



**EL COLEGIO DE MEXICO, A.C.**

**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS Y DE  
DESARROLLO URBANO**

**LAS FRONTERAS DEL RIESGO  
INMIGRACIÓN Y SIDA EN LOS MUNICIPIOS CONURBADOS  
DEL ÁREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO**

**Tesis presentada por**

**Cecilia Inés Gayet**

**Para optar por el grado de**

**MAESTRO EN DEMOGRAFÍA**

**MÉXICO, D.F.**

**25 de junio de 1999**

## **AGRADECIMIENTOS**

**Al Colegio de México, en particular, al Centro de Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano, por haberme dado la oportunidad de iniciarme en el amplio campo de la demografía. A la Fundación Sasakawa, por haber financiado mi estancia en el Colegio de México para la realización de la maestría. A los codirectores de esta tesis, Manuel Angel Castillo y Mario Bronfman, por sus sugerencias y su paciencia en la lectura de los avances. A Jaime Ramírez, que me ayudó con los procedimientos estadísticos y con la elaboración de los mapas.**

**A CONASIDA, y en especial, a su director de investigación, Dr. Carlos Magis, porque sin su guía, apoyo, estímulo, horas y horas de dedicación, y sin su disposición para compartir información, este trabajo hubiera sido imposible.**

**A Javier y a Joaquín, que tuvieron que lidiar con una esposa y madre estudiante de tiempo completo.**

**A Mara Lamadrid, que cuando soplaron los vientos aciagos ayudó a mantenerme erguida.**

## RESUMEN

El objetivo de esta investigación es tratar de establecer una relación entre la inmigración interna e internacional y el SIDA en los municipios conurbados del Area Metropolitana de la Ciudad de México, entre los años 1986 y 1998. Para tal fin, el trabajo presenta una reseña de las investigaciones realizadas en México sobre migración y SIDA, una descripción sintética de la evolución del SIDA en el país y en los municipios conurbados del Area Metropolitana de la Ciudad de México, así como una síntesis de las investigaciones previas sobre la migración en esta región. La búsqueda de la relación entre migración y SIDA se lleva a cabo a través de dos caminos: la descripción de las características de los inmigrantes que se cuentan entre los casos de SIDA, en comparación con las características de los inmigrantes de la región en general y con las de los casos de SIDA (no migrantes) del conurbado y, por otra parte, la presentación de un indicador de migración diferencial de la población con SIDA.

Entre los resultados a los que se llega figuran: que la razón hombre:mujer de los inmigrantes con SIDA es mayor que la de la población con SIDA y que la de la población inmigrante en general, lo que podría indicar que al migrar tienen más probabilidades de contagiarse los hombres que las mujeres; que los migrantes parecen anticiparse en su vulnerabilidad a otros grupos; que los lugares de residencia anterior de los migrantes con SIDA no concuerdan con el patrón conocido de inmigración de la región, con una sobre-representación por parte de los inmigrantes con SIDA de migración internacional (principalmente Estados Unidos) y de los estados de Jalisco y Baja California; que el análisis de las categorías de transmisión combinado con el estado civil de los hombres inmigrantes con SIDA podría sugerir que entre los migrantes internacionales la enfermedad es “más heterosexual” y de hombres casados; y por último, el indicador de migración diferencial mostraría que tanto la migración interna como la internacional han sido mayores en la población con SIDA que en la población total de la región, con diferencias marcadas en cada municipio, lo que señalaría que la población con SIDA ha tenido un patrón migratorio diferente al de la población en general.

Finalmente, se exponen algunos nuevos interrogantes, que apuntan a un abordaje de la demografía que no se ha seguido en este trabajo: el estudio de las interferencias o interacciones entre fenómenos.

**LAS FRONTERAS DEL RIESGO. *Inmigración y SIDA en los municipios conurbados del Área Metropolitana de la Ciudad de México.***

**INDICE**

1. INTRODUCCIÓN
2. ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE MIGRACIÓN Y SIDA
3. EL SIDA EN MÉXICO
4. INMIGRACIÓN Y SIDA EN LOS MUNICIPIOS CONURBADOS DEL AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO
  - 4.1. **Definición del área de estudio**
  - 4.2. **El período de referencia**
  - 4.3. **La población en estudio**
  - 4.4. **La tendencia de la enfermedad en la región**
    - 4.4.1. *Los casos notificados (Registro Nacional de Casos de SIDA)*
    - 4.4.2. *Las defunciones por SIDA (Estadísticas Vitales)*
  - 4.5. **Migración en la región**
    - 4.5.1. *La definición de migración en este estudio*
    - 4.5.2. *Los movimientos migratorios en los municipios conurbados*
    - 4.5.3. *Algunas características de los migrantes con SIDA residentes en el conurbado del Area Metropolitana de la Ciudad de México*
  - 4.6. **Migración diferencial de la población con SIDA en los municipios conurbados**
5. CONCLUSIONES Y NUEVOS INTERROGANTES

**BIBLIOGRAFÍA**

**A N E X O**

1. **Aspectos Metodológicos del registro de SIDA en México**
2. **Cuadros**

## 1. INTRODUCCIÓN

La relación entre migración y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) ha sido postulada en un gran número de trabajos de investigación, aunque se estima que la información que se tiene al respecto es escasa.<sup>1</sup>

En África, donde el SIDA se ha convertido en pandemia, el estudio de los desplazamientos poblacionales y de las rutas migratorias ha demostrado ser esencial para determinar el número de casos posibles y para establecer el origen de los tipos del virus en regiones alejadas (Lalou y Piché, 1994).

México, aunque posee niveles bajos en cuanto al número de infectados en comparación con los de África o Estados Unidos, tiene un intenso flujo migratorio hacia este último país, gran parte del cual se considera "circular" o temporal. La proximidad con ese país, que registra altas tasas de incidencia, puede considerarse como situación de riesgo para los migrantes mexicanos.<sup>2</sup> En general, migran a Estados Unidos hombres jóvenes provenientes de comunidades rurales, que regresan a México para pasar unos meses o las fiestas con su familia. A pocos años de iniciarse la epidemia en México y de que se registraran los primeros casos en áreas rurales, comenzó una preocupación por el contagio potencial que podría significar la intensa migración a grandes ciudades y, fundamentalmente, a Estados Unidos (Cárdenas, 1988).<sup>3</sup>

Más recientemente la preocupación se ha dirigido hacia la frontera sur mexicana. Esto obedece a que los países centroamericanos (y en especial Honduras), registran tasas de incidencia mayores a las de México, y a que también hay un intenso flujo migratorio que tiene como destino México, o que pasa por México para llegar a Estados Unidos.

Pero, aunque son las áreas urbanas las que presentan el mayor número de casos de SIDA en México, poca atención se ha puesto en cuánto puede incidir en la expansión de la enfermedad la migración interna e internacional hacia estas áreas. Si es cierto que "el VIH/SIDA se propaga más velozmente cuando hay más gente en movimiento" (Population Reports, 1996), y si además

---

<sup>1</sup> Cfr. Lalou y Piché (1994), Bronfman y Minello (s/f), Bronfman (1992), Matsui Santana *et al.* (1992), Magis-Rodríguez *et al.* (1995), Valdespino *et al.* (1995).

<sup>2</sup> De acuerdo a la información proporcionada por CONASIDA, al 31 de diciembre de 1998, México registraba 38,390 casos acumulados. En tanto que ONUSIDA informa que a fines de 1997 para Estados Unidos se tenían notificados 612,078 casos acumulados (estimados 820,000) y para África se han estimado 21,210,000 casos acumulados.

<sup>3</sup> De acuerdo con Valdespino *et al.*, 1995 donde se presenta un panorama de la evolución de la enfermedad entre 1983 y 1995, y Magis-Rodríguez *et al.*, 1995, los primeros casos en México se diagnosticaron en 1983, y en 1986, se notificaron los primeros casos rurales.

se tiene en cuenta la gran movilidad interna e internacional que se registra en las áreas urbanas de México, no es descartable pensar en la propagación de la enfermedad por estos movimientos poblacionales.

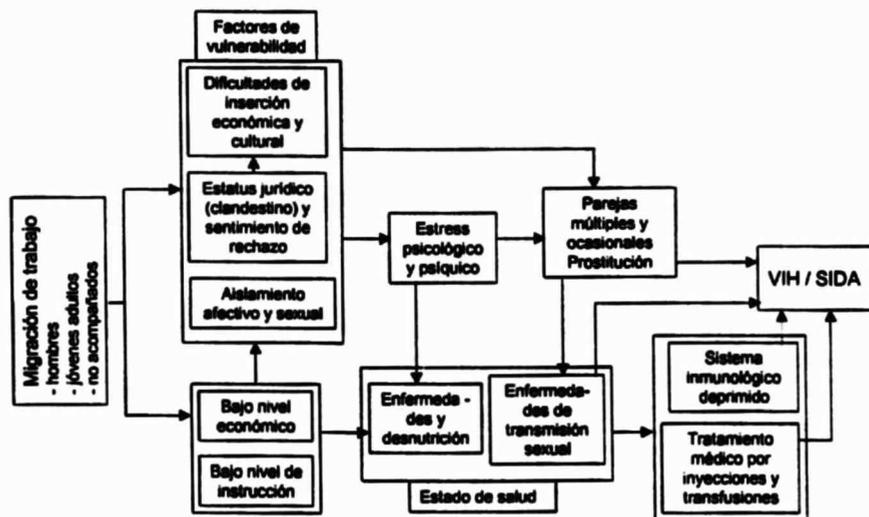
El objetivo de la investigación es establecer alguna relación entre la inmigración interna e internacional y el SIDA en los municipios conurbados del Area Metropolitana de la Ciudad de México (pertenecientes al Estado de México), entre los años 1986 y 1998. Se seguirán dos caminos: por una parte, se describirán las características de los inmigrantes que se cuentan entre los casos de SIDA, comparándolas con las de los inmigrantes de la región en general y las de todos los casos de SIDA del conurbado; y por otra parte se indagará si la población con SIDA ha tenido un comportamiento migratorio diferencial respecto a la población de estos municipios.

## 2. ASPECTOS CONCEPTUALES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE MIGRACIÓN Y SIDA

Desde los primeros estudios sobre la salud de los migrantes, se admite que el proceso de difusión de enfermedades contagiosas puede ser acelerado e intensificado en un contexto de fuertes migraciones. La epidemia del SIDA no escapa a ese principio epidemiológico clásico. Ya sea que se trate de migraciones de trabajo o de refugio, rurales-urbanas o rurales-rurales, estacionales o de larga duración, o incluso de desplazamientos de naturaleza comercial o turística, todos los movimientos de población presentan una característica común: favorecen las relaciones sexuales ocasionales, no protegidas, y convierten al migrante y al viajero a la vez en huésped y vector potencial del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). De acuerdo con Lalou y Pichet (1994) por esta doble percepción del papel del migrante en la epidemia del SIDA, se han desarrollado dos perspectivas, distintas y complementarias, que dominan, a nivel mundial, la literatura especializada sobre el tema migración y SIDA. La primera, denominada *teoría de la vulnerabilidad*, ve a la migración (especialmente a la migración por razones laborales) como un factor favorable a la contaminación por el VIH, y al migrante como una persona donde los problemas de adaptación al ambiente de la comunidad de arribo influyen sobre su salud física y mental y sobre sus comportamientos sexuales, de tal manera que lo convierten en sujeto con alto riesgo de infectarse. La segunda, llamada *enfoque difusionista*, considera al migrante como un portador del virus que, por su movilidad, propaga en la población de destino una enfermedad extranjera: el SIDA (Lalou y Pichet, 1994).

Estos autores, tratando de explicar la relación entre migración y SIDA en África Occidental, presentan un cuadro sintético donde figuran los mecanismos de contaminación por el VIH de los migrantes, que resume la literatura de la *teoría de la vulnerabilidad*, aplicada al patrón africano de transmisión -caracterizado por alta transmisión heterosexual, sanguínea y perinatal, y una frecuencia semejante entre hombres y mujeres (Sepúlveda *et al.*, 1989)-:

Gráfica 1



Fuente: Lalou y Pichet (1994).

Desde la teoría de la vulnerabilidad (aplicada al patrón de transmisión africano), se percibe al migrante (particularmente al migrante por razones de trabajo) como vulnerable al contagio, ya sea por su alejamiento de los vínculos familiares de origen, como por su bajo nivel económico y educativo.

M. Haour-Knipe y R. Rector (1996) señalan cuatro razones por las que la migración debe ser puesta en relación con el VIH: a) Los migrantes se mueven de un país a otro. Están particularmente afectados por las diferencias mundiales en patrones de VIH, y en los esfuerzos de prevención. Estar en un ámbito de alta prevalencia con un bajo nivel de preocupación por el VIH puede ser peligroso; b) Las desigualdades sociales en salud persisten, y a menudo afectan la salud de los migrantes; c) La situación de algunos migrantes o miembros de minorías étnicas puede llevar a una potencial exposición al riesgo. Los migrantes pueden estar expuestos al riesgo

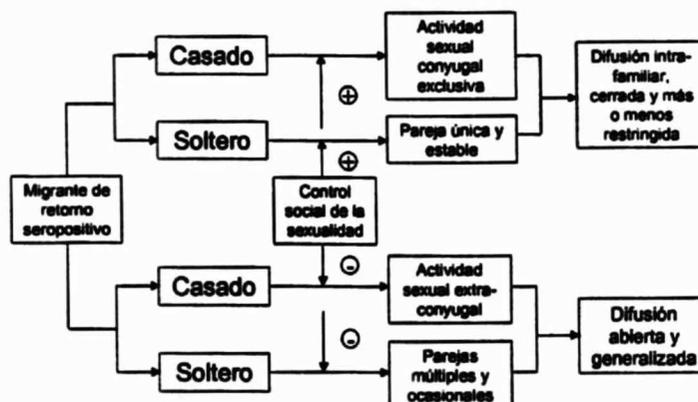
por falta de información y atención a la salud, o por dificultades sociales, económicas y legales que podrían llevar a conductas riesgosas; d) Los migrantes a menudo tienen dificultades lingüísticas y culturales para comprender los mensajes de prevención (por ejemplo, debido a diferentes enfoques de la sexualidad) y mensajes relacionados con la salud (*i.e.*, cuando comprenden mal el significado de un resultado positivo del test de VIH). Ellos pueden encontrar dificultades en relacionarse con el personal clave en el lugar de arribo.

Desde la óptica del *enfoque difusionista*, por su parte, se analiza a los migrantes por su actividad en la propagación del SIDA. Se dice que la aparición del VIH en una población, si no es el producto de la mutación genética de un virus preexistente en el lugar, proviene, necesariamente, de una contaminación por un portador externo. Partiendo de ese razonamiento, el VIH sería un producto de importación y la migración, junto con otras formas de movilidad, la responsable de su circulación (Lalou y Piché, 1994).

En la perspectiva difusionista, la definición del migrante suele ser más amplia que la utilizada habitualmente en demografía. A las personas que han cambiado su lugar de residencia, se agregan otras poblaciones en riesgo como los transportistas internacionales (“trailereros”), prostitutas de origen extranjero, militares, comerciantes itinerantes y turistas.

La difusión del virus necesita una circulación entre regiones de alta y baja seroprevalencia. Las migraciones circulares parecerían particularmente propicias para la difusión del virus. Se suele sugerir que el riesgo de contaminación por el VIH es más frecuente en la zona de arribo y que depende de ciertas características sociodemográficas del migrante. El modelo teórico para analizar la difusión en las zonas de origen del migrante que Lalou y Piché (1994) diseñaron para el caso africano, sería:

Gráfica 2



Fuente: Lalou y Pichet (1994).

En función de este diagrama, la difusión del SIDA por el migrante en su comunidad de origen está en función de tres variables fundamentales: estado civil del migrante, control social de la sexualidad en la comunidad de origen (normas morales y culturales) y prácticas sexuales del sujeto infectado. De esta manera, con información de estas variables, se podría predecir el tipo de difusión que puede darse en la comunidad en cuestión.

México ha sido incluido dentro del patrón latinoamericano de transmisión del VIH, cuyos rasgos principales son una prevalencia moderada en grupos con prácticas de alto riesgo, entre hombres homosexuales y bisexuales, quienes constituyen el puente para la transmisión heterosexual; importancia de la transmisión por transfusión, menor proporción de casos de drogadictos intravenosos que en el patrón de Estados Unidos y Europa; baja frecuencia de transmisión perinatal, y mayor frecuencia de la enfermedad en hombres que en mujeres. (Valdespino *et al.*, 1989). Sin embargo, Magis *et al.* (1998a:238) consideran que “la forma y las características de la epidemia actual son el resultado de diferentes epidemias que ocurren, concurrente o serialmente, en la población mexicana. Existen varios patrones de transmisión y subepidemias en cada región del país, que se dan de forma distinta, dependiendo de la cultura, valores, condiciones sociales, dinámica sexual y situación socioeconómica de los involucrados.” Por las particularidades de los patrones mexicanos, diferentes al africano, resulta necesario revisar los factores de vulnerabilidad y difusión de los migrantes propuestos por Lalou y Pichet, a partir de las investigaciones antecedentes sobre migración y SIDA en México. Se pondrá el

énfasis en los conceptos y relaciones que proponen distintos autores, remitiendo a los trabajos para ver los resultados numéricos de los mismos.

Un estudio pionero sobre este tema realizado por Cárdenas (1988), comparó las características sociodemográficas de la población que migra sin documentos a Estados Unidos (EUA) con las de los casos de SIDA notificados por la Secretaría de Salud de México que reportaron haber residido en aquél país, con el objetivo de inferir si el subgrupo de población que padecía SIDA formaba parte de los flujos migratorios conocidos o bien se comportaba atípicamente, con un patrón migratorio no estudiado por la demografía. La conclusión del trabajo es que se trata de dos poblaciones distintas. Las características de edad, entidad de procedencia, ocupaciones desempeñadas, estado civil, son muy diferentes, por lo que se afirma que los casos de SIDA con antecedente de haber migrado forman parte de un flujo migratorio distinto al de los indocumentados. Los interrogantes abiertos que se plantean en la investigación se refieren al contexto de vulnerabilidad de la migración: el papel que desempeña dentro de las motivaciones para migrar la expresión de la sexualidad, si son los patrones culturales más permisivos en EUA que en México en cuanto a aspectos sexuales, y si se da una recurrencia a prácticas riesgosas como estrategias de sobrevivencia en un ambiente adverso.

En la línea del trabajo de Cárdenas, pero ampliando el análisis a todos los migrantes (no sólo los indocumentados), y a todos los casos de SIDA (además de los que manifestaron antecedentes migratorios a EUA), Bronfman, Camposortega y Medina, compararon algunas características sociodemográficas de los migrantes a Estados Unidos con las características de los casos de SIDA registrados en México. Se identificó una coincidencia en la composición por edad y sexo de ambos grupos, y aunque se afirmaba que ésta no permitía establecer una correspondencia efectiva entre los dos fenómenos, otros datos permitían suponer que había una alta probabilidad de que los migrantes incrementaran sus prácticas de riesgo: la mayoría de los migrantes eran solteros y el resto viajaba, en gran parte, sin sus esposas o compañeras; al llegar se enfrentaban a una sociedad con costumbres sexuales más “abiertas” que las de su lugar de origen; se trataba de un grupo en la edad de mayor actividad sexual; y su receptividad a las campañas educativas y preventivas habituales contra el VIH/SIDA era baja por sus condiciones de vida, su bajo nivel educativo y su desconocimiento del inglés. Otras variables clave que se incluyeron en el estudio fueron el origen y destino de los migrantes en general y las tasas de incidencia de SIDA en esas entidades. Los autores incluyeron también el análisis de los casos de

SIDA con antecedentes de residencia en Estados Unidos, destacando que las características demográficas (composición por edad y sexo, ocupación) de los mismos presenta diferencias respecto al conjunto de migrantes. Algunas de las conclusiones del trabajo son: que el análisis no permite establecer una relación causal entre los dos fenómenos a partir de la información disponible, pero es posible presumir el riesgo de contagio y de diseminación del VIH que encierran los continuos desplazamientos de población entre los dos países; el patrón de transmisión del VIH predominante en México es similar al de EUA, aunque se diferencia en las proporciones de transfusión sanguínea y de infecciones por uso de drogas; las diferencias en las proporciones de transfusión sanguínea entre los enfermos con antecedentes de estancia en los EUA podrían deberse a los movimientos poblacionales en busca de atención médica en EUA; las diferencias en el perfil de los migrantes temporales mexicanos a EUA respecto a los casos de SIDA con antecedentes de residencia en ese país permitirían postular la existencia de dos tipos de migración; en los estados de Baja California y Jalisco las altas tasas de incidencia pueden estar relacionadas con las corrientes migratorias, pero las bajas tasas en otros estados expulsores relativizarían los posibles efectos difusores de la migración (Bronfman *et al.*, 1989).

Bronfman en 1990 realizó un ejercicio de actualización de algunas de las variables incluidas en el trabajo anterior, destacando la comparación entre las tasas de prevalencia de SIDA de las entidades federativas con su cualidad de ser típicamente expulsoras de población o fronterizas con Estados Unidos, y la evolución (entre julio de 1988 y abril de 1989) de algunas características de los casos de SIDA con antecedentes de residencia en EUA (relación entre sexos, índice de masculinidad, grupos de edad, factor de riesgo y ocupación). La conclusión del trabajo es que los datos no permiten ser categóricos en afirmar la influencia de la migración temporal de mexicanos a Estados Unidos en la expansión del SIDA en México, pero son suficientes para sustentar esta hipótesis (Bronfman, 1992).

Partiendo de los resultados de las investigaciones previas sobre la relación entre migración a Estados Unidos y SIDA, Bronfman y Minello (1995), efectuaron una investigación basada en entrevistas a profundidad en una comunidad michoacana expulsora de migrantes, y en una comunidad de California hacia donde se dirigía la mayoría de esos migrantes, cuyos objetivos eran: identificar los hábitos sexuales de la población que migra temporalmente de México a EUA y los de la población de origen de esos migrantes; evaluar el impacto de la migración en los hábitos sexuales de los migrantes; identificar y evaluar el tipo de información

que los migrantes y no migrantes tienen sobre el SIDA y determinar el impacto que el SIDA y la información disponible tienen en la modificación de los hábitos sexuales de migrantes y no migrantes. Las principales conclusiones referidas a la relación entre migración y SIDA son que durante el proceso migratorio se producen cambios en las prácticas sexuales, de manera diferencial entre hombres y mujeres: los heterosexuales (hombres y mujeres) aprenden prácticas de mayor riesgo como el sexo anal; que los homosexuales inician las prácticas derivadas de esta preferencia sexual en los EUA o las ejercen con mayor libertad que en su lugar de origen (se proponen dos factores coadyuvantes: llegar a una sociedad que “tolera” más fácilmente esta elección y sentirse más “libre” del control social y familiar); que hay hombres que no se autodefinen como homosexuales y que no son percibidos por “los otros” como tales, pero que tienen sexo con otros hombres, y que iniciarían estas prácticas por el estado de soledad y aislamiento en EUA (práctica que no “importan” a la comunidad de origen en su retorno); y que los hombres migrantes tienen en EUA relaciones sexuales con “prostitutas/drogadictas” que “son más baratas que el resto de las prostitutas” y por ello más requeridas por los migrantes. En cuanto a la información que la población entrevistada tenía sobre SIDA, se afirma que es buena, (mayor en los migrantes que en los no migrantes) pero insuficiente para la adopción de medidas y para evitar prácticas directamente relacionadas con el riesgo de adquirir el VIH; se menciona también la existencia de migrantes que no hablan ni inglés ni español. Se constata conocimiento de las cualidades preventivas del condón, pero muy ligado a la anticoncepción y a una idea de que impide una satisfacción total en la relación sexual, por lo que el uso del mismo es restringido. Aunque se habla de la falta de capacidad de negociación de las mujeres para solicitarle a su compañero que use condón, sin embargo se dice que son ellas mismas las que lo rechazan por las mismas razones expuestas por los hombres.

Castañeda, Allen y Castañeda (1996), realizando un trabajo sobre adolescentes rurales en México, propusieron una forma original de relacionar migración y SIDA. Ellos sostienen que la migración es un espacio donde a menudo tiene lugar la iniciación sexual de los hombres, fuera de las normas comunitarias, especialmente con trabajadoras de sexo comercial y sin el uso de métodos de protección, como rito de pasaje a la vida adulta. En cambio, para las mujeres la virginidad aparece como una condición para casarse, por lo que el uso del condón resulta difícil, sumado a la falta de poder en las negociaciones y decisiones sobre sus propios cuerpos en relación con los hombres. En ambos casos, estas prácticas riesgosas los exponen al contagio.

Estudios locales sobre la relación entre migración y SIDA realizados, principalmente, en lugares de alta expulsión migratoria, indagaron sobre los factores de riesgo de los migrantes. Una investigación realizada en Michoacán analizó el impacto de los inmigrantes a los Estados Unidos en la epidemiología del SIDA/VIH, y la afección en los municipios que exportan mano de obra a ese país, definiendo el perfil del emigrado michoacano en cuanto a factores de riesgo. Se concluyó que las áreas de mayor migración a EUA fueron las más afectadas por el VIH/SIDA, que hubo una asociación estadísticamente significativa entre las variables: edad y migración a EUA; Estado civil casado y migración a EUA; Vía de transmisión sexual y migración a EUA; y campesino y emigración a EUA. Gracias a que este estudio contó con datos sociodemográficos, antecedentes de salud, prácticas sexuales, y otros factores de riesgo, así como con resultados de estudio de laboratorio de los pacientes, se obtuvieron los riesgos relativos para la construcción de un “retrato hablado del emigrado que parece tener el doble riesgo para el VIH/SIDA”: sexo masculino, edad entre 15 y 65 años, casado, campesino y/o operador de transporte, bisexual y emigrado a California (Pineda *et al.*, 1992).

Santarriga *et al.* (1996) en un trabajo sobre Michoacán, evalúan el impacto local sobre la epidemia del SIDA de la migración México-Estados Unidos, llegando a la conclusión de que los mexicanos que viajan para trabajar en Estados Unidos y retornan a México, se involucran en prácticas sexuales de alto riesgo o drogas, en lugares en que están expuestos a más altas tasas de seroprevalencia. Los autores afirman que este mecanismo está contribuyendo a la heterosexualización de la epidemia del SIDA en esa entidad federativa, que exporta un gran número de migrantes temporales a los Estados Unidos.

Otro vínculo que se estableció entre migración y SIDA tenía como objeto estudiar la ruralización de la epidemia. Magis y otros investigadores compararon la proporción de casos rurales con antecedentes de migración respecto a la de los casos urbanos, que se habían notificado hasta mediados de 1994, y afirmaron que la migración, principalmente hacia Estados Unidos, era un factor de importante influencia en la presencia de SIDA en áreas rurales (aunque no el único). Como factores de riesgo de los migrantes que habían visitado Estados Unidos se mencionaron el uso de drogas y haber mantenido relaciones sexuales con trabajadoras de sexo comercial (TSC). Asimismo, otros factores de vulnerabilidad que se indican son las variaciones en las prácticas de riesgo entre la población de Estados Unidos y la mexicana, el hecho de que en su mayoría son hombres que viajan sin sus familias, que viven en granjas y que tienen contacto

sexual con TSC o con otros hombres en las granjas (Magis *et. al.*, 1995 y Magis *et al.*, 1998b). Podríamos decir que este estudio reunió las dos formas de ver al migrante: por su papel en la difusión de la enfermedad en el área rural, y por sus factores de vulnerabilidad.

