el diseño y el desarrollo de las estrategias de prevención del VIH/SIDA entre la población local y los grupos móviles; reconocemos su compromiso para llevarlas a cabo en condiciones que no siempre fueron favorables. Asimismo, ha sido relevante la labor de las organizaciones encargadas del acompañamiento y la evaluación de las estrategias, ya que permitió contar con la información sistematizada que ahora publicamos en este libro. En resumen, la experiencia de este proyecto multicéntrico es una expresión del trabajo conjunto.

Agradecemos especialmente a los integrantes de las organizaciones no gubernamentales y a los funcionarios de instituciones de los gobiernos locales, así como a los responsables de los programas nacionales de ITS/VIH/SIDA que apoyaron y facilitaron el desarrollo de las tres fases del proyecto.

Extendemos un amplio agradecimiento a las agencias donantes que apoyaron con los recursos financieros para la realización del proyecto en su conjunto, para las reuniones técnicas entre los equipos de investigación e implementación, para la publicación del primer libro *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*, y del volumen que ahora presentamos. Nos referimos a la Fundación Ford, ONUSIDA, USAID a través de la Universidad de Tulane, MEASURE Evaluation del Carolina Population Center en la Universidad de Carolina del Norte, Family Health Internacional (FHI), la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), Iniciativa regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC), El Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología de México (CONACYT), El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Fondo para las

Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Finalmente, el trabajo que presentamos contiene las voces y la perspectiva de diferentes personas que, de forma voluntaria y generosa, aceptaron participar en el proyecto y compartieron con nosotros una parte de su vida: migrantes indocumentados, trabajadoras del sexo comercial, trailers, sacerdotes, médicos, administradores, profesores, asesores y consultores de agencias internacionales, investigadores, muchos de ellos también parte de las poblaciones móviles.

ÍNDICE

AUTORES	7
AGRADECIMIENTOS	11
PRESENTACIÓN	15
INTRODUCCIÓN	
RESPUESTA SOCIAL A LA MOVILIDAD POBLACIONAL Y EL VIH/SIDA	19
BELICE	
CIUDAD DE BELICE Y BENQUE VIEJO DEL CARMEN	29
COSTA RICA	
LA CRUZ-PEÑAS BLANCAS, GUANACASTE	47
EL SALVADOR	
CORREDOR INTERFRONTERIZO SANTA ANA JUTIAPA	73
GUATEMALA	
PUERTO BARRIOS	101
GUATEMALA	
TECÚN UMÁN	119
HONDURAS	
LA ENTRADA DE COPÁN	137
MÉXICO	
CHETUMAL, QUINTANA ROO	155

MÉXICO	
CIUDAD HIDALGO, CHIAPAS	179
NICARAGUA	
RIVAS-PEÑAS BLANCAS	207
PANAMÁ	
EL MERCADO DEL PUERTO DE SAN FELIPE	225
CONCLUSIONES	239

PRESENTACIÓN

MAURICIO HERNÁNDEZ ÁVILA

El proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos fue elaborado a partir de los acuerdos de cooperación técnica en el marco del Seminario-taller de cooperación México-Centroamérica sobre prevención y control de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), con especial énfasis en poblaciones móviles, realizado en Tapachula, Chiapas, México, en mayo de 1999. En este evento participaron los programas nacionales de SIDA y organizaciones no gubernamentales para la prevención y atención del VIH/SIDA, así como organizaciones de atención a migrantes y de promoción y defensa de los derechos humanos en Centroamérica y México. La participación crítica de estas organizaciones en relación con la manera de analizar y abordar el problema del VIH/SIDA y la movilidad poblacional, como un asunto de salud internacional, fue fundamental en el proceso posterior de formulación del protocolo. Al Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) le correspondió la tarea de sistematizar dicha información, diseñar y coordinar la estrategia de investigación regional, así como de gestionar los fondos para su implementación.

El propósito del proyecto fue analizar los contextos socioeconómicos, culturales y políticos en que se da la migración, y su relación con la vulnerabilidad de las poblaciones móviles a las ITS y el VIH/SIDA, con el fin de identificar, desarrollar, implementar y evaluar estrategias y modelos de respuesta integral apropiados a cada uno de los contextos de vulnerabilidad, representados por las estaciones de paso. Estas conforman una red de localidades interfronterizas que sirven, no sólo como tránsito para los diferentes grupos móviles, sino como parte de la reestructuración en sus relaciones e interacciones.

El estudio se diseñó en tres fases con el fin de contar con evidencia atribuible a las estrategias implementadas. La primera fase correspondió a un estudio basal cuyos resultados servirían de referencia para seleccionar y diseñar intervenciones específicas que respondieran a los contextos de cada una de las estaciones de paso. La segunda fase del proyecto, la implementa-

ción de las estrategias y acciones, corrió a cargo de los programas nacionales de prevención y control del VIH/SIDA en cada uno de los países. Este proceso estuvo acompañado por equipos de evaluación, con el objetivo de sistematizar las formas y condiciones de aplicación, así como sus potenciales resultados atribuibles a las estrategias, lo que constituyó la tercera fase del proyecto. En el monitoreo y evaluación participaron organizaciones académicas y civiles, externas a los programas nacionales de control del VIH/SIDA, con el fin de reducir conflictos de intereses.

El proyecto buscó desarrollar un modelo de cooperación técnica internacional para la equidad en la salud, con cuatro orientaciones principales: contribuir a generar información de calidad para la toma de decisiones; facilitar la participación e interacción de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales en atención a la salud, en investigación y formación de recursos humanos, así como de agencias internacionales de cooperación; transferir e intercambiar tecnología e información científica en el ámbito regional, y contribuir a movilizar y gestionar recursos financieros destinados a la salud.

En este sentido, una de las contribuciones principales del proyecto ha sido generar información científica sobre los contextos de vulnerabilidad ante el VIH/SIDA en lugares con alta movilidad poblacional. Dicha información ha sido utilizada por los programas de prevención y control de las ITS y del VIH/SIDA de Centroamérica y México como insumos para sus estrategias nacionales de prevención del VIH/SIDA entre la población general y los grupos móviles. Además, las experiencias y reflexiones generadas por el proyecto han quedado registradas en dos libros –Movilidad Poblacional y VIH/SIDA y el presente– en un lenguaje accesible para toda persona interesada en este tipo de procesos de investigación-acción regionales. De esta forma, se ha vinculado la investigación con la toma de decisiones en un tema de relevancia nacional, regional e internacional. La implementación y evaluación de estas estrategias constituyen experiencias únicas en la región, tanto para las organizaciones ejecutoras, como para las evaluadoras y las instancias de salud de los diferentes países. Dichas experiencias son un punto de referencia para el desarrollo de nuevos proyectos de investigación e intervención, tanto locales como regionales, sobre movilidad y VIH/SIDA. De hecho, se han constituido en insumos para el desarrollo de nuevos proyectos regionales en Centroamérica. Entre estos puede mencionarse el proyecto denominado Iniciativa Mesoamérica para la prevención del SIDA (IMPSIDA), el proyecto sobre movilidad poblacional y SIDA financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización de Países exportadores de Petróleo (OPEP) y más recientemente, el Proyecto mesoamericano para la atención integral de poblaciones móviles, que ha sido evaluado y aprobado para recibir financia-

miento por parte del Fondo Global para la Prevención del SIDA, para iniciar en la segunda mitad del año 2005.

Para abordar el problema de la sustentabilidad de las estrategias desarrolladas por este proyecto, desde un inicio se planteó la incorporación de dichas estrategias a las políticas de prevención y control de los programas nacionales de VIH/SIDA. En la región mesoamericana, el Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) y el INSP en México han tenido un papel fundamental en las negociaciones con los programas nacionales, y control del VIH/SIDA con las ONG, así como con organizaciones regionales de cooperación técnica (Fondo Global para la Prevención y Control del SIDA, UNFPA, UNAIDS, PASCA, USAID, Fundación Ford, entre otras). En el 2004, el proyecto de Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos fue inscrito como parte de los programas estratégicos de salud del Plan Puebla-Panamá. Adicionalmente, el CENSIDA ha incorporado a las poblaciones móviles y migrantes como parte de los grupos vulnerables y prioritarios para el Programa Nacional de VIH/SIDA de México.

Así, el proyecto de poblaciones móviles ha contribuido a visibilizar el problema de movilidad poblacional y VIH/SIDA en la región, y ha incorporado nuevos actores sociales para la prevención y el control de las ITS y el VIH/SIDA. En este sentido, el proyecto ha sensibilizado a las personas que trabajan en las organizaciones para la prevención del VIH/SIDA respecto a la condición de vulnerabilidad de los grupos móviles y a la importancia del trabajo para hacer valer sus derechos humanos.

El desarrollo del proyecto también ha posibilitado identificar y sistematizar el proceso de implementación de las estrategias interfronterizas, comunitarias y de trabajo con grupos específicos. Esta parte es quizá uno de los componentes más novedosos en la investigación operativa de sistemas de salud. Su sistematización ha permitido reconocer los factores relacionados con las condiciones de funcionalidad de las organizaciones en los contextos locales; también se han identificado las capacidades y recursos técnicos disponibles, así como diferentes formas de interacción y resistencia a la participación interinstitucional por parte de las organizaciones. En este sentido, los recursos financieros del proyecto desempeñaron el papel de facilitadores: en primer lugar, para las organizaciones significaron la posibilidad de poner en práctica determinadas medidas imposibles de realizar sin estos recursos, por lo que, en la mayoría de los casos, fueron muy valorados; y en segundo lugar, fueron recursos que favorecieron la colaboración y la participación con otras organizaciones, debido a que cada institución cuenta con sus recursos "eti-

quetados”, es decir, restringidos a que se apliquen en determinadas acciones en el ámbito definido por la institución.

En cuanto a las limitaciones, no está de más mencionar que la ampliación de los recursos económicos necesarios para extender los periodos tanto de investigación, como de ejecución y de evaluación de las estrategias, podría haber incrementado la riqueza de la información recabada, consolidado la efectividad de algunas de las estrategias implementadas, así como contribuido a profundizar el conocimiento sobre los procesos y los factores relacionados con el desarrollo de las mismas. En este sentido, en el futuro habría que considerar la complejidad y la variación temporal del fenómeno de la movilidad poblacional, como un punto importante en la planeación de nuevos proyectos de investigación, los cuales requieren un diseño de mediano plazo, no menor de cinco años. Además, se ha hecho evidente la necesidad de profundizar en el diseño de instrumentos específicos y sensibles para el registro del conjunto de procesos relacionados con la implementación de las acciones, que permitan generar información útil para la toma de decisiones en los ámbitos local, nacional y regional.

La ejecución de las estrategias ha contribuido a generar procesos de diálogo y cooperación entre organizaciones, tanto en el ámbito local, como en el interfronterizo y el regional. Este diálogo debe considerarse como un proceso ya iniciado, cuyos resultados pueden evaluarse de manera inmediata en cuanto a la disponibilidad para conformar una red mesoamericana para la prevención y control del VIH/SIDA en poblaciones móviles. La sustentabilidad y el impacto de las acciones derivadas de los procesos de colaboración en los diferentes ámbitos y contextos se observarán a mediano y largo plazo. En este libro se presentan las experiencias de las organizaciones en cada uno de los países de la región, se muestran los alcances y las limitaciones del trabajo colectivo en distintos contextos sociales, políticos, económicos y epidemiológicos. La diversidad de experiencias derivadas de las intervenciones y de los enfoques de evaluación de las mismas ofrece al lector una aproximación al análisis de la prevención del VIH/SIDA en contextos de movilidad poblacional en México y Centroamérica.

INTRODUCCIÓN

RESPUESTA SOCIAL A LA MOVILIDAD POBLACIONAL Y EL VIH/SIDA

RENÉ LEYVA FLORES, MARTA CABALLERO,
ÁNGEL ZARCO MERA, MIRKA NEGRONI BELÉN

MOVILIDAD POBLACIONAL Y VIH/SIDA

La epidemia del VIH/SIDA ha crecido bajo formas que ahondan las brechas sociales y que afectan más a aquellos cuya dignidad y derechos humanos son menos respetados,¹ entre ellos a las poblaciones móviles y migrantes. México y Centroamérica constituyen una región con una importante dinámica migratoria hacia Estados Unidos; para estos países, los migrantes se han convertido en una de las fuentes más importantes de soporte económico. En el caso de México, para el año 2003 las remesas familiares ascendieron a 13 400 millones de dólares, cifra que equivalió a 72% del total de exportaciones petroleras, rebasó en 85% los ingresos provenientes del turismo y en 73% el saldo de la balanza comercial de las maquiladoras.² Para los países de Centroamérica, especialmente para El Salvador, Honduras, Guatemala y Nicaragua, los migrantes representan el componente más importante de sus ingresos económicos. La cuarta parte de la población adulta en El Salvador, Guatemala y Honduras depende para su sustento básico de las remesas familiares provenientes de Estados Unidos, unos 5 000 millones de dólares anuales. Las cifras de beneficiarios corresponden a: 1.3 millones de personas en El Salvador, 1.5 millones en Guatemala y 600 000 en Honduras.³ De esta manera, el fenómeno migratorio constituye una parte estructural de las economías de los países de la región, cuyas consecuencias sociales, culturales y de salud se encuentran en proceso de análisis y comprensión.

Desde etapas tempranas del estudio del VIH/SIDA, éste ha sido descrito como un problema asociado con la migración;⁴ sin embargo, el análisis del peso de esta relación para explicar la distribución y diseminación de la epidemia en los diferentes países y regiones ha sido progresivamente relega-

Investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud. Instituto Nacional de Salud Pública. México.

do por el estudio y la identificación de grupos, comportamientos de riesgo y formas de transmisión de la infección. En este sentido, se han requerido nuevas maneras de abordar el problema que, mediante evidencias científicas, han contribuido a la mejor comprensión del problema para así poder estructurar respuestas apropiadas a cada uno de los contextos sociales.

MIGRACIÓN Y CONTEXTOS DE VULNERABILIDAD

Al inicio de la epidemia, tanto la distribución como la diseminación del VIH/SIDA se explicaban a través de los denominados grupos de riesgo. Estos grupos se encontraban integrados por personas con alguna característica común (ser negros, homosexuales, haitianos), que los convertía en probables portadores de la enfermedad y, por lo tanto, del riesgo de transmisión.⁵ Esta manera de comprender el problema implica la exclusión o la conversión de dichos grupos como un medio para erradicar el riesgo de la diseminación del VIH/SIDA entre la población general, en detrimento de los integrantes del grupo de riesgo. La movilización social de grupos organizados en la lucha contra el estigma y la discriminación social llevó a desarrollar y adoptar el concepto de comportamiento de riesgo, en el cual el riesgo es asociado con prácticas específicas, y donde los comportamientos individuales son los que explican la diseminación del VIH/SIDA o los límites para la prevención. Las características del grupo dejan de ser cuestionadas, y en su lugar se profundiza una orientación individual para modificar el comportamiento como la medida central para prevenir la transmisión del virus. Esta forma de abordar el problema deja de lado las condiciones concretas en las cuales se presenta el riesgo; esto es, las relaciones e interacciones sociales que determinan la exposición a contingencias y estrés. La indefensión o falta de medios para afrontar las contingencias y el estrés, y la dificultad para afrontarlas sin sufrir daños, es lo que Delor y Hubert denominan vulnerabilidad.⁶

Los contextos de vulnerabilidad representan configuraciones socioculturales que son resultado de las interacciones entre los diversos actores sociales, políticos, económicos y de salud ante situaciones determinadas; en este caso, su posición y acción ante los migrantes y el VIH/SIDA en las comunidades de origen, de tránsito o de destino. De esta forma, los contextos de vulnerabilidad se encuentran determinados por los cambios en las relaciones entre los diferentes actores sociales. En el caso de las poblaciones móviles, los factores sociales y económicos que definen las situaciones de riesgo tienen poco que ver con factores individuales; se trata de situaciones de riesgo en contextos de riesgo a los que están expuestos estos grupos vulnerables.

La necesidad de contar con información de calidad sobre las condiciones estructurales y las interacciones sociales representaron los elementos centrales del proyecto. Los resultados del estudio basal tuvieron como meta facilitar la formulación y la evaluación de futuras estrategias encaminadas a generar evidencias de prácticas útiles para la prevención del VIH/SIDA en grupos móviles.

ESTACIONES DE TRÁNSITO EN LA REGIÓN MESOAMERICANA

El VIH/SIDA no es un fenómeno cuya distribución se ajuste a límites establecidos por las fronteras políticas; más aún, la propia movilidad poblacional representa un fenómeno que ejerce una presión permanente sobre los límites territoriales de los países. La mayor parte de los estudios sobre movilidad poblacional se basan en el estudio de los polos del fenómeno migratorio: los lugares de origen y de destino. Un aspecto característico de este proyecto fue la inclusión del análisis de los lugares de tránsito de los diferentes grupos móviles.

El análisis de los contextos sociales se realizó a partir del concepto de estaciones de tránsito, desarrollado en este proyecto, para comprender las dinámicas poblacionales en su entorno social. De esta forma, las estaciones de tránsito se analizan desde una perspectiva de la teoría de redes, donde se identifican localidades o nodos centrales y nodos periféricos. Estos se diferencian en función de su importancia o centralidad para la confluencia de los movimientos poblacionales, pero también por la complejidad de los mismos (tipos de grupos móviles) y la ubicación geopolítica (puertos, fronteras, ciudades u otros asentamientos poblacionales). Las estaciones de tránsito pueden cambiar de posición en su centralidad como consecuencia de las políticas de control migratorio, pero también del desarrollo de redes sociales en torno a esta dinámica.

A manera de resumen se presentan algunos aspectos que se consideraron relevantes para comprender la relación entre vulnerabilidad social, movilidad poblacional y el VIH/SIDA en las once estaciones de tránsito donde se llevó a cabo el proyecto (cuadro I).

Las estaciones de paso seleccionadas se pueden caracterizar como localidades con escasos servicios públicos, especialmente en lo que a salud se refiere. Sus habitantes tienen una escolaridad baja y la información científica sobre prevención y transmisión del VIH/SIDA con que cuentan coexiste con mitos y creencias; la mayoría depende de su inserción en el mercado laboral de los servicios para los diferentes grupos móviles y migrantes. A pesar de ello, entre las poblaciones locales existe una percepción y opinión ambivalen-

Cuadro I
Estaciones de paso seleccionadas en México y Centroamérica

País y estación de paso	Tipo de estación de paso	Grupo de población móvil predominante
Belice Ciudad de Belice Benque Viejo del Carmen	Comercio y puerto Fronteriza	Comerciantes y marineros Trabajadores agrícolas
Costa Rica	Fronteriza	Trailereros Trabajadores agrícolas Comerciantes
El Salvador	Fronteriza	Trailereros Comerciantes
Guatemala Puerto Barrios Tecún Umán	Puerto Fronteriza	Marineros Trailereros Migrantes Trabajadores agrícolas Trabajadoras de sexo comercial
Honduras La Entrada-Copán	Fronteriza	Trailereros
México Ciudad Hidalgo, Chiapas	Fronteriza	Trailereros Migrantes Trabajadores agrícolas Trabajadoras de sexo comercial
Chetumal, Quintana Roo. Subteniente López	Ciudad capital	Trailereros Comerciantes Trabajadores agrícolas
Panamá Mercado San Felipe	Puerto	Marineros Comerciantes Migrantes Trabajadoras de sexo comercial

te, asociada con los potenciales recursos económicos con los que cuenta el migrante y por otro lado, con actitudes y prácticas de rechazo hacia la población migrante. Estas localidades también se caracterizan por el alto consumo de alcohol y la presencia de trabajo sexual, donde una proporción indeterminada de trabajadoras del sexo comercial (TSC) que constituye una población migrante, proviene de otros países.

Un grupo de particular interés es el de las mujeres migrantes indocumentadas, quienes aún constituyen una minoría numérica entre los indocumentados. La mujer migrante es vista como alguien dispuesta a tener relaciones sexuales o que podría estarlo como medio para facilitar su tránsito. De acuerdo con La Casa del Migrante de Tecún Umán, hasta 60% de las mujeres migrantes indocumentadas han sido obligadas a tener relaciones sexuales en algún momento de su trayecto migratorio. No obstante, éste no es un fenómeno privativo de las mujeres; los hombres también recurren al sexo como una transacción para el tránsito o la supervivencia.

En este contexto, las redes de apoyo aparecen como parte del proceso de movilidad, que puede influir en el éxito o el fracaso para llegar al lugar de destino. Existen redes de traficantes de personas, estructuradas en los diferentes países de la región, que presuponen una garantía del tránsito a los migrantes indocumentados; sin embargo, frecuentemente se constituyen en redes informales de control de la migración. Por otra parte, se encuentra la conformación de redes de tránsito que se van construyendo en el trayecto migratorio cuya finalidad es contar con la experiencia de otros para la negociación, protección y ayuda, que reduzcan su exposición a situaciones de riesgo.

Las organizaciones sociales y gubernamentales dedicadas a brindar ayuda humanitaria o de protección de los derechos humanos de los diferentes grupos móviles, particularmente de migrantes indocumentados, tienen un papel importante en la región. Por ejemplo, La Casa del Migrante, institución religiosa de la orden Scalabriniana, cuenta con unidades de atención distribuidas en estaciones de tránsito estratégicas para la movilidad poblacional indocumentada. Esta organización es la de mayor prestigio, experiencia y relevancia por sus acciones sostenidas en diferentes ámbitos que responden a las necesidades de dichos grupos.

Sólo recientemente los gobiernos locales y nacionales han incluido el tema de la movilidad poblacional como un problema relevante en sus agendas políticas. No obstante, aún no se cuenta con iniciativas gubernamentales, nacionales o regionales para atender las necesidades de sus ciudadanos indocumentados en los diferentes lugares de tránsito y destino. En este sentido ha sido relevante la iniciativa de este proyecto, en el que se conjuntan esfuerzos gubernamentales y de la sociedad civil para estructurar una respuesta al complejo problema de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA en la región.

El desarrollo del proyecto se basó en un modelo que, desde su formulación, implementación y evaluación, buscó la horizontalidad en las relaciones entre los distintos actores. Desde el diagnóstico, cada país definió el tipo de actividades que se iban a realizar de acuerdo con los contextos: puertos, ciudades interfronterizas, ciudades receptoras, ciudades de tránsito, etc. Las

decisiones del qué hacer, cómo hacerlo, con qué hacerlo y para qué hacerlo se tomaron en los ámbitos nacional y local; de esta manera, la implementación de las estrategias estuvo ligada con los recursos humanos disponibles en cada comunidad.

MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS

Para este proyecto se consideraron el diseño y la implementación de las estrategias como parte de un proceso de política pública; es decir, las situaciones en las que el Estado o la sociedad, ante un problema determinado, ejecuta una estrategia, programa o acción dirigida a su solución.⁷ El análisis de la respuesta política incluye tres momentos: la formulación, la implantación o el desarrollo de la estrategia, y los resultados o el impacto de la misma.

La formulación de la estrategia expresa los intereses de los diferentes grupos de la sociedad, así como las formas de comprender un problema común; también da cuenta de la interacción y de los componentes que pueden favorecer la construcción de consensos en relación con la manera de definir y abordar el problema. De esta forma, el análisis del resultado del proceso de formulación de políticas reconoce los aspectos dominantes; por ello, es necesario recuperar los antecedentes que se dan en el proceso de formulación para poder reconocer o identificar los grupos, intereses o perspectivas escasamente representados o excluidos.

La implantación o desarrollo de la política resume la forma e intensidad que ésta adquiere en el discurso político; recupera la participación de los diferentes actores sociales y de los recursos asignados, así como la distribución de los mismos; sin embargo, también puede mostrar la diferenciación de los actores entre aquéllos dedicados sólo a los aspectos relacionados con el diseño político (negociación, definición de objetivos, decisiones sobre la asignación y distribución de los recursos), y aquéllos encargados de poner en práctica y de traducir el discurso en actividades específicas. En un esquema horizontal, sería posible pensar que el mismo actor podría ser el diseñador y el responsable de implementar dicho proceso.

Finalmente, los resultados constituyen la traducción misma de la actividad realizada, del alcance de dicha actividad y de la potencialidad de cambio que tiene entre los participantes, sean estos diseñadores, ejecutores o receptores de la misma. Una de las propuestas de mayor interés en la actualidad es que los propios receptores sean quienes decidan y ejecuten las acciones que hipotéticamente podrían ser de beneficio para ellos; al respecto, se encuentran las experiencias de autogestión de los proyectos.

Tomando como referencia los conceptos anteriores, el monitoreo y la evaluación tuvieron como objetivo: sistematizar los procesos de formulación y de implementación de las estrategias, así como su impacto comunitario; evaluar el impacto en la estructura y en la capacidad de gestión de las organizaciones que participan en el desarrollo de las estrategias; evaluar la influencia del proyecto sobre la capacidad de las organizaciones para convocar, coordinar y desarrollar acciones conjuntas señaladas en el programa formulado, y evaluar el proceso de toma de decisiones en torno a políticas públicas.

Para ello, se emplearon procedimientos etnográficos (observación directa, entrevistas a profundidad); reuniones de trabajo entre los diferentes grupos de investigación; seguimiento de acuerdos, para sistematizar los procesos relacionados con la gestión del proyecto; formulación e implementación de estrategias; capacidad de convocatoria, y procedimientos y formas de coordinación y desarrollo de las acciones definidas en el programa de trabajo. Además, se diseñaron guías de entrevista para actores clave que participaron en el proyecto y se conformaron archivos documentales relacionados con el desarrollo del mismo.

Esta información se complementó con un análisis de fuentes documentales, como el programa estatal de desarrollo, el programa estatal de salud, el programa para el control del VIH/SIDA, los reportes de los centros de salud locales, así como publicaciones hemerográficas diversas (revistas, periódicos, boletines).

A partir de la sistematización de la información obtenida se realizaron análisis de contenido, en los cuales se utilizaron indicadores relacionados con el proceso de formulación y desarrollo de las estrategias, así como del alcance de las mismas. Tales indicadores están relacionados con: a) cambios en la estructura y la capacidad de gestión de la organización: la capacidad para formular proyectos; la relación con otras agencias de cooperación; la relación con agencias gubernamentales y no gubernamentales locales, regionales y nacionales para desarrollar éste y otros proyectos; la capacidad para realizar el seguimiento de los acuerdos; la realización de procesos de autoevaluación; la capacidad para crear historia documental de la organización y del desarrollo del proyecto; la identificación de procedimientos internos de monitoreo; la capacidad para vincularse y mantener actividades sostenidas con la participación comunitaria, entre otros; b) el número y el tipo de actividades realizadas en el marco del proyecto, para lo cual se crearon los instrumentos pertinentes para registrar la información sobre: la actividad realizada, el propósito de la misma, las organizaciones participantes, la población hacia la cual está dirigida y la cobertura de la misma; c) el resultado de las actividades, las cuales pueden sistematizarse en tres grandes áreas: sobre la propia

organización, en el ámbito comunitario y en la relación de la organización con otras organizaciones sociales y gubernamentales; d) el proceso de toma de decisiones en torno a las políticas públicas que tome en cuenta: los intereses políticos plasmados en las políticas públicas generadas a partir del proyecto y en las actividades y productos de las mismas; las interacciones entre los distintos actores sociales participantes en los procesos de toma de decisiones y negociaciones sobre las políticas públicas; la historia de los procesos políticos que acompañaron al desarrollo del proyecto, y la formulación de las estrategias, así como la ejecución y evaluación de las mismas.

El monitoreo y la evaluación en las estaciones de tránsito expresa las diferencias en los contextos sociales y en los procesos de implementación de las estrategias, pero también muestra las diferencias en los abordajes analíticos de cada uno de los ámbitos estudiados por los distintos equipos de evaluación.

Este libro se encuentra organizado en capítulos que corresponden a cada una de las estaciones de tránsito como estudios de caso; la información que se presenta en cada apartado explora con mayor profundidad determinados aspectos de las intervenciones, en los cuales se puede encontrar la experiencia de las organizaciones sociales y gubernamentales en el desarrollo de estrategias y acciones que buscan responder al complejo problema de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA.

Existen diferentes razones para esta diversidad, entre las cuáles podemos señalar el grado de acompañamiento o de vinculación entre las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales; la coordinación interinstitucional durante el desarrollo del proyecto; la novedad del proyecto mismo, que en ocasiones ha derivado en la reestructuración de las líneas y las metodologías de intervención y de evaluación, en función de las distintas capacidades de análisis y acercamiento a las realidades sociales específicas de cada uno de los organismos ejecutores; las condiciones sociopolíticas y estructurales en que interactúan los diferentes actores, entre otras.

La riqueza de la información contenida en este libro constituye uno de los primeros acercamientos al estudio regional de la respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA en Centroamérica y México. Estas experiencias pueden ser una referencia para el desarrollo de futuros proyectos que busquen utilizar la producción de la investigación científica como un insumo para la toma de decisiones informada en un ambiente que considere la participación y la representación de los diferentes intereses en la región, particularmente aquéllos de las poblaciones más afectadas por problemas sociales y de salud.

Referencias

1. Comisión Nacional de Población. Las remesas: uno de los beneficios más evidentes de la migración. [Consultado 2005 marzo]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/mig_int/04.htm.
2. Banco Interamericano de Desarrollo/Pew Hispanic Center. Receptores de Remesas en Centroamérica, Guatemala: Fondo Multilateral de Inversión, 2003.
3. Mann J. "Las tribus del sida y los efectos civilizatorios de la solidaridad". En Periódico La Jornada, Suppl. Letra S. Agosto 1996. México.
4. Fairchild AL, Tynan EA. Policies of containment: immigration in the era of AIDS. *Am J Public Health*, 1994;84(12):2011-2022.
5. Aggleton P, Parker R. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 2003;57(1):13-24.
6. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of vulnerability. *Soc Sci Med* 2000;50(11):1557-1570.
7. Méndez JL. La política pública como variable dependiente: hacia un análisis más integral de las políticas públicas, *Foro Internacional*, vol. 33, núm. 1, enero-marzo de 1993:111-144.

BELICE

CIUDAD DE BELICE Y EL BENQUE VIEJO DEL CARMEN

ABIGAIL C. MCKAY, EMERSON GUILD,
L. DANA RHAMDAS, TERESITA BARELA

INTRODUCCIÓN

Belice es un pequeño país independiente y democrático en la costa oriental del istmo centroamericano, que colinda al norte con México y al suroeste con Guatemala; es el único país angloparlante en Centroamérica con una población multiétnica y multilingüe que abarca un grupo importante de migrantes; su población es muy diversa y ha tenido altos niveles de inmigración y de emigración entre los 10 y 15 últimos años.¹ En los ámbitos de la cultura y la política se encuentra ligado a las naciones angloparlantes del Caribe; sin embargo, geográficamente forma parte de Centroamérica, por lo que ha desarrollado, desde su independencia en 1981, una relación cultural más estrecha con esta región. La localidad de Benque Viejo del Carmen, junto con la Ciudad de Belice, fueron elegidas como estación de paso para realizar la investigación/intervención que aquí se presenta, por constituir un escenario en el que interactúa la población local con grupos de inmigrantes centroamericanos que se movilizan a esta zona para trabajar en la producción de azúcar, plátano y cítricos.

En comparación con los demás países centroamericanos, Belice tiene la mayor prevalencia de casos de VIH/SIDA: aproximadamente 2% de su población se encuentra infectada.² Como parte de los hallazgos del diagnóstico realizado en la estación de Ciudad de Belice y el Benque Viejo del Carmen, dentro de la primera fase del Proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en México, Centroamérica y Estados Unidos,³ se encontró que la población local, a pesar de reconocer la importancia de los inmigrantes de otros países centroamericanos en la economía local, vinculaba a estos grupos con problemas sociales como la delincuencia y la drogadicción, y los identificaba como vectores de infecciones, entre las que se encuentra el VIH/SIDA. Además, dentro de la percepción de la población beliceña no existía una interacción significativa entre los migrantes y la población local debido a la barrera que implica el idioma para los inmigrantes de otros países centroamericanos, quienes no hablan inglés o criollo. El idioma también fue señalado por los entre-

vistados como un obstáculo para el uso de los servicios de salud por parte de los inmigrantes. No obstante, los grupos de inmigrantes han sido incluidos en los programas de servicios de salud debido a que el Ministerio de Salud ha apoyado los esfuerzos de las compañías privadas que contratan inmigrantes para realizar trabajos temporales en las franjas agrícolas del norte y sur de Belice. Dicho Ministerio proporcionó servicios de salud sexual y reproductiva a varias mujeres inmigrantes en los distritos del norte.

Como antecedentes de las iniciativas que han tomado en cuenta a los migrantes centroamericanos en Belice, se pueden mencionar las que ha patrocinado, desde hace más de 20 años, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR); se trata de iniciativas sociales para respaldar la forma de vida de los migrantes en la parte occidental del país. Por su parte, la Comisión de Derechos Humanos de Belice ha vigilado, en particular, la situación de los inmigrantes centroamericanos. Además, desde hace 18 años, numerosos organismos han desarrollado programas de educación sobre el VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

No obstante, en la estrategia y el Plan de Acción Nacional 2000-2003, no se consideraba a las poblaciones móviles y migrantes como grupos importantes en la prevención del VIH/SIDA.

La Alianza contra el VIH (ACS), formada a finales de 1990, era la única ONG que tenía como objetivo principal trabajar en Belice con la epidemia del VIH/SIDA y dar apoyo a las personas infectadas; sin embargo, no tomaba en cuenta, como parte de su población meta, a los inmigrantes.

En cambio, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) está patrocinando desde 2003, y lo seguirá haciendo hasta 2006, un programa dirigido a prevenir el VIH/SIDA en los lugares de trabajo, entre las poblaciones migrantes y móviles que por razones económicas se trasladan constantemente por todo el país.

En el verano de 2003 se llevaron a cabo dos investigaciones en el ámbito penal sobre el tráfico de humanos y el sexo comercial, lo cual obligó al gobierno a tomar medidas enérgicas que ocasionaron que muchos inmigrantes centroamericanos internados de manera ilegal en el país temieran ser deportados.⁴ El antecedente de estas investigaciones fue uno de los motivos por los que se eligió Benque Viejo del Carmen como estación de paso para realizar el diagnóstico derivado del Proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos. Pero, debido a que esa fase implicó la participación de organismos e instituciones gubernamentales, los inmigrantes centroamericanos sentían desconfianza hacia cualquier otra organización. En el caso de los trabajadores del sexo comercial, esa desconfianza, exacerbada por el hecho de que ese grupo fue blanco de las averigua-

ciones sobre el tráfico de personas, limitó su inclusión en el plan de acción programado para las estaciones de paso.

ANTECEDENTES

La primera fase de este proyecto se desarrolló en Benque Viejo del Carmen y en la Ciudad de Belice; consistió en un diagnóstico sobre la situación, realizado por la Universidad de Belice.

En el estudio de diagnóstico se identificó el idioma como un factor determinante para definir el tipo de intervenciones a realizar tanto en Benque Viejo del Carmen como en la Ciudad de Belice. En Benque Viejo del Carmen, los migrantes centroamericanos se comunican libremente, puesto que los idiomas principales son el inglés y el español. Por otro lado, en la Ciudad de Belice, se hablan el criollo y el inglés, lo que para los migrantes centroamericanos que sólo hablan español y para los beliceños que no lo hablan, constituye una barrera de comunicación entre ambos grupos que repercute en la utilización de los servicios de salud. El difícil acceso de los inmigrantes centroamericanos a los servicios de salud y la imposibilidad de los prestadores de servicios para atenderlos constituyeron el motor de toda la estrategia de intervención en Belice.

Para esta estación de paso se propuso una intervención enfocada en la integración de los servicios para el cuidado de la salud, con la intención de fomentar una mejor comunicación entre los grupos que interactúan en ese contexto. La representación beliceña de la Young Women's Christian Association* (YWCA) puso énfasis en el problema del idioma a través de la realización de un programa llamado Inglés como Segunda Lengua (ISL), el cual estuvo en vigencia durante más de cinco años, y un programa de Español como Segunda Lengua (ESL) que inició en septiembre de 2003. En cuanto al cuidado de la salud, se propuso un servicio para la prevención del VIH/SIDA, el cual estuvo a cargo de la Belize Family Life Association** (BFLA) y que

* Asociación de Mujeres Jóvenes Cristianas.

** La Belize Family Life Association (BFLA) (Asociación de Vida Familiar en Belice), es la principal organización no lucrativa para la salud sexual y reproductiva en el país. Es una organización nacional que ofrece educación sobre la vida y planificación familiares en todo el país; a través de siete clínicas, proporciona una amplia variedad de servicios de salud sexual y reproductiva. La BFLA está registrada dentro del programa del Seguro Nacional de Salud (SNS) en la región sur de la Ciudad de Belice como la proveedora de cuidados primarios (Informe Anual de la BFLA 2002-2003).

incluyó: consultas médicas, perfil de la salud, exámenes voluntarios del VIH/SIDA, asesoramiento para la prevención del VIH/SIDA y una mayor accesibilidad a condones.

DISEÑO DE LA ESTRATEGIA

Se seleccionaron dos ciudades para el diagnóstico basal y las intervenciones: la Ciudad de Belice y Benque Viejo del Carmen. La primera cuenta con una población de más de 60 000 habitantes y se encuentra localizada en la costa de la Península de Yucatán; es uno de los puertos internacionales de entrada para las poblaciones móviles y para los migrantes, así como uno de sus principales asentamientos. La segunda se encuentra al oeste de Belice en la frontera con la ciudad de Melchor de Mencos en Guatemala; a mediados de 2003, su población se estimó en poco más de 5 000 habitantes.³

Participantes

En el año 2003 se estableció un comité de consultoría en cada una de las localidades del proyecto, el cual estaba conformado por una enfermera psiquiátrica, una enfermera en salud pública, un educador en la prevención del abuso de drogas, un maestro, un trabajador social, un terapeuta y un representante de una comunidad migrante. Los comités ayudaron en el desarrollo de la estrategia de intervención en las dos ciudades. Los promotores del proyecto decidieron que la elección de los dos organismos y de las poblaciones incluidas en el proyecto de intervención se basara en la respuesta histórica que se tuvo en Belice durante la epidemia del VIH/SIDA. Los organismos elegidos como responsables del proyecto fueron la BFLA y la YWCA.

Tanto las entidades gubernamentales como las no gubernamentales reconocieron el valor de la labor complementaria de la intervención propuesta, y por ello recomendaron a la BFLA y a la YWCA como los organismos clave para su puesta en práctica, ya que ambos siempre habían formado parte de la respuesta nacional hacia la epidemia del VIH/SIDA.

La BFLA, con sede en la Ciudad de Belice, se formó en Dangriga, una ciudad al sur del país, cuando un grupo de ciudadanos tomó la determinación de trabajar unidos para mejorar la vida familiar de las personas en su comunidad. En su primer año se unió a la Afiliación Caribeña de Planeación Familiar (ACPF). Hacia finales del séptimo año de su existencia se convirtió en un organismo miembro de la Federación Internacional de Paternidad Planeada (FIPP). Este organismo es el único que ofrece educación sobre la planificación familiar en todo el país, además de servicios de salud sexual y

reproductiva.⁴ La BFLA y la FIPP comparten un plan estratégico enfocado en el acceso a los servicios de salud, la prevención del VIH/SIDA y la salud sexual y reproductiva entre los adolescentes.

Las actividades que le encomendaron a la BFLA en el proyecto estaban relacionadas con los servicios que esta asociación realiza desde hace muchos años: los servicios de planeación familiar, el examen de senos, la colposcopia, el papanicolau, las pruebas de embarazo, las terapias individuales y de grupo, el diagnóstico y el tratamiento de las infecciones transmitidas sexualmente, las aptitudes personales y la programación de la salud sexual, la educación sobre el VIH/SIDA, los exámenes y las asesorías voluntarios y los cuidados primarios generales.

La YWCA es conocida entre la comunidad de Belice por sus programas y por su carácter cooperativo en una serie importante de actividades. Es una organización que proporciona espacios para el desarrollo mental, físico, social y espiritual de las mujeres y los niños y es parte de una organización mundial que recientemente incluyó en su programa el tema relacionado al VIH/SIDA. Sus esfuerzos en la prevención del VIH/SIDA entre la población beliceña están unidos a los de la iniciativa caribeña. Desde su fundación a principios de los años sesenta, esta asociación ha ofrecido educación para los adultos y programas de capacitación. Gracias a su larga experiencia ha sido posible que esta institución imparta cursos de alfabetización en inglés desde hace diez años y cursos de inglés como segunda lengua desde hace cuatro.

La selección de estos dos organismos y de las poblaciones mencionadas como objeto del estudio, se basó en los siguientes puntos:

- identificar a los organismos locales que tuvieran experiencia con los intereses específicos definidos en la intervención;
- limitar los servicios de prevención de enfermedades, así como las clases de inglés como segunda lengua (ISL) sólo a la población participante;
- incluir personal de estos organismos en el desarrollo del proyecto para minimizar el impacto que la investigación penal que se estaba llevando a cabo en el verano de 2003 relacionada con el tráfico de humanos y el comercio sexual, pudiera tener entre ciertos inmigrantes centroamericanos;
- complementar las labores efectuadas por la OIT relativas al VIH/SIDA en Belice desde el año 2003 y planeadas hasta el 2006;
- colaborar con los esfuerzos conjuntos de CONASIDA y de ONUSIDA para desarrollar y diseñar iniciativas que tengan un impacto positivo en las poblaciones móviles de todo el país.

Desarrollo del proyecto

La actividad relativa al idioma inició a mediados de septiembre de 2003. Estuvo estrechamente ligada al calendario y al formato académicos; los cursos se organizaron a lo largo de tres periodos escolares y se impartieron tres clases por semana en promedio, con una duración aproximada de diez semanas.

La fecha de inicio de la actividad referente al cuidado de la salud, llevada a cabo por la BFLA, se programó de tal manera que coincidiera con la conmemoración del Día Mundial del SIDA. El proyecto fue lanzado a finales de noviembre de 2003. En la Ciudad de Belice el reclutamiento se realizó de diciembre de 2003 a enero de 2004; el monitoreo de los servicios de salud y de prevención se efectuó de enero a mayo de 2004. En Benque Viejo del Carmen el reclutamiento, el monitoreo de los servicios de salud y de prevención y el seguimiento del proyecto se llevaron a cabo de marzo a mayo de 2004.

Los dos sitios seleccionados para la intervención fueron, en la Ciudad de Belice la clínica del Seguro Nacional de Salud (SNS), y en Benque Viejo del Carmen la clínica de San Ignacio. La clínica del SNS cuenta con un personal profesional conformado por cuatro enfermeras, un médico de tiempo completo, dos médicos de medio tiempo y dos especialistas que trabajan fuera de la clínica un día a la semana; dicho personal es auxiliado por dos recepcionistas, un capturista, un administrador y una cuidadora. Hacia finales de 2003, atendían a más de 5 000 pacientes. En cuanto a la clínica de San Ignacio, ésta sólo cuenta con una enfermera y un oficinista, y sólo proporciona servicios de salud sexual y reproductiva; a diferencia de la primera que también ofrece servicios para cuidados primarios y generalmente tiene mucho más afluencia de pacientes que la de San Ignacio.

El flujo de pacientes que resultó del Proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos, tuvo como consecuencia una mayor demanda en ambas clínicas, en particular en la del SNS que, además de las prácticas y los procedimientos de la AVFB, la cual está sujeta a las estrictas reglas que establece el Programa del Seguro Social.

Los servicios de laboratorio fueron proporcionados por el Laboratorio Médico Central operado por el gobierno. Todos los exámenes y pruebas de laboratorio fueron gratuitos para aquellos que contaran con una credencial del seguro social y fueran beneficiarios del proyecto de salud primaria del SNS. Se recurrió a cuatro compañías privadas, tanto en la Ciudad de Belice como en Benque Viejo del Carmen, para los servicios de rayos X, ultrasonidos, mamografías y medicamentos.

Las oficinas del SNS en la Ciudad de Belice están ubicadas al sur, lo cual facilita el acceso por medio del transporte. El reclutamiento de los parti-

participantes en el proyecto se realizó en los cursos de ISL de la YWCA, de una empresa privada y de varios establecimientos que tenían como empleados a hombres y mujeres inmigrantes centroamericanos. Se llevaron a cabo reuniones con los gerentes de las compañías que emplean migrantes; además, se distribuyeron volantes de información con los detalles del proyecto para promover la participación entre amistades y familiares. A los participantes interesados se les hizo llenar una tarjeta de registro en su primera visita a la clínica, recibieron un examen médico básico y se les dio asesoría sobre planeación familiar, un servicio rutinario para los pacientes de las clínicas de la BFLA. Algunos de los participantes fueron canalizados para realizarles exámenes y medicarlos. A todos los casos referidos en la Ciudad de Belice y a 39% de los casos en Benque Viejo del Carmen se les programó para citas posteriores con el médico. La YWCA tiene su domicilio en la parte norte de la Ciudad de Belice y a pocos minutos del centro del SNS. Las sesiones de ISL se llevaron a cabo tres días a la semana en un horario nocturno, para que los participantes pudieran acudir al finalizar su jornada laboral. A pesar de que no se disponía de transporte público para llegar a esa zona de la ciudad, fue relativamente sencillo para la mayoría de los interesados asistir a las clases.

Los participantes de Benque Viejo del Carmen tuvieron acceso a los servicios de salud en el centro que tiene la BFLA en la ciudad de San Ignacio. Este centro se encuentra cerca del hospital, y en este caso, los participantes tuvieron que programar sus visitas puesto que, aunque existe transporte público a San Ignacio, no hay ninguno que llegue a la dirección del centro.

Aunque en el estudio cualitativo los grupos estuvieron conformados por hombres y mujeres adultos y adolescentes y personas que comercian con el sexo, en el programa de intervención se decidió incluir solamente a hombres y mujeres adultos, definidos como personas de 18 años o más.

Componentes de la intervención

En el diagnóstico se identificaron varios temas que sirvieron como guía para el desarrollo de las intervenciones: el temor de la población hacia el VIH/SIDA; las discrepancias acerca del conocimiento, la accesibilidad y el uso del condón; el idioma; la desconfianza hacia el personal beliceño de los servicios de salud, y la voluntad expresada de participar en los programas de educación y prevención.

El proyecto de intervención integró en la vida de los participantes en la Ciudad de Belice y en Benque Viejo del Carmen los servicios del cuidado de la salud y el aprendizaje del idioma inglés. En este último se incluyó literatura con términos referentes a la salud a través de un programa de clases de

nueve meses y un programa de alfabetización en inglés, con la colaboración del Consejo de Alfabetización de Belice. El curso de ESL dio la oportunidad a los proveedores del cuidado de la salud que no hablan este idioma de mejorar la comunicación con los participantes en el proyecto de intervención. La YWCA fue el organismo encargado de este proceso. El principal objetivo fue proporcionar un curso básico de conversación en inglés a un mínimo de 60 inmigrantes adultos hombres y mujeres, y un curso de conversación en español a un mínimo de 20 prestadores de los servicios de salud; con la finalidad de que ambos grupos pudieran desempeñarse mejor en el ámbito laboral, así como en la sociedad, y de esta manera hacer mayor y mejor uso de los servicios de salud.

El segundo componente, relativo al cuidado de la salud, se enfocó en los servicios preventivos: consultas médicas, perfiles básicos de salud, exámenes voluntarios del VIH/SIDA, terapias para la prevención y accesibilidad a los condones. El Laboratorio Médico Central y el Centro de Exámenes y Terapia Voluntaria fueron los principales departamentos del Ministerio de Salud que colaboraron con la BFLA. Este modelo de cuidados primarios y preventivos de salud requirió de los servicios de doctores, enfermeras, educadores de la salud, terapeutas, farmacólogos y laboratoristas. Los costos operacionales estimados incluyeron la compra de preservativos, pruebas de detección del VIH/SIDA, material de información, apoyo administrativo, compra de medicamentos, renta de locales y salarios o remuneraciones.

El principal objetivo de enfocar la atención en el cuidado de la salud fue proporcionar el perfil básico de salud de cien hombres y mujeres migrantes, por medio de programas de monitoreo y seguimiento en la salud sexual y reproductiva específicamente, incluyendo el control del embarazo, la toma de papanicolau, el uso de anticonceptivos y el tratamiento de ITS; además, se incorporaron acciones en medicina preventiva que abarcaron el control y la prevención de la hipertensión arterial, la diabetes, la hipercolesterolemia, las determinaciones de grupo y RH sanguíneos, la dieta y la nutrición. Finalmente, se incluyó la salud mental con temas como la violencia doméstica y el bienestar emocional.

Se ofrecieron terapias sexuales y reproductivas individuales, de pareja y de grupo a los pacientes. Para las personas que participaron voluntariamente en las pruebas de VIH/SIDA se brindaron terapias previas a la toma de la prueba, así como posteriores a la misma.

Dentro del proceso de monitoreo y evaluación se incluyó la asistencia técnica a los dos organismos seleccionados, la YWCA y la BFLA, así como a otros colaboradores, promotores y participantes del proyecto; el proceso se documentó diariamente y se realizaron evaluaciones a la mitad y al final del proyecto.

METODOLOGÍA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

El objetivo del proceso de monitoreo y evaluación estaba dirigido a profundizar en los temas de la salud sexual y reproductiva y de la prevención del VIH/SIDA. Como parte de la estrategia para conseguir dicho objetivo se realizaron las siguientes actividades:

- la aplicación de cuestionarios a los estudiantes de inglés para evaluar su comprensión de conceptos relativos al VIH/SIDA;
- entrevistas a profundidad hechas a estudiantes y pacientes;
- revisión de los registros de asistencia, y
- entrevistas a profundidad hechas a los maestros de inglés y a los proveedores de los servicios de salud.

Las entrevistas a profundidad se realizaron con la finalidad de analizar las experiencias de los participantes dentro de las actividades en cada una de las localidades del proyecto. El monitoreo y evaluación se focalizaron más en proceso que en el impacto de las intervenciones, debido a que el tiempo disponible para la puesta en práctica de la intervención era limitado.

Los indicadores que utilizó la BFLA para el monitoreo de la intervención incluyeron:

- número de los que terminaron el curso y fueron canalizados al cuidado de la salud;
- número de los que participaron en las sesiones de educación sobre la salud;
- número de terapias sexuales y reproductivas individuales, en pareja o colectivas;
- número de terapias previas y posteriores al examen de VIH/SIDA;
- número de pruebas de detección de VIH/SIDA realizadas, y
- número de condones gratuitos y no gratuitos distribuidos entre los participantes.

Los indicadores que utilizó la YWCA fueron:

- número de estudiantes que iniciaron las clases de ISL;
- número de los que terminaron el curso, canalizados al cuidado de la salud, y
- número de los que participaron en las sesiones de educación sobre la salud.

BENEFICIOS DEL PROYECTO

Uno de los beneficios del proyecto de intervención de la BFLA, además de ampliar su campo tanto de investigación como de promoción, fue la oportunidad de identificar a los migrantes como un grupo que requiere del acceso a los servicios de salud; así como la necesidad de modificar sus servicios, de tal manera que se incluya a este grupo. Sin embargo, a pesar de haber identificado estos beneficios, resulta difícil medir el impacto que tuvo la intervención por dos razones: primero, porque no existía ninguna información previa con la cual comparar los resultados de la intervención, y segundo, porque no se disponía del tiempo necesario para llevar a cabo la intervención. A pesar de esto, el proyecto brinda a la BFLA la oportunidad de realizar evaluaciones y mediciones del impacto en el futuro, ya que cuenta con datos que podrán utilizarse en investigaciones posteriores.

Se puede observar también que el proyecto de intervención permitió que organismos, aparentemente tan diferentes entre sí, unieran esfuerzos y aprendieran a compartir la responsabilidad sobre la dirección, el diseño y la puesta en práctica de la intervención. En el pasado, estos dos organismos han colaborado en asuntos sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, pero en esos casos sólo uno de los dos tenía el liderazgo y la responsabilidad principal. La diferencia en este proyecto radicó en que los esfuerzos de ambas organizaciones fueron cruciales para su buen fin.

La YWCA reconoció algunas debilidades en ciertas áreas del desarrollo y en la puesta en práctica de los programas, por lo que recibió con agrado la ayuda ofrecida por los otros dos organismos involucrados: la BFLA, con la que se ha vinculado desde hace 10 años, y también la organización llamada Cuerpo Emergente, que ayudó a mejorar su programa de habilidades de comunicación. Parte de los beneficios de esta unión fue la posibilidad de incluir un vocabulario referente al VIH/SIDA dentro del programa de ISL, además de haber llevado a cabo cuatro sesiones especializadas en la educación de la salud sexual y reproductiva.

DIMENSIÓN ADMINISTRATIVA

La puesta en práctica del proyecto de intervención requirió de todos los organismos participantes y del trabajo conjunto en la administración de los recursos, tanto humanos y técnicos como de infraestructura y financieros. El apoyo logístico y la coordinación interorganizacional fueron aspectos cruciales para la buena administración del proyecto.

La organización Cuerpo Emergente coordinó el monitoreo y la evaluación de la intervención; trabajó en estrecha colaboración con la YWCA y la BFLA en la distribución de la documentación y de los informes técnicos. En este proceso se incluyeron también las evaluaciones hechas a la mitad y al final del proyecto. Para cada organización ejecutora se designó un coordinador de proyecto, cuya labor fue la de asegurar el éxito de la puesta en práctica de las actividades encomendadas a cada uno de los organismos; participar en el monitoreo y la evaluación, y funcionar como referencia dentro de los organismos.

La actividad que inicialmente llevaría a cabo la BFLA en la Ciudad de Belice era la observación de los métodos de ejecución y reclutamiento; sin embargo, una vez iniciado el proyecto fue necesario modificar dichos métodos, sobre todo el de reclutamiento, lo cual ocasionó que se retrasara el inicio de las actividades en la Ciudad de Belice. No obstante, la experiencia nos sirvió como lección para que en Benque Viejo del Carmen no sucediera lo mismo.

LA EXPERIENCIA DE LOS CUIDADOS DE LA SALUD EN BENQUE VIEJO DEL CARMEN

Se contó con muy poco tiempo para organizar la intervención en Benque Viejo del Carmen; sin embargo, dado que este trabajo complementó lo que ya se hacía en la Clínica de San Ignacio, fue posible tener un buen comienzo y avanzar con relativa facilidad.

El personal de la BFLA proporcionó servicios de salud a la población inmigrante en Benque Viejo del Carmen con el objetivo específico de aumentar la comprensión del VIH/SIDA y de incidir en las actitudes y los comportamientos para prevenirlo. Dentro de las actividades realizadas para el reclutamiento de los participantes se distribuyeron volantes, se invitó personalmente a enfermeras de otras clínicas de la localidad y se exhortó a los demás a correr la voz entre amigos y vecinos.

Una de las expectativas que se tenían en dicha ciudad era que los pacientes apreciaran y estuvieran satisfechos con la calidad de los servicios ofrecidos. Estos fueron particularmente beneficiosos para las mujeres de escasos recursos, pues se les brindó asesoría antes y después de la prueba de detección del VIH/SIDA, además de asegurarles la confidencialidad de los resultados de la misma.

Hubo cierta frustración en cuanto a la participación de los esposos o las parejas de las mujeres que utilizaron los servicios dentro de la intervención. Esto se debió a que no había suficiente dinero ni tiempo ni personal para

que fuera posible; además, hay que añadir que el acudir a la clínica de San Ignacio resultó muchas veces complicado, ya que casi no hay transporte disponible en esta localidad.

Para poder llevar a cabo la puesta en práctica del proyecto en Benque Viejo del Carmen se requirió del apoyo del personal de la BFLA, ya que en este lugar sólo se contaba con la participación de un médico que tuvo que trabajar arduamente para atender a sus pacientes regulares, así como a la población perteneciente a este proyecto.

La capacidad de la clínica para proporcionar servicios de salud a la comunidad, de manera que los participantes no se vieran en la necesidad de acudir con un especialista y de gastar su dinero para hacerse un examen médico completo, fue una de las observaciones hechas en esta localidad. Como experiencia negativa, es importante señalar que tuvimos que rechazar a los beliceños que querían hacer uso de los servicios ofrecidos en el proyecto de intervención, debido a que no estaban incluidos como población meta. Esperamos que en un futuro se consideren también las necesidades propias de las comunidades de estudio.

El personal que trabajó en el proyecto recibió capacitación por parte del Ministerio de Salud sobre la prevención del VIH/SIDA, a partir de los programas educativos que incluían talleres y sesiones de capacitación, además de la práctica obtenida en las consultas. Por esta razón se sintieron cómodos y confiados para llevar a cabo la puesta en práctica de la intervención.

Alrededor de 50 personas se registraron en el programa de Benque Viejo del Carmen; todas ellas volvieron, por lo menos una vez a las consultas de seguimiento, y 19 de ellas requirieron de cuidados posteriores.

También se determinó el tipo de servicios que se ofrecerían en Benque Viejo del Carmen: cuidados primarios adecuados, lo que significaba mayores gastos que los que ocasionan los exámenes médicos básicos, por ejemplo, las pruebas de laboratorio que son muy costosas. Al inicio del proyecto no se habían contemplado los gastos causados por los ultrasonidos y los rayos X; por lo tanto, fue necesario hacer una selección de los casos médicos, debido a que el proyecto no podía pagar los tratamientos de personas con padecimientos crónico-degenerativos. Por tal motivo, la enfermera de la clínica de la YWCA tuvo que realizar más de 60% de visitas de seguimiento ya que el presupuesto del proyecto no cubría consultas médicas de seguimiento para los participantes canalizados de Benque Viejo del Carmen.

En el Ministerio de Salud existe personal calificado que puede hacer las mismas labores que realizó el equipo de la BFLA en Benque Viejo del Carmen, por lo que es muy probable que se puedan seguir proporcionando chequeos médicos y otros servicios de salud, tanto a inmigrantes como a beliceños,

en las clínicas de salud sexual y reproductiva existentes. En esta ciudad se continuará proporcionando servicios a los participantes del proyecto y, hasta donde sea posible, a otros beliceños y migrantes.

LA EXPERIENCIA EN EL CENTRO DEL SNS DE LA BFLA EN LA CIUDAD DE BELICE

El proyecto en la Ciudad de Belice presentó dificultades similares a las de Benque Viejo del Carmen, a pesar de que en esta ciudad se contó con mayor personal en el centro del SNS. El personal de atención estaba integrado por enfermeras que tenían diferentes responsabilidades, médicos que realizaban los chequeos y personal administrativo que procesaba la información. Dentro de la población local existe el mito de que los inmigrantes centroamericanos son portadores del VIH/SIDA; sin embargo, pudimos observar que todos aquellos migrantes que se sometieron a la prueba, resultaron negativos.

En el proyecto participaron alrededor de 65 personas. Al igual que en Benque Viejo del Carmen, los participantes fueron en su mayoría mujeres entre 20 y 30 años; sin embargo, a diferencia de esta última, las participantes no mostraron mucho interés en el objetivo del proyecto de intervención, sino más bien acudían para ser tratadas por sus enfermedades.

Cada paciente recibió terapia y posteriormente se le realizó la prueba de detección del VIH/SIDA. Cerca de 10% no accedió a que se le realizara la prueba. Las personas que sí aceptaron tuvieron que regresar una semana después para saber los resultados. Si éstos eran negativos no se les volvía a citar; sin embargo, algunos, aunque su resultado no fue positivo, tomaron las terapias posteriores al examen y se les asesoró sobre las prácticas sexuales más seguras para prevenir el VIH/SIDA.

El arribo al centro del SNS en la Ciudad de Belice es fácil, se llega por medio del transporte público; sus horarios normales de atención facilitan el acceso a un gran número de personas. No obstante, estos horarios no siempre fueron los convenientes para poder atender a la población migrante y hubo que determinar uno específico para su atención. En algunos casos no fue posible acomodarlos a todos en los horarios disponibles, lo que restringió el acceso para algunos. También se presentaron algunas dificultades cuando los participantes eran enviados con el farmacólogo o al centro de exámenes y terapias voluntarias. En muchos casos los horarios de atención coincidían con los de las labores de los participantes, y además se encontraban lejos del centro del SNS, por lo que había que dedicar tiempo y dinero para el traslado de un centro al otro.

Al principio de la puesta en práctica de la intervención, de acuerdo con las experiencias del personal en la Ciudad de Belice, pudimos estimar un cos-

to por participante de 50 dólares estadounidenses. Los costos que resultaron de los servicios médicos, del laboratorio y de otros adicionales, ocasionaron que no se pudiera cumplir con el objetivo de incluir 100 participantes en la Ciudad de Belice. Estos inconvenientes no se consideraron cuando se diseñó el proyecto, pero se reconocieron a tiempo para hacer las modificaciones necesarias al momento de la puesta en práctica del mismo.

Los participantes tuvieron acceso a todos los servicios de planeación familiar; éstos incluyeron el papanicolau, anticonceptivos, el examen de senos y la asesoría sobre la salud reproductiva. A pesar de que estos servicios se llevan a cabo como una práctica rutinaria de las clínicas de la BFLA en todo el país, la documentación que se obtuvo del proceso mostró resultados muy escasos, ya que los registros indican que sólo 60% de las mujeres se realizó el papanicolau.

LA ASOCIACIÓN DE MUJERES JÓVENES CRISTIANAS (YWCA)

Esta asociación considera que el proyecto sirvió para ayudar a la población migrante a conocer mejor el tema del VIH/SIDA y, de esta forma, difundir de forma más amplia la información. La participación en el proyecto también contribuyó a su fortalecimiento como organización y le abrió la posibilidad de brindar más servicios en el país.

La YWCA logró sus objetivos, puesto que ahora los estudiantes de inglés hablan abiertamente sobre del tema del VIH/SIDA. Esta organización está convencida de que los estudiantes de inglés, una vez terminado el proyecto de intervención, se encontraron mejor capacitados para integrarse a la comunidad y cuentan con el vocabulario necesario para difundir información relativa a la prevención del VIH/SIDA. Más de 90% de las personas que participaron en las clases de inglés tenían conocimientos previos sobre el tema. En opinión de la YWCA es mejor que los estudiantes participen activamente en las clases en lugar de que sea el maestro quien haga toda la labor. De acuerdo con esta idea se pusieron en práctica programas en los cuales los estudiantes escogieron las lecciones que querían aprender.

Además del beneficio directo que obtuvieron al aprender a hablar inglés, tuvieron el incentivo adicional de integrarse en los servicios sobre la salud sexual y reproductiva proporcionados por la BFLA. Una de las experiencias positivas que señaló la YWCA fue sobre las sesiones acerca de la educación para la salud impartidas por una enfermera hispanoparlante del Centro del SNS y de la BFLA. Debido a este esfuerzo de colaboración entre estas dos instituciones los estudiantes fueron capaces de comprender e identificar la importancia de su salud sexual y reproductiva. Para ello se llevaron a cabo

cuatro sesiones que intentaron cubrir todas las preocupaciones de los estudiantes y los aspectos referentes a las estrategias para prevenir el VIH/SIDA, como son el uso del condon y las prácticas sexuales más seguras.

INTERVENCIONES FUTURAS

Uno de los componentes más importantes para prevenir la transmisión del VIH/SIDA es proporcionar educación e información correcta y actualizada. La falta de profesionistas que hablen español y la escasez de material disponible en este idioma dificultaron la tarea; sin embargo, existe la posibilidad de llevar a cabo dos futuras intervenciones en las que se considere la importancia de la información, la educación y la comunicación. Por ello, es necesario diseñar intervenciones en los ámbitos local, nacional y regional que involucren a los países y sus fronteras. En este sentido, se intentó distribuir carteles y folletos con información acerca de la intervención y un CD-ROM del Instituto Nacional de Salud Pública en estos países, pero no se contó con los recursos financieros necesarios para reproducir el material en la cantidad y calidad requeridas.

Un segundo aspecto que es importante señalar es el intercambio del personal profesional entre las organizaciones que participaron en el proyecto para que existiera la posibilidad de compartir aspectos relacionados con la información, la educación y las asesorías. Dentro de una futura intervención, este intercambio deberá considerar que el curso del idioma español con vocabulario relativo al VIH/SIDA se imparta para dos grupos participantes. El primero, conformado por los proveedores de los servicios de salud que atienden a los pacientes migrantes hispanoparlantes, y el segundo por el personal administrativo y ejecutivo, de manera que puedan leer, responder y poner en práctica los proyectos relativos al VIH/SIDA en la región. Aunque esto se reconoció como una necesidad y se trató de incorporar en los parámetros de la intervención, es un asunto complejo que requiere tratarse por sí solo en una intervención por separado.

No se tiene ninguna duda de que el proyecto de intervención que se puso en práctica en las dos localidades de Belice fue la opción correcta, que permitió el acercamiento a las poblaciones móviles, específicamente a los inmigrantes centroamericanos.

La puesta en práctica de la BFLA en Ciudad de Belice sirvió de experiencia para hacer las modificaciones necesarias en el momento de aplicarla en Benque Viejo del Carmen. De igual forma sucedió con la YWCA durante la implementación del segundo ciclo de las clases de inglés, puesto que fue posible mejorar la metodología de los cursos.

