

Prevención del VIH en hombres homosexuales, gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres de México

Juan Carlos Mendoza-Pérez
Héctor Alexis López-Barrientos

Introducción

El mundo académico tuvo que enfrentar un enorme reto al comienzo de la epidemia por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), pues su desconocimiento y el crecimiento exponencial de personas con la infección puso en jaque a los sistemas de salud, a diversos sectores vulnerabilizados y a la sociedad en general. Por ello, tanto las ciencias biológicas como las sociales/humanas movilizaron sus recursos para incidir en la emergencia sanitaria que supuso la llegada de este “nuevo virus”.

La naturaleza epidémica de la situación implicaba afrontarla desde su parte biológica, en el que el paradigma intervencionista-epidemiológico dominante en salud pública fuera la guía para la acción colectiva. Sin embargo, esta acción no podía dejar fuera otros factores que incidían en el incremento de las transmisiones. En otras palabras, también era necesario tener una perspectiva social y cultural del problema. En nuestro país, el trabajo de Galván de 1988, *El Sida en México: los efectos sociales*, condensa las primeras aproximaciones que buscaban comprender socialmente la “enfermedad del sida”, así como repercutir en la conciencia colectiva y en los espacios de poder.

La década de 1980, dentro de la que se publicó dicho trabajo, fue un hito para el movimiento político de la disidencia sexual que venía gestándose desde unos años antes a nivel mundial. Siendo la despatologización una de sus principales consignas, no es para menos que la expansión global del VIH significara un revés en esta cuestión, regresando a las identidades sexuales y de género no normativas al cajón de la enfermedad y la anomia.

González Villarreal (1988) menciona “La apuesta de los homosexuales es anodina: qué sentido tiene ya continuar construyendo mecanismos de

socialización preventiva, o dejar fluir las representaciones, ante el duelo impuesto por el sida; es cerrar un ciclo de la sexualidad de lo que se trata, de liquidar una etapa: ¿a muerte?"¹

No es casualidad la atención que ocupan los hombres homosexuales, gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (HGBHSH).² Los datos muestran que este sector de la población es uno de los grupos con las prevalencias más altas de la infección por VIH en casi todo el mundo, siendo mayores los porcentajes en América Latina y el Caribe (junto con las mujeres trans, trabajadoras/es sexuales, personas que se inyectan drogas y personas privadas de su libertad).³

En ese sentido, desde una perspectiva en salud pública con claros virajes al análisis sociocultural, en este capítulo se abordarán las estrategias de prevención del VIH en poblaciones de HGBHSH. En la primera sección se presentará una revisión de la literatura en torno al uso del condón en México por parte de las poblaciones anteriormente mencionadas: se reportarán las distintas prevalencias y su uso en distintos años, así como lo encontrado en diferentes

¹ Roberto González Villarreal. "SIDA e identidad homosexual (Notas para una colisión circunstancial)", en *El Sida en México: los efectos sociales*, México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1988, 251.

² Para este trabajo se consideran las poblaciones gay, homosexual y bisexual como categorías de identidad sexual, mientras que los hombres que tienen sexo con hombres, como una categoría epidemiológica que se centra en la práctica sexual.

³ Patrick S. Sullivan et al. "Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men", *The Lancet* 380, no. 9839 (2012), 388-99. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60955-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60955-6); Chris Beyrer et al. "The increase in global HIV epidemics in MSM", *Aids* 27, no. 17 (2013), 2665-2678. <https://doi.org/10.1097/01.aids.0000432449.30239.fe>; Glenn Milo Santos et al. "Homophobia as a barrier to HIV prevention service access for young men who have sex with men", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 63, no. 5 (2013), 167-170. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e318294de80>; Patrick S. Sullivan et al. "Emerging technologies for HIV prevention for MSM: What we have learned, and ways forward", *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 63, no. suppl. 1 (2013), 102-107. <https://doi.org/10.1097/QAI.0b013e3182949e85>; Sheldon R. Morris y Susan J. Little. "msm: Resurgent epidemics", *Current Opinion in HIV and AIDS* 6, no. 4 (2011), 326-32. <https://doi.org/10.1097/COH.0b013e3283476c29>; John Harold Estrada M. "La infección por VIH/sida entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América Latina", *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* 22, no. 1 (2004), 107-20; Augusto Mathias et al. "Thematic synthesis HIV prevention qualitative studies in men who have sex with men (MSM)", *Colombia Médica* 50, no. 3 (2019), 201-14. <https://doi.org/10.25100/cm.v50i3.4078>.

ciudades de la República Mexicana. Además, se comentarán los principales factores vinculados al no uso de condón.

En la segunda sección, inspirándonos en el esquema de Mathias et al.⁴ sobre los tipos de prevención, se problematiza la prevención combinada y se discuten con mayor énfasis los aspectos estructurales. En la tercera sección, se presentará un análisis de las principales recomendaciones presentes en diversas investigaciones mexicanas en torno a la prevención del VIH, enfocada en estas poblaciones. Finalmente, en la última sección, se describen las estrategias preventivas dirigidas hacia los HGBHSH más actuales, algunas ya implementadas y otras aún en fase de investigación.

Revisión del uso de condón en hombres homosexuales, gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres de México: 1988-2020

En el trabajo de Galván de 1988 se encuentra un capítulo dedicado exclusivamente al análisis del uso del condón. Clark Taylor, autor de este capítulo, explica detalladamente una serie de pasos para utilizar correctamente este método de barrera, además de brindar varias recomendaciones tales como elegir el condón correcto, aprender a disfrutar los condones, la negociación del uso del condón, así como los cuidados que estos deberían de tener, todo ello con la finalidad de mostrar las bondades de su uso como el método ideal de prevención del VIH.⁵

Es importante mencionar que, para el contexto y momento histórico de la epidemia, el condón era la única estrategia biomédica que más eficacia tenía en cuanto a la prevención del VIH. Por ello, había un énfasis en que las poblaciones, principalmente de HGBHSH, incluyeran dentro de su vida sexual su uso, siendo esta la principal estrategia preventiva desde la década de 1980.

A pesar de que en la actualidad existen dos tipos de condones, interno y externo, para este trabajo nos centraremos en el externo, o más conocido como condón masculino. La vigencia del uso del condón como estrategia de salud pública radica, aunque con sus bemoles, en su disponibilidad y accesibilidad.

⁴ Mathias et al. "Thematic synthesis HIV prevention qualitative studies".

⁵ Clark Taylor. "Uso del condón. Prevención del SIDA e incremento del disfrute sexual", en *El Sida en México: los efectos sociales*, 379-90, México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1988.

Son productos que pueden encontrarse a la venta en cualquier farmacia, en centros de salud de forma gratuita y a través de organizaciones de la sociedad civil. Aún más, en los Estados Unidos de América se ha reportado que el uso del condón en poblaciones de HSH tenía un 70% de efectividad para la prevención del VIH cuando los participantes reportaban haber tenido sexo anal con parejas masculinas con VIH, siempre que utilizaban este tipo de protección.⁶

Los condones ofrecen una defensa sustancial pero parcial contra la transmisión del VIH cuando se usan de manera constante. Al ser esta la principal apuesta en prevención durante más de 30 años es importante reflexionar cómo ha sido el comportamiento histórico de su uso en el contexto mexicano. Por ello, para este trabajo se realizó una revisión de la literatura epidemiológica en la que se indagó el uso del condón en poblaciones de HGBHSH. Este ejercicio no pretende ser exhaustivo, ya que en la revisión se tomó en cuenta la accesibilidad y disponibilidad de la literatura en bases de datos y/o en internet. Sin embargo, se contemplan la mayoría de los estudios realizados desde la década de 1980, hasta la actualidad.