Una investigación que recuperaba los datos de Magis *et al.*, y que tenía por objetivo analizar la evolución de los casos de SIDA en mujeres en México, afirmaba que “de acentuarse la tendencia de ruralización de la epidemia de SIDA en México asociada a la migración interna e internacional, las mujeres sufrirán un impacto aún mayor en las áreas rurales por dos motivos. En primer lugar, sus condiciones de desventaja en la gran mayoría de las áreas rurales en México son todavía más acentuadas que en las áreas urbanas del país, por lo que la posibilidad de hablar con sus parejas sobre cualquier aspecto de su sexualidad, incluidas prácticas sexuales fuera de la relación, es menor, y por lo tanto, la capacidad para negociar la adopción de medidas preventivas es también mucho más reducida. En segundo lugar, el tamaño de las localidades de residencia habitual de estos casos puede permitir que la diseminación interna produzca prevalencias relativamente altas en poco tiempo con impactos económicos, demográficos y sociales potencialmente devastadores” (Del Río-Zolezzi *et. al.*, 1995:589).

En esta vertiente se encuentra también el trabajo realizado por Salgado de Snyder (1998), que vincula migración y SIDA en México en el ámbito rural, dirigiendo su atención a las mujeres como sujetos vulnerables. Según afirma la autora, el papel femenino tradicional caracterizado por la sumisión y obediencia ante la conducta autoritaria del hombre, pondría a las esposas de los migrantes a Estados Unidos en una situación de alto riesgo para la adquisición y propagación de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Así, los factores responsables del riesgo que corren las mujeres de origen rural en México en relación con el SIDA son sociales y psicológicos, y destaca entre estos factores el bajo nivel de educación, información limitada o errónea, el manejo inadecuado de la información, la aceptación de las características de género tradicionales, la baja autoestima y la ausencia de poder para negociar las prácticas sexuales con sus compañeros. En este caso, el migrante es visto como el portador del virus en su atributo de difusor en su lugar de origen.

Otro factor que se ha propuesto relacionando a la migración con la difusión del SIDA es el incremento en el uso de drogas inyectables. Se ha afirmado que este fenómeno, dado que se da principalmente en ciudades fronterizas del norte del país y por la gran migración hacia Estados Unidos, podría llegar a ser un foco de expansión de la epidemia del SIDA, tanto localmente

como hacia otras regiones de México (Magis *et al.*, 1997, y Ruiz Badillo *et al.*, 1997).

Haciendo una síntesis de los factores de vulnerabilidad que han destacado las investigaciones reseñadas, podrían agruparse en dos: en un nivel macro, figuran las características de la sociedad de destino de los migrantes (las investigaciones se refieren a migrantes que van a Estados Unidos); y en un nivel micro, se señalan algunas características individuales de los migrantes.

Resumen de la literatura sobre factores de vulnerabilidad para migrantes mexicanos

Características de la sociedad		Características individuales	Prácticas de riesgo
Destino (EUA)	Origen (México)		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrones culturales más permisivos respecto a la sexualidad</li> <li>- Altas tasas de incidencia de SIDA</li> <li>- Más extendido uso de drogas intravenosas</li> <li>- Campañas de prevención en inglés, que no tienen impacto en los migrantes mexicanos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normas comunitarias estrictas sobre la sexualidad</li> <li>- Altas y bajas tasas de incidencia según entidad federativa</li> <li>- Incremento del uso de drogas intravenosas en ciudades fronterizas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Edades jóvenes y predominancia de hombres</li> <li>- Solteros o viajan sin familia</li> <li>- Predominio de ocupaciones agrícolas</li> <li>- Bajo nivel educativo y desconocimiento del idioma inglés</li> <li>- Soledad y aislamiento afectivo</li> <li>- Preferencias sexuales que los haría migrar a una sociedad más tolerable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se involucran en prácticas sexuales riesgosas para sobrevivir (prostitución)</li> <li>- Tienen relaciones sexuales con prostitutas</li> <li>- Hombres heterosexuales tiene relaciones sexuales con otros hombres</li> <li>- Uso de drogas intravenosas con jeringas infectadas</li> </ul>

Respecto a los factores de la difusión, se menciona ante todo la falta de poder de negociación de las mujeres de los migrantes para tomar medidas precautorias, que llevaría a una heterosexualización de la enfermedad; la mala información o el mal uso de la misma que tienen estas mujeres sobre el SIDA; y el uso de jeringas infectadas para uso medicinal o de drogas intravenosas.

### 3. EL SIDA EN MÉXICO

La epidemia de SIDA comenzó en México en 1981, cuando los primeros enfermos iniciaron su padecimiento, y se diagnosticaron en 1983 (Valdespino Gómez *et al.*, 1995). Hasta el 31 de diciembre de 1998 se habían notificado en todo el país 38,390 casos acumulados, de los cuales 86% eran hombres (SSA, DGE, 1999a). Esto representa una relación de una mujer por cada seis hombres con SIDA. El total acumulado, corrigiendo la subnotificación, superaría los 59,000

casos y las proyecciones para el año 2000 estiman que habrá entre 69,000 y 74,000 casos (CONASIDA-SIDA/ETS, 1998 y Magis *et al.*, 1998a).<sup>4</sup> En 1997 México ocupaba el 13° lugar a nivel mundial en cuanto al número total de casos notificados y el 3° en el continente americano; sin embargo, tiene la posición 69 respecto a la tasa de incidencia acumulada a nivel mundial, y la 11 para toda América, por lo que está considerado entre los países con tasa de incidencia muy baja (Magis *et al.*, 1998a).

Cabe destacar que el SIDA es una etapa avanzada de la infección por el virus VIH, y que se considera que entre el momento de la infección y la aparición del síndrome pueden transcurrir entre 6 meses y 10 años, período durante el cual la persona infectada puede no tener ninguna manifestación clínica aunque es capaz de transmitir la infección a otras personas (Secretaría de Salud, 1998).<sup>5</sup> Magis *et al.* (1998a) estimaron que hacia octubre de 1998 el número de personas infectadas (que portan el virus pero que no manifiestan la enfermedad como tal) estaría en un rango de 116,000 a 174,000, de acuerdo a los resultados de detección de VIH en donadores, encuestas centinelas en embarazadas y encuestas seroepidemiológicas en subpoblaciones específicas.

Como consecuencia de la letalidad cercana al 100 por ciento y de los períodos de sobrevivencia cortos, en 1987 el SIDA empezó a representar una causa importante de muerte, con una tasa de incidencia acumulada de 3.6 por 100,000 habitantes; para 1988 la tasa se duplicó y para 1992 fue ocho veces mayor (29.4 por 100,000 habitantes); en ese año ingresó a la lista de las 20 primeras causas de mortalidad general, y es de esperarse que continúe ocupando los primeros lugares como causa de muerte en los adultos jóvenes de las áreas metropolitanas (Valdespino Gómez *et al.*, 1995). En 1997, ocupaba el 15° lugar entre las causas de muerte de la población en general (con una tasa anual de 4.4 por 100,000 habitantes), y el 4° para el grupo de edad 25 a 34 años (cuya tasa anual era del orden del 10.7 por 100,000 habitantes) (Secretaría de Salud, 1999c).

En las grandes ciudades predomina la transmisión homosexual; en el norooccidente - frontera con los EUA - ha ganado importancia el uso de drogas intravenosas y en la frontera sur

---

<sup>4</sup> Se estima que existe un retraso en la notificación en 33% de los casos de SIDA (casos que ocurren en un año determinado y que se notifican a la autoridad sanitaria varios meses, e incluso años después de la fecha de diagnóstico), y que existe un subdiagnóstico de 18.5% (número de casos que no son objeto de reporte epidemiológico) (Magis *et al.*, 1998).

<sup>5</sup> La definición para México de infectado por VIH y de caso de SIDA en adultos y en menores de 18 meses está publicada en la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, en el Diario Oficial de la Federación del 17 de

están presentes algunos de los factores responsables del fenómeno "centroamericano" de la heterosexualización (Bronfman y Magis, 1996). Así, se dice que existen dos patrones polares: uno urbano, observado en las grandes ciudades y en la frontera norte -con mayor porcentaje de casos de hombres y períodos de duplicación más largos-; y otro rural, en la región Centro y en el Sur del país -con mayor proporción de casos entre mujeres y períodos de duplicación más rápidos- (Valdespino *et al.*, 1995).

Hasta diciembre de 1998, el porcentaje de casos acumulados en todo el país por transmisión sexual (homosexuales, bisexuales, heterosexuales) era de 62.2, en tanto que el de la transmisión sanguínea (transfusión, ex donadores remunerados, hemofílicos, drogadictos intravenosos, exposición ocupacional) era de 8.3; un porcentaje marginal (0.6) se refiere a casos de homosexuales drogadictos intravenosos (categoría que se considera aparte por ser una combinación de dos categorías), mientras que para un 28.9 por ciento de los casos no se conoce la categoría de transmisión (SSA, DGE, 1999a). Dentro de los casos por transmisión sexual, es el grupo de homosexuales el que concentra el mayor número de casos, pero debe destacarse que sumadas las categorías de bisexuales y heterosexuales representan más del 57 por ciento. Es por eso que en años recientes se han desarrollado investigaciones para determinar la importancia relativa que tiene la conducta bisexual como puente de entrada de la enfermedad a la población heterosexual (Hernández, 1992; Liguori, 1995).

En los comienzos de la epidemia no había casos de SIDA rural pero en 1997 constituían el 6% del total de casos. Ese porcentaje se distribuía desigualmente en el país, habiendo estados como Hidalgo y Zacatecas donde los casos rurales superaban al 20% del total (Magis *et al.*, 1996; Magis *et al.*, 1998a). La distribución global por sexo mostraba en 1994 importantes diferencias, con una proporción de 21.3% casos femeninos en áreas rurales, comparado con una proporción de 14.4% mujeres de áreas urbanas. Existe una mujer por cada cuatro hombres en el área rural con SIDA, y seis hombres por cada mujer en el medio urbano (Magis *et al.*, 1995).

Las entidades federativas que han acumulado más casos hasta diciembre de 1988 son el Distrito Federal (con 10,616 casos), Estado de México (con 4,712 casos) y Jalisco (con 4,302 casos), y los que han presentado tasas más altas son el Distrito Federal (10.25 por 100,000 habitantes), Baja California (10.02 por 100,000 habitantes) y Jalisco (8.16 por 100,000 habitantes). En cuanto a las categorías de transmisión, los estados muestran algunas diferencias

entre sí en cuanto a los porcentajes de cada una respecto al total estatal. Así, entre las categorías de transmisión sexual, la categoría homosexual ha tenido mayor peso relativo en Yucatán, Nuevo León y Colima; la categoría bisexual ha tenido un peso mayor en los estados de Yucatán, San Luis Potosí y Nuevo León; la categoría heterosexual ha tenido mayor importancia en Puebla, Tlaxcala y Chiapas; entre las categorías de transmisión sanguínea, en transfusión sobresalen Jalisco, Puebla y Morelos; la categoría hemofílicos ha tenido mayor proporción en Coahuila, Tabasco e Hidalgo; la categoría uso de drogas intravenosas ha sido importante para Sonora, Baja California, y Querétaro; los porcentajes de Donadores remunerados han sido mayores en Puebla, Estado de México y Morelos, y los casos perinatales han tenido mayor proporción relativa en Quintana Roo, Tlaxcala y Morelos. Pero si en lugar de examinar el peso que ha tenido cada categoría de transmisión al interior de cada entidad federativa, vemos qué entidades federativas han aportado más casos al total nacional, destacan el Distrito Federal, que es la entidad más relevante en las categorías de transmisión sexual (homosexuales, bisexuales y heterosexuales), Jalisco, en transfusión sanguínea, Baja California, en drogadictos intravenosos, y el Estado de México en donadores remunerados (SSA, DGE, 1999a).

#### **4. INMIGRACIÓN Y SIDA EN LOS MUNICIPIOS CONURBADOS DEL AREA METROPOLITANA DE LA CIUDAD DE MÉXICO.**

##### **4.1. Definición del área de estudio**

Cuando se habla del Area o Zona metropolitana de la Ciudad de México, es conveniente tener en cuenta que ésta no es una región concebida de manera unívoca (Garrocho, 1996). Según en qué momento del tiempo nos situemos, o bajo los criterios de qué investigador la definamos, su superficie varía. En 1990, INEGI consideraba que estaba conformada por 16 delegaciones políticas del Distrito Federal y 27 municipios conurbados del Estado de México, en tanto que para 1995, Corona Cuapio (1998) reporta 16 delegaciones del Distrito Federal y 38 municipios conurbados del Estado de México.

Para este estudio, en el que sólo se consideraron los municipios conurbados, hemos seleccionado el área conurbada definida por INEGI para 1990 por dos razones, una práctica y una conceptual. La razón práctica es que sólo para ese año se cuenta con datos censales de migración, desagregados por municipio. Si bien en la muestra del Censo de 1995 hay algunos

resultados sobre migración para el área en su conjunto, éstos no tienen representatividad a nivel municipal, lo que hacía imposible aislar los municipios conurbados del Estado de México de las delegaciones del Distrito Federal.

La razón conceptual tiene que ver con los tiempos de contagio y aparición de la enfermedad. La pregunta censal de migración se refiere a cinco años atrás, es decir, 1985, justo un año antes del diagnóstico del primer caso de SIDA en la región. Si se tiene en cuenta que hay un período variable entre el momento del contagio y aquél en que la enfermedad se manifiesta, como se señaló en el apartado 3, que puede ser de meses a años, era conveniente situar la migración un tiempo antes de que apareciera la enfermedad.

El área de estudio de la presente investigación consiste, entonces, en los 27 municipios conurbados del Área Metropolitana de la Ciudad de México para 1990, pertenecientes al Estado de México, que son los siguientes:<sup>6</sup>

MUNICIPIOS CONURBADOS	Nº según INEGI	MUNICIPIOS CONURBADOS	Nº según INEGI
ACOLMAN	2	NEZAHUALCOYOTL	58
ATENCO	11	NEXTLALPAN	59
ATIZAPAN DE ZARAGOZA	13	NICOLAS ROMERO	60
COACALCO	20	PAZ, LA	70
CUAUTITLAN	24	TECAMAC	81
CHALCO	25	TELOYUCAN	91
CHICOLOAPAN	29	TEPOTZOTLAN	95
CHIMALHUACAN	31	TEXCOCO	99
ECATEPEC	33	TLALNEPANTLA	104
HUIXQUILUCAN	37	TULTEPEC	108
IXTAPALUCA	39	TULTITLAN	109
JALTENCO	44	ZUMPANGO	120
MELCHOR OCAMPO	53	CUAUTITLAN IZCALLI	121
NAUCALPAN	57		

Fuente: INEGI (1991), XI Censo General de Población y Vivienda, 1990.

#### 4.2. El período de referencia

Los primeros casos notificados en el conurbado se dieron en 1986 y las primeras defunciones se registraron en 1988. Cabe destacar que la clasificación específica de muerte por SIDA en forma sistemática se dio a partir de 1988, cuando en México se acordó utilizar el código número 184 dentro de la IX Clasificación Internacional de Enfermedades, en todos los decesos por esta causa (Izazola-Licea J.A. *et al.*, 1995). Se cuenta con datos de notificación de casos hasta 1998, en

<sup>6</sup> Para la inclusión de estos municipios como conurbados, INEGI utilizó dos criterios: el de continuidad urbanística del total o parte del municipio, y el de proximidad y comunicación con la mancha urbana. *Cfr.* INEGI (1991) XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, Área Metropolitana de la Ciudad de México.

tanto que se tienen defunciones hasta 1996. De esta manera, el período de referencia del estudio abarca desde 1986 hasta 1998, pero con la salvedad de que la información de defunciones es de 1988 a 1996.

### **4.3. La población en estudio**

En esta investigación se consideraron todos los casos notificados de SIDA y todas las defunciones por SIDA, de personas que tenían como residencia (en el momento de la notificación o en el momento de la defunción) alguno de los municipios del área de estudio.<sup>7</sup> Esto implica que se incluyeron ambos sexos, y todos los grupos de edad. (Las características de los registros oficiales de los que provienen los datos pueden verse en Anexo: 1. Aspectos metodológicos del registro de SIDA en México).

### **4.4. La tendencia de la enfermedad en la región**

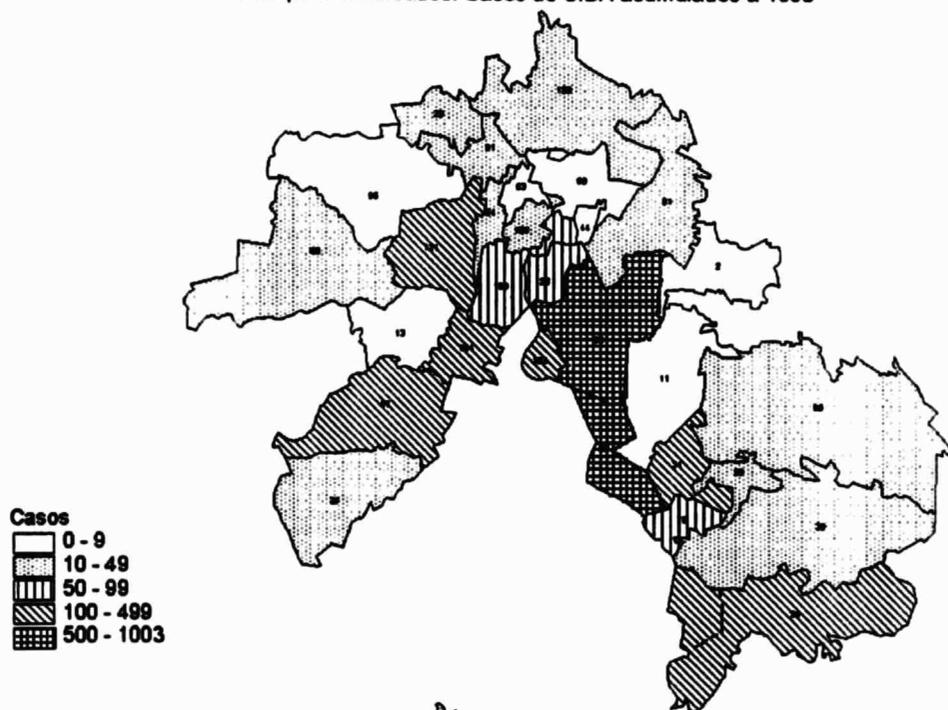
#### *4.4.1. Los casos notificados (Registro Nacional de Casos de SIDA).*

Hasta diciembre de 1998 se notificaron en los municipios conurbados 3,262 casos, es decir que el área representó el 8.5% de los casos acumulados nacionales. Del total de casos notificados, el 85% corresponde a hombres, y el 15% a mujeres, esto es, una razón de un caso femenino por cada 6 casos masculinos, al igual que el promedio nacional. En los distintos municipios esta relación va desde 2 hombres por cada mujer (Chicoloapan), que implica un nivel alto de heterosexualización de la enfermedad, con similitud a la razón observada en áreas rurales, hasta 14 hombres por mujer (Tecamac), que indicaría un patrón de contagio diferente en los distintos municipios (Anexo: Cuadro 1). Los municipios que presentan tasas promedio anuales por encima de la media del conurbado para el período 1986-1998 son Nezahualcoyotl, Tlalnepantla, Coacalco, y Naucalpan (Anexo: Cuadro 2). La tasa de SIDA nacional para 1998 fue de 4.94 por 100,000 habitantes, en tanto que en ese mismo año, la tasa promedio del conurbado fue de 1.39 por 100,000 habitantes. Aunque esta estimación parece muy baja, cabe destacar que la tasa anual del conurbado en 1990 fue de 3.95 por 100,000 habitantes, en tanto que en 1995 fue de 6.88.

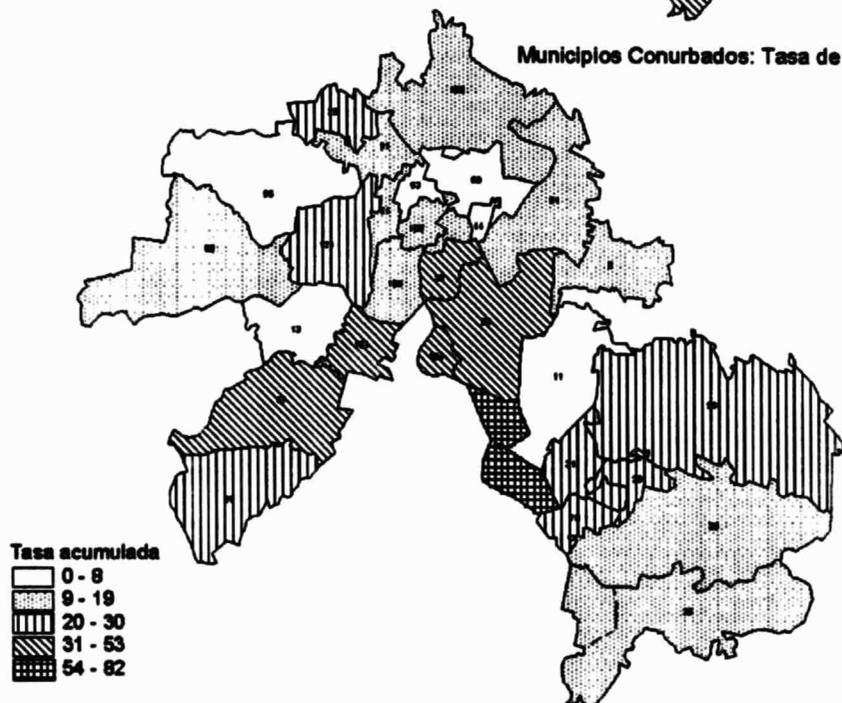
---

<sup>7</sup> Los casos correspondientes al Municipio N° 122. Valle de Chalco Solidaridad creado en noviembre de 1994 fueron sumados al municipio Chalco, por ser éste quien aportó mayor extensión de territorio para su conformación.

Municipios Conurbados: Casos de SIDA acumulados a 1998



Municipios Conurbados: Tasa de SIDA acumulada a 1998



La tasa de incidencia acumulada estimada para todo el conurbado hasta diciembre de 1998 es de 35.97 por 100,000 habitantes, destacando Nezahualcoyotl que tiene una tasa acumulada de 82.1, es decir, más del doble que la de la región, y Tlalnepantla, con una tasa de 52.57 por 100,000 habitantes (Anexo: Cuadro 2).<sup>8</sup>

Gráfica 3



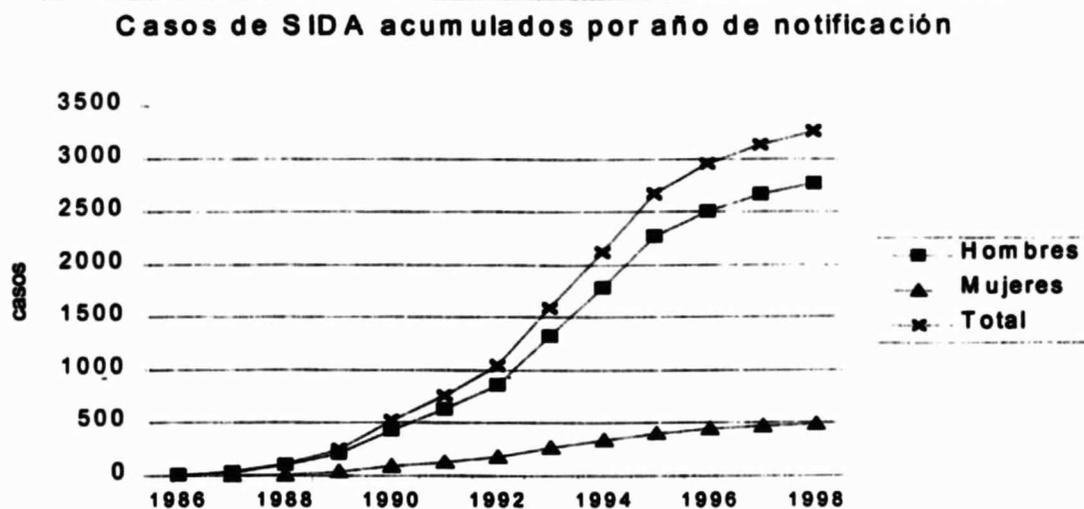
Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

Las edades entre las que se concentran los casos van de 20 a 54 años, sobresaliendo el grupo 30-34 años para ambos sexos. La edad que se reporta es al momento de la notificación, que puede estar algo sobreestimada respecto a la edad al momento del diagnóstico por el efecto de la extemporaneidad del registro. En las mujeres se ha presentado una mayor proporción de casos de niños menores de 10 años que en los hombres (Anexo: Cuadro 3).

Según el año de notificación de los casos, la tendencia parece haber tenido un pico entre 1993 y 1995, y a partir de allí se advierte un descenso (Gráfica 4 y Anexo: Cuadro 4). Esto no significa que haya habido menos casos a partir de 1996, ya que debe tenerse en cuenta que no había en el Registro una equivalencia entre la fecha de diagnóstico y la fecha de notificación. De acuerdo con CONASIDA, a nivel nacional, la extemporaneidad llegó a ser de hasta 5 años, aunque en promedio era de 8 meses. Este problema se intenta eliminar a partir de enero de 1999, cuando se comenzaron a notificar los casos por su fecha de diagnóstico (Secretaría de Salud, 1999b).

<sup>8</sup> La población para 1998 se ha estimado con base en la tasa de crecimiento del período que abarca entre el censo de

Gráfica 4



Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

Si se efectúa un corte en el período analizado en el año 1990, se pueden distinguir municipios de presencia anterior y posterior de notificación de la enfermedad. Retomando la clasificación de municipios según contornos de la ciudad de México que realiza Corona Cuapio (1998), se advierte que los municipios conurbados del primer contorno (Huixquilucan, Naucalpan, Nezahualcoyotl y Tlalnepantla) y los del tercer contorno (Chalco, Ixtapaluca, Nicolás Romero, Tecamac, Texcoco) todos han presentado casos de SIDA por primera vez antes de 1990. Los del segundo contorno presentan disimilitudes, se han notificado casos desde 1986 a 1996, y hay uno donde el Registro no presenta ningún caso notificado (Atenco);<sup>9</sup> en tanto que los del cuarto contorno (Acolman, Jaltenco, Melchor Ocampo, Nextlalpan, Teoloyucan, Tepotzotlán, Tultepec y Zumpango), uno de ellos notificó su primer caso en 1987, y el resto desde 1990 en adelante, excepto Jaltenco que no ha notificado ningún caso.<sup>10</sup> La tendencia parecería ser una incorporación de casos en años más recientes en los municipios conurbados del norte y noroeste más alejados del centro de la ciudad, pero las excepciones matizan esta afirmación. Un análisis más detallado que tomara en consideración la extensión de la mancha urbana arrojaría luz sobre si la incorporación de los casos se corresponde con el crecimiento de la misma.

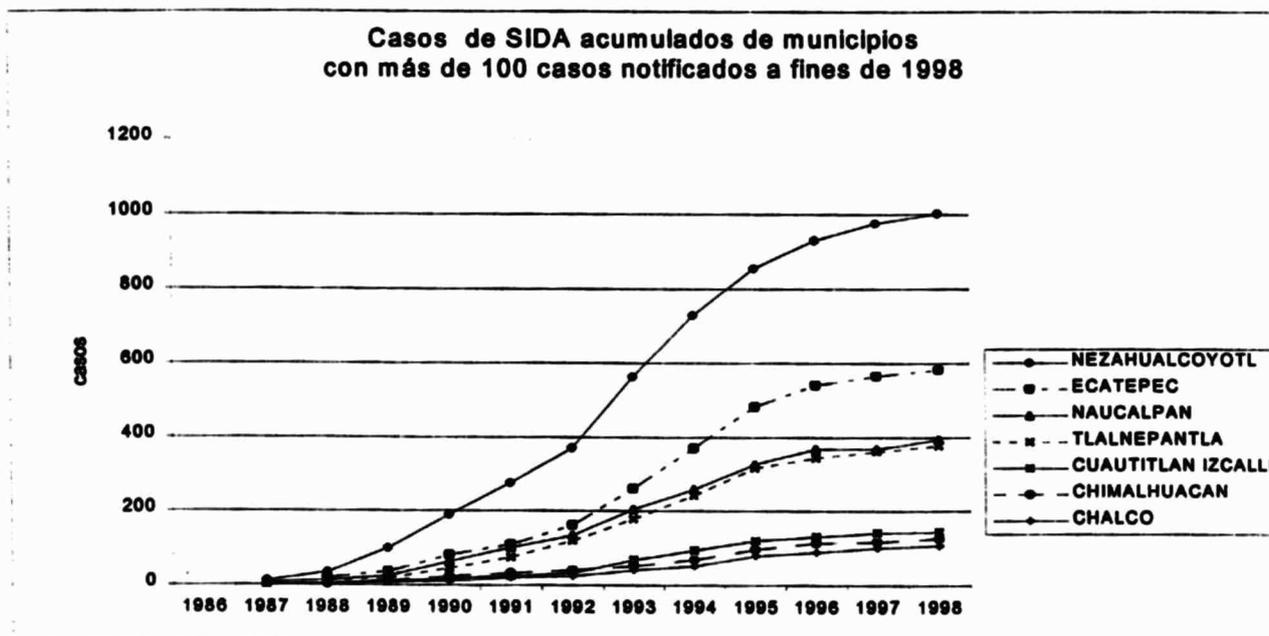
Por otra parte, como puede verse en las Gráficas 5 y 6, las curvas de los casos acumulados de los municipios que tienen más de 100 casos parecerían disminuir su inclinación

1990 y el conteo de 1995. Cuando se cuente con los resultados del censo del 2000, podrán ajustarse estas cifras.