La conducción de esta intervención fue acertada, por lo tanto consideramos que debe ampliarse de tal manera que se utilicen las lecciones aprendidas y las recomendaciones. El elemento más crítico a considerar es el tiempo, ya que fue la mayor amenaza al éxito de la intervención. Es necesario asegurarse de que el tiempo y la duración de los proyectos sean los adecuados. Los recursos humanos y financieros fueron insuficientes durante la intervención; no obstante, se pudo llevar a cabo la puesta en práctica dentro de estas limitaciones, ya que se hicieron las modificaciones pertinentes para facilitar el proceso.

CONCLUSIONES

Existió cierta confusión inicial en cuanto a los participantes del proyecto en la Ciudad de Belice. Dicha confusión estaba ligada a la definición del concepto de “poblaciones móviles”, pues no se había determinado si sólo se incluirían a las poblaciones móviles migrantes o también a las poblaciones móviles beliceñas. Finalmente se decidió únicamente tomar en consideración para la intervención a las poblaciones móviles migrantes, ya que el tiempo del que se disponía para el proyecto era muy escaso.

Uno de los principales problemas en todos los aspectos del proyecto fue la dificultad para encontrar personal capacitado, dispuesto y disponible para participar en el proceso, tanto en los cursos de idiomas: traductores, transcriutores y maestros; como en lo referente a la salud: proveedores de servicios de salud.

Las lenguas principales en la Ciudad de Belice son la criolla y el inglés, lo que ocasiona un grave problema de comunicación para los migrantes y para los mismos beliceños cuando no entienden el idioma que habla el otro. En Benque Viejo del Carmen, además del inglés, se habla el español; por lo tanto, los inmigrantes provenientes de países hispanoparlantes no tienen ninguna dificultad en comunicarse.

Entre las lecciones aprendidas podemos mencionar las siguientes:

- hay que estar preparados para utilizar diferentes enfoques cuando se realiza este tipo de tareas;
- es esencial determinar el tiempo y los momentos oportunos para introducir proyectos en las poblaciones identificadas;
- es necesario establecer un mínimo de confianza con estos grupos de la población para asegurar que participen y se sientan incluidos como una parte fundamental del proyecto;
- existe en general la disposición por parte de población migrante a participar en actividades que la integren dentro de la comunidad;

- muchos inmigrantes identifican los riesgos del VIH/SIDA y recibieron con agrado la oportunidad de participar en los programas de prevención;
- es necesario que entre los organismos participantes haya cierto grado de relación y de confianza que facilite el intercambio de información sobre el progreso y el resultado de las actividades; y
- es indispensable que el Ministerio de Salud cuente en la Ciudad de Belice con un centro para la detección del VIH/SIDA y con asesorías voluntarias.

Desde el inicio de la puesta en práctica de los cursos de idiomas se observó la necesidad de dar continuidad a esta capacitación. Con base en esta necesidad, el diseño del proyecto incluyó este componente, con la idea de propiciar el fortalecimiento institucional de la YWCA y agregar la continuidad y sostenibilidad de esta iniciativa. Esta organización reconoció la importancia de esta área y se comprometió a continuar sus actividades aun después de terminado el proyecto.

Referencias

1. Central Statistical Office-Ministry of Finance. Annual Labour Force Survey. Belmopari City, Belice: Central Statistical Office-Ministry of Finance, 1998:72.
2. ONUSIDA. Informe mundial sobre la epidemia del VIH/SIDA: ONUSIDA, 2002 [Consultado el 13 de enero de 2005]. Disponible en: <http://www.unaids.org/NetTools/MiscDocInfo.aspx?href=http%3A%2F%2Fgva%2Ddoc%2Dowl%2FWEBcontent%2FDocuments%2Fpub%2FGlobal%2DReports%2FBarcelona%2FBRGlobal%5FAIDS%5FReport%5Fsp%26%2346%3Bpdf>
3. Belize Forest Department Food and agriculture organization of the United Nations (FAO) [sitio de internet]. Informe Nacional de Belice 2003 [Consultado el 13 de enero de 2005]. Disponible en: http://www.fao.org/documents/show_cdr.asp?url_file=/docrep/007/j4051b/j4051b05.htm
4. Belize Family Life Association. Informe Anual de la BFLA 2002-2003. Belize City Belize, 2004.

COSTA RICA

LA CRUZ-PEÑAS BLANCAS, GUANACASTE

LUIS BERNARDO VILLALOBOS SOLANO, HORACIO CHAMIZO GARCIA,
MARIO PIEDRA GONZÁLEZ, ÁLVARO NAVARRO VARGAS

INTRODUCCIÓN

El proyecto de intervención denominado Atención integral de la vulnerabilidad y el riesgo de la población local y móvil a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en La Cruz, Guacacaste, Costa Rica es la expresión de la segunda etapa del proyecto regional Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y los Estados Unidos. La primera etapa de este proyecto se realizó en el cantón de La Cruz, provincia de Guanacaste, Costa Rica durante el año 2001. El objetivo fue analizar las condiciones del proceso migratorio y su relación con las ITS y el VIH/SIDA en la estación de paso de La Cruz para desarrollar, implementar y evaluar las respuestas a la problemática estudiada.

Por la alta movilidad poblacional, la investigación centró su atención en el distrito primero del cantón, que comprende las comunidades de La Cruz y Peñas Blancas. Este proyecto de intervención tiene como fundamento los resultados de la primera etapa de esa investigación (estudio basal). El cantón tiene una extensión territorial de 1 383.9 km², y en el año 2000 contaba con una población de 16 511 personas, de las cuales 8 384 son hombres y 8 127 son mujeres.

El distrito primero, La Cruz, concentra a la mayoría de la población (7 854 personas). Es un distrito fronterizo con Nicaragua, país de procedencia de la mayoría de los migrantes en Costa Rica. Asimismo, buena parte de la población local residente (25%) nació en Nicaragua, lo que implica que un porcentaje aún más alto tiene relaciones de ascendencia con personas del país vecino. El distrito de La Cruz cumple funciones político-administrativas dentro del cantón de La Cruz, lo cual motiva la convergencia de múltiples actividades socioeconómicas: servicios, comercio y agricultura. El territorio incluye el puesto fronterizo de Peñas Blancas, el más importante por el movimiento poblacional de toda la frontera norte.

Las poblaciones móviles y migrantes afrontan situaciones de vulnerabilidad y de riesgo en la estación de paso frente a la violación de sus derechos humanos y a las ITS y el VIH/SIDA en su cotidiana interacción con diversos actores. Durante el estudio basal no se encontraron evidencias de programas de atención dirigidos de manera sistemática a la población móvil y migrante. Esta situación se puede explicar, en parte, por los impedimentos legales para la atención a personas móviles no autorizadas, pero evidencia a la vez la carencia de voluntad política en el ámbito estatal para enfrentar dicha problemática. El desarrollo de la intervención contribuyó a visualizar la problemática en el plano local desde otra óptica, ya que el estudio basal no evidenció la existencia de organizaciones que brinden apoyo a los grupos de poblaciones móviles. Asimismo, no existen intervenciones sistemáticas con carácter educativo y de promoción de la salud sexual por parte de las organizaciones estatales y gubernamentales.

En el estudio se plantea la necesidad de contar con un sistema adecuado de información para la toma de decisiones que permita guiar a los habitantes de la localidad y a los diversos grupos ahí presentes hacia una atención integral de la problemática de las ITS y del VIH/SIDA. Esta acción permitiría propiciar en la estación de paso un enfoque basado en el respeto a sus derechos ciudadanos.

En el trabajo quedó claro que el problema de las ITS y del VIH/SIDA no es únicamente responsabilidad del sector salud o de los institutos de seguridad social. Se deben tener en consideración las relaciones locales de poder, así como la capacidad de gestión de las diversas organizaciones y sectores que representan el poder público, privado y de la sociedad civil en el ámbito local.

El estudio basal propuso una estrategia de intervención sencilla y creativa, no supeditada a lineamientos verticales. Se trata de considerar las diferentes condiciones, los accesos heterogéneos a la información, las diversas creencias y prácticas culturales, las diferentes necesidades de la gente y los escasos recursos con los que se cuenta. La intervención tiene como propósito el desarrollo de una nueva política y de una estrategia local de atención a la salud sexual y reproductiva (SSR) que incorpore a la población móvil. Este lineamiento implica la autonomía local en la toma de decisiones, para lo cual es necesario que las distintas instituciones y representantes de la sociedad entiendan que el tema de la población móvil y las ITS y el VIH/SIDA los involucra a todos. En este sentido, la estrategia debe tener como fundamento un carácter socioproductivo que permita atender aspectos que determinen la problemática estudiada. Algunos de estos determinantes son los bajos niveles educativos, el desempleo y la pobreza como variable estructural.

DISEÑO DE LA INTERVENCIÓN

Una vez finalizada la primera etapa del proyecto, los investigadores de la Universidad de Costa Rica hicieron la presentación de los resultados ante un grupo de autoridades y líderes locales en La Cruz, durante un taller realizado en febrero del 2002. En esta actividad se expusieron los resultados del estudio basal y se validó la estrategia de intervención. Asimismo, se definieron los componentes que podría tener el proyecto de intervención y se constituyó un grupo local gestor del proyecto (GLGP), que estratégicamente sería el encargado de formularlo y de orientar, conducir y promover la ejecución de una serie de actividades.

Ese grupo quedó integrado por el alcalde municipal, el director local de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), el director local del Ministerio de Salud (MS), una autoridad local del Ministerio de Educación, representantes de los hoteleros de la zona, de las organizaciones comunitarias, de los grupos de mujeres, así como la autoridad local de la policía de fronteras, de aduanas, del Ministerio de Agricultura, y uno más de la Dirección de Migración.

El Consejo Nacional para la Prevención del VIH/SIDA de Costa Rica asumió el apoyo técnico y político a este grupo gestor mediante una representante del MS (asesora del viceministerio de Salud para asuntos de VIH/SIDA). El proyecto propone el desarrollo de tres componentes interrelacionados: el componente socioproductivo, el componente de promoción de la SSR y el componente del sistema de información para la gestión de la SSR.

El componente socioproductivo

Este componente es fundamental y se propuso reunir a los diversos grupos locales con la finalidad de fortalecer la calidad de vida de la población local y móvil. Se planteó la puesta en operación de un centro multiuso socioproductivo local para fortalecer los ingresos de las poblaciones móviles y para la promoción de la SSR y la prevención de las ITS y el VIH/SIDA. Este centro, en principio ubicado en las instalaciones municipales construidas para promover el turismo en la zona y que no han sido utilizadas desde hace varios años, contaría con un restaurante de comida típica de la zona a cargo de mujeres y hombres de la comunidad, un centro de información turística, un centro de capacitación comunitaria, un centro de distribución de artesanías de la zona, un centro de venta de plantas medicinales, un café Internet, y un centro de información y capacitación en la promoción de la salud y la prevención de las ITS y el VIH/SIDA.

Todos los actores involucrados al inicio del proyecto coincidieron en la importancia de este componente, ya que de él se derivaban los otros que se desarrollarían durante la intervención. El hecho de que su operación requiriera de la acción articulada de varias instancias gubernamentales representadas en el ámbito local, de organizaciones de la sociedad civil y del sector privado local también lo convirtió en un elemento fundamental. La conjugación de esfuerzos era uno de los aspectos que más se esperaba propiciar debido a que era un elemento que podría garantizar que la inversión económica se multiplicara o por lo menos se recuperara para así reinvertirla en otras fases del proyecto y garantizar la sustentabilidad de la intervención.

El componente de la promoción de la salud sexual y reproductiva

Este componente se desarrolló en dos ámbitos de trabajo: El primero abarcó todo el cantón como una unidad territorial y el otro estuvo dirigido a la zona fronteriza de Peñas Blancas. En este elemento de la intervención se propusieron varios subcomponentes, con énfasis en el trabajo de promoción de la salud:

- La definición de la política local en SSR, tomando como fundamento los resultados del estudio basal y los lineamientos nacionales de la política sanitaria.
- La identificación del material educativo para el desarrollo local de la estrategia que se adapte a la realidad y a las necesidades del territorio.
- La capacitación en la promoción de la SSR según los grupos de interés, tales como funcionarios públicos, adolescentes, educadores, líderes comunitarios, empresarios, policías y estudiantes.
- La creación en Peñas Blancas de una consulta médica para la promoción de la SSR entre las poblaciones móviles tales como autobuseros, vendedores, trailereros y trabajadoras del sexo comercial.

El componente del sistema de información para la gestión de la salud sexual y reproductiva

El proyecto de intervención definió los siguientes lineamientos generales que debe cumplir el sistema de información para la gestión (SIG) para la reducción del riesgo de las ITS y del VIH/SIDA, y la promoción de la SSR.

- Vincular la información disponible en el ámbito local de diversas instituciones y organizaciones.

- Generar información actual.
- Permitir la actualización periódica de los datos.
- Considerar tanto la información cuantitativa como la cualitativa para realizar el análisis.
- Ser un sistema sencillo, que utilice los recursos humanos y los datos locales y que se alinee con las funciones y las tareas de las instituciones que lo sostienen.
- Coordinar el proyecto de intervención para que los resultados de su análisis sean devueltos a la sociedad local.

Se propuso estructurar el SIG en dos componentes de información, de acuerdo con la población: información del contexto social a partir de los datos referidos sobre las características de la población local residente del distrito de La Cruz, y la información sobre poblaciones móviles o grupos humanos vulnerables ante las ITS y el VIH/SIDA.

Con esto se esperaba que el sistema de información para la gestión de la salud sexual y reproductiva (SIGSSR) asimilara la información del análisis situacional de salud (ASIS) que se debe desarrollar en la primera etapa del proceso de planificación local en el sistema de salud de Costa Rica, específicamente la que caracteriza el contexto social y la vulnerabilidad ante las ITS y el VIH/SIDA. El análisis de los datos cuantitativos y cualitativos permitiría evaluar el impacto de las acciones y reorientar la política de SSR en el ámbito local. Estos elementos se devuelven al ASIS y se traducen en acciones concretas en el plan operativo anual.

LA EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

A partir de la definición del proyecto de intervención por parte del GLGP, se decidió que la intervención debería acompañarse de un proceso de monitoreo y evaluación. Este proceso exigía considerar la capacidad para resolver los problemas derivados de las interacciones con otras organizaciones durante la intervención generada en el ámbito local por parte del GLGP.

Los investigadores tomaron en consideración que el proceso evaluativo debe aportar los criterios básicos para orientar los lineamientos de la intervención, así como permitir el seguimiento dentro del proceso de intervención. En los tres componentes del proyecto original se consideraron dos aspectos fundamentales: la capacidad de gestión administrativa de los actores vinculados con la intervención en diversos ámbitos, y la evolución y el alcance de los objetivos sustantivos propuestos.

Otro aspecto de la evaluación debe responder a la necesidad de analizar las capacidades locales de gestión en el diseño y la puesta en marcha de las políticas de salud, es decir, el estudio de la capacidad del personal de los diversos componentes para la recopilación, el procesamiento y el análisis de la información para la reorientación de las políticas locales. Se propuso una evaluación de proceso, que no llega a la evaluación de impacto, dado que los tiempos y los recursos disponibles para estos efectos no permitieron llegar a ese nivel de análisis. Sin embargo, la intervención arroja información que puede ser retomada por las autoridades para orientar las acciones tendientes a disminuir la vulnerabilidad y el riesgo de las poblaciones locales, móviles y migrantes a las ITS y al VIH/SIDA.

Objetivos de la evaluación del proyecto de intervención

El objetivo del proceso de monitoreo y evaluación fue desarrollar un proceso de evaluación que permitiera, mediante la interacción entre cada una de sus fases y componentes, aportar elementos que favorezcan la gestión de las políticas de SSR en la estación de paso de La Cruz, Peñas Blancas, Guanacaste, Costa Rica.

Asimismo se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Orientar y corregir las acciones para ayudar a que el desarrollo del proyecto de intervención sea eficiente, equitativo y sostenible.
- Apoyar el desarrollo de capacidades técnicas para la evaluación de la gestión de las políticas locales que contribuyan con la SSR de la población local y móvil.

La evaluación parte del principio de evaluación externa de la gestión del proyecto de intervención. No obstante, se identificó la necesidad de aportar esfuerzos al desarrollo de las capacidades locales en diversos ámbitos. Uno de estos espacios se relaciona con el desarrollo de la capacidad y la sustentabilidad local en la gestión de proyectos interinstitucionales. El proceso de evaluación se ha definido como un proceso adicional al de la gestión del proyecto de intervención, y sería útil tanto para los organismos ejecutores del proyecto como para otros actores externos, entre los que destacan las entidades promotoras del financiamiento, como el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA de México.

El desarrollo de las capacidades locales significa el desarrollo de los recursos humanos y de las capacidades tecnológicas para la recopilación, el

procesamiento, el análisis de la información y su conversión en conocimiento útil que contribuya a generar espacios para la reorientación de las políticas locales. Estos elementos propician que la evaluación se visualice como un proceso de apropiación local de experiencias o lecciones, más que un conjunto de datos transferidos a otros ámbitos relativamente ajenos al territorio.

Podemos afirmar que el proceso de evaluación adoptado corresponde a una evaluación capacitante concurrente de acompañamiento y responde al concepto estratégico de control anticipativo, que permite señalar y corregir problemas antes de que se produzcan, o en su defecto, advertir el momento en que la problemática se presenta con el fin de que los actores vinculados al proceso tomen las medidas pertinentes (figura 1).

La metodología de evaluación se concibió en tres momentos fundamentales: la entrada del proyecto, el proceso de implementación y los productos alcanzados. Estos tres momentos consideran a su vez los tres componentes definidos para la intervención: la promoción de la SSR como componente principal, los componentes socioproductivos y el sistema de información. Estos componentes están estrechamente relacionados para propiciar una mayor eficiencia, equidad y sustentabilidad de las acciones de intervención.

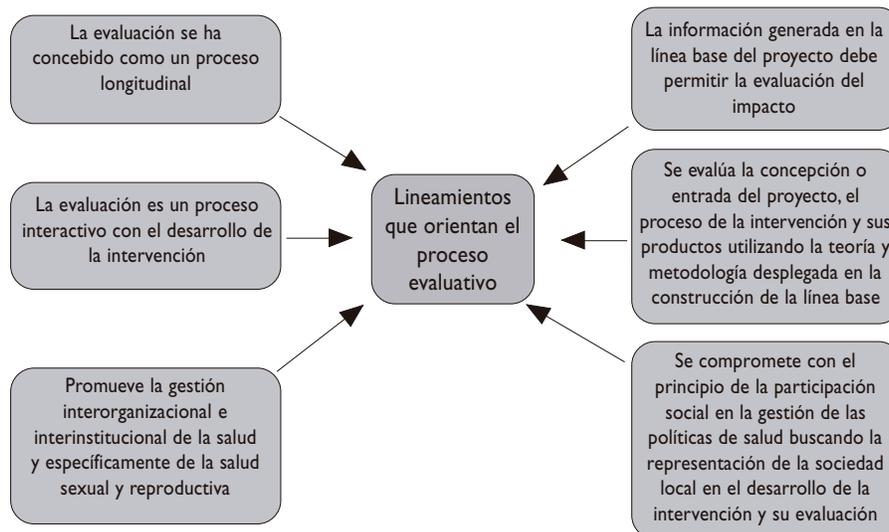


Figura 1. Lineamientos que orientan el proceso evaluativo

Diseño de la evaluación

Se recopiló y analizó la información que sustenta la evaluación en un proceso paralelo al de la gestión del proyecto. Esto significa que se establecieron espacios de intercambio entre el equipo de evaluadores y el equipo de gestión. En estos espacios existió la posibilidad de observar el desarrollo de las actividades y de revisar los documentos relacionados con la gestión de la intervención. La evaluación se realizó mediante un proceso de intercambio horizontal entre el equipo evaluador y el equipo de gestión, lo que permitió ampliar los conocimientos de ambas partes.

La información cuantitativa utilizada corresponde a la evaluación de las actividades de capacitación. Se diseñaron varios instrumentos de manera conjunta con miembros del equipo de gestión, lo que convirtió al proceso de evaluación en sí en un proceso de desarrollo de capacidades locales. Los instrumentos fueron: el diseño del componente de la evaluación de la actividad de capacitación; el diseño de las preguntas y de los códigos; el diseño de una base de datos para capturar y procesar la información; y el procesamiento descriptivo en el programa Excel.

Evaluación del inicio del proyecto

La evaluación del inicio abarca el proceso de formulación del proyecto a partir de las acciones emprendidas por el GLGP como grupo conductor, y se enfoca en la capacidad de gestión del proyecto. En ese sentido, al hablar de gestión del proyecto se incluye a otros actores con sus contextos institucionales. Estos aspectos se valoraron de forma cualitativa a partir de la observación directa del equipo evaluador que participó en los talleres, así como a partir del análisis del contenido de las memorias escritas de las reuniones y los talleres, de los mecanismos de comunicación y de las entrevistas a informantes clave.

Los siguientes puntos se consideran aspectos fundamentales de la capacidad de gestión del proyecto:

- los aspectos culturales de la estación de paso y de las principales organizaciones que lideran la intervención;
- la estructura y las funciones asignadas al GLGP y a las organizaciones que lideran el proceso;
- el liderazgo del GLGP al interior de los procesos de intervención;
- la capacidad de gestión administrativa-financiera y técnico-gerencial;
- la información y la comunicación durante la gestión del proyecto, y
- las relaciones entre las organizaciones vinculadas y aliadas al proyecto.

El inicio del proyecto se vincula con la planificación estratégica y con el fortalecimiento del grupo local gestor del proyecto. En ese sentido, la evaluación se entiende como un proceso continuo en el tiempo, que participa en el desarrollo de cada uno de los componentes del proyecto de intervención.

Evaluación del proceso

La evaluación del proceso se organizó de acuerdo con la estructura de los tres componentes del proyecto: la promoción de la SSR, el componente socioproductivo y el sistema de información para la gestión.

RESULTADOS

Se refiere a la caracterización de los resultados obtenidos durante el proceso de gestión y los resultados basados en el análisis cualitativo. Se tomaron en cuenta los cambios observados en las capacidades locales y en otros ámbitos de gestión, específicamente en las prácticas de atención de la SSR; en las prácticas en la gestión de la SSR, desde el punto de vista de la visibilidad del problema en torno a las ITS y el VIH/SIDA asociado con la movilidad poblacional en diversos planos de análisis: intersectorial, interorganizacional y de participación social; y en las políticas de salud del país, específicamente en la inclusión de temas como el de la movilidad y su relación con los riesgos y la vulnerabilidad ante las ITS y el VIH/SIDA.

Consideraciones éticas

La evaluación se comprometió desde el inicio con los principios éticos del respeto a los diversos componentes del proyecto de intervención. Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes y se aseguró la identidad del informante. Asimismo, la información generada en el proceso evaluativo solo podrá ser utilizada para fines de la evaluación, de la gestión realizada por el GLGP para los fines del proyecto de intervención y de la gestión de las políticas de salud en el ámbito local por parte de las organizaciones aliadas al GLGP.

Hallazgos en el proceso de monitoreo y evaluación

La evaluación del inicio del proyecto se consideró como una parte fundamental de la evaluación por los elementos básicos que aporta para entender su funcionamiento. La caracterización de la capacidad organizativa del pro-

yecto ofrece explicaciones sobre las barreras, los alcances de los procesos desarrollados y sus resultados, pero sobre todo, contribuye a delimitar mucho mejor las experiencias o lecciones que deben considerarse en el futuro y en los momentos de replicación de estas iniciativas. En este caso se intentó generar la capacidad local para gestionar proyectos desde una perspectiva intersectorial, que contribuya a disminuir la vulnerabilidad y el riesgo a las ITS y al VIH/SIDA.

Siguiendo estos principios, el modelo de evaluación participante y capacitante que se adoptó en este caso no dejó de observar y señalar oportunamente las debilidades y las fortalezas en torno a la capacidad de gestión. En este apartado se exponen los aspectos más importantes al respecto. La discusión se organizó desde los aspectos más estructurales, como las prácticas culturales desarrolladas y las influencias del contexto, la estructura organizativa y las funciones dentro del proyecto, el liderazgo, la capacidad administrativa y la técnica gerencial, hasta los aspectos propios de la información y la comunicación, así como las relaciones entre las organizaciones. En todo caso, se buscaron bajo este orden los significados y las explicaciones que asumen los informantes, así como la experiencia vivida por los investigadores en el proceso evaluativo desde una perspectiva cualitativa.

Las prácticas culturales del GLGP y las influencias de los contextos locales e institucionales

La cultura, en el marco del proyecto y del GLGP, se define como un sistema de percepciones, de manejo de conceptos, de valores y de prácticas propios del contexto social de la estación de paso y de las organizaciones que participan en su ejecución. Un tema de importancia para los informantes fue la influencia que algunos rasgos de la cultura local tienen sobre el desarrollo del proyecto. Esto tiene que ver con conceptos clave como el de la atención de la salud, así como con los valores y las normas que prevalecen en la sociedad local de La Cruz en torno a la participación social, la confianza en las instituciones locales y las externas, así como el manejo del poder y su influencia en la gestión de este proyecto.

El proyecto reconoció desde un inicio que la perspectiva bióloga ha caracterizado a la atención sanitaria en el país y ha limitado la participación de otros sectores de la sociedad, lo cual casi invisibiliza a los determinantes sociales, culturales y políticos en el ámbito local. Por otra parte, se mencionó que el problema de la movilidad poblacional no había tenido relevancia, y no se reconocieron suficientes antecedentes de trabajo que vincularan la gestión local de algunas organizaciones con estos problemas.

La posición que asumió el proyecto en relación con el concepto de salud como un producto social debió influir en el quehacer del sector institucional en la estación de paso, y particularmente en las organizaciones relacionadas con la prestación de los servicios de salud:

[...] uno de los paradigmas que el proyecto ha ayudado a superar es el relacionado con que la salud no es un tema exclusivo de los profesionales en salud, sino que un policía, un educador, un administrativo también pueden educar en salud, y eso ha ayudado a que el tema de la sexualidad se aborde por parte de los niños, adolescentes y adultos de una forma seria, sin el morbo que antes caracterizaba conversar sobre esos temas. (04-ent-cr)

Se trata, sin embargo, de un proceso de cambio conceptual que aún no concluye para las organizaciones sanitarias. Aunque en Costa Rica el concepto de salud como producto social está incorporado en las políticas sanitarias y el modelo de atención integral desconcentrado se ha establecido como una estrategia para desarrollar la perspectiva preventiva y de promoción de la salud en un territorio específico, la concepción biomédica de la atención aún prevalece entre las organizaciones de salud y entre la población asegurada.

Un rasgo cultural sobresaliente que puede haber obstaculizado el desarrollo del proyecto tiene que ver con el recelo de la población local hacia determinadas instituciones y organizaciones del ámbito de la salud. La participación social en torno a la solución de problemas colectivos no ha sido una tradición en La Cruz. Esta situación está vinculada con la falta de esfuerzos sistemáticos que tiendan a lograr autonomía en la capacidad de gestión en el ámbito local. Hay que reconocer la falta de sustentabilidad de los proyectos como una posible explicación de la apatía que manifiesta la población. Por este motivo, el GLGP consideró el desarrollo de las capacidades locales como una parte fundamental de la intervención proyectada. Asimismo, la falta de información y los problemas de comunicación entre los diversos actores locales hacen más difícil el desarrollo de iniciativas institucionales que promuevan el bienestar comunitario.

Por otra parte, es evidente el sentimiento generalizado de desconfianza hacia algunas instituciones públicas, como el gobierno local. Esto explica los obstáculos que el GLGP, liderado por el sector salud, ha enfrentado para promover la participación social en el proyecto. La municipalidad de La Cruz nunca manifestó su apoyo hacia el proyecto de intervención. Esta práctica del poder político parece ser una costumbre y tradición, pero aun así, ha generado frustración entre los grupos sociales y entre las organizaciones locales aliadas al proyecto:

El problema de siempre en el Cantón han sido las relaciones entre las instituciones y el gobierno local. Otro problema de la municipalidad es que siempre hay roces entre la alcaldía y el consejo de distrito, y entonces, si alguna de las partes apoya algo, la otra le lleva la contraria y no lo apoya y se dan ese tipo de estira y afloje que lo único que logra es hundir más al Cantón en la pobreza. (12-ent-cr)

El grupo de organizaciones que ha participado en la coordinación del GLGP es otro de los ejes de influencia cultural en el proyecto. Algunos rasgos institucionales del MS y de la CCSS se manifestaron de manera positiva y negativa, por ejemplo:

- Los estilos gerenciales en la toma de decisiones y en el ámbito de participación alcanzado en todo el ciclo de la gestión local de la salud.
- El insuficiente manejo de la información y la limitada capacidad para reconocer los determinantes locales de la salud y para promover iniciativas que tomen en cuenta las particularidades de cada territorio. Las organizaciones sanitarias no han logrado establecer plenamente modelos de gestión orientados a las necesidades de salud de la población.
- La insuficiente capacidad institucional para gestionar proyectos de financiamiento externo.

El estilo de gestión propuesto por el GLGP como elemento crítico desde su conformación ha estado sujeto a la cultura de las organizaciones que lo integran. A pesar de que en el sector salud se han promovido acciones que fomentan los procesos participativos, se aprecian rasgos culturales en las instituciones que restan valor a la toma de decisiones en un marco de respeto a la opinión de la sociedad local. Se advierte la tendencia a tomar de decisiones de acuerdo con la estructura de las organizaciones, así como el escaso debate y búsqueda de consensos entre éstas y otros grupos. Incluso, muchas veces se tomaron decisiones fuera de la estación de paso, en un sentido absolutamente vertical por parte de los administradores financieros del proyecto.

Otro de los aspectos de cultura institucional que debe haber influido en el GLGP tiene que ver con la burocracia administrativa de algunas instituciones públicas. Esto se relaciona con la gestión del personal que en ocasiones se convierte en un freno para el desarrollo de las actividades, mismas que son consideradas como un incremento de funciones y no como una oportunidad para innovar y mejorar la calidad de las labores cotidianas. Algunos de los funcionarios que debieron sostener el desempeño del GLGP y del proyecto no visualizaron que se buscaba modificar la atención puesta en la problemática de las ITS y del VIH/SIDA y la movilidad poblacional. En algunos casos las acciones se interpretaron como tareas adicionales a su quehacer diario.

Otro de los elementos críticos en la gestión de los servicios de salud que oferta la CCSS en La Cruz y en las funciones de la rectoría que ejerce el MS tiene que ver con la gestión del conocimiento. Esto quiere decir que hace falta una mayor integración de la información local para la toma de decisiones, así como una mayor coordinación de las acciones entre los actores sociales.

El papel que tiene la gestión de la información y del conocimiento en la orientación del quehacer de las organizaciones de salud ha sido reconocido como uno de los ejes fundamentales de trabajo en las políticas sanitarias nacionales. Se trata de uno de los aspectos que no permea aún la cultura institucional de las organizaciones del sector.¹ Se estima por lo tanto que este aspecto debe ser reconocido dentro de las variables que quedan por superar en el desarrollo organizacional.

Otro aspecto muy importante que ha influido a la cultura institucional es la insuficiente tradición en la gestión local de proyectos que cuenten con financiamiento externo:

“Se debe mencionar el hecho de que el ámbito local tiene poca capacitación para el manejo gerencial de un proyecto como éste y eso pudo generar desmotivación entre las personas, ya que siendo este un proyecto sencillo y pequeño, se les escapó de las manos a las personas que lo estaban administrando.” (05-ent-cr)

Estructura y funciones dentro del proyecto

El desarrollo del proyecto y el GLGP siempre han supuesto el apoyo técnico de la Dirección Regional del MS. Esto quiere decir que la concepción del GLGP, su liderazgo formal y las funciones asignadas se basaron en la responsabilidad constitucional que tienen las organizaciones de salud y sus representaciones locales para llevar a cabo las acciones que tradicionalmente le ha asignado la sociedad costarricense.

Entre los informantes existe la percepción de que la estructura del GLGP y las funciones asignadas a las organizaciones vinculadas al proyecto favorecieron su desarrollo:

“La estructura ha favorecido el proyecto porque siempre tenemos algún lugar para reunirnos, y otra cosa importante es que el carácter interdisciplinario e interinstitucional del GLGP es lo que ha permitido darle atención y que exista compromiso.” (04-ent-cr)

Se reconoció que el mayor problema estructural fue el no lograr integrar de manera efectiva la administración financiera con la administración técnico-gerencial. Esta situación debe haber repercutido en la agilidad para

ejecutar los fondos que administró el MS. Hay que notar que la falta de integración entre ambas gestiones ha puesto a prueba las comunicaciones, asignándoles una importancia estratégica, ya que mientras el GLGP se desempeñó en la estación de paso, la administración financiera lo hizo en los ámbitos regional y nacional. Sin embargo, es difícil lograr un vínculo entre la gestión administrativa y la técnico-sustantiva en el proyecto cuando en las propias instituciones de salud esa integración no se produce de forma adecuada. Existe la percepción entre los informantes locales que la participación de la administración en los proyectos no suele ser apropiada:

“Es importante que exista una buena coordinación entre las autoridades locales y regionales con sus administradores, para que éstos las orienten en la administración y la disposición de los recursos de un proyecto”. (06-ent-cr)

Esto significa que si bien se precisa unidad entre las instancias para gestionar el proyecto, las funciones de gerencia del mismo recaen en el GLGP, a quien corresponde tomar las decisiones sobre los procesos.

Liderazgo y desempeño del GLGP en la gestión del proyecto

El liderazgo que ejerce el GLGP ha sido considerado como uno de los determinantes esenciales en la gestión del proyecto. Hay que reconocer que se trata de un grupo integrado por representantes de organizaciones que se han vinculado al proyecto desde sus inicios para enfrentar problemas históricos del territorio relacionados con la movilidad poblacional y la vulnerabilidad ante las ITS y el VIH/SIDA. Se trata de necesidades irresueltas en gran medida por la falta de articulación entre las organizaciones locales para atender esta problemática, y vinculadas a la carencia de liderazgo positivo en el sector público y privado.

La insuficiente capacidad del GLGP para influir con más firmeza en el desarrollo de las acciones propuestas en los diversos componentes del proyecto no se debe a la falta de compromiso de las personas que han participado, sino al escaso poder de convocatoria del grupo formado, a pesar de que éste ha estado encabezado por directivos del sector salud.

Esta situación ha provocado que el trabajo en el GLGP se concentre en pocas personas, cuando lo que se pretendía era todo lo contrario, es decir, generar un proceso de gestión interinstitucional verdaderamente amplio. Es posible que el GLGP haya reproducido los principios de liderazgo que algunas veces imperan en las instituciones burocráticas del sector público, como

la CCSS y el MS; sin embargo, al interior del GLGP se debía superar la estructura tradicional para dar paso a relaciones horizontales entre las instituciones, cuya participación dentro del sector salud no ha sido habitual. Pese a estas limitaciones, que deben tomarse como lecciones aprendidas, hay que reconocer el carácter absolutamente novedoso de este proyecto de intervención, sobre todo en un territorio periférico como La Cruz. Se busca integrar a la comunidad en la gestión de un proyecto orientado a su propio bienestar, dentro de un marco de relaciones horizontales no jerarquizadas en relación con el resto de las organizaciones públicas y privadas o no gubernamentales que también participan en él.

Capacidad administrativa y técnico-gerencial en el desarrollo del proyecto

Uno de los principios que orientó el diseño del proyecto fue el compromiso con el desarrollo de las capacidades locales como un factor básico para la sustentabilidad de estas iniciativas. Las inconsistencias encontradas en el propio desarrollo de las tareas previstas son evidencia de algunos problemas de capacidad en todos los ámbitos desde la perspectiva administrativo-financiera y técnico-gerencial. Por este motivo, el análisis sobre la capacidad de gestión no se reduce solamente al papel desempeñado por el GLGP, sino que involucra a las organizaciones que de manera conjunta han determinado su desempeño.

El primer punto que se ha discutido tiene que ver con la capacidad administrativo-financiera de los fondos que fueron administrados por el MS a través del Consejo Técnico de Asistencia Médica y Social (CETAMS). Se trata de una parte del presupuesto del proyecto cuya gestión se rigió por los principios legales de la administración pública. Algunos informantes clave han reconocido que se trata de procedimientos muy engorrosos por estar sujetos a numerosos mecanismos de control y a procesos burocráticos extremadamente lentos de la administración pública:

Creo que el problema de todo se centra en el Consejo Técnico de Asistencia Médica y Social (CETAMS), instancia que tiene cédula jurídica instrumental y tiene un techo presupuestario, y como tal, una vez que a esta instancia entran fondos de organismos internacionales pasan a ser fondos públicos y para hacer uso de esos fondos es necesario que se encuentren presupuestados. Otra cosa es que nosotros no podemos excedernos en el presupuesto que nos asignan y puede ser que la plata entre pero mientras no esté presupuestada, no se puede desembolsar. (06-ent-cr)

Estas limitaciones en cuanto a la gestión de los fondos también se percibieron en el plano operativo como algunas de las más importantes para el cumplimiento de los objetivos propuestos:

Es claro que el atraso de los dineros ha sido uno de los principales problemas que ha enfrentado el proyecto, e incluso en estos momentos tenemos entendido que el CETAMS le va a prestar un dinero al proyecto para poder hacer varias actividades. Esto ha sido un verdadero suplicio porque nunca hemos contado con los dineros a tiempo. (03-ent-cr)

Dada la vinculación de lo administrativo con lo técnico, es en este punto donde surgen los cuestionamientos a la capacidad técnico-gerencial de los distintos órganos involucrados en los procesos. En este sentido se reconoce, en primer lugar, la falta de experiencia en la gestión en los ámbitos local y regional de los proyectos que cuentan con financiamiento externo y, por ende, las limitaciones que tienen los trabajadores en la gestión de este tipo de iniciativas. Sin embargo, es preciso destacar que a pesar de las limitaciones observadas en la gestión de los fondos, en ocasiones se logró hacer una buena lectura estratégica sobre el desarrollo del proyecto, con el fin de continuar su desempeño. No cabe duda que los cambios realizados deben haberse convertido en una lección invaluable sobre la gestión de proyectos.

En síntesis, los problemas de capacidad para la gestión del proyecto tienen múltiples orígenes y no se reducen al ámbito del GLGP. Estos tienen que ver con aspectos financieros propios de la administración pública, pero también están relacionados con la experiencia que se tiene en el país para la gestión de proyectos de financiamiento externo. Un elemento interesante, ampliamente reconocido por los informantes, fue la insuficiente capacidad técnico-gerencial, que no siempre se manifestó con una reacción oportuna y suficiente para superar los problemas.

Componente socioproductivo

El componente socioproductivo se diseñó con el propósito de contribuir a la sustentabilidad financiera del proyecto de intervención. En este componente se pretendía promover el desarrollo de un proceso sostenido de participación social en torno a temas de salud como el VIH/SIDA, prestando atención a los problemas estructurales de pobreza del cantón de La Cruz. El GLGP inició su trabajo en este componente con dos acciones fundamentales: identificar y contactar a los grupos socioproductivos interesados en vincularse al proyecto, y acondicionar un espacio permanente para el desarrollo del componente

que sirviera como sede del proyecto, con el propósito de contribuir a su sustentabilidad.

A pesar de los esfuerzos realizados en este sentido, la falta de apoyo de la municipalidad fue evidente. Después de varios intentos se perdieron las expectativas de obtener apoyo del gobierno local para lograr un espacio físico, que desde el primer momento se concibió como fundamental para el desarrollo del componente. Las limitaciones en cuanto a recursos humanos también han sido señaladas por los informantes. No existe tiempo suficiente para desarrollar este trabajo, además de que se necesitan personas con liderazgo para gestar estos procesos sociales.

Otra barrera muy importante está relacionada con la falta de poder de convocatoria de las organizaciones locales de salud. Existe una falta de liderazgo para promover iniciativas de este tipo que buscan fortalecer la participación social en torno a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud.

El desarrollo del proceso productivo apenas se está iniciando; es un proceso largo y difícil de acuerdo con lo que se ha observado hasta el momento. Esto se debe a que se proponen transformaciones de tipo estructural en el cantón; sin embargo, nadie duda de su importancia para la gestión local de la salud y de políticas públicas que promuevan cambios en las relaciones de poder. En este sentido, el liderazgo que debe asumir el sector salud y la movilización que se pueda lograr en torno a un problema tan grave como el VIH/SIDA, son quizás los retos más relevantes de este componente.

Componente de promoción de la SSR

En este componente se utilizó la plataforma de la Radio Cultural de La Cruz para concentrar los esfuerzos en la comunicación radiofónica desde la perspectiva de la radio comunitaria. Entre las acciones desarrolladas consideradas como las más importantes están las actividades educativas dirigidas a los diversos grupos de población y funcionarios locales, realizadas con fondos del proyecto en colaboración con otros fondos otorgados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Asimismo, se realizaron acciones en La Cruz y Peñas Blancas dirigidas hacia la población local, a los grupos de funcionarios y a las poblaciones móviles. Se difundieron mensajes escritos de sensibilización y prevención del VIH/SIDA; también se realizaron acciones sistemáticas en Peñas Blancas a partir de la colaboración entre el área de salud de La Cruz (CCSS) y el MS que aportaron personal para difundir la información y realizar exámenes a trabajadoras del sexo comercial y otras mujeres que se movilizan por la zona.

Se trabajó también de manera conjunta con Radio Universidad de Costa Rica para desarrollar las capacidades locales de producción de programas de radio educativos sobre temas vinculados a la SSR. El desarrollo de la capacidad técnica en Radio Cultural también fue trascendente para su reestructuración: así, con fondos aportados para el proyecto por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) al INSP de México se compró un transmisor de radio. En lo relativo a la programación, la Radio Universidad de Costa Rica prestó apoyo para reestructurar la Radio Cultural, y el convenio entre ambas organizaciones se proyecta a futuro para continuar el trabajo colectivo. Las principales barreras encontradas para el desarrollo de las acciones de este componente están relacionadas con la falta de recursos financieros con los que no se contó en el momento oportuno.

El trabajo en el caso de Peñas Blancas es diferente, pues ahí hay que dirigirse a los grupos de personas móviles, entre ellos los migrantes indocumentados. Esto complica la labor de las organizaciones públicas que no tienen experiencia en el trabajo con este grupo poblacional; sin embargo, las principales limitaciones están relacionadas con los recursos financieros y humanos para sostener la presencia del personal médico en la zona. Estas limitantes ocasionan retrasos en las consultas programadas en el punto fronterizo y limitan la credibilidad; también inciden en el compromiso de los funcionarios locales con las actividades del proyecto en el campo de la atención médica dirigida a la población móvil.

La presencia de personal médico es fundamental para configurar el puesto de salud en Peñas Blancas como un centro regular de atención, que funcione como una estrategia para acceder a los distintos grupos de personas móviles. El trabajo en Peñas Blancas está dirigido a la prevención de las ITS y del VIH/SIDA y a la promoción de la SSR, por lo que será también necesario un cambio importante en el enfoque de las actividades que ahí se realizan.

Las relaciones entabladas por el GLGP y sobre todo por las organizaciones locales de salud, proyectan en el futuro el trabajo en la producción social de la salud de manera muy positiva. Asimismo, otras organizaciones locales como Radio Cultural La Cruz se han beneficiado significativamente con las relaciones creadas con diversas organizaciones, especialmente con Radio Universidad de Costa Rica. El beneficio más importante fue el incremento de la capacidad técnica en la producción radiofónica.

Una de las actividades más importantes en este componente fue el curso de producción radiofónica desarrollado con la colaboración de la Radio Cultural Universidad de Costa Rica. En esta actividad participaron 15 personas de distintas partes del cantón de La Cruz, pertenecientes a distintas instituciones del Estado, así como organizaciones religiosas y comunales. El grupo

de participantes estuvo conformado fundamentalmente por jóvenes con una edad media de 28 años, con un nivel educativo formal predominante de secundaria incompleta.

Un factor importante en cuanto a los esfuerzos realizados en este componente fue el desarrollo de las capacidades locales para garantizar la sustentabilidad de las acciones. En este sentido, la colaboración con Radio Universidad va más allá de la capacitación en producción radiofónica; se proyecta hacia la reestructuración de la programación para hacerla más efectiva.

La capacitación en producción radiofónica se dirigió a una amplia gama de organizaciones locales del cantón de La Cruz. El concepto de trabajo fue el desarrollo de la radio comunitaria basada en un proceso participativo de producción radial para fortalecer el acceso a este medio de comunicación a los grupos sociales y organizaciones interesadas. Un factor clave para el desarrollo y la sustentabilidad del componente de promoción de la SSR es el de las relaciones entabladas entre un conjunto de organizaciones internas y externas de la estación paso. El proceso de gestión intersectorial e interorganizacional desplegado ha beneficiado a ambos participantes y ha garantizado la realización de una serie de actividades de información, de educación y de comunicación. Otro factor clave es el grado de desarrollo que las organizaciones locales han alcanzado de manera progresiva y que ha fortalecido sus capacidades frente a las necesidades de prevención del VIH/SIDA. Se destaca en este último aspecto el fortalecimiento de la Radio Cultural en lo concerniente al equipamiento y a la capacidad técnica, así como a las perspectivas de trabajo que se han abierto de manera más horizontal y participativa hacia diferentes sectores sociales del cantón de La Cruz.

Sistema de información para la gestión de la salud sexual y reproductiva (SIGSSR)

Dentro de este componente, las tareas más importantes que se cumplieron fueron: la adquisición y la instalación de equipos de cómputo, el diseño de programas de manejo de bases de datos en talleres de capacitación, la capacitación en sistemas de información dirigida a funcionarios de diferentes sectores de la estación de paso y el desarrollo parcial de algunas bases de datos. Con la adquisición de los equipos de cómputo se fortaleció la capacidad básica para el desarrollo del SIGSSR. Asimismo, se inició un proceso de fortalecimiento en los ámbitos de los recursos humanos y de la información, mismo que aún no concluye.

La barrera más importante fue la insuficiente capacitación del personal vinculado con la puesta en operación de este sistema. No se disponía de tra-

bajadores suficientemente entrenados para iniciar el proceso del SIGSSR, por lo que se comenzó por su capacitación; sin embargo, aún queda pendiente un proceso institucional de seguimiento a la puesta en práctica de estos conocimientos. Este es un reto muy importante tanto en el ámbito regional como en el central del MS y de la CCSS.

El mayor avance realizado se produjo entonces a partir de la capacitación en el manejo de bases de datos dada a 21 funcionarios de La Cruz provenientes de distintas organizaciones, con una duración de más de 60 horas.

En las entrevistas realizadas a los informantes clave se encontraron opiniones divididas sobre el planteamiento del sistema de información; sin embargo, se reconoció su importancia para el desarrollo del proyecto y su influencia en el cambio de la cultura institucional y local en el tema de la gestión del conocimiento.

Es evidente que el desarrollo del SIGSSR impone retos importantes, pues no existen antecedentes en el desarrollo de herramientas del conocimiento. Se ha explicado que tampoco existe una cultura institucional en el ámbito local que estimule una mayor autonomía de este tipo de iniciativas en el campo de la información, aunque se trata de temas que están proyectados en los planes vigentes de estas instituciones locales.²⁻⁴

En cuanto a los problemas de la capacidad técnica local, es evidente que la tarea de la capacitación en el manejo de SIGSSR es compleja, ya que, en el caso de algunos elementos del personal, debe partir de aspectos básicos en materia informática. En el ámbito regional se reconoce que el apoyo técnico no fue suficiente ni oportuno, de manera que sólo se logró generar capacidad de gestión hacia el final de la intervención a partir de la iniciativa local.

En términos generales, desde la percepción de los informantes ubicados en los distintos ámbitos de gestión, se reconoció la importancia del desarrollo del SIGSSR para el proyecto y para la estación de paso. Sin embargo, a pesar de que se ha logrado avanzar en el cumplimiento de algunas tareas, existen barreras que lo han retardado; las principales están relacionadas con la cultura de las organizaciones líderes del proyecto.

CONCLUSIONES

Las conclusiones y la discusión están organizadas de la siguiente forma: los cambios producidos en el ámbito local en los temas relacionados con la prevención del VIH/SIDA y la atención de la movilidad poblacional; las variaciones que ha experimentado la gestión de las políticas públicas y de salud en los ámbitos local y regional, y sus impactos en la política nacional de salud.

Uno de los resultados más importantes en el ámbito local es que se ha hecho mucho más visible el tema de las ITS y del VIH/SIDA y su relación con la vulnerabilidad y el riesgo de las poblaciones móviles en la estación de paso de La Cruz. Este es un reconocimiento generalizado por parte de los informantes al preguntárseles respecto a los resultados concretos del proyecto de intervención.

Desde la perspectiva del personal de salud que trabaja en la estación de paso, las acciones del proyecto han comenzado a cambiar algunos conceptos fundamentales relacionados con las distintas problemáticas a las que se enfrentan. En ese sentido, se percibe que el puesto de salud de Peñas Blancas ha comenzado a cambiar su rol, de manera tal que se pretende superar la perspectiva policíaca o controladora de sus acciones para pasar a un rol más protagónico en el campo de la promoción de la salud.

A pesar de que el componente socioproductivo no se logró de acuerdo con los objetivos con que fue planteado, el hecho de que el GLGP convocara a actores hasta entonces “ajenos” a la atención sanitaria contribuyó a la formación de relaciones en torno al trabajo con una perspectiva más horizontal, que acerca al funcionario a las organizaciones de base y permite un mayor ejercicio del derecho a la salud por parte de la población. Esto significa que ahora existen mejores opciones para gestionar políticas públicas de salud; asimismo, permite que se perciban cambios en relación con la gestión de funcionarios públicos cuya labor en otro momento había sido cuestionada. Tal es el caso de las autoridades de la policía, cuyo compromiso y protagonismo en el GLGP fueron factores esenciales para alcanzar algunos resultados en el proyecto de intervención.

Estos cambios responden a transformaciones en la gestión de la política de salud y las políticas públicas en los ámbitos local y regional, en gran medida generados por el desarrollo de la intervención. Se ha percibido que las organizaciones locales de salud, el MS y la CCSS han fortalecido su trabajo en torno a los temas que han sido objeto de intervención.

Uno de los productos más claros es el aprendizaje que ha quedado en temas gerenciales y, de manera específica, en lo que respecta a la gestión de proyectos locales de desarrollo. Se ha hecho evidente, aun con las dificultades de gestión que hemos apuntado, que un territorio con altos grados de pobreza puede acceder a financiamientos externos y ejecutarlos por sí mismo. En el caso de la CCSS, en el ámbito local, los temas vinculados con el VIH/SIDA y la movilidad poblacional han comenzado a trascender y a formar parte del trabajo cotidiano de los servicios de salud. El hecho de que se haya incorporado el tema en los Compromisos de Gestión de la CCSS a escala local ⁵⁻⁷ significa un

cambio en el abordaje de la política local de atención a estos problemas.* En el caso del MS, existe la percepción por parte de los funcionarios regionales de que algunas de sus funciones básicas se han fortalecido.

Otro aspecto importante es que el proyecto trasciende la gestión local de la política de salud, ya que plantea la necesidad de realizar acciones interfronterizas para atender los problemas de salud y particularmente el tema del VIH/SIDA y la movilidad poblacional. Debido a las características fronterizas de la región Chorotega y particularmente la estación de paso La Cruz-Peñas Blancas no se puede explicar la salud desde una perspectiva colectiva ni intervenir sobre ella si no se considera el factor de la movilidad poblacional como algo que la afecta directa e indirectamente.

La problemática social vinculada con el concepto de vulnerabilidad en el tema del VIH/SIDA vuelve muy importante la relación con la movilidad poblacional. Por lo anterior, se transformó el enfoque del problema dentro de la visión del proyecto, lo cual ha constituido un estilo de trabajo percibido en todos los ámbitos como bueno.

En efecto, el tema de las poblaciones móviles y el VIH/SIDA se ha incluido en la política nacional de salud.^{8,9} En el documento Política Nacional de Salud 2002-2006 se menciona la atención a la población migrante como una de las áreas de intervención, en la que se sugieren estrategias para facilitar el acceso a las acciones de salud, de aseguramiento, así como para favorecer la creación de convenios internacionales, la sensibilización hacia los derechos de los migrantes y el fortalecimiento de la coordinación intersectorial. Este aspecto ya ha sido ampliamente difundido entre los funcionarios de salud.

En síntesis, el desarrollo del proyecto ha servido de aprendizaje a las personas y a las organizaciones que se han mantenido vinculadas, inclusive a los propios evaluadores. Indudablemente, la huella dejada por el proyecto trasciende el plano de lo local en la estación de paso para convertirse en un tema importante de la política nacional de salud, sobre todo cuando se habla de ITS y de VIH/SIDA. Por otra parte, ha habido repercusiones que superan

* Decreto 25189H (Mayo 31, 1996), en relación con el decreto 18012-P (Febrero, 1998), en donde se establecen los principios y bases para la creación de sistemas de incentivos económicos y sociales para el mejoramiento de la eficiencia y para el buen funcionamiento de los servicios públicos.

Artículo 6 de la Ley 4750 (Abril 27, 1971) y su reglamento, que faculta a la Caja Costarricense de Seguro Social para desarrollar todo tipo de programa tendiente a procurar el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

la perspectiva del sector salud para involucrar a otros sectores de la sociedad en la solución de problemas, lo cual deja lecciones muy evidentes a las diversas organizaciones respecto a las funciones y a las responsabilidades éticas hacia la sociedad.

Recomendaciones para el desarrollo futuro de experiencias similares

Se ha comprobado que la baja capacidad de gestión de las organizaciones locales, y especialmente de las instituciones del Estado en territorios fronterizos, se constituye en un factor que vulnerabiliza y explica el riesgo ante las ITS y el VIH/SIDA. En este sentido, la replicación de este tipo de experiencias de intervención debe comprometerse con el desarrollo de estas capacidades y con el rescate del rol del Estado y de la sociedad civil en la gestión local de la atención de las ITS y el VIH/SIDA.

Como se ha mencionado en este informe, algunos de los funcionarios institucionales que se involucraron en el proyecto percibieron las labores que desarrollaban como un trabajo extra, no reconocido económicamente por la institución a la que pertenecen. En ese sentido, debe realizarse un trabajo de concientización de los funcionarios institucionales para hacerles ver que las acciones del proyecto forman parte integral de las acciones institucionales, deben asumirse como tal y verse reflejadas en los planes operativos anuales de las diversas instancias. Esto exige lineamientos claros por parte de los directivos, de manera tal que el ámbito operativo incorpore en su trabajo el tema de la vulnerabilidad y el riesgo de las poblaciones móviles y migrantes a las ITS y al VIH/SIDA como un asunto que debe tenerse presente de manera permanente.

De forma complementaria, es necesario realizar un perfil acerca de las capacidades y los conocimientos del personal existente en la zona en relación con la formulación, la implementación y la evaluación de los proyectos para el desarrollo local. Este perfil permitirá identificar con mayor claridad aquellas áreas del conocimiento y la aptitud que debe fortalecerse para asegurar el éxito de futuros proyectos de intervención.

En el ámbito local se requiere de la promoción, la creación, la capacitación, el fortalecimiento y el estímulo de estructuras ágiles para el manejo y la ejecución de los recursos financieros provenientes de la cooperación externa, que permitan la implementación adecuada de proyectos de desarrollo con una perspectiva que se ajuste a las necesidades y a la dinámica socio-territorial.

Con base en la experiencia obtenida a partir de la intervención realizada en la estación de paso de La Cruz, es necesario considerar el desarrollo de

una estrategia que consolide a los GLGP relacionados con las ITS y el VIH/SIDA como una alternativa interinstitucional que enfoque al individuo, a la familia y a la comunidad como una unidad de intervención socio-territorial en un marco de alianza estratégica de los diversos actores representados en el Estado Costarricense. Esta instancia no sólo deberá encargarse de la administración de los recursos destinados a la intervención local en lo relacionado con el VIH/SIDA, sino también de la toma de decisiones para la ejecución de las acciones, así como de la elaboración de los informes y la rendición de cuentas ante las entidades correspondientes. Asimismo, es necesario definir lineamientos claros relativos a la sustentabilidad sociocultural y económica con la que deben gestionarse estos proyectos, de manera que el país adquiera experiencia y recursos mediante el desarrollo de este tipo de iniciativas.

El Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral del VIH/SIDA que propicia el CONASIDA debe tener en consideración la posibilidad de promover un estudio que determine la capacidad nacional para el desarrollo local de este tipo de proyectos de intervención en las diversas áreas de salud del país, con especial énfasis en aquellas zonas que por las características particulares de su población local y móvil cuenten con más condiciones de vulnerabilidad o de riesgo a las ITS y al VIH/SIDA.

La experiencia obtenida en la estación de paso de La Cruz en el desarrollo de programas de capacitación para el fortalecimiento del sistema de información local, orientado a la toma de decisiones con una perspectiva interinstitucional, así como de la capacitación interdisciplinaria en la producción de cortos radiofónicos para la prevención del VIH/SIDA y la promoción de la SSR, muestra la necesidad de enfatizar estas áreas estratégicas en futuros proyectos y de establecer vínculos con actores especializados en el desarrollo de estos componentes, tales como la Radio Cultural Universidad de Costa Rica y especialistas en el manejo de la información.

Referencias

1. Ministerio de Salud de la República de Costa Rica. Política Nacional de Salud 2002-2006. San José de Costa Rica: Ministerio de Salud, 2003.
2. Ministerio de Salud. Análisis Sectorial de Salud. San José de Costa Rica: Ministerio de Salud, 2002.
3. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan de atención a la salud de las personas (PASP) 2001-2006. San José de Costa Rica: CCSS, 2001.
4. Caja Costarricense de Seguro Social. Plan Estratégico Corporativo 2000. San José de Costa Rica: CCSS, 2000.

5. Caja Costarricense de Seguro Social. Contrato Programa Hospitales, 1997. San José de Costa Rica: CCSS, 1997.
6. Caja Costarricense de Seguro Social. Compromiso de gestión C.C.S.S - área de salud, 1997. San José de Costa Rica: CCSS, 1997.
7. Caja Costarricense de Seguro Social. Fichas técnicas de los indicadores del Compromiso de Gestión para las áreas de salud. San José: C.C.S.S.-Gerencia de División Administrativa-Dirección de Compras Servicios de Salud, 2002.
8. Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud 2002-2006. San José de Costa Rica: Ministerio de Salud, 2003; p. 35.
9. CONASIDA/ONUSIDA. Plan Nacional Estratégico para el Abordaje Integral del VIH/SIDA 2001-2004. San José de Costa Rica: CONASIDA/ONUSIDA, 2001.

EL SALVADOR CORREDOR INTERFRONTERIZO SANTA ANA Y JUTIAPA

GILBERTO AYALA

INTRODUCCIÓN

En el marco del proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos, la parte correspondiente a El Salvador, es producto de la cooperación técnica entre los países de la región. Uno de sus principales propósitos es la identificación, el desarrollo y la evaluación de estrategias y acciones que puedan tener incidencia tanto en los factores sociales, culturales y políticos, como en los servicios de salud. Lo anterior debido a que dichos factores son los que condicionan y determinan la vulnerabilidad de las poblaciones móviles a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y al virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en los lugares de trayecto o estaciones de paso fronterizas.

El proyecto se realizó con un método de investigación-acción en la estación de paso de San Cristóbal de la Frontera, y se dividió en tres etapas: a) el diagnóstico basal coordinado por la Universidad de El Salvador y la Asociación Salvadoreña Pro-Salud Rural (ASAPROSAR); b) el programa de intervención dirigido por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) de México, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) de El Salvador, la Fundación Centro de Formación Humana, a través de su programa Centro de Orientación para la Educación de la Sexualidad (COESAL) en El Salvador y ASAPROSAR, y c) el monitoreo y la evaluación de la intervención realizados por la Consultora PRO 21.

El Salvador tiene 6.3 millones de habitantes, de los cuales 57% es menor de 24 años.¹ Es uno de los países más densamente poblados de Latinoamérica (321 hab/km²). En las últimas dos décadas ha experimentado importantes conflictos y transformaciones socioeconómicas que han dado lugar a un elevado proceso migratorio interno y externo; se estima que más de dos millones de personas viven fuera del país, principalmente en Estados Unidos. Esta situación ha generado varios fenómenos entre los que encontramos la permanente migración de la población, en su mayoría como grupos de indocumentados que viajan en condiciones de alto riesgo; las visitas familia-

res; el intercambio comercial con la población que se encuentra fuera del país, y el flujo de deportados a El Salvador, principalmente de Estados Unidos y México.

La población salvadoreña se ha transformado en una población migrante. Al interior del país la gente emigra del campo a las ciudades en la búsqueda de oportunidades de empleo y de estudio. El flujo migratorio hacia el exterior es, en su mayoría, hacia los países vecinos Guatemala y México, y tiene como finalidad llegar a Estados Unidos; esta población se estima entre 25% y 30 por ciento.

En el perfil epidemiológico predominan las enfermedades infectocontagiosas, el incremento de las enfermedades crónicas y no transmisibles, las enfermedades emergentes y reemergentes, y los eventos generados por la violencia.

En el área metropolitana de San Salvador 38.8% de los hogares se encuentran en condiciones de pobreza; de éstos, 16% vive en pobreza extrema; 35% de los niños y adolescentes vive en un hogar disfuncional cifra que asciende a 45% en los hogares de pobreza extrema. El Índice de Desarrollo Humano 2002 (IDH) (0.70), es similar al de Chiapas, México, y ocupa el lugar 105 en la escala mundial.²

Actualmente El Salvador se encuentra en una situación de transformación como consecuencia del conflicto bélico; los cambios sociales y demográficos han incidido en la sociedad y han generado desintegración familiar, violencia y exclusión social hacia los grupos pertenecientes a la población más pobre. Los migrantes que son deportados se integran a las pandillas juveniles conocidas como "maras", que cometen delitos y provocan violencia y terror social. Los adolescentes que se integran a estos grupos forman parte del contingente de viajeros temporales y migrantes.

Las áreas fronterizas están identificadas como corredores donde se concentran los migrantes y la población móvil. Debido a que el desplazamiento se da en condiciones adversas, estos grupos constituyen uno de los más vulnerables al VIH/SIDA, en contraste con la población que no se desplaza.

Hasta el 2003, la epidemia por el VIH/SIDA en El Salvador había cobrado más de seis mil vidas. En un país de sólo seis millones de personas es la décima causa de muerte hospitalaria, y la segunda causa de muerte en mujeres y hombres entre 20 y 29 años. Se calculan más de 25 mil casos de VIH positivos, de los cuales 35% corresponde a la población femenina. Los grupos más afectados son los que se encuentran en la etapa de mayor actividad sexual y la población económicamente activa (de 15 a 44 años de edad); la principal forma de transmisión son las relaciones heterosexuales (75%). En el 2003, el gasto en respuesta al VIH/SIDA fue de más de 30 millones de dólares.³

Los programas de intervención para la prevención y control del VIH/SIDA en el país están orientados hacia actividades de información para los grupos vulnerables, es decir, con prácticas sexuales de alto riesgo. Las actividades se dirigen a los adolescentes, las mujeres jóvenes y las trabajadoras de sexo comercial (TSC), entre otros. Aunque se dispone de normativas y guías para el manejo y prevención del VIH/SIDA, la capacidad operativa en los servicios locales de salud para atender este problema es reducida. Entre las principales conclusiones de la encuesta realizada en el 2002 sobre los servicios de atención al VIH/SIDA encontramos que esta falta de capacidad se debe al limitado conocimiento de los trabajadores de la salud sobre el control y la prevención de las ITS y el VIH/SIDA. Además, las actividades están restringidas a la atención en los principales hospitales del país y algunos servicios ambulatorios en el área metropolitana.

El programa nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA cuenta con un marco normativo sustentado en el Plan Nacional Estratégico; no obstante, se enfrenta a limitantes como la baja cobertura en los tratamientos y la carencia de un sistema de vigilancia epidemiológica moderno; lo anterior tiene como consecuencia la falta de seguimiento de los pacientes infectados y un subregistro estimado en un 50 por ciento.

Dado que no se disponía de experiencias previas sistematizadas sobre el VIH/SIDA y las poblaciones móviles en el país, el diseño de la estrategia se planteó como uno de los desafíos más importantes. El proyecto, concebido como una investigación-acción, tuvo como eje principal el “análisis de las condiciones de los procesos migratorios y su relación con las ITS y el VIH/SIDA, con el propósito de desarrollar, implementar y evaluar modelos de atención adecuados a cada uno de los escenarios, con el fin de reducir la vulnerabilidad de la población local y migrante”.⁴

ANTECEDENTES

El estudio basal en el corredor interfronterizo Santa Ana y Jutiapa

En el año 2001 se llevó a cabo el diagnóstico basal –primera fase del proyecto–, coordinado por la Universidad de El Salvador, en el departamento de Santa Ana, frontera de El Salvador con Guatemala. Esta última, el MSPAS y la ASAPROSAR seleccionaron la estación de paso de San Cristóbal de la Frontera. Para la elaboración de esta fase del proyecto se utilizó el enfoque del estudio de la vulnerabilidad⁵ que incluye los siguientes elementos: trayectoria (fase de la vida), interacción (estatus y roles) y contexto social; así como las

categorías: exposición, capacidades y potencialidades ante las situaciones de crisis. Se utilizó una metodología cualitativa; dentro de las actividades planeadas se realizaron encuestas entre la población local, así como entrevistas a profundidad a la población móvil, a informantes clave y a TSC.

