

Decolonizar los derechos humanos desde el territorio corpóreo del VIH



Decolonizing Human Rights from the Bodily Territory of HIV

Recibido: 25 de septiembre de 2024

Aceptado: 17 de octubre de 2024

Joab Kalid Barraza Pacheco^a

^aORCID: <https://orcid.org/0009-0003-7838-7962>

Universidad La Salle Oaxaca, Oaxaca, México

Profesor catedrático de la Universidad Regional del Sureste. Cuenta con una maestría en Comunicación Social y Política por parte de la Universidad La Salle Oaxaca; licenciado en comunicación por la Universidad Mesoamericana; Ha colaborado en diversas instituciones públicas del Gobierno del Estado de Oaxaca desde hace 20 años. Correo electrónico: 014340016@ulsaoaxaca.edu.mx

Cómo citar

Barraza Pacheco, J. K. Decolonizar los derechos humanos desde el territorio corpóreo del VIH. *Nomos: Procesalismo Estratégico*, 2(3). <https://doi.org/10.29105/nomos.v2i3.29>

RESUMEN

Este artículo examina la necesidad de decolonizar los derechos humanos a través del análisis del cuerpo de las personas viviendo con VIH como un espacio de resistencia y confrontación con las estructuras de poder hegemónicas. En un contexto donde los derechos humanos han sido históricamente definidos desde perspectivas eurocéntricas, el artículo propone un enfoque decolonial que resitúa las experiencias y conocimientos locales. A través de una crítica a los discursos médicos y legales dominantes, se busca desafiar el estigma y la discriminación que enfrentan las personas con VIH. El artículo sugiere estrategias para redefinir los derechos humanos desde una perspectiva más inclusiva y respetuosa de las diferencias culturales y corporales.

PALABRAS CLAVE: Decolonización, derechos humanos, VIH, estigma, discriminación, poder hegemónico, cuerpo como territorio.

ABSTRACT

This article explores the need to decolonize human rights by analyzing the body of individuals living with HIV as a site of resistance and confrontation against hegemonic power structures. In a context where human rights have historically been defined from Eurocentric perspectives, the paper advocates for a decolonial approach that repositions local experiences and knowledge. By critiquing dominant medical and legal discourses, it aims to challenge the stigma and discrimination faced by people with HIV. The article proposes strategies to redefine human rights from a more inclusive and culturally respectful perspective, acknowledging the diverse corporeal experiences of those affected by HIV.

KEYWORDS: Decolonization, human rights, HIV, stigma, hegemonic power, discrimination, bodily territory.

1. INTRODUCCIÓN

La discriminación por VIH en el acceso a la salud en México es una problemática persistente que afecta a las personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). A pesar de los avances en la concienciación y el tratamiento, la estigmatización y la discriminación continúan obstaculizando el acceso equitativo a los servicios de salud para esta población, afectando derechos humanos fundamentales como el derecho al trabajo y a una vida digna.

Las políticas de salud actuales en torno al VIH/SIDA reflejan estrategias de biopoder y biopolítica, que buscan regular la vida y los cuerpos de los individuos a través del conocimiento médico y la imposición de normas que excluyen a quienes no las cumplen. El examen de detección del VIH, por ejemplo, se ha convertido en un dispositivo de vigilancia que perpetúa un estado de control sobre los cuerpos, normalizando la distinción entre “sano” e “infectado”. Esta medicalización del cuerpo no solo justifica la regulación constante de los cuerpos, sino que también impone una responsabilidad al individuo de mantenerse “saludable” bajo los parámetros establecidos por el Estado y las instituciones de salud.

La discriminación en el acceso a la salud para personas que viven con VIH en México se manifiesta de diversas maneras: desde la estigmatización en ambientes de atención médica hasta barreras en el acceso a tratamientos adecuados. Por ejemplo, el artículo 192 del Código Penal de Oaxaca criminaliza a las personas que viven con VIH, justificando sanciones bajo conceptos de “riesgo de contagio y propagación de enfermedades”, lo que refuerza estigmas y promueve una cultura de exclusión.

En 2021, el Consejo para Prevenir y Eliminar la Discriminación de la Ciudad de México [COPRED] (GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO) destacó que esta criminalización institucionaliza la estigmatización y refuerza la discriminación hacia las personas que viven con VIH. Esta problemática no solo impacta la salud y el bienestar de estas personas, sino que también afecta la promoción de una sociedad más inclusiva y justa.

2. ¿CÓMO LOS FACTORES JURÍDICOS PRODUCEN DISCRIMINACIÓN Y VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS EN EL ACCESO A LA SALUD EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH?