<sup>9</sup> Como se verá más adelante, en los municipios de Atenco y Jaltenco, las estadísticas vitales reportan 5 y 3 defunciones.

durante los últimos años, con un efecto de estabilización. Podríamos hablar de un crecimiento de tipo logístico, es decir, tras un período de crecimiento exponencial, estos municipios estarían llegando a un nivel de estabilidad, tal como ocurre con el conjunto de casos del país. En cambio, en algunos de los municipios que tienen entre 20 y 100 casos, como Tultitlán y Tecamac, la tendencia es de fuerte incremento. En este último municipio se notificó el primer caso en 1990, por lo que podría considerarse de reciente incorporación, y es posible pensar que se encuentra, debido a esto, en una etapa de crecimiento exponencial. Si se comporta en el futuro como lo han hecho los demás, entrará a una etapa de estabilidad. El caso de Tultitlán es más difícil de explicar. Aunque se notificaron los primeros casos en 1988, a finales de 1998 se encontraba aún con alto crecimiento en el número de casos, lo que podría hacer pensar que para que una región ingrese a la etapa de estabilidad, se requiere que haya alcanzado un “umbral”, que estaría hipotéticamente relacionado con una “saturación” de los grupos vulnerables.

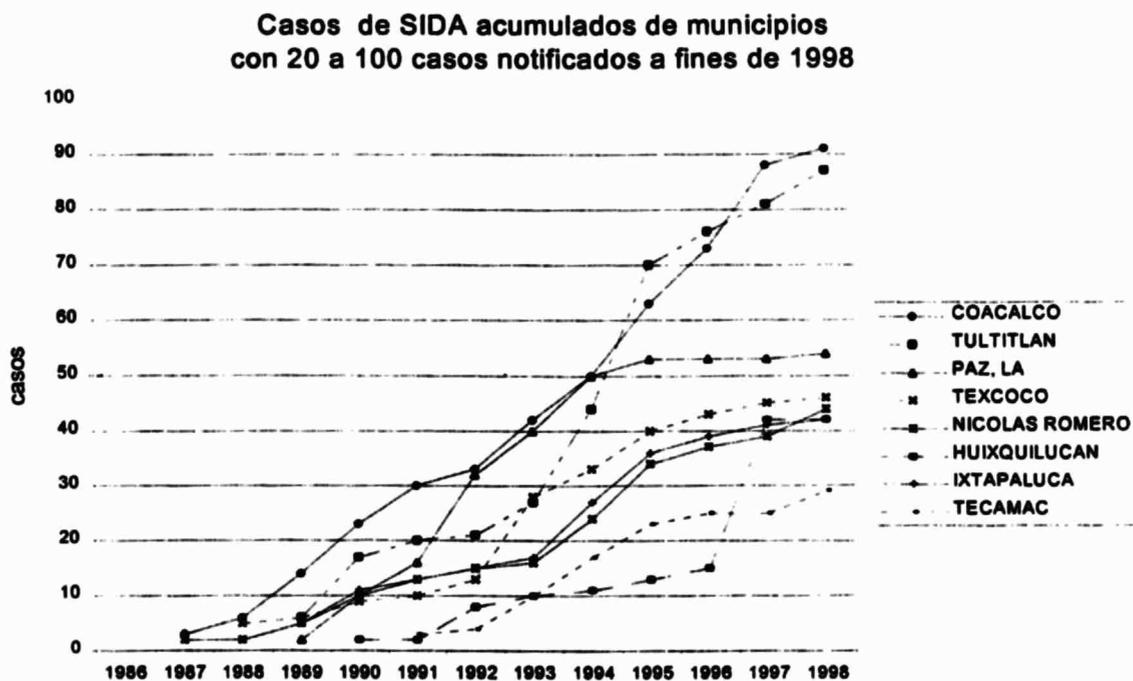
Gráfica 5



Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

<sup>10</sup> *Idem.* nota al pie n° 9.

Gráfica 6



Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

Una de las variables centrales que muestra las formas a través de las cuales se está difundiendo la enfermedad es el factor de riesgo. Aunque no pueda garantizarse cuál es el mecanismo a través del cual la persona contrae el virus (con excepción de pocos casos, como los pediátricos), el médico que efectúa el diagnóstico, a partir de la información que le brinda el paciente, incluye el caso dentro de una de las categorías de transmisión. Para establecer los factores de riesgo, se necesita una descripción y evaluación extensa de la vida del sujeto, y el conocimiento de las probabilidades de contagio de cada vía de transmisión, de acuerdo a la prevalencia e incidencia de la enfermedad en el lugar, y es poco probable que el médico que diagnostica pueda realizarlo. Por ello, se han propuesto categorías de transmisión, que son menos específicas y más amplias que los factores de riesgo, para incribir los casos en una clasificación que oriente respecto a la vía de contagio supuesta.<sup>11</sup>

Esto implica un amplio espacio de interpretación, más aún cuando las preguntas van dirigidas a la sexualidad del sujeto, en el marco de una sociedad que discrimina ciertas prácticas, y en tiempos donde el SIDA es una enfermedad socialmente estigmatizada. Además, aunque en general los discursos privilegian las definiciones clínicas de SIDA, debe reconocerse que éste es

<sup>11</sup> En algunos trabajos de la literatura revisada se utilizan indistintamente factores de riesgo y categorías de

un hecho social y cultural además de biológico; los síntomas y su evolución pueden relacionarse con las interacciones entre el cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo político; es decir, la enfermedad no es un acontecimiento aislado, sino que es una forma de comunicación -el lenguaje del cuerpo- a través de la cual hablan simultáneamente la naturaleza, la sociedad y la cultura (Sabatier, 1996). Así, hay una doble conformación semántica y pragmática de la enfermedad y de los hechos que pudieron dar lugar al contagio, una por parte del sujeto que la padece, otra por parte del médico que la diagnostica, y una redefinición de la misma en la interacción entre ambos. Por otra parte, hay también una autointerpretación del sujeto respecto a su sexualidad. Un hombre puede tener relaciones con otro hombre y afirmar que es heterosexual, no porque esté “ocultando” sus prácticas sexuales, sino porque en su concepción, esas prácticas no cambian su autodefinición de masculinidad (Bronfman y Minello, 1995). Situaciones como éstas superan la clasificación de categorías de transmisión, y la ponen en cuestión.

En las Gráficas 7 y 8 puede verse el impacto diferencial que la enfermedad ha tenido en los dos sexos, y cuán disímil ha sido el peso de cada categoría de transmisión para hombres y mujeres. Para los hombres, la categoría de transmisión que parece haber tenido más peso ha sido tener relaciones homosexuales, seguida por tener relaciones heterosexuales y luego por la bisexualidad. Sin embargo, debe destacarse que para casi la mitad de los casos no se conoce la categoría de transmisión (el 43% está en la categoría de “no especificados”).<sup>12</sup> Dentro de las categorías de transmisión sexual (homosexuales, bisexuales y heterosexuales), los grupos de edad que se ven más afectados son el de 25-29 y el de 30-34 (Anexo: Cuadro 5). Pero en una subdivisión de la categoría heterosexuales, dentro de la subcategoría “sexo con prostituta”, el grupo con mayor peso relativo es el 35-39 (Anexo: Cuadro 6). Los municipios que han tenido mayor cantidad de casos de transmisión sexual han sido Nezahualcoyotl, Ecatepec y Tlalnepantla.

En las categorías referidas a la transmisión sanguínea (transfusión, ex-donadores remunerados, hemofílicos, drogadictos intravenosos, exposición ocupacional) tomadas en conjunto, el grupo de edad más afectado es el de 30-34 años. Pero la transfusión sanguínea ha

---

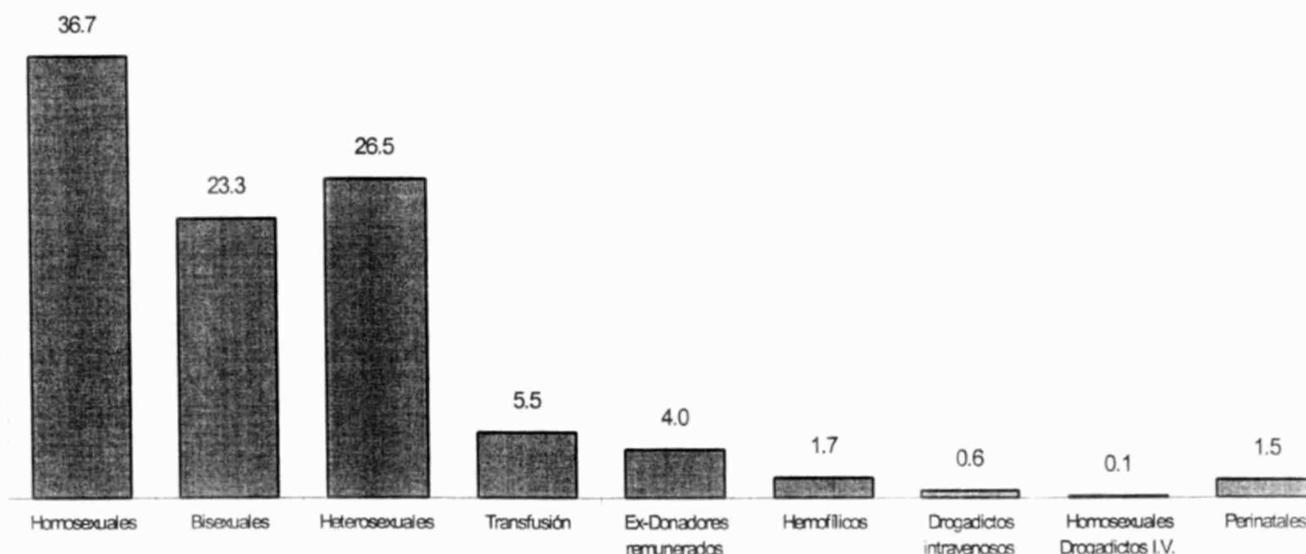
transmisión, lo que genera alguna confusión.

<sup>12</sup> Al ser tan grande el número de casos sin categoría de transmisión, no es conveniente suponer que se hubieran distribuido igual que los casos conocidos. De haberse contado con plena información, hubiera sido posible que todas las categorías cambiaran sus proporciones, y su orden de importancia. Por esta razón, habrá que tomar con cautela las relaciones que se presentarán. Sin embargo, hay que destacar que ésta es la información que posee el gobierno para realizar estudios epidemiológicos, por lo que, aún con sus limitaciones, no es posible desecharla.

afectado más al grupo 40-44 años, y en drogadictos intravenosos el grupo de edad con mayor proporción es el de 25-29 años (Anexo: Cuadro 5). Dentro de la categoría de transfusión sanguínea, los municipios que han tenido relativamente más afectados han sido Ecatepec, Nezahualcoyotl y Tlalnepantla; el único con varios casos de drogadictos intravenosos ha sido Nezahualcoyotl; y hubo más casos de SIDA de ex donadores remunerados en Nezahualcoyotl, Chimalhuacán y Naucalpan. La Gráfica 7 muestra cómo se distribuyen las diferentes categorías de transmisión para los hombres, si se excluyen los casos en que ésta es desconocida.

Gráfica 7

**Categorías de transmisión - HOMBRES**  
(porcentajes sin no especificados)

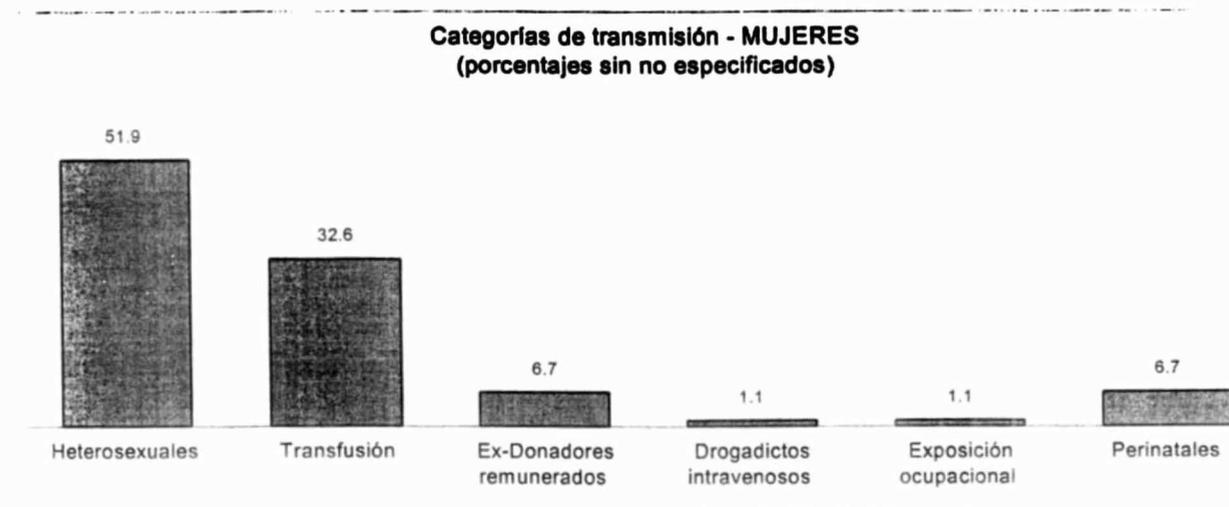


Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

De las categorías de transmisión que afectan a las mujeres, cabe consignar que se desconoce la misma para el 45% de los casos.<sup>13</sup> La categoría “heterosexuales” es la que ha tenido más peso, y dentro de ésta, haber tenido relaciones sexuales con alguien que tenía SIDA (“sexo-SIDA”), es la subcategoría que presenta mayor cantidad de casos en casi todos los municipios conurbados (con excepción de Tecamac y Texcoco), siendo el grupo de edad más afectado el de 30-34 años (Anexo: Cuadros 7 y 8). Entre las categorías de transmisión sanguínea, es la “transfusión” la más importante, que ha afectado principalmente a las mujeres de entre 25 y 29 años (Anexo: Cuadro 7), y cuyos casos se concentran en los municipios de Nezahualcoyotl,

Naucalpan y Ecatepec. Los casos de ex donadoras remuneradas se han presentado principalmente en Nezahualcoyotl y Chimalhuacán.

Gráfica 8



Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

En relación al estado civil de los casos de SIDA notificados, más de la mitad de los hombres son solteros (51.6%), y un 20% son casados. En las mujeres, en cambio, la categoría con el mayor número de casos es la de casada, seguida por la de viuda y la de soltera. (Anexo: Cuadros 9 y 11).

#### 4.4.2. Las defunciones por SIDA (Estadísticas Vitales).

La otra fuente de datos de la que disponemos, las estadísticas vitales, registra un total de 2978 defunciones por SIDA entre 1988 y 1996, de las cuales el 85.5% correspondió a hombres y el 14.5% a mujeres. Es conveniente señalar que estos casos representan una parte importante de la base de datos del Registro Nacional de Casos de SIDA (91.3%), debido a la alta mortalidad que implica la enfermedad, por lo que las características vistas en el Registro son similares a los resultados que se obtuvieron a partir de las estadísticas vitales. Sin embargo, estas dos fuentes no son estrictamente comparables. Se han registrado defunciones en los municipios de Atenco y Jaltenco en las estadísticas vitales (según la residencia de la persona fallecida), y no había antecedentes de casos notificados en estos municipios en el Registro Nacional de Casos de SIDA. Esto puede deberse a que estos casos no fueron captados por el Registro, o que se inscribieron con otro municipio de residencia. Además, cada una de las fuentes tiene problemas

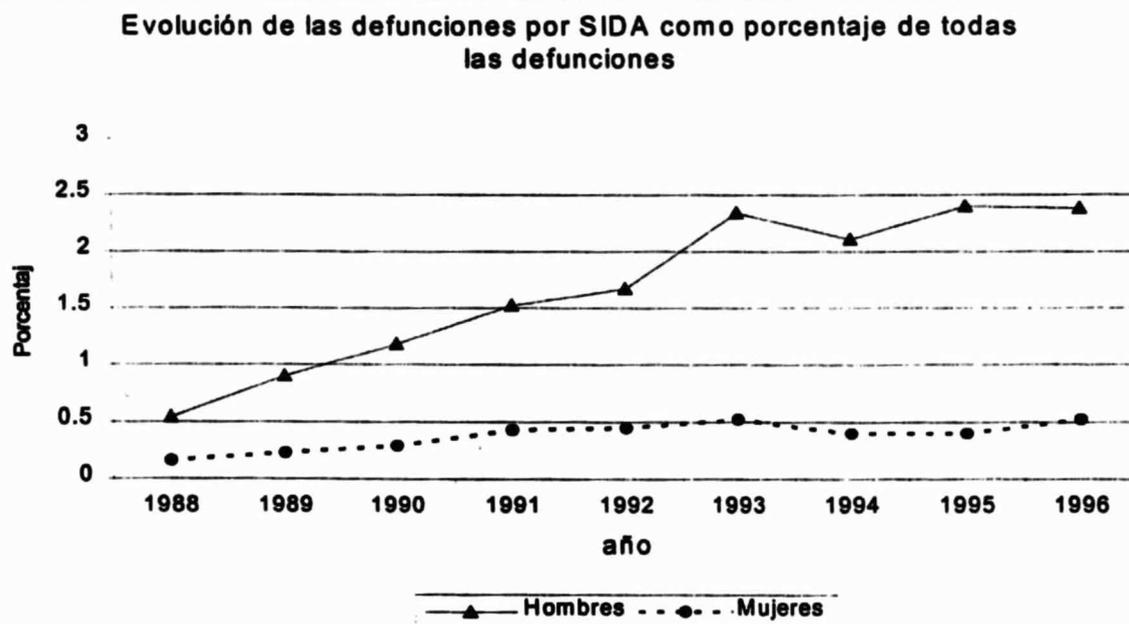
<sup>13</sup> Cfr. nota al pie n° 12

de subregistro de casos de SIDA, estimado para las defunciones en 30% para el nivel nacional (Izazola-Licea, J.A., 1996), y como ya se mencionó, un subdiagnóstico de 18.5% y retaso en la notificación del 33% en el Registro Nacional de Casos de SIDA. Aunque es posible que se genere cierta confusión al presentar los datos de dos fuentes distintas, se ha preferido incluir los datos que tienen mayor confiabilidad en las estadísticas vitales. Así, por ejemplo, el año de la defunción es un dato que puede resultar más útil que el de notificación de la enfermedad, considerando los problemas de extemporaneidad de este último, y los datos de escolaridad se encuentran mejor codificados en las estadísticas vitales.

Si se consideran las defunciones según el año de ocurrencia, puede verse una tendencia ascendente, tanto para hombres como para mujeres, resaltando el año de 1993, en que parece haber un pico para los dos sexos (Anexo: Cuadro 13).

La proporción de defunciones por SIDA respecto al total de defunciones del área conurbada ha ido en constante aumento entre 1988 hasta 1993, año a partir del cual tendería a estabilizarse. Esta proporción ha sido siempre mayor para los hombres que para las mujeres, como se ve en la Gráfica 9 y en el Cuadro 14 del Anexo.

Gráfica 9



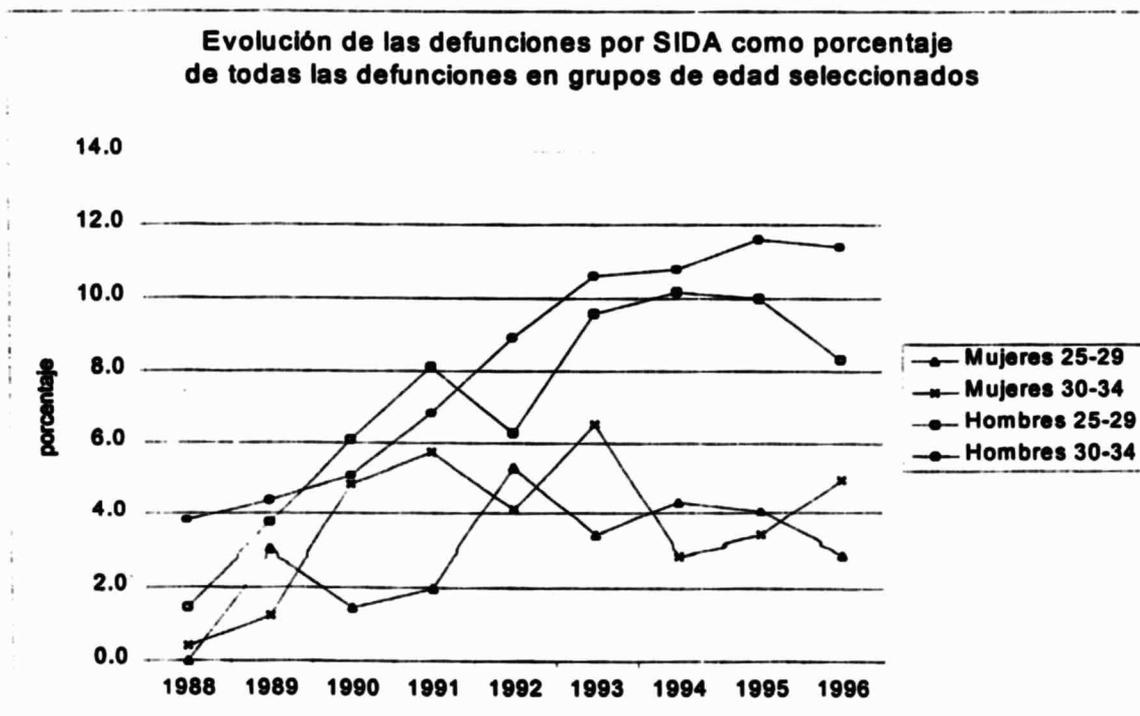
Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, Mortalidad, 1994 e INEGI, Base de datos sobre Mortalidad, 1998.

Algunos municipios muestran tendencias ascendentes de las defunciones por SIDA de hombres en relación al total de defunciones, en tanto que en otros las defunciones por SIDA parecen disminuir en los últimos años. Entre estos últimos se cuentan Atenco, Atizapán de

Zaragoza, Nextlalpan, La Paz y Zumpango. En el grupo de municipios donde se está incrementando la proporción de defunciones por SIDA respecto al total, destacan Nezahualcoyotl y Coacalco, ambos arriba del 2 por ciento, si se consideran las defunciones acumuladas a 1996 (Anexo: Cuadro 15).

Un análisis más detallado de la evolución de las defunciones por SIDA como porcentaje del total de defunciones según la edad, muestra que el comportamiento difiere entre los grupos de edad más afectados, el de 25-29 y el de 30-34 para cada sexo. Las defunciones de los hombres del grupo 25-29 parecerían estar disminuyendo a partir de 1995, en tanto las del grupo 30-34 se estarían estabilizando en el nivel alcanzado ese año. En cuanto a las defunciones de las mujeres, la evolución de ambos grupos de edad ha sido errática, las del grupo 25-29 parecen descender a partir de 1995, en tanto que las del grupo 30-34 se incrementan (Gráfica 10 y Anexo: Cuadro 16).

Gráfica 10



Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, Mortalidad, 1994 e INEGI, Base de datos sobre Mortalidad, 1998.

El análisis de los niveles de escolaridad alcanzados por los hombres fallecidos por SIDA, muestra que el porcentaje mayor corresponde a primaria completa, seguido de secundaria y preparatoria. Si se suman las tres categorías más altas (secundaria, preparatoria y profesional), éstas abarcan el 55 por ciento de los casos. En las mujeres, se advierten menores niveles de

escolaridad. Las tres categorías más altas representan el 26 por ciento de los casos, aunque la categoría con mayor porcentaje es también primaria completa (Anexo: Cuadros 17 y 18). No se advierten mayores diferencias en los niveles de escolaridad de los distintos municipios. Sólo es de destacar que Chalco y Chimalhuacán presentan una proporción relativamente mayor de hombres y mujeres con muy baja escolaridad (menos de tres años de primaria), en tanto que Texcoco tiene una concentración mayor que el resto de los municipios de hombres con nivel profesional, así como Tlalnepantla la tiene de mujeres de ese nivel.

#### **4.5. Migración en la región**

##### *4.5.1. La definición de migración en este estudio.*

Naciones Unidas (1978), tras afirmar que “no hay ninguna definición universalmente aceptada de migración”, la considera “como una forma de desplazamiento definitivo de los individuos con traslado de residencia.” A medida que se amplió el alcance histórico y geográfico de los estudios de migración, se detectó una vasta gama de tipos específicos de movimiento. Simmons (1991:11) considera que “la migración es un término que cubre diversos patrones de movimientos de población, cada uno de los cuales constituye hechos repetibles. Un movimiento de población puede ser considerado o no como un suceso de migración dependiendo de la duración de la estancia (en ocasiones a los movimientos de corto plazo se les denomina “visitas”, no migración), y de la distancia recorrida (a un movimiento dentro de la misma localidad se le considera como “cambio de residencia” más que migración), pero aún así las definiciones mismas de lo que constituye “corto plazo” (¿un día, una semana, 6 meses...?) o la “misma localidad” (¿mismo vecindario, misma ciudad, misma región...?) varían ampliamente de un estudio y enfoque a otro.”

Cuando los datos con que se cuenta han sido recopilados para objetivos diferentes a la investigación que los va a usar, las definiciones teóricas (precisas y amplias) suelen no ser operativas. Entonces, más que buscar una definición de nuestro agrado, trataremos de especificar cómo se entenderá la inmigración en el contexto de este trabajo, ceñido a “la camisa de fuerza” que los mismos datos le ponen.

En esta investigación se partió de datos sobre inmigración en los municipios conurbados que habían sido recolectados por dos fuentes, y que contenían un concepto de migración diferente cada una, a saber:

- ❖ **La definición censal.** Se utilizaron los datos de migración del Censo de 1990, que provienen del apartado “Lugar de residencia anterior”. La pregunta que se hizo fue “Hace cinco años, en 1985, ¿en qué estado de la República vivía?”, y las respuestas posibles eran “aquí en este estado”, “en otro estado (nombre)”, “en otro país (nombre)”. Esta pregunta apunta a captar migraciones definitivas y de largo plazo. Entre las limitantes, se tiene que deja fuera las inmigraciones anteriores a 1985, y las de “ida y vuelta” posteriores a ese año, y que no capta a los que llegaron durante esos años pero fallecieron antes de la fecha del Censo. Por otra parte, la referencia geográfica es la entidad federativa, así que a los que cambiaron su residencia de un municipio a otro dentro de una misma entidad no se los considera migrantes, en cambio si una misma ciudad abarca dos o más entidades federativas (como es el caso de la Ciudad de México), un desplazamiento dentro de ésta se registra como migración, cuando en realidad pudo ser un cambio de domicilio en la misma área urbana.