Se revisaron artículos científicos y reportes de trabajo de encuestas realizadas en nuestro país, explorando los títulos del trabajo y autores(as), así como el año, lugar y poblaciones de estudio. El tamaño de la muestra se tomó a partir de aquel número que permitiera distinguir la prevalencia del uso de condón. En cuanto a la variable “uso de condón”, se reportan las distintas formas en las que este fue investigado, así como las prevalencias encontradas.

Principales resultados

Fueron revisados 12 trabajos de investigación (véase cuadro 1), los cuales se realizaron entre 1988 y el año 2020. Tres de ellos son de participación nacional no probabilística, dos realizados con muestras de distintas ciudades, tres específicamente en la Ciudad de México y el área metropolitana, tres en ciudades del norte del país y solo uno en el sur de la República. Así, se considera que contamos con elementos de análisis suficientes dentro de un panorama geográfico diverso.

⁶ Dawn K. Smith et al. “Condom effectiveness for HIV prevention by consistency of use among men who have sex with men in the United States”, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 68, no. 3 (2015), 337-44. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000461>.

En cuanto a las poblaciones que fueron estudiadas, se encontró que la principal categoría en las investigaciones de mayor antigüedad (1988-1993) fue la de hombres homosexuales; posteriormente, de 1999 a 2007, se suman las categorías de hombres bisexuales y hombres que tienen sexo con hombres, y es a partir de 2006 que aparece la categoría de hombres gays.

Sobre las formas en las que se indagó el uso de condón, se observa que no existe uniformidad en la forma de hacerlo. En algunos casos se reporta sin temporalidad definida (p. ej., “siempre o generalmente usa condones para coito”); para otros casos se define temporalidad (p. ej., “uso de condón en la última relación sexual”); también se encuentran aquellos en los que se define temporalidad y tipo de pareja sexual (p. ej., “uso de condón en la última relación sexual de acuerdo con el tipo de pareja”) y, finalmente, otras abordan el tipo de práctica sexual (p. ej., sexo insertivo o receptivo).

Es relevante problematizar esta situación ya que esto puede ser un obstáculo para la comparabilidad, resultando en una posible pérdida de validez y de confiabilidad para generalizar los hallazgos.⁷ Por ello, es importante que este análisis se lea como un ejercicio de exploración individual de lo que cada trabajo reportó en distintos momentos de la epidemia del VIH.

Las prevalencias de uso de condón más bajas se reportaron al referirse a las prácticas de sexo oral. En cuanto a las prácticas de sexo anal, que son aquellas que tienen mayor relevancia para la infección del VIH,⁸ las prevalencias más bajas del uso del condón se reportaron en los estudios de 1988 (25-33.7%), posteriormente presentándose prevalencias más altas (entre el 50% al 80%) en los trabajos de 1992 a 2020. Los menores porcentajes de uso de condón en la década del 2000 se presentaron en el estudio de 2015 en cuanto a la *primera relación sexual*, tanto en hombres gays como en bisexuales (45.3% y 44.8% respectivamente), mientras que el mayor uso se reportó en el estudio de 2005 en el que se indagó su uso relacionado con la *última relación sexual con parejas ocasionales* (80.6%). Respecto a la década siguiente, se documentó que el uso de condón en las distintas prácticas reportadas fue de alrededor del 60%, en la mayoría de los estudios. Sin embargo, para 2020, se presentó un 50.6% de uso de condón, específicamente relacionado con la *última relación sexual del último mes*.

⁷ José Antonio Izazola Licea et al. “Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México”, *Salud Pública de México* (enero de 1995), 602-614.

⁸ Pragna Patel et al. “Estimating per-act HIV transmission risk”, *AIDS* 28, no. 10 (19 de junio de 2014). 1509-1519, <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000000298>.

CUADRO 1

Reporte de uso de condón en hombres homosexuales, gays, bisexuales y en otros hombres que tienen sexo con hombres en literatura científica de 1988 a 2020.*

Nombre del trabajo	Año en que se realizó la investigación	Variable uso de condón	N	Porcentaje	Lugar	Población de estudio
Comportamiento sexual y abuso de drogas en homosexuales, prostitutas y prisioneros en Tijuana, México ⁹	1988	Siempre o generalmente usa condones para coito			Tijuana, Baja California	Homosexuales /bisexuales
		Anal	55	25		
		Oral	9	4.3		
Transmisión homosexual del VIH/ sida en México ¹⁰	1988	Uso de condón en la última relación sexual			Acapulco, Guerrero; Guadalajara; Jalisco; Mérida; Yucatán; Ciudad de México; Monterrey, Nuevo León, y Tijuana, Baja California.	Homosexuales
		Práctica homosexual	482	25.8		
		Práctica bisexual	176	33.7		

* Nota: Los años en los que se realizó la investigación pueden variar del año de publicación.

⁹ F. Guerena Burgueno et al. "Comportamiento sexual y abuso de drogas en homosexuales, prostitutas y prisioneros en Tijuana, México", *Revista Latinoamericana de Psicología* 24, no. 1-2 (1992), 85-96.

¹⁰ Izazola Licea et al. "Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México".

Nombre del trabajo	Año en que se realizó la investigación	Variable uso de condón	N	Porcentaje	Lugar	Población de estudio
Sexual behavior patterns and HIV risks in bisexual men compared to exclusively heterosexual and homosexual men ¹¹	1992-1993	Uso de condón en los últimos 5 años de acuerdo con el género de la pareja sexual. ¹²	39		Ciudad de México y Área Metropolitana.	Homosexuales
		Uso de condón para sexo oral insertivo		14		
		Uso de condón para sexo oral receptivo		15		
		Uso de condón para sexo anal insertivo		74		
		Uso de condón para sexo anal receptivo		71		
		Uso de condón cuando el responsable pagaba para tener relaciones sexuales		100		

¹¹ José Antonio Izazola-Licea et al. "Sexual behavior patterns and HIV risks in bisexual men compared to exclusively heterosexual and homosexual men", *Salud Pública de México* 45, no. suppl. 5 (2003), S662-S671. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342003001100012>.

¹² Solo datos para parejas de sexo masculino.

Nombre del trabajo	Año en que se realizó la investigación	Variable uso de condón	N	Porcentaje	Lugar	Población de estudio
Hombres que tienen sexo con hombres: conocimientos y prácticas sexuales en relación a la epidemia del VIH/sida en Mérida, Yucatán, México ¹³	1999-2000	Siempre utiliza condón	50	70	Mérida, Yucatán	Hombres que tienen sexo con hombres
Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo- y bi-sexuales de México ¹⁴	2001	Uso consistente de condón para sexo insertivo	183	62.8	Ciudad de México	Bisexuales / homosexuales
		Uso consistente de condón para sexo receptivo	139	64.2		

¹³ Ligia Vera-Gamboa et al. "Hombres que tienen sexo con hombres: conocimientos y prácticas sexuales en relación a la epidemia del VIH/SIDA en Mérida, Yucatán, México", *Revista Biomédica* 15, no. 3 (2004), 157-163. <http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb041533.pdf>.