La discriminación por VIH no solo viola el derecho a la salud, sino también otros derechos humanos fundamentales, como el derecho a la vida, al trabajo, al libre desarrollo de la personalidad y al disfrute de los avances científicos. La estigmatización y el miedo asociados con el VIH/SIDA son fenómenos profundamente arraigados que perpetúan un ciclo de exclusión y discriminación. A pesar del creciente conocimiento sobre el VIH/SIDA, las respuestas a esta problemática siguen siendo inadecuadas debido a factores sociales, económicos y políticos que van más allá del nivel individual. La falta de respeto hacia los derechos humanos en el ámbito médico contribuye a una atención de salud desigual y discriminatoria.

A nivel internacional, se han establecido directrices para proteger los derechos de las personas que viven con VIH, como las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos promulgadas en 1996. Sin embargo, en la práctica, muchos de estos derechos continúan siendo vulnerados. La discriminación persiste en múltiples formas, desde tratos inhumanos y degradantes hasta la criminalización explícita de las personas que viven con VIH.

En México, a pesar de los avances legislativos, como la reciente modificación al Artículo 133 de la Ley Federal del Trabajo que prohíbe la discriminación laboral por condición de salud, persisten numerosas barreras para las personas que viven con VIH. Estas barreras incluyen la negativa a contratar, el despido injustificado, y la presión para renunciar debido a su condición de salud. La Comisión Nacional de Derechos Humanos ha emitido recomendaciones para mejorar la protección de estos derechos, pero el impacto de estas medidas sigue siendo limitado.

El análisis de la discriminación por VIH en México revela que se trata de una problemática compleja y multifacética. Existen múltiples factores que contribuyen a esta situación, desde la estigmatización social y la falta de políticas de salud inclusivas, hasta la criminalización de las personas que viven con VIH. La discriminación en el acceso a la salud también se

agrava por las políticas de biopoder que controlan los cuerpos de las personas infectadas y las marginan de los servicios de salud adecuados.

La Encuesta Nacional sobre Discriminación (INEGI, 2022) destaca que un 28.7 % de la población considera que “convivir con personas que viven con VIH siempre es un riesgo”, reflejando actitudes discriminatorias persistentes. Además, el 47.7% de la población no estaría de acuerdo en que sus hijos se casen con una persona que vive con VIH, lo que subraya el estigma social prevalente.

A nivel legal, a pesar de las reformas recientes en México para proteger a las personas que viven con VIH, como la prohibición de despidos basados en el estado serológico, aún se requiere una implementación efectiva y una supervisión adecuada para garantizar que estas leyes se cumplan. El contexto internacional también demuestra que, a pesar de los compromisos para proteger los derechos de las personas que viven con VIH, persisten violaciones sistemáticas de sus derechos.

La discriminación contra las personas que viven con VIH en el acceso a la salud en México se perpetúa por múltiples factores administrativos, políticos, educativos y jurídicos, los cuales no solo violan los derechos humanos, sino que también impiden el control efectivo de la epidemia. Este artículo explora la relación entre el marco neoliberal y la regulación de cuerpos seropositivos desde una perspectiva decolonial, abordando conceptos como biopolítica, biopoder, bioética, y derechos humanos. Al enfocar la discusión en la mirada desde “la otredad” —aquellos que viven con esta condición crónica—, se revela la complejidad de los mecanismos de discriminación y exclusión en el contexto mexicano.

3. BIOPOLÍTICA, BIOPODER Y BIOÉTICA EN EL CONTEXTO DEL VIH Y LOS DERECHOS HUMANOS

En el análisis de las relaciones de género, el concepto de totalidad resulta fundamental para visibilizar cómo el patriarcado se entrelaza con las estructuras económicas, políticas y culturales de la sociedad. Este enfoque permite comprender cómo el patriarcado no opera de manera aislada, sino que se intersecta con otras formas de opresión y explotación, como la clase social y la raza (O’Brien, 2021). Dentro del sistema capitalista, por ejemplo, ha

existido históricamente un disciplinamiento de género que ha excluido a las personas LGBTTTIQ+ de ciertos trabajos, evidenciando cómo el patriarcado se articula con otras dimensiones sociales.

El concepto de totalidad, según Lukács, no implica analizar cada manifestación del fenómeno de manera aislada, sino entender que todos los hechos sociales están vinculados, directa o indirectamente, a la base económica que condiciona las estructuras sociales. De este modo, fenómenos como la discriminación no deben ser vistos únicamente como consecuencias de una preferencia sexual o una identidad de género, sino como parte de un entramado más amplio de relaciones sociales históricamente determinadas por una base económica. Este enfoque permite situar la discriminación dentro de un contexto más amplio de relaciones sociales y económicas.