Se llevaron a cabo tres talleres: uno para presentar la metodología que se iba a utilizar en la investigación inicial, el segundo para hacer los ajustes a dicha metodología y el tercero, para la presentación de los resultados obtenidos. En estos talleres participaron líderes comunitarios; representantes gubernamentales de educación, agricultura y salud; y organismos no gubernamentales como Catholic Relief Service (CRS), entre otros. En ellos se buscó identificar los factores que determinan y condicionan la vulnerabilidad de la población local y móvil a las ITS y el VIH/SIDA.

En El Salvador los casos de VIH/SIDA con frecuencia se relacionan con personas que han migrado o han tenido contacto con poblaciones móviles. Entre los departamentos fronterizos de Santa Ana en El Salvador y Jutiapa en Guatemala existe una alta movilidad poblacional regional, principalmente a través de un corredor interfronterizo que une a las poblaciones de Candelaria de la Frontera y San Cristóbal de la Frontera en Santa Ana, con Asunción Mita, en Jutiapa. Este corredor interfronterizo es un sitio de tránsito para las poblaciones móviles (comerciantes, transportistas, TSC y migrantes transnacionales), así como un lugar expulsor de población, básicamente hacia Estados Unidos.

El objetivo de este trabajo fue identificar las situaciones de vulnerabilidad y el riesgo de contraer el VIH/SIDA en las poblaciones móviles y locales a lo largo del corredor interfronterizo de Santa Ana y Jutiapa. También se analizó la respuesta social y gubernamental a la problemática de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA con el fin de proponer lineamientos de intervención y disminuir la transmisión de dicho virus en la región.

Desde su diseño, el trabajo realizado en este estudio tuvo un carácter regional debido a las condiciones de la dinámica poblacional de las localidades fronterizas ubicadas en Santa Ana, El Salvador y Jutiapa, Guatemala. La interacción cotidiana entre estas poblaciones se encuentra mediada por actividades comerciales y de servicios en ambos lados de la frontera. Los grupos móviles –en su mayoría comerciantes, transportistas, migrantes y TSC– desempeñan un papel fundamental en las interacciones con la población local.

La frontera política entre Guatemala y El Salvador cuenta con mecanismos de control, sobre todo para las actividades relacionadas con el comercio; además, tiene poca influencia en el control de la movilidad de las poblaciones locales entre ambos países y de los flujos migratorios procedentes de Centroamérica y Sudamérica.

Por otro lado, la región es expulsora de población, fundamentalmente hacia Estados Unidos. En 29% de las viviendas encuestadas se encontró que alguno de sus habitantes ha migrado. La influencia de estos migrantes a su regreso entre los pobladores de la región es notoria, pues además de reconocerse los aportes económicos, también se advierten los cambios culturales. Estos últimos son vistos como factores que favorecen la transmisión del VIH.

El contexto social de las localidades ubicadas en el corredor interfronterizo es semejante; en él predominan problemas como la pobreza, la violencia, el alcoholismo y la prostitución. Son escasos los servicios públicos disponibles para responder a las necesidades sociales de estas poblaciones; es por ello que se ha desarrollado una oferta de comercio y de diversos servicios orientados a la población móvil que transita por este corredor. El trabajo sexual se ejerce ampliamente en las localidades ubicadas a lo largo del mismo, y se relaciona con las actividades comerciales, las festividades y los movimientos poblacionales de la región. Aunque en los últimos años ha ocurrido una gran proliferación de establecimientos donde se practica el trabajo sexual, existe escaso apoyo para el desarrollo de acciones para la prevención de las ITS y del VIH/SIDA. La regulación sanitaria de las TSC se lleva a cabo en Asunción Mita (Jutiapa, Guatemala), mientras que en las poblaciones de San Cristóbal de la Frontera y Candelaria de la Frontera no se realiza; en consecuencia, las mujeres que laboran en estas poblaciones tienen que buscar alternativas para cuidarse y para obtener información sobre las ITS y el VIH/SIDA. En general, las TSC tienen conocimiento acerca del condón como forma de prevención, y manifiestan utilizarlo regularmente con sus clientes, mas no con aquéllos a quienes les tienen confianza o afecto.

Los habitantes de la región vinculan el VIH/SIDA con prácticas de riesgo como la infidelidad y con ciertos grupos, entre los que se encuentran los migrantes, las TSC y quienes tienen relaciones con ellas. En consecuencia, la población tiene una baja percepción del riesgo, al sentirse excluida de estos grupos. A pesar de que existe información apropiada sobre la transmisión y prevención del VIH/SIDA, ésta coexiste con diversas creencias. La transmisión sexual es ampliamente reconocida (82%), pero no el uso del condón como forma de prevención (29%). En este sentido, existe una baja disposición para usar el condón y la opinión se inclina más hacia la abstinencia (48%) y la fidelidad (30%).

La población entrevistada percibe una ausencia de campañas informativas y de apoyo para la prevención y el control de las ITS y el VIH/SIDA, tanto de las organizaciones sociales como gubernamentales. En la encuesta poblacional sólo 40% manifestó haber recibido alguna plática o información sobre la prevención del VIH/SIDA en los últimos seis meses; esto contrasta

con la amplia disponibilidad de los trabajadores de las diferentes organizaciones gubernamentales y sociales, así como de los residentes de las localidades, para participar activamente en el desarrollo de acciones orientadas al control del VIH/SIDA. La mayor parte de ellos consideran que las acciones deben incluir a las distintas localidades que conforman el corredor fronterizo, y no limitarse sólo a las de mayor importancia demográfica o económica.

Desde la perspectiva de los servicios de salud se podrían desarrollar programas en el marco de los acuerdos binacionales. En el área de salud se tiene la experiencia y la disponibilidad por parte de sus integrantes para iniciar acciones interfronterizas orientadas al control del VIH/SIDA. Estas acciones deberán tomar en cuenta la percepción de la población residente en las localidades acerca del problema del VIH/SIDA, con el fin de incluir en los proyectos acciones concretas que cuenten con amplia disponibilidad de los distintos actores sociales para participar en su desarrollo. El monitoreo y evaluación del impacto de las acciones desarrolladas con la participación de la comunidad puede contribuir a la sustentabilidad de un proyecto interfronterizo de control del VIH/SIDA entre El Salvador y Guatemala.

En esta etapa se concluyó que los elementos que constituyen la situación de vulnerabilidad para la diseminación del VIH/SIDA en el corredor interfronterizo son la pobreza, el alcoholismo, la elevada oferta de las TSC, la alta movilidad poblacional, la baja percepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA y la escasa presencia de organizaciones tanto sociales como gubernamentales. A partir del estudio basal se propuso el desarrollo de proyectos interfronterizos para el control del VIH/SIDA, en el marco de los acuerdos de salud binacionales existentes.

Diseño de las estrategias de intervención

Con el diagnóstico basal se identificaron algunos factores facilitadores y dinamizadores para posibles acciones en la prevención y control de diversos problemas de salud, como la recuperación de las experiencias de los colaboradores y el desarrollo de las acciones interfronterizas en ambos países; también se reconoció la necesidad de propiciar un proceso de capacitación de los diversos grupos sociales, con el objetivo de informar a la mayor cantidad de población posible en la zona. El propósito de estas acciones fue la divulgación de la información sobre los conceptos, las actitudes y las prácticas de salud sexual reproductiva, así como la promoción de los derechos ciudadanos en relación con el VIH/SIDA. Por último, se consideró necesario abordar el tema de las ITS y del VIH/SIDA con los alumnos y los maestros de los

centros escolares; así como aprovechar a los grupos de transportistas, traileiros y TSC como posibles multiplicadores de la información sobre la prevención del VIH/SIDA.

El MSPAS de El Salvador, a través del programa nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA, y el INSP de México, a partir del diagnóstico basal y después de varias reuniones, firmaron un convenio el primero de abril de 2003 para la realización del proyecto Diseño de la intervención para el control y prevención del VIH/SIDA en poblaciones móviles en la zona fronteriza de San Cristóbal de la Frontera en El Salvador. Participaron distintas instituciones salvadoreñas, representadas por funcionarios, como el MSPAS, el Ministerio de Educación, el Ministerio de Agricultura, la Cruz Roja Salvadoreña, la Oficina de Aduana, el Centro Escolar Católico, la Iglesia Católica y la Alcaldía Municipal; por parte de Guatemala participaron el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Ministerio de Educación.

Una vez firmado el convenio se incluyeron las consideraciones técnicas para la elaboración de la propuesta de intervenciones en relación con el análisis de los resultados de los talleres previos llevados a cabo con los actores locales. Además, en la elaboración del borrador de la intervención de El Salvador se incluyeron las recomendaciones hechas por el INSP de México y la coordinación del proyecto consideró necesaria la participación del grupo de estudio sobre el SIDA de la ONU (ONUSIDA).⁶

La intervención se ubicó geográficamente en la ciudad de Candelaria de la Frontera y la estación de paso de San Cristóbal de la Frontera, pertenecientes al departamento de Santa Ana. Los principales grupos móviles escogidos para realizar las intervenciones fueron los motoristas, las TSC y los migrantes locales y transnacionales. En las encuestas realizadas a la población estos grupos se identificaron por tener una baja percepción del riesgo de contraer el VIH/SIDA y por conductas y prácticas sexuales que podrían ser causa de infección.

El proyecto de intervención tuvo como objetivo:

Lograr que la población más vulnerable en el riesgo de adquirir y transmitir el VIH y otras ITS, en el área de la estación de paso de San Cristóbal de la Frontera, adquiriera los conocimientos para el desarrollo de las actitudes y habilidades necesarias para el ejercicio de conductas sexuales saludables o de menor riesgo, en el marco de los derechos humanos y de la reducción del estigma y discriminación a quienes padecen de SIDA, a través del desarrollo de competencias en los servicios de salud, de la participación organizada de la comunidad y la amplia difusión del conocimiento.

Así, la intervención estuvo dirigida a:

- a) la población más vulnerable a adquirir y transmitir el VIH/SIDA y otras ITS (Enfoque de población meta: vulnerabilidad y riesgo al VIH/SIDA);
- b) la adquisición de conocimientos en el marco de los derechos humanos y de la reducción del estigma y la discriminación en el área fronteriza; así como el desarrollo de actitudes y habilidades para el ejercicio de conductas sexuales saludables o de menor riesgo (Enfoque técnico-conceptual: cambios de comportamientos en las prácticas sexuales y respeto a los derechos humanos);
- c) el desarrollo de la capacidad técnica y organizacional en las instituciones estatales y organizaciones comunitarias, entre las que pueden considerarse las habilidades de gestión, información, educación, comunicación y atención a la salud, que ayuden a proveer de sustentabilidad a las intervenciones y acciones orientadas a reducir el riesgo de transmisión y adquisición del VIH/SIDA y otras ITS (Enfoque de fortalecimiento de las capacidades locales en la organización social y gestión local de los servicios para la sustentabilidad), y
- d) el desarrollo de habilidades de monitoreo y de evaluación que faciliten el seguimiento, la multiplicación y la sustentabilidad de las intervenciones (Enfoque metodológico instrumental).

Plan de intervención

En el marco del programa nacional para la prevención y control del VIH/SIDA, el Sistema Básico de Salud Integral de Santa Ana (SIBASI) y la Unidad de Salud de Candelaria de la Frontera, con la asesoría del INSP de México y en el marco del programa nacional para la prevención y control del VIH/SIDA, acordaron el plan de intervención que se implementaría en un escenario de amplia participación social con el objeto de generar el desarrollo de las capacidades locales en la gestión de los conocimientos y las prácticas sexuales saludables. Para el diseño se consideraron los siguientes enfoques estratégicos:⁶

- a) la atención hacia los grupos con mayor vulnerabilidad. Por un lado a la población móvil: conductores, transportistas, comerciantes, y trabajadores/as de sexo comercial; por otro, a la población local: personal de la aduana, policía nacional civil (PNC), maestros, líderes comunitarios, jóvenes adolescentes, y población en general;

- b) el abordaje integral de las intervenciones. Se consideraron los aspectos sociales, económicos y etnoculturales de la población local y móvil para el diseño del plan de intervención y cada una de las acciones que se realizaron;
- c) abordaje interfronterizo. San Cristóbal de la Frontera es una frontera abierta, por lo cual las personas residentes del área transitan con bastante libertad hacia ambos lados, es por esto que las intervenciones se realizaron en un plan binacional –considerando las experiencias previas–, es decir, en ambos lados de la frontera y con la participación de la población y las instituciones de los dos países;
- d) impulsar la organización y la participación comunitaria de tal forma que puedan ganarse los espacios para ejercer los derechos y compartir las responsabilidades que faciliten la participación sostenida y responsable de la sociedad, en cuanto a la definición de las necesidades de salud y en la toma de decisiones sobre los servicios y las intervenciones para promover la salud;
- e) el fortalecimiento de la Coordinación intersectorial con el objetivo de que la comunidad organizada y las instituciones en el área desarrollaran la capacidad de dirigir las acciones encaminadas a responder, prioritaria y permanentemente, a la situación de riesgo presente por el hecho de ser área fronteriza;
- f) se buscó el fortalecimiento y el desarrollo de las capacidades y las habilidades de gestión de la información, la educación y la comunicación de la salud sexual reproductiva en el ámbito de las instituciones estatales y las organizaciones comunitarias;
- g) el desarrollo de las capacidades en los servicios locales de salud. Para esto se promovió el desarrollo de las habilidades del personal para identificar, abordar y atender a las personas más vulnerables de estas poblaciones, así como la capacidad de proporcionar servicios integrales y de calidad en lo que se refiere a las ITS y el VIH/SIDA. Además, a través del diseño de instrumentos y sistemas de información para el monitoreo y evaluación tanto de los procesos como de los recursos y los resultados, se trabajó para fortalecer las aptitudes en el seguimiento de las acciones, lo que se tradujo en la mejoría de la vigilancia epidemiológica en estas poblaciones;
- h) la promoción de los derechos humanos. Al respecto se trabajó acerca del reconocimiento a la libre determinación de las personas en cuanto a la salud, así como su derecho a los conocimientos que la promuevan; también se consideró importante reducir la brecha entre la población asegurada y la no asegurada para facilitar el acceso a los servicios de

- salud a la población no asegurada así como el respeto y la no estigmatización de las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS); y
- i) la gestión local y la sustentabilidad. Como resultado de haber realizado una intervención eficiente, se planeó enfatizar en los esfuerzos para su continuación. Los participantes en los talleres de planificación, después de haber demostrado sus logros, manifestaron la idea de atraer a otras cooperaciones a un proyecto nacional.

Es importante señalar que el diseño del plan de intervención fue centrado en la concertación con los distintos actores sociales, la elaboración de un cronograma de actividades, la asunción de responsabilidades por los participantes y el establecimiento de un presupuesto por actividades.

MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS

El monitoreo y la evaluación del proyecto se definió como un modelo de investigación-acción. Se registraron y analizaron los procesos, las acciones y los resultados, así como la forma y las condiciones en que se obtuvieron. Se evaluaron las estrategias, las acciones, los resultados y la forma de su aplicación en el contexto de la estación de paso. Esto se llevó a cabo por medio del registro de la cobertura, la forma en que se implementaron y el resultado obtenido en la población local, en los migrantes y en las organizaciones sociales o políticas.

En el proyecto de intervención se decidió que los actores principales (los servicios de salud, la comunidad organizada y las ONG facilitadoras del proceso) incorporaran los mecanismos, las metodologías y los instrumentos que les permitieran dar dirección y seguimiento a las actividades. Esto con el fin de documentar el proceso, en caso de ser necesario, corregir su curso y de generar la información cualitativa y cuantitativa relacionada con los recursos, la organización, la administración, el financiamiento y la previsión de servicios para ser evaluados en cuanto a su estructura, proceso y resultados.

Entre las principales actividades realizadas destacan:

- la elaboración de un documento que incluyó los indicadores del monitoreo y la evaluación de cada una de las estrategias, los componentes, los objetivos, las actividades programadas y los resultados; además de una propuesta de los instrumentos de monitoreo y evaluación;
- la discusión y el análisis de dicho documento, para lo que se realizó un taller con la participación de representantes del programa nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA, del personal de la Gerencia del SIBASI de Santa Ana, de la Dirección de la Unidad de Salud de

Candelaria de la Frontera y de algunas ONG como el COESAL y la ASAPROSAR;

- el diseño del sistema de información de las intervenciones en coordinación con cada una de las instancias participantes; se revisaron y ajustaron cada uno de los instrumentos para el registro de datos y documentación de las actividades programadas;
- la convocatoria de diversas reuniones de coordinación del programa nacional y del Comité Interpaís para la Lucha Contra el VIH/SIDA (COINSIDA), donde se realizó un monitoreo participante de las actividades programadas;
- la participación en las capacitaciones para diferentes actores sociales, como líderes comunitarios no escolarizados y miembros del personal de salud y de los maestros de la localidad realizadas por la ASAPROSAR, el COESAL y el programa nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA, para constatar y documentar las actividades;
- la elaboración del documento revisado por el MSPAS y el INSP “Evaluación y monitoreo del plan de intervención para el control y la prevención del VIH/SIDA en poblaciones móviles de El Salvador”. Este incluía los aspectos conceptuales, metodológicos y operativos, los indicadores e instrumentos para cada una de las actividades del plan y un organismo participante por instancia para la realización del monitoreo y la evaluación; y
- el diseño de la “Guía técnica para la elaboración del informe final”. Se estructuró una guía como base para el registro y la documentación final de la experiencia de cada uno de los organismos participantes y se elaboró un informe técnico final.

RESULTADOS

Dimensión política: el proceso de toma de decisiones y negociaciones políticas

La elaboración del plan de intervención fue el resultado, por un lado, de las diferentes reuniones entre investigadores del INSP de México y de los representantes del programa nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA del MSPAS, donde se acordaron términos técnicos, metodológicos y financieros; por otro lado, de las relaciones de coordinación establecidas para llevar a cabo las acciones en la zona fronteriza entre el programa nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA, la Gerencia del SIBASI de Santa Ana y la Dirección de la Unidad de Salud de Candelaria de la Frontera en El Salvador.

En cuanto a la inclusión de los representantes de Guatemala, se realizaron reuniones con las autoridades de salud del departamento de Jutiapa y la Unidad de Salud de Atescatempa para explicar la iniciativa y solicitar su incorporación en el proyecto desde su planificación. Gracias a las experiencias previas sobre trabajos interfronterizos en materia de salud las negociaciones se dieron de manera fluida. Estas coordinaciones, acuerdos y negociaciones fueron importantes para definir y garantizar el marco de institucionalidad del proyecto.

El programa nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA del MSPAS, en coordinación con el INSP estableció los contactos con las ONG y las consultoras locales salvadoreñas, éstas fueron elegidas –por su experiencia y su reputación en el medio– para la contratación y el desarrollo de las intervenciones y la realización del monitoreo y evaluación del proyecto de intervención diseñado.

Dicho programa asumió el liderazgo para conformar el equipo técnico, incorporó a representantes y actores locales de los municipios de Candelaria de la Frontera en El Salvador y Atescatempa en Guatemala; elaboró un documento para asignar los roles y las funciones de los participantes en la realización de las actividades contempladas en el plan de intervenciones; con la participación de la Gerencia del SIBASI de Santa Ana, la Unidad de Salud de Candelaria de la Frontera, la ASAPROSAR, el COESAL y la Consultora PRO 21, constituyó el grupo técnico para coordinar las intervenciones en las poblaciones móviles.

Para llevar a cabo lo anterior se realizaron talleres y sesiones de trabajo que ayudaron a la socialización del proyecto y el plan de intervenciones, así como a la designación de los roles de los participantes, la definición y la discusión de las estrategias y la metodologías de intervención de cada institución, la presentación y la discusión de la propuesta del monitoreo y la evaluación, la revisión y el ajuste de los programas y materiales de capacitación, y la gestión y la participación de todas las organizaciones.

Dimensión comunitaria

En la planeación del proyecto se decidió que la comunidad organizada y las instituciones representadas en el área dirigieran las acciones encaminadas a responder las prioridades y necesidades establecidas en el plan de intervenciones. Por lo que el fortalecimiento de la organización social y la participación comunitaria se planteó como eje para el desarrollo de las intervenciones. Las organizaciones de base comunitaria, representadas por sus líderes, participaron y contribuyeron desde la fase inicial: el Consejo Municipal de Desa-

rrollo, la Casa de la Cultura, las Asociaciones de Desarrollo Comunal (ADESCOS), los Comités de Salud Cantonales y el Consejo Directivo Escolar.

En este punto se planteó la necesidad de la conformación de un grupo gestor local que, apoyado por la dirección de salud local, asumiera la dirección y el papel de facilitador de las acciones y vigilara el buen funcionamiento del proyecto para asegurar el cumplimiento de los resultados y los objetivos propuestos. El COINSIDA, formado en septiembre de 2003, está integrado por líderes comunales locales y representantes de instituciones de la zona fronteriza de Candelaria de la Frontera en EL Salvador y Atescatempa en Guatemala; participan los líderes comunitarios de los comités de salud; ADESCOS; el Comité de Desarrollo Municipal; los directores de centros educativos del área; personal de las aduanas, de migración y de salud, y la Casa de la Cultura. La Alcaldía Municipal no se incorporó al comité, por lo quedó como un reto pendiente su participación.

El COINSIDA ha funcionado en el ámbito local como el organismo coordinador y organizador de las actividades previstas en el plan de acción. Dentro de sus funciones se encuentran la coordinación y la promoción de las actividades de capacitación; la coordinación interinstitucional, comunal y de enlace binacional, y la realización de las actividades de movilización social y las jornadas de información.

De acuerdo con los actores clave entrevistados para la evaluación de lo realizado el papel de la Coordinación intersectorial del proyecto, a través del COINSIDA, ha desempeñado un papel relevante para la realización del plan de las intervenciones, debido a que ha promovido actividades y capacitaciones para la lucha contra el VIH/SIDA y ha implementado las estrategias contempladas en el proyecto.

El soporte más importante en el cumplimiento del plan de intervención para la prevención de las ITS y el VIH/SIDA ha sido la participación tanto de los líderes comunitarios como de los miembros de los comités de salud y de ADESCOS en las capacitaciones, las ferias de la salud, las marchas y en el COINSIDA. La movilización social realizada alrededor del VIH/SIDA ha tenido un impacto favorable para visibilizar el tema en todos los ámbitos sociales y geográficos de la zona fronteriza.

Entre las actividades comunitarias realizadas se destaca la I Feria Comunitaria de la Salud Sexual Reproductiva, que se llevó a cabo a tres kilómetros de la estación de paso, fue coordinada por el COINSIDA y organizada por la comunidad de Paraje Galán. En ella participaron el personal docente y los alumnos del centro escolar Gral. Francisco Morazán. En el evento participaron más de 700 personas, principalmente adolescentes de siete escuelas, cinco de El Salvador y dos de Guatemala. También se celebró un torneo de

fútbol denominado “Luchemos contra el SIDA” donde los deportistas portaban carteles y camisolas con mensajes alusivos a la prevención del VIH. Los mensajes fueron orientados hacia la población estudiantil adolescente, la cual es uno de los grupos meta fundamentales para las intervenciones generadas por el proyecto. El evento tuvo mucha receptividad en la población participante, dado que fue la primera movilización social en relación con el tema del VIH/SIDA en la zona del paso fronterizo.

También se organizó una marcha coordinada por el COINSIDA, la Unidad de Salud de la localidad, la PNC, la Cruz Roja y otras instituciones locales. Se llevó a cabo el siete de diciembre de 2003 con el eslogan “Luchemos contra el VIH/SIDA”, la conformaron estudiantes de bachillerato que llevaban mantas y carteles con mensajes contra la lucha del VIH/SIDA, acompañados de bandas musicales y una ambulancia con altavoces; también se distribuyeron folletos y se pegaron afiches. Después de la marcha los manifestantes se reunieron para compartir una exhibición cinematográfica. Por otra parte, se realizó el acto de celebración del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA en la estación de paso fronterizo de San Cristóbal de la Frontera.

Entre las actividades comunitarias que el COINSIDA realizó cabe resaltar una presentación en noviembre de 2003 sobre la experiencia y la exposición documentada en un stand de “Poblaciones móviles y VIH/SIDA desde la perspectiva comunitaria”, que se llevó a cabo dentro del acto del lanzamiento del proyecto de Reconstrucción de hospitales y extensión de servicios de salud (RHESSA) del MSPAS, financiado por el Banco Mundial. La presentación realizada por los miembros de la comunidad sobre las actividades del plan de intervenciones, fue valorada como una experiencia importante y novedosa para retomar y ser incluida en la planificación de dicho proyecto.

Dimensión técnica

Otra de las dimensiones centrales del proyecto de intervenciones fue el fortalecimiento tanto institucional como de la organización comunitaria. Para ello se realizaron distintas actividades entre las que se encuentra un curso de capacitación en aspectos gerenciales y de gestión a líderes locales, enfocado principalmente al reforzamiento de las habilidades para ejecutar de manera planificada y organizada las actividades que el COINSIDA realizó. El curso se dirigió al fortalecimiento de 20 líderes comunitarios locales, representantes de las organizaciones e instituciones de la comunidad del Corredor Interfronterizo Santa Ana y Jutiapa y fue impartido a manera de talleres participativos. Se enfatizaron como ejes temáticos el desarrollo de las habilidades gerenciales: planeación, administración, monitoreo y evaluación, así

como la responsabilidad institucional. Asimismo, se brindó información a la comunidad sobre las diferentes acciones desarrolladas por el proyecto. Estos últimos contenidos fueron abordados a través del personal coordinador del mismo.

Cabe destacar que el personal de salud local ha participado en todas las actividades del proyecto. Se identificó el desarrollo de sus habilidades para abordar el problema del VIH/SIDA y las poblaciones móviles. Además, se puede decir que se han fortalecido sus capacidades en la coordinación y las relaciones con los sectores y los actores sociales de la localidad; así como en el diseño de estrategias, planificación e implementación de intervenciones comunitarias sobre el VIH/SIDA. Asimismo, el proyecto contribuyó a desarrollar las habilidades técnicas para el diseño de indicadores, formatos para el registro de datos y la elaboración de informes para el monitoreo y evaluación de las intervenciones; también fue importante su desempeño en la gestión local y en la conformación del COINSIDA.

En la zona fronteriza la relación entre el sector salud, la Unidad de Salud de Candelaria de la Frontera, y el educativo, las direcciones de los centros educativos, se ha fortalecido a partir del desarrollo del diseño del plan de intervenciones, estos dos sectores han logrado establecer una buena comunicación. La Unidad de Salud ha logrado una mayor competencia tanto técnica como gerencial y una comunicación más fluida con la Gerencia del SIBASI de Santa Ana.

El proyecto contribuyó con la Unidad de Salud por medio de la dotación de material educativo y equipo audiovisual (televisor y radio grabadora) para ampliar y mejorar las acciones de información, educación y comunicación; además entregó un equipo de computación para la agilización y la eficiencia de la gestión local. También se brindó apoyo por medio de la dotación de repuestos de equipo e insumos para el laboratorio clínico y de 1 000 pruebas de VIH; además de guantes, jeringas, nebulizador y mascarillas.

La coordinación de acciones entre las autoridades locales de salud de la zona fronteriza de El Salvador y Guatemala data desde hace 10 años, sin embargo, el proyecto ha posibilitado la reactivación del trabajo conjunto, favoreciendo la continuidad y el funcionamiento de esta estructura y el fortalecimiento de la coordinación binacional en materia de salud.

La constitución de un "Grupo técnico nacional para la coordinación de las intervenciones en poblaciones móviles" puede considerarse la masa crítica que el país ha acumulado con la experiencia de la ejecución del proyecto; como se describió anteriormente participan el programa nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA, la Gerencia del SIBASI de Santa Ana, la Unidad de Salud de Candelaria de la Frontera, las ONG COESAL y ASAPRO-

SAR, y la Consultora PRO 21. Además, se ha designado a una trabajadora social con conocimiento y sensibilización en el tema de las poblaciones móviles para su atención en las estaciones de paso del país. Esta decisión técnica y política del Ministerio es una muestra del interés y el compromiso para la atención de estos sectores y la continuidad en las acciones.

Es importante enfatizar el diseño y la producción de materiales de educación y promoción sobre las ITS y el VIH/SIDA; para esto se adoptó una metodología participativa que tomó en cuenta las opiniones y la experiencia de grupos de educadores del MSPAS que tienen conocimiento sobre las necesidades de información de los usuarios; también fue importante la opinión de éstos sobre el material diseñado. Todo esto se plasmó en la organización de un taller de creación y diseño del material educativo y de comunicación para poblaciones móviles y el VIH/SIDA, participaron siete educadores del SIBASI y cinco diseñadores/as que compitieron con propuestas por el diseño definitivo. Como resultado se obtuvo el prediseño del arte y el contenido del material para ser utilizado en la estación de paso.

Además, se realizó el “Taller de validación de material educativo en San Cristóbal de la Frontera” dividido en tres fases: la primera se llevó a cabo con los líderes comunitarios para la validación del material dirigido a la población general; la segunda para la validación del material dirigido a motoristas, comerciantes, TSC, y personas de la frontera, y la tercera fase, donde se introdujeron los cambios de la validación al material educativo. También se revisaron los bocetos con los diseñadores, se ajustaron los materiales, y se prepararon las especificaciones técnicas de cada uno de los materiales educativos (Cuadro I).

Actividades para cambiar los comportamientos, las actitudes y las prácticas en la salud sexual y reproductiva y en la prevención de las ITS y el VIH/SIDA

Estas actividades fueron realizadas por la ASAPROSAR y el COESAL, el principal reto fue lograr la identificación de técnicas para la implementación de acciones educativas efectivas con el objetivo de disminuir el riesgo de la transmisión del VIH/SIDA en los grupos vulnerables de la población, entre ellos los motoristas, los comerciantes, las TSC, los adolescentes, los maestros y los estudiantes.

Para responder a la necesidad de implementar intervenciones eficaces ASAPROSAR propuso la metodología de un proceso de formación basado en el ejercicio facultativo, donde las personas, a través del diálogo, comparten sus conocimientos, intereses y experiencias, que derivan en cambios de comportamiento y se traducen en una vida sexual responsable.

Los propósitos de dicha metodología fueron: a) incrementar los procesos de educación, información y comunicación como elemento sustantivo para la prevención de las ITS y el VIH/SIDA; b) visualizar la problemática de los grupos vulnerables de la población, y c) contribuir al desarrollo de articulaciones sociales efectivas. Para ello ASAPROSAR diseñó las intervenciones en Campañas de información en medios de comunicación colectivos (IEC) dirigidas a los grupos establecidos de manera previa en relación con la capacitación de pares para los líderes comunitarios no escolarizados, consejería individual y grupal sobre salud sexual y reproductiva, entrevistas y consejería a las TSC, grupos de discusión sobre comportamientos de riesgo, vigilancia fronteriza, capacitación a los maestros, al personal de salud, a los líderes adolescentes y a los escolares en el tema de VIH/SIDA

Se realizó un curso de capacitación de pares para líderes comunitarios no escolarizados, se seleccionaron 40 líderes comunitarios, conformados por hombres y mujeres ente los 13 y 24 años de edad, y otro entre los 25 y 59 años. Se realizaron dos talleres con énfasis en los ejes temáticos de los comportamientos de riesgo y las prácticas sexuales de los hombres y las mujeres; el uso del condón y el sexo seguro como medidas preventivas, y las habilidades de comunicación interpersonal y de manejo grupal.

En concreto, las actividades de capacitación se dirigieron hacia: la formación de la red comunitaria para promover la información, educación y comunicación sobre el VIH/SIDA, que orientara las acciones preventivas en el ámbito comunitario; al desarrollo del programa de sensibilización y educación entre pares, que permitiera el incremento de los conocimientos sobre el VIH/SIDA y que motivara la generación de cambios en la conducta de los líderes comunitarios y sus pares, y el fortalecimiento de las habilidades metodológicas que facilitaran las acciones educativas individuales y grupales, para

Cuadro I
Material producido y reproducido en número de ejemplares

Título del material	Cantidad
Pasquín "Ayuda a Detener el SIDA"	10 000
Afiche "La Única Frontera del SIDA la pones tu"	1 000
Folleto "Prevenamos las ITS y el VIH/SIDA"	50 000
Brochure "Decídete a Esperar"	10 000
Pasquín "El Rey del Camino"	5 000
Afiches "CONCASIDA El Salvador 2005"	615
Afiches "Discriminación"	1 000
Chalecos para líderes de COINCIDA	15
Camisetas para líderes comunitarios y estudiantes	300

la generación de cambios de conductas. Lo anterior favoreció a la modificación de los conocimientos, las actitudes, la comunicación y los comportamientos de riesgo relacionados con las ITS y el VIH/SIDA.

A través de la orientación a transportistas, que se movilizan en la zona fronteriza de la estación de paso se realizaron consejerías individuales y grupales sobre la salud sexual y reproductiva, incluida la prueba de VIH gratuita, con el objeto de proporcionar el acceso a la información necesaria para la prevención del VIH/SIDA.

Entre los aspectos técnicos se consideraron la identificación de los factores que inciden en el comportamiento o las prácticas de riesgo y la elaboración de planes para la reducción de los riesgos, con el fin de lograr la prevención de la infección; así como la divulgación de la oferta de los servicios de salud: la consejería, la prueba del VIH y VDRL y el tratamiento de las ITS.

En el plan de intervención se dispuso de un espacio en la aduana para realizar las entrevistas a 100 motoristas y transportistas. Previamente se diseñaron los instrumentos para el registro de la información, se establecieron los siguientes pasos: a) abordaje y el "rapport", para la aplicación de la guía de la entrevista, b) aplicación del perfil de riesgo, c) apertura de consejería, d) elaboración del plan de prevención y e) sistematización del abordaje. La duración de cada entrevista y consejería fue de 30 a 45 minutos aproximadamente; los lugares de encuentro generalmente fueron en el camión y en el paso fronterizo de la aduana.

Se observó una actitud receptiva por parte de los motoristas y transportistas y existió poco rechazo al proceso educativo. Según los informes de los 110 entrevistados, 99% pertenecía al sexo masculino y su rango de edad oscilaba entre 19 y 61 años. De acuerdo con las entrevistas y las consejerías realizadas se pueden identificar las conductas de riesgo: tener múltiples parejas, no usar el condón de manera permanente, el uso de drogas y de alcohol, y, en general, la poca información sobre las ITS y el VIH/SIDA.

Se elaboró el diseño de una entrevista, hoja de registro y guía de observación con lo cual se llevaron a cabo entrevistas y consejerías a 30 TSC. Se dispuso de un espacio en el edificio de la aduana, cada entrevista y consejería tuvo una duración aproximada de 30 a 45 minutos. Los lugares de encuentro generalmente fueron en los lugares de trabajo, locales de venta de cerveza y de comida y en el paso de la aduana. La actitud del grupo de mujeres entrevistadas fue receptiva, manifestaron tener un conocimiento mínimo sobre el VIH/SIDA, permanecen en la estación de paso de lunes a viernes por fines comerciales. Según los registros se realizaron 30 entrevistas y consejerías con TSC, como resultado se identificó que de 15 a 20 mujeres ejercen el comercio

sexual con transportistas, principalmente en horas nocturnas; en sus prácticas sexuales el riesgo es frecuente; no usan el condón en todas sus relaciones, y algunas de ellas manifestaron presentar ITS.

También se organizaron 14 grupos focales, con una participación mínima de seis personas en cada uno, sobre la salud sexual y reproductiva. El principal objetivo de esta actividad fue realizar las acciones de consejería en IEC para ayudar a mejorar los comportamientos en las prácticas sexuales y reducir el riesgo de adquirir o de transmitir el VIH.

Para el trabajo con estos grupos se definieron cuatro elementos de discusión vinculados a sondear: a) los niveles de conocimiento de los factores que inciden en el comportamiento o prácticas de riesgo; b) el uso correcto del condón, se tomaron en cuenta los mitos, prejuicios y estigmas sobre el VIH; c) la elaboración de planes para la prevención del VIH y la reducción del riesgo de contraer la infección, y d) la divulgación de la oferta de los servicios de salud: la consejería, prueba del VIH, VDRL diagnóstico y el tratamiento de las ITS.

A través de esta intervención se atendieron a 14 grupos, con la participación de 34 mujeres y 62 hombres. En estas sesiones participaron: comerciantes, transportistas, cobradores, cambiadores, personal de la aduana, PNC, policía antinarcoóticos y cuadrilla de descargadores. Los aspectos abordados con mayor relevancia fueron: la percepción del riesgo, las ITS y el VIH/ SIDA y el uso del condón.

También se realizaron actividades que se denominaron “Puesto de Vigilancia Fronterizo”. La red de salud disponía de un área física designada en el edificio de la aduana, la cual fue mejorada, equipada y adecuada para las actividades grupales y las consejerías. Esto fue realizado en los días de mayor actividad por la ASAPROSAR y los promotores de salud. Sin embargo, tanto la ONG como la red de salud local consideran que no lograron la utilización deseable del lugar como contacto directo y permanente con la población migrante, no obstante, sí reconocieron que el uso de este espacio es importante dado que puede convertirse en un punto de referencia para las diferentes acciones de información, educación y comunicación para la prevención del VIH y la donación de condones.

Otra de las actividades realizadas fue la capacitación a 60 maestros sobre la prevención de las ITS y el VIH/SIDA. Se impartieron dos seminarios-taller sobre el ABC del VIH/SIDA y conocimientos sobre las ITS dirigidos al personal docente de nueve centros educativos del área fronteriza. El objetivo fue desarrollar habilidades para el manejo de la temática de la Salud Sexual Reproductiva en 55 maestros y maestras procedentes de los Centros Escolares.

El MSPAS y la ASAPROSAR coordinaron la capacitación del personal de salud de la red de servicios de Candelaria de la Frontera, de cinco establecimientos. Se capacitaron 48 miembros de la red local de salud (la meta era de 50) en los temas que se refieren a las ITS y el VIH/SIDA, enfocados hacia la cadena de cambios de comportamiento y al incremento de las habilidades y destrezas para ampliar la oferta de los servicios en la atención a las personas con ITS y VIH/SIDA, así como en la consejería en los servicios de salud. Se buscó incrementar la habilidades del personal para informar a las poblaciones móviles sobre la prevención y el riesgo de las ITS y el VIH/SIDA.

También se trabajó con líderes adolescentes en la zona fronteriza para capacitarlos en los temas de la prevención de las ITS y el VIH/SIDA. Esta actividad fue realizada por el COESAL, tenía programada una meta de 8 573 alumnos y alcanzó a capacitar a 8 235, lo que significó un cumplimiento de 96%. En la zona fronteriza de El Salvador se capacitaron 6 834 alumnos de 21 centros educativos y en la zona de Guatemala 1 401 alumnos de 18 centros educativos. El principal objetivo de la intervención fue que la población adolescente escolarizada del sector fronterizo –vulnerable al riesgo de adquirir y transmitir el VIH/SIDA– desarrollara actitudes y habilidades para el ejercicio de conductas sexuales saludables. Para ello se establecieron las siguientes propuestas técnicas metodológicas sobre la salud sexual y reproductiva y la prevención del VIH/SIDA: a) proporcionar pautas formativas para la toma de decisiones en relación con su sexualidad, b) fortalecer los planes de estudio en los centros de enseñanza educativos, c) difundir la información sobre la transmisión del VIH/SIDA, d) informar y apoyar los cambios propios en sus vidas y motivarlos a una vida sana y digna, y e) orientarlos sobre las medidas preventivas necesarias para evitar las situaciones de riesgo. La charla estaba diseñada alrededor del mensaje central “Decídete a esperar”, se tomó en cuenta que la mayoría de los jóvenes desconocen el sentido de la sexualidad como un privilegio de la naturaleza a la humanidad. El contenido versaba en relación con a) la definición de sexualidad, b) los potenciales de las personas, c) los cambios en la adolescencia, d) las motivaciones para el inicio de la vida sexual, e) las infecciones de transmisión sexual y f) el VIH/SIDA: los mecanismos de acción, la transmisión, las estadísticas, la discriminación, la prevención y los riesgos para las poblaciones vulnerables.

Por último se capacitó a los llamados líderes escolares con el objetivo de darles herramientas para impartir y compartir conocimientos básicos para la prevención y la transmisión de las ITS y el VIH/SIDA; se buscó sensibilizarlos sobre la realidad que se vive en relación con el VIH/SIDA, especialmente en las poblaciones migrantes y en los residentes locales; además se transmitió la responsabilidad de ser voceros del mensaje a otros jóvenes para prevenir consecuencias fatales por falta de conocimientos.

Dimensión administrativa

La administración de los recursos siempre es un aspecto crítico en la mayoría de los proyectos. En la presente experiencia la administración de los fondos dependía de una unidad académica, el INSP, el cual se relacionaba con ocho países diferentes en 11 estaciones de paso fronterizas, esto, aunado con los tiempos relativamente cortos para el desarrollo de las intervenciones, nos da una idea de la dimensión y la complejidad de la tarea administrativa, debido a que cada organismo o institución tiene su propia dinámica a este respecto.

Para la realización de las intervenciones se obtuvieron fondos (23 mil dólares en total) de dos fuentes, del INSP y de la gestión que éste realizó con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en ambos casos los fondos fueron entregados directamente a la unidad administrativa central del MSPAS, ésta los canalizó al programa de control de VIH/SIDA. El programa, con el apoyo del COINSIDA y el personal de la unidad de salud, realizó los trámites en forma directa con los proveedores. En varios momentos la disponibilidad de los fondos no siempre fue oportuna, tanto para el MSPAS, como para el ámbito local por parte de la central del MSPAS. Estas situaciones ocasionaron incertidumbre en el cumplimiento de las intervenciones; los miembros del COINSIDA que ya tenían experiencias con otros proyectos, demandaban la entrega directa de los fondos, lo cual no se había previsto y no se disponía de los mecanismos y facultades para realizarlo.

En esta situación el programa nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA del MSPAS, a través de la Consultora PRO 21, demostró su capacidad gerencial y operativa para la gestión y la administración de los fondos, cumplió con las normativas financieras gubernamentales y los requerimientos de los ámbitos locales, a pesar de que el recurso administrativo era limitado.

El INSP, en coordinación con el MSPAS, realizó los contratos con las ONG y con el consultor del monitoreo y evaluación; inicialmente, las demoras en la firma de los contratos y en la entrega de los desembolsos no favorecieron un clima de confianza, sin embargo, se sobrellevó con buena voluntad y con el compromiso ante las instituciones y la comunidad.

De acuerdo con la opinión de algunos integrantes del programa nacional de control del VIH/SIDA, existió bastante libertad para la definición de las prioridades, el diseño de las estrategias, la planificación, la ejecución y la administración de los fondos. Esta situación favoreció la realización de una gestión más ágil y transparente.

CONCLUSIONES

Administración y gestión de recursos

Para evitar interpretaciones y supuestos incorrectos la decisión de la administración de los recursos financieros debe expresarse en forma explícita en los diferentes niveles y actores involucrados, de esta forma se pueden planificar de mejor manera las inversiones y se rinden cuentas oportunamente.

Las contrataciones deben precisarse en términos de referencia y en el marco de participación y relación con las diferentes instituciones, organismos e instancias, de tal manera que la interacción se realice en un marco de colaboración y respeto a las diferentes competencias. Para mejorar la coordinación es importante trabajar a favor de la comunicación entre los diferentes organismos participantes, a través de reuniones frecuentes para que las actividades planeadas se realicen y se desarrollen en forma eficiente y eficaz. De acuerdo con la opinión de diversos actores clave entrevistados para la evaluación, se ha considerado importante en la gestión del proyecto la relación directa y el respecto a las iniciativas nacionales y locales, así como el apoyo y la asesoría recibida en los momentos críticos.

En relación con la asignación de los recursos financieros para facilitar las tareas de apoyo a través de la compra de servicios para el cumplimiento de las actividades previstas no se dispuso del presupuesto de acuerdo con las necesidades de la intervención; aunque esto no fue una limitante para el personal de salud local sí lo fue para el resto de las instancias locales que lo identificaron como una dificultad para desarrollar su trabajo y brindar apoyo. Por lo que consideramos que en lo que se refiere a la ejecución financiera en futuras experiencias debería considerarse la asignación de fondos para la ejecución directa de los organismos e instancias locales; ésta fue una demanda continua, dado que esta comunidad disponía de experiencias previas en el manejo de recursos financieros.

El MSPAS motivado por los aspectos innovadores de la experiencia gestionó recursos financieros con el Sistema de Naciones Unidas, a través de la Iniciativa mesoamericana para la prevención del SIDA (IMSIDA) del proyecto UNF/UNFIP, quienes asignaron un monto de 20 mil dólares para el cumplimiento del plan de intervenciones, lo que favoreció para que las actividades se realizaran en su totalidad. En este sentido, representantes del UNFIP participaron en la evaluación local y consideraron satisfactorios los resultados de las intervenciones.

El MSPAS y el programa nacional para el control del VIH/SIDA, han considerado importante la experiencia sobre poblaciones móviles y el VIH/

SIDA realizada en la estación de paso de San Cristóbal de la Frontera. Con esta motivación el proyecto de poblaciones móviles ayudó a gestionar ante el Banco Mundial un préstamo al MSPAS para la continuidad de las intervenciones ante el Fondo Global y el proyecto de Reconstrucción de hospitales y extensión de servicios de salud. El monto total gestionado asciende a más 150 mil dólares, lo que representa una base para continuar, difundir y ampliar la experiencia.

Desarrollo de nuevos proyectos

La gestión realizada generó el diseño de un proyecto de poblaciones móviles y VIH/SIDA a escala nacional. Se está sistematizando la experiencia en los aspectos técnico metodológicos; se han realizado planes de intervención en las 11 estaciones de paso del país, entre ellas siete estaciones de paso terrestres. Fronterizas con Guatemala: San Cristóbal de la Frontera, La Hachadura, Las Chinamas y Angiatú; con Honduras: El Poy y Amatillo; una estación de paso intermedia: Lourdes, Colón; las estaciones portuarias de Cutuco-La Unión, La Libertad y Acajutla, y la estación de paso del Aeropuerto Internacional de Comalapa. Para el desarrollo de este proyecto es importante realizar un registro y monitoreo continuo de las actividades; además de la sistematización y documentación, dado que es una experiencia nacional y sus resultados tendrán una dimensión relevante en el tema de poblaciones móviles y el VIH/SIDA.

Vinculación con otros proyectos locales, nacionales o regionales

En el ámbito local el proyecto se vinculó a las acciones de promoción de salud comunitaria que el MSPAS desarrolla con los promotores de salud, esto proporcionó la oportunidad para la capacitación de los líderes de los comités de salud y las actividades de movilización social. El proyecto también se vinculó al programa de salud sexual reproductiva que el Ministerio de Educación implementa en los centros educativos a través de su desarrollo curricular y por medio de las capacitaciones a maestros y a jóvenes estudiantes. El proyecto también se relacionó, a través de la capacitación a líderes comunitarios, con el programa de actividades que desarrolla la Casa de la Cultura de Candelaria de la Frontera.

En el ámbito nacional el proyecto se vinculó con la organización no gubernamental COESAL,⁶ que se ocupa de la formación integral de las personas, a través de un plan de educación complementaria en la comprensión y

sana vivencia de su sexualidad y salud reproductiva, dirigido a la formación de niñas y niños, jóvenes, padres, maestros y demás adultos. De igual manera ASAPROSAR que desarrolla programas de salud rural, ha logrado diseñar y adaptar modelos, metodologías y técnicas tanto de información, como de educación y de comunicación para la prevención del VIH/SIDA dirigidos a estos grupos de la población. Además, el proyecto se vinculó al de RHESSA del MSPAS, quienes a partir del presente año disponen de presupuesto, con la finalidad de que las actividades de poblaciones móviles y VIH/SIDA se incorporen de manera paulatina al presupuesto anual del programa nacional para la prevención y el control del VIH/SIDA del MSPAS. La asociación con las organizaciones no gubernamentales fue funcional, pues la mayor parte de las actividades fue llevada en alianza con éstas.

En el ámbito regional el proyecto se unió a la IMSIDA del proyecto UNF/UNFIP, quienes cofinanciaron el plan de intervenciones y han continuado apoyando las actividades y los intercambios de experiencias con otras estaciones de paso. Actualmente el proyecto es conocido como “Proyecto mesoamericano de atención integral a poblaciones móviles, reduciendo la vulnerabilidad al VIH/SIDA en poblaciones móviles en Centroamérica”. La relación con este proyecto es importante debido al intercambio y acumulación continua de experiencias.

El proyecto también fue vinculado al grupo temático de ONUSIDA, donde participan el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Proyecto Acción SIDA de Centroamérica (PASCA), la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM); a través de la presentación de informes y distribución del material reproducido. La relación con el Fondo Global ha sido importante, ya que se presentó la propuesta del proyecto nacional sobre poblaciones móviles y fue aprobada y financiada.

Cómo se traduce el proyecto en las políticas públicas del país

El proyecto ha tenido una valoración importante en el programa nacional para el control del VIH/SIDA del MSPAS y las autoridades centrales de dicho Ministerio, dado que ha permitido desarrollar intervenciones en forma compartida con diversas instituciones, organismos y representantes locales de la sociedad.⁷ Puede considerarse que se ha establecido un precedente y una perspectiva diferente en la manera de abordar el problema del VIH/SIDA, a par-

tir de la participación de los actores locales y del análisis de la situación socio-cultural de la población; así como sus interacciones para la identificación de las intervenciones según las necesidades, las demandas y las oportunidades.

El MSPAS ha promovido el tema de las poblaciones móviles y el VIH/SIDA, como un componente del programa nacional, dada la posibilidad y potencialidad de la proyección a grupos de población en situación de vulnerabilidad y riesgo y con acceso limitado a los servicios de salud. Para ello dispone de un Proyecto nacional de poblaciones móviles y VIH/SIDA en todas las estaciones de paso del país y ha gestionado su financiamiento inicial.

Las estrategias propuestas se desarrollaron en gran medida favoreciendo el cumplimiento del plan de intervención, entre ellas destaca el abordaje integral que se estableció como marco de la intervención, no obstante, deberá reforzarse la vigilancia epidemiológica, incrementar la demanda y la oferta de la prueba del VIH y fortalecer los servicios de consejería para la prevención de las ITS y el VIH/SIDA. El abordaje interfronterizo, permitió un enfoque binacional, en este punto la participación de Guatemala fue importante en la planificación de la intervención y en las actividades comunitarias.

La coordinación intersectorial

La coordinación intersectorial se concretó a través de la conformación del COINSIDA, en la que participaron las instituciones y los líderes comunitarios;⁸ esta instancia tendría que continuar fortaleciendo la participación de las instancias gubernamentales. Destaca la colaboración del Ministerio de Educación en la coordinación de las capacitaciones de los adolescentes en las escuelas públicas del área fronteriza, así como en la formación del COINSIDA.

La conformación del COINSIDA fue fundamental en la coordinación local y en el cumplimiento del plan de intervención y de la implementación de las estrategias contempladas en el proyecto; se ha convertido en un grupo gestor local, promoviendo actividades y capacitación para la lucha contra el VIH/SIDA; además, ha desarrollado redes comunitarias con la población local. La apropiación del proyecto por parte del COINSIDA, ha sido un factor importante para su continuidad y sustentabilidad.

Los representantes de las instituciones locales como el Ministerio de Educación, maestros de los centros educativos, el personal local de salud, el personal de la aduana, el personal de migración y la PNC, fueron motivados a trabajar sobre la temática de la prevención de las ITS y el VIH/SIDA, mediante el abordaje del riesgo de los grupos de población más vulnerables al VIH/SIDA (transportistas, motoristas, TSC, migrantes indocumentados y comerciantes).

La sustentabilidad del proyecto

El MSPAS promueve la experiencia en todo el país, con la intención de incorporar estas actividades en el presupuesto nacional, de esta forma el proyecto cuenta con un respaldo político, técnico y financiero, que es importante en el marco gubernamental. Por otro lado, existen organismos no gubernamentales que desarrollan experiencias similares para el trabajo con los grupos de poblaciones móviles, esto incrementa las capacidades nacionales. Sin embargo, la sustentabilidad depende en gran medida de las acciones y la gestión que realicen las instancias locales para darle continuidad y seguimiento a los planes de intervención elaborados para la lucha contra el VIH/SIDA en las once estaciones de paso, que incluye el uso de los recursos disponibles en cada localidad.

Referencias

1. Dirección General de Estadística y Censos. Proyección de la población de El Salvador 2025. San Salvador: Ministerio de Economía, 1995.
2. Programa de las Naciones Unidas. Informe sobre Desarrollo Humano El Salvador 2003.
3. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-Programa Nacional ITS/VIH/SIDA. Situación epidemiológica de las ITS/VIH/SIDA en El Salvador. Años 1984-2003. Boletín, 2003.
4. Orellana E, Caballero M, Dreser A. "El Salvador". En: Bronfman M, Leyva R, Negroni M. Movilidad Poblacional y VIH/SIDA contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Instituto Nacional de Salud Pública; 2004:117-143.
5. Delor F, Hubert M. Revisiting the concept of vulnerability. Soc Sci Med 2000; 50(11):1557-1570.
6. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Programa nacional de control y prevención de ITS/VIH/SIDA. Proyecto de Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos. Plan de actividades y tareas. Agosto 2003-enero 2004
7. COESAL. Informe final proyecto poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos. Estación de paso de San Cristóbal de la Frontera, Santa Ana C.A. 2004.
8. Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP). Reporte Tercer taller regional de poblaciones móviles, avances de monitoreo y evaluación. Cuernavaca: INSP, 2004.

9. Comité Interpaís para la lucha contra el SIDA (COINSIDA). Informe de actividades realizadas en el marco del proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica México y Estados Unidos. Estación de paso San Cristóbal de la Frontera, Santa Ana. El Salvador: COINSIDA, 2004.
10. Universidad de El Salvador. Estudio basal de poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos. Estación de paso la Frontera. San Salvador: Universidad de El Salvador, 2001.
11. Ministerio de Economía. Informe Dirección General de Estadística y Censos. El Salvador: Ministerio de Economía. 2002. Anuario Estadístico 2001.

GUATEMALA PUERTO BARRIOS, IZABAL

FERNANDO RODOLFO CANO FLORES

INTRODUCCIÓN

La Asociación de Salud Integral por medio de la Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral Frente al SIDA (OASIS) realizó la primera fase del proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estado Unidos, llevado a cabo en la estación de paso Puerto Barrios, en el departamento de Izabal, República de Guatemala. En esta primera parte se realizó un análisis de la situación en el cual se reconoció la importancia y la prioridad del abordaje de poblaciones con un alto grado de movilidad y la necesidad de conocer de manera más profunda el contexto de la población en la ciudad de Puerto Barrios.¹

El objetivo de la segunda fase fue diseñar e implementar los modelos de atención adecuados para la incidencia y/o modificación de los contextos de vulnerabilidad a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y al Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) de la población local y de la población móvil de Puerto Barrios con la participación de las organizaciones locales. Para ello, se elaboró una propuesta a partir de los hallazgos y las recomendaciones del estudio previo realizado en la primera fase del proyecto regional.

Durante la intervención, en la estrategia de abordaje a la población meta, se consideró necesario el uso de los medios de información locales, como la televisión por cable y la radio, así como de acciones encaminadas a sensibilizar a la población y a promover temáticas vinculadas a las ITS y al VIH/SIDA, con el fin de disminuir la estigmatización que existe sobre la relación entre la enfermedad y la población migrante. Las propuestas que se trabajaron en esta intervención se centraron en las poblaciones altamente vulnerables al VIH/SIDA, como son las Trabajadoras del Sexo Comercial (TSC) y los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH), los cuales tienen fuertes vínculos con la población móvil o bien pertenecen a esta categoría.

En una tercera fase se elaboró el plan de monitoreo y de evaluación para definir los indicadores locales que servirían para establecer el alcance de los objetivos una vez finalizadas las intervenciones.

ANTECEDENTES

De 1984 a junio del año 2004 el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA de Guatemala informó de 7 054 casos de VIH/SIDA notificados; de ellos 76.92% eran hombres. Los departamentos de Izabal, dentro del cual se encuentra Puerto Barrios, y Escuintla, contiguo al anterior, aparecen con el mayor número de casos notificados en relación con el número de habitantes: 122.73 y 122.46 respectivamente, lo cual demuestra la importancia de generar acciones en esta zona.² Además, en un estudio multicéntrico realizado en Guatemala por el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, se reportó una alta prevalencia de VIH/SIDA entre los HSH y las TSC, con tasas de 11.5%, y de 4.5% respectivamente.³

El departamento de Izabal posee dos puertos separados uno del otro por escasos kilómetros, lo que favorece una alta movilidad poblacional integrada por quienes conducen transporte pesado para el traslado de los bienes desembarcados en los puertos y de la industria bananera que opera en la zona. Por otra parte, Puerto Barrios es un lugar altamente turístico que posibilita un crecimiento en la demanda del comercio sexual tanto de mujeres como de hombres.

La investigación de campo realizada en la primera fase del proyecto Poblaciones Móviles demostró la ausencia de organizaciones que trabajaran con la población migrante, con HSH o con TSC. En consecuencia, el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA de Guatemala asumió un papel de liderazgo y definió una estrategia para modificar los contextos de riesgo con el fin de atender el vacío que hasta ese momento ninguna organización local había trabajado en forma consistente; pues si bien ya existían algunas acciones esporádicas y de muy corta duración, éstas habían sido realizadas por organizaciones con sede en la Ciudad de Guatemala.

Una vez iniciada la implementación, las actividades de monitoreo estuvieron fundamentadas en los siguientes sectores poblacionales: jóvenes escolarizados o no, TSC, HSH, así como en la difusión de información en el ámbito comunitario y entre las organizaciones que atienden a migrantes o están vinculadas al tema del VIH/SIDA. La organización Juventud Esperanza de Izabal (JEDI) y la Asociación Gente Nueva con sede en Puerto Barrios fueron elegidas para encargarse del proceso de intervención. La Asociación Gente Nueva tenía experiencia en la atención a personas viviendo con VIH/SIDA, pero por primera vez solicitaba trabajar con TSC y en el tema migratorio en la ciudad de Puerto Barrios. Las propuestas de ambas organizaciones fueron presentadas y preparadas por personal que trabajaría en Puerto Barrios, la primera dirigida a HSH y la segunda a TSC; ambas incluirían activi-

dades dirigidas a la población migrante. A finales de octubre del año 2004 se iniciaron las actividades propuestas.

Durante todo el proceso de intervención se mantuvo el contacto tanto con el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA como con el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP). Se informó acerca del avance en el desarrollo del monitoreo y de la evaluación de la intervención, para favorecer una estrecha comunicación con las organizaciones locales gubernamentales y no gubernamentales, y propiciar la participación social y la vinculación al Programa Nacional de Prevención y control de ITS/VIH/SIDA de Guatemala.

METODOLOGÍA

Se desarrolló una evaluación de procesos y de resultados en la que se emplearon diversas técnicas cuantitativas y cualitativas. Para asegurar una adecuada sistematización de la información se requirió que cada organización ejecutora formulara su plan de evaluación y monitoreo, que estableciera como mínimo una matriz donde se detallaran los objetivos del proyecto y los de la evaluación, los indicadores del proceso y los de los resultados, así como las fuentes de verificación de los datos, que están conformadas por los registros estadísticos y los cuestionarios iniciales y finales que se aplicarían a la población meta. Para apoyar esta tarea se proveyó de formularios o modelos para estandarizar el monitoreo de las actividades, los cuales fueron socializados a todas las organizaciones que participaron en la intervención. La aplicación del plan de evaluación y monitoreo fue utilizado para elaborar dos informes parciales de resultados y el informe final, que fueron entregados al Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA y al INSP.

El componente del monitoreo y evaluación de todo el proceso estuvo a cargo de la Asociación de Salud Integral, quien desarrolló una propuesta de evaluación para identificar todos aquellos aspectos que limitan o favorecen el desarrollo de la intervención en cada una de las organizaciones ejecutoras, y fue la responsable de participar y responsabilizarse del levantamiento de la información, con el fin de asegurar datos de alta calidad y confiabilidad.

Instrumentos de Evaluación

Dentro de los distintos instrumentos de evaluación que se utilizaron, el registro mensual de actividades fue oportuno, pues facilitó e integró las distintas actividades que se llevaron a cabo; sin embargo, las organizaciones utilizaron otras formas de control distintas a los modelos provistos en la capacitación,

como en el caso de la Asociación Gente Nueva, que utilizó una hoja electrónica en formato Excel, o el control financiero que utilizó la JEDI. A pesar de ser distintos a los modelos brindados, fueron suficientemente completos y permitieron el monitoreo de las actividades. Además se aplicaron listas de cotejo y cuestionarios iniciales y finales al realizar pláticas o charlas informativas sobre VIH/SIDA; de forma adicional se realizaron entrevistas, observaciones y grabaciones. En una capacitación inicial dada a las organizaciones se entregaron los modelos de los cuestionarios para evaluar el conocimiento sobre los temas tratados y las habilidades para el uso correcto del condón. Asimismo, en la evaluación externa se realizaron observaciones directas y entrevistas a informantes clave involucrados en las actividades, además de los propios ejecutores.

Se realizaron varias visitas a las actividades programadas y se dio retroalimentación para la toma de decisiones; esto permitió modificar algunas actividades para hacerlas más provechosas para la población beneficiaria, como la duración de los kioscos educativos realizados por la organización JEDI, o la identificación de los donantes a través de playeras por parte de la asociación Gente Nueva. Posteriormente, se entregaron los datos procesados de los cuestionarios iniciales y finales a los ejecutores del proyecto a efecto de preparar las presentaciones y los informes.

RESULTADOS

Una de las principales omisiones en los proyectos de investigación es la ausencia de la divulgación de los resultados obtenidos. En el caso de Guatemala se llevaron a cabo varias actividades para lograr este objetivo. La primera fue la clausura del proyecto de intervención y evaluación en Puerto Barrios, que fue realizada en conjunto por las tres organizaciones involucradas en la implementación: la Asociación Gente Nueva, la organización Juventud Esperanza de Izabal y la Asociación de Salud Integral. Allí se dieron a conocer los logros y las limitaciones de la intervención, y para ello se invitó a las organizaciones y a las autoridades locales. Posteriormente se hizo un evento con los mismos ejecutores para evaluar el alcance y las limitaciones del proyecto y, finalmente, en la ciudad de Guatemala el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA apoyó a la organización Asociación Gente Nueva para que socializara los resultados entre las autoridades y las agencias internacionales. Una vez finalizado el proceso de divulgación de los resultados entre la población local por parte de los propios ejecutores, se programó una actividad de evaluación final con el personal de las organizaciones involucradas para evaluar las limitaciones y los éxitos alcanzados en la ejecución de las actividades.

Dimensión política

La Comisión Multisectorial de Puerto Barrios Izabal aceptó la implementación de un proyecto dirigido a la población migrante en relación con el VIH/SIDA que abordara a dos poblaciones altamente rechazadas o estigmatizadas, como son las TSC y los HSH. Esta circunstancia favoreció sin duda la implementación de las actividades, pues existió apoyo logístico y hasta en algunas ocasiones las autoridades locales visitaron los kioscos educativos.

Durante el desarrollo del proyecto se integró a las instituciones gubernamentales, nacionales y locales: a miembros de la Comisión Multisectorial de Puerto Barrios y del Ministerio de Salud local y a un miembro del Programa Nacional de SIDA. Estas acciones tenían el fin de integrarlos al proyecto y a la vez de buscar posibles apoyos en el momento de su implementación. Se contó también con el compromiso y el apoyo técnico, a través de la directora del Programa Nacional; sin embargo, dada la carga de trabajo y las prioridades del Programa, la directora no visitó ninguna de las actividades realizadas.

Este nuevo trabajo en Puerto Barrios ha realizado en su corto tiempo de duración varias acciones con otras organizaciones, lo cual ha permitido darse a conocer y lograr un trabajo coordinado y de apoyo. El interés manifestado por las organizaciones citadas y el trabajo que se había programado sobre poblaciones móviles y su relación con el VIH/SIDA con TSC y HSH despertó el interés por desarrollar un trabajo conjunto con otras organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan en la estación de paso, como sucedió con Cruz Roja Internacional, la Procuraduría de los Derechos Humanos o la Organización humanitaria luchando contra la pobreza global (CARE). En la implementación de los proyectos eventualmente se dieron actividades conjuntas entre la organización JEDI y la Asociación Gente Nueva, como charlas brindadas por el personal de esta última a jóvenes HSH.

Dimensión comunitaria

Para poder explicar la influencia del proyecto en la visibilidad de la problemática del VIH/SIDA y la población migrante consideramos necesario realizar una breve reseña de los objetivos y las principales actividades definidas por cada organización ejecutora.