¹⁴ Luis Ortiz Hernández y María Isabel García Torres. "Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo- y bi-sexuales de México", *Revista de Saúde Pública* 39, no. 6 (2005), 956-964.

Nombre del trabajo	Año en que se realizó la investigación	Variable uso de condón	N	Porcentaje	Lugar	Población de estudio
Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/sida en México. Hombres que tienen sexo con hombres ¹⁵	2005	Uso de condón en la última relación sexual de acuerdo con el tipo de pareja	40	77.8	Acapulco, Guerrero; Monterrey, Nuevo León; Nezahualcóyotl, Estado de México, y Tampico, Tamaulipas.	Hombres que tienen sexo con hombres
		Usó condón con parejas a las que les pagó	53	76.9		
		Usó condón con parejas que le pagaron	412	65.6		
		Usó condón con parejas estables	595	80.6		
		Usó condón con parejas ocasionales				

¹⁵ Cecilia Gayet et al. "Hombres que tienen sexo con hombres", en *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*, Ángulos del SIDA 8, México: Censida / FLACSO, 2007, 59-73.

Nombre del trabajo	Año en que se realizó la investigación	Variable uso de condón	N	Porcentaje	Lugar	Población de estudio
Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de Ciudad Juárez. ¹⁶	2006-2007	Frecuencia de uso de condón en las prácticas sexuales	150	60.7	Ciudad Juárez, Chihuahua	Hombres que tienen sexo con hombres
		Siempre para penetración anal receptiva				
		Siempre para penetración anal insertiva				
		Siempre para sexo oral receptivo				
		Siempre para sexo oral insertivo				
Profile of gay men in Mexico City: results of a survey of meeting sites ¹⁷	2006-2007	Uso de condón en el último encuentro sexual	2900	82	Ciudad de México	Hombres gays

¹⁶ Juan C. Mendoza-Pérez y Luis Ortiz-Hernández. "Factores asociados con el uso inconsistente de condón en hombres que tienen sexo con hombres de Ciudad Juárez", *Revista de Salud Pública* 11, no. 5 (2009), 700-712. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642009000500003>.

¹⁷ Juan Pablo Gutiérrez. "Profile of gay men in Mexico City: results of a survey of meeting sites", *Tropical Medicine & International Health* 17, no. 3 (1 de marzo de 2012), 353-360. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02934.x>.

Nombre del trabajo	Año en que se realizó la investigación	Variable uso de condón	N	Porcentaje	Lugar	Población de estudio
Correlates of condomless anal sex among men who have sex with men (MSM) in Tijuana, Mexico: The role of public sex venues ¹⁸	2012-2013	Uso de condón para sexo anal con una pareja hombre en los últimos 2 meses	201	62	Tijuana	Hombres que tienen sexo con hombres

¹⁸ Shirley J. Semple et al. "Correlates of condomless anal sex among men who have sex with men (MSM) in Tijuana, Mexico: The role of public sex venues", PLOS ONE 12, no.10 (1 de octubre de 2017): e0186814. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0186814>.

Nombre del trabajo	Año en que se realizó la investigación	Variable uso de condón	N	Porcentaje	Lugar	Población de estudio
Principales Resultados del Diagnóstico situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers de México 2015. Segunda parte ¹⁹	2015	Uso de condón en la primera relación sexual	4077	45.3	República Mexicana, participación nacional	Hombres gays/homosexuales y hombres bisexuales
		Gays/homosexuales				
		Hombres bisexuales	632	44.8		
		Uso de condón en la última relación sexual				
Metodología de una encuesta por internet para hombres que tienen sexo con hombres en México ²⁰	2017	Gays/homosexuales	3178	62.9	República Mexicana. Participación nacional	Hombres que tienen sexo con hombres
		Hombres bisexuales	451	63.9		
		Sexo anal sin usar condón en los últimos doce meses	8061	61.6		

¹⁹ Juan Carlos Mendoza et al. "Principales resultados del diagnóstico situacional de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero, travestis, transexuales, intersexuales y queers de México 2015. Segunda parte", Ciudad de México, 2016. <https://goo.gl/hTEHMU>.

²⁰ Ricardo Baruch-Domínguez et al. "Metodología de una encuesta por internet para hombres que tienen sexo con hombres en México" (en prensa), s/l, s/f.

Nombre del trabajo	Año en que se realizó la investigación	Variable uso de condón	N	Porcentaje	Lugar	Población de estudio
Encuesta Mexicana de Vivencias LGBT+ ante la Covid-19 ²¹	2020	Uso de condón en la última relación en el último mes	643	50.6	República Mexicana. Participación nacional.	Gays / bi-sexuales

²¹ Juan Carlos Mendoza-Pérez. "Encuesta Mexicana de Vivencias LGBT+ ante la Covid-19", Ciudad de México, 2021.

Factores vinculados al no uso de condón por parte de hombres homosexuales, gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres de México: 1988-2020

De la revisión de literatura de investigaciones que abordaron el uso del condón, se examinaron los factores que estaban vinculados con el no uso o inconsistencia de uso de condón en poblaciones de HGBHSH. Algunos estudios reportaron un análisis estadístico multivariado para demostrar asociación o identificar factores de riesgo, mientras otros muestran prevalencias de respuestas a preguntas directas sobre los motivos por los que no se utilizaba el condón.

Para efectos de este apartado de tipo descriptivo, se tendrá como enfoque la revisión de los factores vinculados al no uso de condón y no en los valores o medidas de asociación. Para esto, se realizó un análisis de contenido dirigido²² en el que los factores reportados en México se vincularon a las categorías del “Modelo ecológico para entender la vulnerabilidad de los HSH para adquirir la infección por el VIH”.²³ Este modelo clasifica los factores a los que están expuestos los HGBHSH en siete niveles que van desde el nivel individual (p. ej., estilos de vida) al nivel colectivo (p. ej., nivel socioeconómico) (véase figura 1).

Individual

Actitud hacia el uso de condón

En Ciudad Juárez, en 2006-2007, se reportó que los HSH que tenían actitudes negativas hacia el uso de condón presentaron mayor riesgo de uso inconsistente de condón en la penetración anal receptiva o insertiva.²⁴ En 2015 se

²² Hsiu-Fang Hsieh y Sarah E. Shannon. “Three Approaches to Qualitative Content Analysis”, *Qualitative Health Research* 15, no. 9 (1 de noviembre de 2005), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>.

²³ Percy Fernández-Dávila. “¿Por qué hay algunos hombres que tienen sexo con hombres que no están usando el condón?”, *Monográfico* 1, no. 6 (2015), 25-33. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5360082>.

²⁴ Mendoza-Pérez y Ortiz-Hernández. “Factores asociados con el uso inconsistente de condón”.

reportó que 10% de los hombres gays participantes no habían utilizado condón en su última relación sexual porque no les gustaba o no habían querido.²⁵

Edad

En el estudio de Ciudad Juárez, se reportó que el grupo de menor edad presentaba mayor riesgo de uso inconsistente de condón en la práctica de penetración anal receptiva e insertiva.²⁶

Consumo de droga

Se encontró que el consumo de alcohol y uso de drogas aumentaba el riesgo de uso inconsistente de condón cuando se practicaba sexo oral receptivo e insertivo en HSH de Ciudad Juárez.²⁷

Salud mental

En Tijuana se reportó que los mayores niveles de no uso de condón en sexo anal se asociaron con síntomas depresivos y altos puntajes de compulsividad sexual.²⁸

Homofobia interiorizada

La actitud negativa hacia la transgresión de estereotipos de género por parte de hombres gays y bisexuales de la Ciudad de México se relacionó con mayor riesgo de sexo insertivo y receptivo sin el uso de condón.²⁹

²⁵ Mendoza et al. "Principales resultados del diagnóstico situacional".