A partir de los datos obtenidos de los tabulados del censo, consideramos inmigrante al que tenía en 1990 su residencia en alguno de los municipios conurbados, y que hubiera tenido residencia anterior en 1985 en una entidad federativa distinta del Estado de México, pero se excluyeron a los que provenían del Distrito Federal. En nuestra opinión, un cambio de residencia dentro del área metropolitana de la Ciudad de México no era migración, debido a que en esta investigación se ve como una unidad a toda el Área Metropolitana, tanto las delegaciones del Distrito Federal como los municipios conurbados pertenecientes al Estado de México, aún cuando el área de estudio particular fue una parte de esta unidad. Se hizo una distinción entre inmigrantes internos (los que habían tenido una residencia anterior en otras entidades federativas de la República Mexicana), e inmigrantes internacionales (los que habían tenido una residencia anterior en otros países).

- ❖ **La definición derivada del Registro Nacional de Casos de SIDA.** La definición en esta base de datos es más amplia y detallada que la del Censo. Se le pregunta a la persona su residencia habitual, y a continuación se le pregunta por “Lugar de residencia por más de seis meses a partir de 1980 (si son diferentes al habitual y si han durado más de seis meses)”, y se consigna la ciudad, el municipio, el estado y el país. Esta definición abarca los casos de “ida y vuelta”, y tiene un período de referencia mayor (desde 1980). Al incluir la localidad y los municipios, pueden verse los cambios de residencia dentro de una misma entidad federativa.

Una de las limitantes es que los datos de algunos de los casos del registro provienen directamente del certificado de defunción, por lo que se pierde la información de este campo. Otra de las limitantes es que la pregunta misma ha ido cambiando en los diferentes formatos utilizados para el registro de notificación y seguimiento de casos de SIDA.

Dentro de los datos del Registro Nacional de Casos de SIDA, consideramos como inmigrantes, a aquéllos que al momento de la notificación tenían su residencia en alguno de los municipios conurbados considerados, y que hubieran tenido una residencia anterior en otros municipios del Estado de México no considerados, en otra entidad federativa o en otro país. Se excluyeron a los que respondieron haber vivido antes en el Distrito Federal (por la razón explicada en el apartado anterior), o a los que respondieron haber tenido residencias anteriores en un municipio conurbado diferente al de la residencia reportada.

#### *4.5.2. Los movimientos migratorios en los municipios conurbados*

En numerosos estudios se ha constatado que el Área Metropolitana de la Ciudad de México pasó de ser una región de atracción en los años setenta a una de expulsión de población en la década de los ochenta y de equilibrio en el primer lustro de los noventa (Browning y Corona, 1995; Corona Cuapio, 1998). Según Chávez (1999), el país experimentó una transición urbana caracterizada por una disminución en el ritmo de crecimiento de las grandes metrópolis y un incremento en las ciudades medias, y por una alteración en el patrón de movilidad de la población y en la dirección y magnitud de los flujos migratorios. Esta autora afirma que el “crecimiento de la población de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México mostró una marcada desaceleración durante la década de los ochenta que la llevó a registrar una tasa muy por debajo del nivel nacional, siendo incluso negativa en el caso del Distrito Federal” (Chávez, 1999:272). Por otra parte, Negrete Salas (1990) analizando la migración a la ciudad de México con datos de la Encuesta Nacional de Migración en Áreas Urbanas de 1986-87, sostiene que en el contexto de la migración interestatal, la que se dirigió a la ciudad de México fue la más importante del país, pero que los flujos de migrantes han tendido a desacelerarse respecto a décadas anteriores.

Pero no toda el Área Metropolitana de la Ciudad de México se comportó de igual manera. Mientras que entre 1980 y 1990 casi todas las delegaciones del Distrito Federal y algunos de los municipios conurbados perdieron población, hubo crecimiento en los municipios de la periferia

metropolitana (Graizbord y Mina, 1994). Sin embargo, aunque se afirma que durante ese período algunos municipios conurbados mostraron crecimiento poblacional debido a la inmigración (como Cuautitlán Izcalli, Huixquilucan, Nicolás Romero, Chalco, Chicoloapan, Chimalhuacán, Ixtapaluca y La Paz), el principal origen de esos movimientos fue el Distrito Federal, que para los fines de este trabajo se excluyen como migrantes, y se consideran como una redistribución de la población al interior del área. Estimaciones a partir de datos del Censo de 1990 realizadas por Corona y Luque indican que en el período 1970-1990 el área metropolitana de la Ciudad de México observó un crecimiento de 2.6%, siendo el crecimiento natural del orden del 2%, y 0.6% de crecimiento social. Si bien la inmigración no fue muy elevada, su impacto fue diferencial, ya que una cantidad importante de migrantes se dirigió a los municipios conurbados del Estado de México (Corona y Luque, 1992).

Según la información del Censo de 1990, durante el quinquenio 1985-1990, un total de 206,567 personas cambiaron su domicilio de otras entidades federativas del país a los municipios conurbados del Area Metropolitana de la Ciudad de México (48% hombres y 52% mujeres), y 6,215 lo hicieron procedentes de otros países (54% hombres y 46% mujeres).<sup>14</sup> Entre las entidades federativas de residencia anterior destacan en un primer grupo en orden de importancia Puebla, Veracruz, Hidalgo y Oaxaca, y en un segundo grupo Michoacán, Guerrero y Guanajuato. Los municipios que mayor cantidad de inmigrantes recibieron en términos absolutos fueron Ecatepec, Naucalpan y Nezahualcoyotl, pero como proporción de la población total del municipio, los que tuvieron un mayor impacto fueron Chalco, Chimalhuacán y Huixquilucan (Anexo: Cuadro 19).

De acuerdo con Corona Cuapio (1998), la población que llega al área metropolitana de la Ciudad de México, tiene menor nivel de escolaridad que el promedio de la zona, se ubica principalmente en el sector terciario, en trabajo informal y en empleo doméstico.

No se cuenta con información censal sobre estructura por edad de los inmigrantes de los municipios conurbados para el quinquenio 1985-1990, pero como orientación, los datos de la Encuesta Nacional de Migración en Áreas Urbanas de 1986-1987, indicaban que los inmigrantes que llegaron a la Ciudad de México entre 1978 y 1987, cerca del 60% se concentraba en el grupo

---

<sup>14</sup> Esta cifra es inferior a los 247,606 inmigrantes interestatales en los municipios conurbados reportados por Browning y Corona (1995) para el lustro 1987-92, con base en la información de la ENADID-92. Cabe destacar que los autores no indican si incluyeron a los que cambiaron su residencia desde el Distrito Federal a los municipios conurbados.

de 15 a 49 años (Corona y Luque, 1992); y con datos de la Encuesta del Censo de 1995 se estimó que para el período 1990-1995 los inmigrantes menores de 15 años representaban una quinta parte de la población, en tanto que la población de 15 a 34 años representó el 61 por ciento. Por otra parte, el 47% de los mayores de 12 años era soltero (Corona Cuapio, 1998).

#### *4.5.3. Algunas características de los migrantes con SIDA residentes en el conurbado del Área Metropolitana de la Ciudad de México.*

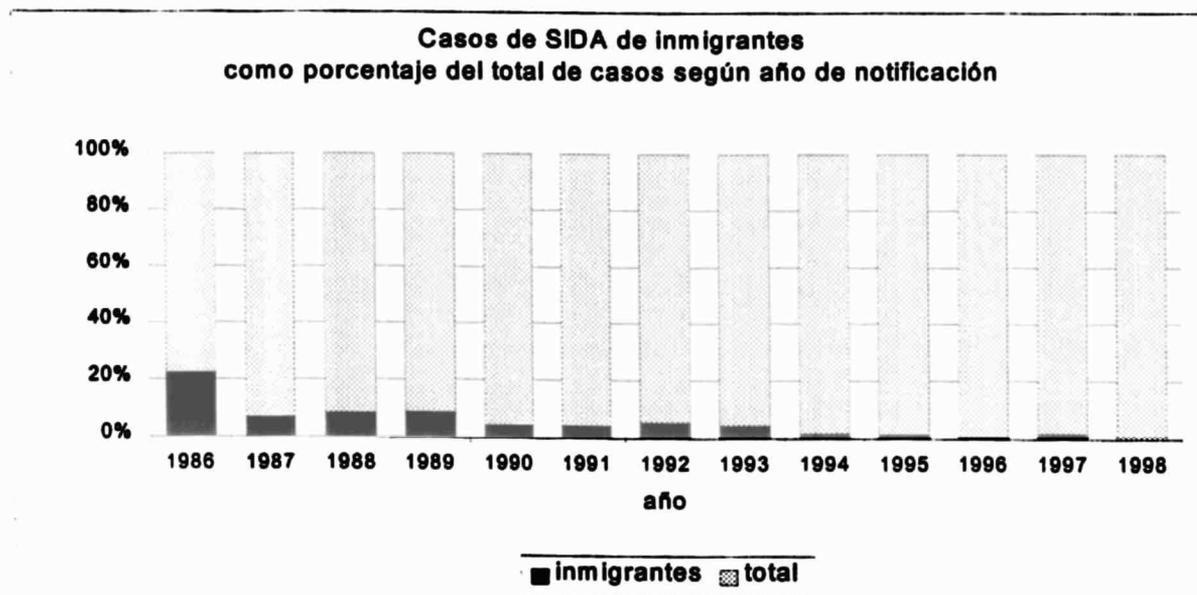
A partir de los datos del Registro Nacional de Casos de SIDA, se puede intentar una caracterización de las personas que han declarado tener residencias anteriores en otras entidades, y que han tenido el diagnóstico de SIDA. De los 3262 casos de SIDA registrados en los municipios conurbados, 105 (el 3%) declararon tener residencia anterior en otra entidad federativa o país, y sólo uno declaró tener residencia anterior en otro municipio no conurbado del Estado de México.<sup>15</sup> De estos 105 casos, el 91% eran hombres y 9% mujeres. Esto muestra un alza en la relación hombre:mujer respecto del total de los casos del conurbado, siendo entre los migrantes con SIDA de 10 a 1. Una hipótesis que podría explicar este incremento sería que en general migran más hombres que mujeres, pero no es posible afirmar esto, ya que la relación entre sexos de la inmigración general del conurbado, tanto interna como internacional, era casi de 1 a 1, es decir, no hubo muchos más hombres que mujeres que inmigraron. Estas discrepancias podrían indicar una mayor vulnerabilidad de los hombres migrantes respecto a las mujeres migrantes de contraer la enfermedad. Aunque con los datos que se tienen no se pueden hacer mayores aclaraciones, una de las ideas subyacentes es que los hombres suelen migrar solos en mayor proporción que las mujeres, y por tanto, suelen tener relaciones sexuales ocasionales que los ponen en mayor riesgo de contagio. Estas diferencias en la relación hombre:mujer de los inmigrantes con SIDA respecto a la población con SIDA en general y los inmigrantes en general de la región apoyan los hallazgos de Bronfman *et al.* (1989).

Si se analizan los casos de inmigrantes con SIDA por año de notificación (Anexo: Cuadro 20), y se comparan con los casos totales (Anexo: Cuadro 4), se advierte el peso que tuvo la inmigración en el comienzo de la enfermedad en los municipios conurbados (Gráfica 11). Así, de los casos notificados en 1986, el 22% correspondió a inmigrantes; de los casos de 1987, el 7%

<sup>15</sup> Por razones de practicidad en el manejo de la base de datos, se excluyó este único caso proveniente de otro municipio no conurbado del Estado de México, y se trabajó con los provenientes de otras entidades federativas o países.

fue de inmigrantes y de los casos notificados en 1988, 8% eran inmigrantes, cifras muy por encima del promedio de todos los años (3%). En los siguientes años este peso tiene una tendencia al descenso. Esta pérdida relativa de importancia de los inmigrantes respecto al total de casos en los años siguientes puede deberse a que una vez que la enfermedad surge en la región, se expande a otros grupos vulnerables. Esto podría indicar que los grupos de migrantes se anticipan en su vulnerabilidad a la de otros grupos, hipótesis que debería tenerse en cuenta para el diseño de políticas en regiones con alta migración donde aún no se hubieran presentado casos de SIDA. Podría pensarse que esta afirmación es obvia, dado que la aparición de la enfermedad en México no se debió a la mutación genética de un virus preexistente en el lugar, sino que provino de portadores externos. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que este estudio se refiere a los municipios conurbados de la ciudad de México, y que la aparición de la enfermedad en los mismos pudo también deberse a la cercanía con las delegaciones políticas del Distrito Federal (donde ocurrieron los primeros casos diagnosticados del país), y no a la inmigración proveniente de otras entidades federativas o países. Por esta razón, los hallazgos en términos de inmigración resultan interesantes.

Gráfica 11



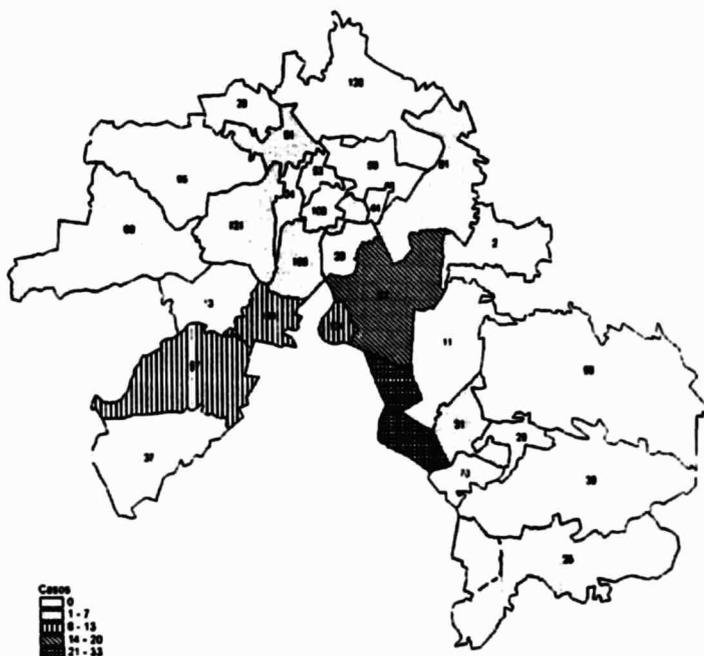
Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

Sin embargo, debe señalarse que sólo en los municipios de Naucalpan y Nezahualcoyotl los primeros casos notificados de migrantes con SIDA ocurrieron el primer año en que se notificaron casos en esos municipios. Los demás municipios que presentan migrantes con SIDA

ya habían notificado casos de no migrantes en los años anteriores. Esto relativizaría el peso de la inmigración en el origen de la enfermedad considerando el conjunto del área conurbada. De todas maneras, conviene resaltar una vez más que la fecha de notificación puede acarrear errores al utilizarla para realizar comparaciones, por los problemas mencionados de retraso, y que un número considerable de casos (el 32%) provenía de certificados de defunción, sin posibilidad de conocer sus historias migratorias.

Los municipios que registran mayor número de inmigrantes con SIDA son Nezahualcoyotl, Ecatepec y Naucalpan, los mismos municipios que recibieron el mayor número de migrantes en general. Sin embargo, aquellos donde la proporción de migrantes con SIDA respecto al total de población ha sido mayor, son Coacalco, Nezahualcoyotl y Teoloyucan, que no son los que tenían mayor proporción de migrantes en general respecto a la población total, lo que podría sugerir que en estos municipios la población con SIDA ha tenido una migración diferencial (mayor) respecto a la población total (Anexo: Cuadro 21).

Municipios Conurbados: Inmigrantes con SIDA acumulados a 1998



Los grupos de edad de los casos de SIDA inmigrantes muestran que el SIDA ha tenido impacto en casi todos los grupos (excluidos los niños), siendo el grupo más afectado el de 30-34 tanto para los hombres como para las mujeres, coincidiendo con lo que sucede en la población con SIDA del conurbado en su conjunto (Anexo: Cuadro 22). No se han encontrado patrones diferentes en los municipios respecto a las edades. Aunque no se cuenta con información sobre grupos de edad de los inmigrantes en general para los municipios conurbados, hay estimaciones para la zona metropolitana de la Ciudad de México en conjunto a partir de la encuesta levantada junto con el Censo de Población de 1995, que indican que los grupos de edad con mayor porcentaje son los de 15-19 y 20-24 años. Comparado con estos datos, las edades (al momento de la notificación) de los inmigrantes con SIDA de los municipios conurbados serían más altas. Cárdenas (1988) había encontrado una edad promedio superior en 10 años en los migrantes con SIDA con residencia anterior en EUA respecto a la de los migrantes indocumentados en Estados Unidos, y Bronfman *et al.* (1989) de 6.5 años, ambos analizando los casos del total del país. Sin embargo, debe aclararse que no se conoce la edad al momento de la migración de estos casos de SIDA, por lo que tal vez ésta pudiera ser equivalente a la de los inmigrantes en general, y, bajo el supuesto de que la migración pudo haber coadyuvado al contagio, la diferencia de edad encontrada se deba a la distancia entre el momento en que ocurre el contagio y la fecha de inicio o de notificación del padecimiento.

La categoría de transmisión más importante para los hombres sigue siendo el haber mantenido relaciones homosexuales, pero comparada con el total de los casos (tomando en consideración los grupos de edad desde 15 a 69 años para igualar con los inmigrantes y eliminando los no especificados), en los inmigrantes ha tenido un peso menor (33.7% *versus* 37.7%).<sup>16</sup> Lo contrario ocurre con la siguiente categoría en orden de importancia, a saber, heterosexuales, que aumenta su proporción entre los inmigrantes (31.6% *versus* 27.2%). La categoría bisexuales tiene un comportamiento casi igual que en el total de los casos (23.9% *versus* 23.6%). Esto es similar a lo descrito por Bronfman *et al.* (1989) para el nivel nacional. Sin embargo, un análisis más detallado en cuanto a la procedencia de los migrantes, muestra que para los que provienen de otro país, disminuye el peso de la categoría homosexuales en tanto que

<sup>16</sup> Las comparaciones deben tomarse con cuidado, porque, como se señaló anteriormente, no se conoce la categoría de transmisión para el 44% de los casos totales y para el 12% de los casos de migrantes. Para hacer la comparación, se utilizó el supuesto de que los casos no especificados se distribuyen como los casos conocidos, pero, como se dijo, la información faltante podría alterar la proporción de las categorías, y por lo tanto, los resultados de la

aumenta la de heterosexuales, y la de bisexuales permanece casi igual respecto al total de casos de SIDA; y en los inmigrantes internos, aumenta la proporción de homosexuales y bisexuales y disminuye la de heterosexuales. Es conveniente recordar que se trata del análisis de las categorías de transmisión y no de los factores de riesgo, y que, como se dijo anteriormente, puede haber hombres que tengan relaciones sexuales con otros hombres y que figuren en la categoría de heterosexuales.

Dentro de la categoría heterosexual, haber tenido relaciones sexuales con prostitutas, al igual que para la totalidad de los casos, sigue siendo de importancia entre los migrantes, pero con una proporción menor (12.0% *versus* 13.7%), y haber tenido relaciones con alguien que tenía SIDA parece tener un peso mayor para los inmigrantes (9.8% *versus* 5.4%) (Anexo: Cuadro 23). Este resultado es inesperado, ya que uno de los argumentos más frecuentes sobre la vulnerabilidad de los migrantes es su recurrencia al sexo con trabajadoras de sexo comercial por las condiciones de aislamiento y separación de sus vínculos afectivos. Sin embargo, si distinguimos entre migrantes internos e internacionales, haber tenido relaciones con prostitutas aumenta su proporción en los inmigrantes internacionales y disminuye en los internos. Esto podría indicar dos tipos de migración muy distintos, con riesgos diferenciados de acuerdo al circuito migratorio.

Una categoría de baja significación general pero que presenta un cambio en los inmigrantes respecto al total de casos de SIDA, es la de ex donador remunerado, que disminuye casi a la mitad su proporción en comparación con la población total con SIDA de 15 a 65 años y más (2.2% *versus* 4.2%). El único caso de ex-donador remunerado es un inmigrante interno. Respecto a las mujeres, los pocos casos con que se cuenta de inmigrantes no permite establecer relaciones, pero cabe destacar que haber tenido relaciones sexuales con alguien que tenía SIDA sigue siendo la categoría de transmisión más importante.

Una cuestión clave para el análisis de los inmigrantes con SIDA es conocer dónde han tenido su residencia anterior. El 54% de los hombres declaró haber vivido en otra entidad de la República Mexicana, en tanto que el restante 46% lo hizo en otro país, con una neta preponderancia de Estados Unidos. Casi todas las mujeres inmigrantes vivieron en otro estado del país, con un único caso que dijo haber vivido en Estados Unidos. Estos porcentajes son muy distintos a los de la inmigración en general de la región, donde la migración interna representaba

el 97.1% y la internacional el 2.9%. Hay una sobrerrepresentación de la migración internacional entre los casos de SIDA del conurbado de la ciudad de México.

De los inmigrantes internos con SIDA, las entidades de las que provienen los hombres en orden de importancia son Jalisco, Baja California y Oaxaca, y las de las mujeres son Veracruz y Jalisco. Se ha visto en el apartado 4.5.2. que entre los inmigrantes en general del área, Oaxaca y Veracruz figuran entre las entidades de residencia anterior de importancia, pero Jalisco y Baja California no eran relevantes. Esto apoyaría la hipótesis de Cárdenas (1988) de que el flujo migratorio al que pertenecen los casos de SIDA es distinto de los flujos migratorios de la población en general, donde Jalisco y Baja California parecerían formar parte de un circuito migratorio particular de los migrantes que han desarrollado SIDA.

Casos notificados de SIDA de inmigrantes en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, estado de residencia anterior y sexo.

Inmigración	Estado de residencia anterior	Total		Hombres		Mujeres	
		Observado	% de total	Observado	% hombres	Observado	% mujeres
Interna	Aguascalientes	1	1.00%	1	1.00%		
	Baja California	6	5.70%	6	6.30%		
	Baja California S	1	1.00%	1	1.00%		
	Chiapas	1	1.00%	1	1.00%		
	Coahuila	2	1.90%	1	1.00%	1	11.10%
	Colima	1	1.00%	1	1.00%		
	Guerrero	1	1.00%	1	1.00%		
	Guanajuato	1	1.00%			1	11.10%
	Hidalgo	3	2.90%	2	2.10%	1	11.10%
	Jalisco	11	10.50%	9	9.40%	2	22.20%
	Michoacán	1	1.00%	1	1.00%		
	Morelos	1	1.00%	1	1.00%		
	Oaxaca	6	5.70%	6	6.30%		
	Puebla	2	1.90%	2	2.10%		
	Querétaro	2	1.90%	2	2.10%		
	Quintana Roo	2	1.90%	2	2.10%		
	San Luis Potosí	4	3.80%	4	4.20%		
	Sonora	2	1.90%	2	2.10%		
	Tabasco	1	1.00%	1	1.00%		
	Tlaxcala	2	1.90%	2	2.10%		
Veracruz	7	6.70%	4	4.20%	3	33.30%	
Yucatán	2	1.90%	2	2.10%			
Internacional	EUA	39	37.10%	38	39.60%	1	11.10%
	Otros países	6	5.70%	6	6.30%		
<b>Total</b>		<b>105</b>	<b>100.00%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>	<b>9</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

Entre los hombres, no es posible observar un patrón de transmisión según la entidad de la que procede el migrante. Se notificaron casos de transmisión sanguínea entre los que provenían

de Aguascalientes, Tlaxcala, San Luis Potosí, Jalisco y EUA. Con excepción de Aguascalientes, se han notificado casos de transmisión sexual en los migrantes de todos los otros estados. En las mujeres, la residencia anterior en Estados Unidos está asociada a la categoría de riesgo “tener sexo con alguien que tenía SIDA”. Las provenientes de Hidalgo, Jalisco y Veracruz tienen como categoría de transmisión la sanguínea y las que residieron en los otros estados se encuentran en la categoría de transmisión sexual.

Algunos de los inmigrantes tienen trayectorias migratorias múltiples, y han vivido en otras entidades antes de la descrita. Así, de los seis inmigrantes que dijeron haber vivido en Baja California Norte, uno de ellos tuvo una residencia anterior en Estados Unidos y otro en Veracruz, quien a su vez había vivido antes en Jalisco. De los 11 que vivieron en Jalisco, dos habían tenido una residencia anterior en Michoacán, y uno de éstos había vivido antes en Oaxaca. El único procedente de Tabasco, había vivido antes en Baja California. De los 5 procedentes de Oaxaca, uno había vivido antes en Estados Unidos. De los dos que habían vivido en Puebla, uno tenía una residencia anterior en Jalisco, y de los 7 procedentes de Veracruz, uno había vivido en Sonora, otro en Jalisco y otro en Tamaulipas.

Destacan en el recuento Jalisco, Estados Unidos y Baja California entre las entidades visitadas por los migrantes con SIDA, lo que podría indicar focos a partir de los cuales se expande la enfermedad. Es oportuno resaltar nuevamente que ninguna de estas tres entidades son “típicas” de migración hacia los municipios conurbados de la población general, de acuerdo con los datos del Censo de 1990. Respecto a Jalisco, Matsui *et al.* (1992) señalan que en los primeros dos años en los que se reportaron casos de SIDA en la entidad -1983 y 1984-, todos los casos tenían antecedentes de haber vivido en los Estados Unidos o haber tenido relaciones sexuales con extranjeros, principalmente estadounidenses. Esto sugiere que, directa o indirectamente, la migración a Estados Unidos sería la responsable de más de la mitad de los casos de SIDA en los migrantes del conurbado. Sin embargo, no es posible afirmar que los inmigrantes se contagiaron en esos sitios, ya que se desconoce la fecha del inicio de la infección.

Las ocupaciones de los inmigrantes con SIDA son variadas. En los hombres sobresalen empleados y comerciantes (con 16 casos cada uno), profesionistas y docentes (11 casos) y oficios manuales (pintores, electricistas, mecánicos, ebanistas, etc. con 8 casos). Hay 6 casos de hombres desempleados, y los obreros y meseros siguen en orden de importancia. En las mujeres, de los 9 casos reportados de inmigrantes, se tiene información para 7, y de éstas, 5 son amas de

casa, una es empleada doméstica y la restante es mesera. No contamos con datos comparables sobre los inmigrantes en general.

La escolaridad de los inmigrantes con SIDA muestra proporciones similares a las del conjunto de población con SIDA. Las cuatro categorías más altas suman en los hombres el 62.32%, similar al 60% del conjunto de casos de SIDA.<sup>17</sup> No hay mayores diferencias entre los inmigrantes internos y los internacionales, excepto que entre estos últimos hay una mayor proporción en el nivel profesional, aunque en promedio parece ser más alta la escolaridad de los inmigrantes internos. Las mujeres inmigrantes muestran también niveles más bajos de escolaridad que los hombres, tal como se vió en el conjunto de casos de SIDA. Esto significa que la escolaridad no se muestra como un factor discriminante de los inmigrantes con SIDA respecto al total de casos de SIDA. De estos resultados puede deducirse que no todas las condiciones de la vulnerabilidad propuestas en el esquema conceptual se cumplen. En este caso, la escolaridad de los inmigrantes es en promedio alta, y sin embargo, esa condición no ha operado para evitar que contraigan la enfermedad. Por otra parte, el alto nivel de escolaridad promedio de los casos de SIDA inmigrantes es distinto del bajo nivel educativo de la inmigración en general reportado por Corona Cuapio (1998), lo que reforzaría la tesis de flujos diferenciados.