La Asociación Gente Nueva

Su población meta fueron las TSC ubicadas en Puerto Barrios Izabal y la población móvil. El objetivo general de la intervención se dirigió a promover la

información, la educación y la comunicación, tanto entre la población local y migrante, como entre las TSC, para que a través de su participación y la coordinación con otras organizaciones se contribuyera a disminuir los índices de infección del VIH/SIDA, así como para procurar la defensa de los derechos humanos de ambos grupos.

Para lograr este objetivo, la Asociación Gente Nueva formuló un cronograma de actividades y se responsabilizó por el levantamiento de información para la evaluación. Los objetivos y las metas de la implementación fueron los siguientes:

- 1) Ocho horas en radios locales de Puerto Barrios para diseminar información relacionada con la temática de las ITS y el VIH/SIDA y temas sobre migración.
- 2) Cuatro horas en cable local (televisado) sobre la temática del proyecto.
- 3) Cinco charlas informativas sobre los temas definidos en la propuesta dirigida a no menos de 50 TSC.
- 4) Nueve actividades prácticas sobre el arreglo y la presentación personal orientadas a las TSC, realizadas en coordinación con salones de belleza o gimnasios de la localidad.
- 5) Captar a no menos de 75 migrantes en abordajes cara a cara para brindarles información sobre los derechos humanos, las ITS y el VIH/SIDA, utilizando la metodología planteada en la propuesta de trabajo.
- 6) Brindar apoyo en la Clínica Médica de AGN, ubicada en el Hospital Infantil Elisa Martínez y albergue en casos identificados por los educadores del proyecto durante sus visitas cara a cara.
- 7) 100 demostraciones del uso del condón a igual número de TSC que hayan estado presentes en las charlas informativas ofrecidas en el centro de salud de la localidad.
- 8) 25 demostraciones del uso del condón a la población migrante captada en las visitas cara a cara.
- 9) Un taller de sensibilización sobre la población migrante y el VIH/SIDA con las organizaciones gubernamentales (Policía Nacional Civil, Gobierno Departamental, Ministerio Público, Procuraduría de Derechos Humanos, consulados, Delegación de Migración Portuaria, entre otros) y no gubernamentales (iglesias, ONG) para obtener una red de apoyo o contactos para la atención de la población móvil ubicada en Puerto Barrios.

Las charlas informativas y los abordajes cara a cara fueron realizadas entre la población migrante y también entre otras poblaciones móviles, como

los HSH, los pilotos de transporte pesado (TRL), y por supuesto entre las TSC, y, por conveniencia, se le aplicó el cuestionario sólo a una muestra de cada grupo. Se puede decir que 48% de la población en conjunto (TSC, HSH y TRL), en su mayoría jóvenes de entre 14 y 29 años de edad, consideraba estar sometido a un alto riesgo de infección por el VIH/SIDA; 52% de dichas poblaciones consideró estar sujeto a un bajo o nulo riesgo de infección por el VIH/SIDA, a pesar de tratarse de TSC y de HSH. Actualmente 70.9% de la población de TSC es consciente del alto riesgo en que se encuentra de infectarse de VIH.

Estas poblaciones comenzaron a migrar debido a la necesidad de trabajo y a las malas condiciones económicas en que viven en su país de origen. La mayoría (55% a 60%) de dichas poblaciones proviene principalmente de Honduras y El Salvador y residen en Guatemala en condición de ilegales. La población de TSC en particular proviene principalmente de Honduras. Al principio, dos terceras partes de las poblaciones evaluadas en conjunto conocían los procedimientos adecuados para el manejo del condón antes, durante y después de su utilización en una relación sexual; 94.33% aplica los conocimientos acerca de dichos procedimientos. El 96% de los participantes reconoce que el uso del condón para la práctica del sexo vaginal, anal y oral es una forma de contribuir a evitar la infección del VIH. Actualmente 97% de la población de TSC reconoce que la práctica de sexo oral, anal o vaginal con preservativo evita la infección del VIH/SIDA. Entre este último grupo de población, 24% manifiesta la creencia de que el preservativo se rompe fácilmente, 16% expresa que reduce la sensibilidad y 29% manifiesta que produce irritación vaginal. Dicha población manifiesta un incremento de 33.9% en la utilización del condón en su última relación sexual penetrativa, así como un incremento de 27.4% en la disposición o la intención de utilizar el condón en sus prácticas futuras.

En general, las tres poblaciones opinan que las situaciones que fácilmente transmiten el VIH/SIDA son: la penetración vaginal (98%), la anal (88%) y el sexo oral (85%). Hoy en día, la totalidad de la población de TSC sometida a evaluación reconoce la penetración vaginal, la anal y el sexo oral como formas de fácil infección del VIH/SIDA.

Los mitos y creencias persistían entre las poblaciones evaluadas; dos de estas eran significativas: las picaduras de mosquitos (32%) y la utilización del sanitario de una persona viviendo con VIH/SIDA (25%); sin embargo, actualmente la población de TSC sometida a evaluación logra deshacerse de tales mitos y creencias erróneas de situaciones que conllevan a la transmisión del VIH/SIDA.

Los abordajes cara a cara programados por la Asociación Gente Nueva tuvieron diversas modalidades al desarrollar metodologías novedosas realizadas en coordinación con CARE. Visitaron bares y discotecas donde un ventrílocuo con el apoyo de un títere llevaba el mensaje preventivo a la población local y móvil que se encontraba en estos lugares. Por otro lado, el posicionamiento del mensaje de la prevención del VIH/SIDA y la migración fue llevado por primera vez y en forma sostenida a la radio local y a la televisión por cable, en el cual participaron actores locales como panelistas invitados y, por otra parte, se abrió el espacio para que participara la población de HSH.

La organización Juventud Esperanza de Izabal (JEDI)

Esta organización realizó sus actividades de implementación entre noviembre de 2003 y abril de 2004. Su población meta fue un grupo de 25 HSH, de 18 a 30 años de edad, además de población móvil de distintos sectores poblacionales que visitan el puerto, procedentes de algunos municipios del departamento y de otros países como Honduras, Belice y El Salvador. Además, trabajaron con un grupo de 10 jóvenes (de ambos sexos) líderes, que funcionaron como agentes replicadores.

Para lograr sus objetivos, esta organización definió estrategias y actividades concentradas en realizar seis talleres o charlas, videos educativos, la organización de 10 kioscos educativos, un campamento con jóvenes HSH y la distribución de materiales educativos. Se logró que por primera vez en Puerto Barrios Izabal se abordara el tema del VIH/SIDA y la población móvil. Varias de las acciones planificadas por las entidades ejecutoras lograron posicionar el tema en la comunidad, lo cual se vio reflejado en el interés de otras organizaciones para trabajar con las poblaciones móviles.

La organización JEDI es la primera entidad local que aborda y ofrece un espacio de apoyo a un grupo de jóvenes HSH, con quienes se reúne en sesiones informativas y de planificación, generalmente en horarios nocturnos, y de forma periódica. Este esfuerzo permite la participación de los jóvenes en la realización de los kioscos educativos y además consolida un grupo organizado de HSH que posee conocimientos adecuados para la prevención del VIH/SIDA. Un elemento importante de la información y capacitación otorgada a esta población es que varios de ellos son trabajadores sexuales y tienen varios contactos con población móvil.

Esta organización fue la que impulsó los kioscos educativos, que fueron espacios públicos instalados en puntos estratégicos y en épocas clave para diseminar información sobre VIH/SIDA, en los que se ofrecía material escrito y se realizaban demostraciones del uso del preservativo utilizando mode-

los anatómicos del pene (dildos), lo cual despertaba el interés de los ciudadanos, así como de las personas que transitaban por el lugar. Estos kioscos se instalaron en los mercados, en los muelles, puntos fronterizos y en los parques de la ciudad; el último evento se realizó en el parque central Reyna Barrios ubicado en Puerto Barrios, en donde se organizó un foro público cuyos protagonistas fueron los jóvenes HSH, organizados y coordinados por la organización JEDI. Este foro permitió al público hacer preguntas y resolver dudas sobre aspectos relacionados con la transmisión del VIH/SIDA, su diferenciación, la erradicación de mitos (transmisión de VIH/SIDA por picaduras de mosquitos, por besos, por abrazos o por la convivencia con una persona viviendo con VIH/SIDA), lugares disponibles para efectuar la prueba del VIH/SIDA y su efectividad, así como tratar el tema del estigma y de la discriminación.

Ese mismo día se presentó ante la sociedad de Puerto Barrios el nuevo grupo de jóvenes llamado Asociación Liberal Integrada de Izabal (ALII). De forma simultánea, se instaló un kiosco educativo atendido por jóvenes voluntarios que apoyan a la organización JEDI para brindar información. Esta actividad tuvo un impacto importante en la comunidad, ya que varias personas y familias presenciaron el evento artístico y se acercaron al kiosco para recibir información. No obstante, en los días subsiguientes la organización JEDI empezó a recibir críticas de algunos miembros de la comunidad por apoyar a la población de HSH. De la misma manera, los jóvenes voluntarios en sus establecimientos eran tildados de tener sexo con hombres por apoyar dichas actividades.

Dimensión técnica

La Asociación Gente Nueva es una organización que ha trabajado con personas viviendo con VIH/SIDA desde hace más de cinco años y que en marzo del año 2003 fundó una nueva sede en la ciudad de Puerto Barrios Izabal, que ofrece una clínica de atención médica a personas viviendo con VIH/SIDA. La ejecución estuvo dirigida por un trabajador social, voluntario del Movimiento Misioneros Voluntarios de Irlanda (VMM, por sus siglas en inglés), que posee una amplia experiencia en el desarrollo de materiales didácticos así como en el tema del VIH/SIDA. Además, el equipo se integró por una enfermera auxiliar oriunda del lugar, con más de 25 años de experiencia, y que ha tenido contacto directo con la población migrante por haber trabajado el tema de la prevención de las ITS por muchos años en el centro de salud local. Esto favoreció el contacto y la apertura con la población migrante, ya que es una persona muy conocida que logró obtener la confianza de las jóvenes beneficiarias.

La organización empezó a funcionar como clínica médica pero, dadas las características del proyecto, modificó su forma de trabajo, pues se trasladó al centro de salud para el abordaje de las TSC e incluyó las visitas a los bares y a las discotecas. Los horarios y fechas de trabajo eran flexibles, pues algunas actividades eran nocturnas y en días inhábiles, como sucedió con las visitas a las discotecas de la localidad y el kiosco educativo realizado en la playa Punta de Palma en Livingston, Izabal. Esto favoreció el abordaje en Semana Santa con una gran cantidad de turistas que visitan las playas caribeñas de Guatemala en esas fechas.

La organización JEDI es reconocida jurídicamente y ha trabajado con jóvenes en temas relacionados con la drogadicción, niños en situación de calle y últimamente la prevención del VIH/SIDA. Al igual que la Asociación Gente Nueva, las actividades con la población de HSH se realizaron en horarios nocturnos, de ocho a once de la noche, y en días inhábiles, fines de semana y festivos con el fin de lograr los objetivos de la propuesta. Captar a esta población fue un trabajo de sensibilización y convencimiento que se realizó a través de visitas a los lugares de trabajo (generalmente salones de belleza y restaurantes) para invitarlos a participar en las sesiones educativas, en las cuales fungieron como facilitadores los miembros del personal de la organización JEDI, así como invitados de otras organizaciones como AGN. Al inicio del proyecto, algunos miembros contratados renunciaron al saber que se trabajaría con HSH; además, algunos integrantes de la organización fueron expulsados de sus congregaciones religiosas por el hecho de trabajar con esta población.

Ambos proyectos lograron desarrollar sus actividades realizándolas en los horarios y las fechas oportunas y logrando el apoyo de sus respectivos equipos de trabajo, lo cual representó un esfuerzo adicional que se vio recompensado por los logros y el alcance de los objetivos trazados previamente. Sin embargo, la mayor dificultad enfrentada durante este proceso fue la disminución del tiempo de ejecución del proyecto, que inicialmente estaba programado para realizarse en 13 meses y que se redujo a seis. Esta premura del tiempo obligó a modificar las metas previstas y a reprogramar las actividades, lo cual fue posible debido a la disponibilidad del equipo para trabajar horas extras y en fechas en la que casi todos los proyectos y organizaciones se dedican a vacacionar, como la época navideña y el periodo de Semana Santa.

Capacidad de gestión local, regional y nacional para desarrollar las actividades del proyecto

La Asociación Gente Nueva logró desarrollar una gestión local y nacional importante, pues sus contactos en la ciudad de Guatemala le permitieron

obtener donativos de preservativos y de material escrito. Además, su reconocimiento y su vinculación con organizaciones regionales como la Red Nacional de Personas Viviendo con VIH/SIDA y la Red Latinoamericana entre otras, han sido importantes para dar a conocer sus necesidades y el trabajo que realizan en Puerto Barrios Izabal. Asimismo, esta asociación ha logrado llevar el tema a instancias nacionales multisectoriales como el grupo temático ampliado de ONUSIDA o la Asociación Coordinadora de Sectores de Lucha Contra el SIDA (ACSLCS), de las cuales es miembro, lo cual le ha permitido ser un referente importante para futuros proyectos en esta temática.

Una de las últimas actividades ligadas al proyecto fue realizada por la Asociación Gente Nueva de Puerto Barrios Izabal para involucrar a la población local en actividades específicas vinculadas con el tema del VIH/SIDA. Esto le permitió desarrollar alianzas estratégicas con otras organizaciones y proyectos como CARE, con quien promovió las visitas a bares y discotecas con ayuda de un ventrílocuo para hacer la difusión.

Otra de las actividades a resaltar fue en el ámbito de la comunicación, con la posibilidad de realizar un programa semanal gratuito de 30 minutos con Radio Punto, estación que cuenta con una cobertura aproximada de medio millón de personas. Esto significó crear un espacio de información para la población local y móvil sobre el VIH/SIDA, los derechos humanos y la migración. En estos programas participaron expertos locales, así como representantes de organizaciones nacionales como la Procuraduría de los Derechos Humanos.

Por otra parte, la organización JEDI es una organización local con siete años de existencia, constituida en 1997 como una Pastoral Social Juvenil. Su participación en distintos proyectos ha permitido tener contacto y trabajar de manera conjunta con otras organizaciones locales como la Asociación Gente Nueva, la Procuraduría de Derechos Humanos, la Asociación Pro Bienestar de la Familia (APROFAM), la Organización Panamericana de Mercadeo Social (PASMO) (organización que comercializa condones), el Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA de Guatemala, el Programa Estatal para la Prevención de las Drogas con Jóvenes (SECCATID), el área de salud de Puerto Barrios y Médicos Sin Fronteras (MSF), y la Empresa Portuaria Nacional (EMPORNAC). Además, ha impulsado la investigación del trabajo sexual y de la población de HSH entre estudiantes de una universidad privada de Puerto Barrios. Logró también el apoyo de la Mesa Nacional para las Migraciones (MENAMIG) para la reproducción de un folleto dirigido a los migrantes, elaborado con la participación de su equipo de trabajo y distribuido por la propia organización, así como por las organizaciones miembros de la Mesa con sede en la Ciudad de Guatemala.

Esta organización aún no es parte de ninguna red internacional y está en una fase de fortalecimiento local y nacional; por dicha razón sus actividades fueron realizadas primordialmente por el equipo de trabajo y por algunos voluntarios jóvenes provenientes de centros educativos del lugar. Algunas de las organizaciones citadas le donaron material escrito, destacando los donativos del Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA y Médicos Sin Fronteras, y por medio de compras realizadas a la Asociación de Salud Integral se adquirieron manuales de capacitación en el tema del VIH/SIDA.

Número y tipo de actividades realizadas en el marco del proyecto

La Asociación Gente Nueva propuso en su proyecto varias acciones que posibilitaron la disseminación de la información entre la población a través de medios de comunicación masiva como la radio y la televisión local. Para ello se propuso cubrir ocho horas de tiempo en las radios locales y cuatro horas en la televisión por cable. Esta actividad fue acertada, pues en la encuesta poblacional realizada en el estudio diagnóstico, estos medios resultaron ser los preferidos para adquirir información por parte de la población encuestada. Radio Punto tiene una cobertura estimada de 500 000 habitantes. El VIH/SIDA, los derechos humanos y la migración fueron temas de interés tanto para el propietario de la radio como para su audiencia, que estuvo interesada y participativa. Al finalizar el proyecto se contabilizaron 16 horas en Radio Punto (radio local) con más de 20 entrevistas y 4.5 horas en la televisión local que permitieron la difusión de tres programas educativos y de entrevistas en vivo. De forma adicional durante la Semana Santa se obtuvo un espacio de 30 minutos en Radio Móvil Alfa Super Estéreo, una radio muy escuchada en el ámbito nacional y que transmitió desde la playa de Punta de Palma.

Es importante mencionar que la convocatoria efectiva lograda por la Asociación Gente Nueva ha abierto un espacio permanente en la radio local para realizar un programa semanal de 30 minutos, lo cual proveerá a la comunidad de un espacio abierto a información valiosa para sensibilizar en la temática del VIH/SIDA, la migración y otros temas afines.

Por otra parte, se realizaron 88 pláticas informativas y se decidió abordar a 75 migrantes cara a cara; para ello se efectuaron 90 visitas de campo que llegaron a más de 9 406 personas. Los migrantes captados fueron principalmente pilotos de cabezales (traileros) y turistas abordados en Punta de Palma, así como TSC abordadas en burdeles y en el centro de salud local.

Entre otras actividades, se organizó un taller de sensibilización en varias entidades locales para crear una red de apoyo para la población móvil en la que participaron varios invitados especiales, destacando la presencia de la coordinadora de la MENAMIG. Esto permitió dar a conocer el trabajo realizado por dicha agrupación y destacar varios temas como factores que promueven la migración en Guatemala, como son el empleo, la pobreza, la inflación y la falta de tierras. También se destacó la importancia del respeto a los derechos humanos de las personas migrantes, tales como el derecho a la vida, a no ser privados de su libertad, a no ser despojados de sus documentos, a no ser detenidos sin un proceso justo, así como el derecho a tener asilo y refugio y a no ser separados de sus hijos. Se informó de los logros en esta materia, como la protección de los trabajadores migratorios y sus familias, que es un tema incluido en la agenda política y que está contenido dentro de la política de desarrollo social, y sobre el trabajo que se realiza en la reforma a la Ley de Migración y su reglamento.

En dicho taller participó una persona viviendo con VIH/SIDA quien presentó su testimonio de vida y expresó que ha salido adelante gracias a los medicamentos que Médicos sin Fronteras le han proporcionado, además de contar con el apoyo y el consejo de la Asociación Gente Nueva. En la actualidad es una persona voluntaria que dirige a un grupo de mujeres que vive con VIH/SIDA. El taller logró reunir a representantes de 11 organizaciones y un total de 37 personas; entre las más destacadas se encontraron: la Policía Nacional Civil, el Ministerio de Trabajo y Previsión Social y distintas ONG que trabajan el tema de la salud y del VIH/SIDA.

Además de este taller, la Asociación Gente Nueva ofreció dos talleres adicionales con la participación de ocho jóvenes HSH y 37 agentes de la Policía Nacional Civil, realizado en la sede de la organización JEDI. Finalmente, la Asociación Gente Nueva planeó actividades dirigidas a elevar la autoestima de las TSC, y para ello llevó a cabo nueve actividades prácticas orientadas a su arreglo y presentación personal. Se convino que asistieran al Salón de Belleza Esdras, el cual es propiedad de un joven participante del grupo ALII, quien apoyó dicha tarea con maquillaje, además de que se aprovechó el tiempo de espera para brindar a otras mujeres una charla y demostraciones del uso correcto del condón. Esta actividad fue realizada con un grupo reducido de mujeres debido a que los fondos con que se contaba no podían cubrir la participación de todas.

En el transcurso del proyecto la organización JEDI convocó a la población de HSH a seis talleres o charlas educativas principalmente en horarios nocturnos de nueve a 11 de la noche. Previamente se sostuvieron siete reuniones de trabajo con los responsables del proyecto para brindar apoyo técnico

en la aplicación de los cuestionarios iniciales y finales, así como en la sistematización de la información.

De los diez kioscos educativos que se programaron, al final se realizaron once. Cada uno de ellos tenía como finalidad diseminar información entre la población local y móvil en lugares y fechas estratégicos. Se ofrecían trípticos y volantes, explicaciones de cómo utilizar adecuadamente el preservativo y se proveía de direcciones y teléfonos de lugares de referencia para la atención de personas indocumentadas. Se realizó una verificación sobre lo aprendido a una muestra por conveniencia de las personas abordadas mediante un cuestionario aplicado antes y después de la demostración con varios ítems que permitían verificar si se cumplía con los pasos básicos para la colocación adecuada de un condón, utilizando para ello modelos anatómicos del pene confeccionados en madera. Esta metodología posibilitó la distribución de 3 425 materiales educativos y 1000 condones. Se registró un total de 1 114 personas asistentes, lo que equivale a un promedio de 100 personas por kiosco; sin embargo, se estima un subregistro de 50% debido a que muchas personas a quienes se les entregaba información o se le daban demostraciones del uso del condón se rehusaban a ser registradas o evaluadas.

Otra de las poblaciones meta de la organización JEDI fue un grupo de 28 HSH que participaron regularmente en las actividades. Una de las primeras actividades fue la realización de un encuentro interactivo y participativo con este grupo poblacional. Este encuentro llamado Campamento se realizó en Honduras, específicamente en el Puerto Cortés, Bahía de Omoa, donde se desarrollaron actividades motivacionales educativas sobre los derechos humanos, la migración, la autoestima, así como demostraciones sobre el uso correcto y consistente del condón, todo enfocado a la prevención del VIH/SIDA. El encuentro tuvo como resultado la cohesión del grupo, despertó la motivación de los participantes y estableció los primeros nexos entre ellos; 24 eran HSH y el resto era personal de la organización JEDI y de la Asociación Salud Integral, así como un representante del Programa Nacional de SIDA.

Con la participación de los jóvenes HSH en las charlas educativas que se realizaron en la sede de la JEDI en los primeros tres meses, así como con la participación protagónica que tuvieron en el kiosco realizado en el parque central de Puerto Barrios, se dieron las condiciones necesarias para el nacimiento de la nueva organización denominada Asociación Liberal Integrada de Izabal (ALII), integrada por población de HSH y que fue presentada ante la población local en un acto público. Este nuevo grupo empieza a vincularse a través de la organización JEDI con otros grupos y organizaciones de HSH, como OASIS, mediante una alianza de hombres que tienen sexo con hombres. Su propuesta es desarrollar estrategias y actividades con el fin de elabo-

rar el nuevo plan estratégico nacional de ITS/VIH/SIDA para que se realice en la ciudad capital. Además obtuvo apoyo financiero de ONUSIDA, por medio de la Asociación Gente Nueva, para alquilar un espacio permanente distinto al de la organización JEDI, con el fin de mantener las reuniones y las actividades programadas, mismas que continuarán una vez finalizado el Proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos.

Son varias las razones que dan respuesta a la creación de la ALII, pero no hay duda de que el trabajo de la organización JEDI fue muy importante, ya que por primera vez se constituyó un espacio de intercambio de experiencias y de transferencia de información sobre el VIH/SIDA y otros temas que despertaron el interés de los jóvenes, algunos de los cuales conocen a personas viviendo con VIH/SIDA.

En cuanto al desarrollo de los materiales educativos, se creó un tríptico dirigido a la población migrante el cual fue reproducido por la organización. Asimismo, obtuvo el apoyo de MENAMIG para realizar un nuevo tiraje con el fin de divulgar los derechos del migrante, así como puntos de referencia para la atención de las poblaciones móviles. De forma adicional logró una buena coordinación con organizaciones gubernamentales como la municipalidad local, quien no ha obstaculizado la ejecución de los kioscos, sino más bien ha provisto las autorizaciones necesarias para su realización en la vía pública.

CONCLUSIONES

Después del Proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos la organización JEDI no ha tenido apoyo financiero de otras agencias internacionales, lo que ha dificultado su labor; sin embargo, mantiene un trabajo de voluntariado con jóvenes escolares, en el que se incluye a algunos jóvenes HSH. Un aspecto positivo de la labor realizada por esta organización fue la sensibilización hacia la población de HSH y la población migrante que logró el personal ejecutor al exponer las dificultades, el estigma y la discriminación que dichas poblaciones sufren en el momento de la movilización.

La Asociación Gente Nueva obtuvo fondos de otras agencias internacionales para continuar el trabajo sobre población migrante y VIH/SIDA. De esta manera, continuó y extendió su ámbito de acción a todo el departamento de Izabal para atender a la población de TSC. Además, apoya a la ALII, el grupo de HSH conformado por la organización JEDI, en la búsqueda de espacios para sus reuniones y para la distribución de preservativos. Por otra par-

te, sabemos que se ha realizado una nueva elección de miembros de la Comisión Multisectorial contra el VIH/SIDA, en la que Asociación Gente Nueva forma parte de la junta directiva; a través de dicha comisión se están realizando y planificando en el ámbito local acciones entre la población para la prevención del VIH/SIDA.

Aunque no está definido todavía, la organización JEDI y la Asociación Gente Nueva son dos organizaciones que funcionan en Puerto Barrios y que tienen altas probabilidades de obtener fondos destinados al Proyecto Regional del Fondo Mundial dirigido a población migrante y VIH/SIDA. En el ámbito local, estos proyectos han generado una respuesta efectiva, ya que ahora se cuenta con organizaciones no gubernamentales que atienden a poblaciones altamente vulnerables como las TSC y los HSH, que antes no existían. Además, se están realizando programas de información a través de la radio y la televisión local, lo cual posibilita la sensibilización de la población local y migrante.

Finalmente, el tema de migración y VIH/SIDA se ha socializado entre los responsables de la toma de decisiones locales y nacionales, lo que ha generado un interés por abordar el tema, situación que ha quedado en evidencia desde hace tres años en el cambio del interés nacional sobre el tema.

La organización de grupos de base de HSH para la defensa de sus derechos humanos, así como el aumento en los conocimientos sobre el VIH/SIDA y sobre temas relacionados con la migración, los colocan como agentes multiplicadores de información y les brindan las herramientas para poder defenderse de las violaciones y protegerse de las ITS y del VIH/SIDA.

La modificación de estos contextos de riesgo ha sido un proceso difícil y costoso, pues representó para los ejecutores un enorme esfuerzo debido a los horarios de trabajo y a la inexperiencia para abordar a estas poblaciones. A los donantes se les dificultó confiar en los administradores de los fondos; éstos tuvieron una visión atinada, ya que lograron desarrollar y fortalecer a las entidades para monitorear y evaluar el proceso, lo cual, al menos en el caso de la estación de paso de Puerto Barrios, permitió concluir los proyectos.

Al finalizar la realización de las actividades se organizó un taller con los trabajadores de las organizaciones ejecutoras con el fin de conocer su opinión sobre los aciertos y las dificultades encontradas en el proceso. En este taller la organización JEDI analizó las limitaciones del trabajo y concluyó los siguientes puntos: la falta de experiencia para abordar a la población de HSH, los horarios de trabajo, en algunos casos el rechazo de la población al realizar los kioscos educativos, los tabúes sobre el condón y en menor medida la falta de trabajo de equipo. Por otra parte, los kioscos ubicados afuera de las discotecas, la “noche cultural” realizada en el parque central de la estación de

paso y el campamento realizado en Honduras fueron calificados como exitosos. La Asociación Gente Nueva destacó como exitosas las visitas a los bares, ya que éstas dan confianza tanto a las mujeres como a los clientes; consideró que el salón de belleza brinda un espacio tranquilo fuera de los bares, y que los abordajes cara a cara informan con claridad la situación del migrante.

Por otra parte, la atención que se ofreció en una clínica médica ubicada en el hospital estatal no fue efectiva, ya que los migrantes no acudieron a ella; una de las razones fue su ubicación y el hecho de que muchos migrantes, al ser personas que están de paso, no desean ser reconocidas o identificadas.⁴ Asimismo, no fue posible encontrar gimnasios que aceptaran ofrecer espacios para brindar charlas a las TSC, y la población misma de trabajadoras sexuales no se interesó en participar. Lo anterior se debió a que no vieron un beneficio inmediato, además de tratarse de personas que disponen de un tiempo muy reducido para este tipo de actividades, con un alto grado de cansancio provocado por las jornadas de trabajo nocturno.

Es necesario agradecer a todas las personas que contribuyeron a la realización de este proyecto en los ámbitos regional y nacional, y principalmente a los equipos de trabajo de las organizaciones ejecutoras, pues fueron ellos los que brindaron un esfuerzo en su trabajo al realizar las tareas en horarios y fechas no laborales para cumplir con el compromiso adquirido, el cual representa sin duda un avance en la prevención del VIH/SIDA y la humanización del fenómeno migratorio en nuestro país.

Referencias

1. Solís M, Magorya R, Cano F, Cuadra SM. Guatemala. Puerto Barrios. En: Bronfman M, Negroni M, Leyva R. ed. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004: 147-173.
2. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA de Guatemala. Reporte 2004. Ciudad de Guatemala: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, 2004.
3. Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA de Guatemala. Estudio Multicéntrico sobre SIDA en la ciudad de Guatemala. Ciudad de Guatemala: Programa Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA, 1993.
4. Bronfman M, Leyva R, Negroni MJ, Rueda C. Mobile populations and HIV/AIDS in Central America and Mexico: research for action, AIDS 2002; 16 suppl 3:S42-S49.

GUATEMALA TECÚN UMÁN

MARTA CABALLERO, RENÉ LEYVA FLORES,
SANDRA CATALINA OCHOA MARÍN, CLAUDIA GUERRERO,
JUANA VALÍN HEBRARD, CÉSAR INFANTE XIBILLÉ

INTRODUCCIÓN

*[Tecún Umán] se tornó un oasis en el desierto donde el migrante viene a tomar agua, a cambiarse de ropa, a bañarse, a dormir, a descansar, a comer y a seguir el camino para el Norte.
(TCGCM001)*

La primera fase de este proyecto consistió en la elaboración de un estudio basal con el fin de conocer las condiciones y los factores socioeconómicos y culturales que contribuyen a incrementar la vulnerabilidad y el riesgo para el virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), relacionados con el fenómeno migratorio en Tecún Umán. Esta información se utilizó para identificar, seleccionar y evaluar las posibles estrategias y acciones que, con la participación de la comunidad y de organizaciones sociales locales, habría que realizar en la segunda fase del proyecto.

En este apartado se destacan, en primer lugar, los aspectos más relevantes de los resultados del estudio basal, con especial énfasis en las organizaciones sociales y gubernamentales; posteriormente, se exponen las conclusiones y los lineamientos para la intervención.

ANTECEDENTES

Diagnóstico

Tecún Umán es una localidad fronteriza con México, cabecera municipal de Ayutla, Departamento de San Marcos, Guatemala, donde confluyen migrantes de diversas nacionalidades con el fin de cruzar hacia México y Estados Unidos. Se trata de un sitio de tránsito, destino y expulsión, pero también de recepción de migrantes deportados, así como de un lugar de paso para otras poblaciones móviles, como trailereros y trabajadores agrícolas. Esto da lugar a una diversidad de interacciones entre dichas poblaciones, y entre éstas y la

población local. Asimismo, entre Tecún Umán y Ciudad Hidalgo, México, existe un intenso movimiento cotidiano interfronterizo.

La población de Tecún Umán es predominantemente joven y con baja escolaridad.¹ Se estima que 50% del crecimiento demográfico en la última década se debe a la migración, y que 75% de los habitantes son población flotante.² Dos tercios de la población económicamente activa labora en el sector terciario como camareros, tricicleros, hoteleros y comerciantes, entre otros.^{2,3} Si bien la economía local se basa en los servicios ofrecidos a los migrantes, 55% de los habitantes tiene una opinión negativa sobre ellos.¹ Al estar de paso en Tecún Umán en su camino hacia Estados Unidos, el migrante se convierte en un consumidor de servicios y, por lo tanto, genera una buena opinión sobre él. En cambio, al regresar deportado, se le vincula con la delincuencia, la drogadicción y la prostitución. En este contexto de rechazo social, las mujeres migrantes frecuentemente son enganchadas al trabajo sexual y es común que incurran en prácticas de “sexo transaccional” o “de supervivencia”.

Aunque la población tiene información apropiada sobre la transmisión (80%) y prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) (50% se refieren al uso del condón), ésta coexiste con mitos y creencias. La población local concibe al VIH/SIDA como un problema alejado de su realidad, por lo que la percepción de riesgo entre la población local es baja. El SIDA se vincula con los migrantes y las trabajadoras del sexo comercial (TSC), por lo tanto, las personas portadoras del VIH/SIDA son rechazadas y estigmatizadas por la sociedad.⁴

Las TSC entrevistadas provienen tanto de otros departamentos guatemaltecos como de otros países centroamericanos. Su movilidad es muy alta, su permanencia en los bares locales es corta y es frecuente que experimenten situaciones de violencia física ligadas al consumo de alcohol y estimulantes en sus lugares de trabajo. Estas mujeres manifestaron tener dificultades para negociar el uso del condón con sus clientes.

Tecún Umán es un escenario de violencia e inseguridad, donde la migración, el trabajo sexual, el tráfico de drogas, la presencia de grupos delictivos como las “maras” y el VIH/SIDA, constituyen los principales problemas percibidos por la población y las organizaciones que operan en la zona.

En este contexto, un aspecto relevante en la localidad es la importante presencia y acción de diversas organizaciones que tienen que ver con la atención a los migrantes y con la prevención del VIH/SIDA. Estas organizaciones actúan como verdaderos amortiguadores sociales, ya que a la vez que influyen sobre las interacciones entre la población local y los migrantes, al modificar el contexto social de la estación de paso reducen la vulnerabilidad de los

migrantes y de la propia población local. La estructuración y funcionamiento de estas organizaciones están relacionadas con la forma en que reducen la vulnerabilidad social.

La Casa del Migrante constituye la organización con mayor experiencia en la región y cuenta con una oficina especializada en la promoción y la defensa de los derechos humanos. Sus acciones contribuyen a reducir la exposición de los migrantes a situaciones de supervivencia, ya que cubre sus necesidades básicas (comida, vestido, calzado, hospedaje, entre otras). Además, esta organización también auxilia a quienes no cuentan con recursos económicos suficientes para obtener pasajes de vuelta a sus países de origen, y para ello busca apoyo entre los transportistas. En su interior se genera una dinámica que contribuye a desarrollar y fortalecer las redes de ayuda entre los migrantes. Por otra parte se encuentra la Clínica Parroquial, principal punto de referencia para el diagnóstico del VIH, que ha desarrollado el proyecto de educación y consejería sobre el VIH/SIDA Educación para la Vida (EDUCAVIDA), y que se dedica principalmente al trabajo de divulgación de información preventiva entre la comunidad. Otra organización importante es La Casa de la Mujer, que atiende la problemática relacionada con las mujeres migrantes en situación de trabajo sexual. Esta institución extiende las redes de apoyo y un espacio que ofrece a las mujeres en contexto de prostitución y/o migración servicios de albergue, atención legal, acompañamiento médico y psicológico, promoción educativa y apoyo espiritual. Las integrantes de la Casa de la Mujer, pertenecientes a la Congregación de Hermanas Oblatas, promueven el desarrollo de proyectos productivos para las TSC, pero también las orientan sobre la importancia del uso del condón para la prevención del VIH/SIDA. Además de estas organizaciones, se cuenta con un centro de salud del Ministerio de Salud de Guatemala. Esta institución extiende las redes de apoyo y es un espacio que ofrece a las mujeres en contexto de prostitución y/o migración servicios de albergue, atención legal, acompañamiento médico y psicológico, promoción educativa, y apoyo espiritual. Además ha desarrollado programas preventivos para enfermedades como la malaria, el dengue y el cólera, así como programas de inmunizaciones; brinda atención médica de primer nivel y lleva a cabo las revisiones ginecológicas a las TSC. Asimismo, cuenta con experiencia de colaboración interfronteriza con el centro de salud de Ciudad Hidalgo para la atención de diversos problemas de salud. Por otra parte, también existen medios de comunicación locales como la radio y la televisión que cuentan con alcance regional y muestran gran disposición para desarrollar programas informativos sobre el VIH/SIDA y la migración.

Desde la perspectiva del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), la presencia de dichas organizaciones, así como las interacciones que se obser-

van en el diagnóstico, constituyen un modelo de respuesta al problema de la migración y el VIH/SIDA. La disposición de la mayoría de ellas para colaborar con otras organizaciones fue lo que invitó a proponerlas como el eje principal para desarrollar un sistema interfronterizo para la prevención y el control del VIH/SIDA entre las poblaciones móviles y migrantes en el área fronteriza de Tecún Umán, Guatemala y Ciudad Hidalgo, México.⁴

Como fundamentos para el desarrollo del proyecto de intervención se propusieron los siguientes puntos: a) desarrollar programas enfocados a sensibilizar a la población sobre la temática de los migrantes; b) desarrollar un proyecto para la difusión de información apropiada sobre las ITS y el VIH/SIDA; c) facilitar la colaboración de las diversas instituciones que operan en la frontera de Guatemala y México en torno a la problemática de la migración y el VIH/SIDA; d) fortalecer la infraestructura de atención a la salud, y e) vincular las acciones interfronterizas con proyectos locales en Tecún Umán y Ciudad Hidalgo.

Diseño de las estrategias

De acuerdo con los lineamientos y recomendaciones señaladas a partir del diagnóstico que se realizó en Tecún Umán, esta estación de paso destacó por la importante presencia y acción de diversas organizaciones relacionadas con la atención a los migrantes y con la prevención del VIH/SIDA. La Casa del Migrante, La Casa de la Mujer y el Proyecto EDUCAVIDA de la Clínica Parroquial trabajan en este contexto para promover la reducción de la vulnerabilidad social de las poblaciones móviles y locales que interactúan en Tecún Umán.

Con esta idea, las organizaciones mencionadas diseñaron y se responsabilizaron de estrategias específicas con carácter interfronterizo que tuvieran que ver con el desarrollo de campañas de sensibilización, así como con facilitar la colaboración de las diversas instituciones que operan en Guatemala y México. También buscaron fortalecer la infraestructura de atención a la salud y a las poblaciones móviles y vincular las acciones interfronterizas con proyectos locales en Tecún Umán, Guatemala y Ciudad Hidalgo, México, por tratarse de ciudades hermanas, no sólo en lo formal, sino por compartir diversas problemáticas.

En un inicio se planteó que las organizaciones sociales de Tecún Umán formaran una red y desarrollaran un proyecto común, dado que las actividades se realizarían en un territorio compartido, en el que conviven y convergen las mismas problemáticas, y así podría esperarse que se generaran formas de colaboración interinstitucional (informales o no planificadas). Sin embar-

go, este planteamiento fue sustituido por el de proyectos específicos en los que cada organización diseñó sus propios objetivos y acciones, debido en parte a los argumentos del personal administrativo en relación con el manejo y la aplicación de los fondos, así como de las responsabilidades, los compromisos y los alcances de cada una de las organizaciones.

La Casa del Migrante constituye una de las organizaciones con mayor experiencia en la región para la atención de los migrantes. Su trabajo inició a principios de 1995 y articula diferentes proyectos relacionados con la atención a esta población. Ante el creciente número de violaciones a los derechos humanos, la Casa del Migrante creó una Oficina de Promoción y Protección de los Derechos Humanos ubicada en la Casa, pero que funciona de manera independiente. Esta última planteó para el proyecto de Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos, desarrollar las actividades al interior de sus instalaciones y trabajar de manera directa con los migrantes usuarios. La estrategia de esta organización fue de carácter informativo: para la prevención de la transmisión del VIH/SIDA y para la promoción de los derechos humanos ligados al proceso migratorio y al VIH/SIDA.

La Casa de la Mujer, tras considerar el convenio con el INSP y la propuesta de colaboración con las demás organizaciones en Tecún Umán, y al tomar en consideración experiencias previas de proyectos conjuntos que habían resultado poco satisfactorias para la organización, decidió no involucrarse.

La Clínica Médica Parroquial Juan Bautista Scalabrini, apoyada por la Congregación de Misioneros Scalabrinianos, se ubica a un costado de la Parroquia de Tecún Umán. Dicha clínica en un principio presentó un programa de trabajo denominado Educación para la Vida (EDUCAVIDA), el cual estaba orientado a “disminuir el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA, hacia los migrantes y las mujeres en contexto de trabajo sexual, favoreciendo los procesos en las instituciones que trabajan con estas poblaciones y promoviendo el trabajo en conjunto, con el propósito de sensibilizar a la comunidad”.⁵ Sin embargo, debido a que esta organización recibió fondos provenientes de otra agencia financiadora (El Fondo de Población de las Naciones Unidas/Organización de Países Exportadores de Petróleo) de manera simultánea para el mismo propósito, el INSP y el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA de México (CENSI-DA) sugirieron reorientar la propuesta de esta organización hacia el desarrollo de una colaboración interfronteriza entre las organizaciones sociales y gubernamentales de Tecún Umán y de Ciudad Hidalgo.

Operacionalización de las estrategias

A pesar de que cada organización planteó sus objetivos y actividades sin ponerse de acuerdo en cuanto a los componentes prioritarios de la estrategia para Tecún Umán dentro del proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos, podría decirse que éstos giraron en torno a la sensibilización de las instituciones que trabajan para y con migrantes, la sensibilización e información dirigida a los migrantes sobre el tema del VIH/SIDA, las acciones comunitarias y la coordinación intrefronteriza. En el cuadro I se exponen de manera agrupada las estrategias desarrolladas en Tecún Umán, los componentes y los objetivos, así como las actividades concretas que ejecutaron las organizaciones implicadas.

Aunque hubo un desfase de casi cinco meses entre la firma de los convenios con las organizaciones, la asignación de recursos financieros y la ejecución de las estrategias, ésta se realizó conforme a los tiempos establecidos en las propuestas originales, e inició con recursos de las propias organizaciones. Es pertinente mencionar aquí los inconvenientes y los reajustes de calendario que las organizaciones tuvieron que hacer al no recibir los recursos cuando se requerían; en la mayoría de los casos las organizaciones generaron estrategias de supervivencia para continuar con la intervención sin dejar de lado sus tareas cotidianas, asignando sus fondos de acuerdo con las necesidades que se les presentaban.

METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN

El INSP y el CENSIDA monitorearon el proceso de ejecución de la estrategia y diseñaron la metodología para su evaluación. El objetivo de esta fase del proyecto fue sistematizar los procesos relacionados con la gestión del mismo, formular e implementar las estrategias, monitorear la capacidad de convocatoria y las formas de organización de las instancias ejecutoras, así como desarrollar las acciones definidas en el programa de trabajo. El INSP utilizó un solo modelo para evaluar los procesos implicados en el desarrollo de las estrategias en las tres estaciones de paso que le fueron asignadas: Ciudad Hidalgo y Chetumal en México y Tecún Umán en Guatemala. En dicho modelo, la recuperación de las experiencias y de las perspectivas de los actores involucrados, tanto de quienes trabajaban en las organizaciones ejecutoras como de los personajes con relevancia social y política en el ámbito de ejecución de las estrategias, se consideró central. La información se sistematizó conforme a indicadores tales como el número y el tipo de actividades realizadas en el marco del proyecto, así como el impacto de esas actividades en el ámbito

Cuadro I
Estrategias ejecutadas en Tecún Umán, Guatemala

Componente	Objetivo	Actividades
Sensibilización en el interior de las organizaciones	Proporcionar información y aumentar los conocimientos de las organizaciones que trabajan con y para los migrantes de la frontera, en el tema de la migración y del VIH/SIDA.	Casa del Migrante: <ul style="list-style-type: none"> • Pláticas informativas sobre el VIH/SIDA y su prevención al personal de la Oficina de Derechos Humanos (ODH) y la Casa del Migrante. • Pláticas informativas sobre el VIH/SIDA y su prevención a voluntarias de la casa del migrante. • Taller al personal de la ODH y de la Casa del Migrante sobre el manejo de situaciones de violencia sexual.
Sensibilización política	Incidir en las decisiones políticas de los tomadores de decisiones, vinculadas con los involucrados: promover la incidencia del tema sobre el VIH/SIDA en los candidatos a alcaldes del municipio de Tecún Umán y a diputados del departamento de San Marcos.	Clínica Parroquial: <ul style="list-style-type: none"> • Cena-conferencia con los candidatos a alcalde de Tecún Umán, octubre de 2003.
Sensibilización a los migrantes	Sensibilizar e informar a los migrantes sobre el VIH/SIDA y sus formas de transmisión y de prevención.	Casa del Migrante: <ul style="list-style-type: none"> • Pláticas informativas el sobre VIH/SIDA y su prevención a los migrantes hospedados en la casa. • Acondicionamiento de un salón-ambiente con información sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, películas y juegos pedagógicos disponibles para los migrantes durante su estancia en la casa.
Acciones comunitarias	Disminuir el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS), los migrantes y las TSC entre la comunidad (brindar conocimientos, sensibilizar y concientizar sobre la vulnerabilidad de la infección, las condiciones socioeconómicas del país, y el reconocimiento de los derechos humanos)	Clínica Parroquial: <ul style="list-style-type: none"> • Participación en la Caminata del Día del Migrante en Ciudad Hidalgo y Tecún Umán el siete de septiembre de 2003; desfile por las principales calles con la participación de las autoridades, las organizaciones y la comunidad. • Participación en una misa dedicada a las PVVS y caminata por las calles de Tecún Umán, 30 de noviembre de 2003. • Stand informativo y educativo sobre el estigma y la discriminación de las poblaciones móviles y el VIH/SIDA el primero de diciembre de 2003, Día Internacional del VIH/SIDA.
Coordinación interfronteriza	Promover la participación y la generación de procesos de análisis, conocimientos y experiencias bilaterales en el tema del VIH/SIDA entre las organizaciones, en la frontera sur, Ciudad Hidalgo y Tecún Umán.	Clínica Parroquial: <ul style="list-style-type: none"> • Reunión de coordinación para la implementación del proyecto en la Red Local de la Esperanza y reunión con EDUCAVIDA y con organizaciones de México en Tapachula, septiembre de 2003. • Primer encuentro con las organizaciones de Tecún Umán para la presentación y propuesta de la red binacional, noviembre de 2003.

comunitario y de la propia organización. Para ello se recurrió a la realización de entrevistas a profundidad a los actores clave, a la observación directa de algunas de las actividades, al acompañamiento de las reuniones y al seguimiento de los acuerdos, así como a la revisión documental de los archivos y de diversas fuentes.

RESULTADOS

En este apartado se resaltan los aspectos identificados como ventajas o aquellos que facilitaron el desarrollo del proyecto, así como las dificultades que se convirtieron en retos para las instituciones ejecutoras. Se mencionan las lecciones aprendidas desde las experiencias y las perspectivas de los actores implicados en la implementación de las estrategias.

Sensibilización en el interior de las organizaciones

La Casa del Migrante se dedicó a brindar información sobre el tema del VIH/SIDA al personal de la Oficina de Derechos Humanos (ODH) (que ejerce sus labores en la misma Casa), al personal de la Casa del Migrante y a las personas que hacen trabajo de voluntariado en dicha organización. Se realizaron pláticas informativas sobre el VIH/SIDA y su prevención dirigidas al personal de la ODH y al de la Casa, y se capacitó a un total de 90% de dicho personal; por otro lado, también se ofrecieron pláticas sobre formas de transmisión y prevención para las 30 mujeres que trabajan como voluntarias en la casa.⁶

Una vez comenzado el trabajo conforme a los objetivos iniciales, la Casa del Migrante modificó la estrategia dirigida hacia los migrantes, ya que durante el proceso de implementación se identificaron nuevas necesidades; por ejemplo, puesto que se registraba un alto porcentaje de migrantes que habían sufrido algún tipo de violencia sexual, se organizó un taller para capacitar al personal de la ODH y de la Casa del Migrante en el manejo de situaciones de violencia sexual.

Trabajo con migrantes indocumentados

La Casa del Migrante en Tecún Umán fue fundada con el objetivo de atender las necesidades primarias de alimento, vestido, descanso, aseo y seguridad de los migrantes centroamericanos indocumentados que van hacia Estados Unidos. Según datos de esta organización, entre junio de 2003 y febrero de 2004 la casa alojó a 119 mujeres y 8 664 hombres entre 17 y 57 años, en su mayoría procedentes de Honduras, El Salvador, Guatemala, y Nicaragua.⁶

La Casa del Migrante recibe en promedio 70 migrantes al día, cifra que según el director de la institución ha aumentado considerablemente desde su inauguración hace nueve años (TCGCM001). Frente al aumento significativo del flujo migratorio en esta frontera y teniendo en cuenta que la prioridad de la casa es la atención humanitaria de los migrantes, el implementar una estrategia de prevención del VIH/SIDA dirigida a sus usuarios se convirtió en un reto para esta organización.

Ante esta situación, la Casa del Migrante contrató a una trabajadora social para atender exclusivamente a los migrantes y para impartir las pláticas de prevención del VIH/SIDA. Entre junio de 2003 y febrero de 2004 se impartieron un total de 374 charlas (dos por día) a los 8 783 migrantes mencionados.⁶

El personal de la casa identificó que la mayoría de los migrantes tenía poca información sobre el VIH/SIDA y que no lo percibían como uno de los riesgos en su viaje hacia Estados Unidos. Según la experiencia del director de la Casa, la información que los migrantes reciben en las pláticas se convierte casi en el único recurso con el que éstos cuentan para enfrentarse a las experiencias sexuales durante el viaje y la estancia en el país de destino.

Yo pienso que es muy importante la prevención porque aquí es un lugar de paso casi obligatorio de los migrantes; nosotros aquí atendemos casi un 10% de todas las deportaciones de México [...] y tenemos la facilidad de que también ayudando a los migrantes, dándoles comida y hospedaje también los podemos tener para platicar de eso [...] y son pocos los migrantes que conocen el tema y esto ayuda, da campo por lo menos a que se les hable algo y que empiecen a despertar. (TCGCM001)

Uno de los principales obstáculos identificados para la prevención del VIH/SIDA entre los migrantes indocumentados es que éstos llegan a la Casa con la intención de cubrir sus necesidades básicas (alimentación, descanso, aseo y seguridad), y no tienen en mente recibir pláticas o capacitación sobre un tema como el VIH/SIDA. Esta situación ha hecho necesaria la implementación de estrategias lúdicas por parte de los miembros de la Casa del Migrante, como la utilización de videos y juegos. Con este objetivo se creó un "salón ambiente" con un periódico mural que contiene información sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos; además, se consiguió una videocasetera para proyectar películas y un espacio con juegos pedagógicos disponibles para los migrantes mientras descansan en la Casa.

A pesar de los requerimientos de los migrantes que acuden a la Casa, muchos de ellos están al inicio de su viaje hacia Estados Unidos y todavía son accesibles; se encuentran abiertos a aprender y a prepararse mentalmente para lo que será el resto de su viaje, por lo que la información que reciben en las

pláticas constituye una verdadera oportunidad para la prevención del VIH/SIDA, y los hace conscientes de los contextos de riesgo en los que ese trayecto va a discurrir.

El proyecto [de poblaciones móviles] aquí ayuda muchísimo porque el migrante apenas empieza su camino, el migrante es muy moldeable, cuando llega aquí [...] está muy inocente todavía, está muy accesible y está muy fácil para entrarle, para ver y aprender muchas cosas y es la facilidad que tenemos en esta región. (TCGCM001)

Sin embargo, desde la perspectiva de la trabajadora social, la complejidad del tema sobrepasa frecuentemente su capacidad de orientación, por lo que considera necesaria la capacitación continua y la actualización, así como el asesoramiento tanto en los conocimientos sobre el tema, como en la forma de abordarlos (materiales, metodología, manejo de grupo) (TCGCM002).

Sensibilización comunitaria

Dentro de este ámbito, EDUCAVIDA participó, junto con otras organizaciones, en la "Caminata del Día del Migrante", efectuada tanto en Tecún Umán como en la localidad vecina de Ciudad Hidalgo el día siete de septiembre de 2003, llevando pancartas con mensajes de sensibilización e información sobre el VIH/SIDA y sobre los migrantes. El mensaje de la pancarta que llevaban los representantes de la Clínica Parroquial de Tecún Umán fue: "Migrante, que tu día sirva para recordar tus derechos, así como tu responsabilidad en la prevención del VIH/SIDA". El objeto de este desfile fue sensibilizar a la población de ambas comunidades sobre el problema del VIH/SIDA y disminuir el estigma hacia los migrantes indocumentados. La idea original de realizar una actividad compartida con la Coordinación de Prevención y Control del VIH/SIDA de Tapachula (Jurisdicción Sanitaria VII) de los servicios de salud de México, era que los contingentes de ambos países se encontraran en la mitad del puente interfronterizo; sin embargo, esto no pudo llevarse a cabo debido al gran tráfico vehicular en el puente, por lo que cada comunidad realizó de forma independiente su caminata.

Con el fin de reducir el estigma y la discriminación hacia las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) y hacia las poblaciones móviles dentro de la población de Tecún Umán, el 30 de noviembre de 2003, en conmemoración del Día Internacional del VIH/SIDA, EDUCAVIDA participó en una misa dedicada a las personas que viven con este virus. En esa misma fecha se realizó una caminata por las principales calles de Tecún Umán en donde se hizo un llamado a la comunidad para disminuir el rechazo hacia las personas infectadas. En dicha caminata participaron distintas organizaciones e institu-

ciones locales, como la Policía Nacional Civil, la Cruz Roja, la Iglesia en Camino y la Red de la esperanza. Al día siguiente, el primero de diciembre, Día Internacional del VIH/SIDA, la Clínica Parroquial montó un stand informativo y educativo sobre el estigma y la discriminación relacionados con las poblaciones móviles y el VIH/SIDA, que contó con la participación de varias organizaciones de la localidad como un grupo de jóvenes voluntarios, la Cruz Roja, EDUCAVIDA y Televisión por Cable local.

Sensibilización política

Al encontrarse cercana la fecha de los comicios para la elección del alcalde de la ciudad en Tecún Umán a la ejecución del proyecto, la Clínica Parroquial consideró importante aprovechar dicha coyuntura para incidir en las disposiciones políticas de los futuros tomadores de decisiones y sensibilizar a dichos actores en los temas del VIH/SIDA y de las poblaciones móviles. Con este objetivo, se organizó una cena/conferencia con los candidatos en la que se hizo pública la situación del VIH/SIDA en Guatemala y se dieron a conocer los objetivos del proyecto de colaboración binacional México/Guatemala para la atención y la prevención del VIH/SIDA entre la población móvil y local de la región fronteriza. Además, con el fin de difundir esta actividad y así sensibilizar a la población en general, dicho evento contó con la presencia de distintos medios locales de comunicación.

Coordinación interfronteriza

EDUCAVIDA centró sus actividades y los recursos otorgados por el proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos en el diseño de un proyecto binacional México/Guatemala, con el objetivo primordial de favorecer la cooperación entre las instituciones y las organizaciones de Tecún Umán, para dar respuesta al problema de la movilidad poblacional en relación con el VIH/SIDA y facilitar un posterior acercamiento con sus pares del lado mexicano. Para lograr esto, EDUCAVIDA lanzó una convocatoria dirigida a las distintas organizaciones civiles e instituciones de gobierno cuyo trabajo estuviese vinculado a la movilidad poblacional o al VIH/SIDA.

Este proceso comenzó con una reunión a finales de 2003 con las principales organizaciones de Tecún Umán, en la cual se dio a conocer el proyecto binacional. Posteriormente, EDUCAVIDA se reunió con la Coordinación de Prevención y Control del VIH/SIDA de Tapachula (la Jurisdicción Sanitaria VII) de los servicios de salud de México con el fin de coordinarse para la realización de la primera reunión binacional. Se acordó que cada parte con-

vocaría a las organizaciones de su país mientras que en los aspectos logísticos participarían ambas organizaciones. Sin embargo, a pesar de que los fondos para realizar la reunión serían parte de lo otorgado para EDUCAVIDA, los coordinadores del proyecto manifestaron que problemas de comunicación con su contraparte en México obstaculizaron la coordinación conjunta de la reunión binacional. Su argumento fue la falta de experiencia en el trabajo con otras instituciones.

Ante esta situación, el INSP y CENSIDA de México decidieron transferir la responsabilidad de la coordinación de esta primera reunión y de las siguientes a la Coordinación de Prevención y Control del VIH/SIDA de Tapachula (Jurisdicción Sanitaria VII) de los servicios de salud de México. Sin embargo, EDUCAVIDA siguió siendo responsable de convocar a las organizaciones del lado guatemalteco, lo cual efectuó mediante invitaciones formales dirigidas a los directores o responsables de las mismas. En el cuadro II se muestra una relación de las organizaciones y las instituciones convocadas por EDUCAVIDA y las que asistieron a la primera reunión, en la cual se observa la ausencia de varias de ellas. Ante esto, el CENSIDA y el INSP vieron la necesidad de invitar a algunas de las organizaciones por segunda ocasión, y se encontraron con una falta de voluntad para colaborar con EDUCAVIDA. En relación con el bajo poder de convocatoria de dicha institución para reunir a otras organizaciones, se observó un desconocimiento general por parte de éstas sobre el trabajo de EDUCAVIDA.

Ha sido algo doloroso para la Red Sur-Occidente, de no tener la presencia de EDUCAVIDA en la Red, porque parte de la Red también es compartir la realidad de cada área donde uno está trabajando... la verdad yo no sé que pasó con ellos [con EDUCAVI-

Cuadro II
Organizaciones convocadas por EDUCAVIDA
a la Primera Reunión Binacional México-Guatemala

ONG	Instituciones gubernamentales
Casa del Migrante *	Centro de salud Tecún Umán
Casa de la Mujer	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social*
Proyecto Vida*	Policía Nacional Civil
Bomberos voluntarios	Ministerio de la Defensa de San Marcos*
	Municipalidad de Tecún Umán
	Procuraduría de los Derechos Humanos*
	Consulado mexicano en Tecún Umán*
	Consulado de Guatemala en Ciudad Hidalgo*
	Director de Salud Municipal de San Marcos

*Asistió a la Primera Reunión Binacional

DA] porque hemos tratado de invitarlos para el taller de hoy y mañana, y nada, ellos no respondieron [...] las Hermanas también nos invitaron a trabajar con ellas [de la Casa de la mujer de Tecún Umán] porque nos han dicho que no han tenido éxito de colaborar con EDUCAVIDA (TAP CM003).

Finalmente, algunas de las organizaciones que habían decidido no asistir a esta primera reunión lo hicieron en atención a la convocatoria del CENSI-DA y del INSP, con quienes habían tenido una buena relación.

La Primera Reunión Binacional México-Guatemala tuvo como objetivo que las distintas organizaciones cuyo trabajo está vinculado con las poblaciones móviles, el VIH/SIDA y los derechos humanos en ambos países conocieran el trabajo de sus contrapartes y se generaran entre ellas procesos de intercambio de conocimientos, de experiencias y de recursos.

Desde la perspectiva de la coordinación de EDUCAVIDA, el trabajo que implicó el proyecto binacional permitió el acercamiento a otras instituciones de la zona que trabajaban en proyectos con objetivos comunes e incrementó la sensibilización de las organizaciones de Tecún Umán hacia el VIH/SIDA y hacia las poblaciones móviles.

Un aprendizaje fue que el proyecto de poblaciones móviles facilitó el nivel de acercamiento de las instituciones [...] Porque antes, por ejemplo, cuando yo vine, lo que había eran charlas con jóvenes de escuela, con mujeres, con migrantes, pero después de esto hay más allá (TCGPV001).

A pesar de esta apreciación positiva por parte de los coordinadores de EDUCAVIDA respecto a los beneficios del trabajo institucional para la propia organización, no se contó con su participación en las últimas dos reuniones inter-fronterizas. Esta falta de seguimiento del proceso de constitución de la Red puede estar asociada a la reasignación de responsabilidades entre las dos organizaciones encargadas de desarrollar el proyecto binacional; pero también a las deterioradas relaciones que esta organización sostiene con sus pares en Tecún Umán.

CONCLUSIONES

El contexto de Tecún Umán

Tecún Umán se percibe como una localidad donde las condiciones de riesgo y de violencia forman parte de la vida cotidiana: "Tecún Umán sigue siendo una ciudad sin ley, fuera del control de las autoridades y que nadie se atreve a hablar porque el que habla aquí, al día siguiente ya no habla" (TCGCM001).

El encuentro con la violencia contrasta con la búsqueda de mejores condiciones de vida expresadas por la mayoría de los migrantes indocumentados en las entrevistas. Desde el punto de vista de los directivos de la Casa del Migrante, el migrante “sale con la esperanza de encontrar una vida mejor y en su trayecto va descubriendo que lo que encuentra es violencia” (TCGCM001); así como también muy malas condiciones de vida, incluso para una estancia muy corta.

La migración, el trabajo sexual y el VIH/SIDA constituyen las principales causas de malestar en Tecún Umán. La mayoría de las organizaciones, “a pesar de no contar con un diagnóstico sobre el número exacto de casos de SIDA en Tecún Umán” (05ONGTEC), considera que la generalidad de éstos se encuentra asociada con la migración y el trabajo sexual. Este último también se percibe como una consecuencia negativa del fenómeno migratorio; sin embargo, no todos los grupos móviles se perciben como negativos, sólo aquellos “que se quedan en este municipio”, ya que generan problemas “debido a que muchas personas, sobre todo del sexo femenino, buscan trabajo para sobrevivir, y uno de los trabajos es del sexo” (11ORGTEC). Según este informante, las mujeres que se incorporan al trabajo sexual se exponen a ser contagiadas o ya vienen enfermas, de forma tal que se constituyen en vehículos para la diseminación del VIH/SIDA.

Dificultad en la movilización de recursos humanos

En términos del desarrollo del proyecto, la percepción de Tecún Umán como una localidad hostil y violenta incide en la falta de recursos humanos capacitados que trabajen en las organizaciones, pues impide que las personas capacitadas acepten un empleo en esta zona, lejos de sus lugares de residencia y en condiciones riesgosas. La mayoría de los funcionarios o directivos de las organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales, excepto una minoría que opera en Tecún Umán, reside fuera de esta localidad; en este sentido, constituye parte de los grupos móviles en dicha ciudad. Un grupo de trabajadores calificados se moviliza diariamente entre ocho y nueve de la mañana hacia Tecún Umán desde distintas localidades del departamento de San Marcos y de otros departamentos próximos para iniciar sus actividades. Entre las tres y las cinco de la tarde se retiran de Tecún Umán los directivos de los medios de comunicación, del consulado de México y los representantes de diversas oficinas gubernamentales del país y de cooperación técnica internacional. Otros funcionarios se establecen ahí de lunes a viernes y pasan el fin de semana en su lugar de residencia, la mayoría de los casos en la Ciudad de Guatemala. Estos, mientras pernoctan en Tecún Umán, tienen como regla

“no salir por las noches ni visitar lugares peligrosos” como el parque central. Otros, como los diputados, representantes políticos locales, sólo acuden a determinadas horas y ciertos días de la semana; la mayor parte del tiempo están en la capital. “Traer personas de la capital es difícil; las personas no vienen, primero porque Tecún reduce su espacio de desenvolvimiento [...] estamos además a doscientos sesenta y cuatro kilómetros de la capital, no es fácil. Nosotros invertimos un día completo para llegar [...] por eso la gente no se moviliza fácilmente de allá para acá y los de aquí no quieren ir” (TCGPV001). Debido a estas condiciones, el personal capacitado es reemplazado con frecuencia.

Desarrollo del proyecto

La respuesta de las organizaciones gubernamentales ante el cada vez más grave fenómeno migratorio, se vuelve paliativa, y no alcanza a cubrir realmente las necesidades de los migrantes indocumentados y sus problemáticas. El proyecto de Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos ha logrado que algunas organizaciones con trabajo vinculado a la atención de grupos móviles cambiaran la percepción que tenían sobre esta población de considerarlos una población más a atender a un grupo vulnerable y de prioridad en su atención. A partir de dicha concepción se han impulsado actividades que proporcionan beneficios a la salud de estos grupos y que ponen énfasis en la prevención del VIH/SIDA y otras ITS, así como de eventos que violan sus derechos humanos.

Desde la perspectiva de algunos directivos de las organizaciones participantes, uno de los elementos que facilitaron el desarrollo del proyecto fue el contar con una amplia libertad en el manejo de los fondos, y el haber sido consideradas como instituciones con conocimiento sobre el tema y con capacidad de gestión. Esta condición les permitió ganar experiencia y comprensión tanto de la población meta como del manejo y la gestión de los recursos, ambas capacidades imprescindibles para el planteamiento y el desarrollo de proyectos futuros. Sin embargo, las organizaciones identifican como parte esencial para el éxito de este tipo de proyectos, el permanente acompañamiento y la asesoría de las agencias financiadoras; no solamente en el ámbito de una comunicación frecuente a distancia y de una asesoría técnica, sino también a través de un monitoreo frecuente de éstas en la zona de trabajo.

Respecto a las dificultades para el trabajo conjunto entre las organizaciones, se consideró importante la capacitación sobre los aspectos del trabajo interinstitucional, la gestión de la comunicación y la gestión de proyectos.