²⁶ Mendoza-Pérez y Ortiz-Hernández. "Factores asociados con el uso inconsistente de condón".

²⁷ Ídem.

²⁸ Shirley J. Semple et al. "Correlates of condomless anal sex among men who have sex with men (MSM) in Tijuana, Mexico: The role of public sex venues", *PLOS ONE* 12, no. 10 (1 de octubre de 2017): e0186814. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0186814>.

²⁹ Ortiz Hernández y García Torres. "Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo".

No planeación de los encuentros sexuales

Hombres gays y bisexuales de distintas partes de la República Mexicana que reportaron no haber utilizado condón en su última relación sexual, respondieron que uno de los motivos por los que no lo utilizaron fue que no habían planeado tener relaciones sexuales.³⁰

Interpersonal

Pareja estable

Tener pareja estable, de confianza o con vínculos afectivos fue uno de los motivos principales de hombres gays y bisexuales de distintas partes de México que reportaron no haber utilizado condón en su última relación.³¹

Contextual

Espacios de encuentro

En un estudio realizado en Tijuana (2012-2013) se encontró que buscar parejas sexuales en la vía pública se asociaba significativamente con el no uso de condón durante las prácticas de sexo anal.³²

Comunitario

Identidad homosexual

Los HSH de Ciudad Juárez que reportaron ser homosexuales en comparación con los que se asumieron como heterosexuales, tuvieron mayor riesgo de uso

³⁰ Mendoza et al. "Principales resultados del diagnóstico situacional".

³¹ Ídem.

³² Shirley J. Semple et al. "Correlates of Sexual Violence among Men Who Have Sex with Men in Tijuana, Mexico", *Archives of Sexual Behavior* 46, no. 4 (2017), 1011-1023. <https://doi.org/10.1007/s10508-016-0747-x>.

inconsistente de condón en la práctica de recibir semen en el ano o en la boca.³³

Programa de profilaxis preexposición (PrEP)

En Tijuana se encontró una asociación entre el no uso de condón y el preferir la PrEP como principal opción de prevención del VIH. Sin embargo, los hallazgos sugieren que el uso de la PrEP puede no conducir a una disminución generalizada del uso de condones entre HSH en Tijuana.³⁴

Social

Estigma percibido

En un estudio realizado en la Ciudad de México (2001) se reportó que los hombres gays o bisexuales que respondieron que sus familiares podían reaccionar con agresión hacia los homosexuales tuvieron más riesgo de practicar sexo insertivo sin condón.³⁵

Estructural

Los HSH de Ciudad Juárez de estrato socioeconómico medio fueron los que tuvieron mayor riesgo de uso inconsistente de condón en la penetración anal receptiva.³⁶

³³ Mendoza-Pérez y Ortiz-Hernández. "Factores asociados con el uso inconsistente de condón".

³⁴ H. A. Pines et al. "HIV Prevention Method Preferences within Sexual Partnerships Reported by HIV-Negative MSM and TW in Tijuana, Mexico", *AIDS and Behavior* 24, no. 3 (2020), 839-846. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02492-x>.

³⁵ Ortiz Hernández y García Torres. "Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo".

³⁶ Mendoza-Pérez y Ortiz-Hernández. "Factores asociados con el uso inconsistente decondón".

En resumen, en esta revisión los factores individuales vinculados a prácticas sexuales sin el uso del condón son los que predominan en los hallazgos de las diversas investigaciones. Sin embargo, es importante discutir que este nivel está subsumido a otros niveles más amplios como lo son el interpersonal, comunitario, social y estructural.³⁷

Tradicionalmente, el uso del condón se ha centrado en la responsabilidad individual; sin embargo, su uso está determinado por una serie de entramados complejos que en la actualidad no termina por comprenderse del todo. Por ejemplo, se ha puesto poco énfasis en la discriminación por orientación sexual como uno de los factores de mayor relevancia, ya que el sistema colectivo de normas de género es negativo hacia los comportamientos sexuales de HGBHSH.

Esto, en combinación con una trayectoria desfavorable de vida, pudiera tener resultados, desde lo estructural, en condiciones sociales adversas, niveles de pobreza, desigualdad en el acceso a la información sobre salud sexual o servicios de salud; y en lo individual, en estrés, dificultades en las relaciones de pareja, daños a la salud mental como sentimientos de autorrechazo, culpa, tristeza, aislamiento, depresión y conductas autodestructivas, que puedan terminar traduciéndose en comportamientos de riesgo para la salud, como por ejemplo, aquellos asociados al VIH.³⁸

³⁷ Fernández-Dávila. "¿Por qué hay algunos hombres que tienen sexo con hombres que no están usando el condón?".

³⁸ Ilan H. Meyer. "Minority stress and mental health in gay men", *Journal of Health and Social Behavior* 36, no. 1 (marzo de 1995), 38-56; José Arturo Granados-Cosme y Guadalupe Delgado-Sánchez. "Identity and mental health risks for young gays in Mexico: recreating the homosexual experience", *Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro* 24, no. 5 (2008), 1042-1050; Rafael M. Díaz et al. "Sexual risk as an outcome of social oppression: data from a probability sample of Latino gay men in three U.S. cities", *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology* 10, no. 3 (agosto de 2004), 255-267. <https://doi.org/10.1037/1099-9809.10.3.255>.



FIGURA 1. Modelo ecológico de factores vinculados al no uso de condón por parte de hombres homosexuales, gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres de México: 1988-2020

Lo estructural: un asunto pendiente en la prevención del VIH en hombres homosexuales, gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres

Si queremos hablar de la prevención a nivel estructural, tenemos que hacer referencia a una de las estrategias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida) en la acción conjunta para prevenir el VIH a nivel mundial: la prevención combinada.³⁹ Esta acción propuesta para disminuir los índices de transmisión responde a un cambio paradigmático en las cuestiones de salud pública desde la década de 1980, a la que tenemos que hacer referencia si buscamos entender por qué se considera el nivel estructural dentro de las políticas públicas en materia de salud.

³⁹ Aunque Sullivan et al. mencionan que no es algo nuevo, sí que es una estrategia globalizada recientemente.