El estado civil de los hombres inmigrantes con SIDA muestra algunas diferencias leves respecto al total de hombres con SIDA.<sup>18</sup> Si bien la categoría de soltero es la más importante, disminuye levemente su proporción entre los inmigrantes (62.7% versus 63.8%), particularmente por la disminución de esta categoría en los internacionales (entre los inmigrantes internos, aumenta). Los unidos (casados y en unión libre) aumentan su peso (29.3% versus 25.4% y 5.3% versus 4.4%), incrementándose algo más estas categorías entre los inmigrantes internacionales; y disminuye el de las categorías separado y viudo. En las mujeres, el estado civil de las inmigrantes muestra similitudes con el conjunto de mujeres con SIDA (Anexo: Cuadro 25). Las proporciones de solteros son más altas que en los inmigrantes de la población en general, y esto

---

<sup>17</sup> Hay que señalar que las cifras no son estrictamente comparables con las presentadas en los Cuadros 17 y 18 del Anexo para el total de la población con SIDA, ya que al provenir de una fuente diferente, la clasificación no es estrictamente equivalente. Para poder realizar la comparación, se calcularon los porcentajes en ambos casos (inmigrantes y total de casos con SIDA) sin considerar los casos no especificados e incluyendo sólo los grupos de edad de 15 años en adelante, tanto para los hombres como para las mujeres.

<sup>18</sup> Para poder realizar la comparación, se calcularon los porcentajes en ambos casos (inmigrantes y total de casos con SIDA) sin considerar los casos no especificados e incluyendo sólo los grupos de edad de 15 años en adelante, tanto para los hombres como para las mujeres (Cf. Cuadros 10 y 12 del Anexo). No se conocía el estado civil del 17% de los casos de SIDA totales del municipio y del 21% de los casos de inmigrantes con SIDA. Las comparaciones están sujetas a error.

podría deberse a la selectividad en las preferencias sexuales del “flujo migratorio particular” al que pertenecerían los casos de SIDA.

En síntesis, el perfil de los inmigrantes internacionales con SIDA tiene algunos de los rasgos definidos por Pineda *et al.* (1992), tales como sexo masculino, edad entre 15 y 65 años, casado, y emigrado a EUA. En cambio, el de los inmigrantes internos parece ser diferente, con mayor proporción de mujeres y en los hombres mayor peso de las categorías homosexuales y solteros.

#### **4.6. Migración diferencial de la población con SIDA en los municipios conurbados<sup>19</sup>**

En la búsqueda de una relación numérica entre inmigración y SIDA, se calculó un índice que compara el comportamiento migratorio de la población con SIDA respecto del total de población de cada municipio, distinguiendo entre inmigración interna (los que provenían de otras entidades federativas) e inmigración internacional (los que habían tenido residencia anterior en otro país). En esta ocasión se utilizaron los datos de inmigrantes con SIDA del Registro Nacional de Casos de SIDA, y de inmigración del Censo de 1990.

Propuesto por Bogue y Hagood, y descrito por Spiegelman (1972:295), el índice de migración diferencial tiene como idea base que habría evidencias de migración diferencial con respecto a una categoría dada de la población “siempre que se encuentra que la tasa de migración (el número de migrantes por cada 100 residentes) de la categoría en particular, es significativamente mayor o menor que la tasa de la población global de la cual la categoría forma parte.” En nuestro caso, se trata de saber si la población con SIDA de cada municipio tiene un comportamiento de migración diferencial respecto a la población municipal.

Sea,

**Ms:** La población con SIDA inmigrante total

**Ps:** La población total con SIDA

**Msi:** La población con SIDA inmigrante interna

**Msinal:** La población con SIDA inmigrante internacional

**M:** La población inmigrante total

**Mi:** La población inmigrante interna

**Minal:** La población inmigrante internacional

**P:** La población total,

---

<sup>19</sup> Agradezco al profesor Alejandro Mina su amable asesoría en el desarrollo esta sección.

El índice de migración diferencial para el total de la inmigración es:

$$\frac{(M_s / P_s) - (M / P)}{(M / P)} * 100$$

Para la inmigración interna es:

$$\frac{(M_{si} / P_s) - (M_i / P)}{(M_i / P)} * 100$$

y para la inmigración internacional es:

$$\frac{(M_{sinal} / P_s) - (M_{inal} / P)}{(M_{inal} / P)} * 100$$

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Para el cálculo de la tasa de inmigración de la población total se realizaron los siguientes procedimientos: anualizar los inmigrantes (cuyo período era desde el 1 de enero de 1985 al 12 de marzo de 1990). A efectos de obtener una tasa central a mitad de año, se quitó la porción correspondiente al período 1 de enero de 1990 al 12 de marzo de 1990. Luego se dividió entre 5 (por los años 1985 a 1989) y se obtuvieron los migrantes anuales centrados al 30 de junio de 1987. También se proyectó la población mayor de 5 años al 30 de junio de 1987 (calculando la tasa de crecimiento intercensal para cada municipio, y tomando como base la población de 1980). Finalmente, se dividió la cifra resultante de migrantes anuales entre la población mayor de 5 años proyectada de cada municipio. La tasa de inmigración de la población con SIDA se obtuvo dividiendo los migrantes del período 1986-1998, entre el total de casos del mismo período. Esta tasa quedó centrada al 30 de junio de 1992. En el caso de los migrantes con residencias anteriores combinadas internas e internacionales se consideró la primera residencia anterior reportada (la más cercana a la fecha de notificación).

Índice de inmigración diferencial de la población con SIDA, según inmigración total, inmigración interna e inmigración internacional, para los municipios conurbados del AMCM<sup>21</sup>.

MUNICIPIOS CONURBADOS	TOTAL	INTERNA	INTERNA-CIONAL
ACOLMAN	3382.4	-100.0	233807.0
ATENCO	indeterminado	indeterminado	indeterminado
ATIZAPAN DE ZARAGOZA	-100.0	-100.0	-100.0
COACALCO	950.3	442.5	16320.2
CUAUTITLAN	-100.0	-100.0	-100.0
CHALCO	271.8	124.8	19187.5
CHICOLOAPAN	-100.0	-100.0	-100.0
CHIMALHUACAN	103.2	-31.8	20692.8
ECATEPEC	365.5	183.5	12366.4
HUIXQUILUCAN	-100.0	-100.0	-100.0
IXTAPALUCA	-100.0	-100.0	-100.0
JALTENCO	indeterminado	indeterminado	indeterminado
MELCHOR OCAMPO	-100.0	-100.0	-100.0
NAUCALPAN	222.3	185.8	981.6
NEZAHUALCOYOTL	504.4	236.1	14318.1
NEXTLALPAN	-100.0	-100.0	-100.0
NICOLAS ROMERO	406.2	412.5	-100.0
PAZ, LA	-100.0	-100.0	-100.0
TECAMAC	824.5	842.3	-100.0
TELOYUCAN	2224.2	-100.0	80781.2
TEPOTZOTLAN	-100.0	-100.0	-100.0
TEXCOCO	-100.0	-100.0	-100.0
TLALNEPANTLA	360.2	157.7	7973.5
TULTEPEC	-100.0	-100.0	-100.0
TULTITLAN	224.4	58.6	11131.7
ZUMPANGO	-100.0	-100.0	-100.0
CUAUTITLAN IZCALLI	526.3	85.0	13546.7
<b>CONURBADO TOTAL</b>	<b>337.7</b>	<b>157.6</b>	<b>6322.2</b>

Fuente: Elaboración propia con datos de SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA y de INEGI, XI Censo de Población y Vivienda de 1990.

Para el conurbado total, el diferencial de inmigración interna respecto al total de población del conurbado es moderado, pero el de inmigración internacional es muy elevado. Podría decirse que la población con SIDA del conurbado en su conjunto, tiene una experiencia de inmigración del extranjero 65.5 veces más que la población general del área, y 1.7 veces más si provino de otros estados.<sup>22</sup>

En el análisis de cada municipio se advierte que la inmigración interna de la población con SIDA ha tenido un comportamiento marcadamente diferencial y mayor en los municipios de Coacalco, Nicolás Romero, y Tecamac, y moderadamente más alto en los municipios de Chalco, Ecatepec, Naucalpan, Nezahualcoyotl, Tlalnepantla, Tultitlán y Cuautitlán Izcalli. La

<sup>21</sup> Debe recordarse que se utilizaron los datos del Registro Nacional de Casos de SIDA y no de las estadísticas vitales. En los municipios en los que dice "indeterminado", quiere decir que no encontraron casos notificados de SIDA en ese registro. Pero sí se encontraron defunciones en las estadísticas vitales, por lo que los resultados deben tomarse como indicativos pero no de manera absoluta.

<sup>22</sup> Las tasas de inmigración de la población total y de la población con SIDA pueden verse en el Cuadro 26 del

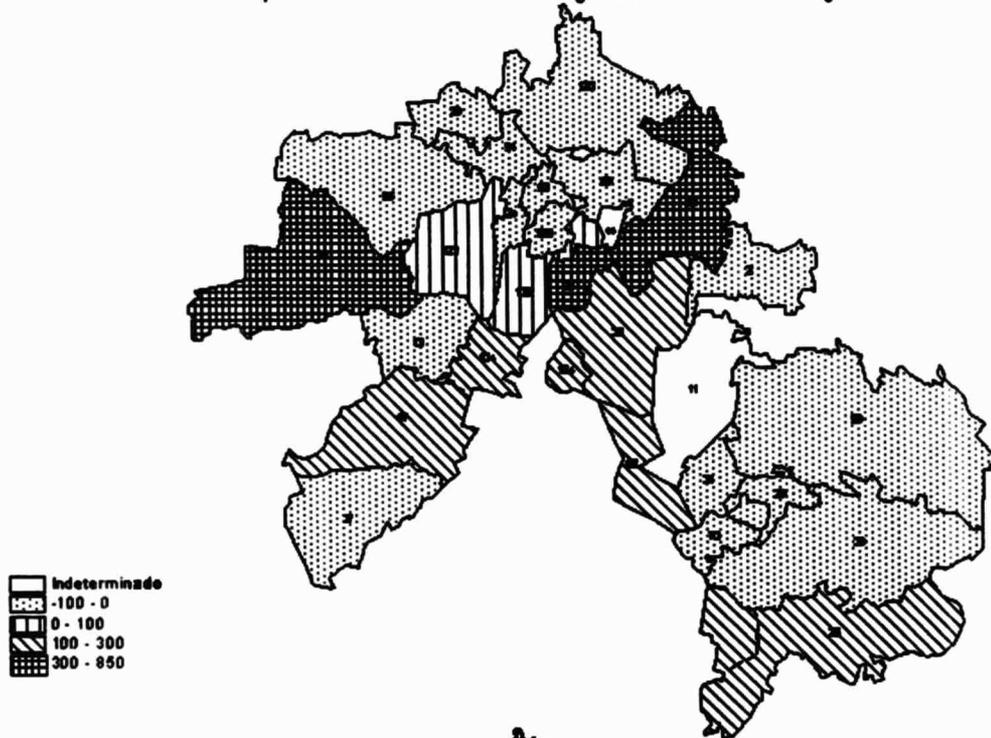
inmigración internacional ha sido mucho mayor entre la población con SIDA en los municipios de Coacalco, Chalco, Chimalhuacán, Ecatepec, Nezahualcoyotl, Teoloyucan, Tlalnepantla, Tultitlán, Cuautitlán Izcalli, y Naucalpan. Los municipios que presentan valores negativos indican que han tenido migración en su conjunto, pero que, o no hubo inmigrantes con SIDA (cuando el valor es -100), o que si los hubo, la tasa migratoria de la población con SIDA fue menor que la de la población total del municipio (cuando el valor está entre -100 y cero). En los municipios en los que el Registro Nacional de Casos de SIDA no captó casos de SIDA, el indicador deviene indeterminado.

La aplicación del indicador a los datos disponibles tiene algunas limitaciones que conviene puntualizar. En primer lugar, se están comparando datos sobre inmigración que provienen de dos fuentes diferentes, y como se indicó, que contienen conceptos de migración distintos. Ya que los migrantes con SIDA parten de una definición más extensa, podríamos suponer una sobrestimación respecto a los migrantes registrados en el Censo. Sin embargo, como los migrantes en el conjunto de datos del Registro Nacional de Casos de SIDA se encuentran subestimados respecto al total de los casos de SIDA registrados (cuyos datos provienen de certificados de defunción), podríamos pensar en un “efecto de compensación”.

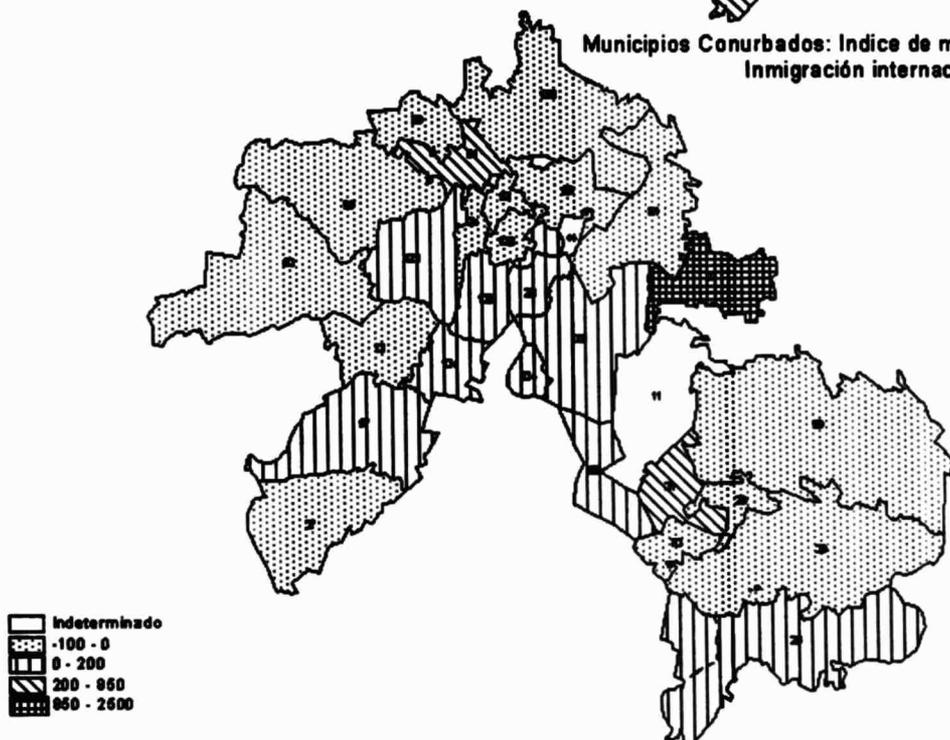
La segunda limitación se refiere al período de referencia de cada tasa. Como se especificó, los datos de casos de SIDA corresponden al período 1986-1998, en tanto que los datos censales se refieren al período 1985-1990, quedando las tasas centradas en diferentes fechas (*Cfr.* nota al pie n° 19). Para subsanar en parte este problema, los datos se han trabajado de manera anualizada, para minimizar los sesgos producidos por esta diferencia.

Aún con estas limitaciones, consideramos que el indicador es una herramienta útil a fin de ponderar la relación entre inmigración y SIDA en el conurbado en su conjunto y en cada municipio en particular.

Municipios Conurbados: Índice de migración diferencial. Inmigración interna



Municipios Conurbados: Índice de migración diferencial. Inmigración internacional



## 5. CONCLUSIONES Y NUEVOS INTERROGANTES

La comparación entre las características de los inmigrantes con SIDA, de la población con SIDA en su conjunto y de los inmigrantes en general del área conurbada muestra que:

- La razón hombre:mujer de los inmigrantes con SIDA (10 a 1) es mayor que la de la población con SIDA (6 a 1) y mucho mayor que la de la población inmigrante en general (1 a 1). Esto podría indicar que al migrar, tienen más probabilidades de contagiarse los hombres que las mujeres.
- La proporción de inmigrantes con SIDA respecto al total de casos de SIDA fue mayor en los primeros años de notificación de la enfermedad. Una hipótesis sería que los grupos de migrantes se anticipan en su vulnerabilidad a los otros grupos, aunque esto se relativiza porque sólo dos municipios presentaron casos de inmigrantes en el primer año de notificación.
- Las categorías de transmisión muestran diferencias entre los hombres con SIDA migrantes internos y los internacionales en comparación con las proporciones del total de la población con SIDA. En los internos, aumenta la proporción de homosexuales y bisexuales, y disminuye la de heterosexuales. En los internacionales, disminuye la categoría de homosexuales y aumenta la de heterosexuales. Es factible pensar que los hombres al migrar incrementan sus prácticas de riesgo, como por ejemplo, tener relaciones con prostitutas, pero sólo se aplicaría al caso de migrantes internacionales. Los casos de SIDA notificados que son migrantes, parecen pertenecer a dos flujos migratorios de características disímiles, el de los migrantes internos y el de los internacionales. De todas maneras, conviene recordar la diferencia entre categoría de transmisión y factor de riesgo, y el amplio espacio de interpretación en la asignación de casos a cada categoría, que pondría en duda afirmaciones relacionadas a la sexualidad de los inmigrantes.
- Los lugares de residencia anterior de los inmigrantes con SIDA no concuerdan con el patrón conocido de inmigración general de la región. Entre los inmigrantes con SIDA hay una sobrerepresentación de migración internacional (principalmente Estados Unidos) y dentro de la migración interna, de los estados de Jalisco y Baja California. Esto sugiere que los inmigrantes con SIDA han tenido circuitos migratorios diferentes a los estudiados en el conurbado.

- La escolaridad promedio de los inmigrantes con SIDA es alta (mayor en los hombres que en las mujeres). Esto significa que el nivel escolar no resulta un factor discriminante como lo proponen investigaciones anteriores. Y que se trata de un tipo de migrantes diferentes al que recibe la región en general.
- En cuanto al estado civil de los hombres inmigrantes con SIDA, disminuye la proporción de solteros comparada con la del total de casos de SIDA, pero aumenta respecto a la de la población inmigrante en general. En los inmigrantes internos, la proporción de solteros es mayor que en el conjunto de población con SIDA y en los inmigrantes internacionales, aumentan en mayor medida las proporciones de unidos (casados y unión libre). Este resultado combinado con el de las categorías de transmisión podría sugerir que entre los migrantes internacionales la enfermedad es “más heterosexual” y de hombres casados en comparación con la población con SIDA en conjunto y con los inmigrantes internos.
- El indicador de migración diferencial mostró que en el área conurbada, ambas inmigraciones (interna e internacional), han sido mayores en la población con SIDA que en la población total, con un peso más alto de la inmigración internacional. Sin embargo, el análisis mostró grandes diferencias entre los municipios. Esto indicaría, una vez más, que la población que padeció SIDA ha tenido un patrón migratorio diferente al de la población total.

Los resultados, tanto de la comparación como del indicador, arrojan muchos interrogantes.

Entre ellos, se nos presentan los siguientes:

- ¿Por qué hay municipios en que no hubo casos de inmigrantes con SIDA, a pesar de contar con casos de SIDA, lo que haría parecer que estos dos fenómenos están dissociados? Es conveniente recordar que una parte considerable de los casos (el 32% del total) han sido captados por el certificado de defunción, y no ha sido posible recuperar la historia migratoria, por lo que los migrantes pueden estar subrepresentados.
- ¿Por qué hay municipios con gran aporte migratorio y que no tienen tasas de SIDA elevadas? Esto podría relacionarse con la particularidad tanto del flujo como de los circuitos migratorios de los casos de SIDA respecto a la población en general.
- ¿Cómo valorar la interacción entre la vulnerabilidad por las prácticas sexuales y la vulnerabilidad por la migración? ¿Es factible separarlas? ¿Son los migrantes vulnerables por ser migrantes o por las prácticas que ejercen con independencia de la migración? ¿Han

migrado para poder ejercer “más libremente” estas prácticas o las ejercen por la influencia de la migración? ¿Cuánto conocemos de las prácticas de la población en general y de estos migrantes en particular? ¿Cuánto hay de incierto en los factores de riesgo supuestos por la clasificación de categorías de transmisión? ¿Cómo valorar las prácticas sexuales de un individuo sin considerar la interacción con la persona con quien las ejerce, y con el medio social en que las ejerce?

Las preguntas apuntan a un camino que ya ha sido abordado por la demografía: la interferencia o interacción entre fenómenos, en este caso, entre migración y enfermedad (SIDA), mediatizada por otros factores de vital relevancia, como las prácticas sexuales. Para establecer la conexión entre migración y otras características del individuo, necesitamos información detallada sobre las historias de vida de los individuos y técnicas de análisis distintas de los métodos usuales de migración diferencial (Courgeau, 1985). La dificultad de este abordaje es que requiere de grandes encuestas retrospectivas o prospectivas de difícil aplicación, sobre todo cuando se trata de una enfermedad de alta letalidad. Sin embargo, la ventaja es que logra superar el enfoque causal lineal (poco aplicable en fenómenos complejos), pudiendo establecer las interrelaciones de varios factores en múltiples sentidos.

# ANEXO

## ANEXO 1. ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL REGISTRO DE SIDA EN MÉXICO

En México existen dos tipos de registros oficiales de datos relacionados con el SIDA. El primero se refiere a la notificación de casos de SIDA por parte de las 32 entidades federativas, y su responsable es la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud. Su misión es contabilizar y clasificar de acuerdo con diversas variables, los casos de SIDA confirmados que reportan las diferentes instituciones del sector salud, así como la medicina privada (Letra S, abril 1999). Este es un registro continuo, que tiene su comienzo con el reporte de los primeros casos de SIDA diagnosticados (1983). Podría decirse que la base de datos tiene distintas épocas: en un primer período, la base incluía información sobre institución notificante, datos sociodemográficos, antecedentes epidemiológicos, características clínicas, datos de laboratorio y seguimiento; en una segunda etapa la base se ofreció una estrategia alternativa de simplificación, a efectos de mejorar la cobertura y oportunidad del registro, disminuyendo los datos respecto a las categorías de transmisión y las manifestaciones clínicas, aunque la mayoría de los casos se siguió reportando con el formato anterior (Valdespino Gómez, 1995). A partir de enero de 1999 se puso en marcha un programa de fortalecimiento del Registro Nacional de Casos de SIDA, y uno de los nuevos criterios que se siguen es que la fecha de notificación se hará con base en la fecha de diagnóstico, y no como hasta ahora que se acumulaban casos según la fecha de notificación, que tenía una extemporaneidad de hasta 5 años (Secretaría de Salud, DGE, 1999).

En cuanto a las variables que permiten relacionar migración y SIDA, el registro contiene información sobre residencia de las personas al momento de la notificación (ciudad, estado y país), y tiene una pregunta sobre lugar de residencia por más de seis meses a partir de 1980 si es diferente al lugar de residencia actual, y tres campos para incluir las tres últimas residencias fuera de la actual. Con información de estas variables, algunos investigadores han realizado afirmaciones sobre la influencia de la migración a Estados Unidos en la presencia de la enfermedad (Magis *et al.*, 1995).

El segundo registro es el de defunciones, a cargo del Sistema Mexicano del Registro Civil, y compilado por INEGI. Es, también, un registro continuo. La lista detallada de causas básicas de defunción sigue la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Allí se incluyen desde 1988 dos causas relacionadas con SIDA: 2795.SIDA y 2796.Complejos relacionados con el SIDA. Las variables disponibles para cada defunción son: entidad y municipio de registro, de residencia y de ocurrencia, tamaño de localidad (por rangos), sexo, edad, mes y año de ocurrencia y de registro, mes y año de nacimiento, ocupación, escolaridad, estado civil, lugar de ocurrencia, necropsia, asistencia médica, condición de certificación, nacionalidad y derechohabiencia.

## ANEXO 2. CUADROS

ANEXO. Cuadro 1. Casos de SIDA en el conurbado del A.M. de la Ciudad de México, por municipio y sexo.

Municipios Conurbados		Casos de SIDA del 1.1.86 al 31.12.98			
		SEXO		Total	Relación hombre/mujer
		Mujeres	Hombres		
ACOLMAN	observado		8	8	sólo hombres
	% de municipio		100.00%	100.00%	
	% de sexo		0.29%	0.25%	
ATENCO	observado				
	% de municipio				
	% de sexo				
ATIZAPAN DE ZARAGOZA	observado		2	2	sólo hombres
	% de municipio		100.00%	100.00%	
	% de sexo		0.07%	0.06%	
COACALCO	observado	12	79	91	7
	% de municipio	13.19%	86.81%	100.00%	
	% de sexo	2.44%	2.85%	2.79%	
CUAUTITLAN	observado	1	10	11	10
	% de municipio	9.09%	90.91%	100.00%	
	% de sexo	0.20%	0.36%	0.34%	
CHALCO	observado	18	90	108	5
	% de municipio	16.67%	83.33%	100.00%	
	% de sexo	3.67%	3.25%	3.31%	
CHICOLOAPAN	observado	6	11	17	2
	% de municipio	35.29%	64.71%	100.00%	
	% de sexo	1.22%	0.40%	0.52%	
CHIMALHUACAN	observado	19	108	127	6
	% de municipio	14.96%	85.04%	100.00%	
	% de sexo	3.87%	3.90%	3.89%	
ECATEPEC	observado	61	522	583	9
	% de municipio	10.46%	89.54%	100.00%	
	% de sexo	12.42%	18.84%	17.87%	
HUIXQUILUCAN	observado	7	35	42	5
	% de municipio	16.67%	83.33%	100.00%	
	% de sexo	1.43%	1.26%	1.29%	
IXTAPALUCA	observado	8	34	42	4
	% de municipio	19.05%	80.95%	100.00%	
	% de sexo	1.63%	1.23%	1.29%	
JALTENCO					
MELCHOR OCAMPO	observado		3	3	sólo hombres
	% de municipio		100.00%	100.00%	
	% de sexo		0.11%	0.09%	
NAUCALPAN	observado	73	320	393	4
	% de municipio	18.58%	81.42%	100.00%	
	% de sexo	14.87%	11.55%	12.05%	
NEZAHUALCOYOTL	observado	171	832	1003	5
	% de municipio	17.05%	82.95%	100.00%	
	% de sexo	34.83%	30.03%	30.75%	
NEXTLALPAN	observado		1	1	sólo hombres
	% de municipio		100.00%	100.00%	
	% de sexo		0.04%	0.03%	

## ANEXO. Cuadro 1 (CONTINUACIÓN)

Municipios Conurbados		Casos de SIDA del 1.1.86 al 31.12.98			
		SEXO		Total	Relación hombre/mujer
		Mujeres	Hombres		
NICOLAS ROMERO	observado	4	40	44	10
	% de municipio	9.09%	90.91%	100.00%	
	% de sexo	0.81%	1.44%	1.35%	
PAZ, LA	observado	13	41	54	3
	% de municipio	24.07%	75.93%	100.00%	
	% de sexo	2.65%	1.48%	1.66%	
TECAMAC	observado	2	27	29	14
	% de municipio	6.90%	93.10%	100.00%	
	% de sexo	0.41%	0.97%	0.89%	
TEOLOYUCAN	observado		12	12	sólo hombres
	% de municipio		100.00%	100.00%	
	% de sexo		0.43%	0.37%	
TEPOTZOTLAN	observado		2	2	sólo hombres
	% de municipio		100.00%	100.00%	
	% de sexo		0.07%	0.06%	
TEXCOCO	observado	5	41	46	8
	% de municipio	10.87%	89.13%	100.00%	
	% de sexo	1.02%	1.48%	1.41%	
TLALNEPANTLA	observado	47	331	378	7
	% de municipio	12.43%	87.57%	100.00%	
	% de sexo	9.57%	11.95%	11.59%	
TULTEPEC	observado	2	13	15	7
	% de municipio	13.33%	86.67%	100.00%	
	% de sexo	0.41%	0.47%	0.46%	
TULTITLAN	observado	22	65	87	3
	% de municipio	25.29%	74.71%	100.00%	
	% de sexo	4.48%	2.35%	2.67%	
ZUMPANGO	observado	3	15	18	5
	% de municipio	16.67%	83.33%	100.00%	
	% de sexo	0.61%	0.54%	0.55%	
CUAUTITLAN IZCALLI	observado	17	129	146	8
	% de municipio	11.64%	88.36%	100.00%	
	% de sexo	3.46%	4.66%	4.48%	
CONURBADO TOTAL	observado	491	2771	3262	6
	% de municipio	15.05%	84.95%	100.00%	
	% de sexo	100.00%	100.00%	100.00%	

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 2. Tasas de incidencia de SIDA en el conurbado del A.M. de la ciudad de México, por municipio.