La interseccionalidad, propuesta por Crenshaw (1993), ofrece una perspectiva adicional al destacar cómo las distintas categorías sociales—como raza, género, clase, sexualidad y discapacidad—se cruzan e interactúan para producir experiencias específicas de opresión y privilegio. Este concepto subraya la importancia de reconocer y abordar cómo múltiples sistemas de opresión se intersectan y se afectan mutuamente.

Ambos conceptos, el de totalidad y el de interseccionalidad, resaltan la complejidad e interdependencia de la realidad social. Lukács enfatiza que para comprender los fenómenos sociales es necesario considerar tanto las estructuras objetivas como las prácticas y conciencias subjetivas. De manera similar, la interseccionalidad destaca la importancia de un enfoque integral que tome en cuenta las múltiples dimensiones de la experiencia humana y cómo estas dimensiones se cruzan e interactúan entre sí. Ambos enfoques subrayan la necesidad de un análisis integral e interdisciplinario para captar la complejidad de los fenómenos sociales y sus conexiones con fuerzas históricas y políticas más amplias.

Ahora bien, el concepto de biopolítica, introducido por Michel Foucault, describe la forma en que los estados modernos ejercen control sobre las vidas de los ciudadanos, clasificándolos como “útiles” o “inútiles” para los propósitos del poder soberano. En el contexto del VIH, esta dinámica se manifiesta en la forma en que se gestionan las políticas de salud pública que generan una dicotomía entre lo sano y lo infecto o entre lo vivo y lo muerto.

Rosi Braidotti (2006) critica la dicotomía moderna que separa radicalmente la vida de la muerte, viendo a esta última como el final definitivo de la vida y su opuesto absoluto. Para Braidotti, esta separación genera una jerarquía en la que la vida es valorada y sacralizada por encima de la muerte, lo cual impone una visión reduccionista. En línea con Michel Foucault, Braidotti analiza cómo esta dicotomía se enmarca en las sociedades biopolíticas, particularmente en el contexto del poder biomédico, que regula y gestiona la vida y la muerte.

De ahí que la biopolítica institucionaliza la higiene como un elemento clave para consolidar el poder político dando que esta práctica discursiva de la actualidad permite ligar a la centralidad del cuerpo en las políticas del biopoder bajo el mantenimiento y protección del cuerpo como una entidad que debe ser gestionada y regulada

La urgencia por contener el VIH no se puede entender sin reconocer esta centralidad del cuerpo. Las políticas de salud pública enfocadas en la contención de la epidemia están estructuradas en torno a lo que se denomina como el cuerpo saludable. En este análisis, se utilizan contrastes históricos para mostrar cómo ha cambiado la concepción de este cuerpo a lo largo del tiempo. Aunque la salud reproductiva y la sexual están interrelacionadas, centrándose específicamente en la salud sexual, dado que el VIH afecta de manera más intensa este aspecto de la salud humana.

El biopoder regula las vidas de las personas seropositivas, no solo a través de las políticas de salud pública, sino también mediante normas sociales que imponen una visión hegemónica del cuerpo sano frente al cuerpo enfermo. Según Hanspeter (2016), la estigmatización de las personas con VIH refleja cómo el Estado ejerce un control sobre quienes son considerados “indeseables”, reproduciendo formas de exclusión que afectan directamente el acceso a la salud.

Para ello, los gobiernos tienen a la tarea de fabricar y regular peligros generando con ello una política del miedo dado que “La salud [sexual] y reproductiva no es solamente un aspecto importante de la salud [...] Por razones de su impacto, urgencia e inequidad, es un asunto de interés global” (Profamilia, 2018).

El Manual de autocuidado de la salud en el trabajo sexual (CENSIDA, 2023) plantea como una de sus principales estrategias fomentar prácticas que reduzcan los riesgos de

contraer el virus. Esta guía señala que uno de los factores clave para determinar la salud de una persona es el nivel de exposición al VIH, es decir, cuanto más expuesta esté alguien al virus, mayor será su probabilidad de infección. Este enfoque también se refleja en otras guías de prevención dirigidas a grupos específicos, como jóvenes, mujeres trans, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y mujeres en situaciones de vulnerabilidad. Este manual recomienda prácticas de prevención basadas, entre otras cosas, en el grado de exposición individual, lo que implica, por ejemplo, considerar el número de parejas sexuales en el último año y si se usaron preservativos en la última relación sexual.