Vinculación con otros proyectos locales, nacionales o regionales

Una experiencia que se debe rescatar es la vinculación de las instituciones en actividades muy puntuales, como lo fue la caminata organizada por EDUCAVIDA, en la cual se observó una amplia participación de la comunidad y de instituciones como la Cruz Roja, los Bomberos y el IMSS, entre otros. Avances como el anterior podrían continuarse y no sólo realizar estas vinculaciones para días especiales, sino para definir una política de salud para la frontera que tenga como prioridad atender a la población móvil con el fin de disminuir su vulnerabilidad a las ITS y al VIH/SIDA.

Lecciones aprendidas

El proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos permitió mejorar de manera sustancial la atención al migrante en lo que se refiere a la alimentación, las medicinas y la información sobre las ITS y el VIH/SIDA.

El tema del VIH/SIDA se considera ahora como una prioridad en el modelo de atención de la Casa del Migrante, mientras que antes era un asunto secundario incluido dentro del gran tema de los derechos humanos. Esto ha favorecido, aunque con dificultades para la contratación, el reclutamiento de personal especializado en atención a los migrantes. Además, el proyecto ha permitido una mayor concientización entre las autoridades de la zona sobre el tema de los derechos humanos de las poblaciones móviles, según constata el director de la propia Casa.

Una de las dificultades con las que este tipo de organizaciones se ha enfrentado para evaluar las estrategias que han implementado es la movilidad de los migrantes indocumentados (en promedio permanecen de uno a dos días en las localidades). Al respecto se propone que en Estados Unidos, es decir, en el lugar de destino de los migrantes, se implemente algún mecanismo de evaluación del impacto de las actividades de prevención de las ITS y el VIH/SIDA realizadas en la Casa del Migrante de Centroamérica y de México.

Otra de las lecciones aprendidas durante el desarrollo de este proyecto fue la necesidad de definir claramente desde el inicio las responsabilidades y los alcances de cada organización en el desarrollo del mismo, y de esta manera, poder hacer un monitoreo de lo planteado en los programas. Esto permitiría establecer de forma adecuada los parámetros de evaluación e identificar claramente las fortalezas y las debilidades de cada organización. Al respecto, las organizaciones participantes en este proyecto subrayaron la necesidad de

que las agencias financiadoras expliciten lo que esperan por parte de cada organización.

El complejo escenario de Tecun Umán y la presencia de organizaciones no gubernamentales con distintos intereses de acción; los distintos ámbitos de liderazgo institucional, de reconocimiento político y de legitimación por parte de la comunidad; así como la falta de experiencia en el trabajo binacional, hicieron difícil la concertación de una agenda común en el trabajo con las poblaciones móviles, y limitaron el impacto esperado del proyecto. Dichos aspectos deberán identificarse para efecto de futuros proyectos, para así fortalecer las capacidades de colaboración interinstitucional e interfronteriza.

Referencias

1. Encuesta a Vivienda. Proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA. Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud-Instituto Nacional de Salud Pública, México, 2001.
2. Municipio de Ayutla. Monografía del Municipio de Ayutla. Revista Municipal 1999;10:14-15.
3. Ortiz L, Herrera S, Muran Z, Estrada JC. Informe final del proyecto Situación de las mujeres migrantes indocumentadas. Migración, deportación e iniciativas humanitarias, sociales y económicas para su atención. Guatemala: Programa Universitario de Género-Dirección General de Investigación-Universidad de San Carlos de Guatemala, 2001.
4. Leyva R, Caballero M, Dreser A, Cuadra SM, Hernández-Rosete D, Bronfman M. Guatemala: Tecún Umán. En: Bronfman M, Leyva R, Negroni M ed. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
5. EDUCAVIDA. Documento-Propuesta "Educación para la Vida", Guatemala: EDUCAVIDA 2003.
6. Casa del Migrante-Oficina de Derechos Humanos, Informe de actividades, Guatemala: Casa del Migrante-Oficina de Derechos Humanos febrero-mayo 2004.

HONDURAS

LA ENTRADA DE COPÁN-AGUA CALIENTE

MARIELA CORTÉS ALIAGA

INTRODUCCIÓN

Cuando en el año 2001 arrancó el proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos con la realización de un diagnóstico sociocultural en la estación de paso La Entrada de Copán, ubicada en la región occidental de Honduras, los retos eran diversos pero la voluntad de los distintos actores involucrados dejaba entrever la posibilidad de concretarlos.

Han pasado varios años, y en el primer semestre de 2003 se logró concertar a las principales organizaciones y a la sociedad civil de todo el corredor fronterizo, ya no sólo de la localidad de estudio, que abarca hasta Ocotepeque, zona en que se ubica la delegación de aduana terrestre Agua Caliente.

Después de darse a conocer los resultados del diagnóstico en tres grandes ciudades del citado corredor se logró conformar un equipo que elaboró la propuesta de acción, con sus respectivos objetivos, los resultados esperados y los indicadores para su monitoreo y evaluación. Se puede adelantar que el carácter participativo en el proceso es uno de los grandes logros de esta iniciativa; sin lugar a dudas, es una de las fortalezas que han posibilitado la implementación, la sustentabilidad y el empoderamiento por parte de la comunidad.

Desde el segundo semestre de 2003 inició el proyecto Prevención del VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes del corredor fronterizo La Entrada de Copán-Agua Caliente, con la participación activa de las organizaciones gubernamentales, a través del Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud, y de la sociedad civil organizada por medio de los dos comités interinstitucionales de las grandes ciudades del corredor.

A lo largo de estos 12 meses, las acciones se han realizado de acuerdo con los objetivos y las actividades planteadas en el diseño del proyecto; así como con las reorientaciones necesarias identificadas en el monitoreo técnico, motivadas por una realidad tan móvil como las poblaciones meta de este proyecto.

ANTECEDENTES

Es importante subrayar que los procesos migratorios en Honduras tienen una larga historia, no sólo a lo largo del tiempo, sino también en la planeación e implementación del proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos.

Según la Asociación Nacional de Organismos No Gubernamentales (ASONOG), el proceso migratorio en Honduras tiene una historia relativamente larga en el contexto de América Central. Las guerras civiles escenificadas en los tres países fronterizos, principalmente durante la década de los ochenta, convirtieron a esta nación en el principal receptor de refugiados de la región y el lugar donde encontraron acogida millares de desplazados externos, que se agregaron a otros miles de desplazados hondureños. En Honduras existieron cerca de 50 000 refugiados reconocidos por el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR); así como aproximadamente 250 000 indocumentados y más de 30 000 desplazados internos provenientes principalmente de las áreas fronterizas. Si consideramos que los procesos de repatriación masiva se dieron desde finales de los años ochenta (en febrero de 1990 solamente había 1 750 refugiados, según datos oficiales), en Honduras el problema del desarraigo se situó en los desplazados internos, pues no han existido mecanismos de detección de indocumentados. De éstos, se estima que muchos retornaron a su país y que otros arreglaron su situación migratoria, aprovechando distintas leyes nacionales, que incluyeron los actos de nacionalización previos a los procesos electorales hondureños, de acuerdo con diversas fuentes periodísticas y de investigación.

Actualmente el fenómeno de movilidad poblacional más importante en Honduras lo constituye la migración indocumentada hacia Estados Unidos y México, con las consecuentes deportaciones y su impacto. Según antecedentes de la Secretaría de Gobernación y Justicia, a través de la Dirección General de Población y Política Migratoria, de acuerdo con las estadísticas analizadas entre 1997 y 1999¹ se observa lo siguiente:

- Entre los motivos de deportación, el principal delito migratorio es la permanencia ilegal (88%). La mayoría de los hondureños deportados en ese periodo permaneció menos de un año en Estados Unidos (64%).
- 94% de los hondureños deportados ingresaron a Estados Unidos de manera ilegal a través de los pasos fronterizos entre México y dicho país.
- Aun cuando diversos estudios muestran que existe un alto porcentaje de migración desde las áreas rurales, en este análisis se observó que 61% de los deportados(as) declaró como último domicilio alguna zona

urbana. Esto hace pensar que podrían estar migrando internamente antes de salir hacia “el sueño americano”.

- Entre los puertos de salida predomina el paso terrestre de Agua Caliente (84%).
- 91% de los que migran y luego son deportados son hombres. De un total de 12 658 deportados, 11 614 son varones y 1 044 son mujeres.
- La principal razón para migrar es la búsqueda de trabajo.
- Finalmente, si bien no se cuenta con estadísticas oficiales para 1996 y 1997, los informes del Banco Central hablan de más de 500 000 hondureños viviendo fuera del país (400 000 en Estados Unidos), los cuales contribuyen a la economía hondureña con 400 millones de dólares americanos en remesas.

En este contexto, la migración indocumentada tiene dos grandes aristas: el viaje de ida hacia el país que al que se quiere llegar, y luego, el viaje de regreso en calidad de deportado(a). En ambas situaciones, sobresale la cuestión de los derechos de las personas migrantes indocumentadas y de las deportadas, y se presenta la necesidad de estudiar los contextos de vulnerabilidad y las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el virus de inmunodeficiencia humanas/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) en estos grupos de poblaciones móviles.

Para enfrentar parte de esta problemática, destacaron las acciones implementadas en el país por el Centro de Investigación y Promoción de los Derechos Humanos (CIPRODEH), con la colaboración del ACNUR; entre ellas la elaboración de material educativo de apoyo en los talleres de sensibilización y educación a las instancias de gobierno (Policía de Frontera, Policía Migratoria, Dirección de Migración) y a organismos de la sociedad civil, vinculados con la población indocumentada que ingresa o retorna a Honduras. El objetivo principal de esta iniciativa fue “avanzar en el entendimiento de los procedimientos adecuados para la atención de las personas migrantes en relación con las funciones de las distintas autoridades. Y por otra parte, se pretende concientizar y promover el respeto a los derechos de los migrantes, a través de la implementación de buenas prácticas”.²

Otra gran instancia de carácter y cobertura nacional que surgió desde la sociedad civil como respuesta al fenómeno migratorio es el Foro Nacional para la Migración en Honduras (FONAMIH), una instancia de carácter permanente cuyo objetivo principal es “coordinar esfuerzos en beneficio de los procesos migratorios y contribuir en la forma más apropiada a solventar esta problemática”.³

El tema de la migración se abordaba desde sus principales dimensiones, pero su vínculo con el VIH/SIDA era aún débil; por ello, se volvió de

vital importancia conocer y recuperar todas las experiencias en estos ámbitos para aglutinar esfuerzos y ampliar los campos de acción en ambas temáticas, las cuales, indiscutiblemente, están ligadas a los derechos humanos.

EI VIH/SIDA en Honduras y su vínculo con la migración

Según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 2001, la población estimada para Honduras es de 6.1 millones de habitantes. De éstos, 60% se concentra en el llamado “corredor central de desarrollo”, que incluye a las principales ciudades del país como Tegucigalpa, San Pedro Sula, La Ceiba, Comayagua y Choluteca.⁴ Esta información no es intrascendente cuando el análisis en torno al VIH/SIDA se centra en la distribución geográfica de la epidemia, la cual se mueve y desplaza fundamentalmente por este corredor, a pesar de que se observa un desplazamiento de la epidemia a las zonas rurales. Las cifras de incidencia del VIH/SIDA en el país revelan que continúa ascendiendo; a pesar del subregistro, la tasa de mortalidad por SIDA para el año 2000 fue de 5 por cada 10 000 habitantes, lo que representa 10% de la tasa de mortalidad general.⁵

Según el informe de las estadísticas de VIH/SIDA del Departamento de ITS/VIH/SIDA de la Secretaría de Salud, había un total de “20 283 personas viviendo con el VIH/SIDA para diciembre de 2003 de los cuales 60% son hombres y 40% mujeres; de éstos, 15 717 son casos confirmados de SIDA y 4 566 son personas que no presentan síntomas; asimismo, se registra un patrón de transmisión heterosexual de 84%. La razón acumulada hombre a mujer es 1.2:1.0 para el año 2002, lo que indica que la epidemia afecta significativamente a la mujer”.⁵ Las otras formas de transmisión mencionadas son: la homosexualidad y la bisexualidad (8%), y la sanguínea (1%).

En cuanto a la edad, se ha observado que el grupo más afectado por SIDA es el de 15 a 39 años, que integra el 68.5% de los casos registrados para el periodo de 1985 al 2001. Este grupo constituye la principal fuerza laboral del país y es precisamente el que predomina en la migración hacia el extranjero. La información aquí presentada está avalada por los datos obtenidos por la ASONOG y la Casa del Migrante, los cuales indican que aproximadamente 35 000 hondureños(as) emigran cada año al exterior –lo que significa que cada 15 minutos un hondureño(a) decide emigrar al extranjero–, De esta cantidad, la mayoría está constituida por población joven entre 15 y 29 años, con una proporción de nueve hombres por cada mujer.*

* Datos manejados por el Centro de Atención al Migrante (CAM-Honduras).

Es difícil hablar de cifras al vincular la temática del VIH/SIDA y la migración, sin embargo existen múltiples situaciones que los relacionan. Los viajes de larga duración o los viajes cortos y frecuentes que implican un alejamiento del hogar y de la comunidad están asociados con la infección por el VIH; la movilidad con frecuencia crea un desequilibrio en la proporción de hombres y mujeres, lo que facilita que se compartan las parejas sexuales. Si a esto le sumamos los diversos contextos que deben enfrentar quienes migran, así como quienes por diversas razones se movilizan a través de las fronteras y otros corredores, es posible observar que la vulnerabilidad frente a la infección aumenta, ya que los migrantes no visualizan al VIH/SIDA como uno de los peligros o amenazas que se deben enfrentar y superar durante el viaje.

METODOLOGÍA

Como toda planificación, ésta no ha estado exenta de modificaciones y replanteamientos que fueron necesarios para optimizar sus alcances. Cabe señalar que los ciclos temporales, sumados a los ritmos de funcionamiento de cada organización, son elementos clave en el momento de evaluar los resultados de cualquier iniciativa. Debemos destacar un gran logro en este proyecto en cuanto a la obtención de nuevos fondos del grupo de estudio sobre el SIDA de la ONU (ONUSIDA), por parte de ASONOG, lo que implicó extender los plazos, rehacer el cronograma inicial e incorporar nuevas actividades para fortalecer lo planeado y realizado. Es necesario señalar que los fondos otorgados por el Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP) se agotaron antes de terminar las actividades programadas, por lo que este trabajo es una evaluación de medio término.

Las líneas basales de esta etapa del proyecto están contenidas en el plan general de monitoreo y evaluación, cuyo objetivo central fue conocer los avances de los resultados esperados. La inserción del proyecto se dio fundamentalmente en los sitios de interacción y en algunas de las organizaciones locales de las comunidades, incluyendo los medios de comunicación y los líderes de opinión. Este periodo tuvo como prioridad, por un lado, sensibilizar a los diversos actores clave identificados en el estudio de diagnóstico; y por otro, fortalecer el funcionamiento de los comités interinstitucionales del proyecto, encargados de la implementación local, en tanto instancias comunitarias que darían sustentabilidad a la iniciativa.

Bases metodológicas

La evaluación de medio término estuvo orientada a identificar los logros de la implementación de esta iniciativa durante el periodo de julio de 2003 a

julio de 2004, así como los factores que han obstaculizado el logro de los objetivos; las reorientaciones de las acciones, identificadas a lo largo de los acompañamientos, y las lecciones aprendidas que puedan servir para impulsar futuras intervenciones dirigidas a estas poblaciones.

En este contexto, la propuesta metodológica para esta fase consideró la revisión de las actividades ejecutadas de acuerdo con lo programado en el diseño participativo del proyecto (con sus respectivos indicadores y fuentes de verificación), tanto en el plano técnico-operativo como en el administrativo-financiero. Asimismo, se consideró relevante complementar esta información con antecedentes cualitativos, ya que éstos muestran las experiencias de los implicados de forma directa: las organizaciones que se vinculan desde su quehacer con las poblaciones móviles y los migrantes a lo largo del corredor fronterizo de La Entrada de Copán y Agua Caliente.

La recolección de las experiencias de estas organizaciones se llevó a cabo por medio de visitas de campo, registros fotográficos y entrevistas realizadas a sus directivos.

Por tratarse de una evaluación de medio término, este análisis cualitativo no consideró a las poblaciones móviles ni a los migrantes, ya que se postergó para la evaluación final, con el objetivo de explorar los alcances del proyecto en estos grupos prioritarios. Además, dado que la implementación de las acciones de los servicios directos para ambas poblaciones es reciente, no se justificaba la aplicación de las entrevistas a profundidad a dichos actores.

Las entrevistas se basaron en preguntas dirigidas a los entrevistados desarrolladas a partir de cinco grandes objetivos:

- Identificar las formas de participación directa de la organización en el proyecto.
- Conocer cómo ha influido el proyecto en el quehacer de la organización.
- Identificar las líneas de acción futuras que la organización podría asumir respecto a las dos grandes temáticas del proyecto el VIH/SIDA y la migración.
- Explorar cómo se vinculan actualmente las temáticas del VIH/SIDA, la migración y los derechos humanos.
- Identificar las recomendaciones de estos actores sociales para potenciar y mejorar esta iniciativa u otras similares.

La recolección de información

Entre los puntos en los que se ha puesto más énfasis están la creación y el fortalecimiento de comités interinstitucionales en ambos lados del corredor,

con el fin de estimular la participación ciudadana local y visualizar la sustentabilidad del proyecto. Por ello, se consideró necesario aumentar los esfuerzos para apoyar el funcionamiento y el fortalecimiento de los aspectos organizativos de cada uno de estos comités y de sus temáticas; además de la necesidad de gestionar nuevos fondos para seguir apoyando ésta y nuevas iniciativas de intervención en la materia.

La recolección de información se realizó a través de dos grupos de conversación, uno con cada comité en La Entrada de Copán y en Ocotepeque. Se hicieron entrevistas a profundidad a diversos actores clave participantes en la implementación del proyecto a lo largo del corredor fronterizo, entre ellos los responsables de los sitios de interacción y los miembros de los comités interinstitucionales. Además, se organizó un grupo focal con once hombres deportados, alojados en la Casa del Migrante de Ocotepeque, en el que se discutieron temas relacionados con su trayecto y sus experiencias durante éste, con el fin de tener un acercamiento a la dinámica de la migración en los lugares por donde transitan los migrantes hacia Estados Unidos. Finalmente, la recolección de información se inició con la transcripción de las entrevistas (previa autorización de los entrevistados), que conformaron los principales datos para el análisis.

RESULTADOS

Desde el inicio de las intervenciones se realizó una campaña de sensibilización colectiva en los llamados “sitios de interacción”, que son locales donde se distribuyó material educativo sobre el VIH/SIDA, junto a un expendio gratuito de condones y un dildo que apoya las acciones educativas sobre su uso correcto. La existencia de un dispensador facilita la ubicación de dicho material en lugares visibles y el acceso al mismo por parte de la comunidad local que acude a estos espacios.

Durante la intervención realizamos visitas a los sitios de interacción acompañados y guiados por los respectivos educadores de campo de cada localidad. Dichos educadores son los encargados directos de las supervisiones periódicas en estos sitios, que abarcan la entrega de materiales y la comunicación de ideas, inquietudes y/o dudas a la coordinación local de la iniciativa. A pesar de que la incorporación de estos educadores a la iniciativa es reciente, se puede decir que han estado abiertos al proyecto de Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos, pero centrados en no perder de vista que su trabajo es el acompañamiento y la capacitación en torno al VIH/SIDA.

Por otra parte, es importante resaltar el elevado interés manifestado por todos los representantes de los sitios de interacción, así como el compro-

miso y la clara identificación del papel que desempeñan en la prevención del VIH/SIDA dentro de la comunidad y entre las poblaciones móviles y migrantes, que forman parte de su población objetivo:

Uno puede ayudar a otras personas, aconsejándoles qué deben hacer para protegerse [...] Aquí (La Entrada de Copán) es un lugar de poblaciones móviles más que todo, porque este es un lugar donde todo el mundo va y viene; y está más vulnerable a la enfermedad [...] porque sin conocerse a veces tienen intercambio de relaciones sexuales [...] La importancia de que [participemos] es que uno aquí intercambia relaciones con un montón de personas, porque aquí viene de todo, del exterior, de Guatemala, de El Salvador... aquí pasa todo el mundo y uno trata con esas personas.*

La reacción de los clientes de estos sitios... de primeras a primeras la gente dice esto qué será, porque poca importancia se da a los anuncios que se pasan por televisión y por radio, pero uno hablándoles toman conciencia... Sí, hay un rol importante.**

Consecuencias del proyecto en el quehacer organizacional

Estos sitios de interacción se han incorporado recientemente no sólo al proyecto, sino a vincular el VIH/SIDA con las poblaciones móviles, por lo que es muy pronto para hablar de los resultados de las acciones llevadas a cabo en estos sitios; sin embargo, cabe destacar el gran interés por compartir el proyecto en el seno de los establecimientos, con el fin de involucrarse en la prevención del VIH/SIDA, más que con el proyecto mismo: "Uno lo ve lejos [al VIH/SIDA] y cuando las cosas están quizá en el vecino, y uno no se da cuenta".[&]

Un elemento común entre los participantes de esta intervención fue la apropiación y la concientización de la problemática del VIH/SIDA, más no de la migración; ésta forma parte de la vida cotidiana del personal de los comercios y de las personas de la comunidad, y en consecuencia no la perciben como un problema. Por este motivo, las temáticas como la migración y los derechos humanos no han sido abordados por estos actores clave; no obstante, se hace evidente en el discurso que la movilidad poblacional es un tema que les afecta, tanto en los establecimientos como en la comunidad.

"Porque mucha gente se va de aquí del país. Tanto de aquí de La Entrada [...] de aquí hay bastante gente allá en los Estados Unidos".[‡]

* Repostería en la carretera internacional en La Entrada de Copán.

** Hospedaje en el barrio central, La Entrada de Copán.

[&] Merendero de comida, carretera internacional, delegación fronteriza de Agua Caliente.

[‡] Recepcionista de hotel, carretera internacional La Entrada de Copán.

Dada esta reciente incorporación, resulta difícil averiguar si existen líneas de apropiación y de acción desde sus propios establecimientos, con el fin de potenciar y mejorar las actividades del proyecto mismo. Sin embargo, todos los entrevistados hicieron propuestas para mejorar las acciones en pro de la información, del conocimiento y de la prevención del VIH/SIDA.

Los comités interinstitucionales

Se conformaron dos comités interinstitucionales, uno en la Entrada de Copán y otro en Ocotepec. Dentro de cada comité se organizó un grupo de conversación encargado de recolectar información. Ambos grupos coincidieron en señalar que la conformación y el funcionamiento de los comités interinstitucionales fueron dos de los grandes avances del proyecto. Los comités aún se encuentran en la fase de conformación, identificación y definición; no obstante, se puede afirmar que se han apropiado de los nuevos temas relacionados con el proyecto de Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos, y los han reconocido como problemas de las comunidades. Lo anterior incide en el ánimo y la disposición permanente de continuar con las tareas, de aprender sobre nuevos temas y de participar en nuevos desafíos. Sin embargo, a pesar de reconocer este logro, queda en evidencia que los comités aún no consiguen afianzarse totalmente como organismos coordinados y propositivos, debido a la rotación permanente de sus miembros. "Dada la rotación de personas, no todo el Comité tiene homogeneidad en los conocimientos y apropiación del proyecto y de los temas".*

No obstante, ambas instancias colaboraron de forma activa en la celebración nacional del Día Mundial del Sida en el 2004. Además, en cada programación trimestral han participado activamente todos los miembros, por lo que se ha logrado el compromiso, no sólo de las personas, sino de las instituciones a las que representan.

Ambos comités coinciden en que fue insuficiente el acompañamiento técnico regional en cuanto a la salud, sin embargo, a pesar de ello han logrado avanzar con los medios y las fuentes de información existentes. Esta carencia es también reconocida por parte de los responsables regionales, encargados de la coordinación de los comités interinstitucionales y del funcionamiento del proyecto en el plano operativo y administrativo. "Como autocrítica es que hemos estado apoyando en actividades puntuales de capacitación, pero a

* Miembro del comité interinstitucional de La Entrada de Copán.

nivel de gerencia o conducción por parte de la región no ha habido una programación estricta para venir a apoyarles”.*

Asimismo, los miembros de los comités identifican la falta de apropiación e identificación de la relación entre el VIH/SIDA y la migración, pues las capacitaciones y acciones han puesto mayor énfasis en la sensibilización respecto a la primera temática. Esto se refleja en el discurso de las personas que se encuentran en los sitios de interacción, que fueron capacitados por estos comités interinstitucionales. Este es un aspecto que es necesario rectificar a corto plazo. “Estamos más sensibilizados en VIH/SIDA, por eso estamos más apropiados y hablamos con más capacidad (de este tema)”.**

Por otra parte, los comités interinstitucionales coinciden en que lo que han aprendido se debe al apoyo de la ASONOG; lamentablemente, no visualizan esta ayuda como una acción complementaria al proyecto. Incluso consideran como uno de los grandes resultados a obtener del trabajo con esta asociación, la posibilidad de verse como una entidad con vida propia. Aun cuando señalan que no les hace descuidar las actividades del proyecto, este tema los tiene ocupados.

A futuro es constituirnos en una fundación pero que atienda todas las partes del sida [...] (gracias a ASONOG) logramos lo de Plan en Honduras [...] Se tiene la visión de convertirse en Fundación a futuro para no quedarnos con este proyectito, porque el problema siempre va a estar y tenemos que abordarlo constantemente.‡

Por último, en cuanto a las acciones futuras orientadas a optimizar la incidencia y los logros del proyecto, ambos comités proponen estar en coordinación permanente para unificar las acciones a lo largo de todo el corredor fronterizo y así lograr que las repercusiones abarquen toda su extensión. “Que podamos coordinar cuestiones puntuales; por ejemplo, si acá estamos abordando los camioneros, allá también se puedan abordar”.‡

Este trabajo conjunto y sincronizado permitiría la visibilización del proyecto más allá de las localidades en las que se implementa y le daría fuerza y presencia a las acciones y a las temáticas abordadas. Es importante destacarlo, porque da cuenta de la disposición de los comités a trabajar de manera conjunta con el objetivo de unificar criterios y logros en la iniciativa.

* Profesional técnica de la región sanitaria núm. 5.

** Comunicador social miembro del Comité de La Entrada de Copán.

‡ Comunicador social miembro del Comité de La Entrada de Copán.

El grupo de deportados

Se realizó una sesión grupal con migrantes deportados alojados en la Casa del Migrante de Ocotepeque. El grupo estuvo conformado por 11 hombres deportados de México y Estados Unidos, cuyo promedio de edad era de 25 a 30 años. Los temas tratados fueron las razones de su deportación, las vivencias del viaje de ida y de regreso, las razones de su migración, el trato que recibieron y las condiciones de la deportación. También se sondeó acerca de temas similares en los diversos lugares por los que transitaron. La mayoría señaló no haber encontrado grupos ni acciones que abordaran la prevención del VIH/SIDA; sólo dos mencionaron haber recibido una charla en un corralón* en México. A pesar de que la muestra fue pequeña y los temas abordados fueron muy específicos, la sesión sirvió para darnos una idea sobre la forma en que funciona la iniciativa mesoamericana y su socialización, que aún es escasa.

Todo el grupo se mostró interesado, abierto y receptivo, no sólo en lo relativo a la información general sobre el VIH/SIDA, sino también en las acciones del proyecto; incluso propusieron formas para llegar al grupo meta de forma más efectiva. Del mismo modo, frente a las futuras actividades de apoyo que se implementarán en el corredor fronterizo, el grupo respaldó la existencia de quioscos informativos y de dispensadores de condones, a pesar de que reconocieron que durante el viaje es casi imposible hacer uso de ellos; sin embargo, hay espacios y ocasiones en que resultan apropiados. En definitiva, todos celebraron la iniciativa y la posibilidad de aprender y multiplicar la información durante el viaje, ya que en éste lo único que no pierden es el uso de la palabra, la oportunidad de conversar y conocer a muchos otros migrantes con los que comparten un objetivo común, migrar para tener mejores oportunidades de empleo y de vida.

Una iniciativa complementaria: la experiencia de la ASONOG

Si consideramos la amplia experiencia del trabajo en esta área por parte de varias organizaciones, así como la cobertura nacional de sus acciones, cabe señalar la labor coordinada de la Asociación Nacional de Organismos No

* Corralón: palabra de la jerga que denomina un sitio de detención donde permanecen los migrantes indocumentados en territorio mexicano.

Gubernamentales de Honduras (ASONOG), organización que contó con fondos adicionales para complementar esta intervención. Con su participación se potenciaron las acciones, se enfatizó el abordaje y el apoyo a los comités interinstitucionales, y se apoyó y fortaleció el quehacer de la Casa del Migrante, la cual presta sus servicios en la localidad de Ocotepeque, estación de paso aledaña al paso fronterizo con Guatemala, Agua Caliente.

La ASONOG, fundada a finales de 1988 con personalidad jurídica, es una organización que tiene presencia en las zonas fronterizas; se trata de una entidad de coordinación civil, pluralista y sin fines de lucro, integrada por 18 organismos no gubernamentales que tiene influencia en casi todo el país por medio de sus organizaciones afiliadas. La visión institucional está dada por “ser la entidad que analiza y optimiza procesos de organización, concertación y gestión para el desarrollo humano y sostenible de la población pobre, especialmente de las zonas fronterizas de Honduras”.⁶ Su misión consiste en “conquistar, consolidar y aprovechar espacios que aseguren una eficiente coordinación, para incidir en la definición y ejecución de políticas acordes con las aspiraciones y necesidades de sus afiliadas y organizaciones afines en beneficio de los excluidos”.⁶

Su experiencia en las temáticas de migración y VIH/SIDA, así como su presencia en el ámbito nacional –incluyendo los extremos del corredor fronterizo–, su participación en conferencias nacionales e internacionales, su adhesión a acuerdos mundiales y el apoyo a éstos con acciones concretas, así como a la Secretaría Técnica del FONAMIH; avalan cualquier intervención que desarrolle en estos ámbitos, más aún en el marco del proyecto.

A partir de diversas reuniones técnicas entre el equipo de salud de esta organización, la coordinación nacional del proyecto y el apoyo externo del INSP, se acordó que las acciones del proyecto que serían ejecutadas por la ASONOG debían complementar lo que se estaba realizando en el proyecto nacional de prevención del VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes. En términos generales, el apoyo que brindó dicho organismo se centró en el mejoramiento de la infraestructura de la Casa del Migrante ubicada en la localidad de Ocotepeque, el fortalecimiento organizacional de los comités interinstitucionales, así como la sensibilización en el tema de la migración y de los derechos humanos a los miembros de ambos comités, ya que, hasta la fecha, el proyecto requiere que el vínculo entre el VIH/SIDA y la migración se haga evidente para quienes lo ejecutan y para la población receptora.

El objetivo general fue apoyar el desarrollo de la iniciativa nacional del proyecto Prevención del VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes del corredor fronterizo La Entrada de Copán-Agua Caliente, a través de acciones complementarias enfocadas al fortalecimiento de la capacidad técnica y orga-

nizacional de los comités interinstitucionales de lucha contra el VIH/SIDA en el mismo corredor. Específicamente se buscó contribuir al fortalecimiento de la organización interna de los comités interinstitucionales de apoyo a la iniciativa de migración y VIH/SIDA, favorecer el desarrollo de sus capacidades técnicas en los aspectos relacionados con la autogestión, el liderazgo, la incidencia política y la participación ciudadana en los municipios de La Entrada de Copán y Ocotepeque, y, por último, fortalecer la capacidad de respuesta de la Casa del Migrante en Ocotepeque, a través del acompañamiento técnico y logístico.

Las acciones de la ASONOG en el periodo de ejecución de las estrategias estuvieron marcadas por la concentración de sus actividades en la capacitación de ambos comités. Se llevaron a cabo reuniones con los comités de apoyo de La Entrada de Copán y Ocotepeque para la discusión y la presentación de la propuesta de trabajo. Se elaboró un diagnóstico de la situación organizativa de los comités, se organizaron talleres de capacitación en las áreas de desarrollo organizacional, planificación, diseño y evaluación de los proyectos de desarrollo comunitario, incidencia política y cabildeo, y se hicieron reuniones de acompañamiento. También se compró equipo, materiales de oficina e insumos para ambos comités y para la Casa del Migrante en Ocotepeque.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Es importante destacar el aporte temático y su abordaje metodológico para la consecución de los objetivos propuestos. Los destinatarios de estas acciones valoraron de forma positiva los contenidos y la importancia de lo aprendido al momento de aplicarlo en el funcionamiento de los comités interinstitucionales y para sus intereses futuros. Como un logro no esperado, sobresale el hecho de que uno de los comités haya conseguido gestionar con éxito fondos adicionales para las acciones enmarcadas en el proyecto; sin embargo, este logro apoya la sustentabilidad del comité, pero no asegura necesariamente la del proyecto. Durante las visitas de acompañamiento se analizó esta situación y se propuso poner énfasis en la entrega y el reforzamiento de la información en torno a las temáticas de migración y de derechos humanos, en las cuales la ASONOG tiene un amplio bagaje. Esto, sin duda, es parte de la complementación de acciones en la que se fundaba este trabajo conjunto. En este punto, se reconoce la validez y la legitimación que tiene esta organización no sólo en el ámbito nacional, sino también en los comités, por lo que se sugiere considerarla en el futuro para fortalecer los aspectos arriba señalados.

Finalmente, otra línea de acción que se vislumbra es el papel que puede desempeñar la ASONOG en las múltiples instancias nacionales e interna-

cionales en las cuales participa, con el fin de visualizar el proyecto, movilizar las voluntades políticas en torno a éste y sus acciones; y facilitar la participación del proyecto en las redes nacionales que permitan la coordinación con otros organismos, para potenciar, desde sus experiencias, las actividades implementadas por el proyecto.

Principales logros

A pesar de que las acciones del proyecto general aún no terminan, es posible esbozar algunos logros relevantes obtenidos hasta la fecha de la evaluación de medio término. Sin duda, estos avances son vitales para solventar las bases de cualquier acción futura en el marco de la migración y el VIH/SIDA. Uno de los grandes logros y alcances de esta iniciativa ha sido su carácter participativo a lo largo de todo el proceso, lo que sin duda constituye una de las fortalezas que ha permitido su implementación y empoderamiento por parte de las distintas instancias de la comunidad.

Lo anterior da cuenta del segundo gran logro del proyecto: la conformación y el funcionamiento permanente de los comités interinstitucionales, responsables de la ejecución local de las acciones en los extremos del corredor fronterizo. Tal ha sido el grado de participación y compromiso que, con el fin de conocer otras experiencias y socializar la propia, han participado en los encuentros regionales del proyecto. Como producto de estos últimos, se acordó una reunión interfronteriza entre Honduras, El Salvador y Guatemala, con el fin de fortalecer las acciones nacionales y de potenciar la iniciativa mesoamericana.

Por otra parte, gracias al proceso de capacitación y empoderamiento de estos comités como instancias “vivas” dentro de la comunidad, y a que poseen la absoluta claridad sobre el papel que desempeñan en la prevención del VIH/SIDA, se destaca la elaboración de una propuesta adicional en La Entrada de Copán, con la obtención de sus respectivos fondos.

En el plano local y operativo cabe destacar la figura de los “educadores de campo”. Estos constituyen el contacto más cotidiano y directo del proyecto con los sitios de interacción; su apoyo a la coordinación local, así como a los comités interinstitucionales, proporciona una gran permanencia a las acciones, lo que sin duda asegura la continuidad del proyecto en la comunidad.

En cuanto al compromiso de la comunidad con las acciones del proyecto y sus temáticas, los representantes de los sitios de interacción en la comunidad manifestaron el elevado interés, el compromiso y la clara identificación del papel que desempeñan en la prevención del VIH/SIDA, en especial entre las poblaciones móviles y migrantes, que forman parte de su habitual clientela.

Finalmente, en un plano más macro del proyecto, otro de los grandes avances y fortalezas se relaciona con el interés y la preocupación mundial que existe sobre los temas abordados: el VIH/SIDA y la migración. En este sentido, destaca el nuevo apoyo financiero del grupo de estudio sobre el SIDA de la ONU (ONUSIDA), que implicó extender los plazos y rehacer el cronograma inicial hasta diciembre de este año, con la incorporación de nuevas actividades tendientes a fortalecer lo ya realizado.

Recomendaciones finales

Para todos los actores involucrados en este proyecto el tema de la migración y su vínculo con el VIH/SIDA es una dimensión reciente, por lo que su entendimiento y apropiación son aún insuficientes y requieren de un mayor apoyo. Si no se logran avances en este aspecto, identificado como una de las grandes debilidades del proyecto, las capacitaciones y la multiplicación de la información en los otros ámbitos no tendrán el alcance deseado.

Dado que los temas de la migración y los derechos humanos, así como el estigma y la discriminación que conllevan, son percibidos como debilidades del proyecto y de los equipos de trabajo, se sugiere proporcionar refuerzos en el conocimiento de estos temas a todos los grupos implicados, a través de la capacitación por parte de los organismos que tengan una trayectoria en dichas temáticas. En segundo término, se propone un acompañamiento técnico y formativo permanente, dirigido a los equipos locales, incluyendo a los comités interinstitucionales. Esta profundización temática y formativa, junto con el apoyo técnico permanente a los comités, es una de las tareas básicas, pues dichas debilidades impactan de manera directa el trabajo con la comunidad (por ejemplo en los sitios de interacción). lo que se ve reflejado en los mensajes que ésta interioriza y reproduce con las poblaciones meta del proyecto.

Debido a lo anterior, la labor con los sitios de interacción debe ser continua y motivadora. No se debe olvidar que son estos actores los que finalmente materializan el proyecto en la vida cotidiana del corredor fronterizo y en las interacciones entre las poblaciones móviles y migrantes con las comunidades.

Por otro lado, se reconoce y destaca el logro de la intervención realizada por la ASONOG, que puso el énfasis de su participación en el fortalecimiento de la capacidad organizativa de los dos comités Interinstitucionales. Lo anterior se tradujo en la sustentabilidad de estas instancias; sin embargo, esto no asegura necesariamente la permanencia del proyecto, ya que ambos comités aspiran a su constitución como entidades autónomas con personalidad jurídica para gestionar fondos que apoyen otras iniciativas. Si bien esto

se valora positivamente, se pone a discusión en cuanto al desafío de que estos comités no pierdan la apropiación y la experiencia que poseen en las temáticas de la migración y el VIH/SIDA. Por ello se considera la importancia del papel que podría desempeñar la ASONOG en las múltiples instancias nacionales e internacionales en las cuales participa, con el fin de visualizar el proyecto, movilizar las voluntades políticas y sus acciones en torno a éste; así como facilitar su participación en redes nacionales que permitan la coordinación con otros organismos que puedan potenciar –desde su experiencia y su quehacer– las actividades implementadas por el proyecto.

En ambos lados del corredor fronterizo se coincidió en la necesidad de un aumento en el apoyo y el acompañamiento en la organización de futuras intervenciones. La principal actividad que demandan es una mayor capacitación en los temas afines, con énfasis en el VIH/SIDA, así como un reforzamiento permanente de los contenidos brindados en las capacitaciones.

Por su parte, la totalidad de los entrevistados coincidieron en la necesidad de incorporar nuevos sitios de interacción así como a otras organizaciones que tengan vínculos con estas poblaciones, como las cooperativas del café, ya que sus trabajadores son poblaciones móviles principalmente. También mencionaron a organizaciones no gubernamentales como Plan en Honduras y proyecto DIA, cuyas actividades tienen planes de capacitación en diversos temas y cuentan con los recursos humanos y la infraestructura para potenciar estas acciones.

Finalmente, otro de los grandes aspectos a considerar para mejorar el proyecto y sus alcances está relacionado con la metodología de trabajo, la capacidad técnica y el poder de convocatoria de quienes brinden las capacitaciones. Si bien los esfuerzos de los comités interinstitucionales han superado lo esperado, es necesario detenerse en este punto –nada menor– para considerar el fortalecimiento de nuevos aspectos en estas instancias que no se han tomado en cuenta hasta ahora: la formación en las grandes temáticas del proyecto, los aspectos metodológicos para proporcionar la información, y los aspectos de comunicación entre las organizaciones.

Ideas para la reflexión

Sin duda, al momento de elaborar e implementar planes y programas educativo-preventivos prácticamente se ha considerado la particularidad del “proceso de enfermar” o dicho en otras palabras: los conceptos de salud y enfermedad de cada grupo, sociedad o comunidad. Conceptos como sexualidad, corporalidad, muerte, y otros, son variables que se deben abordar etnográficamente si se pretende ejecutar programas exitosos en torno a la

prevención del VIH/SIDA. Esto no es diferente para las poblaciones móviles y migrantes que se desplazan a través de diversas fronteras territoriales y, sin duda, culturales.

Los conceptos de salud, enfermedad y riesgo son construcciones socioculturales que suelen abordarse desde una perspectiva epidemiológica clásica; por ello es urgente avanzar hacia nuevas líneas epidemiológicas, donde se consideren otras dimensiones que den cuenta de cómo viven las personas el “proceso de enfermar”, incluyendo el del VIH/SIDA. Para muchos, este último es el resultado no sólo del contacto con un agente patógeno, sino que se suman las relaciones de ese cuerpo físico con su entorno, del ámbito individual con el sociocultural. La manera de abordar este problema debe ir más allá del ámbito personal y de la responsabilidad individual en cuanto a la adquisición del virus, en particular si se trata de la movilidad poblacional, y por ende, de relaciones multiculturales que traspasan fronteras de toda índole.

Después de esta revisión general en cuanto al vínculo entre la migración indocumentada, la movilidad poblacional y el VIH/SIDA, se hace evidente la necesidad de producir un mayor conocimiento en torno a la diversidad sociocultural y una profundización de los conceptos de vulnerabilidad y riesgo –enmarcados en el campo de la antropología de la salud–, con el fin de que se puedan establecer estrategias más efectivas relacionadas con el control y la prevención de la epidemia del VIH/SIDA. Es importante que estas estrategias consideren aún más los aspectos socioculturales de las poblaciones que se desplazan, y que incluyan a estos colectivos en la implementación de las acciones orientadas a la prevención y a la asistencia de la epidemia, en el marco de la movilidad poblacional.

La promoción de la salud y toda iniciativa que tienda a reducir la infección del VIH/SIDA debe entenderse como una red de elementos y recursos sociales, físicos, económicos, institucionales y culturales de un subgrupo de la población general; por ello, habrá representaciones, comportamientos y miradas subjetivas acerca del problema y de la manera de abordarlo, que entrarán en juego y operación de manera paralela a la iniciativa “formal” basada en decisiones y políticas públicas. El proceso mismo irá incluyendo también los propios “saberes” de los colectivos abordados, por lo que las instancias y actores oficiales deben aprender a combinar y convivir con ambos abordajes y con los que surjan en el camino.

Finalmente, y en la misma línea, otro de los retos y quizá el más difícil, está en revisar los fracasos de muchas iniciativas tendientes a la prevención del VIH/SIDA, las cuales se han basado sólo en los datos epidemiológicos generales, sin considerar si el VIH/SIDA es un problema cercano para los

grupos a los que se han dirigido las diversas campañas. Si éstos no lo visualizan como un problema que les afecte directamente o constituya una amenaza real e inmediata, de poco o nada servirán los esfuerzos oficiales para reducir los efectos de la epidemia. El desafío está entonces en abrir y ampliar el diálogo intercultural en cuanto a la salud, la enfermedad y la asistencia, en este caso en particular, incorporando el tema de la movilidad poblacional.

Referencias

1. Secretaría de Gobernación y Justicia. VII Análisis estadístico: hondureños deportados con procedencia de EEUU, México y Belice. Tegucigalpa: Dirección General de Población y Política Migratoria, 1997-1999.
2. Centro de Investigación y Promoción de los Derechos Humanos/Alto comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Las migraciones, sus etapas y el refugio en Honduras. Tegucigalpa: CIPRODEH, 2003.
3. ASONOG, Santa Rosa de Copán. Documento interno. Tegucigalpa. [Consultado el 20 de marzo de 2004]. Disponible en <http://www.asonog.hn>.
4. Secretaría de Salud Pública de Honduras. Encuesta Nacional de Epidemiología y Salud Familiar 2001. Tegucigalpa: Secretaría de Salud –USAID, 2001.
5. Departamento de ITS/VIH/SIDA. Análisis de situación y análisis de respuesta del VIH/SIDA en Honduras. 2002. Tegucigalpa: Secretaría de Salud, 2002.
6. ASONOG. Misión y Visión. [Consultado el 25 de marzo de 2005]. Disponible en: <http://www.asonog.hn/seccion1/>.

MÉXICO CHETUMAL, QUINTANA ROO

SILVIA MAGALI CUADRA, RENÉ LEYVA FLORES, MARTA CABALLERO,
CLAUDIA GUERRERO, SAÚL BADILLO, LORENA CAREAGA

CHETUMAL, LA FRONTERA Y SUS DINÁMICAS HISTÓRICAS DE MOVILIDAD POBLACIONAL

Desde su fundación, la ciudad de Chetumal, conocida hasta 1936 como Payo Obispo, ha sido un lugar de intenso movimiento poblacional y, por lo tanto, de intercambios entre diferentes grupos sociales. Ubicada en la desembocadura del río Hondo, frontera natural y oficial entre México y Belice, participa de una dinámica cultural muy compleja, que incluye, en el lado mexicano a quintanarroenses, mayas y pobladores de otras regiones de la península de Yucatán, de México y del extranjero, y del lado beliceño, a grupos de origen africano, europeo y asiático.

Tanto los tratados de límites Mariscal-Spencer, firmados en 1893 y luego ratificados por México y la Gran Bretaña, que establecían la frontera con la entonces Honduras Británica, como la fundación de Payo Obispo el cinco de mayo de 1898 por el subteniente de la Armada Othón P. Blanco, fueron parte de un plan del gobierno porfirista para pacificar la región oriental de la península de Yucatán que llevaba medio siglo en poder de los mayas rebeldes, en un episodio histórico crucial de la historia regional conocido como la Guerra de Castas.*¹ Poco después, en 1902, se creó por decreto presidencial el

* Esta lucha inició el 30 de julio de 1847 como una forma de resistencia indígena ante la extensión de los latifundios, despojo y explotación desde la época de la colonia hasta fines del siglo XIX. Las rebeliones determinaron: "[...] la división política definitiva de la península en tres entidades [...] Asimismo, este fenómeno histórico mantuvo durante varias décadas, al oriente de la Península de Yucatán como la última frontera del país fuera del control del estado mexicano (y se trató) del único ejemplo de un Estado indígena separado *de facto* de un gobierno y un país". Fue una rebelión que duró más de 50 años, en la que los mayas se adueñaron *de facto* de la región oriental de la península de Yucatán.

Territorio de Quintana Roo. De esa época data el establecimiento de la que fuera una de las dos principales actividades económicas de la ciudad: la explotación del chicle, junto con la ya para entonces extensiva explotación de maderas preciosas. A la par se instituyó el régimen de excepción aduanal, que permitía la importación de productos libres de impuestos, la otra vertiente de la economía del territorio. La zona libre habría de perdurar durante varias décadas, incluso después de que Quintana Roo fuera transformado en estado en 1974.²

Durante la década de los cuarenta, debido a la explotación del chicle y de las maderas preciosas, grupos de trabajadores y dueños de compañías extranjeras y nacionales se dieron cita en la región. A causa de lo anterior tuvieron lugar movimientos de población al interior de las selvas y en circuitos marítimos ligados a la exportación, cuyo puerto principal se situaba en Belice.³ Así, desde su fundación, la posición geopolítica y la actividad económica de la ciudad provocaron intensos movimientos poblacionales de tropas, de personal administrativo, de cuadrillas de trabajadores que talaban y comerciaban maderas, de dueños de plantaciones y de personas asentadas en ambos lados del río.

A partir de 1960, la principal actividad económica de Chetumal se centró en la venta de artículos libres de impuestos. En ese entonces Chetumal se convirtió en un punto de convergencia de comerciantes y compradores de México y del extranjero. En la segunda mitad de la década de los ochenta, la actividad económica de la ciudad se desplomó debido a que las políticas de apertura comercial, iniciadas durante el gobierno del presidente Miguel de La Madrid –y que continúan hasta nuestros días–, provocaron el cierre de comercios y la migración de sus pobladores.⁴

No obstante, a raíz de la construcción de la Plaza de las Américas y de la consiguiente migración de empleados de todos los puntos del país y sus familias, Chetumal experimenta una recuperación económica sorprendente. Hoy en día, con alrededor de 250 mil habitantes, Chetumal continúa creciendo, ya que se están abriendo nuevos comercios, no ya de importaciones, sino de cadenas comerciales que existen en el resto del país. Los precios de los bienes raíces se han disparado y continuamente se construyen viviendas para albergar a una creciente población proveniente de otros lugares de la República.

Actualmente, la ciudad de Chetumal es el punto de encuentro de grupos poblacionales que se dirigen a Belice o que atraviesan la ribera del río Hondo para llegar a la ciudad de Cancún, fuerte foco de atracción turística y de fuerza de trabajo, junto con lo que comercialmente se ha denominado la

Riviera Maya* (figura 1). El movimiento poblacional del estado de Quintana Roo es intenso; las cifras oficiales así lo reflejan. Durante el periodo de 1995 al 2000, la tasa de inmigración del estado de Quintana Roo fue de 3.7% y de emigración de 1.1%, lo que da como resultado una tasa de inmigración neta de 2.7%, la más alta de todas las entidades federativas de la República Mexicana.**⁵

Además de las rutas que tienen como destino Cancún y la Riviera Maya, en especial Playa del Carmen, en Chetumal pueden observarse grupos de



Figura 1. Mapa de la zona de estudio, de intervención y de evaluación: estado de Quintana Roo y ciudades de Chetumal, Subteniente López y parte de la ribera del río Hondo

* La denominada "Riviera Maya" es un corredor de hoteles turísticos que va de Puerto Morelos, al sur de Cancún, hasta Tulum, incluyendo Playa del Carmen y otras zonas turísticas de importancia dentro de los municipios de Benito Juárez y Solidaridad.

** Las cifras se refieren a la población de cinco años y más a mitad del periodo, y tienen como fuente los cálculos propios del INEGI con base en los resultados de los Tabulados Básicos del XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Aguascalientes, Ags., México, 2001. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. "Tasas de inmigración, emigración y migración neta por entidad federativa, 1995-2000". Consultado el 14 de septiembre de 2004. <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/ent.asp?t=mpob62&c=3883&e=23>

personas provenientes de Belice en busca de productos alimenticios y de diversión. También hay circuitos de movilidad de trabajadores; el más impactante por sus condiciones de explotación es el de los trabajadores de la zona cañera, que son captados por los ingenios azucareros a través del mecanismo conocido como “enganche”. Este mecanismo de reclutamiento se da en sus lugares de origen por medio de préstamos de dinero al inicio de su contrato, que después tendrán que pagar con su jornal. Como el préstamo siempre es mayor al pago, entonces la deuda del trabajador se convierte en un mecanismo de arraigo en ese lugar. Estos jornaleros, algunos de ellos acompañados de sus familias, viven hacinados en “galeras” construidas en localidades como La Unión o Álvaro Obregón. Las “galeras” son cuartos contiguos que sirven de vivienda a los jornaleros agrícolas. Algunas son construidas por los dueños de los ingenios azucareros, otras por la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Se observaron mejores condiciones de vivienda y de higiene en las “galeras” construidas y administradas por SEDESOL respecto a las construidas por la iniciativa privada, las cuales cuentan con un espacio al aire libre que se habilita como cocina y a veces con baños en muy malas condiciones. En estos lugares la higiene es mínima y los obreros se hacinan en los cuartos, con sus familias o solos. Se observó que los trabajadores que viajan con sus compañeras tienen una mejor alimentación y cuidados cotidianos a menor costo, en comparación con los que viajan solos. Además, ello incide en una búsqueda de compañía, generalmente la que brindan las trabajadoras del sexo comercial (TSC). En estas zonas existen numerosos expendios de venta de alcohol y comercio sexual, que se incrementan a la llegada de los jornaleros en las temporadas de zafra.

El comercio sexual en la ciudad de Chetumal se caracteriza por una alta movilidad de mujeres en TSC, ya que el mercado exige el intercambio y recambio constante de mujeres. El estigma y la discriminación hacia las mujeres insertas en el trabajo sexual por parte de las autoridades se reflejan en leyes municipales y estatales persecutorias que atentan contra sus derechos.⁶ Asimismo, familiares y vecinos de la comunidad de origen las obligan a migrar constantemente. Además del rechazo social que estas mujeres experimentan, la migración se da ante la necesidad de buscar mejores condiciones económicas, debido a que la mayoría proviene de regiones marginadas y pauperizadas por las políticas económicas de los países centroamericanos que han promovido la desigualdad y la exclusión social de los grupos más marginados. Las TSC de esta región, algunas provenientes de países centroamericanos, generalmente recorren la ribera del río Hondo y se mueven hacia Cancún, donde trabajan durante algún tiempo para después regresar a Che-

tumal. Algunas de ellas llegan hasta la frontera norte de México y logran cruzar hacia Estados Unidos.⁷

Si bien no existen cifras exactas de la prevalencia del VIH/SIDA en la región, los Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo (SESA) registraron un total de 936 casos acumulados hasta noviembre de 2004.⁸ Según estimaciones del grupo de estudio sobre el SIDA de la ONU (ONUSIDA), Belice tiene una de las cifras más altas de infección por VIH en adultos en Centroamérica, 2% de la población total.⁹ Belice representa también un punto de atracción y encuentro entre migrantes mexicanos y centroamericanos, ya que algunas de sus actividades, por ejemplo la cosecha de la caña de azúcar, es pagada en dólares beliceños, lo que significa una ventaja importante respecto a los salarios de los países vecinos.

Otra característica más de la región estudiada, del lado mexicano, fue la ausencia de agrupaciones de la sociedad civil participantes en el diseño de políticas, ya fuera a través de acciones públicas o en espacios institucionales, como es el caso del Consejo Estatal de Lucha contra el SIDA (COESIDA). La excepción fue Punto de Encuentro de la Comunidad, A.C. (PECAC), organización que estaba en vías de constituirse legalmente, cosa que ocurrió a principios de octubre de 2001. Este vacío fue considerado una de las vulnerabilidades más importantes de la región.

Con base en este conocimiento, se desarrollaron estrategias que buscaron reducir los contextos que propiciaran la transmisión del VIH. La organización de la sociedad civil fue el eje de estas intervenciones, con la idea de plantear acciones puntuales coordinadas con las instituciones estatales ligadas a la promoción de la salud.

El objetivo de este trabajo fue evaluar las intervenciones que se implementaron en la zona de la ribera del río Hondo para reducir las condiciones de vulnerabilidad de las poblaciones móviles ante el VIH/SIDA. La evaluación busca comparar el diagnóstico inicial con los resultados finales, así como explicar los procesos que se desarrollaron para llevar a cabo estas acciones. Estas intervenciones necesariamente involucraron a instituciones de salud pública e intentaron incidir en el ámbito de las políticas de salud.

METODOLOGÍA: LAS PREMISAS DE PARTIDA Y LAS FORMAS DE EVALUACIÓN

Durante la fase de ejecución del proyecto se partió de tres premisas teóricas que permitieron la clasificación de las intervenciones como punto de partida para su análisis. La primera fue considerar que las intervenciones tenían que incidir en el plano de lo estructural; es decir, estar vinculadas a una posible

modificación de las condiciones de vulnerabilidad encontradas en la región durante la fase de diagnóstico. La aproximación a partir de los diferentes contextos sociales permitió la articulación del diagnóstico basal y determinó la forma en que se desarrollaron las intervenciones.

La segunda premisa fue observar la frontera como un espacio de complejas interacciones en el cual existe la posibilidad de un cambio social. Se buscó ampliar el concepto tradicional de frontera que la limita como un espacio geográfico enmarcado en el territorio:

Un tipo diferente de región que se establece y delimita con base en una circunstancia de contraste entre el elemento dinámico localizado y un área circundante, expuesta a sus efectos. De dicho núcleo o polo emanan efectos transformadores de su entorno, en los cuales, bajo el supuesto de que se irradian de manera amplia, dan lugar a una región polarizada. Este enfoque combina la posibilidad de atributos preexistentes con la existencia de potencialidades y de viabilidad de uno o varios elementos, o bien de un complejo de ellos, para convertirse en el eje de las transformaciones que pueden ocurrir en un ámbito o zona de influencia.¹⁰

Por último, la tercera premisa partió del entendimiento de que el fortalecimiento de la sociedad civil sería el eje para llevar a cabo las intervenciones. Para esto se necesitaba consolidar, jurídica y operativamente, a la organización de la sociedad civil PECAC que contaba con acciones en torno al control del VIH/SIDA en la ciudad de Chetumal. Esta organización tuvo que vincularse a la acción estatal a través de los SESA para iniciar un trabajo que permitiese ampliar la esfera de acción a la frontera. Con ello se esperaba diseñar políticas de salud que incluyeran a los ciudadanos y a las autoridades sanitarias de Belice y, en forma paralela, llevar a cabo acciones específicas de información y de prevención dirigidas al resto de la sociedad.

La puesta en marcha de las intervenciones inició formalmente en el 2002 y continuó hasta el 2004, año en que inició la evaluación del proyecto (figura 2); sin embargo, algunas acciones habían sido realizadas por PECAC desde el 2001 (cuadro I). El monitoreo de las intervenciones durante el periodo de su implantación y la tarea de facilitador recayeron en las autoridades del Centro de Prevención y Control del VIH/SIDA de México (CENSIDA) y de los SESA de Quintana Roo.

La tercera fase, que correspondió a la evaluación de las intervenciones, se realizó durante el año 2004 y estuvo a cargo del Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP).

Se decidió evaluar los resultados mediante metodologías cualitativas, dada la facilidad para el acceso a los informantes y a la necesidad de reconstruir los procesos a partir de los relatos de los actores que participaron en las

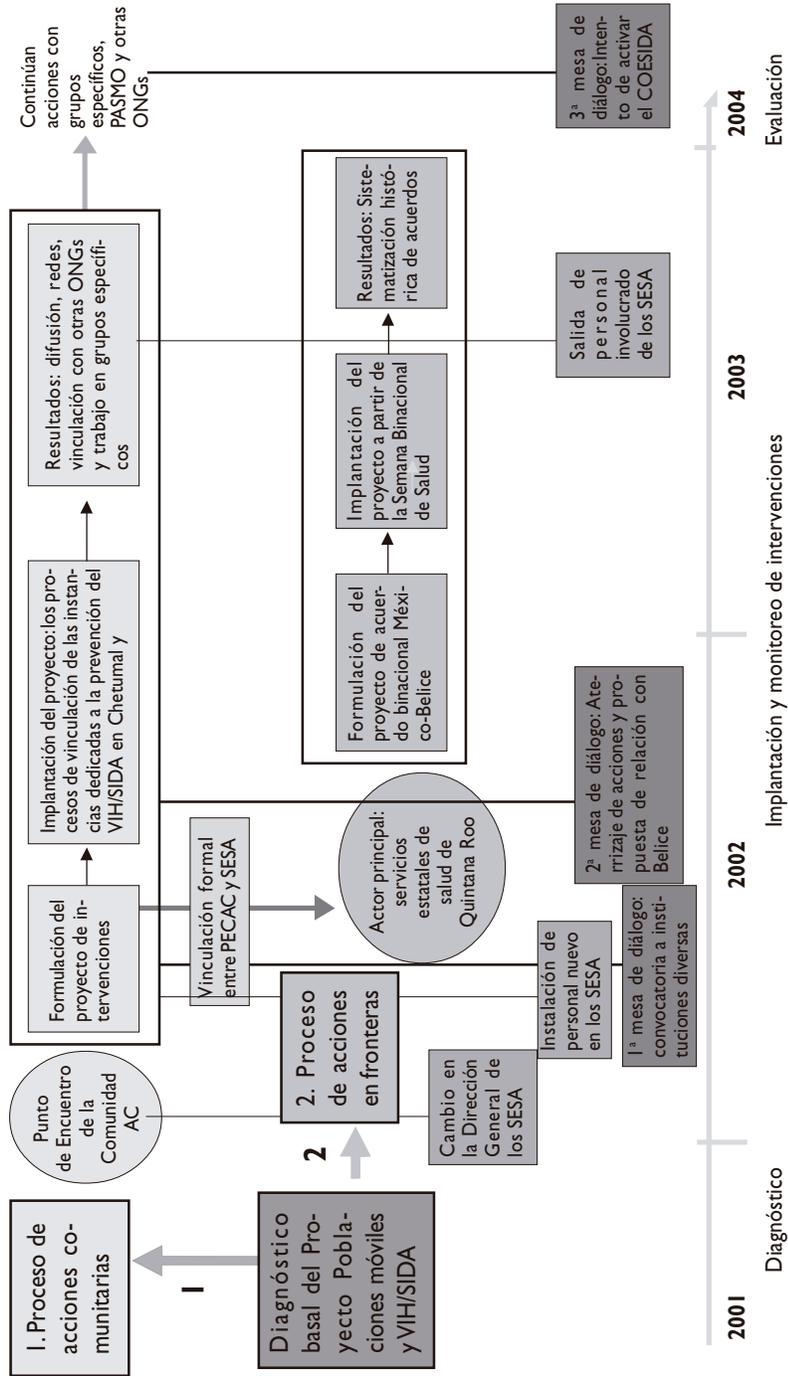
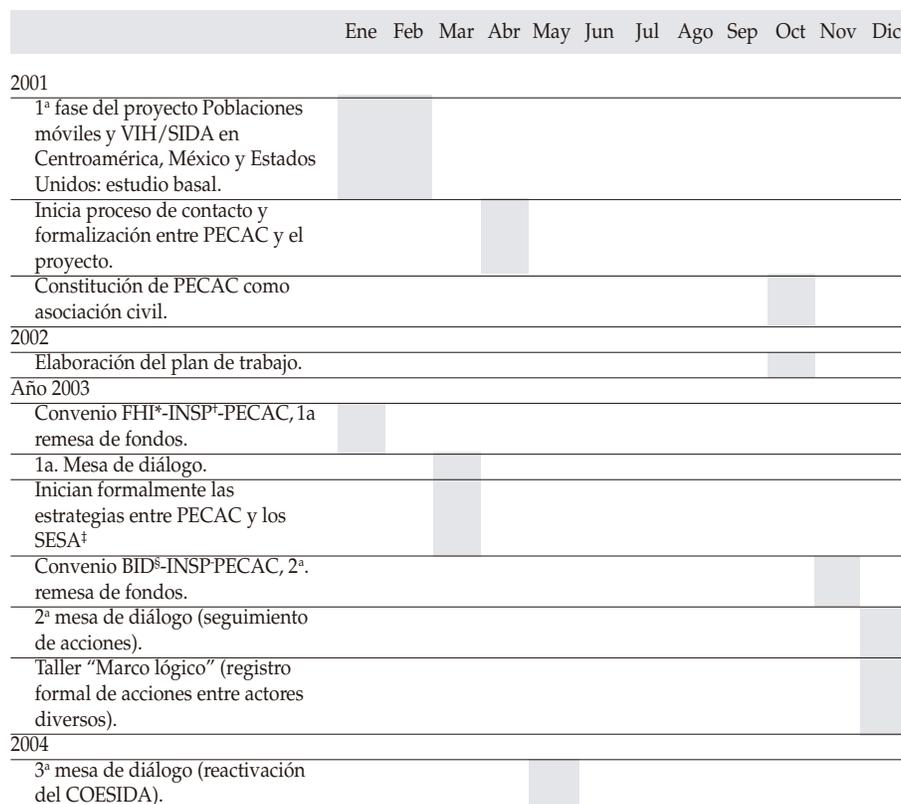


Figura 2. Procesos en dos niveles: acciones comunitarias y políticas de frontera. Chetumal, Q. Roo, 2001-2004

Cuadrol
El proceso de constitución y de consolidación, y las estrategias
para la vinculación institucional de Punto de Encuentro de la Comunidad A.C.
(PECAC). Periodo 2001-2004



* FHI: Family Health Internacional.

† INSP: Instituto Nacional de Salud Pública de México.

‡ SESA: Servicios Estatales de Salud de Quintana Roo.

§ BID: Banco Interamericano de Desarrollo.

intervenciones, tal como lo plantea Bamberger.¹¹ Otra de las ventajas que este autor encuentra en los métodos cualitativos y las evaluaciones, y que se adecuaba al caso que se iba a documentar, es la flexibilidad de los análisis cualitativos, su rapidez y bajo costo, así como el hecho de que las preguntas pueden ser adaptadas a la cultura de los entrevistados, se trate de grupos o de individuos. Por otro lado, una de las debilidades que señala es la dificultad para generalizar, lo cual no afectó a esta evaluación debido a que se trata de un

caso específico. Las limitaciones de esta evaluación se centraron más en la imposibilidad de medir el impacto de las acciones que no estuvieron dirigidas a un blanco fijo de la población, como fueron las campañas radiofónicas dirigidas a la población abierta. Los resultados se clasificaron en diferentes grados de intervención a partir de las acciones, los destinatarios, los objetivos y los procesos, como lo sugieren Stecher y Davis.¹²

Para reconstruir los procesos se realizaron ocho entrevistas semiestructuradas a los principales actores de la intervención: cuatro a funcionarios de los SESA, tres a representantes de la sociedad civil y una a proveedores de servicios de salud. Además, se realizó una observación de campo directa; la revisión documental de cada una de las acciones en reportes financieros, de las minutas de las reuniones, de los planes de trabajo y del material de difusión, así como de la información recabada mediante conversaciones informales con los destinatarios de las intervenciones.