Ya decíamos que, en sus inicios, los organismos internacionales y los gobiernos estatales tuvieron la necesidad urgente de saber cómo funcionaba y afectaba biológicamente el virus y la consecuente enfermedad, para después tomar acciones concretas inmediatas para bajar el crecimiento exponencial de los nuevos casos. En ese sentido se inscribe el modelo epidemiológico conductual que, en pocas palabras, significó la restricción de la sexualidad a factores esencialistas-conductuales culpabilizantes, pues redujo la responsabilidad al nivel del individuo, y en particular a aquellas personas identificadas dentro de los “grupos de riesgo”, por sus conductas, prácticas y/o actitudes no acordes con una sexualidad heteronormativa.⁴⁰

Sin embargo, la estrategia fue insuficiente, además de que estigmatizaba y segregaba a los HGBHSH y demás grupos mayormente afectados por la epidemia. Por ello, se dio un cambio hacia un paradigma más humanista que tomaba en cuenta el contexto social en el que se inscribían los individuos, los cuales dotaban de significaciones particulares a la prevención/cuidado y al riesgo. No obstante, pese a tomar en cuenta este contexto de los HGBHSH, el paradigma se centró nuevamente en la enumeración de prácticas y conductas, pero ahora con especificidades sociales: ya no son grupos de riesgo, sino comportamientos de riesgo.⁴¹

Por esta razón, pese a las ventajas que evidenció este cambio, aún eran insuficientes para bajar los índices de nuevos casos en los HGBHSH. Así, a inicios del presente siglo, surge el modelo político-económico. Este modelo supuso introducir la idea de que los factores estructurales (desigualdades económicas, sociales y culturales) son clave para entender e incidir socialmente en la pandemia por el VIH, así como hablar de vulnerabilidad social de grupos específicos poblacionales en relación al virus y su contexto sociocultural de pertenencia, como lo son los HGBHSH —en especial los jóvenes, afrodescendientes o indígenas—, las personas trans, trabajadoras/es sexuales, personas que se inyectan drogas, y personas privadas de su libertad.⁴²

Entonces, con este breve panorama, observamos el contexto en el que surgió el modelo de la prevención combinada. Aunque Estrada⁴³ mencionó una superación de los modelos anteriores —puesto que se modificaron ciertas

⁴⁰ Estrada M. “La infección por VIH/sida”.

⁴¹ Ídem.

⁴² Ídem.

⁴³ Ídem.

ideas como la de “grupos de riesgo” —, la realidad es que estos tres coexisten en la actualidad y se reflejan en el paradigma de la prevención combinada.

Entonces, “el Onusida define la prevención combinada de la infección por el VIH como el conjunto de programas comunitarios fundamentados en los derechos y la evidencia que promueve una combinación de intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales, diseñadas con el propósito de satisfacer las necesidades de prevención de la infección por el VIH de personas y comunidades específicas”.⁴⁴

Por ende, decimos que la prevención combinada es el anclaje histórico, en materia de salud pública, de los modelos prevencionistas surgidos desde inicios de la pandemia en la década de 1980 hasta la actualidad. Y bueno, un modelo integracionista que toma en cuenta factores biológicos (biomedicina), individuales (psicológicos-comportamentales) y estructurales (desigualdades socioculturales), y los combina en una estrategia inteligente localizada en un espacio concreto, es mejor que solo la aproximación por una sola variable.⁴⁵

En efecto, varios estudios recientes sobre las estrategias de prevención del VIH se circunscriben a este modelo,⁴⁶ y aunque algunos se enfocan en un tipo de intervención (psicológica o social), todos reconocen, de una u otra forma, los tres niveles de actuación. Sin embargo, no se puede negar que la gran mayoría de recursos sobre el VIH aún se enfocan únicamente en los aspectos biológicos. Por esta razón, ahora hablaremos de las estrategias de prevención a nivel estructural y las respuestas de los HGBHSH ante este.

Sin caer en cierto pesimismo, el nivel de prevención estructural no habla tanto de un aspecto positivo de la prevención, sino de los factores que limitan la posibilidad de acceso a los servicios integrales médicos de las poblaciones más afectadas por la pandemia, entre estos los HGBHSH. Cuando hablamos de

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud. “Prevención Combinada de la Infección por el VIH”, Organización Panamericana de la Salud, 2021.

⁴⁵ Sullivan et al. “Successes and challenges of HIV prevention”.

⁴⁶ Agostina Aixa Gagliolo y Susana Margulies. “Amenazador y amenazado: indetectabilidad, riesgo y sexualidad en la era del «tratamiento como prevención» del VIH-Sida”, *Anthropologica* 38, no. 44 (2020), 209-234, <https://doi.org/10.18800/anthropologica.202001.009>; Mathias et al. “Thematic synthesis HIV prevention qualitative studies”; Sullivan et al. “Successes and challenges of HIV prevention”; Beyrer et al. “The increase in global HIV epidemics in MSM”; Santos et al. “Homophobia as a barrier to HIV prevention”; Sullivan et al. “Emerging technologies for HIV prevention for MSM”; Morris y Little, “MSM: Resurgent epidemics”; Estrada M., “La infección por VIH/sida”.

desigualdad estructural, debemos tener presente que pensamos en algún elemento ideológico/simbólico materializado en prácticas concretas que jerarquizan a los individuos en el plano social. Y, al ser estructura, es un esqueleto que sostiene las relaciones sociales, jerarquías, pensamientos e instituciones de un grupo.

En el caso de la salud pública en la prevención/atención del VIH, hablamos de tres componentes estructurales que limitan el acceso a las tecnologías biomédicas, que repercuten en las prácticas/percepciones de cuidado/autocuidado (prevención y riesgo) y, por supuesto, conlleva respuestas políticas ante la situación desigual/crecimiento de la transmisión: la homofobia, el racismo y el género.⁴⁷

Podemos decir que los estudios de Sullivan et al.,⁴⁸ Beyrer et al.,⁴⁹ Santos et al.,⁵⁰ Morris y Little,⁵¹ y Mathias et al.⁵² se inscriben en este reconocimiento de la homofobia como elemento que explica la prevalencia del VIH en HGBHSH, así como en el acceso a los servicios de salud y en las prácticas de autocuidado —o, mejor dicho, de riesgo— de este grupo de hombres.

Aunque solo uno señala tal cual el concepto de homofobia, los demás lo reconocen al hablar del prejuicio, estigma, discriminación y violencia de la que son objeto los HGBHSH, con y sin VIH —sobre todo hombres jóvenes—, por parte del personal de salud o personas trabajadoras de otros rubros en instituciones de salud, de funcionarios públicos encargados de regular, legislar o hacer cumplir las leyes específicas sobre discriminación o políticas públicas sobre el VIH —o negarlas, en países donde la homosexualidad es un delito—, y de parte de la sociedad en general que lleva, en muchos casos, a una homofobia interiorizada para algunos HGBHSH —o el famoso “clóset” en Latinoamérica—; lo que repercute en las prácticas de cuidado: no hacerse la prueba, negar sus encuentros homoeróticos con el personal de salud, no acudir a las clínicas de atención, no usar condón, no hacerse testeos regulares, el miedo a la vio-

⁴⁷ Podríamos agregar otros elementos, como el machismo o el clasismo, pero rescatamos los principales elementos que mencionan los artículos revisados para el caso de los HGB.

⁴⁸ Sullivan et al. “Successes and challenges of HIV prevention”.

⁴⁹ Beyrer et al. “The increase in global HIV epidemics in MSM”.

⁵⁰ Santos et al. “Homophobia as a barrier to HIV prevention”.

⁵¹ Morris y Little, “MSMH: Resurgent epidemics”.