Municipios Conurbados	Población estimada al 30.6.1990	Casos de SIDA en 1990	Tasa 1990 * 100,000	Población estimada al 30.6.1995	Casos de SIDA en 1995	Tasa 1995 * 100,000	Población estimada al 30.6.1998	Casos de SIDA en 1998	Tasa 1998 * 100,000	Casos de SIDA acumulados a 1998	Población estimada al 31.12.1998	Tasa acumulada a 1998 * 100,000	Población estimada al 30.6.1992	Tasa del período 1986-1998 *100,000
ACOLMAN	43810	0	0.00	53896	1	1.86	63189	0	0.00	8	61926	12.92	47525	1.29
ATENCO	21535	0	0.00	27511	0	0.00	33467	0	0.00	0	32663	0.00	23751	0.00
ATIZAPAN DE ZARAGOZA	320354	0	0.00	419440	0	0.00	520359	1	0.19	2	506635	0.39	356817	0.04
COACALCO	154510	9	5.82	200937	13	6.47	247938	3	1.21	91	241561	37.67	171632	4.08
CUAUTITLAN	49278	0	0.00	56804	1	1.76	63644	0	0.00	11	62753	17.53	52161	1.62
CUAUTITLAN IZCALLI	331054	9	2.72	411335	26	6.32	489365	3	0.61	146	478940	30.48	361092	3.11
CHALCO	290455	3	1.03	448697	27	6.02	635408	7	1.10	108	608584	17.75	345643	2.40
CHICOLOAPAN	57980	0	0.00	70387	3	4.26	82199	1	1.22	17	80633	21.08	62656	2.09
CHIMALHUACAN	249273	12	4.81	398666	28	7.02	580437	9	1.55	127	554025	22.92	300780	3.25
ECATEPEC	1229826	44	3.58	1441018	112	7.77	1635798	18	1.10	583	1610289	36.20	1310310	3.42
HUIXQUILUCAN	133647	1	0.75	165703	2	1.21	196802	0	0.00	42	192650	21.80	145649	2.22
IXTAPALUCA	139663	6	4.30	184089	9	4.89	229608	1	0.44	42	223404	18.80	155977	2.07
JALTENCO	22974	0	0.00	26011	0	0.00	28726	0	0.00	0	28375	0.00	24144	0.00
MELCHOR OCAMPO	26500	0	0.00	32948	1	3.04	39219	0	0.00	3	38381	7.82	28912	0.80
NAUCALPAN	789299	39	4.94	836322	68	8.13	875949	24	2.74	393	870936	45.12	807782	3.74
NEXTLALPAN	11031	0	0.00	14749	1	6.78	18608	0	0.00	1	18079	5.53	12391	0.62
NEZAHUALCOYOTL	1254919	90	7.17	1235237	127	10.28	1219714	27	2.21	1003	1221628	82.10	1247009	6.19
NICOLAS ROMERO	186631	5	2.68	233377	10	4.28	279071	5	1.79	44	272953	16.12	204086	1.66
PAZ, LA	136818	8	5.85	175451	3	1.71	214075	1	0.47	54	208859	25.85	151129	2.75
TECAMAC	124447	1	0.80	146727	6	4.09	167391	4	2.39	29	164679	17.61	132922	1.68
TEOLOYUCAN	42551	2	4.70	53581	2	3.73	64430	1	1.55	12	62974	19.06	46661	1.98
TEPOTZOTLAN	40322	0	0.00	53360	1	1.87	66766	0	0.00	2	64936	3.08	45104	0.34
TEXCOCO	141946	3	2.11	170869	7	4.10	198196	1	0.50	46	194584	23.64	152876	2.31
TLALNEPANTLA	703354	29	4.12	712497	73	10.25	719897	15	2.08	378	718976	52.57	706997	4.11
TULTEPEC	48532	0	0.00	73759	8	10.85	103095	1	0.97	15	98903	15.17	57378	2.01
TULTITLAN	251547	11	4.37	352949	26	7.37	462793	6	1.30	87	447505	19.44	288042	2.32
ZUMPANGO	72369	0	0.00	90235	2	2.22	107654	0	0.00	18	105324	17.09	79046	1.75
<b>CONURBADO TOTAL</b>	<b>6878969</b>	<b>272</b>	<b>3.95</b>	<b>8092381</b>	<b>557</b>	<b>6.88</b>	<b>9215495</b>	<b>128</b>	<b>1.39</b>	<b>3262</b>	<b>9068205</b>	<b>35.97</b>	<b>7340820</b>	<b>3.42</b>

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, X Censo de Población y Vivienda 1980; INEGI, XI Censo de Población y Vivienda 1990, INEGI, Censo de Población y Vivienda 1995 y SSA, DGE, Registro Nacional de casos de SIDA, 1999.

Nota: Para los años 1995 y 1998, se han agrupado los casos de SIDA y las poblaciones de los municipios Chalco y Valle de Chalco Solidaridad, y se presentan como Chalco.

ANEXO. Cuadro 3. Casos notificados de SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México acumulados al 31 de diciembre de 1998, por grupos de edad y sexo.

Casos de SIDA	Grupo de edad															Total
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +	n.e.	
Total de casos observados	48	27	11	43	344	659	737	503	353	212	133	84	30	36	42	3262
Porcentaje del total	1.5	0.8	0.3	1.3	10.5	20.2	22.6	15.4	10.8	6.5	4.1	2.6	0.9	1.1	1.3	100.0
Hombres	30	15	8	35	298	577	629	424	291	186	112	70	29	32	35	2771
Porcentaje de hombres	1.1	0.5	0.3	1.3	10.8	20.8	22.7	15.3	10.5	6.7	4.0	2.5	1.0	1.2	1.3	100.0
Mujeres	18	12	3	8	46	82	108	79	62	26	21	14	1	4	7	491
Porcentaje de mujeres	3.7	2.4	0.6	1.6	9.4	16.7	22.0	16.1	12.6	5.3	4.3	2.9	0.2	0.8	1.4	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 4. Casos notificados de SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, por año de notificación y sexo.

Casos de SIDA	AÑO DE NOTIFICACION														Total
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	n.e.	
Total de casos observados	9	29	72	138	272	237	284	549	527	557	278	181	128	1	3262
Porcentaje del total	0.3	0.9	2.2	4.2	8.3	7.3	8.7	16.8	16.2	17.1	8.5	5.5	3.9	0.0	100.0
Hombres	9	25	67	107	222	200	232	463	456	491	237	156	105	1	2771
Porcentaje de hombres	0.3	0.9	2.4	3.9	8	7.2	8.4	16.7	16.5	17.7	8.6	5.6	3.8	0.0	100.0
Mujeres			4	5	31	50	37	52	86	71	66	41	25	23	491
Porcentaje de mujeres			0.8	1.0	6.3	10.2	7.5	10.6	17.5	14.5	13.4	8.4	5.1	4.7	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 5. Casos notificados de SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, Hombres, según categoría de transmisión y grupo de edad.

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN		GRUPO DE EDAD															Total
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y+	n.e.	
Homosexuales	Observado	0	0	1	11	101	156	149	71	40	30	11	5	1	1	4	581
	% de C. de TRANSM.	0.0	0.0	0.2	1.9	17.4	26.9	25.6	12.2	6.9	5.2	1.9	0.9	0.2	0.2	0.7	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0.0	0.0	12.5	31.4	33.9	27.0	23.7	16.7	13.7	16.1	9.8	7.1	3.4	3.1	11.4	21.0
Bisexuales	Observado	0	0	0	2	41	77	74	60	39	39	15	9	1	3	8	368
	% de C. de TRANSM.	0.0	0.0	0.0	0.5	11.1	20.9	20.1	16.3	10.6	10.6	4.1	2.4	0.3	0.8	2.2	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0.0	0.0	0.0	5.7	13.8	13.3	11.8	14.2	13.4	21.0	13.4	12.9	3.4	9.4	22.9	13.3
Hetero- sexuales	Observado	0	0	0	3	27	79	90	87	52	28	18	19	4	8	4	419
	% de C. de TRANSM.	0.0	0.0	0.0	0.7	6.4	18.9	21.5	20.8	12.4	6.7	4.3	4.5	1.0	1.9	1.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0.0	0.0	0.0	8.6	9.1	13.7	14.3	20.5	17.9	15.1	16.1	27.1	13.8	25.0	11.4	15.1
SUBTOTAL DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL	Observado	0	0	1	16	169	312	313	218	131	97	44	33	6	12	16	1368
	% de C. de TRANSM.	0.0	0.0	0.1	1.2	12.4	22.8	22.9	15.9	9.6	7.1	3.2	2.4	0.4	0.9	1.2	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0.0	0.0	12.5	45.7	56.7	54.1	49.8	51.4	45.0	52.2	39.3	47.1	20.7	37.5	45.7	49.4
Transfusión	Observado	3	4	1	2	7	10	13	11	14	7	8	3	2	1	1	87
	% de C. de TRANSM.	3.4	4.6	1.1	2.3	8.0	11.5	14.9	12.6	16.1	8.0	9.2	3.4	2.3	1.1	1.1	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	10.0	26.7	12.5	5.7	2.3	1.7	2.1	2.6	4.8	3.8	7.1	4.3	6.9	3.1	2.9	3.1
Hemofílicos	Observado	0	2	3	5	2	1	6	2	2	1	2	0	0	0	1	27
	% de C. de TRANSM.	0.0	7.4	11.1	18.5	7.4	3.7	22.2	7.4	7.4	3.7	7.4	0.0	0.0	0.0	3.7	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0.0	13.3	37.5	14.3	0.7	0.2	1.0	0.5	0.7	0.5	1.8	0.0	0.0	0.0	2.9	1.0
Drogadictos intravenosos	Observado	0	0	0	1	2	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	10
	% de C. de TRANSM.	0.0	0.0	0.0	10.0	20.0	40.0	30.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0.0	0.0	0.0	2.9	0.7	0.7	0.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.4
Donadores remunerados	Observado	0	0	0	0	2	11	17	17	7	4	3	1	1	1	0	64
	% de C. de TRANSM.	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1	17.2	26.6	26.6	10.9	6.3	4.7	1.6	1.6	1.6	0.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0.0	0.0	0.0	0.0	0.7	1.9	2.7	4.0	2.4	2.2	2.7	1.4	3.4	3.1	0.0	2.3
SUBTOTAL DE LA TRANSMISIÓN SANGUÍNEA	Observado	3	6	4	8	13	26	39	30	23	12	13	4	3	2	2	188
	% de C. de TRANSM.	1.6	3.2	2.1	4.3	6.9	13.8	20.7	16.0	12.2	6.4	6.9	2.1	1.6	1.1	1.1	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	10.0	40.0	50.0	22.9	4.4	4.5	6.2	7.1	7.9	6.5	11.6	5.7	10.3	6.3	5.7	6.8

## ANEXO. Cuadro 5 (CONTINUACIÓN)

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN		GRUPO DE EDAD														Total	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +		n.e.
Homosexuales	Observado	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Drogadictos I.V.	% de C. de TRANSM.	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1
Perinatales	Observado	19	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	23
	% de C. de TRANSM.	82.6	17.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	63.3	26.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.8
SUBTOTAL	Observado	22	10	5	24	182	339	353	248	154	109	57	37	9	14	18	1581
	% de C. de TRANSM.	1.4	0.6	0.3	1.5	11.5	21.4	22.3	15.7	9.7	6.9	3.6	2.3	0.6	0.9	1.1	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	73.3	66.7	62.5	68.6	61.1	58.8	56.1	58.5	52.9	58.6	50.9	52.9	31.0	43.8	51.4	57.1
No especificados	Observado	8	5	3	11	116	238	276	176	137	77	55	33	20	18	17	1190
	% de C. de TRANSM.	0.7	0.4	0.3	0.9	9.7	20.0	23.2	14.8	11.5	6.5	4.6	2.8	1.7	1.5	1.4	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	26.7	33.3	37.5	31.4	38.9	41.2	43.9	41.5	47.1	41.4	49.1	47.1	69.0	56.3	48.6	42.9
TOTAL	Observado	30	15	8	35	298	577	629	424	291	186	112	70	29	32	35	2771
	% de C. de TRANSM.	1.1	0.5	0.3	1.3	10.8	20.8	22.7	15.3	10.5	6.7	4.0	2.5	1.0	1.2	1.5	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 6. Casos notificados de SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, Hombres, según subcategorías de la transmisión heterosexual y grupo de edad.

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN		GRUPO DE EDAD														Total	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +		n.e.
Heterosexual sin especificación	Observado				1	8	21	26	18	13	8	5	7	1	2	1	111
	% de C. de TRANSMISIÓN				0.2	1.4	3.6	4.5	3.1	2.2	1.4	0.9	1.2	0.2	0.3	0.2	19.1
	% de GRUPO DE EDAD				2.9	2.7	3.6	4.1	4.2	4.5	4.3	4.5	10.0	3.4	6.3	2.9	4.0
Sexo-SIDA	Observado				0	7	15	22	17	9	7	3	3	0	0	1	84
	% de C. de TRANSMISIÓN				0.0	8.3	17.9	26.2	20.2	10.7	8.3	3.6	3.6	0.0	0.0	1.2	100.0
	% de GRUPO DE EDAD				0.0	2.3	2.6	3.5	4.0	3.1	3.8	2.7	4.3	0.0	0.0	2.9	3.0
Sexo-riesgo	Observado				0	0	3	1	1	0	1	0	0	1	0	0	7
	% de C. de TRANSMISIÓN				0.0	0.0	42.9	14.3	14.3	0.0	14.3	0.0	0.0	14.3	0.0	0.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD				0.0	0.0	0.5	0.2	0.2	0.0	0.5	0.0	0.0	3.4	0.0	0.0	0.3
Sexo-prostituta	Observado				2	12	39	39	49	29	12	10	9	2	6	2	211
	% de C. de TRANSMISIÓN				0.9	5.7	18.5	18.5	23.2	13.7	5.7	4.7	4.3	0.9	2.8	0.9	100.0
	% de GRUPO DE EDAD				5.7	4.0	6.8	6.2	11.6	10.0	6.5	8.9	12.9	6.9	18.8	5.7	7.6
Prostitución	Observado				0	0	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	6
	% de C. de TRANSMISIÓN				0.0	0.0	16.7	33.3	33.3	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD				0.0	0.0	0.2	0.3	0.5	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2
SUBTOTAL DE LA TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL	Observado				3	27	79	90	87	52	28	18	19	4	8	4	419
	% de C. de TRANSMISIÓN				0.7	6.4	18.9	21.5	20.8	12.4	6.7	4.3	4.5	1.0	1.9	1.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD				8.6	9.1	13.7	14.3	20.5	17.9	15.1	16.1	27.1	13.8	25.0	11.4	15.1

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 7. Casos notificados de SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, Mujeres, según categoría de transmisión y grupo de edad.

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN		GRUPO DE EDAD														Total		
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +		n.e.	
Heterosexuales	Observado				2	16	26	38	22	20	6	4	4		1	1	140	
	% de C. de TRANS.				3.5	8.0	9.7	42.9	9.5	14.1	4.1	2.9	2.9		2.2	0.2	100.0	
	% de GRUPO DE EDAD				25.0	34.8	31.7	35.2	27.9	32.2	23.0	19.1	28.5		25.0	14.3	28.4	
SUBTOTAL DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL	Observado				2	16	26	38	22	20	6	4	4		1	1	140	
	% de C. de TRANS.				3.5	8.0	9.7	42.9	9.5	14.1	4.1	2.9	2.9	0.0	2.2	0.2	100.0	
	% de GRUPO DE EDAD				25	34.8	31.7	35.2	27.9	32.2	23	19.1	28.5		25	14.3	28.4	
Transfusión	Observado		4	1	3	6	19	12	16	17	3	5	1		1		88	
	% de C. de TRANS.		4.5	1.1	3.4	6.8	21.6	13.6	18.2	19.3	3.4	5.7	1.1		1.1		100.0	
	% de GRUPO DE EDAD		33.3	33.3	37.5	13.0	23.2	11.1	20.3	27.4	11.5	23.8	7.1		25.0		17.9	
Ex-Donadores remunerados	Observado					2	2	7	2	1	1	2				1	18	
	% de C. de TRANS.					11.1	11.1	38.9	11.1	5.6	5.6	11.1				5.6	100.0	
	% de GRUPO DE EDAD					4.3	2.4	6.5	2.5	1.6	3.8	9.5				14.3	3.7	
Drogadictos intravenosos	Observado				1		1		1								3	
	% de C. de TRANS.				33.3		33.3		33.3								100.0	
	% de GRUPO DE EDAD				12.5		1.2		1.3								0.6	
Exposición ocupacional	Observado						1		1	1							3	
	% de C. de TRANS.						33.3		33.3	33.3							100.0	
	% de GRUPO DE EDAD						1.2		1.3	1.6							0.6	
SUBTOTAL DE LA TRANSMISIÓN SANGUÍNEA	Observado		4	1	4	6	23	19	20	19	4	7	1		1	1	112	
	% de C. de TRANS.		1.1	0.3	9.2	4.5	24.8	13.1	24.0	14.6	2.3	4.2	0.3		0.3	1.4	100.0	
	% de GRUPO DE EDAD		33.3	33.3	50.0	17.3	28.0	17.6	25.4	30.6	15.3	33.3	7.1		25.0	14.3	22.8	
Perinatal	Observado		14	4													18	
	% de C. de TRANS.		77.8	22.2													100	
	% de GRUPO DE EDAD		77.8	33.3													3.7	
SUBTOTAL	Observado		14	8	1	6	24	49	57	42	39	10	11	5	2		270	
	% de C. de TRANS.		11.1	3.33	0.039	3.796	6.325	10.5	32.52	10.21	12.16	3.279	2.657	2.096		1.625	0.36	100.0
	% de GRUPO DE EDAD		77.8	66.6	33.3	75	52.1	59.7	52.8	53.3	62.8	38.3	52.4	35.6		50	28.6	55.0
No especificado	Observado		4	4	2	2	22	33	51	37	23	16	10	9	1	2	5	221
	% de C. de TRANS.		1.8	1.8	0.9	0.9	10	14.9	23.1	16.7	10.4	7.2	4.5	4.1	0.5	0.9	2.3	100.0
	% de GRUPO DE EDAD		22.2	33.3	66.7	25	47.8	40.2	47.2	46.8	37.1	61.5	47.6	64.3	100	50	71.4	45.0
TOTAL	Observado		18	12	3	8	46	82	108	79	62	26	21	14	1	4	7	491
	% de C. de TRANS.		3.7	2.4	0.6	1.6	9.4	16.7	22.0	16.1	12.6	5.3	4.3	2.9	0.2	0.8	1.4	100.0
	% de GRUPO DE EDAD		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 8. Casos notificados de SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, Mujeres, según subcategorías de la transmisión heterosexual y grupo de edad.

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN		GRUPO DE EDAD														Total	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65y +		n.e.
Heterosexual sin especificación	Observado				1	6	5	7	5	6	2						32
	% de C. de TRANSMISIÓN				3.1	18.8	15.6	21.9	15.6	18.8	6.3						100.0
	% de GRUPO DE EDAD				12.5	13	6.1	6.5	6.3	9.7	7.7						6.5
Sexo-SIDA	Observado				9	20	25	16	11	3	3	3				1	91
	% de C. de TRANSMISIÓN				9.9	22	27.5	17.6	12.1	3.3	3.3	3.3				1.1	100.0
	% de GRUPO DE EDAD				19.6	24.4	23.1	20.3	17.7	11.5	14.3	21.4				14.3	18.5
Sexo-riesgo	Observado				1			3	1	2							7
	% de C. de TRANSMISIÓN				14.3			42.9	14.3	28.6							100.0
	% de GRUPO DE EDAD				12.5			2.8	1.3	3.2							1.4
Sexo-prostituto	Observado							1									1
	% de C. de TRANSMISIÓN							100									100.0
	% de GRUPO DE EDAD							0.9									0.2
Prostitución	Observado				1	1	2			1	1	1	1		1		9
	% de C. de TRANSMISIÓN				11.1	11.1	22.2			11.1	11.1	11.1	11.1		11.1		100.0
	% de GRUPO DE EDAD				2.2	1.2	1.9			1.6	3.8	4.8	7.1		25		1.8
SUBTOTAL DE LA TRANSMISIÓN HETEROSEXUAL	Observado	0	0	0	2	16	26	38	22	20	6	4	4	0	1	1	140
	% de C. de TRANSMISIÓN	0	0	0	3.48	7.96	9.74	42.9	9.5	14.12	4.14	2.88	2.88	0	2.22	0.22	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0	0	0	25	34.8	31.7	35.2	27.9	32.2	23	19.1	28.5	0	25	14.3	28.4

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 9. Casos notificados de SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, Hombres, según estado civil y grupo de edad.

ESTADO CIVIL	GRUPO DE EDAD															Total	
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +	n.e.		
Soltero	Observado			7	30	203	359	367	211	122	62	30	14	5	8	13	1431
	% de EDO. CIVIL			0.5	2.1	14.2	25.1	25.6	14.7	8.5	4.3	2.1	1.0	0.3	0.6	0.9	100.0
	% de GRUPO DE EDAD			87.5	85.7	68.1	62.2	58.3	49.8	41.9	33.3	26.8	20.0	17.2	25.0	37.1	51.6
Casado	Observado					28	79	99	97	82	71	44	32	15	15	4	566
	% de EDO. CIVIL					4.9	14.0	17.5	17.1	14.5	12.5	7.8	5.7	2.7	2.7	0.7	100.0
	% de GRUPO DE EDAD					9.4	13.7	15.7	22.9	28.2	38.2	39.3	45.7	51.7	46.9	11.4	20.4
Unión Libre	Observado					6	22	29	18	7	11	2	2		1	2	100
	% de EDO. CIVIL					6.0	22.0	29.0	18.0	7.0	11.0	2.0	2.0		1.0	2.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD					2.0	3.8	4.6	4.2	2.4	5.9	1.8	2.9		3.1	5.7	3.6
Separado	Observado					1	2	15	10	17	4	2	2				53
	% de EDO. CIVIL					1.9	3.8	28.3	18.9	32.1	7.5	3.8	3.8				100.0
	% de GRUPO DE EDAD					0.3	0.3	2.4	2.4	5.8	2.2	1.8	2.9				1.9
Divorciado	Observado					1	1	8	6	9	5	3	1	1			35
	% de EDO. CIVIL					2.9	2.9	22.9	17.1	25.7	14.3	8.6	2.9	2.9			100.0
	% de GRUPO DE EDAD					0.3	0.2	1.3	1.4	3.1	2.7	2.7	1.4	3.4			1.3
Viudo	Observado					1	7	8	14	6	1	2	4	3	6	1	53
	% de EDO. CIVIL					1.9	13.2	15.1	26.4	11.3	1.9	3.8	7.5	5.7	11.3	1.9	100.0
	% de GRUPO DE EDAD					0.3	1.2	1.3	3.3	2.1	0.5	1.8	5.7	10.3	18.8	2.9	1.9
(Niños)	Observado	30	15														45
	% de EDO. CIVIL	66.7	33.3														100.0
	% de GRUPO DE EDAD	100.0	100.0														1.6
n.e.	Observado			1	5	58	107	103	68	48	32	29	15	5	2	15	488
	% de EDO. CIVIL			0.2	1.0	11.9	21.9	21.1	13.9	9.8	6.6	5.9	3.1	1.0	0.4	3.1	100.0
	% de GRUPO DE EDAD			12.5	14.3	19.5	18.5	16.4	16.0	16.5	17.2	25.9	21.4	17.2	6.3	42.9	17.6
Total	Observado	30	15	8	35	298	577	629	424	291	186	112	70	29	32	35	2771
	% de EDO. CIVIL	1.1	0.5	0.3	1.3	10.8	20.8	22.7	15.3	10.5	6.7	4.0	2.5	1.0	1.2	1.3	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 10. Casos notificados de SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, Hombres, según estado civil y grupo de edades de 15-19 a 65 y más, sin no especificados.

ESTADO CIVIL		GRUPO DE EDAD											Total
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y+	
Soltero	Observado	30	203	359	367	211	122	62	30	14	5	8	1411
	% de EDO. CIVIL	2.1	14.4	25.4	26.0	15.0	8.6	4.4	2.1	1.0	0.4	0.6	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	100.0	84.6	76.4	69.8	59.3	50.2	40.3	36.1	25.5	20.8	26.7	63.8
Casado	Observado		28	79	99	97	82	71	44	32	15	15	562
	% de EDO. CIVIL		5.0	14.1	17.6	17.3	14.6	12.6	7.8	5.7	2.7	2.7	100.0
	% de GRUPO DE EDAD		11.7	16.8	18.8	27.2	33.7	46.1	53.0	58.2	62.5	50.0	25.4
Unión Libre	Observado		6	22	29	18	7	11	2	2		1	98
	% de EDO. CIVIL		6.1	22.4	29.6	18.4	7.1	11.2	2.0	2.0		1.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD		2.5	4.7	5.5	5.1	2.9	7.1	2.4	3.6		3.3	4.4
Separado	Observado		1	2	15	10	17	4	2	2			53
	% de EDO. CIVIL		1.9	3.8	28.3	18.9	32.1	7.5	3.8	3.8			100.0
	% de GRUPO DE EDAD		0.4	0.4	2.9	2.8	7.0	2.6	2.4	3.6			2.4
Divorciado	Observado		1	1	8	6	9	5	3	1	1		35
	% de EDO. CIVIL		2.9	2.9	22.9	17.1	25.7	14.3	8.6	2.9	2.9		100.0
	% de GRUPO DE EDAD		0.4	0.2	1.5	1.7	3.7	3.2	3.6	1.8	4.2		1.6
Viudo	Observado		1	7	8	14	6	1	2	4	3	6	52
	% de EDO. CIVIL		1.9	13.5	15.4	26.9	11.5	1.9	3.8	7.7	5.8	11.5	100.0
	% de GRUPO DE EDAD		0.4	1.5	1.5	3.9	2.5	0.6	2.4	7.3	12.5	20.0	2.4
Total	Observado	30	240	470	526	356	243	154	83	55	24	30	2211
	% de EDO. CIVIL	1.4	10.9	21.3	23.8	16.1	11.0	7.0	3.8	2.5	1.1	1.4	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 11. Casos notificados de SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, Mujeres, según estado civil y grupo de edad.

ESTADO CIVIL	GRUPO DE EDAD															Total	
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +	n.e.		
Soltero	Observado			1		12	13	13	11	6	2	2	2		1		63
	% de EDO. CIVIL			1.6		19.0	20.6	20.6	17.5	9.5	3.2	3.2	3.2		1.6		100.0
	% de GRUPO DE EDAD			33.3		26.1	15.9	12.0	13.9	9.7	7.7	9.5	14.3		25.0		12.8
Casado	Observado				1	9	25	39	31	29	7	5	4		1	1	152
	% de EDO. CIVIL				0.7	5.9	16.4	25.7	20.4	19.1	4.6	3.3	2.6		0.7	0.7	100.0
	% de GRUPO DE EDAD				12.5	19.6	30.5	36.1	39.2	46.8	26.9	23.8	28.6		25.0	14.3	31.0
Separado	Observado				3	6	12	21	11	2	3	1	1	1		1	62
	% de EDO. CIVIL				4.8	9.7	19.4	33.9	17.7	3.2	4.8	1.6	1.6	1.6		1.6	100.0
	% de GRUPO DE EDAD				37.5	13.0	14.6	19.4	13.9	3.2	11.5	4.8	7.1	100.0		14.3	12.6
Unión Libre	Observado					3	6	3		2	1	3	1				19
	% de EDO. CIVIL					15.8	31.6	15.8		10.5	5.3	15.8	5.3				100.0
	% de GRUPO DE EDAD					6.5	7.3	2.8		3.2	3.8	14.3	7.1				3.9
Divorciado	Observado					2	1			2			2				7
	% de EDO. CIVIL					28.6	14.3			28.6			28.6				100.0
	% de GRUPO DE EDAD					4.3	1.2			3.2			14.3				1.4
Viudo	Observado					3	7	17	20	11	7	6	2		1	2	76
	% de EDO. CIVIL					3.9	9.2	22.4	26.3	14.5	9.2	7.9	2.6		1.3	2.6	100.0
	% de GRUPO DE EDAD					6.5	8.5	15.7	25.3	17.7	26.9	28.6	14.3		25.0	28.6	15.5
(Niña)	Observado	18	12														30
	% de EDO. CIVIL	60.0	40.0														100.0
	% de GRUPO DE EDAD	100.0	100.0														6.1
n.e.	Observado			2	4	11	18	15	6	10	6	4	2		1	3	82
	% de EDO. CIVIL			2.4	4.9	13.4	22.0	18.3	7.3	12.2	7.3	4.9	2.4		1.2	3.7	100.0
	% de GRUPO DE EDAD			66.7	50.0	23.9	22.0	13.9	7.6	16.1	23.1	19.0	14.3		25.0	42.9	16.7
Total	Observado	18	12	3	8	48	82	108	79	82	28	21	14	1	4	7	491
	% de EDO. CIVIL	3.7	2.4	0.6	1.6	9.4	16.7	22.0	16.1	12.6	5.3	4.3	2.9	0.2	0.8	1.4	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 12. Casos notificados de SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, Mujeres, según estado civil y grupo de edades de 15-19 a 65 y más, sin no especificados.