RESULTADOS: LA ACCIÓN COMUNITARIA Y EL ÁMBITO DE LO POLÍTICO

Las acciones llevadas a cabo en la segunda fase y sus resultados se describen en tres apartados. El primero se enfoca en el fortalecimiento de la sociedad civil; el segundo detalla las acciones de la sociedad civil y abarca los procesos de vinculación de las instancias dedicadas a la prevención del VIH/SIDA en Chetumal, las acciones comunitarias y el trabajo con grupos específicos; finalmente, el tercer apartado describe los cambios que, en la dimensión de las políticas de cooperación transfronteriza entre México y Belice, se efectuaron a partir de la interacción entre la sociedad civil (PECAC) y el Estado (SESA) (figura 2).

Fortalecimiento de la sociedad civil

A finales del año 2001, el equipo de investigación que participó en el diagnóstico basal sugirió la necesidad de fortalecer a la sociedad civil de Chetumal para que las intervenciones en la región fueran efectivas. La presencia de algún grupo organizado facilitaría el debate sobre la transmisión del VIH/SIDA y la movilidad de las poblaciones, en un contexto en el que no se hablaba sobre las formas y los determinantes de la transmisión, ni se consideraban los movimientos poblacionales como componentes estratégicos de los programas de salud.

Para iniciar la intervención en la zona se planteó la posibilidad de institucionalizar a PECAC, la agrupación de la sociedad civil que había ya iniciado una campaña sobre el VIH/SIDA en la región. En octubre de 2001 ésta

se consolidó como asociación civil, tanto en el ámbito jurídico como en el de su sustentabilidad. Para ello se analizaron los mecanismos administrativos que le permitieran poseer una viabilidad financiera en el largo plazo. Con base en un plan de trabajo diseñado por PECAC se planeó su financiamiento a través de dos agencias internacionales interesadas en el control del VIH/SIDA: Family Health Internacional (FHI) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (cuadro I). Bajo la supervisión del INSP se diseñaron dos vías de administración alternas. En la primera, a través del departamento administrativo del INSP, la asociación civil recibió el dinero para las acciones de prevención dirigidas a grupos específicos de la comunidad. En la segunda, PECAC, bajo el monitoreo del INSP, administró los fondos que fluyeron hacia los SESA, para que éstos a su vez organizaran las acciones relacionadas con la construcción de programas y políticas de prevención y control del VIH, en cooperación con las autoridades de Belice. En ambos casos la comprobación fiscal corrió a cargo de PECAC y, en estas tareas, la administración interna de PECAC fluyó sin complicaciones. En forma paralela se inició un proceso de capacitación más profundo de los integrantes de PECAC sobre temas relacionados con el VIH/SIDA (cuadro II).

Mientras tanto, en los SESA la situación se volvía compleja, pues los cambios en la dirección de la Secretaría de Salud estatal provocaron el extravío de los acuerdos para colaborar en el proyecto firmados entre los SESA, el CENSIDA y el INSP. En los archivos de la institución quintanarroense no había rastro de las cartas o de las minutas de los acuerdos entre las tres instituciones participantes. El extravío de los resultados del diagnóstico basal llevó a que se perdiera el interés en los hallazgos de la investigación.

Sin embargo, una vez reinstalado el nuevo gabinete y reorganizado el equipo de trabajo en los SESA, se convocó a una reunión para devolver los resultados de dicho diagnóstico. Fue entonces cuando los SESA, el CENSIDA, el INSP y la recién consolidada agrupación PECAC reunieron a los actores más importantes en el campo de la prevención del VIH/SIDA. Entre los grupos de la sociedad que participaron podemos mencionar el de los hombres que tienen sexo con otros hombres, las asociaciones civiles de Cancún y el personal del Instituto Quintanarroense de la Mujer. Asistieron también los directivos y el personal del programa estatal de control del VIH/SIDA, de las jurisdicciones sanitarias de Chetumal y de los centros de salud que atienden a las mujeres en TSC. A lo largo de la reunión se resaltó la importancia de que existiese una interlocución entre la sociedad civil y el estado, representado por los SESA.

Desde la óptica de los directores de los programas de salud, sus acciones eran incuestionables y no existían razones válidas para rendir cuentas al resto de la sociedad. La presencia de PECAC y de otros grupos de la sociedad

Cuadro II
Acciones de entrenamiento y de intercambio de información
sobre VIH/SIDA para consolidar a Punto de Encuentro de la Comunidad, A. C.
(PECAC). Periodo 2001-2004

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2001												
Curso corto sobre VIH/SIDA en el INSP*												
Diplomado sobre VIH/SIDA en el INSP.												
Curso de la Asociación Mexicana de Tanatología, A. C.												
Foro-taller sobre resultados del diagnóstico del proyecto Poblaciones móviles en Centroamérica, México y Estados Unidos, organizado por INSP y CENSIDA.†												
2002												
Conferencia sobre VIH/SIDA organizada por Diócesis Católica de las Islas Vírgenes y Catholic Campaign for Human Development, EUA.												
2003												
Primer taller regional del proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos, organizado por el INSP y CENSIDA, Cuernavaca, Morelos.												
Segundo taller regional del proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos, organizado por el INSP y CENSIDA, Ciudad de Panamá, Panamá.												
2004												
Taller mesoamericano sobre formación de redes del proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos.												

* INSP: Instituto Nacional de Salud Pública de México.

† Centro Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA de México.

civil en la reunión causó desconfianza entre los directivos del programa estatal de VIH/SIDA. Esto posiblemente fue resultado de la inexistencia de un diálogo previo con la sociedad civil. La brecha entre la sociedad civil y las autoridades sanitarias disminuyó en la siguiente fase del proyecto debido a la presencia de nuevos actores políticos al interior de los SESA, a la perseverancia de todos los actores para fomentar espacios de diálogo, a un cambio de actitud en los directivos de los SESA y a la tenaz labor de la organización civil.

Las acciones de la asociación civil PECAC

Una vez consolidada la asociación civil en el ámbito jurídico, con financiamiento y con un plan de trabajo, el PECAC realizó diversas tareas, que para su análisis se han agrupado en tres procesos: uno de vinculación con las instancias dedicadas a la prevención del VIH/SIDA en Chetumal; el segundo relacionado con las acciones en el ámbito comunitario, y, finalmente, el trabajo con grupos específicos de la población.

Para fines de 2003 y durante 2004, al convocar a la firma de un convenio de salud con las autoridades sanitarias de Belice, los SESA situaron la discusión sobre las poblaciones móviles en la política regional.

Así, la intervención transcurrió en dos ámbitos de acción y en tiempos diferentes, primero con la convocatoria a las organizaciones que podrían involucrarse en la lucha contra el VIH/SIDA, que dio lugar a acciones en Chetumal y la ribera del río Hondo, y en el plano binacional, los acuerdos entre las autoridades sanitarias de México y Belice y las consiguientes acciones conjuntas (figura 2).

Las acciones de la asociación civil y los procesos de vinculación

La organización de los diferentes actores que podrían aglutinarse alrededor de la lucha contra el SIDA inició con la convocatoria por parte de PECAC y de los SESA para participar en tres mesas de diálogo. A la primera convocatoria acudieron actores importantes en el contexto de las políticas sobre la prevención del VIH/SIDA en el ámbito nacional. Participaron la directora de CENSI-DA, el director del CISS del INSP, el secretario de Salud de Quintana Roo, el director de los SESA, además de 54 personas representantes de diversas instancias del gobierno y de la sociedad civil. En este espacio de intercambio se consolidó el interés por el proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos; se debatió acerca de la transmisión de la infección y de su importancia en una zona de alta movilidad como es la

frontera con Belice. Además, se dieron a conocer los planes para las intervenciones y se enumeraron los principales problemas y las acciones de trabajo que se realizarían en conjunto entre diversas instituciones y organizaciones sociales estatales. Esta colaboración multisectorial incluyó a instituciones como el DIF, a las autoridades municipales de Othón P. Blanco –municipio donde se asienta la ciudad de Chetumal– y al Consejo Estatal de Población (COES-PO), entre otras; además, vinculó programas que abordaban temas como el de las mujeres y la violencia con el de la transmisión del VIH/SIDA, desde el enfoque de los contextos de vulnerabilidad.

La colaboración multisectorial sirvió también para conformar una nueva relación con la sociedad al interior del nuevo equipo de trabajo de los SESA, en donde éste aceptó que la estrategia para prevenir la transmisión del VIH/SIDA debía incluir las acciones de los grupos civiles organizados. Fue muy relevante para el proyecto que el tema de la movilidad de las poblaciones en una ciudad fronteriza, hasta ese momento ausente en los programas de las organizaciones, fuera incluido como componente estratégico en los programas estatales.

Después de esta reunión, PECAC inició la recopilación de datos para un directorio de instancias gubernamentales, de organizaciones de la sociedad civil y de individuos que trabajan el tema de VIH/SIDA en Chetumal, en la ribera del río Hondo, en Belice y en Guatemala. Dicho directorio formó parte de la estrategia de conformación de redes en la región (cuadro III).

Las acciones comunitarias

Los recursos financieros se destinaron, entre otras acciones, a campañas masivas sobre la prevención, en las que se aprovechó la radio como un medio cuya difusión abarca no sólo Chetumal sino también la ribera del río Hondo. Se diseñaron y grabaron mensajes radiofónicos en español, maya e inglés bajo la producción del Sistema Quintanarroense de Comunicación Social. La campaña informativa tuvo tres periodos: la primera, desde finales de julio hasta principios de septiembre de 2003; la segunda, de octubre a noviembre del mismo año; y la tercera, de marzo a mayo de 2004. Se transmitieron cuatro mensajes en cuatro estaciones locales, ocho veces al día, en promedio. Al final de las tres campañas participaron 12 estaciones de radio. Durante el último periodo de la campaña se realizó en Belice una traducción de los mensajes, con el fin de captar los modismos del idioma criollo. En forma paralela, PECAC brindó información sobre el VIH/SIDA y participó en diferentes programas para jóvenes, en entrevistas realizadas en la televisión y en la radio local, y en revistas y diarios locales (cuadro III).

Cuadro V
Acciones de intervención comunitaria: conferencias, cursos
y talleres impartidos directamente por Punto de Encuentro
de la Comunidad A.C. (PECAC). Periodo 2002

Impartió conferencias, cursos, charlas y talleres en temas de prevención, de derechos humanos y de derechos de las minorías a:	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ag	Sep	Oct	Nov	Dic
	2002											
Alumnos de la Universidad de Quintana Roo, 2ª semana de salud estudiantil.			■									
Integrantes de la Comisión Estatal de Derechos Humanos.			■									
Custodios del Centro de Readaptación Social de Quintana Roo.				■								
Empleados del restaurante Euroensaladas.				■								
Mujeres internas en el Centro de Readaptación Social de Quintana Roo.					■	■						
Alumnos del CONALEP de Chetumal. Jornadas de salud.					■							
Alumnos del CONALEP de Felipe Carrillo Puerto. Jornadas de salud: dos charlas sobre SIDA y derechos humanos y otra sobre las minorías sexuales.						■						
Policías judiciales y aspirantes en la Procuraduría Estatal de Justicia de Chetumal					■	■	■	■				
Padres de familia, líderes de colonias y policías en la Procuraduría Estatal de Justicia									■			

centraron en la apertura de espacios de discusión para que el estado iniciara políticas de prevención regionales y binacionales a través de los SESA, en 2004 PECAC, en respuesta a una necesidad planteada en el diagnóstico basal, echó a andar una estrategia de distribución de condones a la comunidad de mujeres que labora en circuitos cercanos al trabajo sexual. A partir de las mesas de diálogo, PECAC estableció contacto con la organización civil *Panamerican Social Marketing Organization*, mejor conocida en el medio por sus siglas PASMO-Belice, la cual financió la distribución de condones en cantinas y restaurantes de Chetumal y de la ribera del río Hondo. La vinculación de PECAC y PASMO permitió el uso de la red de contactos de cada agrupación y el

Cuadro VI
Punto de Encuentro de la Comunidad A.C.: organización de conferencias,
talleres y cursos para la comunidad. Periodo: 2002-2003

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
2002												
Conferencia sobre violencia intrafamiliar. Invitado: Dr. Julián Sinibaldi. Lugar: Museo de la Cultura Maya.												
Curso-taller: "Manejo inmediato de violencia intrafamiliar". Invitado: Dr. Julián Sinibaldi. Lugar: Instituto Quintanarroense de la Mujer.												
Curso-taller: "Fortalecimiento institucional de las ONG". Invitado: Dr. Alejandro Natal.												
Conferencia: "Las organizaciones civiles frente a la globalización: retos y perspectivas". Invitado: Dr. Alejandro Natal. Lugar: Universidad de Quintana Roo.												
Taller: "Formación de multiplicadores". Invitada: Dra. Ma. Luisa Molina del Instituto Quintanarroense de la Mujer de Cancún.												
2003												
Organización y difusión de la conferencia: "VIH y Salud Pública". Invitado: Billy S. Jones de ORC Macro Int. Lugar: Ecosur.												

intercambio de experiencia técnica en las tareas de prevención del VIH/SIDA. La promoción del uso del condón se realizó a través de personas identificadas como "pares" en la comunidad que se reúne en bares y cantinas de Chetumal. El guía clave en esta intervención fue una persona que trabaja en varios establecimientos y que entró en contacto con PECAC a partir de una experiencia cercana de infección con el VIH/SIDA. Esa persona, conocida en el medio de las TSC y entre los dueños de los establecimientos, logró romper las barreras de desconfianza e iniciar la promoción de la cultura del uso del condón entre las meseras y las bailarinas de la ribera del río Hondo. La estrategia utilizada con estos grupos consistió en la realización de pláticas sobre la prevención de la infección del VIH y el reparto de condones en el centro de salud

donde acuden las mujeres a realizarse las revisiones médicas periódicas a las que están obligadas. Posteriormente, se visitaron algunos lugares de trabajo donde también se difundió información sobre la prevención del VIH/SIDA.

Otra población con la cual, hasta el 2004, se seguía trabajando en la promoción del uso del condón es la de los trabajadores del Ingenio Alvaro Obregón, ubicado en la ribera del río Hondo. Debido a su condición de extrema pobreza, este grupo fue catalogado como vulnerable. Se inició el contacto a través del centro de salud de la zona, donde PECAC capacitó a los proveedores de servicios en temas tales como los derechos sexuales y reproductivos.

La ONG propuso una intervención que incluyera la participación de los taxistas de Chetumal que dan servicio en la ribera fronteriza, con el fin de convertirlos en promotores de la prevención del VIH/SIDA. Dado que el gremio se agrupa en un sindicato, la intervención parecía factible; sin embargo, aun cuando se les presentó un plan de trabajo, no se obtuvo respuesta alguna.

Las políticas de la frontera

La segunda mesa de diálogo constituyó un momento clave donde la relación entre PECAC y los SESA se orientó a la elaboración de un proyecto que incluyera a las autoridades de Belice. Para lograr esta tarea, ambas instancias acudieron a un taller llamado “Marco Lógico” con el fin de delimitar objetivos claros. En ese taller se plasmaron las actividades que servirían para extender las acciones a Belice; además de plantearse la necesidad de institucionalizar la participación de la sociedad civil en las decisiones sobre el control de la transmisión del VIH a través de la reactivación del COESIDA, un espacio en el ámbito estatal donde se dan cita diversos actores para plantear acciones y políticas en forma consensuada. Hasta esa fecha, el consejo nunca había sesionado y, aunque existía la declaración oficial de su fundación, ésta nunca se publicó en el Diario Oficial.

Desde el año 2003 se había iniciado el acercamiento entre las autoridades de salud, las organizaciones civiles de Belice, los SESA y PECAC, y era necesario retomar esos contactos. Un primer paso para el acercamiento entre las organizaciones de Belice y de México fue aprovechar la Semana Binacional de Salud, en la cual ambos países habían colaborado en las campañas de vacunación de niños en los dos lados de la ribera del río Hondo. En este proceso, los SESA asumieron un papel rector, mientras PECAC continuaba con acciones comunitarias y con la administración de los fondos. El objetivo era que durante ese evento se firmara un acuerdo binacional de salud, con un fuerte componente de prevención y control del VIH/SIDA entre las poblaciones móviles de la región.

Para plantear esta propuesta, los SESA revisaron acuerdos anteriores que evidenciaban una larga tradición de cooperación en el tema de la salud entre ambos países. Hace 20 años se había firmado el Convenio de Cooperación Trinacional entre México, Belice y Guatemala para hacer frente al dengue y al paludismo, seguido por acuerdos para controlar el cólera y un acuerdo para enfrentar infecciones de transmisión sexual y los primeros casos de VIH/SIDA (1986). Sin embargo, se identificó que ninguno de estos acuerdos abordaba el tema de la movilidad poblacional ni el de formas de prevención concretas y dirigidas hacia los grupos vulnerables.

Con el objeto de preparar la plataforma política para la firma del acuerdo, en febrero de 2003 los SESA organizaron la conmemoración del XX aniversario de cooperación México-Belice en las instalaciones del Museo de la Cultura Maya de Chetumal. En dicho evento se realizó un recuento histórico de los acuerdos y se presentaron las nuevas estrategias. Acudieron el secretario de Salud Estatal y director de los SESA en Quintana Roo, el viceministro de Salud de Belice, la directora de Asuntos Internacionales de la Secretaría de Salud y los directores de Epidemiología y de los programas de VIH/SIDA de ambos países. Además, se montó una exposición fotográfica abierta a todo el público que documentaba la firma de los antecedentes binacionales de cooperación entre los dos países.

La firma del acuerdo no prosperó. Por un lado, los fondos del BID eran insuficientes para sustentar acciones a largo plazo y no había un presupuesto ni estatal ni federal que las financiase. Por otro lado, la voluntad política para llevarlo a cabo se diluyó en aras de solucionar problemas más importantes en la región. En la redacción del acuerdo no se incluía a la sociedad civil organizada de ningún país.

EPÍLOGO DE LOS PROCESOS DE INTERVENCIÓN

En el año 2004, durante la tercera y última mesa de diálogo, se intentó retomar el tema de la reactivación del COESIDA. A la reunión acudieron miembros de organizaciones diversas relacionadas con la educación pública y los derechos humanos, así como representantes de grupos gay, miembros del sector militar, del CENSIDA, del INSP y de los SESA; sin embargo, ninguno contaba con una representación que validara los consensos. Además, los asistentes no podían formar parte del COESIDA o echar a andar los acuerdos sin antes haber sido convocados por el director general de los SESA, quien preside los Consejos Estatales. En esa ocasión el director no se presentó a la reunión ni mandó un representante oficial, por lo que las intenciones de reactivar el COESIDA se diluyeron.

Desde entonces PECAC ha continuado con las acciones de prevención hacia grupos específicos, como la promoción del condón entre hombres que tienen sexo con otros hombres y mujeres que trabajan en bares y cantinas de Chetumal y de la ribera del río Hondo. Ha llevado a cabo talleres de sensibilización en conjunto con SEDESOL, entre ellos “El cuidado del paciente con SIDA en casa”, y “Sensibilización y notificación de resultados de pruebas de laboratorio”, con la intención de formar multiplicadores para transmitir estas experiencias en diversos foros. A finales de 2004, la ONG coordinó un taller ofrecido por Ipas-México sobre VIH/SIDA y violencia doméstica. Por último, para el año 2005 se planea una intervención más cercana con el grupo de apoyo para PVVS del Hospital General de Chetumal y con la Clínica del ISS-STE, con el fin de analizar temas relacionados con el estigma y la discriminación hacia las personas infectadas con este virus y sensibilizar al personal que labora en las áreas de salud.

CONCLUSIONES

Las acciones llevadas a cabo en la ciudad de Chetumal y la ribera del río Hondo tuvieron como eje de acción el fortalecimiento de la sociedad civil, la cual funcionaría como un catalizador para colocar a la movilidad poblacional y el VIH/SIDA como temas centrales y estratégicos en el desarrollo de intervenciones en la salud dentro de la región.

Detrás de esta acción subyacían varias premisas. La primera es que la investigación científica puede y debe brindar insumos para la estructuración de políticas públicas que respondan a las necesidades específicas de las regiones y de los grupos sociales que interactúan en ellas. La segunda es que la acción de la sociedad civil organizada, en este caso PECAC, puede servir como interlocutor eficaz y operacionalizar el discurso estatal representado por los SESA. La tercera y última premisa es que en la región fronteriza se hacen necesarias acciones bilaterales, a partir de acuerdos consensuados, con el fin de incidir realmente en la salud de las poblaciones. El sustento teórico fundamental de estas premisas fue la noción de los contextos sociales,¹³ como lugares donde se determina, acciona y reproduce el riesgo; y la noción de región, como un lugar que excede el límite territorial y donde las interrelaciones sociales hacen posible el cambio.¹⁰

Una de las lecciones aprendidas en esta intervención fue que la sustentabilidad financiera de los grupos es una condición importante para lograr intervenciones efectivas, y ésta sólo se logra a partir de un trabajo conjunto entre instituciones con experiencia en ese campo, como sucedió con la participación del INSP y el CENSIDA, entidades que, con sus redes y experiencia

en el área de la búsqueda de financiamientos, lograron brindar una plataforma administrativa sólida para la fundación y operación de PECAC.

Sin embargo, la consecución de los fondos para llevar a cabo las acciones no es por sí misma garantía de sustentabilidad. Es necesario contar con un grupo de personas interesadas y un mínimo de infraestructura para llevar a cabo planes de intervención, sea en el plano comunitario o en el ámbito de las políticas de salud. Por ejemplo, en el caso de las intervenciones transfronterizas se vivió un proceso más limitado en comparación con el de PECAC y sus acciones comunitarias. Allí el acuerdo para realizar intervenciones en el ámbito de la salud entre México y Belice no contaba con un presupuesto que garantizara su futuro, y tampoco con la sensibilidad política para su cabildo. Esta carencia de voluntad política para llevar a cabo una acción binacional y para la revitalización del COESIDA es un ejemplo de la importancia de vincular a los tomadores de decisiones con los argumentos producidos en la esfera de lo científico; pero también nos indica que la relación prosperará si los políticos cuentan con una mínima cultura en su oficio que permita el diálogo entre los dos universos.

Esta evaluación también demuestra que si bien las acciones puntuales, tanto en la prevención como en la atención, son necesarias para hacer frente a la enfermedad, estas acciones deben a su vez incidir en la formación de “nichos políticos”, de personas con representación institucional que garanticen el diálogo y la producción de políticas de bienestar para la sociedad. El tema de la salud en regiones fronterizas en el contexto de la migración constituye un campo donde la bilateralidad es una condición para articular estas políticas. Cerrar el diálogo, así como tratar de limitar con acciones persecutorias el flujo de personas por miedo a la transmisión del VIH/SIDA, es una manera de encubrir el problema, haciéndolo invisible para la sociedad y acentuando la condición vulnerable de grupos como los migrantes indocumentados.

La sociedad civil organizada, por sí sola, difícilmente puede llevar a cabo acciones en el ámbito de la diplomacia mexicana. Por otro lado, un Estado sin interlocutores se paraliza y queda al margen de las necesidades reales de las personas a las que dice servir. De ahí que la capacidad de convocatoria y organización del Estado, representado por los SESA, haya sido un elemento fundamental para aglutinar los esfuerzos de la organización civil para convocar a grupos de Belice; y a su vez, que la organización civil haya logrado visualizar necesidades y movilizar los recursos y las capacidades de la región que los SESA no percibían. Ello demuestra una vez más que en lo referente a las políticas de salud no puede existir un retraimiento del Estado, y que su acción se ve fortalecida en la medida en que la sociedad se moviliza, se organiza y debate.

Referencias

1. Careaga-Viliesid L. Forjadores de identidades: los mayas y los estudios de la cultura maya en Quintana Roo. En: Torres-Maldonado E, ed. *Diacrónica del Caribe mexicano: una historia de Quintana Roo y Cancún*. Ciudad de México: Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco (Biblioteca de Ciencias Sociales y Humanidades. Serie Derecho), 2000:45-47.
2. Careaga-Viliesid L. *Quintana Roo, una historia compartida*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Dr. José Ma. Luis Mora, 1990.
3. César-Dachary A, Arnaiz-Burne SM. *El Caribe mexicano. Una frontera olvidada*. Cozumel: Universidad de Quintana Roo/Fundación de Parques y Museos de Cozumel, 1998.
4. Caballero-Pinzón S. Chetumal, crónica de una ciudad fronteriza. *Ciudades Fronterizas. Revista de Diálogo Cultural* 2000;5(19):9-14.
5. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. *Tasas de inmigración, emigración y migración neta por entidad federativa, 1995-2000*. Aguascalientes: INEGI, 2001. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/est/contenidos/espanol/tematicos/mediano/ent.asp?t=mpob62&c=3883&e=23>. Consultado el 14 de septiembre de 2004.
6. Cuadra-Hernández SM, Leyva R, Hernández D, Bronfman MN. The regulation of STI/HIV/AIDS control among sex workers in two cities along the southern border of Mexico. *Research for sex work*. 2003;(6):18-19.
7. Hernández-Rosete D, Cuadra SM, Dreser A, Caballero M, Leyva R, Bronfman M. Chetumal, México. En: Bronfman M, Negroni M, Leyva R, ed. *Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2004:147-174.
8. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). *Casos acumulados de SIDA por entidad federativa*. 15 de noviembre del 2004. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/conasida/>. Consultado el 10 de enero de 2005. .
9. Banco Mundial. *VIH/SIDA en Centroamérica*. III Congreso Centroamericano de Infecciones Transmitidas Sexualmente/VIH/SIDA (CONCASIDA 2003); 2003 octubre 14. Panamá. Disponible en: <http://wbIn0018.worldbank.org/LAC/LAC.nsf/0/A323B430E178853F85256DBF0054CE44?Opendocument>. Consultado el 15 de febrero de 2005.
10. Castillo MA. *Región y frontera: la frontera sur de México*. En: Kauffer-Michel EF, ed. *Identidades, migraciones y género en la frontera sur de México*. San Cristóbal de las Casas: El Colegio de la Frontera Sur, 2002:19-48.
11. Bamberger M. *Lessons learned and guidelines for the use of integrated approaches*. En: Bamberger M, ed. *Integrating quantitative and qualitative*

- research in development projects. Washington, D.C.: The World Bank, 2000:145-164.
12. Stecher BM, Davis WA. How to focus an evaluation. Center for the study of evaluation. Los Angeles: Sage Publications, 1987:63-67.
 13. Bronfman-Pertzovsky M, Leyva R, Negroni M, Rueda C, Kageyama ML, Hernández D. En: Bronfman M, Negroni M, Leyva R, ed. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2004:13-34.

MÉXICO

CIUDAD HIDALGO, CHIAPAS

RENÉ LEYVA FLORES, MARTA CABALLERO, CLAUDIA GUERRERO,
DORIS EDELMAN LÓPEZ, JUANA VALÍN HEBRARD

INTRODUCCIÓN

Ciudad Hidalgo se encuentra en el sureste del estado de Chiapas, México, a orillas del río Suchiate, límite fronterizo con Guatemala; su población total se estima en 12 500 habitantes, con una población flotante de 16% a 30% del total.* Esta localidad se comunica con la ciudad guatemalteca Tecún Umán a través del puente internacional. Ambas comunidades conforman un complejo escenario de movilidad interfronteriza e internacional en el que interactúan diferentes grupos de población móvil (trailereros, trabajadores agrícolas temporales, trabajadores sexuales, transmigrantes, migrantes indocumentados, etc.) con la población local. Por medio del puente internacional se lleva a cabo el tránsito interfronterizo autorizado de personas y vehículos, mientras que el río Suchiate funciona como la vía de cruce no documentado, tanto para la población residente de ambas localidades, como para los ciudadanos de los países centroamericanos y de otros países que se dirigen hacia Estados Unidos. El Ferrocarril Panamericano es un transporte de carga cuya estación terminal se encuentra en Ciudad Hidalgo y se ha constituido como el medio más utilizado por los migrantes indocumentados que pretenden llegar a Estados Unidos.

La economía de Ciudad Hidalgo se ha desarrollado a la par de esta dinámica fronteriza; su población vive básicamente del intercambio comercial y del abastecimiento de los servicios a los distintos grupos móviles.

Entre enero y febrero de 2001 se realizó un estudio de caso en esta localidad con el propósito de analizar la relación entre el contexto socioeconómico, el cultural y el político, y la vulnerabilidad de las poblaciones, tanto móviles como locales, a las infecciones de transmisión sexual (ITS) y al virus de inmu-

*Centro de Salud de Ciudad Hidalgo. Censo de Población 2000. Ciudad Hidalgo, Chiapas, 2000.

nodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA). El estudio incluyó una descripción etnográfica de la localidad, entrevistas a profundidad hechas a importantes actores,* así como el levantamiento de una encuesta poblacional aleatoria en las viviendas de la localidad.

Los resultados más relevantes del estudio aportaron información sobre la dinámica de la movilidad poblacional interfronteriza y los escenarios de vulnerabilidad para los distintos grupos móviles; el punto de vista de la población local sobre la relación entre el VIH/SIDA y la migración, y la respuesta de las diferentes organizaciones sociales ante este fenómeno.¹

DINÁMICA DE MOVILIDAD POBLACIONAL Y ESCENARIOS DE VULNERABILIDAD

En el estudio de caso se identificaron cuatro grupos de interés para el análisis: los migrantes indocumentados, los trabajadores agrícolas, los trailereros y las trabajadoras del sexo comercial (TSC).¹

Los migrantes indocumentados, en su mayoría jóvenes, permanecen poco tiempo en Ciudad Hidalgo, y como consecuencia tienen escasa interacción con la población local. Su tránsito está vinculado con los horarios de salida del tren; durante la espera, en el recorrido del tren o en los diversos caminos para evadir las casetas migratorias, suelen ser objeto de asaltos, de abusos de autoridad y de agresiones físicas o sexuales. Debido a su condición de vulnerabilidad, frecuentemente se enfrentan a la necesidad de efectuar algún intercambio sexual para sufragar sus necesidades vitales, ya sea durante su tránsito o para adquirir algún beneficio relacionado con el viaje. Su capacidad de respuesta individual y de negociación ante estas condiciones es escasa, y se agrava ante la débil estructura de apoyo social y el rechazo de la población local.

Por otra parte, los trabajadores agrícolas que cruzan la frontera desde diversas regiones rurales de Guatemala, ingresan a México, según la temporada de cosecha, para trabajar en las fincas de Chiapas. En el año 2001 se registraron aproximadamente 70 000 casos;² sin embargo, se desconoce la cantidad de trabajadores agrícolas que ingresó a México sin documentos. Las condiciones de vida en las fincas son de subsistencia, el salario es bajo, y en general viven hacinados y sin servicios públicos (particularmente de educa-

* Dirigentes de organizaciones civiles, autoridades del gobierno municipal, líderes religiosos, trabajadoras sexuales, migrantes indocumentados, trailereros, residentes de la comunidad. Se realizaron en total 83 entrevistas.

ción y asistencia médica). Además, la falta de condiciones para el ejercicio de sus derechos laborales y de otros derechos sociales determina la escasa capacidad de respuesta a sus necesidades, incluyendo las de salud.

Los trailereros son un grupo con elevada movilidad; permanecen, en promedio, de uno a tres días en Ciudad Hidalgo. La escolaridad de este grupo es mayor que la de otras poblaciones móviles, cuentan con más información sobre las ITS y el VIH/SIDA. Su trabajo favorece las oportunidades para los encuentros sexuales en los distintos puntos de su recorrido, tanto con las mujeres migrantes, como con las mujeres de los bares (muchas de ellas también migrantes); dichas relaciones generalmente se encuentran ligadas al consumo de alcohol o de estupefacientes.³

Las TSC, en su mayoría jóvenes entre los 15 y los 23 años, constituyen otro grupo en condiciones de vulnerabilidad, ligadas a dos circuitos de movilidad: el que se establece desde las comunidades de origen hasta Ciudad Hidalgo y otras poblaciones fronterizas, y el que se genera en los lugares de una misma área de comercio sexual.⁴

En Ciudad Hidalgo, la mayoría de las mujeres que ofrecen servicios sexuales en los bares y los “centros botaneros” se encuentran sujetas a control sanitario por parte de las autoridades municipales. Este control busca disminuir el riesgo de las ITS entre las TSC; no obstante, las condiciones del trabajo sexual (el consumo de sustancias estimulantes, el rechazo del condón por parte de los clientes y el mayor ingreso recibido por los servicios sexuales sin condón), la falta de protección social para las mujeres, la alta movilidad de los clientes y de ellas mismas, dificulta las labores de prevención y de atención dirigidas a este grupo. Por otra parte, las mujeres que ejercen la prostitución fuera de los bares no son objeto de regulación sanitaria ni de campañas de información sobre las ITS y el VIH/SIDA. Las condiciones de clandestinidad en las que ejercen su trabajo dificultan conocer su situación y la estructuración de una respuesta apropiada.

INFORMACIÓN DE LA POBLACIÓN SOBRE EL VIH/SIDA

La población residente en Ciudad Hidalgo percibe al VIH/SIDA como un problema incurable y mortal; las principales vías de transmisión reconocidas son las relaciones sexuales y las transfusiones sanguíneas. Esta información coexiste con mitos sobre la transmisión, tales como la infección a través de la saliva, piquetes de insectos, uso de baños públicos y contacto casual, como el saludo de manos, principalmente. Dichos mitos fomentan el rechazo y la estigmatización de las personas que viven con el VIH/SIDA, así como hacia aquellas personas consideradas como potenciales transmisoras: los homosexuales, las TSC, las mujeres y los hombres migrantes, principalmente.

En Ciudad Hidalgo, la mayoría de los adultos entrevistados no se consideran en riesgo de contraer el VIH/SIDA, por lo que no encuentran necesario protegerse. En cambio, la población joven tiene mayor y mejor información y reconoce el riesgo y la necesidad de protección. La movilidad poblacional es identificada por los residentes de Ciudad Hidalgo como un factor que eleva el riesgo de transmisión del VIH/SIDA para la población local.

A pesar de que el condón se considera como el mejor método preventivo de las ITS y el VIH/SIDA, la población se resiste a usarlo. La adquisición de condones parecería relativamente fácil: pueden conseguirse en las farmacias, en otros establecimientos comerciales, y en las instituciones de salud. Recientemente, la dotación de condones por parte de la Secretaría de Salud se ha extendido más allá de los programas de planificación familiar y los jóvenes pueden acceder a ellos por libre demanda en el centro de salud de la localidad.

RESPUESTA SOCIAL ANTE LA MOVILIDAD Y EL VIH/SIDA

En el 2001, la respuesta gubernamental en Ciudad Hidalgo hacia el VIH/SIDA se limitaba al Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA de la Jurisdicción Sanitaria VII (JS) de los servicios estatales de salud. En cuanto a la respuesta civil, la organización no gubernamental Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA, brindaba apoyo jurídico y psicológico a las personas que viven con SIDA (PVVS).

El programa de prevención y control del VIH/SIDA de la JS de los servicios estatales de salud realizaba acciones limitadas para las poblaciones marcadas por el programa nacional del VIH/SIDA, en las cuales no estaban incluidos los grupos móviles. No obstante, desde 1994, el Consejo Nacional para la Prevención del VIH/SIDA (CONASIDA), en colaboración con el equipo de la JS, inició un trabajo pionero en el desarrollo de estrategias para la prevención de las ITS y del VIH/SIDA entre las TSC de la frontera sur, quienes son, en su mayoría, población móvil indocumentada.⁵ Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), junto con CONASIDA, realizó una investigación acerca de los trailereros, grupo con alta movilidad y presencia en la frontera sur.

Estas experiencias constituyeron la base para la conformación de un equipo de trabajo en la JS, que desde 1999 ha desarrollado actividades de prevención vinculadas a los grupos móviles de esta frontera. El equipo de trabajo se conformó por la coordinadora del programa y una psicóloga; quienes, además, se ocupaban de desarrollar las actividades del programa de prevención del cáncer.

Por otra parte, Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA se encontraba en proceso de constituirse como una organización formal, no estaba legalmente constituida. El trabajo que realizaba era de carácter voluntario y se sostenía con los recursos de sus integrantes o de donaciones.

En cuanto a la respuesta gubernamental, el Instituto Nacional de Migración, reprodujo, en la frontera sur, el modelo de atención al migrante mexicano que cruza la frontera con Estados Unidos; creó el Grupo Beta Sur, organización dedicada a vigilar las zonas de abordaje del tren y los caminos de extravío de los migrantes, con el objetivo de brindarles servicios de protección y de asistencia social, así como asesoría para la defensa de sus derechos. Sin embargo, en el 2001, esta agrupación aún no era reconocida como un agente protector ni por los migrantes ni por las ONG dedicadas a atenderlos.

La Casa del Migrante Albergue Belén, de la congregación Scalabriniana, constituye la principal respuesta social a la migración en el ámbito regional. Esta organización se encuentra ubicada desde 1998 en Tapachula, y cada año ofrece, en promedio, atención humanitaria a 3 000 migrantes indocumentados en su tránsito hacia Estados Unidos. Además de sus labores humanitarias, el Albergue Belén brinda apoyo a los migrantes que manifiestan haber sufrido alguna violación sexual o a sus derechos humanos (entre 60 y 70% de ellos), situación que cada día se hace más frecuente. Por su parte, la organización Fray Matías de Córdoba proporciona atención para la rehabilitación física de los migrantes mutilados por el tren, principal medio de transporte hacia la frontera norte; dicha organización también ofrece asesoría en derechos humanos. Ambas organizaciones son de carácter religioso y se sostienen principalmente por donaciones.

En este contexto se identificaron algunos factores que constituyeron parte de los retos en el desarrollo de las estrategias orientadas a la movilidad poblacional y a la prevención del VIH/SIDA en esta frontera, entre ellos: la ausencia de organizaciones civiles en Ciudad Hidalgo, la escasa vinculación entre las ONG existentes en la región, el desconocimiento de los migrantes sobre el trabajo de las organizaciones y del apoyo que podrían brindarles, y la política de restricción migratoria del gobierno de México.

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

Considerando los hallazgos del estudio de diagnóstico en cuanto a la vulnerabilidad de los distintos grupos móviles y residentes, se diseñó una estrategia que implicó el trabajo coordinado entre las organizaciones gubernamentales y las organizaciones sociales. La JS asumió la responsabilidad de diseñar y coordinar las acciones con la asesoría y monitoreo del CENSIDA –que susti-

tuyó al CONASIDA– y del INSP. En el cuadro I se describe la estrategia desarrollada para Ciudad Hidalgo, que incluyó los siguientes componentes: a) sensibilización y colaboración interinstitucional, b) colaboración interfronteriza, c) acción comunitaria y d) trabajo con grupos específicos (migrantes indocumentados y TSC). Para cada uno de estos componentes se llevaron a cabo actividades en las que participaron las diversas organizaciones sociales, gubernamentales y la sociedad civil de la localidad (cuadro I).

El inicio de las actividades contempladas en la estrategia se retrasó debido a las dificultades para la asignación y la administración de los recursos financieros; las organizaciones locales no contaban con una estructura administrativa ni personalidad jurídica para recibir fondos cuya comprobación fiscal era requerida por las agencias de financiamiento. Se creó una nueva organización en Ciudad Hidalgo: Ideas y Unidad con base en las experiencias de la organización de Tapachula Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA, que había trabajado en la prevención sobre temas vinculados a la salud. Ideas y Unidad fue registrada legalmente y se incorporó al desarrollo de la estrategia en lo referente a la administración de los recursos (figura 1).

MONITOREO Y EVALUACIÓN

El INSP, junto con el CENSIDA, monitoreó el proceso de ejecución de la estrategia y diseñó una metodología para evaluar el desarrollo y los resultados conforme a las siguientes líneas de interés:

- Los procesos de formulación de las actividades, la gestión del proyecto y la ejecución de las actividades programadas.
- El impacto comunitario de cada componente de la estrategia.
- El impacto en el ámbito de la estructura y la capacidad de gestión de las organizaciones que participaron en el desarrollo de la estrategia.

Para sistematizar los procesos de la estrategia y el análisis de sus resultados, se realizó un estudio de campo en el que se utilizaron técnicas de investigación cualitativas, como la observación de los participantes en las reuniones entre las organizaciones, la realización de entrevistas a profundidad hechas a actores importantes,, así como la revisión y el análisis de los documentos relacionados con las actividades del proyecto.

Las entrevistas a profundidad tuvieron como objetivo recuperar las experiencias de los actores involucrados en la ejecución de la estrategia, en relación con su perspectiva acerca del desarrollo y de los resultados de dicha estrategia, así como sus expectativas sobre el proyecto. Se diseñaron tres guías

Cuadro I
Estrategia ejecutada en Ciudad Hidalgo, Chiapas

Componente	Objetivo	Actividades y participantes
1. Sensibilización y colaboración interinstitucional	Desarrollar actividades coordinadas entre las organizaciones, y orientadas a sensibilizar a los integrantes de las instituciones, con presencia en la región fronteriza, en el tema del VIH/SIDA y la vulnerabilidad de la población migrante. Esto con el fin de reducir el estigma y la discriminación hacia las poblaciones móviles, además de mejorar y ampliar la información de quienes trabajan con poblaciones móviles sobre las ITS y el VIH/SIDA.	<p>Albergue Belén:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taller sobre las ITS y el VIH/SIDA impartido al personal del Albergue Belén. • Distribución de material didáctico y condones (permanente). • Colocación de carteles sobre las formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA. • Taller sobre las ITS y el VIH/SIDA impartido a seminaristas de distinto estados de la Republica y del extranjero. <p>Grupo Beta Sur:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Curso de capacitación sobre las ITS y el VIH/SIDA impartido al personal administrativo y agentes. • Distribución permanente de condones para entregar a los migrantes con la cartilla de derechos humanos.
2. Colaboración interfronteriza	Desarrollar mecanismos para la realización de acciones conjuntas en la prevención y el control del VIH/SIDA entre los grupos móviles y la población fronteriza.	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de cuatro reuniones interfronterizas México-Guatemala con organizaciones gubernamentales y civiles que trabajan sobre las ITS y el VIH/SIDA y con la población móvil.
3. Acción comunitaria	Desarrollar actividades con los distintos actores de la comunidad fronteriza con el fin de sensibilizar e informar a la población sobre las ITS y el VIH/SIDA, así como sensibilizarla para reducir el estigma y la discriminación hacia las poblaciones móviles.	<p>Celebración del Día del Migrante (7 de septiembre) en Ciudad Hidalgo-Tecún Umán:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desfile por las principales calles de Ciudad Hidalgo con participación de las de autoridades, de las organizaciones y de la comunidad. • Presentación de sociodramas en el foro de la plaza de armas de Ciudad Hidalgo. • Pinta del foro de Ciudad Hidalgo con mensajes de prevención del VIH/SIDA y de aceptación hacia los migrantes. • Instalación de módulos de información del Grupo Beta Sur, de Una Mano Amiga en la Lucha contra el SIDA y de la Jurisdicción Sanitaria VII. Se distribuyó información acerca del VIH/SIDA, de los derechos humanos de los migrantes y se obsequiaron condones. • Concurso de pinta de bardas en graffiti, con la participación de 20 jóvenes de Ciudad Hidalgo y un total de 12 bardas pintadas. • Perifoneo de información sobre las ITS y el VIH/SIDA, y sobre las formas de transmisión y prevención • Colocación de tres carteles de gran formato: uno en el centro de salud de Ciudad Hidalgo, sobre la aceptación a la población migrante; y otros dos en las vías del tren y en la calle principal de Ciudad Hidalgo, sobre la prevención del VIH/SIDA. • Dos talleres sobre las ITS y el VIH/SIDA impartido a policías municipales de Ciudad Hidalgo.
4. Trabajo con grupos específicos: las trabajadoras sexuales	Desarrollar acciones para promover contextos favorables para la negociación del uso del condón de las TSC con sus clientes; a través de la difusión de información sobre ITS/VIH/SIDA y sobre el uso del condón.	<ul style="list-style-type: none"> • Taller sobre ITS/VIH/SIDA impartido a TSC. • Distribución mensual de condones a las TSC que laboran en los bares. • Colocación de calcomanías con información y mensajes de prevención de ITS/VIH/SIDA en las habitaciones de los bares de Ciudad Hidalgo.

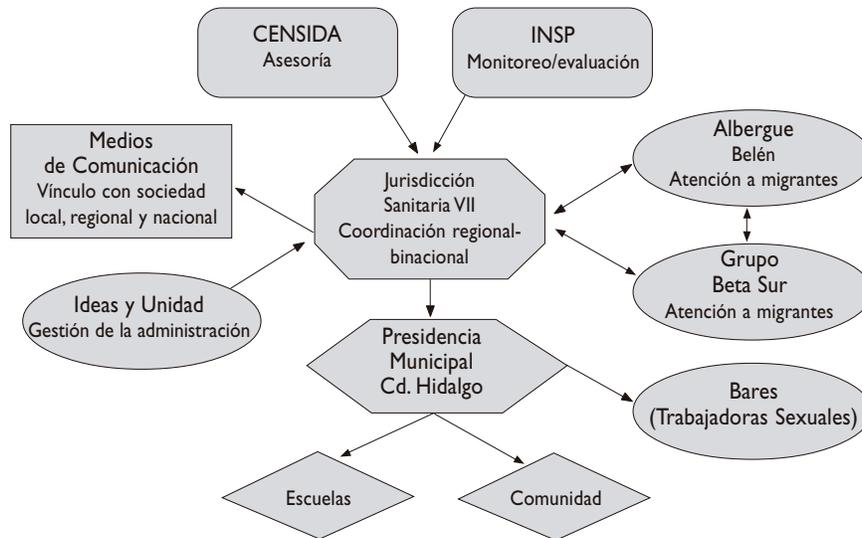


Figura 1. Red Local de Ciudad Hidalgo

de entrevista, la primera para los representantes de las organizaciones involucradas; la segunda, para los representantes de otras organizaciones que trabajan en la frontera o que colaboraron en las actividades realizadas por las primeras, y la tercera para la población receptora de la estrategia. Además, se crearon instrumentos para el registro de las actividades realizadas dentro del proyecto, que incluyeron el periodo de realización, los propósitos, las organizaciones participantes y la población estudiada. Finalmente, con el apoyo de las organizaciones participantes, se creó un archivo con los documentos y las evidencias del desarrollo de la estrategia (reportes, bitácoras, fotografías, recortes de periódicos, etc.).

Con la información recabada se construyeron indicadores en dos direcciones. Por un lado, la participación de las organizaciones en la definición y la ejecución de las actividades realizadas en el proyecto, tomando en cuenta el número de personas que se verían beneficiadas y el tipo de población a la que estarían dirigidas estas intervenciones, así como los recursos empleados en su realización; por otro lado, el resultado de las actividades en lo que se refiere a las organizaciones participantes, la vinculación entre ellas y la participación comunitaria.

Respecto a las organizaciones, observamos los cambios en la estructura y en la capacidad de gestión para: elaborar nuevos proyectos, desarrollar

mecanismos de monitoreo y de autoevaluación; crear la historia documental de la organización y del desarrollo del proyecto, y tanto vincularse como mantener las actividades con la participación de la comunidad. Por otra parte, consideramos importante recuperar la influencia del proyecto respecto a la vinculación de las organizaciones con otras agencias de cooperación, así como con organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, locales, regionales y nacionales; además de poner énfasis en la capacidad para realizar el seguimiento de los acuerdos interinstitucionales (entre las organizaciones).

En lo que concierne a la comunidad, se registraron las formas de participación y las respuestas generadas a partir de las actividades planteadas por las organizaciones participantes en el proyecto.

RESULTADOS

En esta sección se presenta un análisis del impacto de las actividades efectuadas para cada componente de la estrategia y de los resultados de su desarrollo, tomando en cuenta la perspectiva de los actores involucrados (cuadro I).

Sensibilización y colaboración interinstitucional

La JS asumió un papel de liderazgo en la sensibilización de los representantes de las organizaciones, así como en la organización para que las instituciones colaboraran entre sí; identificó tres organizaciones estratégicas para el tema de la movilidad poblacional: la Casa del Migrante Albergue Belén, el Grupo Beta Sur y la Delegación del Instituto Nacional de Migración en Tapachula. Entre estas organizaciones no existía ningún vínculo para la atención de los diferentes grupos móviles, en particular el de los migrantes indocumentados; menos aún en relación con las necesidades o los problemas de salud de esta población. La respuesta del Albergue Belén y del Grupo Beta se tradujo en una amplia disposición y colaboración para que sus integrantes participaran en los talleres de sensibilización y capacitación para la prevención de las ITS y del VIH/SIDA que organizó la JS. En cuanto a la Delegación del Instituto Nacional de Migración, no se obtuvo respuesta, por lo que no se contó con su participación.

El desarrollo de estos talleres permitió el acercamiento y el intercambio de información y experiencias entre las organizaciones; constituyó el punto de partida para la colaboración, pues facilitó que se establecieran vínculos entre las mismas. Además, desde la perspectiva de las organizaciones, la realización y la participación en los talleres fortaleció su capacidad técnica para desarrollar y ejecutar programas en general, y, específicamente, contribuyó a

mejorar su capacidad para abordar el tema del VIH/SIDA en poblaciones móviles. Desde el punto de vista de la JS:

A través del proyecto empiezas a trabajar poblaciones móviles, pero también te das cuenta de que trabajas con instituciones, que no solamente llegas a hacer un trabajo exclusivo en migrantes o en poblaciones móviles. O sea, son instituciones que no tenían una cercanía, más con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, no solamente por poblaciones móviles, sino también nos ayuda a lo que es en todos los contextos del programa de SIDA.*

La estrategia llevada a cabo por el Albergue Belén, ha buscado recuperar las experiencias y las respuestas de los migrantes ante las situaciones de violación de sus garantías individuales y de sus derechos humanos en el trayecto hacia Estados Unidos. Las evidencias que el Albergue Belén ha sistematizado a lo largo de casi diez años de trabajo, muestran las diferentes situaciones de desventaja social en las que se encuentran los migrantes indocumentados dentro del territorio mexicano: numerosos casos de violación sexual a hombres y mujeres, asaltos y asesinatos con violencia, casos de negligencia y de abuso de autoridad, extorsión y exigencia de favores sexuales para el tránsito, etc. Ante este complejo panorama, el Albergue Belén ha generado diferentes formas de respuesta con el fin de modificar la vulnerabilidad de los migrantes: la búsqueda de atención a las necesidades más apremiantes (alimentación, descanso, seguridad, vestido, salud), asesorías y apoyo para denunciar las violaciones de sus derechos, la gestión de las solicitudes de asilo político, la búsqueda de formas de protección y de un trato digno; más recientemente, ha incluido como un elemento más de la atención, pláticas informativas para prevenir las ITS y el VIH/SIDA.

El desarrollo de la respuesta integral del Albergue Belén hacia la problemática de los migrantes se debe a la conformación de una amplia red social de apoyo, que incluye la participación de individuos, organizaciones e instituciones gubernamentales, vinculadas funcionalmente. De esta forma, el Albergue Belén se ha constituido como un espacio de referencia, con amplia legitimidad social y política, en la atención hacia los migrantes indocumentados.

El proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos contribuyó al acercamiento y a la formación de nuevos vínculos entre el Albergue Belén y otras organizaciones. En este sentido, con el

* Coordinadora del programa de prevención y control del VIH/SIDA JS; Mayo, 2004.

fin de facilitar la sistematización de la información sociodemográfica y de la salud de los migrantes, el INSP colaboró con el Albergue Belén en el desarrollo de una base de datos digitalizada. Adicionalmente, se diseñó un cuestionario para conocer la información que los migrantes tienen sobre las ITS y el VIH/SIDA, así como de las formas de transmisión y de prevención. El objetivo de este cuestionario fue servir de instrumento para evaluar la efectividad de las pláticas informativas impartidas a los migrantes; sin embargo, la incorporación de estos instrumentos de registro a las prácticas del Albergue, presentó dificultades debido a la falta de personal para llevarlos a cabo.

Durante el proceso de implementación de la estrategia, el Grupo Beta Sur modificó su perfil de atención a los migrantes en el ámbito nacional; de ser una agrupación de protección que portaba armas, se convirtió en un agente facilitador de ayuda humanitaria y protección civil. Este cambio le permitió la interacción con otras organizaciones civiles y gubernamentales en la región, así como con los migrantes indocumentados, quienes comenzaron a percibirla como una instancia de apoyo y protección; además, favoreció el desarrollo de distintas formas de colaboración con la JS y mejoró el vínculo con el Albergue Belén.

La cooperación generada entre estas organizaciones a partir de los talleres de capacitación constituyó el origen de una red funcional de apoyo al migrante indocumentado, cuyos resultados inmediatos se observaron en la conformación de mecanismos interinstitucionales para dar respuesta a las necesidades de los migrantes. Para los integrantes del Grupo Beta Sur, el taller de sensibilización y capacitación sobre el VIH/SIDA, impartido por la JS, representó la ampliación de su capacidad de servicio hacia los migrantes indocumentados.

Otra efecto positivo de la colaboración entre las instituciones fue la distribución de condones –provistos por la JS– a los migrantes que el Grupo Beta Sur incorporó a su trabajo cotidiano, entregándoles un preservativo junto con la cartilla de derechos humanos; en ésta se enfatiza al VIH/SIDA como uno de los riesgos del viaje. La colaboración interinstitucional contribuyó a que esta organización realizara su función de protección y ayuda humanitaria hacia los migrantes, y que construyera una respuesta más integral a las necesidades de los migrantes indocumentados.

Para la JS, la puesta en práctica de la colaboración interinstitucional implicó la adquisición de infraestructura básica (una computadora, una impresora y un proyector), además del desarrollo de capacidades técnicas (la creación de material didáctico, la actualización de información, el manejo de nuevos temas y técnicas pedagógicas) y de la capacidad política para la negociación y la coordinación de las actividades con otras organizaciones. No obs-

tante, la planificación y la realización de las actividades del proyecto constituyeron un reto para la JS, ya que, además de éstas, tenía que cumplir con las responsabilidades establecidas por el Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA; así como enfrentarse a la resolución de situaciones de emergencia con escasos recursos humanos y poca infraestructura.

Definitivamente yo creo que la asesoría que hemos tenido de ustedes (INSP), pues nos ha permitido trabajar en una forma más organizada, más planeada, yo creo que en su mayoría de veces siempre ha sido de trabajar de urgenciólogo.

¿Y cómo es eso?

Sí, o sea hay un problema y como bomberos a apagar los fuegos. Cuando planteas programas y tienes con qué ejecutarlos pues yo creo que vas a encontrar un logro, a que cuando programas algo tal vez haya voluntad, pero si no hay herramientas, no hay instrumentos, no vas a llegar a ningún lado, y creo que esto sí nos ha cambiado, no teníamos ni un equipo para poder hacer las presentaciones, porque para lograr lo que es la capacitación, tiene que ver mucho cómo capacitas.*

Desde un análisis diacrónico de la evolución de la JS como eje articulador de la estrategia, resalta el trabajo previo realizado de manera conjunta con CONASIDA y con el INSP sobre los grupos móviles. Los resultados de esta iniciativa hicieron visible la relación entre la movilidad poblacional y el VIH/SIDA en la frontera de México con Guatemala; sin embargo, esto no se tradujo en una política de salud de forma inmediata.

El trabajo de colaboración entre las organizaciones, a cargo de la JS, estuvo vinculado con un nuevo posicionamiento del CENSIDA ante los grupos móviles, como los grupos vulnerables al VIH/SIDA. Fue decisiva la participación de integrantes de la JS y del Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/SIDA, debido a su compromiso para sostener y desarrollar iniciativas orientadas hacia los grupos móviles. Algunos factores importantes para el sostenimiento de este compromiso fueron: el intercambio permanente de la información relativa a los avances del proyecto y el apoyo financiero adicional que aportó recursos para la ejecución de la estrategia, sin que esto fuera una carga para la JS ni para las otras instituciones.

Asimismo, desde la perspectiva del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA de la JS, la posibilidad de desarrollar las actividades fue favorecida por la importancia que cobró en el ámbito nacional el Programa Nacio-

* Coordinadora del Programa de Prevención y Control del VIH/SIDA JS; Mayo, 2004

nal de VIH/SIDA, y que facilitó la disponibilidad de condones, así como la provisión de antirretrovirales para las PVVS.

Se identificaron dos situaciones que limitaron el alcance de las actividades incluidas en el componente de sensibilización y colaboración interinstitucional. Por un lado, la negativa de la delegación del Instituto Nacional de Migración a participar en el desarrollo de la estrategia, siendo ésta una instancia gubernamental estratégica para ofrecer respuestas institucionales a la movilidad poblacional. Por otro lado, la constante rotación del personal del Grupo Beta Sur, así como de otras organizaciones. Ello hace indispensable contar con un programa de capacitación permanente, con el fin de disponer del personal sensibilizado y capacitado para dar continuidad a la estrategia.

Desde nuestra perspectiva, las dificultades para lograr la colaboración interinstitucional se encuentran ligadas a problemas estructurales de las organizaciones, como la constante renovación de su personal, la especificidad de la misión institucional y las limitantes establecidas en sus normas acerca del ejercicio de sus recursos; lo anterior impide la confluencia de sus capacidades para actuar frente a un problema común, lo que conduce al desarrollo y al establecimiento de acuerdos informales, definidos de forma interpersonal y de manera temporal para atender aspectos puntuales. Por lo tanto, todo esfuerzo para formalizar la colaboración entre las instituciones se presenta como un reto a la funcionalidad de cada institución. Además, el éxito de la colaboración interinstitucional es con frecuencia evaluado más en función del número de convenios e instituciones firmantes que en función de los beneficios prácticos para los grupos vulnerables.

La experiencia obtenida en este proyecto muestra la efectividad de la colaboración interinstitucional, justamente por haber adoptado un carácter informal, además de haberse centrado en el intercambio de experiencias y recursos, y en la ejecución de acciones puntuales para atender un problema común. En el caso de Ciudad Hidalgo, la colaboración interinstitucional contribuyó a crear un contexto político favorable para responder de forma integral a las necesidades de los grupos móviles. Es indispensable realizar un análisis de las trayectorias, las interacciones y las formas de colaboración (formales e informales) entre las instituciones para visualizar la posibilidad de una estrategia sostenible a mediano y largo plazo.

Colaboración interfronteriza

De acuerdo con el estudio basal realizado por el INSP, se identificó la necesidad de desarrollar un sistema de colaboración interfronteriza entre las diferentes organizaciones civiles y gubernamentales que trabajan sobre el

problema del VIH/SIDA o la atención a la población móvil o migrante. Para ello, en el lado mexicano de la frontera, la JS funcionó como eje para la vinculación entre las organizaciones con sede en Tapachula y Ciudad Hidalgo; en el lado guatemalteco se propuso a EDUCAVIDA para articular a las organizaciones en Tecún Umán. Esta organización, vinculada a la Clínica Médica Párroquial Juan Bautista Scalabrini, ofrece atención médica general a la comunidad, pruebas de laboratorio para el diagnóstico del VIH/SIDA, y difunde información sobre el VIH/SIDA a jóvenes y a otros miembros de la comunidad. El CENSIDA y el INSP brindaron asesoría para la formulación del proyecto conjunto.

La primera actividad de colaboración interfronteriza que se planificó fue la celebración del Día del Migrante, realizada simultáneamente en Ciudad Hidalgo y en Tecún Umán el día 7 de septiembre de 2002. Ambas organizaciones –la JS y EDUCAVIDA– convocaron a las autoridades municipales, a las principales organizaciones de la comunidad y a la población en general a desfilarse por las calles de su localidad como señal de reconocimiento y aceptación hacia los migrantes que transitan y se han integrado a la comunidad. En Ciudad Hidalgo, la convocatoria para desfilarse tuvo buena aceptación, ya que tanto la comunidad como las principales organizaciones participaron. La meta acordada para este desfile era el encuentro de las comitivas de las dos comunidades en el puente fronterizo; sin embargo, debido al gran tráfico vehicular, esto no fue posible. No obstante, en el zócalo de Ciudad Hidalgo se llevó a cabo un acto de sensibilización para reducir el rechazo hacia la población móvil y de información preventiva sobre el VIH/SIDA. Las actividades incluyeron la actuación de sociodramas sobre la migración y el VIH/SIDA con la participación de alumnos de la escuela secundaria; al mismo tiempo, los jóvenes pintaron el foro de Ciudad Hidalgo con mensajes de prevención del VIH/SIDA y de aceptación hacia los migrantes. En la plaza de armas de dicha localidad se instalaron varios módulos de información: uno sobre las ITS y el VIH/SIDA, en el cual se distribuyeron condones de forma gratuita; otro con información sobre los servicios que brinda el Grupo Beta-Sur y sobre los derechos humanos de los migrantes, y un tercero, con información de los servicios que ofrece la ONG Mano Amiga en la lucha contra el SIDA.

El impacto de este tipo de actividades puede medirse en relación con la participación de las organizaciones existentes y de la comunidad; ésta puede ser una muestra de su disponibilidad y sensibilidad ante el problema de la migración y del VIH/SIDA en la frontera, pero también puede medirse desde la capacidad para sostener su desarrollo futuro; en este sentido, es necesario señalar que el suceso no se llevó a cabo en los siguientes años. Por otro lado, si consideramos el tipo de participantes, este acontecimiento no podría califi-

carse como interfronterizo, pues se llevó a cabo de manera independiente en cada una de las comunidades.

Estos procesos de participación social, desarrollados desde las instituciones, requieren de estrategias que incorporen los problemas en el conjunto de las prioridades tanto de las organizaciones como de la propia comunidad; lo cual requiere de acciones sostenidas a mediano plazo y de actividades específicamente planeadas con ese fin.

Como parte de las actividades para fomentar la colaboración interfronteriza se buscó desarrollar una estructura de cooperación entre las diferentes organizaciones de ambas comunidades. Para ello se llevaron a cabo reuniones binacionales, con la participación de las organizaciones y las instituciones relacionadas con la problemática migratoria y de la salud. En la ciudad de Tapachula se realizaron cuatro encuentros entre las organizaciones de México y de Guatemala (cuadro II).

Las primeras dos reuniones fueron coordinadas por la JS y EDUCAVIDA. Se acordó que cada organización convocaría a las instituciones y organizaciones de su país con presencia en la región fronteriza, y se definieron las tareas que cada parte realizaría. No obstante, surgieron desencuentros y conflictos de comunicación entre ambas organizaciones, por lo que sólo la JS asumió el desarrollo de las futuras reuniones. Esto se debió, a la divergencia de los procesos y los intereses entre las organizaciones que se esperaba funcionaran como coordinadoras de los encuentros binacionales. Por otro lado, también se identificaron conflictos previos entre las organizaciones de Tecún Umán debido a que no reconocían a EDUCAVIDA como una organización con capacidad y legitimidad para encabezar este proceso.

La convocatoria de las dos primeras reuniones fue atendida por la mayoría de las organizaciones mexicanas convocadas por la JS; sin embargo, algunas de las organizaciones con presencia y prestigio en Guatemala no asistieron sino hasta la segunda reunión, cuando se les aclaró el objetivo de dichos encuentros y se enfatizó la relevancia de su participación. Las organizaciones de Guatemala tienen una importante trayectoria que les ha permitido desarrollar proyectos a largo plazo, gracias a la conformación de una red de organizaciones; su participación enriqueció el proceso de intercambio de experiencias y la identificación de intereses comunes y de recursos, que podrían ser compartidos para abordar el problema del VIH/SIDA y el de la movilidad poblacional en la región fronteriza.

En junio de 2004, se organizó un taller con la finalidad de definir el enfoque y la misión para la prevención del VIH/SIDA en grupos móviles, así como los objetivos de la red interfronteriza. El taller fue dirigido por los integrantes de la organización denominada "Proyecto VIDA", integrante de la Red Sur

Cuadro II
Reuniones para definir la colaboración interfronteriza México-Guatemala
en los temas de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA

Actividad	Objetivos	Acuerdos	Resultados
Primera reunión interfronteriza México-Guatemala 5/marzo/2004	<ul style="list-style-type: none"> • Presentar la misión, el enfoque y el trabajo de las instituciones gubernamentales y las ONG, en México y Guatemala, vinculadas a la movilidad poblacional y el VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conformar un directorio en papel y uno electrónico de organizaciones que trabajen sobre la migración o el VIH/SIDA en ambos países. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del trabajo de las organizaciones en la región. • Directorio de organizaciones. • Red virtual del grupo en la página electrónica www.insp.mx/migración
Segunda reunión interfronteriza México-Guatemala 23/abril/2004	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir experiencias y dialogar sobre los problemas y los intereses comunes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Constituir una red binacional de organizaciones que trabajen sobre el VIH/SIDA y la movilidad poblacional. • Realizar un taller para definir los objetivos, la misión y el enfoque de la red. 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de los intereses y los problemas en común.
Taller para conformar la Red Interfronteriza México-Guatemala 10-11/junio/2004	<ul style="list-style-type: none"> • Definir los objetivos, el enfoque y la visión de la red. • Identificar los compromisos institucionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se definieron los objetivos, el enfoque y la visión de la red. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conformación de la Red Interfronteriza México-Guatemala.
Primera reunión de la Red Interfronteriza México-Guatemala 23/julio/2004	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer el plan operativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se establecieron tres líneas y grupos de trabajo en correspondencia con los objetivos de la red. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elección de representantes de la red. • Establecimiento de un plan operativo a corto plazo que incluye las acciones, la población involucrada, el cronograma y los responsables.