⁵² Mathias et al. “Thematic synthesis HIV prevention qualitative studies”.

lencia/maltrato por no tener respaldo legal —o porque este no se cumple—, entre otras.⁵³

Por otro lado, aunque pareciera incompatible el racismo con la preeminencia/limitantes del cuidado del VIH en HGBHSH, la realidad es que es un elemento estructural clave para entender los factores antes mencionados en grupos focalizados de HGBHSH, que presentan aún más desventajas que los otros: los HGBHSH racializados. Aunque los trabajos que hablan sobre el tema no reconocen el papel del racismo⁵⁴ cuando describen una mayor incidencia en HGBHSH afroamericanos jóvenes de los Estados Unidos y Reino Unido, —además de la limitación infraestructural para acceder a los tratamientos y/o métodos de prevención, como la PrEP, diferenciándolos de los HGBHSH blancos (incluso uno afirma que los HGBHSH afroamericanos tienen mayor posibilidad de tener encuentros recurrentes en los 6 meses previos, a diferencia de los blancos)—, están haciendo explícita la cuestión racial como elemento estructural que potencia los problemas respecto al VIH.

En la cuestión de las relaciones de género, sobre todo como factor que afecta las estrategias de prevención de HGB, nos referimos a una sección del trabajo de Estrada⁵⁵ que habla sobre el contexto cultural de los estudios de sexualidad entre hombres, específicamente sobre el tema de la masculinidad. Aunque más enfocado en el grupo de hombres con prácticas homoeróticas, este autor piensa cómo las representaciones sobre la masculinidad hegemónica —y su situación de poder— conllevan comportamientos y/o prácticas concretas respecto al VIH en hombres latinoamericanos similares a las de cualquier actividad que comprometa la hombría. En otras palabras, no cuidarse o no usar condón y/o ponerse en riesgo es “cosa de hombres”.

Por último, para el caso de nuestro país, vemos cómo la discriminación y la homofobia por parte de los gobiernos locales, medios de comunicación, legisladores y la sociedad en general se asocian con un tratamiento ambiguo de las políticas en salud pública en cuanto a la estrategia de prevención del VIH y, por ende, con la falta de acceso oportuno, seguro y eficaz de los HGBHSH a los mecanismos de prevención. Aunque los servidores públicos no

⁵³ Sullivan et al. “Successes and challenges of HIV prevention”; Beyrer et al. “The increase in global HIV epidemics in MSM”; Santos et al. “Homophobia as a barrier to HIV prevention”; Morris y Little, “MSM: Resurgent epidemics”.

⁵⁴ Beyrer et al. “The increase in global HIV epidemics in MSM”; Morris y Little, “MSM: Resurgent epidemics”. Hay que destacar que ambos trabajos son estadounidenses.

⁵⁵ Estrada M., “La infección por VIH/sida”.

admiten abiertamente estas prácticas discriminatorias contra las personas con VIH —que incluye a HGBHSH con VIH—, organizaciones de la sociedad civil y de derechos humanos señalan estas y otras acciones discriminantes y homófobas por parte de estos, así como en la vivencia diaria —siendo el caso extremo los crímenes de odio—, lo que se asocia con prácticas sociales lesivas para la salud y el bienestar de personas que viven con VIH, incluyendo a los HGBHSH mexicanos.⁵⁶

Recomendaciones en torno a la prevención del VIH en hombres homosexuales, gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres de México: 1988-2020

En diversos estudios de la literatura que se han producido en torno a las prácticas sexuales de los HGBHSH, se han emitido una serie de recomendaciones para la prevención del VIH en estas poblaciones. Estas recomendaciones, a través del análisis de contenido, han sido agrupadas en 8 temas: estructurales, educación para la salud, espacios de alcance, pareja, prevención combinada, consumo de drogas, distribución de condones y salud mental. Los temas serán presentados en orden, iniciando con el tema que tuvo mayor frecuencia de aparición en los distintos estudios y finalizando con el de menor frecuencia (Figura 2).

Estructural

Dentro de las recomendaciones se encuentra el realizar acciones que disminuyan el estigma asociado a la homosexualidad. Esto puede incluir la generación de políticas públicas de promoción y prevención dirigidas a HGBHSH y de campañas de no discriminación por orientación sexual.⁵⁷ Dentro de las estrategias se deben incorporar aspectos sobre heterosexismo y formas de

⁵⁶ Emanuel Orozco-Núñez et al. “Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México”, *Salud Pública de México* 59, no. 1 (2017), 8–9, <https://doi.org/10.21149/7756>.

⁵⁷ Vera-Gamboa et al. “Hombres que tienen sexo con hombres”; Mendoza-Pérez y Ortiz-Hernández, “Factores asociados con el uso inconsistente de condón”.

interiorización de la opresión y prejuicio contra la transgresión a los estereotipos de género (TEG).⁵⁸

Realizar acciones en torno a la eliminación de la discriminación por orientación sexual implicaría un mayor acceso a información sobre la infección, insumos preventivos e información dirigida a las poblaciones HGBHSH.⁵⁹ Además, se recomienda que se investigue cómo el estigma, el ocultamiento y la valoración negativa de la TEG se vinculan con las prácticas sexuales de riesgo en HGBHSH.⁶⁰

En cuanto al condón y los lubricantes, se sugiere que se debe regular el precio, así como asegurar los medios para que estos sean accesibles para aquellas personas que no tienen recursos económicos para comprarlos.⁶¹

Educación para la salud

Sobre las intervenciones de educación para la salud sobre el tema de prevención del VIH, se recomienda que estas estén dirigidas hacia procesos conductuales y psicológicos vinculados al comportamiento sexual de los HGBHSH.⁶²

Al realizar acciones que promuevan el uso del condón, estas estrategias educativas deben abordar el cambio en la percepción y actitud hacia el uso del condón. Esto puede incluir la promoción de la importancia, la erotización y las formas correctas del uso de esta herramienta de prevención del VIH.⁶³

Izazola y colaboradores (1995) mencionan que las intervenciones educativas son eficaces según las siguientes premisas: “si son permanentes, existe mayor posibilidad de que se consiga reducir más el riesgo; [...] el mayor cambio en el comportamiento se produce al crear habilidades y modificar normas grupales; el impacto es mayor si las intervenciones se realizan antes de

⁵⁸ Ortiz Hernández y García Torres, “Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo”.

⁵⁹ Mendoza et al. “Principales resultados del diagnóstico situacional”.

⁶⁰ Ortiz Hernández y García Torres, “Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo”.

⁶¹ C. Gayet et al. *Prácticas sexuales de las poblaciones vulnerables a la epidemia de VIH/SIDA en México*, Ángulos del SIDA 8, México: Censida / FLACSO, 2007.

⁶² Semple et al. “Correlates of condomless anal sex”.

⁶³ Gayet et al. “Hombres que tienen sexo con hombres”; Mendoza-Pérez y Ortiz-Hernández, “Factores asociados con el uso inconsistente de condón”; Vera-Gamboa et al. “Hombres que tienen sexo con hombres”.

haber iniciado patrones de comportamiento sexual riesgoso. Para que sean útiles, las intervenciones en medios masivos deben realizarse con rigor metodológico y dirigirse a segmentos específicos de la población”.⁶⁴

Espacios de alcance

Se recomienda identificar y difundir los espacios en que los HGBHSH pueden tener acceso a condones.⁶⁵ Se requiere enfatizar esta actividad desde antes y para el momento en que estas poblaciones inicien su vida sexual.⁶⁶

Los sitios de encuentro para diversión de poblaciones de HGBHSH, como los centros nocturnos, antros y baños de vapor (o saunas), concentran a grandes cantidades de personas que acostumbran visitarlos constantemente, por lo que realizar actividades de prevención del VIH en estos lugares debe considerarse una opción en la planeación de programas de salud en la materia.⁶⁷

Pareja

Los programas, campañas y estrategias de prevención del VIH hacia las poblaciones de HGBHSH deben contemplar la dimensión afectiva y no solo la visión medicalizada en torno al uso del condón. Uno de los principales motivos en estas poblaciones para no usar condón es el tener una pareja estable, por lo que esta categoría adquiere relevancia.⁶⁸ Además, hay que considerar las características de las parejas sexuales —estables o no estables—, ya que ello puede determinar el uso o no de condón.⁶⁹

⁶⁴ Izazola Licea et al. “Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México”, 613.