ESTADO CIVIL		GRUPO DE EDAD										Total	
		15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64		65 y+
Soltero	Observado	0	12	13	13	11	6	2	2	2	0	1	62
	% de EDO. CIVIL	0.0	19.4	21.0	21.0	17.7	9.7	3.2	3.2	3.2	0.0	1.6	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0.0	34.3	20.3	14.0	15.1	11.5	10.0	11.8	16.7	0.0	33.3	16.6
Casado	Observado	1	9	25	39	31	29	7	5	4	0	1	151
	% de EDO. CIVIL	0.7	6.0	16.6	25.8	20.5	19.2	4.6	3.3	2.6	0.0	0.7	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	25.0	25.7	39.1	41.9	42.5	55.8	35.0	29.4	33.3	0.0	33.3	40.4
Unión Libre	Observado	0	3	6	3	0	2	1	3	1	0	0	19
	% de EDO. CIVIL	0.0	15.8	31.6	15.8	0.0	10.5	5.3	15.8	5.3	0.0	0.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0.0	8.6	9.4	3.2	0.0	3.8	5.0	17.6	8.3	0.0	0.0	5.1
Separado	Observado	3	6	12	21	11	2	3	1	1	1	0	61
	% de EDO. CIVIL	4.9	9.8	19.7	34.4	18.0	3.3	4.9	1.6	1.6	0.0	0.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	75.0	17.1	18.8	22.6	15.1	3.8	15.0	5.9	8.3	100.0	0.0	16.3
Divorciado	Observado	0	2	1	0	0	2	0	0	2	0	0	7
	% de EDO. CIVIL	0.0	28.6	14.3	0.0	0.0	28.6	0.0	0.0	28.6	0.0	0.0	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0.0	5.7	1.6	0.0	0.0	3.8	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0	1.9
Viudo	Observado	0	3	7	17	20	11	7	6	2	0	1	74
	% de EDO. CIVIL	0.0	4.1	9.5	23.0	27.0	14.9	9.5	8.1	2.7	0.0	1.4	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	0.0	8.6	10.9	18.3	27.4	21.2	35.0	35.3	16.7	0.0	33.3	19.8
Total	Observado	4	35	64	93	73	52	20	17	12	1	3	374
	% de EDO. CIVIL	1.1	9.4	17.1	24.9	19.5	13.9	5.3	4.5	3.2	0.3	0.8	100.0
	% de GRUPO DE EDAD	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 13. Defunciones registradas por SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1988 y 1996, por sexo.

DEFUNCIONES		AÑO DE OCURRENCIA										Total
		1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	n.e.	
Total	Observados	96	173	231	301	334	464	412	469	495	3	2978
	Porcentaje de Total	3.22	5.81	7.76	10.11	11.22	15.58	13.83	15.75	16.62	0.10	100.00
Hombres	Observados	79	146	196	248	278	398	360	416	422	2	2545
	Porcentaje de Hombres	3.10	5.70	7.70	9.70	10.90	15.60	14.10	16.30	16.60	0.10	100.00
Mujeres	Observados	17	27	35	53	56	66	52	53	73	1	433
	Porcentaje de Mujeres	3.93	6.24	8.08	12.24	12.93	15.24	12.01	12.24	16.86	0.23	100.00

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, Mortalidad, Estadísticas Sociodemográficas, 1994 e INEGI, Base de datos de Mortalidad, 1998.

ANEXO. Cuadro 14. Comparación de las defunciones por SIDA respecto al total de defunciones en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1988 y 1996, por sexo.

DEFUNCIONES		AÑO DE OCURRENCIA										Total
		1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	n.e.	
Total	SIDA	96	173	231	301	334	464	412	469	495	3	2978
	TODAS LAS CAUSAS	25399	28152	28611	28519	29038	29715	29988	30602	31747		261771
	PORCENTAJE	0.38	0.61	0.81	1.06	1.15	1.56	1.37	1.53	1.56		1.14
Hombres	SIDA	79	146	196	248	278	398	360	416	422	2	2545
	TODAS LAS CAUSAS	14740	16196	16561	16271	16625	17042	17050	17303	17760		149548
	PORCENTAJE	0.54	0.90	1.18	1.52	1.67	2.34	2.11	2.40	2.38		1.70
Mujeres	SIDA	17	27	35	53	56	66	52	53	73	1	433
	TODAS LAS CAUSAS	10598	11870	12001	12194	12371	12655	12914	13273	13971		111847
	PORCENTAJE	0.16	0.23	0.29	0.43	0.45	0.52	0.40	0.40	0.52		0.39
n.e.	SIDA											
	TODAS LAS CAUSAS	61	86	49	54	42	18	24	26	16		376

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, Mortalidad, Estadísticas Sociodemográficas, 1994 e INEGI, Base de datos de Mortalidad, 1998.

ANEXO. Cuadro 15. Comparación de las defunciones por SIDA respecto al total de defunciones en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1988 y 1996, hombres.

Municipios conurbados		Año									Total
		1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	
ACOLMAN	Defunciones totales	108	127	130	163	150	135	143	156	7	1249
	Def. totales acumuladas		235	365	528	678	813	956	1112	1249	
	Defunciones por SIDA	0	1	0	3	0	3	4	6	6	23
	Def. por SIDA acumuladas		1	1	4	4	7	11	17	23	
	% SIDA / totales		0.79		1.84		2.22	2.80	3.85	4.38	1.84
	% SIDA / totales acum.		0.43	0.27	0.76	0.59	0.86	1.15	1.53	1.84	
ATENCO	Defunciones totales	47	64	58	59	67	61	51	57	61	525
	Def. totales acumuladas		111	169	228	295	356	407	464	525	
	Defunciones por SIDA	0	1	0	0	1	0	1	2	0	5
	Def. por SIDA acumuladas		1	1	1	2	2	3	5	5	
	% SIDA / totales		1.56			1.49		1.96	3.51		0.95
	% SIDA / totales acum.		0.90	0.59	0.44	0.68	0.56	0.74	1.08	0.95	
ATIZAPAN DE ZARAGOZA	Defunciones totales	490	583	591	588	629	604	664	721	749	5619
	Def. totales acumuladas		1073	1664	2252	2881	3485	4149	4870	5619	
	Defunciones por SIDA	1	2	4	13	14	12	8	18	9	81
	% SIDA / totales	0.20	0.34	0.68	2.21	2.23	1.99	1.20	2.50	1.20	1.44
	% SIDA / totales acum.		0.34	0.68	2.21	2.23	1.99	1.20	2.50	1.20	
			0.74	1.22	1.61	1.57	1.74	1.65	2.06	2.14	
COACALCO	Defunciones totales	240	303	275	300	282	322	333	328	377	2760
	Def. totales acumuladas		543	818	1118	1400	1722	2055	2383	2760	
	Defunciones por SIDA	1	3	6	8	4	8	4	15	10	59
	Def. por SIDA acumuladas		4	10	18	22	30	34	49	59	
	% SIDA / totales	0.42	0.99	2.18	2.67	1.42	2.48	1.20	4.57	2.65	2.14
	% SIDA / totales acum.		0.74	1.22	1.61	1.57	1.74	1.65	2.06	2.14	
CUAUTITLAN	Defunciones totales	191	241	240	205	182	164	163	148	1	1705
	Def. totales acumuladas		432	672	877	1059	1223	1386	1534	1705	
	Defunciones por SIDA	0	0	2	2	2	6	5	5	9	31
	Def. por SIDA acumuladas		0	2	4	6	12	17	22	31	
	% SIDA / totales			0.83	0.98	1.10	3.66	3.07	3.38	5.26	1.82
	% SIDA / totales acum.		0.00	0.30	0.46	0.57	0.98	1.23	1.43	1.82	
CHALCO	Defunciones totales	661	691	695	718	760	799	872	892	944	7032
	Def. totales acumuladas		1352	2047	2765	3525	4324	5196	6088	7032	
	Defunciones por SIDA	6	2	5	6	7	18	11	22	24	101
	Def. por SIDA acumuladas		8	13	19	26	44	55	77	101	
	% SIDA / totales	0.91	0.29	0.72	0.84	0.92	2.25	1.26	2.47	2.54	1.44
	% SIDA / totales acum.		0.59	0.64	0.69	0.74	1.02	1.06	1.26	1.44	
CHICOLOAPAN	Defunciones totales	100	133	142	121	127	124	133	175	144	1199
	Def. totales acumuladas		233	375	496	623	747	880	1055	1199	
	Defunciones por SIDA	0	0	2	2	1	5	0	5	4	19
	Def. por SIDA acumuladas		0	2	4	5	10	10	15	19	
	% SIDA / totales			1.41	1.65	0.79	4.03		2.86	2.78	1.58
	% SIDA / totales acum.		0.00	0.53	0.81	0.80	1.34	1.14	1.42	1.58	
CHIMALHUACAN	Defunciones totales	426	584	590	624	622	727	751	841	960	6125
	Def. totales acumuladas		1010	1600	2224	2846	3573	4324	5165	6125	
	Defunciones por SIDA	3	8	10	10	12	17	16	16	27	119
	Def. por SIDA acumuladas		11	21	31	43	60	76	92	119	
	% SIDA / totales	0.70	1.37	1.69	1.60	1.93	2.34	2.13	1.90	2.81	1.94
	% SIDA / totales acum.		1.09	1.31	1.39	1.51	1.68	1.76	1.78	1.94	
ECATEPEC	Defunciones totales	2160	2506	2726	2806	2909	3005	2954	3004	2992	25062
	Def. totales acumuladas		4666	7392	10198	13107	16112	19066	22070	25062	
	Defunciones por SIDA	14	19	35	45	41	81	87	79	73	474
	Def. por SIDA acumuladas		33	68	113	154	235	322	401	474	
	% SIDA / totales	0.65	0.76	1.28	1.60	1.41	2.70	2.95	2.63	2.44	1.89
	% SIDA / totales acum.		0.71	0.92	1.11	1.17	1.46	1.69	1.82	1.89	
HUIXQUILUCAN	Defunciones totales	238	325	308	307	301	299	299	293	310	2680
	Def. totales acumuladas		563	871	1178	1479	1778	2077	2370	2680	
	Defunciones por SIDA	0	3	2	1	4	4	2	2	7	25
	Def. por SIDA acumuladas		3	5	6	10	14	16	18	25	
	% SIDA / totales		0.92	0.65	0.33	1.33	1.34	0.67	0.68	2.26	0.93
	% SIDA / totales acum.		0.53	0.57	0.51	0.68	0.79	0.77	0.76	0.93	

ANEXO. Cuadro 15 (CONTINUACIÓN)

Municipios conurbados		Año									Total
		1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	
IXTAPALUCA	Defunciones totales	310	334	384	345	384	385	392	401	423	3358
	Def. totales acumuladas		644	1028	1373	1757	2142	2534	2935	3358	
	Defunciones por SIDA	1	4	3	3	8	6	5	8	7	45
	Def. por SIDA acumuladas		5	8	11	19	25	30	38	45	
	% SIDA / totales	0.32	1.20	0.78	0.87	2.08	1.56	1.28	2.00	1.65	1.34
	% SIDA / totales acum.		0.78	0.78	0.80	1.08	1.17	1.18	1.29	1.34	
JALTENCO	Defunciones totales	20	35	30	21	22	24	30	23	48	253
	Def. totales acumuladas		55	85	106	128	152	182	205	253	
	Defunciones por SIDA	0	0	0	0	1	0	0	0	2	3
	Def. por SIDA acumuladas		0	0	0	1	1	1	1	3	
	% SIDA / totales					4.55				4.17	1.19
	% SIDA / totales acum.		0.00	0.00	0.00	0.78	0.66	0.55	0.49	1.19	
MELCHOR OCAMPO	Defunciones totales	66	72	73	76	91	75	74	78	85	690
	Def. totales acumuladas		138	211	287	378	453	527	605	690	
	Defunciones por SIDA	0	1	0	1	0	0	0	2	2	6
	Def. por SIDA acumuladas		1	1	2	2	2	2	4	6	
	% SIDA / totales		1.39		1.32				2.56	2.35	0.87
	% SIDA / totales acum.		0.72	0.47	0.70	0.53	0.44	0.38	0.66	0.87	
NAUCALPAN	Defunciones totales	2058	2099	2263	1883	2038	2068	1971	2019	2035	18434
	Def. totales acumuladas		4157	6420	8303	10341	12409	14380	16399	18434	
	Defunciones por SIDA	9	16	29	37	28	38	33	39	47	276
	Def. por SIDA acumuladas		25	54	91	119	157	190	229	276	
	% SIDA / totales	0.44	0.76	1.28	1.96	1.37	1.84	1.67	1.93	2.31	1.50
	% SIDA / totales acum.		0.60	0.84	1.10	1.15	1.27	1.32	1.40	1.50	
NEZAHUALCOYOTL	Defunciones totales	3037	3118	3215	3092	3049	3106	2980	3055	2979	27631
	Def. totales acumuladas		6155	9370	12462	15511	18617	21597	24652	27631	
	Defunciones por SIDA	30	58	61	67	86	110	89	111	89	701
	Def. por SIDA acumuladas		88	149	216	302	412	501	612	701	
	% SIDA / totales	0.99	1.86	1.90	2.17	2.82	3.54	2.99	3.63	2.99	2.54
	% SIDA / totales acum.		1.43	1.59	1.73	1.95	2.21	2.32	2.48	2.54	
NEXTLALPAN	Defunciones totales	31	41	32	46	35	47	42	45	38	357
	Def. totales acumuladas		72	104	150	185	232	274	319	357	
	Defunciones por SIDA	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2
	Def. por SIDA acumuladas		0	1	1	1	1	1	2	2	
	% SIDA / totales			3.13					2.22		0.56
	% SIDA / totales acum.		0.00	0.96	0.87	0.54	0.43	0.36	0.63	0.56	
NICOLAS ROMERO	Defunciones totales	400	496	417	462	531	458	529	484	482	4259
	Def. totales acumuladas		896	1313	1775	2306	2764	3293	3777	4259	
	Defunciones por SIDA	1	2	4	2	10	5	6	5	6	41
	Def. por SIDA acumuladas		3	7	9	19	24	30	35	41	
	% SIDA / totales	0.25	0.40	0.96	0.43	1.88	1.09	1.13	1.03	1.24	0.96
	% SIDA / totales acum.		0.33	0.53	0.51	0.82	0.87	0.91	0.93	0.96	
PAZ, LA	Defunciones totales	406	416	344	388	356	390	367	379	357	3403
	Def. totales acumuladas		822	1166	1554	1910	2300	2667	3046	3403	
	Defunciones por SIDA	1	2	3	8	6	6	9	0	3	38
	Def. por SIDA acumuladas		3	6	14	20	26	35	35	38	
	% SIDA / totales	0.25	0.48	0.87	2.06	1.69	1.54	2.45		0.84	1.12
	% SIDA / totales acum.		0.36	0.51	0.90	1.05	1.13	1.31	1.15	1.12	
TECAMAC	Defunciones totales	246	325	305	310	329	353	341	333	389	2931
	Def. totales acumuladas		571	876	1186	1515	1868	2209	2542	2931	
	Defunciones por SIDA	1	2	0	0	2	8	5	3	5	26
	Def. por SIDA acumuladas		3	3	3	5	13	18	21	26	
	% SIDA / totales	0.41	0.62			0.61	2.27	1.47	0.90	1.29	0.89
	% SIDA / totales acum.		0.53	0.34	0.25	0.33	0.70	0.81	0.83	0.89	
TEOLOYUCAN	Defunciones totales	116	105	101	130	105	133	100	125	127	1042
	Def. totales acumuladas		221	322	452	557	690	790	915	1042	
	Defunciones por SIDA	0	0	0	1	1	0	4	1	2	9
	Def. por SIDA acumuladas		0	0	1	2	2	6	7	9	
	% SIDA / totales				0.77	0.95		4.00	0.80	1.57	0.86
	% SIDA / totales acum.		0.00	0.00	0.22	0.36	0.29	0.76	0.77	0.86	

ANEXO. Cuadro 15 (CONTINUACIÓN)

Municipios conurbados	Año										Total	
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996			
TEPOTZOTLAN	Defunciones totales	87	93	97	88	114	127	96	130	120	952	
	Def. totales acumuladas		180	277	365	479	606	702	832	952		
	Defunciones por SIDA	1	0	0	1	0	1	0	0	3	6	
	Def. por SIDA acumuladas		1	1	2	2	3	3	3	6		
	% SIDA / totales	1.15			1.14		0.79				2.50	0.63
	% SIDA / totales acum.		0.56	0.36	0.55	0.42	0.50	0.43	0.36	0.63		
TEXCOCO	Defunciones totales	390	443	443	460	409	424	457	420	445	3891	
	Def. totales acumuladas		833	1276	1736	2145	2569	3026	3446	3891		
	Defunciones por SIDA	1	2	1	3	3	5	3	5	10	33	
	Def. por SIDA acumuladas		3	4	7	10	15	18	23	33		
	% SIDA / totales	0.26	0.45	0.23	0.65	0.73	1.18	0.66	1.19	2.25	0.85	
	% SIDA / totales acum.		0.36	0.31	0.40	0.47	0.58	0.59	0.67	0.85		
TLALNEPANTLA	Defunciones totales	1766	1847	1726	1771	1826	1764	1804	1661	1721	15886	
	Def. totales acumuladas		3613	5339	7110	8936	10700	12504	14165	15886		
	Defunciones por SIDA	6	16	17	24	36	44	40	41	50	274	
	Def. por SIDA acumuladas		22	39	63	99	143	183	224	274		
	% SIDA / totales	0.34	0.87	0.98	1.36	1.97	2.49	2.22	2.47	2.91	1.72	
	% SIDA / totales acum.		0.61	0.73	0.89	1.11	1.34	1.46	1.58	1.72		
TULTEPEC	Defunciones totales	110	115	114	120	123	115	128	152	142	1119	
	Def. totales acumuladas		225	339	459	582	697	825	977	1119		
	Defunciones por SIDA	0	1	0	2	0	2	2	0	4	11	
	Def. por SIDA acumuladas		1	1	3	3	5	7	7	11		
	% SIDA / totales		0.87		1.67		1.74	1.56		2.82	0.98	
	% SIDA / totales acum.		0.44	0.29	0.65	0.52	0.72	0.85	0.72	0.98		
TULTITLAN	Defunciones totales	366	435	454	410	468	492	541	524	586	4276	
	Def. totales acumuladas		801	1255	1665	2133	2625	3166	3690	4276		
	Defunciones por SIDA	1	3	3	3	6	10	8	15	11	60	
	Def. por SIDA acumuladas		4	7	10	16	26	34	49	60		
	% SIDA / totales	0.27	0.69	0.66	0.73	1.28	2.03	1.48	2.86	1.88	1.40	
	% SIDA / totales acum.		0.50	0.56	0.60	0.75	0.99	1.07	1.33	1.40		
ZUMPANGO	Defunciones totales	194	200	224	204	158	202	203	218	241	1844	
	Def. totales acumuladas		394	618	822	980	1182	1385	1603	1844		
	Defunciones por SIDA	0	0	1	0	0	2	1	2	0	6	
	Def. por SIDA acumuladas		0	1	1	1	3	4	6	6		
	% SIDA / totales			0.45			0.99	0.49	0.92		0.33	
	% SIDA / totales acum.		0.00	0.16	0.12	0.10	0.25	0.29	0.37	0.33		
CUAUTITLAN IZCALLI	Defunciones totales	476	465	584	574	558	639	632	641	697	5266	
	Def. totales acumuladas		941	1525	2099	2657	3296	3928	4569	5266		
	Defunciones por SIDA	2	0	7	6	5	7	17	13	12	69	
	Def. por SIDA acumuladas		2	9	15	20	27	44	57	69		
	% SIDA / totales	0.42		1.20	1.05	0.90	1.10	2.69	2.03	1.72	1.31	
	% SIDA / totales acum.		0.21	0.59	0.71	0.75	0.82	1.12	1.25	1.31		
CONURBADO TOTAL	Defunciones totales	14740	16196	16561	16271	16625	17042	17050	17303	17760	149548	
	Def. totales acumuladas		30936	47497	63768	80393	97435	114485	131788	149548		
	Defunciones por SIDA	79	146	196	248	278	398	360	416	422	2543	
	Def. por SIDA acumuladas		225	421	669	947	1345	1705	2121	2543		
	% SIDA / totales	0.54	0.90	1.18	1.52	1.67	2.34	2.11	2.40	2.38	1.70	
	% SIDA / totales acum.		0.73	0.89	1.05	1.18	1.38	1.49	1.61	1.70		

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, Mortalidad, Estadísticas Sociodemográficas, 1994 e INEGI, Base de datos de Mortalidad, 1998.

ANEXO. Cuadro 16. Comparación de las defunciones por SIDA respecto al total de defunciones en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1988 y 1996, por sexo y grupos seleccionados de edad.

AÑO	MUJERES						HOMBRES					
	25-29			30-34			25-29			30-34		
	total	SIDA	%	total	SIDA	%	total	SIDA	%	total	SIDA	%
1988	251		0.00	252	1	0.40	754	11	1.46	710	27	3.80
1989	270	8	2.96	243	3	1.23	752	28	3.72	706	31	4.39
1990	276	4	1.45	268	13	4.85	787	48	6.10	764	39	5.10
1991	251	5	1.99	261	15	5.75	702	57	8.12	790	54	6.84
1992	263	14	5.32	291	12	4.12	811	51	6.29	729	65	8.92
1993	267	9	3.37	291	19	6.53	897	86	9.59	802	85	10.60
1994	277	12	4.33	279	8	2.87	788	80	10.15	891	96	10.77
1995	272	11	4.04	296	10	3.38	861	86	9.99	802	93	11.60
1996	275	8	2.91	301	15	4.98	854	71	8.31	834	95	11.39
Total	2402	71	2.96	2482	96	3.87	7206	518	7.19	7028	585	8.32

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, Mortalidad, Estadísticas Sociodemográficas, 1994 e INEGI, Base de datos de Mortalidad, 1998.

ANEXO. Cuadro 17. Defunciones registradas por SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1988 y 1996, según escolaridad y grupos de edad, Hombres.

ESCOLARIDAD		GRUPO DE EDAD																Total	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 y más		n.e.
Sin escolaridad	Observado	4	2	1	1	4	6	13	7	4	6	8	4	1	6	3	2		72
	% de escolaridad	5.6	2.8	1.4	1.4	5.6	8.3	18.1	9.7	5.6	8.3	11.1	5.6	1.4	8.3	4.2	2.8		100.0
	% de Grupo de edad	22.2	22.2	14.3	4.3	1.9	1.2	2.2	1.6	1.4	3.1	7.2	6.3	2.5	28.6	27.3	28.6		2.8
Menos de tres años de primaria	Observado		3	1	1	7	18	22	35	25	15	14	11	6	3	2			163
	% de escolaridad		1.8	0.6	0.6	4.3	11.0	13.5	21.5	15.3	9.2	8.6	6.7	3.7	1.8	1.2			100.0
	% de Grupo de edad		33.3	14.3	4.3	3.4	3.5	3.8	7.9	8.8	7.7	12.6	17.5	15.0	14.3	18.2			6.4
De tres a cinco años de primaria	Observado		1	2	2	11	33	33	40	27	32	17	7	10	5	2	1		223
	% de escolaridad		0.4	0.9	0.9	4.9	14.8	14.8	17.9	12.1	14.3	7.6	3.1	4.5	2.2	0.9	0.4		100.0
	% de Grupo de edad		11.1	28.6	8.7	5.3	6.4	5.6	9.0	9.5	16.5	15.3	11.1	25.0	23.8	18.2	14.3		8.8
Primaria completa	Observado			2	5	47	100	140	107	81	53	38	26	15	3	3	1		621
	% de escolaridad			0.3	0.8	7.6	16.1	22.5	17.2	13.0	8.5	6.1	4.2	2.4	0.5	0.5	0.2		100.0
	% de Grupo de edad			28.6	21.7	22.8	19.3	23.9	24.0	28.5	27.3	34.2	41.3	37.5	14.3	27.3	14.3		24.4
Secundaria o equivalente	Observado			1	9	74	150	143	91	52	40	11	5	1					577
	% de escolaridad			0.2	1.6	12.8	26.0	24.8	15.8	9.0	6.9	1.9	0.9	0.2					100.0
	% de Grupo de edad			14.3	39.1	35.9	29.0	24.4	20.4	18.3	20.6	9.9	7.9	2.5					22.7
Preparatoria o equivalente	Observado				5	44	120	133	67	36	19	9	3	4	2	1	1		444
	% de escolaridad				1.1	9.9	27.0	30.0	15.1	8.1	4.3	2.0	0.7	0.9	0.5	0.2	0.2		100.0
	% de Grupo de edad				21.7	21.4	23.2	22.7	15.1	12.7	9.8	8.1	4.8	10.0	9.5	9.1	14.3		17.4
Profesional	Observado					16	85	91	87	58	27	14	6	1					386
	% de escolaridad					4.1	22.0	23.6	22.5	15.0	7.0	3.6	1.6	0.3					100.0
	% de Grupo de edad					7.8	16.4	15.6	19.6	20.4	13.9	12.6	9.5	2.5					15.2
No especificada	Observado	14	3			3	6	10	11	1	2		1	2	2				59
	% de escolaridad	23.7	5.1			5.1	10.2	16.9	18.6	1.7	3.4		1.7	3.4	3.4				100.0
	% de Grupo de edad	77.8	33.3			1.5	1.2	1.7	2.5	0.4	1.0		1.6	5.0	9.5				2.3
Total	Observado	18	9	7	23	206	518	585	445	284	194	111	63	40	21	11	7	3	2545
	% de escolaridad	0.7	0.4	0.3	0.9	8.1	20.4	23.0	17.5	11.2	7.6	4.4	2.5	1.6	0.8	0.4	0.3	0.10	100.0
	% de Grupo de edad	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, Mortalidad, Estadísticas Sociodemográficas, 1994 e INEGI, Base de datos de Mortalidad, 1998.

ANEXO. Cuadro 18. Defunciones registradas por SIDA en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1988 y 1996, según escolaridad y grupos de edad, Mujeres.