Occidental de Organizaciones en Guatemala, que trabajan sobre el tema del VIH/SIDA; esta organización se encargó de coordinar las dinámicas grupales para facilitar el proceso de consenso de los objetivos, la misión y el enfoque de la red. Dicha red fue definida por los representantes de las organizaciones par-

ticipantes como un espacio para la colaboración orientada al desarrollo de acciones para la prevención y la atención de las ITS y el VIH/SIDA; así como para la promoción y la defensa de los derechos humanos de los grupos móviles y de las PVVS. Para lograr lo anterior, las organizaciones participantes coincidieron en que la red debería constituirse como un organismo autónomo con presencia social e incidencia política en el ámbito regional (cuadro III).

Respecto a la participación en el proceso de la conformación de la red, se identificaron diferencias en las organizaciones de los dos países involucrados en lo relativo al número, el tipo y la regularidad de los participantes a las reuniones. En el caso de México, las organizaciones que acudieron a la primera convocatoria mantuvieron su participación en las reuniones posteriores; además, se observó un incremento en el número de organizaciones gubernamentales.

Cuadro III
Red Interfrontera México-Guatemala: objetivos y plan de acción 2004-2005

Objetivos	Acciones
Realizar y promover acciones de prevención y atención de ITS/VIH/SIDA para reducir la vulnerabilidad de la población migrante y local.	<ul style="list-style-type: none"> • Pláticas informativas sobre las ITS y el VIH/SIDA a los migrantes asegurados por el Instituto Nacional de Migración. • Organización de una feria de la salud en ambos lados de la frontera, en donde se difundió la información sobre las ITS y el VIH/SIDA a la población local.
Promover acciones de incidencia política con tomadores de decisiones y actores políticos, a través de la promoción y la defensa de los derechos humanos de la población migrante y local, para garantizar la atención integral relacionada con las ITS y el VIH/SIDA.	<ul style="list-style-type: none"> • Conformar un formulario estandarizado para recuperar la información sobre las violaciones a los derechos humanos de las PVVS, para ser aplicado con la población migrante y local en los meses de septiembre y octubre, y efectuar su evaluación y socialización en el mes de noviembre.
Conformar un equipo multidisciplinario para la investigación sobre la movilidad poblacional, y el mejoramiento de la vigilancia y el control epidemiológico de las ITS y el VIH/SIDA, y, de esta manera, identificar las necesidades, además de dar respuestas efectivas para la prevención y la atención de la población fronteriza en Guatemala y en México.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer un punto de encuentro virtual para recopilar información de todas las organizaciones participantes sobre las poblaciones móviles y el VIH/SIDA.
Fortalecer institucionalmente a los miembros de la red en relación con las ITS y el VIH/SIDA, así como con la movilidad poblacional; a través del intercambio de recursos, información y capacitación; y poder ofrecer mejores servicios en la región.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar dos talleres de actualización para los miembros de la red, en los meses de octubre y noviembre, uno sobre las ITS/VIH/SIDA y sexualidad, y otro sobre movilidad poblacional.

mentales y sociales que respondieron y participaron en el proceso. La participación de las organizaciones de Guatemala fue sostenida durante las primeras tres reuniones, sin embargo se redujo significativamente para la última reunión, en la cual se establecieron algunos compromisos a corto plazo (cuadro IV).

La concurrencia de las organizaciones a dichas reuniones permitió crear un espacio para la expresión de propósitos, en ocasiones divergentes, relacionados con sus necesidades e intereses. Para algunas, las juntas se convirtieron en un espacio de búsqueda y de obtención de recursos que les permitiera satisfacer sus necesidades más apremiantes; otras buscaban facilitar el trabajo desarrollado por su organización, y sólo algunas tenían el claro propósito de establecer formas de colaboración para abordar el problema de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA en el ámbito interfronterizo.

La presencia y participación de los consulados de México en Tecún Umán, de Guatemala en Ciudad Hidalgo y de Honduras en Tapachula, dieron respaldo diplomático a los acuerdos y facilitaron el acercamiento entre las organizaciones. De forma contradictoria, la delegación del Instituto Nacional de Migración de Tapachula, cuya participación se esperaba en el proceso, no respondió a las invitaciones. Desde la perspectiva de la mayoría de las organizaciones, la participación de esta institución era importante para facilitar la colaboración interfronteriza, especialmente para atender los problemas asociados a la movilidad poblacional indocumentada.

Uno de los elementos, identificados por los participantes como obstáculo para la colaboración fue la dificultad y el costo de la comunicación entre las organizaciones de México y Guatemala, para lo cual se diseñó un sistema de comunicación de mensajes electrónicos entre los integrantes de la red, a través de la página electrónica del INSP;* no obstante, dicho mecanismo fue escasamente utilizado por los integrantes de las organizaciones. Este hecho puede significar que la tecnología de comunicación electrónica no es el medio apropiado para todos los casos, sin embargo, será necesario investigar con mayor profundidad los alcances de los medios electrónicos como facilitadores de la comunicación en cada situación.

Desde la perspectiva de los actores de este proceso, las dificultades de comunicación repercutieron de manera negativa en el seguimiento de los acuerdos de las reuniones. Si analizamos dicho proceso, los problemas de comunicación son la simple expresión de los conflictos de intereses y no pue-

* <http://ciss.insp.mx/migracion/>

Cuadro IV
Participación de las organizaciones en las reuniones interfronterizas
México-Guatemala

ONG	Guatemala		México	
	ONG	Organizaciones gubernamentales	ONG	Organizaciones gubernamentales
Proyecto Educavida ¹²	Consulado en Cd. Hidalgo ¹⁴	Procuraduría de Derechos Humanos ¹⁴	Albergue Belén ¹⁴	Coord. VIH/SIDA JS ¹⁴
Proyecto VIDA ¹⁴	Ministerio de Defensa ¹	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ¹	Una Mano Amiga ¹⁴	Grupo Beta Sur ¹³
Casa del Migrante ¹³	Instituto Guatemalteco de Seguridad Social ¹	Seguridad Social ¹	Albergue Jesús el Buen Pastor ¹	Coord. de las ITS y del VIH/SIDA Chiapas ¹³
Casa de la Mujer ²	Centro de Salud Tecún Umán ³	Dir. Mpal. Salud Sn. Marcos ⁴	Por la superación de la mujer ²	Consulado en Tecún Umán ¹⁴
			Centro de Apoyo a la Mujer ^{3,4}	Salud Municipal Suchiate 1
			Centro Der. Hum. Fray Matías ⁴	Centro Salud Ciudad Hidalgo ^{2,4}
				Hospital General Huixtla ^{3,4}
				Hospital General Tapachula ⁴
				CEDH ²
				ACNUR ^{2,4}
				COMAR ^{2,3}
				CNDH ^{2,4}

¹²³⁴ Número de la reunión Interfronteriza en la que participó la organización o institución.

Siglas:

CEDH Centro Estatal de Derechos Humanos.

ACNUR Alto Comisionado de Naciones Unidas de Ayuda a Refugiados.

COMAR Comisión Mexicana de Ayuda a Refugiados.

CNDH Comisión Nacional de Derechos Humanos.

CONASIDA Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA. Ahora CENSIDA Centro Nacional para la Prevención y el Control de las ITS y el VIH/SIDA.

JS Jurisdicción Sanitaria VII. Tapachula, Chiapas. México.

INM Instituto Nacional de Migración, México.

den considerarse como el elemento central para explicar las dificultades en el seguimiento de los acuerdos. A este respecto, habría que considerar igualmente relevantes las distancias entre las capacidades y las trayectorias de las organizaciones para vincularse entre sí, con el objetivo de abordar un problema aparentemente común.

Por ejemplo, desde la perspectiva de la JS, el proceso de colaboración binacional que inició con las reuniones interfronterizas favorecería la aplicación de las estrategias para resolver los problemas de la salud en la zona. Desde este punto de vista, el VIH/SIDA representa sólo un componente y las poblaciones móviles sólo un segmento de la población a la cual se le debe brindar los servicios de salud:

El hecho de estar aquí en esta frontera no es sólo VIH, como Jurisdicción hay otros programas con mayor problemática, y todo se tiene que ver... no hay una buena aten-

ción en las diferentes enfermedades, entonces yo creo que el iniciar esta colaboración interfronteriza a través del proyecto va abrir puertas a futuro para que no solamente sea VIH, que sea una colaboración interfronteriza pero en cualquier problema de salud [...] Nosotros tenemos la esperanza de que también este proyecto llegue a hacer cambios a nivel de políticas de salud, que llegue a dar bases más sólidas.*

La frontera, como un punto de encuentro de experiencias y de intereses diferentes, conforma un espacio en el que se expresan tanto conflictos como expectativas de bienestar social. La colaboración interfronteriza parece ser uno de los modelos útiles para dar paso a una respuesta efectiva frente al conjunto de problemas sociales y de salud que comparten las poblaciones residentes y en tránsito; por lo que, estimular el desarrollo de las iniciativas orientadas en este sentido, puede contribuir a modificar la situación de desigualdad social entre los países, particularmente en el ámbito microregional.

Acción comunitaria

La acción comunitaria incluyó el trabajo con grupos e instituciones de la comunidad de Ciudad Hidalgo considerados de gran importancia para el desarrollo de las acciones encaminadas a reducir el rechazo hacia los grupos móviles y la prevención del VIH/SIDA en el contexto fronterizo.

En este sentido, la JS buscó la colaboración del gobierno municipal y de las instituciones educativas del nivel medio. Con la ayuda de las escuelas y del Centro de Salud de Ciudad Hidalgo se organizó un concurso de pinta de bardas (*grafitti*) entre jóvenes de la localidad, de quienes se obtuvo una amplia y creativa respuesta. Se pintaron en total 12 bardas con mensajes de prevención del VIH/SIDA y sobre el uso del condón, y se premió a los participantes. Esta actividad constituyó una puerta de entrada al trabajo con otros grupos de la comunidad, pues le confirió visibilidad al problema y consiguió la aceptación de los mensajes entre la comunidad (cuadro I).

En cuanto a los objetivos de sensibilizar a la población de Ciudad Hidalgo respecto al VIH/SIDA y de reducir el estigma y el rechazo hacia los migrantes, se colocaron grandes carteles en los sitios de tránsito de migrantes por la localidad (las vías del tren, la entrada del pueblo y el centro de salud), con mensajes de prevención del VIH/SIDA y de empatía con la población migrante. El mensaje central fue "El SIDA no tiene fronteras", en el cual se

* Coordinadora del programa de prevención y control del VIH/SIDA JS; Mayo, 2004.

vincularon la movilidad poblacional, el VIH/SIDA y la frontera. Es significativo que después de algunos años de su instalación estos carteles no presenten ningún maltrato y continúen impecables, lo que se podría interpretar como un indicador de la aceptación y el interés de la población por el mensaje que portan. Como parte de esta iniciativa para sensibilizar a la comunidad, el centro de salud de Ciudad Hidalgo fue denominado como Centro de Salud Amigo de la Comunidad y del Migrante, mensaje que contenía un cartel de grandes dimensiones colocado a la entrada del mismo.

Dentro de este componente de la estrategia, la JS impartió dos talleres de sensibilización e información sobre las formas de transmisión y prevención de las ITS y del VIH/SIDA a los policías municipales y federales de Ciudad Hidalgo. Desde la perspectiva de los participantes, el hecho de haber sido invitados a dichos talleres constituyó un reconocimiento de sus necesidades; además de que se percibieron como sujetos socialmente relevantes. Se pudieron identificar dos factores que habría que considerar en futuras intervenciones relacionadas con la capacitación. Por un lado, se observó una frecuente renovación de los integrantes de varias de las agrupaciones participantes, lo cual hace necesario desarrollar programas de capacitación permanentes; por otro lado, se constató que la capacitación y sensibilización de los policías sobre el problema del VIH/SIDA y la movilidad poblacional indocumentada no garantiza el respeto y el trato digno a los grupos vulnerables, particularmente los migrantes, las TSC y los homosexuales, debido a que en ese contexto fronterizo las prácticas de abuso hacia estos grupos se han convertido en una forma de obtener beneficios, ya sean económicos, sexuales o de otro tipo.

Consideramos pertinente reflexionar en torno a los mecanismos necesarios para asegurar la permanencia a largo plazo de estrategias como ésta, ya que podrían contribuir a modificar los contextos de vulnerabilidad de los grupos móviles. Si se asegurara su continuidad, las instituciones podrían adquirir experiencia y ser capaces de diseñar e incluir dentro de sus prácticas las estrategias que más se ajusten a las necesidades de la población con la que trabajan.

Se puede considerar que el trabajo realizado por el equipo de la JS contó con una amplia colaboración por parte de las diferentes organizaciones que tienen presencia en la comunidad, así como de la población residente. Esta disponibilidad para contribuir en el desarrollo de las actividades es una muestra del trabajo previo que las organizaciones han hecho, y de la sensibilidad de la comunidad ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA. La población considera estos últimos como asuntos de la frontera que pertenecen a su realidad cotidiana, y, en consecuencia, les resultan significativos.

Reflexionar sobre este tipo de experiencias como proyectos a largo plazo requiere del desarrollo simultáneo de actividades que fortalezcan a las organizaciones comunitarias y que favorezcan procesos de participación social.

Trabajo con grupos específicos

El trabajo con grupos específicos se centró en dos grupos de alta vulnerabilidad social: los migrantes indocumentados y las TSC. El trabajo realizado por el Albergue Belén responde a uno de los grupos móviles centrales para este proyecto: los migrantes indocumentados. La capacitación que recibió el personal de esta institución fue incorporada a los servicios de atención a los migrantes a través de pláticas informativas sobre las ITS y el VIH/SIDA, las formas de transmisión, la prevención de estas infecciones, y el uso del condón. Estas pláticas se ofrecen de forma cotidiana, incluso hasta dos veces al día; al término de las mismas los migrantes tienen acceso a los condones donados por la JS. Se estima que en el año 2004 el Albergue Belén impartió pláticas a 90% de los migrantes hospedados en sus instalaciones (aproximadamente 108 000 en cuatro años), la mayoría originarios de Honduras, El Salvador y Guatemala.

El Albergue Belén creó un procedimiento de autoevaluación, mediante el cual, antes de la plática, se les cuestionaba a los migrantes sobre los conocimientos que tenían del VIH/SIDA, y después de ésta, se les hacían otras preguntas para evaluar su entendimiento del contenido de la misma. Los datos obtenidos por este mecanismo fueron incorporados a los sistemas internos de información del albergue; de esta manera, se contribuye a la generación de datos sobre el fenómeno migratorio y el VIH/SIDA en la región.

En la revisión de estos registros se encontró que para los migrantes la información recibida sobre el VIH/SIDA forma parte del conjunto de los servicios humanitarios que el albergue les ofrece.

Bueno, me pareció buena la charla sobre el SIDA, porque nos instruye sobre algo que no conocíamos muy bien o no lo teníamos muy presente. Está bien por lo que uno, en este largo caminar, uno nunca sabe cuando va a tener relaciones sexuales, y bien, pues ya vamos preparados. Gracias a la charla que nos han dado, de todo corazón. Le doy gracias a la Casa del Migrante por preocuparse por nosotros, porque hoy día es muy difícil encontrar gente de buen corazón. Gracias a Dios por existir esta casa.*

* Migrante. Albergue Belén. Mayo del 2004.

En los testimonios que los migrantes escribían cuando se les pedía que comentaran sobre la plática del VIH/SIDA, el mensaje central fue de agradecimiento hacia la labor humanitaria del albergue y, de forma secundaria, en relación a la plática. Lo anterior es una muestra de que sin la resolución de las necesidades inmediatas de los migrantes, las pláticas no tendrían el mismo efecto ni podrían ser valoradas por los mismos.

Como resultado de la estrategia implementada, se observó que los migrantes difundían la información recibida entre sus compañeros de viaje. Al respecto, presentamos el siguiente testimonio: “Yo le agradezco muchísimo lo que hace con nosotros, y espero que así como aconsejaron a este grupo, sigan haciendo lo mismo con otro grupo. Le prometo que voy a aconsejar a muchos amigos que encuentre en el camino. Hasta pronto.”*

Por otra parte, la JS buscó atender a uno de los grupos más vulnerables en esta frontera: las trabajadoras sexuales. Para ello organizó un taller de información sobre las ITS y el VIH/SIDA en uno de los bares de Ciudad Hidalgo. El taller consistió en una plática acerca de las formas de transmisión, de prevención, y sobre el uso del condón y fue impartido con el apoyo de medios audiovisuales y dinámicas grupales. Adicionalmente, se colocaron calcomanías con esta información en los espacios de los bares donde trabajan y habitan dichas trabajadoras. El taller estaba programado para realizarse los días de la revisión ginecológica de las mujeres, llevada a cabo por los servicios municipales de salud; esto con el fin de integrar dicha actividad al sistema de vigilancia médica de las trabajadoras. Se consideraba que de esta manera se aprovecharía una oportunidad para incrementar la cobertura de la estrategia y, al mismo tiempo, dar las bases para convertir este sistema de revisión en un sistema de atención a la salud; sin embargo, el taller tuvo que realizarse en un bar que facilitó sus instalaciones, fuera del lugar donde se lleva a cabo la revisión médica. La participación de los médicos de los servicios municipales de salud fue nula, pero la respuesta de las TSC para participar en el taller fue alta en relación con el total de mujeres que se encontraba trabajando en esas fechas (de noviembre a marzo son los meses en que la mayoría se encuentra en sus lugares de origen por las festividades de fin de año), además de las condiciones adversas de la organización del taller.

Este componente estaba considerado como un elemento fundamental para poner a prueba las estrategias de control de la epidemia del VIH/SIDA, pues es necesario considerar la alta movilidad de estas mujeres, su interac-

* Migrante. Albergue Belén. Mayo del 2004.

ción con la población local y con otros grupos móviles, como los conductores de trailers.

Las dificultades enfrentadas para la planificación y la ejecución del taller expresan la convergencia de intereses diversos, entre los cuales la protección de la salud de las mujeres y sus derechos sociales no están incluidos. En otro trabajo⁴ ya se han subrayado los factores estructurales ligados a la movilidad de las TSC en esta frontera. En este contexto, el trabajo sexual se convierte en una fuente de beneficios económicos para diversos actores, incluidos los encargados de los servicios de revisión ginecológica, cuya principal función es cumplir con el proceso rutinario de “sellado de la tarjeta”, y no necesariamente está ligado a una atención integral de prevención y atención a la salud.

CONCLUSIONES

La experiencia desarrollada en este trabajo es una muestra del liderazgo que pueden asumir las instituciones públicas de salud en cuanto a la conformación de una respuesta estructurada, con base en la amplia participación de las organizaciones sociales y gubernamentales, ante un problema que puede tener significados importantes para la población residente, así como para las diferentes organizaciones con presencia en esta localidad.

La movilidad poblacional y el VIH/SIDA son asuntos que se encuentran en la vida cotidiana de la región fronteriza entre México y Guatemala, la cual incluye a diversas comunidades situadas en la franja fronteriza, pero también a Tapachula, que se encuentra aproximadamente a 40 kilómetros de distancia de esta frontera, pero que constituye el centro administrativo, político y económico de la región. Es en este lugar donde se discuten, se analizan y se plantean las soluciones a los diversos problemas relacionados con la frontera México-Guatemala. En esta ciudad se encuentran los consulados, representaciones diplomáticas de la mayoría de los países centroamericanos; es también el asentamiento de prácticamente todas las oficinas o delegaciones del gobierno federal mexicano; además, se encuentran las organizaciones agrícolas de café y banano más importantes, que dan vida económica a la región. La Universidad del estado de Chiapas, tiene un campus en Tapachula, al igual que el Colegio de la Frontera Sur y otras instituciones académicas; todas ellas brindan una oferta de servicios educativos y de investigación relevante para la región fronteriza. Las instituciones públicas para la salud, también tienen oficinas administrativas y hospitales que, en su conjunto, organizan los servicios de atención a la salud en la región.

Por lo anterior, si bien el foco de la estrategia se encontraba en la comunidad fronteriza de Ciudad Hidalgo, fue importante considerar que la mayor parte del trabajo, en cuanto a la búsqueda de la colaboración interinstitucional para la implementación de la estrategia, se realizó en Tapachula, Chiapas. Por lo anterior se amplió de manera significativa el área de trabajo, con el fin de tener la capacidad para ajustarnos a la dinámica fronteriza. En esta última, Ciudad Hidalgo representa una estación de tránsito rápido para los migrantes y, en consecuencia, éstos tienen escasa interacción con la población residente.¹ Al mismo tiempo, es en este trayecto –entre Ciudad Hidalgo y Tapachula– donde ocurre la mayor parte de las violaciones a sus derechos humanos.

La ampliación de la estrategia fue diseñada, coordinada e implementada por la JS, en colaboración con organizaciones presentes tanto en Ciudad Hidalgo como en Tapachula. Su liderazgo y legitimidad se expresó en la respuesta de las organizaciones, así como en su incorporación y permanencia en la discusión e implementación de las acciones.

No obstante, reconocemos que la colaboración interinstitucional, a pesar de que está presente en prácticamente todos los discursos de las organizaciones gubernamentales y sociales, se enfrenta a varios obstáculos estructurales para su puesta en práctica, entre los que resaltan: la frecuente rotación de funcionarios; la especificidad de la misión institucional; las normas para el ejercicio de los recursos financieros, que impiden a las organizaciones ejercerlos en forma conjunta, etc. En estas condiciones, lograr la formalización de la colaboración entre las instituciones representa un desafío a sus normas de funcionamiento. Además de lo anterior, desde el punto de vista de algunos funcionarios en el ámbito nacional, el indicador del éxito de la colaboración está más en función del número de convenios que de las prácticas realizadas entre las organizaciones. En estas condiciones, la colaboración interinstitucional, en el plano local, tiene un carácter informal, ya que se basa más en la confianza y en el compromiso personal que en la estructura de las organizaciones.

De esta manera se fue conformando la red interinstitucional para el desarrollo de las estrategias del proyecto. En esta red convergieron diferentes intereses que son los que al final marcaron el grado de compromiso y participación de cada organización en el desarrollo de las acciones. La red funcional que logró articular la JS representó la suma de las diferentes perspectivas frente al problema de la migración y el VIH/SIDA; por lo cual fue necesario desarrollar un mecanismo de diálogo permanente entre sus integrantes que facilitara la negociación de las diferencias, así como el establecimiento de los tiempos para el desarrollo de las actividades. Consideramos

que en este momento se encuentra conformada una red interinstitucional lo suficientemente estructurada para responder a una iniciativa de colaboración, no sólo ante el problema del VIH/SIDA y de la migración, sino ante cualquier otro que requiriera su cooperación.

El Albergue Belén, ubicado en Tapachula, tuvo un papel relevante en el éxito de la estrategia para desarrollar un sistema de atención integral a las necesidades de los migrantes indocumentados, y también funcionó como terreno neutral en el cual se expresaron y resolvieron las diferencias, ya que fue el lugar donde se llevaron a cabo las reuniones locales y binacionales México-Guatemala.

El modelo de ayuda integral a la migración indocumentada desarrollado por el Albergue Belén le da prioridad a la resolución de sus necesidades primarias (de alimentación, habitación, seguridad, atención a problemas urgentes de salud, apoyo psicológico y defensa de sus derechos humanos) e incorpora, como parte de la ayuda otorgada, la prevención del VIH/SIDA. La inclusión de este problema responde a las necesidades expresadas por los migrantes ante los eventos de violación sexual y frente al problema de las relaciones sexuales como medio para facilitar su tránsito y sobrevivencia. En este contexto, el VIH/SIDA puede considerarse como una consecuencia de la violación a las garantías individuales de los migrantes y el carente apoyo social y político que se les brinda. La labor integral que ha logrado realizar el Albergue Belén, fundamentada en la protección de dichas garantías, es una experiencia que podría servir como base para el diseño de estrategias en otras comunidades fronterizas.

La estrategia planteada por la JS buscó involucrar actores tradicionalmente identificados con la violación a los derechos de los migrantes, especialmente las policías municipales y federales, a quienes se les brindó un taller de sensibilización en torno al problema de la movilidad poblacional. La respuesta y evaluación de los participantes fue favorable, a pesar de que se reconoce que existen procesos estructurales en el funcionamiento de sus corporaciones que dificultan su práctica ética. Al respecto, se identificó la extorsión que sufren los migrantes a lo largo de su tránsito como una práctica frecuente.

En la misma situación se encuentran los servicios municipales de salud encargados de brindar atención a las TSC; éstos se han transformado en una práctica burocrática, que se traduce en el "sellado de la tarjeta sanitaria" a cambio del pago de los impuestos municipales correspondientes. Además, dicho procedimiento se ha convertido en un medio de coerción para las TSC migrantes indocumentadas. Sin duda alguna, la corrección de estos fenómenos es una tarea pendiente que requiere del desarrollo e implementación de políticas orientadas tanto al problema de la salud, como a la promoción y a la defensa de los derechos humanos.

Finalmente, la gran sensibilidad comunitaria –expresada en su respuesta y participación en los distintos eventos convocados por la JS– frente al problema de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA, constituye el mejor indicador de que el trabajo sostenido a largo plazo podría incidir en un cambio de las actitudes hacia los migrantes indocumentados. Podemos relacionar la participación de la gente con el trabajo previo desarrollado por la JS en la comunidad y con sus organizaciones, pero también representa una muestra de la prioridad que tiene para la comunidad el problema abordado.

La perspectiva de una iniciativa como la que se implementó en Ciudad Hidalgo podría servir como modelo en otras comunidades fronterizas de la región. Es indispensable resaltar que el liderazgo de la JS para coordinar y lograr la colaboración de las diferentes organizaciones es un indicador del compromiso y del trabajo que se requieren para realizar este tipo de estrategias. La mayor parte de los resultados presentados en este trabajo es una muestra de la voluntad y de la actitud comprometida de estas personas, que son quienes realizan la misión de las instituciones.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos, a la directora de la Casa del Migrante Albergue Belén de Tapachula, Chiapas, Flor María Rigoni a su subdirectora Esther Rosales Medina, su apoyo para este trabajo y reconocemos su importante y tenaz labor humana a favor de los más desprotegidos.

Asimismo un reconocimiento especial a las psicólogas Hilda Nelly Gómez Ventura y Guadalupe Sánchez Hernández, integrantes del equipo de la JS VII, Tapachula, Chiapas, por su compromiso y sensibilidad en la prevención del VIH/SIDA entre los grupos móviles y migrantes indocumentados.

Un agradecimiento al Cónsul de México en Tecún Umán, señor Enrique Romero, por las facilidades para el acopio de información.

Y, finalmente, a todos los participantes de las organizaciones sociales y gubernamentales que mostraron cómo se piensa y actúa estratégicamente para desarrollar este proyecto.

Referencias

1. Villa B, Tapia JA, Caballero M, Dreser A, Cuadra SM, González T, *et al.* México. Ciudad Hidalgo, Chiapas. En: Bronfman M, Leyva R, Negrón M, ed. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: INSP, 2004:275-302.

2. Instituto Nacional de Migración (INM). Delegación Regional Chiapas. Extranjeros asegurados por nacionalidad durante el año 2000. México, D. F.: Secretaría de Gobernación/Mimeo, 2000.
3. Bronfman M, Leyva FR. Truck-Drivers at the Mexico-Guatemala border: STDS/HIV/AIDS and the use of the condom. En: Social Science Rights, Politics Commitment and Action. XIII International AIDS Conference, Durban: Modnuzzi Editore, 2000:319-324.
4. Dreser A, Caballero M, Leyva R, Kageyama ML, Bronfman M. Mobility, Sex work and HIV/AIDS: The vulnerability of mobile sex workers in Central America and México. Social Sciences. XIV International AIDS Conference. Barcelona: Monduzzi Editore, 2002:247-251.
5. Uribe P. Investigación para la elaboración y puesta en práctica de estrategias para la prevención de ITS/VIH/SIDA en el comercio sexual femenino en la frontera sur de México. En: Uribe P, Magis C, ed. La respuesta mexicana al SIDA: mejores prácticas. México, D.F.: Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA/Secretaría de Salud (Serie Ángulos del SIDA), 2000:193-196.

NICARAGUA

RIVAS-PEÑAS BLANCAS

GRACIELLA MARSAL DE VARONA Y ROSARIO CUADRA FERNÁNDEZ

INTRODUCCIÓN

Para la ejecución de las intervenciones sugeridas por el proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos, las autoridades del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del Ministerio de Salud de Nicaragua, seleccionaron el departamento de Rivas, frontera con la República de Costa Rica, como el territorio de estudio. Este criterio tuvo como base el incremento de la incidencia del Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) en la zona, la escasez de intervenciones para su prevención, y el hecho de ser considerado el puesto fronterizo del país con mayor movimiento de poblaciones móviles y migrantes que interaccionan con las poblaciones locales.

El proceso consideró la implantación de una serie de intervenciones a partir del mes de mayo de 2003. Los organismos que coordinaron esta fase fueron el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, los Sistemas Locales de Atención Integral de Salud (SILAIS) del departamento de Rivas y la organización no gubernamental Casa de la Mujer, en trabajo conjunto con el Centro de Estudios y Promoción Social (CEPS) que llevó a cabo el proceso de acompañamiento y el monitoreo de esta iniciativa. Aquí se presenta la descripción del proceso de intervenciones y la evaluación realizada por el CEPS.

Los ejes de la intervención giraron en torno a la promoción y a la defensa de los derechos humanos, al fortalecimiento de las instancias de coordinación intersectorial local y al desarrollo para la atención de los grupos más vulnerables a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y al VIH/SIDA en la región. Originalmente el proceso de intervención se planeó para 12 meses, pero se extendió a 18 meses, de marzo de 2003 a agosto de 2004.

ANTECEDENTES

Rivas-Peñas Blancas es el puesto fronterizo terrestre de mayor movimiento de personas en busca de alternativas de supervivencia en Costa Rica. Según

información oficial, de 1995 a 1999 se desplazaron por esta región un total de 685 438 personas;¹ sin embargo, esta cifra no considera a la población no autorizada que cada día cruza la frontera en puntos donde pasa inadvertida. Si bien no se cuenta con datos oficiales de la cantidad de nicaragüenses que viven en Costa Rica o se desplazan hacia ese país, esta población se estima en casi medio millón.

Desde el año 2002 a la fecha, los movimientos migratorios aumentaron de manera acelerada hasta triplicarse, a lo que se suman las deportaciones masivas de nicaragüenses desde Costa Rica. Estos movimientos se incrementan durante las temporadas de siembra y cosecha, las fiestas nacionales, los periodos vacacionales y los de incremento en el empleo o las actividades comerciales. La pobreza, la falta de trabajo y las pocas perspectivas de mejorar las condiciones de vida en Nicaragua, constituyen el principal motivo para la migración de la población, que es atraída por las oportunidades de empleo, la ventaja comparativa en los salarios y el acceso a la seguridad social del vecino país.

El creciente flujo migratorio desde Nicaragua a los países vecinos con epidemias de ITS y de VIH/SIDA más avanzadas agudiza la vulnerabilidad de los nicaragüenses. Algunos estudios señalan que, en general, los nicaragüenses poseen un grado de conocimientos aceptable acerca de la epidemia, pero su percepción de riesgo es muy baja y tienen prácticas sexuales sin protección. Esto los ubica en una situación vulnerable ante la diseminación de las ITS y el VIH/SIDA.

La alta presencia y dinamismo de las poblaciones móviles y los migrantes en la estación de paso Rivas-Peñas Blancas da lugar a espacios de interacción entre estos grupos y la población local. Esta interacción se da a todo lo largo y ancho de la estación de paso –desde el puesto fronterizo en los puntos de paso de personas no autorizadas hasta el territorio costarricense– en las diferentes áreas de servicios, como oficinas públicas y privadas, cantinas, bares, restaurantes, hoteles, moteles, prostíbulos, parques, mercados, lugares de estacionamiento y en los furgones o camiones de carga que pasan a diario por esta zona.

Las formas de interacción pueden estar dentro del marco de lo “formal” o “legal”, cuando se trata de una relación de intercambio de servicios entre las poblaciones locales y otros actores sociales con las diferentes poblaciones móviles. La interacción se presenta cuando la población móvil busca satisfacer sus necesidades de alimentación, descanso, recreación, realización de trámites, búsqueda de información y transporte, entre otras; en general, es una relación de mutuo beneficio. Por otro lado están las formas de interacción que se dan en el marco de la “ilegalidad”; en éstas media la corrupción,

el abuso de poder y la violación a los derechos humanos a través de la extorsión. Este tipo de interacción se realiza entre las poblaciones móviles, las autoridades civiles, los militares y los denominados “coyotes”; lo anterior adquiere importancia porque aumenta la probabilidad de las prácticas de sexo transaccional, las cuales generalmente adolecen del uso de condón. En estos intercambios de servicios sexuales intervienen regularmente el alcohol, las drogas, el abuso, el maltrato y la violación, incrementando las situaciones de riesgo y la vulnerabilidad a la transmisión de las ITS y del VIH/SIDA.

Independientemente de las diferentes experiencias que las poblaciones móviles tienen en su viaje, los grupos que se mueven en esta zona fronteriza comparten el miedo ante el riesgo de perder la vida, a sus familiares, acompañantes o las pertenencias o cargas que transportan; esta situación se agrava cuando las poblaciones viajan de forma no autorizada.

El VIH/SIDA en Nicaragua

En los últimos cinco años se han presentado en el país escenarios favorables para una rápida y mayor transmisión del VIH/SIDA. Según la información del MINSA, existe una tendencia al incremento de la incidencia de casos de VIH/SIDA en los últimos tres años. De 1987 al 2004, se tiene registro de 1 371 personas que viven con el VIH o que tienen SIDA, con una tasa de incidencia anual, en el año de 2003, de 6.08 por cada 100 000 habitantes.² Lo anterior muestra una tendencia ascendente con respecto a 1987, cuando se detectó el primer caso de SIDA en el país.*

En cuanto a la distribución del VIH/SIDA por edad y sexo, 73% (1 010) son hombres y 26% (361) mujeres. La proporción hombre/mujer es de 3 a 1 y el grupo de edad más afectado es el de 20 a 39 años; a partir de estos datos se infiere que algunas personas adquirieron la infección en su adolescencia. Estas estadísticas sugieren que el patrón de transmisión del VIH en algunas regiones de Nicaragua ha variado de una epidemia de baja transmisión o naciente a una epidemia concentrada.

DISEÑO DE LAS INTERVENCIONES

Para las líneas de intervención se tomaron en cuenta dos ejes: la participación multisectorial y la sustentabilidad de las acciones. La premisa de partida con-

* El primer caso de SIDA en Nicaragua se registró en Rivas en el año de 1987.

sideró que el problema de las ITS y del VIH/SIDA no es responsabilidad exclusiva del Ministerio de Salud, sino de la sociedad en su conjunto.

Para el desarrollo de las intervenciones se seleccionaron tres puntos importantes dentro del departamento de Rivas: el municipio de Cárdenas y el municipio de Rivas, que fueron directamente estudiados en la primera fase de diagnóstico, y el municipio de San Juan del Sur, que se añadió al proyecto por tratarse de un puerto donde llegan cruceros y donde se observa una alta presencia de personas en trabajo sexual provenientes de diferentes lugares de Nicaragua.

Al finalizar el estudio basal se propició un encuentro para compartir los resultados. Allí se planearon las líneas estratégicas, se diseñó la intervención, se inició la gestión de fondos con otros organismos donantes y se establecieron coordinaciones con los actores locales. Las organizaciones no gubernamentales participantes fueron: German Development Cooperation (GTZ), el proyecto Luxemburgo, Centro para la Educación y Prevención del SIDA (CEPRESI), Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud (CISAS), Centro de Estudios y Promoción Social (CEPS), Pan American Social Marketing Organization (PASMO), Casa de la Mujer, los SILAIS del departamento de Rivas y el Ministerio de salud (MINSA).

De este proceso resultaron las siguientes líneas de acción:

- La promoción y la defensa de los derechos humanos y el desarrollo de una estrategia de información, educación y comunicación (IEC). Estas acciones estuvieron dirigidas a los grupos vulnerables de la región como las poblaciones móviles; las trabajadoras del sexo comercial (TSC); los furgoneros;* los conductores de bicicletas utilizadas como taxi para el traslado de las personas, conocidos como “pepanos”; los funcionarios de migración y extranjería; la policía; el ejército; los taxistas; los adolescentes, y los padres de familia.
- El fortalecimiento de las instancias de coordinación intersectorial local. Por medio de las redes de coordinación y colaboración en el departamento de Rivas, además de la conformación de la Comisión Nicaragüense del SIDA Departamental en Rivas (CONISIDAR), de los Grupos Acción SIDA (GAS), la creación de redes de apoyo para la prevención del VIH/SIDA y el fortalecimiento de la red de personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS).

* Furgoneros: conductores de camiones o de transporte de carga.

- El fortalecimiento del sector salud, mediante el desarrollo de la capacidad de resolución de los SILAIS para controlar las ITS y el VIH/SIDA en las unidades de salud y la capacitación al personal de asistencia.
- El fortalecimiento del sistema de información sobre las ITS y el VIH/SIDA, a partir de la actualización de la información integral sobre las ITS y el VIH/SIDA del sistema local de vigilancia epidemiológica, así como de la retroalimentación continua de las lecciones aprendidas.
- El impulso a la coordinación interfronteriza entre Costa Rica y Nicaragua, para generar acciones de promoción y de prevención sobre las ITS y el VIH/SIDA, y socializar las actividades de intervención interfronterizas y el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica.

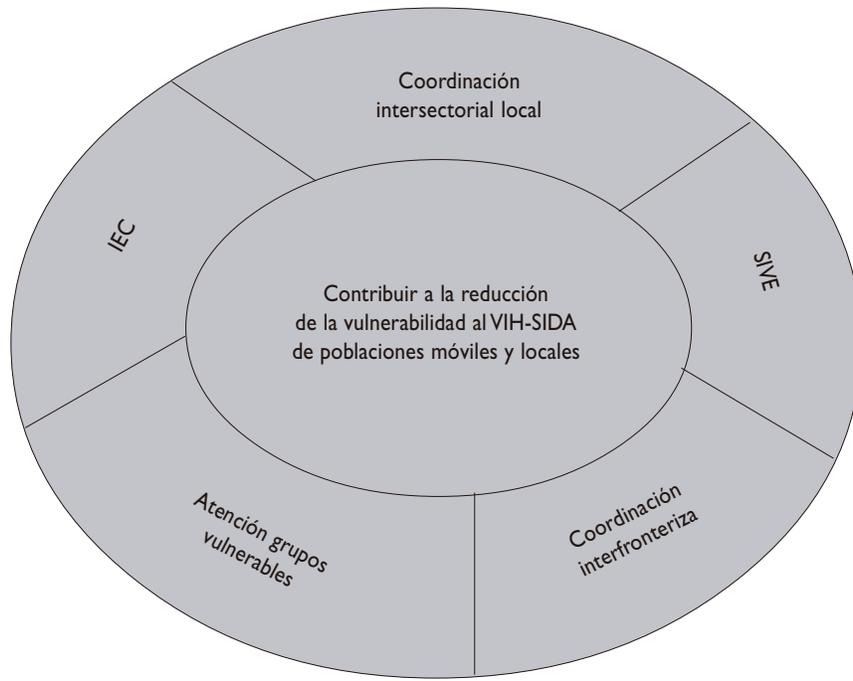
Diseño de la intervención y los métodos para el monitoreo

Como parte de los compromisos con la comunidad participante, en la primera fase de diagnóstico (en el 2002), se organizó una estrategia de devolución de resultados en la región. Esta exposición generó el interés de otros organismos por la situación de la estación de paso y la implementación de proyectos para la prevención del VIH/SIDA en la zona. Estos se ejecutaron a través de la Red de organismos internacionales con presencia en Nicaragua y ONG nacionales para la salud, conocida como NICASALUD.

En ese mismo año participaron en la primera parte del proyecto tres organizaciones no gubernamentales: CEPS, Instituto para la Conectividad en las Américas (ICA) y CEPRESI. La meta de sus acciones era otorgar información a las poblaciones móviles compuestas por TSC, hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), furgoneros y adolescentes para así contribuir a la prevención del VIH/SIDA.

Ya propiamente en el proyecto de intervención de Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos, participaron dos organizaciones ejecutoras y un equipo monitor: la Casa de la Mujer y el MINSA junto con los SILAIS de Rivas y el CEPS, respectivamente (figura 1).

La Casa de la Mujer, una organización no gubernamental local con presencia en la zona, con una trayectoria de trabajo en el área de la salud sexual y reproductiva y en atención directa a la mujer; pertenece a la Comisión Nicaragüense de Lucha contra el SIDA desde la Sociedad Civil (CNLSSC) y posee experiencia en la defensa de los derechos humanos. Esta organización cuenta con una alta credibilidad en el departamento de Rivas, debido a sus tareas en los programas de atención a la mujer y a los adolescentes. Su fuerte presencia en la zona fue uno de los criterios para su selección como organismo ejecutor del proyecto. Por otro lado, el MINSA y los SILAIS del departamento de Ri-



IEC: Estrategia de información, educación y comunicación.
SIVE: Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

Figura 1. Componentes para la intervención

vas, a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA y de su área de epidemiología, abordaron los componentes restantes. Por su parte, el CEPS, otra organización no gubernamental nicaragüense, llevó a cabo el monitoreo y la evaluación del proyecto.

La intervención tuvo como objetivos específicos: a) el fortalecimiento de las instancias locales de coordinación, que a su vez aglutinasen a las instancias gubernamentales y de la sociedad civil, con el fin de desarrollar acciones para la prevención del VIH/SIDA; b) planes de IEC y el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud, para una mejor atención a los grupos más vulnerables a las ITS y el VIH/SIDA; c) el fortalecimiento del sistema de información sobre las ITS y el VIH/SIDA en Rivas, y d) el impulso a la

coordinación interfronteriza entre Costa Rica y Nicaragua, para desarrollar acciones de promoción y de prevención sobre las ITS y el VIH/SIDA.

Durante la definición del diseño de las intervenciones, en febrero de 2002, los ministros de salud de Nicaragua y Costa Rica firmaron, en la ciudad de Granada en Nicaragua, un acuerdo interfronterizo de cooperación en salud, que incluyó el tema de la transmisión del VIH/SIDA y su relación con los movimientos poblacionales. Ese acuerdo se ratificó en el año 2003 y tiene vigencia en la actualidad.

Una vez puesta en marcha la intervención, se requirió de la coordinación entre las instituciones del Estado y los actores de la sociedad civil, así como de la población local; sin esta sinergia no se hubieran podido desarrollar las intervenciones. Uno de los retos fundamentales fue iniciar un cambio en la concepción para abordar el tema de la migración, los contextos de vulnerabilidad y su vínculo con el VIH/SIDA, y relacionarlo con la promoción y la garantía de los derechos humanos.

Para conocer la dinámica de implantación del proyecto se llevó a cabo una permanente coordinación con los SILAIS del departamento de Rivas, la Casa de la Mujer y la dirección del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.

El proceso de monitoreo consistió en:

- La planificación de las tareas y la evaluación del equipo ejecutor.
- El desarrollo de la capacitación y las habilidades para el manejo del proyecto, la gestión y la implementación.
- La descripción del desarrollo de las actividades planificadas.
- La coordinación con las instituciones y las organizaciones locales.
- Las coordinaciones interfronterizas.
- La realización de los estimados de las coberturas de las actividades y estrategias planteadas.
- El conocimiento de la percepción de los actores locales y las reacciones de los participantes a los servicios recibidos.
- El registro de los servicios brindados a los participantes.
- El manejo de los recursos para lograr los objetivos propuestos.
- Las lecciones aprendidas.

Las técnicas utilizadas para el monitoreo consistieron en reuniones y encuentros con los organismos ejecutores, visitas a diferentes actividades programadas, reuniones con grupos meta y actores locales, y la revisión de documentos técnicos y financieros del proyecto.

El equipo de monitoreo realizó el acompañamiento directo a los equipos ejecutores de los proyectos, por medio de visitas semanales y talleres para

el fortalecimiento en el manejo de los mismos. En los encuentros de evaluación realizados con los beneficiarios (las poblaciones móviles, los HSH, las TSC, furgoneros, militares, funcionarios de migración y de aduana, policías, adolescentes y jóvenes, padres de familias, funcionarios de otras instituciones estatales), el personal de la Casa de la Mujer, el personal de las unidades de salud y de los SILAIS de Rivas en los municipios de Rivas, de Cárdenas y de San Juan del Sur, los miembros de los GAS y de las Redes comunitarias de defensa de los derechos humanos; se observó que están satisfechos y comprometidos con el trabajo del proyecto.

RESULTADOS

La estrategia del proyecto fue novedosa debido a que vinculaba la problemática del VIH/SIDA con los movimientos migratorios y la vulnerabilidad, lo cual hacía necesaria la participación multisectorial.

Es importante destacar el compromiso adquirido por los actores involucrados. Por ejemplo, en los SILAIS de Rivas hubo tres cambios en su dirección en el periodo de marzo de 2003 a agosto de 2004; sin embargo, a pesar de esto se logró la permanencia de las acciones de intervención.

Una tarea importante fue lograr la motivación a través de los procesos de capacitación, con la incorporación de nuevos temas al enfoque de la prevención del VIH/SIDA: migración y movilidad poblacional, prevención del VIH/SIDA desde la dinámica de la defensa de los derechos humanos, conocimiento y manejo de la Ley 238,* entre otros. Esta vinculación permitió un abordaje diferente en la consejería hacia la población, abrió nuevas opciones para el trabajo en redes y promovió la incorporación de actores con intereses diversos. Lo anterior –junto con el desarrollo de los acuerdos interfronterizos– constituyó una novedad importante en las formas de enfrentar la epidemia en la población del departamento de Rivas.

La cooperación y el debate sobre la transmisión del VIH entre los funcionarios del ejército, la policía, las autoridades de migración, los representantes de las iglesias, los medios de comunicación, los maestros, los funcionarios de la alcaldía, los líderes comunitarios, los promotores de la salud, los representantes de los adolescentes, las PVVS, los funcionarios de organismos no gubernamentales y los funcionarios y el personal del área de

* Ley aprobada en Nicaragua en el año 2000 para la protección y la defensa de las personas que viven con el VIH/SIDA.

salud; fueron dos de los aspectos que incidieron de manera positiva en el fortalecimiento de la capacidad local en el departamento de Rivas. El impacto del proyecto consistió, sobre todo, en entender y en apropiarse de la idea de que, en una localidad fronteriza con alta movilidad y vulnerabilidad ante las ITS y el VIH/SIDA, sin el concurso de todos es imposible un abordaje integral para enfrentar la transmisión de la enfermedad. Según la declaración de una representante de los medios de comunicación:

Nunca antes se había puesto en la mesa de discusión el tema de VIH/SIDA en la localidad frente a tanta gente y que todos hayan estado trabajando por reconocer que Rivas tiene un gran problema que hay que trabajar en conjunto. Cuánto no se hace porque no conocemos qué hacer para evidenciar que sí hay problemas, que el SIDA está allí con nosotros mismos.*

El proyecto contribuyó al fortalecimiento institucional de las organizaciones involucradas, mediante una nueva visión, al aglutinar la discusión alrededor del tema del VIH/SIDA y las poblaciones móviles. Un ejemplo de dicho fortalecimiento fueron las celebraciones masivas del día de la solidaridad con los pacientes y familiares que viven con el VIH/SIDA y la conmemoración del día internacional para la prevención del VIH/SIDA.

De acuerdo con la planificación del proyecto se lograron varios resultados, entre los que destacan: la creación de la Comisión Nicaragüense del SIDA Departamental en Rivas (CONISIDAR), el fortalecimiento de la coordinación intersectorial local, el funcionamiento de los GAS y la creación de la Red comunitaria de derechos humanos y SIDA.

La conformación del CONISIDAR, con base en el decreto-ley de la Comisión Nicaragüense del SIDA (CONISIDA), constituyó la primera organización departamental de este tipo creada en el país. El CONISIDAR es el espacio formal donde interactúan las instituciones y la sociedad civil para la prevención del VIH/SIDA en el departamento de Rivas. Se integró por el MINSA, que la dirige; el Ministerio de Educación (MECD); el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS); la Alcaldía de Rivas; los medios de comunicación local; una PVVS;** los funcionarios de la policía y el ejército, y organismos no gubernamentales.

* Representante de los medios de comunicación ante el CONISIDA. Intervención en la reunión de evaluación de las actividades durante el 1 de diciembre de 2003.

** Falleció en la etapa final de la ejecución del proyecto.

El CONISIDAR elaboró su reglamento de funcionamiento, lo que ha garantizado la participación armónica de actores relevantes en el ámbito departamental. Se establecieron espacios sistemáticos de reunión para la planificación conjunta de las actividades y la gestión de fondos alternativos para dar cumplimiento al plan de trabajo. En su interior se creó la comisión de ética, de la cual es miembro el CEPS, que además brinda asistencia técnica y capacitación al grupo integrante de CONISIDAR.

Como parte de la estrategia de coordinación interinstitucional e intersectorial, se logró fortalecer a los GAS en los municipios de Rivas y de Cárdenas; además de los GAS en el municipio de San Juan del Sur, con la participación de amas de casa de la localidad, líderes comunitarios, adolescentes, la Cruz Roja, las iglesias, el movimiento comunal nicaragüense, la policía, el ejército y de representantes de las instituciones gubernamentales que integran el CONISIDAR. A través de los directores municipales, el MINSA se encargó del proceso de conformación de los GAS.

Los GAS se capacitaron en el tema de la prevención del VIH/SIDA y su relación con la migración y diseñaron sus planes de trabajo y las formas de evaluación respectivas. Sus actividades consistieron en la distribución de materiales educativos, el mantenimiento de los kioscos informativos y la distribución de preservativos a la población. Estas acciones proporcionaron visibilidad de la problemática a la población y fomentaron el interés por informarse acerca de la prevención del VIH/SIDA. Una líder comunitaria lo expresa así: “Nos enseñó que no teníamos que escondernos de esta enfermedad sino que debíamos combatirla en conjunto y sobre todo que aprendimos a comunicar a la gente de la comunidad cómo prevenir la enfermedad”.*

Los kioscos establecidos en el puesto fronterizo y en los balnearios de San Juan del Sur tuvieron una amplia aceptación en la localidad: “La gente llega y se lleva los preservativos. Los muchachos que están en eso les dicen sobre el VIH/SIDA, la gente se acerca al ver el rótulo y hasta nosotros les decimos. Lástima que no está siempre”**. **

Para la atención a la población móvil y migrante en la prevención del VIH/SIDA en los municipios de Cárdenas (Cárdenas y Peñas Blancas) y de San Juan del Sur, se creó una Red comunitaria de derechos humanos y SIDA, integrada por adolescentes y jóvenes, representantes de organizaciones sociales, así como por “coyotes” y personas de la localidad, que a su vez partici-

* Líder comunitaria e integrante de los GAS del municipio de Cárdenas.

** Funcionario de la aduana del puesto fronterizo Peñas Blancas.

pan en los GAS. Esta Red inició procesos educativos dirigidos a la prevención del VIH/SIDA en poblaciones móviles y migrantes, enfocados a la promoción y la defensa de los derechos humanos. Asimismo, han denunciado y puesto en evidencia las violaciones a los derechos de las poblaciones móviles y trabajan en el abordaje directo con este grupo a través de acciones de IEC.

Los GAS y la Red Comunitaria de derechos humanos y SIDA han incorporado en sus acciones a la Pastoral de Movilidad Humana de CARITAS que trabaja en la frontera sur y radica en Costa Rica; también han coordinado acciones con la policía nacional y el ejército. Asimismo, conformaron una red de apoyo a las poblaciones móviles con promotores voluntarios. Uno de los aspectos analizados en la evaluación de estos grupos organizados fue que, independientemente del origen de cada uno, se logró la movilización de actores clave de la comunidad, para dar respuesta a una problemática que la misma población trataba de minimizar, como es la alta movilidad en la zona y el avance del VIH/SIDA.

En esta estrategia faltó realizar un trabajo de mayor profundidad con las PVVS, que dependía básicamente de la Asociación de Solidaridad Nacional de las Personas Infectadas y Afectadas por el VIH/SIDA (ASONVIHSDA), una organización no gubernamental que los aglutina. También era necesario el fortalecimiento institucional de los SILAIS de Rivas y la creación de capacidades en el personal de salud para una mejor atención a grupos vulnerables a las ITS y el VIH/SIDA. El proyecto dotó a los SILAIS de equipos de cómputo y audiovisuales para dicho fortalecimiento y logró que los SILAIS contaran con mejores instrumentos técnicos para el desarrollo de las capacitaciones. Asimismo, se incluyó al personal de salud en la capacitación para la gestión y la gerencia del proyecto, el monitoreo y la utilización de instrumentos para la recolección de información, la construcción de indicadores, la sistematización de la experiencia y la evaluación, entre otros.

Este proceso fue importante por dos aspectos: que los miembros del personal, sobre todo los involucrados directamente en la implementación,* comprendieran los aspectos técnicos necesarios para ejecutar los proyectos; y que se lograra un sentido de pertenencia y un seguimiento técnico con el plan de intervención, a pesar de la alta rotación de recursos humanos.

* Director de SILAIS, equipo de epidemiología y vigilancia epidemiológica, directores municipales, personal del programa del VIH/SIDA a nivel departamental y municipal, médicos y enfermeras, así como personal de la ONG.

El personal de los centros de salud, puestos de salud y hospitales, así como el que conformaba las estructuras normativas de los SILAIS, fue capacitado en temas sobre ética y bioseguridad, derechos humanos y consejería. Con ello se logró que dicho personal debatiera sobre los principios éticos, que aplicara medios de barrera para su seguridad en las áreas de trabajo, y que tuviera una mayor preparación para la consejería y el consentimiento informado; con esto se logró promover la prueba de detección del VIH/SIDA. Durante enero y agosto de 2004 se tomaron, de manera voluntaria, 160 muestras en todo el departamento de Rivas, lo que permitió evidenciar un incremento de 11 casos nuevos. Esto se considera un logro importante promovido por el proyecto. Según una proveedora de servicios de salud de San Juan del Sur: "Ahora estamos capacitados para poder hablar a los pacientes cuando acuden a preguntar sobre el SIDA, hasta somos capaces de dirigir mejor cómo la gente puede hacerse su prueba y de convencerlos".*

Como parte de la atención a los grupos vulnerables y con una gran participación del personal de salud, se distribuyeron en forma masiva 32 500 condones, donados por Condones VIVE el Proyecto Luxemburgo, el MINSA, y Agency for International Development (AID).

Se trabajó para el fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica a partir de un sistema de información sobre las ITS y el VIH/SIDA en Rivas y en cada uno de los municipios beneficiarios del proyecto. Esto se logró mediante de la gestión del MINSA. Paralelamente, se capacitó al personal de los servicios de salud y al personal de registro y vigilancia epidemiológica en el tema de la consejería y en la forma correcta para llenar las fichas de consentimiento informado. Este proceso de registro estaba establecido por el MINSA y consistía en unas fichas que el personal de salud debe llenar al momento de realizar la consejería; posteriormente, debe insertarla en el sistema de vigilancia, proceso que no siempre se llevaba a cabo. El fortalecimiento de este procedimiento ha permitido tener mayor control en la información y detectar el número de personas que han recibido la consejería y se han realizado la prueba de detección.

Como parte del fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica y de las reuniones realizadas entre los ministros de Nicaragua y Costa Rica, se planteó un acuerdo ministerial en el que se prevé un encuentro entre el personal de salud del SILAIS de Rivas, el nivel nacional del MINSA y la región

* Enfermera capacitada en San Juan del Sur.

Chorotega-Guanacaste de Costa Rica. El objetivo es unificar criterios y ver la factibilidad de montar un sistema de vigilancia interfronterizo con apoyo del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Nicaragua (SISNIVEN) y TELESALUD. Este tema ha sido parte de las discusiones en los encuentros interfronterizos; además, fue potenciado por el proyecto y las reuniones entre los ministros de salud de ambos países. El compromiso se ratificó en la reunión del equipo técnico realizada en Costa Rica en el mes de agosto de 2004.

Las acciones de IEC y las orientadas a la atención ofrecida a los grupos más vulnerables se han realizado, en conjunto con la Casa de la Mujer, a partir de actividades de capacitación, carnavales, charlas y festivales, donde la participación de los pobladores de Rivas ha sido amplia. Además, se capacitó al personal de salud en temas relacionados con la atención de la demanda y la consejería en el VIH/SIDA. Esto ha implicado una mayor sensibilización del personal de salud hacia la prevención y la atención de los pacientes y de sus familiares.

En el marco de la semana de solidaridad con las PVVS, se desarrollaron festivales en los tres municipios, donde se implantó el proyecto con el aporte financiero de varios programas y grupos de la zona. Estos festivales artísticos han logrado impactar a la población sobre el tema de la solidaridad a las PVVS y a sus familiares; en los tres municipios hubo amplia participación de la población local y se evidenció la promoción de las acciones en la prevención del VIH/SIDA y su relación con la problemática de la migración.

Mediante acciones de IEC, se brindó información a la población móvil y migrante en los temas relacionados con la prevención del VIH/SIDA. En los municipios en que se ejecuta el proyecto se incluyeron charlas y talleres sobre la prevención del VIH/SIDA, los derechos humanos, la Ley 238 y la Ley de Migración.

El fortalecimiento y mantenimiento de las acciones de IEC es uno de los componentes al cual se le debe brindar una mayor sustentabilidad, especialmente al tratar con poblaciones móviles. Los materiales educativos elaborados y la gran presencia de mensajes educativos en los medios de comunicación local fueron de gran interés para la comunidad.

La población ha aumentado sus conocimientos sobre las ITS y el VIH/SIDA, y gracias a esto, ha desarrollado una mayor solidaridad hacia las PVVS y sus familiares. Esto se evidenció en las actividades masivas llevadas a cabo en los tres municipios y en la participación de la población en los diversos espacios de información.

La coordinación interfronteriza entre Nicaragua y Costa Rica se ha desarrollado por medio de tres encuentros entre Costa Rica y Nicaragua. El primero se realizó en ambos países los días 25 y 26 de marzo de 2003; el segundo

tuvo lugar en Costa Rica, del 10 al 12 de junio de 2003, y el tercero se llevó a cabo en Nicaragua, los días 4 y 5 de marzo de 2004. En ellos se incorporaron, dentro del convenio entre ambos ministerios de salud, las inquietudes planteadas por el proyecto de Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos y quedaron plasmados los compromisos para la formación de recursos humanos, la vigilancia epidemiológica y la sensibilización de los actores sociales importantes en los pasos fronterizos. En el tercer encuentro, que tuvo lugar en la ciudad de Granada, se incorporaron los objetivos de otros proyectos sobre poblaciones móviles que se ejecutan actualmente en la zona: el proyecto de la Organización de Países Productores y Exportadores de Petróleo en conjunto con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (OPEP-UNPFA), en la zona de los Chiles, Costa Rica; el proyecto IMPSIDA para la prevención del VIH/SIDA en poblaciones móviles, en los SILAIS de Río San Juan, y el proyecto Uniformados del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), que se lleva a cabo en Nicaragua.

CONCLUSIONES

Para lograr el impacto esperado es fundamental contar con un diseño de acción claro y concreto, donde se establezcan estrategias bien definidas, basadas en los resultados de investigaciones específicas que sean congruentes con las políticas de salud de la región. En este caso, la propuesta de intervención elaborada por el MINSA y la Casa de la Mujer fue congruente con los lineamientos estratégicos planteados en la fase de la investigación, así como con el plan estratégico nacional para las ITS y el VIH/SIDA.

La Casa de la Mujer y el MINSA, conformado por los SILAIS de Rivas y el nivel central del MINSA, han cumplido satisfactoriamente con los indicadores establecidos en el proyecto. Se alcanzó 90% en el cumplimiento de las actividades propuestas en la planificación del proyecto; en este sentido destaca el apoyo de otros organismos donantes para la ejecución de las actividades en conjunto (el proyecto Luxemburgo, Promotion of women's integrated health of the German Development Cooperation (PROSIM-GTZ), NICASALUD, CEPS, ICAS, Condonos VIVE).

El fortalecimiento de la coordinación intersectorial local, a través de la conformación de la CONISIDAR, y el funcionamiento de los GAS en los municipios de Rivas, de Cárdenas y de San Juan del Sur, se encuentran en funcionamiento permitirá la sustentabilidad de las acciones y el empoderamiento de sus miembros en el continuo proceso para la prevención del VIH/SIDA y su interrelación con la migración. El trabajo en equipo entre las instituciones del Estado y las organizaciones no gubernamentales fue fundamental para

lograr la sinergia y los compromisos, y con ello se logró potenciar la ejecución de las actividades para la prevención del VIH/SIDA.

Se obtuvo una adecuada y creciente coordinación interfronteriza entre Nicaragua y Costa Rica; se aprovecharon los encuentros para lograr establecer las líneas estratégicas conjuntas entre los proyectos nacionales y los regionales e intercambiar experiencias, además de que se evidenció la necesidad de la cooperación entre ambos países. Esto permite que las acciones de promoción y de prevención del VIH/SIDA se ejecuten de manera homogénea.

Las capacitaciones sobre consejería, bioética y bioseguridad, vigilancia epidemiológica, llenado correcto de la ficha epidemiológica y de consentimiento informado han permitido abordar la problemática de una mejor manera, así como la aplicación de un mayor número de pruebas y la detección de nuevos pacientes afectados por el VIH/SIDA. Además, las diversas capacitaciones mencionadas han permitido la sensibilización del personal de salud sobre los temas del VIH/SIDA, la migración y la movilidad humana, y esto permite una mejor atención hacia los grupos vulnerables.

Otra de las lecciones se relaciona con la contratación y el manejo financiero. Para proyectos futuros es importante definir claramente los aspectos estratégicos y operativos en los contratos, así como límites en la toma de decisiones de los niveles centrales y de los SILAIS. En lo que se refiere al aspecto financiero de esta intervención, es importante analizar las dificultades que se presentaron en el envío de los fondos desde el MINSA central a los SILAIS; éstas repercutieron de manera negativa en el cumplimiento adecuado de sus tareas. Por otro lado, las normas de contrataciones con proveedores del Estado y la realidad de los prestadores de servicios en el ámbito local limitan la ejecución del proyecto. Además, la falta de experiencia en la administración de fondos fue una limitante en todo el proceso de acompañamiento. Es necesaria la descentralización financiera para una mayor fluidez de los recursos y así facilitar la contratación de recursos humanos en las comunidades locales y de todo lo necesario para la ejecución del proyecto en cada una de las organizaciones. Ello evitaría la barrera impuesta por el sistema y el reglamento de contrataciones con proveedores del Estado y facilitaría la ejecución de los proyectos.

La alta rotación de funcionarios en el periodo de ejecución del proyecto, desde una alta funcionaria del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, que acompañaba a los SILAIS, hasta tres directores de los SILAIS y dos directores municipales; significó un obstáculo para el avance en la ejecución de las actividades programadas por el proyecto, especialmente por la pérdida de recursos humanos capacitados en la gestión y la ejecución de los proyectos. Esto implicó reiniciar los procesos de sensibilización, de apropiación del proyecto

y de compromiso con los nuevos funcionarios; sin embargo, a pesar de lo anterior, el acompañamiento fue enriquecedor y generó un equipo con alta sinergia y compromiso de trabajo en el campo de la prevención del VIH/SIDA y las poblaciones móviles y migrantes.

El acompañamiento y el monitoreo externo al MINSA por parte del CEPS, permitió reflexionar las estrategias y las acciones planteadas, y así dinamizar el proyecto; asimismo, propició el fortalecimiento técnico del personal involucrado en la ejecución del mismo.

Al término del proyecto se desarrolló una evaluación final, dividida en dos etapas. La primera consistió en la realización de entrevistas a actores clave que participaron en la ejecución, así como a los beneficiarios de la misma; en la segunda etapa se llevó a cabo un taller donde se discutieron las estrategias que permitirían la continuidad del proyecto a través de la creación de un fondo mundial para las poblaciones móviles. Los planteamientos del taller se basaron en tres temas de la estrategia: a) el fortalecimiento de la coordinación intersectorial local, con énfasis en los derechos humanos, b) una estrategia de IEC que responda a las necesidades de las poblaciones móviles, de los migrantes y de la población local y c) la coordinación interfronteriza.