⁶⁵ Gayet et al. “Hombres que tienen sexo con hombres”.

⁶⁶ Mendoza et al. “Principales resultados del diagnóstico situacional”.

⁶⁷ Juan Pablo Gutiérrez. “Profile of gay men in Mexico City: results of a survey of meeting sites”, *Tropical medicine & international health : TM & IH* 17, no. 3 (2012), 353-360, <https://doi.org/10.1111/j.1365-3156.2011.02934.x>; Izazola Licea et al. “Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México”.

⁶⁸ Mendoza et al. “Principales resultados del diagnóstico situacional”.

⁶⁹ Pines et al. “HIV Prevention Method Preferences”.

Prevención combinada

Se necesitan programas integrales de prevención del VIH que tengan intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales para abordar los distintos niveles individuales, interpersonales, comunitarios y estructurales que están involucrados en las formas en que la epidemia del VIH afecta a los HGBHSH.⁷⁰

Se recomiendan “paquetes de prevención con componentes adaptados a la cultura”, lo que en México podría incluir la promoción del uso y distribución de condones, lubricantes, disponibilidad y acceso a servicios de salud mental y de consejería, pruebas de VIH y de otras ITS. Estas intervenciones tendrían que abordar las condiciones sociales prevaletentes en México, incluida la pobreza, la homofobia, la discriminación y la violencia contra los HGBHSH.⁷¹

Consumo de drogas

Se recomienda realizar intervenciones para reducir el consumo de alcohol y otras drogas en poblaciones HGBHSH. A estas acciones tendrían que sumarse los puntos de encuentro en donde conviven estas poblaciones (antros, saunas, etc.).⁷²

Distribución de condones

La distribución de condones es un punto importante: para que sean utilizados los condones, estos deben estar disponibles y accesibles.⁷³

Salud mental

Los programas de prevención del VIH deben contemplar servicios de salud mental, como lo son los de psicología y consejería de pares.⁷⁴

⁷⁰ Ídem.

⁷¹ Semple et al. “Correlates of Sexual Violence among Men”.

⁷² Mendoza-Pérez y Ortiz-Hernández, “Factores asociados con el uso inconsistente de condón”.

⁷³ Semple et al. “Correlates of condomless anal sex”.

⁷⁴ Ídem.

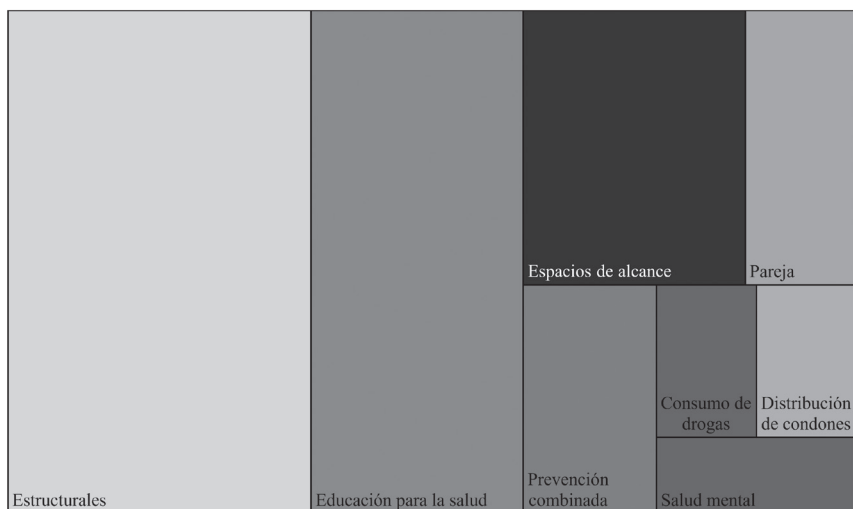


FIGURA 2. Presencia de recomendaciones en torno a la prevención del VIH en hombres homosexuales, gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres de México: 1988-2020.

Estrategias actuales de prevención del VIH

Ante el panorama que nos muestra la prevención combinada, podríamos advertir que es la estrategia actual que siguen las organizaciones mundiales para afrontar el problema aún persistente del VIH en HGBHSH. No obstante, existe otro plan, implementado desde 2011 por Onusida, que incluye a este grupo poblacional, y que va de la mano con una meta propuesta para los años venideros: nos referimos al “tratamiento como prevención” —o TasP, por sus siglas en inglés—, y el objetivo 90-90-90.

Podemos sintetizar el TasP, y el objetivo 90-90-90, como el paradigma más reciente en materia de salud pública respecto al VIH, que se centra en una estrategia de prevención sociotécnica⁷⁵ dependiente de los fármacos usados en la terapia antirretroviral (TAR) —combinación de fármacos anti-VIH, conocida

⁷⁵ Gavin Brown y Cesare di Felicianantonio. “Geographies of prep, TasP and undetectability: Reconceptualising HIV assemblages to explore what else matters in the lives of gay and bisexual men”, *Dialogues in Human Geography*, 2021, <https://doi.org/10.1177/2043820621989574>.

como “terapia antirretroviral de gran actividad” (TARGA o HAART, por sus siglas en inglés).⁷⁶

Así, el TasP se basa en que el tratamiento prolongado de la TARGA para personas que viven con VIH, apegado a un régimen estricto de medicación, reduce la carga viral o concentración del VIH a límites indetectables en la sangre, que contribuyen a no transmitir el virus de una persona a otra. En otras palabras, es la estrategia más conocida como Indetectable = Intransmisible (I=I, o U=U, por sus siglas en inglés).⁷⁷

Ahora bien, un método que se encuentra en estrecha relación con el TasP es la profilaxis preexposición (PrEP). Se menciona la vinculación dado que ambos tienen la misma lógica: el uso de medicamentos de la terapia antirretroviral. Uno se adecua a las personas con VIH (el TARGA), mientras el otro (PrEP) se utiliza cuando las personas no tienen VIH. La formulación más común para esta estrategia es emtricitabina con tenofovir, y ha mostrado una efectividad de 99% en la prevención del VIH en población de HGBHSH. Actualmente existen dos esquemas para su uso: 1) dosis diaria y 2) a demanda, que consiste en una toma de dos pastillas de emtricitabina/tenofovir con una anticipación de 2 a 24 horas antes del contacto sexual sin uso de condón; posteriormente, una pastilla 24 horas después de la primera dosis y, finalmente, una pastilla después de la segunda dosis (2-1-1).⁷⁸

En México, es hasta este 2021 que la PrEP se visualiza como una estrategia implementada para el servicio de salud público. Recientemente, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) ha puesto en marcha el programa de PrEP para su derechohabiente. A la par, la Secretaría de Salud Federal, a través del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/Sida (Censida), en colaboración con programas estatales de VIH y organizaciones de la sociedad civil, ha iniciado en algunos puntos del país su implementación.

⁷⁶ Organización Panamericana de la Salud. “Terapia Antirretroviral”, Organización Panamericana de la Salud, 2021.