ESCOLARIDAD		GRUPO DE EDAD														Total	
		0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +		n.e.
Sin escolaridad	Observado	3	3		1	2	2	11	5	6	6	6	4	1	1		51
	% de escolaridad	5.9	5.9		2.0	3.9	3.9	21.6	9.8	11.8	11.8	11.8	7.8	2.0	2.0		100.0
	% de Grupo de edad	23.1	50.0		50.0	5.7	2.8	11.5	6.3	11.8	18.8	31.6	28.6	25.0	16.7		11.8
Menos de tres años de primaria	Observado		1			4	7	13	11	4	6	4	2		1		53
	% de escolaridad		1.9			7.5	13.2	24.5	20.8	7.5	11.3	7.5	3.8		1.9		100.0
	% de Grupo de edad		16.7			11.4	9.9	13.5	13.8	7.8	18.8	21.1	14.3		16.7		12.2
De tres a cinco años de primaria	Observado			1		4	7	9	7	15	5	3	1	1	1		54
	% de escolaridad			1.9		7.4	13.0	16.7	13.0	27.8	9.3	5.6	1.9	1.9	1.9		100.0
	% de Grupo de edad			50.0		11.4	9.9	9.4	8.8	29.4	15.6	15.8	7.1	25.0	16.7		12.5
Primaria completa	Observado			1	1	13	20	29	37	14	10	3	5	2	2		137
	% de escolaridad			0.7	0.7	9.5	14.6	21.2	27.0	10.2	7.3	2.2	3.6	1.5	1.5		100.0
	% de Grupo de edad			50.0	50.0	37.1	28.2	30.2	46.3	27.5	31.3	15.8	35.7	50.0	33.3		31.6
Secundaria o equivalente	Observado					9	24	21	10	5	3						72
	% de escolaridad					12.5	33.3	29.2	13.9	6.9	4.2						100.0
	% de Grupo de edad					25.7	33.8	21.9	12.5	9.8	9.4						16.6
Preparatoria o equivalente	Observado					2	5	6	3	4	1	2	1				24
	% de escolaridad					8.3	20.8	25.0	12.5	16.7	4.2	8.3	4.2				100.0
	% de Grupo de edad					5.7	7.0	6.3	3.8	7.8	3.1	10.5	7.1				5.5
Profesional	Observado					1	2	5	6	2	1	1					18
	% de escolaridad					5.6	11.1	27.8	33.3	11.1	5.6	5.6					100.0
	% de Grupo de edad					2.9	2.8	5.2	7.5	3.9	3.1	5.3					4.2
No especificada	Observado	10	2				4	2	1	1			1		1	2	24
	% de escolaridad	41.7	8.3				16.7	8.3	4.2	4.2			4.2		4.2	8.3	100.0
	% de Grupo de edad	76.9	33.3				5.6	2.1	1.3	2.0			7.1		16.7	100.0	5.5
Total	Observado	13	6	2	2	35	71	96	80	51	32	19	14	4	6	2	433
	de escolaridad	3.0	1.4	0.5	0.5	8.1	16.4	22.2	18.5	11.8	7.4	4.4	3.2	0.9	1.4	0.5	100.0
	de Grupo de edad	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base en INEGI, Mortalidad, Estadísticas Sociodemográficas, 1994 e INEGI, Base de datos de Mortalidad, 1998.

Cuadro 19. Inmigración a los municipios conurbados del Área Metropolitana de la Ciudad de México, Censo de 1990.

MUNICIPIOS CONURBADOS	Población municipal de 5 años y más			Inmigrantes internos			Inmigrantes internacionales			Inmigrantes totales	
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	% del conurbado
ACOLMAN	38174	18353	19821	649	268	381	10	7	3	659	0.31
ATENCO	18842	9354	9488	164	76	88	11	6	5	175	0.08
ATIZAPAN DE ZARAGOZA	275718	134320	141398	10273	4540	5733	594	305	289	10867	5.11
COACALCO	135540	65778	69762	3808	1726	2082	126	65	61	3934	1.85
CUAUTITLAN	42827	20994	21833	1359	622	737	36	21	15	1395	0.66
CHALCO	241465	120556	120909	11430	5718	5712	89	49	40	11519	5.41
CHICOLOAPAN	49823	24525	25298	1452	698	754	18	11	7	1470	0.69
CHIMALHUACAN	206672	102908	103764	8967	4436	4531	59	37	22	9026	4.24
ECATEPEC	1066538	523621	542917	35997	17159	18838	546	308	238	36543	17.17
HUIXQUILUCAN	115663	54139	61524	4687	1311	3376	855	425	430	5542	2.60
IXTAPALUCA	118702	59108	59594	4109	1962	2147	72	47	25	4181	1.96
JALTENCO	20000	9913	10087	353	174	179	3	2	1	356	0.17
MELCHOR OCAMPO	22828	11276	11552	506	245	261	3	1	2	509	0.24
NAUCALPAN	695320	341066	354254	34442	17461	16981	1655	833	822	36097	16.96
NEZAHUALCOYOTL	1104558	539128	565430	30881	14551	16330	600	355	245	31481	14.79
NEXTLALPAN	9304	4539	4765	240	101	139	2	1	1	242	0.11
NICOLAS ROMERO	160200	79166	81034	3268	1575	1693	41	26	15	3309	1.56
PAZ, LA	117252	57712	59540	4273	2075	2198	62	39	23	4335	2.04
TECAMAC	108246	53309	54937	3732	1809	1923	72	45	27	3804	1.79
TEOLOYUCAN	36562	18130	18432	602	274	328	18	13	5	620	0.29
TEPOTZOTLAN	34270	16949	17321	834	386	448	21	14	7	855	0.40
TEXCOCO	124612	62779	61833	5289	3404	1885	314	176	138	5603	2.63
TLALNEPANTLA	625801	305058	320743	20294	9459	10835	540	301	239	20834	9.79
TULTEPEC	40884	20077	20807	1284	606	678	19	12	7	1303	0.61
TULTITLAN	214884	105626	109258	6744	3213	3531	99	57	42	6843	3.22
ZUMPANGO	62087	30747	31340	1494	733	761	30	14	16	1524	0.72
CUAUTITLAN IZCALLI	287055	140627	146428	9436	4282	5154	320	172	148	9756	4.58
<b>CONURBADO TOTAL</b>	<b>5973827</b>	<b>2929758</b>	<b>3044069</b>	<b>206567</b>	<b>98864</b>	<b>107703</b>	<b>6215</b>	<b>3342</b>	<b>2873</b>	<b>212782</b>	<b>100.00</b>

Fuente: INEGI, XI Censo de Población y Vivienda, 1990.

ANEXO. Cuadro 20. Casos notificados de SIDA de inmigrantes en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, por año de notificación y sexo.

Casos de SIDA	AÑO DE NOTIFICACIÓN													Total
	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997		
Total de casos Observados de inmigrantes	2	2	6	12	11	10	15	24	10	8	2	3	105	
% del total	1.9	1.9	5.7	11.4	10.5	9.5	14.3	22.9	9.5	7.6	1.9	2.9	100.0	
Hombres Observados Inmigrantes	2	2	6	12	10	8	13	21	10	8	2	2	96	
% de hombres	2.1	2.1	6.3	12.5	10.4	8.3	13.5	21.9	10.4	8.3	2.1	2.1	100.0	
Mujeres Observados inmigrantes					1	2	2	3					9	
% de mujeres					11.1	22.2	22.2	33.3				11.1	100.0	

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 21. Casos notificados de SIDA de inmigrantes en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, municipio y sexo.

MUNICIPIOS CONURBADOS	Migrantes con SIDA		
	Hombres	Mujeres	Total
ACOLMAN	1		1
COACALCO	6		6
CHALCO	4	1	5
CHIMALHUACAN	3		3
ECATEPEC	20		20
NAUCALPAN	12	1	13
NEZAHUALCOYOTL	29	4	33
NICOLAS ROMERO	1		1
TECAMAC	2		2
TEOLOYUCAN	1		1
TLALNEPANTLA	9	2	11
TULTITLAN	1	1	2
CUAUTITLAN IZCALLI	7		7
CONURBADO TOTAL	96	9	105

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 22. Casos notificados de SIDA de inmigrantes en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, por grupo de edad y sexo.

Casos de SIDA	GRUPO DE EDAD												Total
	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 y +	n.e.	
Total de casos Observados de inmigrantes	3	12	22	28	14	10	4	3	4	1	2	2	105
% del total	2.9	11.4	21.0	26.7	13.3	9.5	3.8	2.9	3.8	1.0	1.9	1.9	100.0
Hombres Observados Inmigrantes	2	11	21	26	13	9	4	3	3	1	2	1	96
% de hombres	2.1	11.5	21.9	27.1	13.5	9.4	4.2	3.1	3.1	1.0	2.1	1.0	100.0
Mujeres Observados inmigrantes	1	1	1	2	1	1			1				9
% de mujeres	11.1	11.1	11.1	22.2	11.1	11.1			11.1				100.0

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 23. Casos notificados de SIDA de inmigrantes en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, por categoría de transmisión y sexo.

CATEGORÍA DE TRANSMISIÓN	Total		Hombres		Mujeres	
	Observado	% del total	Observado	% de hombres	Observado	% de mujeres
Homosexuales	31	29.50%	31	32.30%		
Bisexuales	22	21.00%	22	22.91%		
Heterosexuales sin especificación	9	8.60%	8	8.33%	1	11.11%
Heterosexuales Sexo-SIDA	9	8.60%	6	6.25%	3	33.33%
Heterosexuales Sexo-prostituta	11	10.50%	11	11.46%		
<b>SUBTOTAL DE LA TRANSMISIÓN SEXUAL</b>	<b>82</b>	<b>78.10%</b>	<b>78</b>	<b>81.25%</b>	<b>4</b>	<b>44.44%</b>
Transfusión	5	4.80%	4	4.17%	1	11.11%
Ex-Donadores Remunerados	2	1.90%	1	1.04%	1	11.11%
Hemofílicos	1	0.95%	1	1.04%		
Drogadictos intravenosos	1	0.95%			1	11.11%
<b>SUBTOTAL DE LA TRANSMISIÓN SANGUÍNEA</b>	<b>9</b>	<b>8.60%</b>	<b>6</b>	<b>6.25%</b>	<b>3</b>	<b>33.33%</b>
Homosexuales drogadictos intravenosos	1	0.95%	1	1.04%		
<b>SUBTOTAL</b>	<b>92</b>	<b>87.65%</b>	<b>88</b>	<b>88.54%</b>	<b>7</b>	<b>77.78%</b>
No especificado	13	12.35%	11	11.46%	2	22.22%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100.00%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>	<b>9</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 24. Casos notificados de SIDA de inmigrantes en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, por escolaridad y sexo.

ESCOLARIDAD	Total		Hombres		Mujeres	
	Observado	% de total	Observado	% de hombres	Observado	% de mujeres
Analfabeta	2	1.90%	2	2.08%		
Primaria incompleta	8	7.62%	6	6.25%	2	22.20%
Primaria completa	13	12.38%	10	10.42%	3	33.30%
Secundaria incompleta	3	2.86%	3	3.13%		
Secundaria completa	13	12.38%	12	12.50%	1	11.10%
Carrera Técnica	4	3.81%	4	4.17%		
Bachillerato	14	13.33%	14	14.58%		
Profesional	12	11.43%	12	12.50%		
n.e.	36	34.29%	33	34.38%	3	33.30%
<b>Total</b>	<b>105</b>	<b>100.00%</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>	<b>9</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 25. Casos notificados de SIDA de inmigrantes en los municipios conurbados del A.M. de la Ciudad de México entre 1986 y 1998, por estado civil y sexo.

ESTADO CIVIL	Hombres		Mujeres	
	Observado	% de hombres	Observado	% de mujeres
Soltero	47	48.96%	2	22.20%
Casado	22	22.92%	3	33.30%
Separado	1	1.04%		
Unión libre	4	4.17%	2	22.20%
Viudo	1	1.04%	2	22.20%
n.e.	21	21.88%		
<b>Total</b>	<b>96</b>	<b>100.00%</b>	<b>9</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia con base en SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

ANEXO. Cuadro 26. Índice de migración diferencial. Relación entre tasa de inmigración de la población con SIDA y tasa de inmigración de la población total de cada municipio.

MUNICIPIOS CONURBADOS	Población con SIDA			Población municipal			Índice/100		
	Ms/Ps	Msina/Ps	Ms/Ps	Mi/P	Mina/P	M/P	INTERNA	INTER-NACIONAL	TOTAL
ACOLMAN	0.0000	0.1250	0.1250	0.0035	0.0001	0.0036	-1.0	2338.1	33.8
ATENCO	Indeterm.	Indeterm.	Indeterm.	0.0018	0.0001	0.0019	Indeterm.	Indeterm.	Indeterm.
ATIZAPAN DE ZARAGOZA	0.0000	0.0000	0.0000	0.0080	0.0005	0.0085	-1.0	-1.0	-1.0
COACALCO	0.0330	0.0330	0.0659	0.0061	0.0002	0.0063	4.4	163.2	9.5
CUAUTITLAN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0065	0.0002	0.0066	-1.0	-1.0	-1.0
CHALCO	0.0278	0.0185	0.0463	0.0124	0.0001	0.0125	1.2	191.9	2.7
CHICOLOAPAN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0067	0.0001	0.0068	-1.0	-1.0	-1.0
CHIMALHUACAN	0.0079	0.0157	0.0236	0.0115	0.0001	0.0116	-0.3	206.9	1.0
ECATEPEC	0.0206	0.0137	0.0343	0.0073	0.0001	0.0074	1.8	123.7	3.7
HUIXQUILUCAN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0089	0.0016	0.0105	-1.0	-1.0	-1.0
IXTAPALUCA	0.0000	0.0000	0.0000	0.0076	0.0001	0.0078	-1.0	-1.0	-1.0
JALTENCO	Indeterm.	Indeterm.	Indeterm.	0.0044	0.0000	0.0044	Indeterm.	Indeterm.	Indeterm.
MELCHOR OCAMPO	0.0000	0.0000	0.0000	0.0047	0.0000	0.0047	-1.0	-1.0	-1.0
NAUCALPAN	0.0280	0.0051	0.0331	0.0098	0.0005	0.0103	1.9	9.8	2.2
NEZAHUALCOYOTL	0.0179	0.0150	0.0329	0.0053	0.0001	0.0054	2.4	143.2	5.0
NEXTLALPAN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0054	0.0000	0.0055	-1.0	-1.0	-1.0
NICOLAS ROMERO	0.0227	0.0000	0.0227	0.0044	0.0001	0.0045	4.1	-1.0	4.1
PAZ, LA	0.0000	0.0000	0.0000	0.0076	0.0001	0.0077	-1.0	-1.0	-1.0
TECAMAC	0.0690	0.0000	0.0690	0.0073	0.0001	0.0075	8.4	-1.0	8.2
TEOLOYUCAN	0.0000	0.0833	0.0833	0.0035	0.0001	0.0036	-1.0	807.8	22.2
TEPOTZOTLAN	0.0000	0.0000	0.0000	0.0051	0.0001	0.0053	-1.0	-1.0	-1.0
TEXCOCO	0.0000	0.0000	0.0000	0.0088	0.0005	0.0093	-1.0	-1.0	-1.0
TLALNEPANTLA	0.0159	0.0132	0.0291	0.0062	0.0002	0.0063	1.6	79.7	3.6
TULTEPEC	0.0000	0.0000	0.0000	0.0072	0.0001	0.0073	-1.0	-1.0	-1.0
TULTITLAN	0.0115	0.0115	0.0230	0.0070	0.0001	0.0071	0.6	111.3	2.2
ZUMPANGO	0.0000	0.0000	0.0000	0.0050	0.0001	0.0051	-1.0	-1.0	-1.0
CUAUTITLAN IZCALLI	0.0137	0.0342	0.0479	0.0074	0.0003	0.0077	0.9	135.5	5.3
<b>CONURBADO TOTAL</b>	<b>0.0184</b>	<b>0.0138</b>	<b>0.0322</b>	<b>0.0071</b>	<b>0.0002</b>	<b>0.0074</b>	<b>1.6</b>	<b>63.2</b>	<b>3.4</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de INEGI, X Censo de Población y Vivienda 1980, XI Censo de Población y Vivienda, 1990 y SSA, DGE, Registro Nacional de Casos de SIDA, 1999.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bronfman, Mario (1992), "Migración y SIDA en México", en University of California, *SIDA. Un Reto Binacional. Ponencias seleccionadas de la Conferencia Binacional sobre el SIDA*, pp. 26-27.
- y Sergio Camposortega y Hortencia Medina (1989), "La migración internacional y el SIDA: el caso de México y Estados Unidos", en Sepúlveda Amor *et. al.*, Jaime, *Sida, ciencia y sociedad en México*, Secretaría de Salud y FCE.
- y Nelson Minello (1995), "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos de América. Prácticas de riesgo para la infección por VIH", en CONASIDA, *SIDA en México. Migración, adolescencia y género*. Información Profesional Especializada, México.
- y Carlos Magis (1996), "Tercermundización, depauperación y ruralización. La evolución del SIDA", en *Demos. Carta demográfica sobre México. 1996*, México.
- , Gisela Sejenovich y Patricia Uribe (1998), *Migración y SIDA en México y América Central. Una revisión de la literatura*, Ángulos del SIDA, México.
- Browning, Harley y Rodolfo Corona (1995), "La emigración inesperada de los chilangos", en *Demos. Carta demográfica sobre México. 1995*, México.
- Calderón, Ricardo (1997), *The HIV/AIDS Multidimensional Model*, AIDSCAP/USAID, Arlington.
- Cárdenas-Elizalde Ma. del Rosario (1988), "Migración y SIDA en México", en *Salud Pública de México* 1988; 30:613-618.
- Castañeda, X., Allen, B., y Castañeda, I. (1996), "Migration, virginity and sexual initiation: factors associated with STD/AIDS risk perception among rural adolescents in Mexico", abstract en *World AIDS Conference, Vancouver*.
- Chávez Galindo, Ana María (1999), *La nueva dinámica de la migración interna en México de 1970 a 1990*, UNAM-CRIM, Cuernavaca.
- Christenson B (1995), "Las implicaciones del SIDA en la fuerza de trabajo en México", en *Salud Pública de México* 1995; 37:619-628.
- Cleland, John y Benoît Ferry (1995), *Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World*, Taylor and Francis/World Health Organization, Londres.
- CONASIDA (1992), *Boletín mensual SIDA/ETS*, México.
- (1997), *SIDA/ETS, Enfermedades de Transmisión Sexual*, nº2, volumen 3, mayo-julio, México.
- (1998), *SIDA/ETS, Enfermedades de Transmisión Sexual*, nº2, volumen 4, abril-junio, México.
- , <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>.
- Corona Cuapio, Reina (1998), *La región centro de México ¿Una región funcional urbana?*, tesis de maestría en Desarrollo Urbano, El Colegio de México.
- Corona Cuapio, Reina (1998), *La región centro de México ¿Una región funcional urbana?*, tesis de maestría en Desarrollo Urbano, El Colegio de México.
- y Rodolfo Luque González (1992), "Cambios recientes en los patrones migratorios a la Zona Metropolitana de la Ciudad de México (ZMCM)", en *Estudios Demográficos y Urbanos* (20-21), Vol. 7, Nº 2 y 3, mayo-diciembre.
- Courgeau, Daniel (1985), "Interaction between spatial mobility, family and career life-cycle: A French survey", en *European Sociological Review*, Vol. 1, Nº2, september 1985, Oxford University Press.
- Del Río-Zolezzi A, Liguori AL, Magis-Rodríguez C, Valdespino-Gómez JL, García-García ML, Sepúlveda-Amor J. (1995), "La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México", en *Salud Pública de México* 1995; 37:581-591.
- Garrocho, Carlos, "Distribución espacial de la población en la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, 1950-1990", en *Estudios Demográficos y Urbanos* 31, Vol. 11, Núm. 1, enero-abril de 1996.
- Graizbord, Boris y Alejandro Mina (1994), "Los ámbitos geográficos del componente migratorio de la ciudad de México", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 9, nº 3, septiembre-diciembre.

- Haour-Knipe, Mary y Richard Rector (1996), *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*, Londres, Taylor and Francis.
- Hernández, M., Uribe-Zúñiga, P., y Gortmaker, SL. (1992), "Sexual behaviour and status for human immunodeficiency virus type 1 among homosexual and bisexual males in México City", en *American Journal of Epidemiology*; 135, (8), 883-94, abril 1992.
- INEGI (1984), *X Censo General de Población y Vivienda, 1980, Estado de México*, Volumen II, Tomo 15, México.
- (1991), *XI Censo General de Población y Vivienda, 1990, Estado de México*, Resultados Definitivos, Tomo I, Tabulados Básicos.
- (1996), *Conteo de Población y Vivienda, 1995*. Resultados Definitivos, Tabulados básicos, Aguascalientes.
- (1994), *Mortalidad*, Estadísticas Sociodemográficas Volumen III, Aguascalientes.
- (1998), Base de datos sobre mortalidad.
- IUSSP/Institute of Population Studies of Chulalongkorn University (1994), *Seminar on Sexual Sub-Cultures and Migration in the Era of Aids/Stds*, IUSSP, Belgium.
- Izazola-Licea, José Antonio (1996), "El Impacto del Sida en América Latina y el Caribe. Hacia un enfoque regional", en *Gaceta Médica de México*, Vol. 132, Suplemento N° 1.
- , Maricruz Valdez-García, Héctor Javier Sánchez-Pérez, y Carlos del Río-Chiriboga (1995), "La mortalidad por el SIDA en México de 1983 a 1992. Tendencias y Años Perdidos de Vida Potencial", en *Salud Pública de México*, Vol. 37, N° 2, marzo-abril.
- Lalou, Richard y Victor Piché (1994), *Migration et Sida en Afrique de L'Ouest. Un état des connaissances*, CEPED, Les dossiers du CEPED n° 28, Paris, Nov. 1994.
- Letra S, Salud, sexualidad y SIDA, Suplemento de La Jornada, 5 de febrero de 1998. Tema: grupos vulnerables.
- , Suplemento de La Jornada, 8 de abril de 1999. Tema: Vigilar la sangre.
- Liguori, Ana Luisa (1995), "Las investigaciones sobre bisexualidad en México", en *Debate Feminista*, Año 6, Vol. 11, abril, México.
- Magis-Rodríguez C., Del Río-Zolezzi A, Valdespino-Gómez JL, García-García ML (1995), "Casos de SIDA en el área rural en México", en *Salud Pública de México* 1995; 37:615-623.
- , Loo E, Del Río C. (1996), "La epidemia de SIDA en México. Análisis Global 1981 -1996", en *Gaceta Médica de México*, Vol. 132, N° 5, México.
- , Ruiz-Badillo, Armando, Ortiz-Mondragón, Raúl, Loya-Sepúlveda, Martha, Bravo-Portela, Ma. José, Lozada-Romero, Remedios (1997); "Estudio sobre prácticas de riesgo de infección para VIH/SIDA en inyectores de drogas de la Cd. de Tijuana B.C.", en *Revista de Salud Fronteriza*, julio/agosto/septiembre, Vol. II, N° 3.
- , Bravo García E., Anaya López L., Uribe Zúñiga P., (1998a), "La situación del SIDA en México a finales de 1998", en *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, Volumen 18, Núm. 6, noviembre-diciembre.
- et al. (1998b), "Rural AIDS cases in Mexico", abstract presentado en la 12<sup>th</sup> World AIDS Conference, 28 de junio-3 de julio de 1998.
- Matsuí Santana O, Rizo Curiel G, Díaz Santana D (1992), "Estudio comparativo entre migrantes y no migrantes, un estudio CAP", en University of California, *SIDA. Un Reto Binacional. Ponencias seleccionadas de la Conferencia Binacional sobre el SIDA*, 28-29.
- Naciones Unidas, *Factores demográficos y consecuencias de las tendencias demográficas*, Vol. I, Estudios sobre Población, N° 50, Nueva York, 1978, Capítulo VI.
- Negrete Salas, María Eugenia (1990), "La migración a la Ciudad de México: un proceso multifacético", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, Vol. 5, n° 3, septiembre-diciembre.
- Nigenda, Gustavo y Ana Langer (eds.) (1995), *Métodos Cualitativos para la Investigación en Salud Pública*, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

- Ocampo Arenal (s.f.), Emilio, *Indicadores de bienestar e índices de marginalidad en el Estado de México*, Gobierno del Estado de México e Instituto de Información e Investigación Geográfica, Estadística y Catastral, Toluca.
- ONUSIDA (1999), <http://www.unaids.org>, *La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1998*.
- Panos HIV/AIDS Briefing, *AIDS and MEN. Old problem, new angle*, N° 6, december 1998.
- Pineda TE, Loeza BF, Heredia-Cerna R., Vázquez NJ, Hernández VE, (1992), "Perfil del michoacano emigrado a los EEUU y el impacto de la epidemiología del VIH/SIDA en la región", abstract en *III Congreso Nacional de Investigación sobre Salud*, México.
- Population Reports*, Vol. XXIV, n° 3, noviembre de 1996, The Johns Hopkins School of Public Health.
- Ruiz-Badillo A, et al.(1997), "Estudio sobre prácticas de riesgo de infección para VIH/SIDA en inyectores de drogas de la ciudad de Tijuana, B.C.", en *VII Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública*, México.
- Sabatier, Renée (1996), "Migrants and AIDS: Themes of Vulnerability and Resistance", en Haour-Knipe, M. y R. Rector, *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*, Taylor and Francis, London.
- Salgado de Snyder, V. Nelly (1998), "Migración, sexualidad y SIDA en mujeres de origen rural: sus implicaciones psicosociales", en Szasz, Ivonne y Susana Lerner, *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México.
- Salgado Vera, Jesús (1993), *Estado de México. Evolución socioeconómica 1989-1993*, UAEM, México.
- Santarríaga, M., Magis C., Loo E., Baez-Villaseñor J., y C. Del Río (1996), "HIV/AIDS in a migrant exporter Mexican state", en *International Conference on AIDS*, 7-12 julio de 1996, abstract n° Tu.D.2906.
- Secretaría de Salud, Grupo Interinstitucional del VIH-SIDA del CONAVE (1998), *Manual para la vigilancia epidemiológica del VIH-SIDA*, México.
- , Dirección General de Epidemiología (1999a), Registro Nacional de Casos de SIDA.
- , Dirección General de Epidemiología (1999b), "Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA", en *Boletín epidemiológico Semanal* (Semana 02: del 10 al 16 de enero de 1999), México.
- , Dirección General de Epidemiología (1999c), <http://www.ssa.gob.mx/prop/estadis/>.
- Sepúlveda Amor, Jaime et al. (1989), *SIDA, ciencia y sociedad en México*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Simmons, Alan B. (1991), "Explicando la migración: la teoría en la encrucijada", en *Estudios Demográficos y Urbanos* 16, Vol. 6, N° 1, enero-abril de 1991.
- Soler-Claudín C, Gudiño-Rosales JC, "A 11 años del descubrimiento del virus de inmunodeficiencia humana", en *Salud Pública de México* 1995; 37:499-509.
- Spiegelman, Mortimer (1972), *Introducción a la demografía*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (1996), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México, México.
- Tielman, Rob, Manuel Carballo y Aart Hendriks (1991), *Bisexuality and HIV/AIDS. A Global Perspective*, Prometheus Books, New York.
- Torres Arias, María Antonieta y Ana Luisa Liguori (1994), "La negociación para la prevención del sida: entre el deseo y el poder", en *Debate Feminista*, Año 5, Vol. 9, marzo, México.
- Valdespino, José Luis, Ma. de Lourdes García y José Antonio Izazola (1989), "Distribución de la epidemia del SIDA", en Sepúlveda et al., *SIDA, ciencia y sociedad en México*, Fondo de Cultura Económica, México.
- , García-García ML, Del Río-Zolezzi A, Loo-Méndez E, Magis-Rodríguez C, Salcedo-Alvarez RA (1995), "Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995", en *Salud Pública de México* 1995; 37:556-571.
- Van Campenhoudt, Luc, Mitchell Cohen, Gustavo Guizzardi, Dominique Hausser (1997), *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*, Taylor and Francis, London.

**Weeks, Jeffrey (1995), "Valores sexuales en la era del sida", en *Debate Feminista*, Año 6, Vol. 11, abril, México.**