La experiencia acumulada en todas las etapas del proyecto, desde el diagnóstico inicial hasta la evaluación, es un referente importante para la lucha contra el VIH/SIDA en el país y para las acciones interfronterizas y binacionales. El proyecto de Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos responde a las políticas públicas, al plan estratégico de prevención y al control de las ITS y del VIH/SIDA de Nicaragua. Asimismo, demuestra la factibilidad y la importancia de aglutinar los esfuerzos institucionales gubernamentales o no, ligados a la organización comunitaria de los territorios objeto de intervención. Por ejemplo, en la revisión del plan estratégico 2000-2004, se observó tanto la ausencia, como la necesidad de incluir a la población móvil y migrante en una estrategia a seguir dentro del país.

Los proyectos como el Fondo Mundial de VIH/SIDA, y los programas contra la tuberculosis y la malaria se están beneficiando de esta experiencia, por lo que se programó la realización de estudios similares de línea basal, tanto cualitativa como cuantitativa, en otras estaciones de paso en el norte del país. Con el Fondo Mundial se podría movilizar ayuda económica en la lucha contra el VIH/SIDA en el ámbito interfronterizo, dirigida a las poblaciones móviles y migrantes.

Con la experiencia acumulada del CEPS, y el trabajo conjunto con Project Concern Internacional (PCI Honduras), se está desarrollando un proyecto de mitigación de VIH/SIDA en la frontera norte, en los departamentos de Nueva Segovia en Nicaragua y el Paraíso en Honduras. Es importante apro-

vechar la oportunidad de gestionar nuevos proyectos y la posibilidad de obtener nuevos fondos regionales. El proyecto IMPSIDA, financiado por United Nations Foundation (UNFID) con el apoyo del grupo de estudio sobre el SIDA de la ONU (ONUSIDA), utilizó la misma estrategia implementada en la estación de paso sur en el departamento de Río San Juan, que presenta algunas características similares de movilidad hacia y desde Costa Rica; de esa forma aseguró el acompañamiento y el monitoreo de las instituciones gubernamentales, las ONG y la sociedad civil.

Finalmente, la implementación del proyecto Fondo Mundial de Poblaciones Móviles, que fue aprobado recientemente y que beneficiará a Nicaragua, está tomando en cuenta las lecciones aprendidas con esta iniciativa. En este sentido, las discusiones y los planteamientos de los actores involucrados serán el punto de partida para la planificación del mismo.

Los resultados obtenidos: el fortalecimiento de la coordinación intersectorial local y la creación de la CONISIDAR; la creación de una Red comunitaria de derechos humanos y SIDA; el fortalecimiento institucional a los SILAIS del departamento de Rivas y sus municipios; la sensibilización y diseminación masiva de mensajes para la prevención y la no discriminación; la capacitación al personal de salud en consejería y otros temas que mejoren la calidad y calidez en la atención, y la coordinación interfronteriza, demuestran que las estrategias utilizadas fueron válidas y, por lo tanto, aplicables en el ámbito nacional e internacional. Ahora el reto es aplicarlas en donde sea necesario.

Referencias

1. Ministerio de Gobernación de Nicaragua. Estadística de Migración y Extranjería. Managua: Ministerio de Gobernación, 2000.
2. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA de Nicaragua. Primer semestre 2004. Managua: Ministerio de Salud, 2004.

PANAMÁ

EL MERCADO DEL PUERTO DE SAN FELIPE

HILDA MARTÍNEZ

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se describen los procesos que siguieron a las intervenciones para fortalecer el control y la prevención de la transmisión del VIH en el área del mercado público de San Felipe de la Ciudad de Panamá, en el periodo de 2003 a 2004. Los responsables de la evaluación fueron la Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA), el Equipo Multidisciplinario de Educación en Salud Sexual y Reproductiva (EMESSAR) y la Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP); estas dos últimas también formaron parte de las acciones de prevención y control del VIH/SIDA en esta región panameña.

El corregimiento* de San Felipe se encuentra ubicado en el extremo sur-occidental de la Ciudad de Panamá. En términos generales, es una comunidad urbana, donde aproximadamente 80% de la población está constituida por sectores populares y el restante 20% está compuesto por la clase media y alta. Es un centro urbano de gran dinamismo y cuenta con todos los servicios básicos, incluidos el mercado público de San Felipe, situado en el área conocida como El Terraplén y en parte del corregimiento de Santa Ana. En este lugar predominan la venta de alcohol y de sexo comercial en bares, cantinas y casas de citas, donde destaca el grupo de mujeres provenientes de Colombia y República Dominicana, y un lugar de interacción entre grupos de poblaciones móviles como camioneros, marinos y comerciantes, entre otros.

Respecto al VIH/SIDA en Panamá, podemos señalar que con una población aproximada de 3 172 360 habitantes,¹ en el país se notificaron hasta junio de 2004 un total de 6 296 casos de SIDA, con una relación hombre-mujer acumulada de 3.1 a 1. A la transmisión por vía sexual correspondió 66.4%,

* Corregimiento: Unidad básica de la división política. Equivale a lo que en otros países se denomina como municipio.

2.2% fue por transfusión sanguínea, 3.9% por transmisión perinatal y 27.5% desconoce el modo de transmisión. Los casos se registran en rangos de edad de 25 a 29 años (13.3%), de 30 a 34 años (19.4%), de 35 a 39 años (16.3%) y de 40 a 44 años (13.4%). El análisis por sexo permite observar que los hombres son más afectados por la epidemia, al registrar 4 759 casos frente a 1 537 casos (24%) entre las mujeres. La tasa de mortalidad acumulada hasta junio de 2004 por SIDA era de 73.5 por ciento.²

Estudios de seroprevalencia realizados en los centros del Ministerio de Salud de Panamá, donde se ha implementado el programa de higiene social para la atención de las trabajadoras del sexo comercial (TSC),* indican una epidemia concentrada que identifica como grupos más vulnerables a las personas que realizan trabajo sexual y a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) (cuadros I y II). La diferencia de casos de ITS/VIH/SIDA en TSC fijas y ambulantes indica también una mayor vulnerabilidad a la transmisión en este último grupo (figura 1).

Por su parte, el estudio basal del proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos³ indicó situaciones específicas de vulnerabilidad en la estación de paso, que pueden agruparse en cuatro puntos:

1. En el contexto del trabajo sexual: un alto grado de vulnerabilidad entre las mujeres migrantes mestizas-negras, colombianas, dominicanas, que ingresan al país con una visa de turista, las cuales realizan trabajo clandestino y tienen relaciones sexuales sin condón a cambio de un mayor pago por el servicio.
2. En el nivel de las poblaciones móviles se identificaron a marinos, pescadores, buhoneros y población uniformada como los principales clientes del comercio sexual, los cuales poseen capacidad de pago para la negociación de relaciones sexuales sin condón.
3. En los grupos de HSH, aunque en términos generales en esta población hay un buen nivel de información respecto a las formas de transmisión de las ITS y del VIH/SIDA, se identificó que ésta no es lo suficientemente consistente como para crear una cultura de preven-

* Por norma del Programa de Higiene Social que se desarrolla en los Centros de Salud, cada 3 meses se le realizan pruebas de VIH a todas las trabajadoras del sexo comercial que se atienden en el Programa. El registro de estos resultados a partir de 1992 permite la presentación de datos de seroprevalencia en poblaciones específicas.

Cuadro I
Seroprevalencia de VIH en TSC, mayores de 18 años, ubicadas en establecimientos. República de Panamá, 1992-2001

Años	Muestra	# positivas	Intervalos de confianza	% VIH
1992	1 606	15	0.54-1.57	0.93
1993	4 111	24	0.38-0.88	0.58
1994	4 547	8	0.08-0.36	0.18
1995	4 530	23	0.32-0.77	0.50
1996	4 539	14	0.17-0.53	0.31
1997	4 285	13	0.16-0.53	0.30
1998	4 678	18	0.23-0.62	0.38
1999	5 884	15	0.14-0.43	0.24
2000	6 057	15	0.14-0.41	0.25
2001	6 060	24	0.25-0.59	0.30

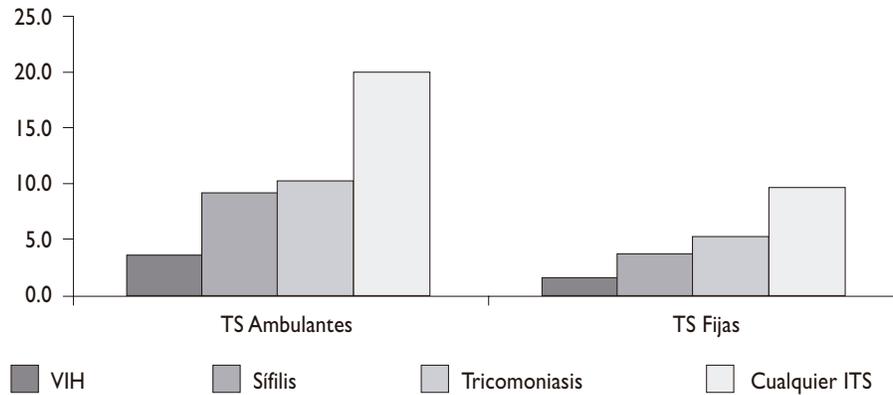
Fuente: Epidemia de VIH/SIDA. Estimaciones y proyecciones. Periodo 1980-2010. Documento de trabajo. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. República de Panamá: octubre de 2002

Cuadro II
Seroprevalencia de VIH en TSC y HSH
Estudio Multicéntrico: Panamá, Año 2001.

Población	Lugares	Prevalencia
TS cautivas	Panamá	1.2
TS ambulantes	Panamá	4.9
TS cautivas	Puerto Colón	1.04
TS ambulantes	Puerto Colón	4.0
HSH	Panamá	10.65

Fuente: Epidemia de VIH/SIDA. Estimaciones y proyecciones. Periodo 1980-2010. Documento de trabajo. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. República de Panamá: octubre de 2002

ción. Además, los HSH refirieron acoso, señalamientos, estigmatizaciones y discriminación por parte de los organismos de salud y seguridad, lo que fortalece y reproduce la segregación y la homofobia, que a su vez redundan en prácticas sexuales clandestinas que no se caracterizan por el uso consistente del condón, ni por un mayor acceso a la información o a los servicios de salud.



Fuente: Estudio Multicéntrico Centroamericano de Prevalencia de ITS y de VIH y comportamientos en poblaciones específicas en Panamá (EMC). Resumen de principales hallazgos. EMESAR, AHMNP y Ministerio de Salud. Dirección General de Salud. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Panamá, agosto del 2003

Figura 1. Prevalencia de ITS y de VIH en TSC ambulantes y fijas. Estudio Multicéntrico

4. En las redes, los programas y las políticas de prevención donde se señala un escaso impacto de las intervenciones en prevención del VIH/SIDA realizadas en la estación de paso. Ello indica la necesidad de crear y fortalecer las redes de apoyo con el fin de promocionar información sobre derechos humanos, así como una sensibilización de la población en general y la negociación del uso del condón entre los grupos identificados como más vulnerables a la transmisión del VIH.

El diagnóstico de base planteó dos estrategias de prevención: la primera tiene que ver con la forma en que la población del lugar concibe a los grupos migrantes; y la segunda estaría compuesta por campañas de prevención y dotación de condones a los grupos móviles más característicos del corregimiento, a los HSH y a las TSC ubicadas en establecimientos formales o en la calle.

METODOLOGÍA PARA EL MONITOREO Y LA EVALUACIÓN

La evaluación llevada a cabo en el corregimiento de San Felipe de la ciudad de Panamá tuvo como características:

- La realización de las intervenciones por parte del equipo evaluador y de los actores, lo cual permitió la revisión continua de los objetivos, las actividades y las metas, y permitió establecer los correctivos necesarios para optimizar los resultados y redefinir las estrategias.
- La participación, ya que el equipo evaluador coordinó las acciones para la valoración de los indicadores de procesos y de resultados mediante consultas con los principales actores, con el fin de que los equipos de interventores conocieran la metodología que se estaba aplicando en la evaluación a través de reuniones de coordinación, de seguimiento y de evaluación con el equipo de evaluación y las instancias coordinadoras del proyecto.
- El partir de la gestión interinstitucional para explorar las capacidades de coordinación entre los principales actores del proceso de intervención. Se valoraron los cambios en la estructura y en la capacidad de gestión de las organizaciones para la formulación de proyectos, la relación con otras agencias e instituciones nacionales e internacionales, la capacidad administrativa, de intercambio e integración de experiencias con otras iniciativas similares a las desarrolladas con el proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica y México.
- La iniciación de las intervenciones en tiempos diferentes en el sector gubernamental y en el sector civil. Así, el monitoreo en el sector gubernamental inició cuando ya se habían desarrollado diez de las trece actividades programadas, por lo que no se pudo apoyar en el diseño, la revisión y la aplicación de los instrumentos de evaluación específicos para las primeras intervenciones. Sin embargo, se obtuvo asesoría en la construcción de los cuestionarios para las actividades restantes, en la aplicación de los cuestionarios de evaluación en el primer mes y en su seguimiento siete meses después de las intervenciones para el caso de las TSC en un establecimiento fijo. Para el sector no gubernamental se colaboró en el proceso previo a las intervenciones, y se le dio asesoría en la revisión y en la confección de los instrumentos de evaluación.
- La aplicación en julio y agosto de 2004 de una encuesta diseñada por los evaluadores a los grupos participantes, como un indicador de los resultados de las intervenciones. Los cambios en la percepción del estigma y la discriminación hacia los grupos considerados históricamente como responsables de la epidemia fueron los ejes de la percepción de las contribuciones que el proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica y México creó entre los grupos específicos y las organizaciones participantes, así como las capacidades técnicas que se lograron desarrollar al participar en las intervenciones.

RESULTADOS

Las intervenciones en el corregimiento de San Felipe iniciaron en el año 2003 y estuvieron dirigidas hacia la comunidad en general a través del diseño y la distribución de mil trípticos con información sobre prevención del VIH/SIDA. La AHMNP fue la responsable de dichas intervenciones a grupos específicos, donde participaron tres organizaciones de la sociedad civil en colaboración con los servicios de salud públicos de la región. Los grupos poblacionales a los que estuvieron dirigidas las intervenciones fueron: los vendedores(as) ambulantes, los vendedores de artesanías provenientes principalmente del interior del país, los dueños de los salones de belleza, los dueños de bares, de cantinas y de pequeños establecimientos de venta de comestibles y artículos varios, los marinos y los cuerpos de la policía nacional, las TSC, tanto las que estaban ubicadas dentro de los bares y cantinas, como las que deambulaban por el área seleccionada, y los grupos de HSH. Los resultados del diagnóstico basal indican que 40% de HSH residen en los corregimientos de Santa Ana y San Felipe; el resto provienen de otros corregimientos y transitan cotidianamente en la estación de tránsito.

Las organizaciones que participaron en la implantación de la intervención en la zona de San Felipe pueden clasificarse en dos grandes grupos (cuadro III). El primer grupo estuvo conformado por el sector gubernamental, en el que se incluyó a los centros de salud de San Felipe y Santa Ana que forman parte de la Región Metropolitana de Salud del Ministerio de Salud (MINSA), los cuales fueron coordinados por el Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA del MINSA. Los centros de salud trabajaron directamente con los proveedores de los servicios de salud, los buhoneros(as), los pequeños comerciantes, los dueños de bares y cantinas del área, las TSC que asisten a las Clínicas de Higiene Social de los centros de salud, los inspectores y policías de los servicios de seguridad, de migración y de los puertos. El segundo grupo lo conformó el sector no gubernamental: la AHMNP y el EMESSAR. El trabajo de la primera organización está orientado a la población gay, lesbica, transexual y transgénerica, y para este proyecto dirigió sus esfuerzos a la población de HSH. EMESSAR, por su parte, tiene como meta contribuir a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población en general a través de acciones de promoción, prevención, atención, capacitación, docencia, investigación, derechos humanos con equidad de género. Esta organización tuvo a su cargo las intervenciones dirigidas a las TSC no registradas en las Clínicas de Higiene Social, definidas como "ambulantes". Ambas ONG estuvieron bajo la coordinación de la Asociación Nacional de Enfermeras de Panamá (ANEP).

Cuadro III
Organizaciones participantes y actividades realizadas.
Santa Ana y San Felipe, Ciudad de Panamá, 2003

Actividades realizadas	Organismo encargado de las intervenciones			
	Región Metropolitana de Salud (C.S. Santa Ana y San Felipe)	Equipo Multidisciplinario de Educación en SSR (EMESSR)	Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá (AHMNP)	Equipo Evaluador (APLFA)
	siete actividades para 681 personas	cuatro talleres para 54 TSC ambulantes	tres actividades para 124 hombres gays y HSH	22 actividades para 176 participantes
Taller de capacitación en gestión del proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica y México.	una actividad para 40 personas			
Talleres de capacitación en prevención del VIH/SIDA y uso del condón para TSC..	tres actividades para 450 TSC de las CHS	cuatro talleres para 54 TSC ambulantes		
Talleres de capacitación en prevención del VIH/SIDA y uso del condón para buhoneros y pequeños comerciantes del área.	una actividad para 56 personas			
Charlas de prevención en VIH/SIDA en las cantinas La Bocatoña y Salón Madrid de la estación de paso.	dos actividades para 60 personas (TSC, dueños de bares y clientes)			
Taller de capacitación en prevención del VIH/SIDA y uso del condón para población uniformada (policías).	una actividad para 75 policías			
Taller de sexualidad e identidad para hombres gays y HSH (dos días).			una actividad para 23 hombres gay y HSH	
Seguimiento a los talleres de capacitación para unidades del grupo de autoayuda.			una actividad para ocho hombres gays y HSH	
Encuesta de evaluación para identificación de hombres gays y HSH que transitan en la estación de paso.			una actividad para 100 hombres gays y HSH identificados	
Talleres de monitoreo y evaluación de las acciones con actores clave de las intervenciones.				tres actividades para 48 funcionarios
Reuniones de coordinación y seguimiento de las evaluaciones.				19 actividades para 128 participantes

Fuente: AFLPA. Evaluación del proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica y México. República de Panamá, 2005.

Las intervenciones desarrolladas en la estación de paso estaban dirigidas al cumplimiento de dos grandes estrategias, centradas en el desarrollo de capacidades para prevenir la transmisión de las ITS y del VIH/SIDA. Por un lado, en el ámbito local, por medio de la capacitación del personal proveniente de las comunidades, de los organismos gubernamentales y de las ONG; por otro, estuvieron dirigidas a la población móvil, a quienes toman decisiones y a los líderes de opinión, así como a las organizaciones sociales que trabajan con población móvil. Para el logro de los objetivos del proyecto en la estación de paso se desarrollaron tareas dirigidas a grupos diversos y con acciones diferenciadas (figura 2).

En términos generales, las acciones se dirigieron a los tomadores de decisiones y a la comunidad. En una primera instancia se organizaron reuniones de coordinación con los principales actores del proceso de intervención a través de talleres de gestión del proyecto, en donde se dieron a conocer a diferentes funcionarios de la Región Metropolitana de Salud y los centros de salud de Santa Ana y San Felipe las estrategias para desarrollarlo. Se siguió con una serie de seminarios y talleres de capacitación dirigidos a distintas poblaciones blanco:

- a) Reuniones con dueños de bares y cantinas, con inspectores del área de los centros de salud de Santa Ana y San Felipe, con líderes comunitarios, así como con miembros de comités y juntas directivas de las asociaciones de pequeños comerciantes y buhoneros que trabajan en el área.
- b) Seminarios dirigidos a las TSC que asisten a las clínicas de higiene social. Allí se abordaron temas relacionados con el conocimiento de sín-

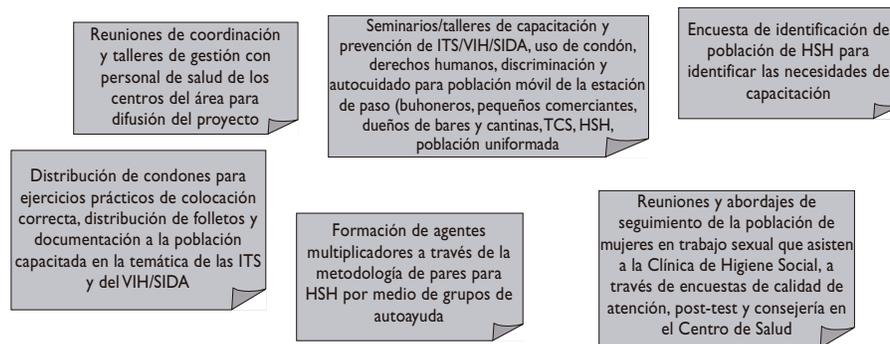


Figura 2. Actores y acciones de la estrategia de intervención

tomas de las ITS y del VIH/SIDA, de estadísticas de la situación en el ámbito regional (en los corregimientos) y las formas de prevención y negociación, así como el uso correcto y consistente del condón en las relaciones sexuales, la cadena sexual, la importancia del autocuidado y del seguimiento a través del programa de higiene social de los centros de salud. También se hicieron talleres de capacitación dirigidos a las TSC ambulantes en temas relacionados con: las formas de transmisión y prevención de las ITS y del VIH/SIDA, el uso correcto y consistente del condón con los clientes y la pareja fija, la importancia del autocuidado, la autoestima, los derechos humanos, en los cuales intervinieron funcionarios de la Defensoría del Pueblo, y conocimientos sobre la Ley No.3 de las ITS y del VIH/SIDA.

- c) Seminarios dirigidos a buhoneros, pequeños comerciantes y población uniformada.
- d) Diseño y organización de un taller de autoayuda para HSH que abordó temas como: las ITS y el VIH/SIDA, el uso correcto y consistente del condón con los clientes y la pareja fija, identidad y sexualidad, los derechos humanos, la Ley General de VIH/SIDA, las formas de denuncia y normas relacionadas con la población de HSH. Las capacitaciones las coordinó un equipo integrado por un psicólogo, quien facilitó los temas de autoestima, empoderamiento, negociación del uso de condón, autocuidado físico y mental, e identificación de homofobia y cómo combatirla; un abogado que abordó el tema de las leyes panameñas en relación con la homosexualidad, los derechos humanos, los deberes y las responsabilidades de la Ley de VIH/SIDA; y un trabajador de la salud, que desarrolló el tema de las ITS y el VIH/SIDA en relación con el sexo seguro a través de la proyección de una película de sexo seguro entre hombres. Se distribuyó el folleto "A tu salud" donado por la organización española Stop SIDA, así como muestras de condones. Actualmente todos los viernes se da seguimiento al grupo de autoayuda.

Otra actividad fue la coordinación de la demostración a las poblaciones objetivo del uso correcto y colocación del condón con la ayuda de modelos anatómicos, así como la distribución de muestras de condones y material educativo como apoyo a la información suministrada.

Se realizaron acciones puntuales con grupos de TSC y HSH. El EMESAR contactó a la Defensoría del Pueblo para brindar información sobre los derechos de las personas en trabajo sexual y facilitar la recepción de denuncias en caso de abuso. Las acciones lograron despertar el interés y la participación de esta instancia en actividades posteriores; por ejemplo, el programa

de la clínica de higiene social que atiende a TSC, en su mayoría extranjeras, incluyó la consejería en sus programas de asistencia y control de salud.

A pesar del acoso por parte de las autoridades migratorias contra las TSC no autorizadas provenientes de República Dominicana y Colombia, la intervención permitió la formación de líderes que funcionaron como capacitadoras de sus pares. El movimiento generado por la presencia de estas mujeres ha permitido el acceso a los servicios de atención del Hospital Santo Tomás, donde les brindan consejerías y revisiones médicas continuas; sin embargo, paralelamente, la coerción provocó una disminución en la afluencia a los programas de las Clínicas de Higiene Social de los centros de salud de Santa Ana y San Felipe. Por otro lado, se hizo el contacto con la Universidad de Ciencias de Tecnología de la Comunicación para la filmación de un documental que registrara la experiencia del trabajo sexual desde un enfoque de prevención y cuidado de sí mismo.

Es importante resaltar el aporte del Instituto de Formación Profesional para que las TSC fueran capacitadas en cursos técnicos (de hotelería, como modistas, como recepcionistas, en el manejo de máquinas industriales e informática), lo que pudiera ser el inicio de un proceso que permitirá romper con el ciclo de trabajo sexual en el que muchas de ellas se encuentran inmersas por no contar con otras alternativas laborales. Asimismo, se ha logrado una intervención financiada por PASMO para la formación de TSC promotoras y educadoras de sus pares en la estación de paso.

Cabe señalar que todas las TSC que asisten a la Clínica de Higiene Social realizan su oficio en establecimientos tales como bares, cantinas y pensiones, lo que les garantiza cierto cuidado por parte del dueño del local. Esta situación les brinda algún grado de seguridad en el ejercicio de la profesión; no obstante, de la experiencia generada con las intervenciones, se concluye que es necesario crear criterios de regulación donde los dueños de los bares y cantinas y los clientes sean incluidos como responsables de la salud de las poblaciones de la estación de paso, capacitándolos también a ellos en materia de prevención del VIH/SIDA.

En el caso de las acciones orientadas a los HSH, éstas han estado a cargo del equipo de la AHMNP, que ya había realizado un trabajo anterior a las intervenciones, específicamente en los centros de diversión denominados La Madrid y La Chinito. Se ofreció un taller de incidencia política en el tema del VIH/SIDA con un total de 25 asistentes. En esta misma población, el proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica y México permitió la continuidad de las campañas de información y la realización de una encuesta de identificación a fin de conocer su entorno social y las capacidades potenciales de liderazgo. Los resultados de esta encuesta permitieron la crea-

ción de un grupo de autoayuda para la educación de sus pares y el diseño de dos folletos que promueven las prácticas de sexo seguro, uno dirigido exclusivamente a los HSH y otro folleto dirigido a la población general de los corregimientos de Santa Ana y San Felipe sobre prevención de VIH/SIDA. Además, la vinculación de la AHMNP con otras iniciativas y experiencias que se registran en el tema de los HSH ha generado la inclusión de tres personas en el programa de PASMO para ser capacitados en el abordaje con metodología de educación entre pares. El diseño, la impresión y la distribución de los materiales constituyeron un trabajo conjunto entre la sociedad civil y la Región Metropolitana de ^{Salud}.

Evaluación de los grupos hacia el proyecto

Una vez terminada la fase de las intervenciones, la encuesta aplicada a actores clave del proceso muestra las contribuciones del proyecto a la disminución de las conductas de discriminación y estigma de la población en general hacia los grupos de riesgo.

Por otro lado, el equipo evaluador inquirió sobre las capacidades técnicas adquiridas por las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales² después del proceso de intervenciones (cuadro IV).

CONCLUSIONES

El proyecto cuenta con características peculiares, ya que acompaña las acciones de capacitación con el monitoreo y la evaluación; esta situación crea la necesidad de contar con equipos interinstitucionales con capacidad de toma de decisiones. Asimismo, el equipo de evaluación debe advertir sobre posibles elementos alteradores que se pueden presentar en el desarrollo de las actividades y de las estrategias. Un ejemplo de lo anterior sería la disposición de fondos, que en este caso sufrió desfases que obstaculizaron la implantación de las intervenciones en el tiempo planeado originalmente.

La experiencia en el proyecto ha generado la necesidad de vincular y/o incorporar a otras iniciativas que garanticen, hasta donde sea posible, la sustentabilidad de las acciones, más allá de la ayuda económica internacional. En este sentido, resulta prioritaria la incorporación y el desarrollo del tema en los Planes Operativos Nacionales, entre otros.

La formación de las TSC como promotoras, capacitadoras y líderes en la prevención del VIH/SIDA y en el uso de condón ha permitido la captación de nuevas participantes. La integración de temas relacionados con la prevención, la autoestima, el empoderamiento en derechos humanos y derechos

Cuadro IV
Percepción de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales
acerca de la contribución del proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA
en Centroamérica y México. Indicador: capacidades técnicas. Panamá, 2004

Capacidades del personal para:	Medida de contribución al proyecto Poblaciones Móviles y VIH/SIDA en la estación de paso. Panamá				
	0	1	2	3	4
La gestión y la formulación de proyectos de intervención dirigidos a población móvil (PM)				3 (43%)	4 (57%)
El desarrollo de intervenciones dirigidas a PM		1 (14%)			6 (86%)
La coordinación con otras instancias (organismos gubernamentales y ONG) para intervenciones en PM		1 (14%)	4 (57%)	2 (29%)	
La evaluación de actividades de intervención dirigidas a PM	1 (14%)		3 (43%)	3 (43%)	
El monitoreo y seguimiento de acciones para PM	1 (14%)		4 (57%)	2 (29%)	
La sostenibilidad de las intervenciones para PM	1 (14%)		5 (71%)	1 (14%)	
La atención en salud y prevención para PM		1 (14%)	2 (29%)	4 (57%)	

Escala: 0: No ha contribuido; 1: Ha contribuido muy poco; 2: Ha contribuido en algo; 3: Sí ha contribuido, y 4: Ha contribuido mucho.

Fuente: Encuesta aplicada a actores claves del proceso de intervención. APLAFA. Panamá, julio-agosto de 2004

sexuales y reproductivos, los conocimientos de la ley, la comunicación y la acertividad en las capacitaciones, que rebasan el enfoque clásico de la prevención, ha dado como resultado la participación más activa de las TSC ambulantes. Además, la conformación de grupos de autoayuda y el trabajo de pares en los grupos de HSH participantes favoreció el proceso de enseñanza. Una de las riquezas de los talleres ha sido la adopción de formas gráficas de exposición de los temas, además de la incorporación de la identificación entre el coordinador de la capacitación y la población meta, es decir, que sean profesionales identificados con las prácticas del grupo.

Cabe señalar que el impacto de esta propuesta y de las iniciativas en materia de prevención y educación en VIH/SIDA que se han desarrollado en la estación de paso en los programas y las políticas sociales de Panamá han sido transitorias, con un limitado impacto en las poblaciones. En el ámbito nacional se cuenta con un marco de políticas sobre salud sexual y reproductiva (SSyR): el Plan Nacional de SSyR, dentro del cual se incluye como eje te-

mático a las ITS y al VIH/SIDA, y el Plan Estratégico Nacional en VIH/SIDA, en los cuales se enfatiza la necesidad de desarrollar intervenciones con grupos en trabajo sexual y HSH. Bajo estos grandes contextos de políticas públicas y con la experiencia generada a través del proyecto Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica y México, la institucionalización y operatividad del trabajo se vislumbra con mayores posibilidades de aplicación. No obstante, para el logro de un seguimiento consistente del tema se requiere contar con la voluntad política de las instancias gubernamentales, la interrelación entre los organismos gubernamentales y los no gubernamentales, y la consecución de fondos extraordinarios que abonen al desarrollo de acciones.

Cabe destacar la importancia de la interacción lograda entre los actores de la sociedad civil y el Estado. Al inicio de las intervenciones, el sector gubernamental y el sector civil conformado por las organizaciones no gubernamentales trabajaban de manera aislada, asumiendo cada uno las responsabilidades de sus planes operativos de trabajo. Sin embargo, las reuniones de evaluación permitieron conocer más a fondo las acciones que cada sector desarrollaba, lo que estableció un puente de comunicación que permitió el intercambio de información sobre las poblaciones atendidas, la organización y la gestión de capacitaciones. Se logró el inicio de la participación de un sector en el desarrollo de las actividades del otro e incluso la apertura para la atención en salud de poblaciones que en contextos normales no hubiesen sido captadas, como fue el caso de las TSC. Esta incipiente vinculación apenas inicia, y persiste la necesidad de trabajar con mayor énfasis con otras poblaciones de la estación de paso, como los pescadores y los marinos del área del Terraplén, el personal de migración del área de embarcadero, así como con la población en general de los corregimientos de San Felipe y Santa Ana. Se requieren nuevas rondas de capacitación para las TSC de las Clínicas de Higiene Social. La evaluación final indicó que un alto porcentaje de ellas habían sido deportadas y las que ahora ejercen el trabajo sexual no han alcanzado los beneficios de la capacitación a través del proyecto.

Por último, la continuidad, la sustentabilidad y la institucionalización de las intervenciones hacia las poblaciones móviles debería ser el norte para el trabajo de las instituciones. Se necesitan mayores procesos de empoderamiento en materia de derechos humanos y de negociación en el uso del condón como forma de prevención, a la vez que se logre un impacto en la disminución de la discriminación de la que son víctimas estas poblaciones. El trabajo apenas inicia.

Referencias

- 1) Contraloría General de la República. Estimaciones y proyecciones de la población total del país, por sexo y edad: años 1950-2050. Dirección de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República. Panamá Boletín num. 7 noviembre de 2003.
- 2) Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Salud de Panamá. Informe acumulativo de la situación del SIDA: años 1984-2004. Panamá: Ministerio de Salud- Dirección General de Salud Pública-Departamento de Vigilancia, 2005.
- 3) González RO, Hernández D, Cuadra SM, Moreno J. Panamá. En: Bronfman M, Leyva R, Negroni M, ed. Movilidad poblacional y VIH/SIDA. Contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Editorial Instituto Nacional de Salud Pública, 2004: 339-369; 381.

CONCLUSIONES

RENÉ LEYVA FLORES, MARTA CABALLERO,
CÉSAR INFANTE XIBILLÉ, MARIO BRONFMAN

LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN GRUPOS MÓVILES

La movilidad poblacional y el VIH/SIDA se han constituido como parte estructural de los perfiles sociodemográficos y de salud de Centroamérica y México; estos países representan una diversidad cultural en la que convergen diferentes intereses políticos y económicos que actúan como determinantes de los procesos relacionados con la capacidad de respuesta a las necesidades sociales y de salud. Al mismo tiempo, la movilidad poblacional y la migración internacional se han estructurado como una forma de respuesta de la sociedad ante las precarias condiciones de vida y trabajo en estos países; los migrantes se han constituido como los nuevos y más importantes agentes para la captación y transferencia de recursos financieros que dan sustentabilidad económica a la mayoría de los países de la región. Desde esta perspectiva cumplen con un doble rol; por una parte, la expulsión de estos grupos hacia otros países reduce las demandas sociales y económicas, y por otra, contribuyen con las llamadas remesas económicas al sostenimiento de un número creciente de familias, así como de empresas, que obtienen importantes beneficios con el manejo de estos flujos financieros. Un ejemplo de ello es el caso de Tecún Umán, localidad fronteriza de Guatemala, con una proporción importante de población flotante y con una notable presencia de agencias financieras internacionales dedicadas casi exclusivamente a la movilización de los recursos económicos asociados a los grupos de migrantes internacionales que pasan por esa estación de tránsito. Además, en esta misma localidad coexisten innumerables servicios de hospedaje, de cambio monetario, de alimentación, de transporte local e internacional, entre otros, orientados a los migrantes. No obstante, hay una actitud de rechazo y discriminación selectiva hacia ellos, sobre todo para los que no cuentan con recursos económicos para su tránsito. Esta actitud se encuentra reforzada por la percepción de que los migrantes conforman un grupo potencial de transmisión del VIH/SIDA. De esta manera, el VIH/SIDA se ha convertido en un motivo adicional para incrementar tales actitudes que ya existían previamen-

te, pero también para justificar las acciones derivadas de las políticas antimigratorias anteriores a la existencia de este virus.

En este marco de contradicciones entre los beneficios asociados a la migración y el rechazo y la discriminación a los migrantes en los lugares de tránsito y destino, se enmarcan los resultados de las estrategias que han sido desarrolladas en 11 estaciones de paso de la región.

La diversidad en la composición de los grupos móviles y sus interacciones en las estaciones de tránsito van tejiendo las rutas de movilidad hacia los principales países de destino en la región: México, Costa Rica, Panamá y Belice; pero también hacia Estados Unidos de América (EUA), principal lugar de atracción de migrantes. Para los servicios de salud de estos países, brindar atención a grupos migrantes es un tema poco claro y aún no se cuenta con una respuesta estructurada. Se les percibe como un grupo que podría competir con la población residente por la limitada oferta de servicios públicos; sin embargo, este supuesto carece de fundamento. La estrategia desarrollada en Ciudad Hidalgo, México, muestra que a pesar de que los servicios de salud se definieron y promocionaron como "Amigos del migrante", no hubo un incremento de la demanda por parte de los grupos indocumentados; esto debido a que los migrantes perciben a los servicios de salud como parte de las instituciones de gobierno y, en consecuencia, temen ser identificados y deportados. La automedicación es la base de la respuesta a las necesidades de salud de estos grupos, excepto en situaciones de extrema gravedad, como por ejemplo, la atención de fracturas o mutilaciones derivadas de accidentes relacionados con el tren en Ciudad Hidalgo y Tapachula.

Por otra parte, la percepción del VIH/SIDA como un problema potencial no ocupa un espacio central en el proceso de movilidad de los migrantes. Si bien las relaciones sexuales son mencionadas como parte de las estrategias de negociación para el tránsito, de la supervivencia económica o como una consecuencia derivada de eventos de violencia, no se perciben como un riesgo asociado a la migración o a las dinámicas de movilidad poblacional. Quizá sea este hecho el que justifique porqué la mayor parte de las estrategias implementadas en las estaciones de paso de la región tiene un fuerte componente de comunicación y sensibilización sobre las formas de transmisión y prevención del VIH/SIDA, con particular énfasis en el uso del condón. Sin embargo, estas estrategias de comunicación también expresan que la mayor parte de las capacidades de las organizaciones ejecutoras se encuentran en el área de información comunitaria sobre determinadas medidas preventivas; de forma tal que hacen lo que saben hacer: proveer información y trabajar en estrategias de prevención. En este sentido, las 11 estaciones de tránsito de México y Centroamérica muestran en sus paredes, calles, escuelas, oficinas

de gobierno, aeropuertos, aduanas, tiendas, supermercados y establecimientos de salud, evidencias del trabajo desarrollado por las organizaciones. Además, en algunos países estas organizaciones trabajaron de manera conjunta con la televisión, la radio y la prensa, emitiendo mensajes preventivos del VIH/SIDA y de sensibilización social con el fin de reducir el rechazo y la discriminación hacia los migrantes indocumentados. ¿Cuál es el resultado o el impacto de estas actividades? Sin duda alguna se debe recurrir a indicadores de proceso con el fin de identificar los cambios, especialmente aquéllos relacionados con las actitudes de los diferentes grupos ante el problema de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA en la región. Ambos tendrían que ser analizados como problemas independientes, para los cuales se ha desarrollado un manejo común desde la perspectiva de la comunicación. Como parte de los procesos se observó que hay una amplia disponibilidad por parte de los gobiernos y las organizaciones sociales locales para participar en iniciativas de este tipo; aun cuando señalaron que su participación casi siempre estuvo condicionada a la escasez de recursos con los que funcionan de manera regular. Para las organizaciones, participar en proyectos o nuevos programas implica un reordenamiento de sus tiempos y recursos, por lo cual la mayor parte de las veces participan en el desarrollo de determinadas actividades o brindan algún apoyo material para llevarlas a cabo.

Respecto a los materiales empleados para la difusión de información (trípticos, carteles, afiches, gorras, mensajes en radio, TV y prensa, además de otros medios), éstos contribuyeron a crear un microambiente de alta densidad de información sobre el tema del VIH/SIDA y la movilidad poblacional. Visualmente, los mensajes en las estaciones de paso expresaban una “bienvenida” a los extranjeros, al mismo tiempo que se encontraban otros que indicaban los riesgos de transmisión y los invitaban a utilizar el condón. Este doble mensaje constituye un escenario en el cual los significados están orientados por una parte a reducir el rechazo como expresión pública y por otra a hacer visible el riesgo de transmisión del VIH/SIDA en las estaciones de tránsito. El emitir mensajes abiertos sobre el condón coloca el tema de la sexualidad como parte de la vida comunitaria así como de los grupos móviles.

LA DIFICULTAD DE TRABAJAR CON POBLACIONES MÓVILES

Una de las mayores dificultades que encontraron las distintas organizaciones que llevaron a cabo las intervenciones fue diseñar acciones para grupos de población no estable, móviles, en tránsito hacia los lugares de destino o de retorno a los de origen. Algunos de estos grupos eran fácilmente identificables, como los trailereros, los marineros y los trabajadores agrícolas; sin embar-

go, a otros como las trabajadoras del sexo comercial (TSC) y los migrantes indocumentados sólo era posible ubicarlos en sitios de alta concentración, como los bares y cantinas o las Casas del Migrante.¹

La estancia de la mayor parte de estos grupos en las estaciones de tránsito (excepto las TSC) no es mayor de 72 horas en promedio; por lo cual en dicho periodo se debe establecer contacto y comunicación, en un amplio marco de necesidades, entre las cuales no se encuentra considerada la posibilidad de recibir una plática para la prevención del VIH/SIDA, principal estrategia de comunicación utilizada por la mayoría de las organizaciones participantes. En el caso de los migrantes indocumentados, el principal espacio que brinda servicios humanitarios directos y que participó ampliamente en el proyecto fue la Casa del Migrante de Ciudad Hidalgo, Tapachula, Chiapas, México; Tecún Umán, Guatemala, y La Entrada a Copán, Honduras. La experiencia en la atención a las complejas necesidades del migrante indocumentado facilitó el intercambio de información entre los migrantes y las organizaciones. Sin embargo, se reconoce que el éxito de este intercambio de información se debe a que la Casa del Migrante proporciona servicios integrales de atención humanitaria, a los cuales se sumó la prevención del VIH/SIDA. De otra manera, los migrantes permanecen relegados y excluidos de los servicios de atención médica, de los programas de prevención, de recibir los elementos necesarios para disminuir el riesgo de infección por el VIH/SIDA, así como de acciones concretas dirigidas a disminuir su vulnerabilidad y buscar el respeto de sus derechos humanos.

Las acciones comunitarias encontraron obstáculos relacionados con los imaginarios sociales sobre la identidad de los migrantes, la desconfianza, los prejuicios, el estigma y la discriminación hacia este grupo. No obstante, el trabajo con grupos comunitarios organizados, como las escuelas y las iglesias, facilitó el manejo de este problema. Al respecto, hay que considerar que una proporción importante de la población que actualmente reside en las estaciones de tránsito en su momento migró para asentarse en dichas localidades. Además, también hay segmentos importantes (dependiendo de la localidad entre 15% y 25% del total de los residentes mayores de 16 años) conformados por poblaciones móviles, ya que tienen que trasladarse a otras comunidades para trabajar por ciertos periodos de tiempo; tal es el caso de Chetumal, México; Tecún Umán, Guatemala; Ciudad de Belice; entre otras. En resumen, hay un complejo sustrato de movilidad en estas estaciones que puede tener cierta influencia en la conformación de múltiples apreciaciones sobre la identidad del migrante, a pesar de que predomina una imagen negativa de estos. Este reconocimiento de la situación de movilidad por parte de los propios residentes abre la posibilidad de desarrollar estrategias orienta-

das a incrementar la percepción de que en la propia comunidad, parte de sus integrantes pertenecen a estos grupos móviles, lo cual facilitaría la implementación de acciones para reducir la vulnerabilidad social.

Un aspecto que emergió como problema relevante en el estudio diagnóstico fue la violación a los derechos humanos, particularmente de los migrantes indocumentados. Al respecto fueron limitadas las acciones desarrolladas sobre este punto, excepto en las Casas del Migrante, en donde se ha desarrollado un programa de promoción y defensoría de los derechos humanos de los migrantes indocumentados. En México, las autoridades regionales de salud de Tapachula también desarrollaron algunos componentes relacionados con este tema, pero sin ocupar un papel central en la estrategia.

La volatilidad de los grupos móviles no sólo hace compleja y difícil la implementación de estrategias, sino también conocer el efecto de las acciones desarrolladas. Este fue uno de los retos metodológicos más importantes que tuvieron los distintos grupos encargados del monitoreo y la evaluación para sistematizar la información, y así poder dar cuenta de los resultados o efectos atribuibles a las intervenciones. De esta forma, sólo es posible cuantificar, esto es, establecer el número y el tipo de actividades desarrolladas, así como el de participantes. En los casos más favorables se obtuvo la opinión de los participantes (receptores) sobre las actividades. En estas condiciones, el registro sólo permite aproximarnos a establecer la magnitud y alguna característica de la intervención, sin mayores evidencias de sus resultados. Quizá será pertinente realizar análisis comparativos de los distintos contextos donde se llevaron a cabo intervenciones semejantes con el fin de identificar alguna situación que pudiera estar asociada con las acciones realizadas.

LA COLABORACIÓN LOCAL Y BINACIONAL

Los recursos financieros aportados por el proyecto a las organizaciones ejecutoras representaron un importante medio para la obtención de diversos insumos destinados al desarrollo de acciones preventivas, los cuales difícilmente se pueden obtener en condiciones de funcionamiento regular. Estos fondos facilitaron el desarrollo de estrategias de colaboración local, pero también de carácter binacional, para planear e implementar acciones preventivas de manera conjunta. En este sentido, se identificaron diferentes intereses, así como factores asociados al prestigio, la experiencia y el liderazgo de las organizaciones, los cuales constituyeron elementos clave para el éxito de la colaboración. El proyecto buscó formalizar estas estrategias a través de la conformación de redes binacionales; para ello se diseñó un sistema electrónico (www.ciss.insp.mx/migracion) de comunicación con el fin de reducir los costos de las

llamadas telefónicas internacionales y así facilitar la comunicación; esto como una respuesta a las necesidades expresadas por las propias organizaciones. Sin embargo, dicho sistema no fue utilizado por los integrantes de la red, debido principalmente a la falta de Internet permanente en sus lugares de trabajo. Posteriormente, y como parte del proyecto Iniciativa Mesoamericana de Prevención del VIH-SIDA (IMPSIDA), se buscó conformar la Red Mesoamericana de Prevención del VIH/SIDA en Poblacional Móviles; esta red se estableció formalmente, pero tampoco dio señales de funcionamiento (www.onu.org.gt/onusida/que_esimpsida.asp).

Estas experiencias nos muestran la importancia de reconsiderar la comunicación y la colaboración informal entre las organizaciones presentes en la región, que son las que dan ritmo y orientación concreta a las formas de colaboración, tanto en el ámbito local como entre los diferentes países. No obstante, en la actualidad, la mayor parte de los proyectos buscan crear espacios de visibilidad política, y la creación de redes se ha transformado en una medida a la que se recurre con frecuencia. Estas cuentan con portales en Internet, lo cual da cierta visibilidad; sin embargo, su funcionalidad es baja o nula. A pesar de ello, se gastan importantes cantidades de recursos y esfuerzos en la formalización de dichas redes. En el mismo sentido, se encuentran la firma de convenios como medio para establecer compromisos de colaboración y la creación de instituciones responsables de su ejecución. En este proyecto se contó con la participación de autoridades de salud del más alto nivel: los ministros de salud de Costa Rica y Nicaragua que firmaron convenios de colaboración interfronteriza para la prevención del VIH/SIDA en grupos móviles de ambos países. También firmaron convenios diferentes representantes de organizaciones sociales, en los que expresaron su interés por colaborar en esta temática, tanto en el ámbito local como en el binacional. De esta manera, podríamos considerar que se cuenta con una plataforma política lo suficientemente estructurada que permitirá el desarrollo de proyectos futuros en la región con una clara colaboración entre la sociedad civil y los gobiernos. Sin embargo, existen innumerables convenios de diversos tipos entre los gobiernos y las organizaciones sociales de esta región. Es frecuente que se organicen reuniones para “firmar” los convenios, en las cuales se gasta una proporción importante de los escasos recursos disponibles para la operación de los proyectos, sin que estas firmas o compromisos se traduzcan en prácticas organizadas. La pregunta sería si es necesario formalizar lo informal para mejorar las formas de colaboración. Sin duda alguna, la respuesta se encuentra en la perspectiva y los intereses de los diferentes actores involucrados en el desarrollo de las estrategias orientadas a resolver el problema de la movilidad poblacional y del VIH/SIDA.

Otro aspecto relacionado con los procesos de colaboración es aquel que busca la sustentabilidad de las acciones. Al respecto, las diferentes experiencias mostraron importantes retos relacionados con los cambios en la propia dinámica de movilidad poblacional y de la complejidad de la epidemia del VIH/SIDA, lo cual debería llevar a un reajuste permanente de las organizaciones para tener la capacidad de responder ante estos problemas; no obstante, son escasas las evidencias al respecto. Lo que se observó corresponde más a una alta rotación de los funcionarios internacionales, nacionales y regionales relacionados con la dirección de los programas de VIH/SIDA que a un reajuste organizacional orientado a incrementar la capacidad de respuesta. A manera de ejemplo, en algunos países cambió hasta cinco veces el responsable nacional del programa de VIH/SIDA en el periodo en que se desarrolló el proyecto; las consecuencias de ello fueron diversas. Para algunos países el cambio de estos funcionarios facilitó el desarrollo del proyecto y la vinculación entre las organizaciones sociales y las gubernamentales; pero no siempre fue así. En general, se puede considerar que no se cuenta con memoria histórica de los procesos, y menos aún de los proyectos que se desarrollan en los países de la región. Por esta razón, con la salida de los responsables generalmente se tienen que reiniciar los ciclos de gestión de dichos proyectos. En consecuencia, el problema de sustentabilidad no sólo corresponde a un problema de déficit de recursos; también está relacionado con la ausencia de procedimientos efectivos de rendimiento de cuentas ante la sociedad.

VISUALIZACIÓN DE LA MOVILIDAD POBLACIONAL Y EL VIH/SIDA

El proyecto de investigación promovió el desarrollo de intervenciones que fueran producto del diálogo entre los diferentes actores sociales, políticos y de salud con presencia en la región. El abordaje contextual, no sólo individual, fue la estrategia para incidir en la formulación de políticas que tomaran en cuenta a la movilidad poblacional como un fenómeno de complejidad creciente. Dicho fenómeno requiere de una respuesta regional que atienda a los contextos específicos de cada uno de los países. Además, el abordaje buscó aportar información útil para el diseño de estrategias específicas con el propósito de modificar los contextos de vulnerabilidad que determinan la transmisión y el alcance de las medidas de prevención del VIH/SIDA en los grupos móviles.²

En un primer momento, la visualización política tiene que ver con el reconocimiento del fenómeno de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA en la región. El proyecto generó evidencias relacionadas con la dinámica de movilidad poblacional de diferentes grupos socioculturales, muchos de los

cuales se consideraban anclados a su territorio. Las estaciones de paso incluidas en el proyecto muestran la diversidad de los grupos móviles y la alta complejidad de sus interacciones. Entre los grupos considerados especialmente vulnerables están los jóvenes, los migrantes indocumentados, los refugiados, la población indígena, los jornaleros agrícolas, las TSC y hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), entre otros, que muestran una importante dinámica de movilidad en la región. Estos grupos son vulnerables en función del sexo, la preferencia sexual, el género, el origen étnico, la edad y la posición social, enmarcados por condiciones socioeconómicas, políticas, culturales, religiosas y legales. La inequidad y la exclusión social, así como la migración indocumentada, son sólo algunos de los elementos que determinan el contexto de vulnerabilidad social, expresada en forma de racismo, xenofobia, homofobia, coerción sexual, entre otros.* Es en este contexto de desventaja social donde ocurren situaciones de riesgo de transmisión de la infección del VIH.³

El reconocimiento de las poblaciones móviles en la región dio legitimidad a las intervenciones diseñadas, y permitió que los distintos ámbitos de gobierno y la sociedad civil comenzaran a reconocer a estos grupos como estratégicos para la prevención del VIH/SIDA. Al respecto, organizaciones sociales que trabajaban el tema de VIH/SIDA incluyeron en su agenda la temática de movilidad poblacional. La mayoría de estas organizaciones habían realizado trabajo con grupos de HSH y TSC. Para las organizaciones, introducir el tema de movilidad poblacional constituye un reto adicional para la comprensión y el abordaje del problema, pero al mismo tiempo representa una oportunidad para interactuar con otras organizaciones y ampliar su ámbito de acción.

Otros actores relevantes para la prevención del VIH/SIDA en la región, que se vieron involucrados en el desarrollo del proyecto y que contribuyeron significativamente a la visibilidad política del problema, fueron los organismos internacionales de cooperación técnica en la región y los programas nacionales de VIH/SIDA. Se puede considerar que el principal resultado del proyecto en el ámbito de las políticas nacionales y regionales fue la inclusión del grupo de poblaciones móviles como componente estratégico de los programas nacionales de VIH/SIDA; además, las poblaciones móviles apare-

* Infante C, Leyva R, Caballero M, Guerrero C, Cuadra SM, Bronfman M. "VIH/SIDA y rechazo a migrantes en contextos fronterizos". *Migración y Desarrollo*. Segundo semestre 2004, pp. 45-53.

cen como elemento clave para el desarrollo de iniciativas nacionales e internacionales para la vigilancia epidemiológica, la capacitación de recursos humanos, el fortalecimiento de la capacidad instalada y el desarrollo de sistemas de atención, entre otros.

Por su parte, las agencias de cooperación técnica, con la participación de actores políticos relevantes en la región, han elaborado nuevos proyectos que buscan abordar a segmentos más específicos de la relación entre la movilidad poblacional y el VIH/SIDA. Estas iniciativas regionales movilizarán recursos financieros adicionales que se espera contribuyan a diversificar y ampliar la capacidad de respuesta social ante dicho problema.

En el caso de la iniciativa apoyada por el Fondo Global, denominada "Proyecto Mesoamericano de Atención Integral para Poblaciones Móviles: Reduciendo la vulnerabilidad de las poblaciones móviles al VIH/SIDA en Centroamérica", su formulación y negociación se realizó en colaboración con los programas nacionales de VIH/SIDA de los países involucrados. Este proyecto busca replicar y dar continuidad a las estrategias consideradas como exitosas y apropiadas dentro de estos contextos. También se encuentra el proyecto para la prevención del VIH/SIDA en Centroamérica y el Caribe financiado por la Organización de Países Productores y Exportadores de Petróleo (OPEP) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) que está orientado a desarrollar actividades preventivas entre los jóvenes. Por su parte, el proyecto Protegiendo a las poblaciones migrantes del VIH/SIDA en Centroamérica y México que fue transformado por ONUSIDA en conjunto con los gobiernos de la región en la Iniciativa Mesoamericana para la prevención del VIH/SIDA (IMPSIDA), trabaja con grupos de poblaciones móviles y trabajadora(e)s en maquilas. El proyecto apoyado por el Banco Mundial (BM), a través del Fondo global, tiene como propósito fortalecer la estructura para la vigilancia epidemiológica secundaria en grupos móviles con la creación de un laboratorio de alta especialidad en VIH/SIDA localizado en Panamá, además de desarrollar un componente de comunicación y capacitación orientado a estos grupos. El Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta, (CDC, por sus siglas en inglés), lleva a cabo un proyecto que tiene como finalidad colaborar con los servicios públicos de salud de vigilancia epidemiológica secundaria en grupos móviles en la región. Estas iniciativas son sólo algunas en las que el tema de movilidad poblacional y VIH/SIDA aparecen relacionados. Al respecto, la Organización Internacional para la Migraciones estima que la cantidad de recursos financieros movilizados por estos proyectos en la región suman 61.5 millones de dólares.⁴

Como podemos observar, todas éstas son iniciativas independientes tanto por sus fuentes de financiamiento como por los grupos gestores; sin

embargo, todas convergen en el tema de VIH/SIDA y movilidad poblacional. Aparentemente existe cierto traslape en sus orientaciones, sobre todo en temas como la creación y el fortalecimiento de redes de vigilancia epidemiológica y capacitación; por supuesto esta potencial duplicidad de acciones amerita establecer formas de colaboración entre las diferentes agencias y organizaciones que hagan más eficientes sus recursos y desarrollen una capacidad de respuesta sostenible para el futuro más inmediato. Todas estas iniciativas podrían contribuir de manera significativa a reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA en la región, por lo que será fundamental vincularlas con las políticas económicas que en la actualidad producen y reproducen la pobreza, la inequidad y la exclusión social de los grupos más vulnerables.

La gestión de nuevos proyectos, así como la presencia de organismos financieros que impulsan el desarrollo de intervenciones en la temática de movilidad poblacional y VIH/SIDA, implica que el manejo de los recursos humanos y financieros se dé conforme a lineamientos éticos. La transparencia en el manejo de los recursos es fundamental para que estos proyectos tengan una continuidad y las organizaciones sociales locales, los gobiernos y las organizaciones internacionales se ganen la confianza de la población. Contar con estas iniciativas y proyectos, así como tener recursos disponibles, requiere de un compromiso ético por parte de los gobiernos y de quienes implementen las acciones.

Asimismo, el trabajo con grupos de poblaciones vulnerables y marginadas representa un reto para el respeto de los derechos humanos. Será necesario establecer compromisos éticos en el desarrollo de investigaciones operativas. Se requiere asegurar que las iniciativas y los proyectos de investigación no vulneren los derechos de los participantes ni de sus grupos, y que éstas representen ganancias concretas en los distintos ámbitos de acción (la salud, lo social y los derechos humanos); así como que siempre sean mayores los beneficios esperados al participar que los riesgos. Esto se puede lograr si se asegura el anonimato de los participantes y se otorgan códigos a los cuestionarios y a las entrevistas en profundidad, para así mantener la confidencialidad de la información y que ésta sólo esté disponible para los fines concretos de la investigación y de los investigadores participantes. La participación de los comités de ética de las distintas organizaciones (en las que exista tal instancia) facilitará establecer las pautas para el respeto de los derechos de los participantes.

Cabría preguntar si con las acciones realizadas en los ámbitos comunitario y político y en la gestión de nuevas iniciativas que se han documentado en este libro se contribuyó a reducir el rechazo y la discriminación; si se incrementó el uso del condón, y si se previno la transmisión del VIH/SIDA en los

grupos móviles. La respuesta a estas cuestiones, centrales para el proyecto, llama a reflexionar sobre la contribución que han tenido las acciones desarrolladas en los diferentes contextos. Estas acciones por sí solas no aseguran la solución del problema, sin embargo muestran los procesos y los procedimientos que hay que seguir para obtener los resultados deseados, con el desarrollo de un trabajo sostenido y a mayor escala.

La estrategia seguida de investigación para la acción muestra las potencialidades que tiene vincular diferentes intereses y perspectivas para abordar un problema.⁵ La relación entre los investigadores, los actores políticos nacionales, locales e internacionales y los directivos de instituciones y organizaciones gubernamentales y sociales de salud que se dio en este proyecto es una evidencia de que tal colaboración es posible y efectiva. En estos procesos fueron evidentes las dificultades para traducir los resultados de la investigación en iniciativas para la acción. Para manejar éstas, se requirió establecer lineamientos entre los distintos actores que les permitieran contar con relaciones de igualdad, de autonomía y de colaboración, en un marco de diferentes capacidades y trayectorias para abordar un problema. Visto así, en el caso de movilidad poblacional y VIH/SIDA convergen distintas necesidades que requieren de estrategias para su solución, y diversas formas de comprensión y de representación de estas necesidades por parte de los actores involucrados, que hacen imposible contar con soluciones o abordajes únicos, en forma de prescripciones o recetas para la región.⁶

PERSPECTIVAS

Este proyecto se puede considerar pionero en el tema de movilidad poblacional y VIH/SIDA para Centroamérica y México. Sus aportaciones han contribuido no sólo a contar con información estratégica sobre la movilidad poblacional y el VIH/SIDA en la región, sino que también han mostrado la forma en que se debe llevar a cabo la investigación científica, como un modelo para la equidad en temas vinculados a la salud. Su ámbito de acción regional le permitió recuperar la diversidad y la complejidad local y social que da el sentido de unidad a los diferentes países que conforman esta región.

En la actualidad, se puede considerar que nos encontramos ante un “boom” de la movilidad poblacional y el VIH/SIDA, tanto como un problema de análisis como por su prioridad política en la región. Una muestra de ello son las diferentes iniciativas regionales y nacionales que han emergido para abordar el problema. En este sentido vale la pena recuperar el camino andado, con el fin de estructurar respuestas orientadas a reducir de manera efectiva la vulnerabilidad de las poblaciones móviles ante el VIH/SIDA. Al-

gunas vertientes sobre las cuales se requiere consolidar el trabajo iniciado tienen que ver con tres aspectos principales: la investigación para la toma de decisiones en el ámbito de la salud, el desarrollo de servicios y la formación de recursos humanos.

En relación con la investigación para la toma de decisiones basadas en evidencias científicas, es necesario que estas nuevas iniciativas y proyectos promuevan la difusión de la información generada, que ésta sea de fácil acceso y que se puedan comparar los distintos contextos que conforman la región. Además, hay que tomar en consideración que los sistemas de salud cuentan con procedimientos para generar información rutinaria, la cual debería contribuir a evaluar el alcance de la respuesta social.

Al hablar sobre el desarrollo de servicios de salud en la región se plantea el manejo del VIH/SIDA como una parte integrada al conjunto de problemas de salud. La prevención y el manejo de riesgos, la promoción y la defensoría de los derechos humanos, y la atención a las necesidades de salud de las poblaciones móviles en tránsito a los lugares de destino o de retorno a los lugares de origen, podrían representar elementos clave para elaborar una agenda de servicios integrados de salud. Poner en práctica la cooperación internacional en temas vinculados a la salud facilitaría el suministro de estos servicios a las poblaciones móviles. En este sentido, el tema del VIH/SIDA puede constituirse en la piedra angular para iniciar la cooperación de manera más sistematizada. Creemos que para tener éxito en el desarrollo de las intervenciones se deberán realizar esfuerzos en diferentes ámbitos.

Desligar las estrategias de salud de las políticas más generales, como las de población, migración, economía o desarrollo, lleva a un manejo aislado del problema y, por lo tanto, el impacto de los esfuerzos siempre es menor. Es por esto que resulta necesario vincular las nuevas iniciativas regionales sobre movilidad poblacional y VIH/SIDA a los proyectos económicos y de desarrollo social en los países centroamericanos; lo anterior con el fin de integrarlas a las estrategias que intentan incidir sobre la relación entre pobreza, marginación, inequidad, movilidad poblacional y VIH/SIDA.

La formación y actualización de una masa crítica para la investigación estratégica, así como la organización de servicios y el trabajo comunitario en salud son condiciones para dar sustentabilidad al trabajo futuro, lo cual ha sido reiteradamente señalado en estudios anteriores, sin que esto se haya retomado y traducido en una iniciativa regional. La respuesta que se ha dado es atender a las emergencias de capacitación para el manejo de situaciones puntuales sin vinculación alguna con otros programas de formación. De esta manera, son innumerables los pequeños cursos a los que convocan las organizaciones de cooperación técnica, los gobiernos, las organizaciones sociales

y en ocasiones los centros universitarios en la región; mismos que con frecuencia carecen de formatos que garanticen cierta calidad. No obstante, se gastan importantes cantidades de recursos financieros, sin que hasta el momento se haya evaluado su impacto en la región para las diferentes organizaciones participantes.

En este libro se han presentado experiencias de estrategias y acciones orientadas a grupos móviles con el fin de reducir la vulnerabilidad al VIH/SIDA en diferentes contextos sociales. Los significados y las valoraciones en torno a su alcance permiten dimensionar la capacidad de las instituciones y de las organizaciones para abordar el problema. La convergencia de distintos intereses, traducidos en prácticas comunes, constituye el principal logro de este trabajo. La movilidad social en nuestros países continuará siendo uno de los principales retos para el desarrollo de políticas sociales que atiendan las múltiples dimensiones del problema. Asimismo, el VIH/SIDA forma parte de los perfiles epidemiológicos, que en su mayoría presentan determinantes sociales que se encuentran lejos de ser resueltos en los países de la región. En este sentido, dado que ambos problemas comparten determinantes sociales semejantes, se espera que el análisis y las posibles estrategias generadas a partir de la realización del proyecto de Poblaciones móviles y VIH/SIDA en Centroamérica, México y Estados Unidos tengan una perspectiva de largo plazo.

Referencias

1. Castillo MA. Migración y movilidad territorial de la población. En: Bronfman M, Leyva R, Negroni M, ed. Movilidad poblacional y VIH/SIDA contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004:35-49.
2. Bronfman M, Leyva R, Negroni M, ed. Movilidad poblacional y VIH/SIDA contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2004.
3. Bronfman M, Minello M. Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos en los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH/SIDA En: Sida en México. Migración, adolescencia y género. México DF: Colectivo Sol, A.C.; 1995: 1-18.
4. Organización Internacional de Migración. La importancia de una acción regional en la prevención del VIH/SIDA con poblaciones móviles y migrantes en Centroamérica. Seminario de Salud y Migración Conferencia Regional de Migración. Guatemala, Ciudad de Guatemala 2004

5. Bronfman M, Langer A, Trostle J. De la investigación a la política: la difícil traducción. El manual Moderno, 2000
6. Aggleton P, Chase E, Rivers K. HIV/AIDS prevention and care among especially vulnerable young people: a framework for action. Safe Passages to adulthood, Southampton: University of Southampton, 2005.

Respuesta social ante la movilidad poblacional y el VIH/SIDA:
Experiencias en Centroamérica y México
se terminó de imprimir en octubre de 2005.
El cuidado de la edición estuvo a cargo
de la Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública.
El tiraje consta de 1 000 ejemplares.