⁷⁷ Onusida. “Indetectable = intransmisible”, Onusida, 2021; Brown y Di Feliciano. “Geographies of PrEP, TasP and undetectability”; Gagliolo y Margulies, “Amenazador y amenazado”.

⁷⁸ Brown y Di Feliciano. “Geographies of PrEP, TasP and undetectability”; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). “Eficacia de la PrEP”, 2021. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/prep/prep-effectiveness.html>; Sullivan et al. “Successes and challenges of HIV prevention”.

Otra estrategia basada en lo biomédico es la profilaxis postexposición (PEP). Este método se utilizó antes de la llegada de la PrEP, y consiste en la toma diaria por 28 días de un medicamento específico contra el VIH, tras una posible exposición al virus durante las primeras 72 horas. El esquema de PEP recomendado en los adultos es tenofovir combinado, ya sea con lamivudina (3TC) o emtricitabina (FTC) como medicamentos de base preferidos. Otro medicamento recomendado es el lopinavir, reforzado con ritonavir (LPV/r). Cuando se cumplen las condiciones (tiempo de inicio y adherencia), la PEP tiene una efectividad de 82%.⁷⁹ Por ahora, en México no se encuentra disponible la PEP de forma generalizada, ya que solo se brinda en casos de violencia sexual o para la exposición ocupacional. Existen excepciones en los servicios de salud: por ejemplo, la Clínica Especializada Condesa, en la Ciudad de México, brinda la PEP para casos de exposición sexual al VIH consensuada.

Finalmente, dos métodos novedosos que aún se encuentran en fase exploratoria son los microbicidas y las vacunas contra el VIH. Los primeros, de la misma forma que las estrategias de prevención anteriores, utilizan uno de los medicamentos administrados vía oral (tenofovir), pero en forma de gel, en un porcentaje menor de concentración. Estos geles siguen en estudio para su uso en el recto.⁸⁰

En cuanto a las vacunas preventivas contra el VIH que están aún en fase de ensayo clínico, existe una diversidad de enfoques de investigación. Los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) (2020) presentan las siguientes áreas:⁸¹

- La inocuidad de las vacunas preventivas.
- Si una vacuna preventiva protege contra la infección por el VIH.
- Si una vacuna preventiva controla el VIH cuando la persona lo contrae mientras está inscrita en un estudio. (Es posible que una persona

⁷⁹ HIVinfo.NIH.gov. "Profilaxis posexposición (PEP)", National Institutes of Health, 2021. <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/profilaxis-posexposicion-peg>; Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. "Profilaxis Posterior a la Exposición (PEP)". https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14821:post-exposure-prophylaxis-peg&Itemid=40682&lang=es.

⁸⁰ Sullivan et al. "Successes and challenges of HIV prevention".

⁸¹ National Institutes of Health (NIH). "¿Qué es una vacuna preventiva contra el VIH?", 2020. <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/que-es-una-vacuna-preventiva-contra-el-vih>.

adquiera el VIH a través del contacto sexual o por compartir el equipo de inyección de drogas mientras participa en un ensayo clínico. Sin embargo, una persona no puede contraer el VIH por la vacuna contra el VIH que se está probando).

- Las respuestas inmunitarias que se presentan en personas que reciben una vacuna preventiva.
- Diferentes maneras de administrar las vacunas preventivas, como el uso de una aguja y una jeringa comparado con un dispositivo sin aguja.

Apuntes finales

Las poblaciones de HGBHSH son aún el centro de atención de la infección por el VIH como lo han sido desde los inicios de la epidemia. Reconocer la importancia de estas poblaciones en el contexto del VIH no es prolongar la etiqueta gay/homosexual-VIH; al contrario, es reconocer los retos pendientes, la ausencia de acciones y las omisiones que han favorecido la dinámica permanente de su transmisión en este sector poblacional.

La prevención del VIH en México no puede permanecer estancada con la apuesta única del uso del condón. Las tendencias de su uso a través de los años muestran que una proporción amplia de los HGBHSH no utilizará el condón a pesar de los esfuerzos en la materia. Ante este panorama, los programas preventivos deberían tener al menos dos enfoques en los aspectos biomédicos-comportamentales: uno para personas que utilizan condón de forma consistente y otro para personas que lo utilizan inconsistentemente o nunca lo utilizan. El primer enfoque tendría que fortalecer las estrategias de educación para el uso de condón, así como una adecuada distribución de condones gratuitos, y el otro, implementar la oferta de nuevas tecnologías como la PrEP. Lo anterior implica reconocer las necesidades y contextos particulares de cada HGBHSH para ofrecer las alternativas que les permitan tener el control de su salud.

La prevención combinada es un asunto pendiente en nuestro país, pues existe un desequilibrio entre los tres componentes. Las intervenciones biomédicas y comportamentales han sido las más privilegiadas a lo largo de los años y, hasta cierto punto, las de tipo estructural han jugado un papel secundario o nulo. Las recomendaciones encontradas en la literatura mexicana han dado cuenta de la importancia del contexto social como un componente

que determina la salud sexual de los HGBHSH. Todo programa o política pública de prevención del VIH en estas poblaciones debe tener una visión integral de los distintos niveles (individual, interpersonal, colectivo) que influyen en que la situación de vulnerabilidad ante la infección se mantenga.

En palabras de Fernández-Dávila (2015), “sin esta mirada, cualquier intervención conductual y/o psicosocial será inefectiva. Y aún cuando solo las intervenciones biomédicas (por ejemplo, la PrEP) puedan reducir drásticamente las infecciones por el VIH entre los HSH, los problemas psicosociales que afectan a este colectivo no desaparecerán. La apuesta debe ser por una prevención combinada”.⁸²

En cuanto a la investigación en torno a las prácticas sexuales y prevención del VIH, es poco posible realizar comparaciones entre los resultados de cada estudio. En futuras investigaciones se podría realizar un consenso entre personas especialistas con el fin de generar un cuestionario modelo que responda a las necesidades del contexto mexicano. Esto permitiría dar un seguimiento más puntual a los indicadores y contextos nacionales. Los elementos para considerar son el tipo de práctica (p. ej., anal insertiva o receptiva), tipo de pareja sexual (p. ej., estable, ocasional o que recibe pago), tipo de método de prevención (p. ej., condón o PrEP) y la temporalidad del uso de algún método preventivo del VIH (p. ej., última relación sexual). En cuanto a este último punto, nuestra recomendación es considerar realizar las mediciones tomando como referencia el último encuentro sexual, ya que esto disminuye los sesgos de memoria de las personas participantes del estudio.

Es importante reconocer los avances tecnológicos en materia de prevención; estos son altamente efectivos cuando se miden variables de nivel individual, como lo es la incidencia de nuevos casos. Sin embargo, estos programas (p. ej., PrEP, PEP) podrían no tener un impacto colectivo si no se consideran las dinámicas que giran en torno a la sexualidad de los HGBHSH (normas identitarias, consumo de drogas, discriminación por orientación sexual, etc.). Uno de los retos actuales es la incorporación de estas nuevas tecnologías al sistema de salud público, lo que implica la adecuación de la normatividad, infraestructura, asignación de presupuesto y el aseguramiento de una atención de calidad con perspectiva de derechos humanos.

⁸² Fernández-Dávila. “¿Por qué hay algunos hombres que tienen sexo con hombres que no están usando el condón?”