El propósito de estas políticas es reducir tanto los factores de riesgo como la exposición al VIH. Aquí, la salud no solo se entiende como la ausencia de enfermedades infecciosas, sino también como la capacidad de disminuir las posibilidades de contraer el virus. En otras palabras, un cuerpo sano es aquel que no solo está libre de infecciones, sino que además reduce activamente su riesgo de exposición.

Estas políticas reconocen que es imposible eliminar por completo el riesgo de infección, lo que implica una “tolerancia” hacia la posibilidad de contagio. En este sentido, un cuerpo saludable no está completamente aislado del virus, sino que siempre mantiene cierta vulnerabilidad o cercanía al riesgo. Por eso, la clave es gestionar los riesgos y mantener prácticas preventivas que minimicen la exposición al VIH, sin pretender un aislamiento total del virus.

La bioética, como campo emergente en la medicina y la biología, presenta un conjunto de principios éticos aplicados al VIH/SIDA que reflejan tensiones entre la protección de derechos individuales y las demandas del bien común. El informe Belmont (1979) citado por Brito Sosa (2011) establece principios de no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, que han sido fundamentales en el manejo de dilemas éticos relacionados con el VIH. Sin embargo, autores como Joaquín Ocampo (2005) argumentan que estos principios a menudo se ven socavados por políticas de confidencialidad que pueden perpetuar estigmas o por prácticas coercitivas que obligan a las personas seropositivas a realizarse pruebas sin su consentimiento, justificando tales acciones bajo la necesidad de proteger a la comunidad.

La medicina pasa a ser una forma de poder autoritario que no solo se ocupa de curar enfermedades o atender a los pacientes, sino que también se dedica a imponer normas y regular

la vida de las personas de manera más amplia. Esto se relaciona con el concepto de biopolítica, donde el cuerpo se convierte en un objetivo del control y regulación política a través de la medicina, la cual actúa como una herramienta para gestionar la vida en términos de salud.

Esta convergencia se hace evidente en diversas áreas médicas, donde la ciencia se utiliza para regular no solo la vida biológica, sino también las decisiones políticas y éticas sobre la vida misma, por tanto, la bioética es una forma de control porque desde sus inicios ha estado vinculada a decisiones políticas sobre cómo deben ser gestionados y controlados los cuerpos y la vida humana detonándose con ello diversas formas de discriminación entre lo sano y lo infecto.

La discriminación contra las personas con VIH se enmarca en una desigualdad social estructural que afecta su acceso a la salud. Carlos Andino (2017) señala que, a pesar de los esfuerzos para combatir el estigma, persisten interpretaciones moralizantes que vulneran la dignidad y los derechos de los individuos con VIH, reforzando la exclusión y el rechazo. En este sentido, los derechos humanos ofrecen un marco para abordar estas desigualdades. Según Ugarte-Gil (2005), el respeto a los derechos humanos es fundamental para el control efectivo del VIH, ya que garantiza el acceso a tratamientos y servicios de salud sin discriminación. Sin embargo, en México, este enfoque se enfrenta a retos significativos debido a la persistencia de marcos normativos que, aunque teóricamente protegen los derechos de las personas seropositivas, en la práctica perpetúan formas sutiles de exclusión y discriminación.

El neoliberalismo, como paradigma económico, ha exacerbado las desigualdades en el acceso a servicios de salud, especialmente para las personas que viven con VIH. Este modelo ha promovido la privatización y reducción del gasto público en salud, limitando el acceso a tratamientos antirretrovirales y servicios médicos. De acuerdo con Castells (2010), esta lógica neoliberal considera la salud como una mercancía, donde el acceso depende de la capacidad de pago, lo que deja fuera a grupos marginados. En el caso del VIH, esto se traduce en una brecha creciente en el acceso a la atención médica de calidad, especialmente en comunidades rurales e indígenas, como las de Oaxaca.

El estudio de Escobar (2012) destaca que los sistemas de salud pública carecen de recursos suficientes para atender adecuadamente a personas con VIH, lo cual se ve agravado por

prejuicios y discriminación institucional. La falta de información y capacitación adecuada del personal médico contribuye a la perpetuación de mitos y estigmas sobre el VIH, creando un ambiente hostil para los pacientes seropositivos.

De acuerdo al Informe Histórico de VIH 2024 realizado por la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles (2024), el promedio desde que se tiene registro a la fecha oscila en 8,935.62 casos notificados de VIH en el país, siendo el 2022 el año con más casos reportados dando un total de 18,012 personas notificadas. Actualmente el informe detalla un total de 375 mil 296 casos notificados.

La epidemia en México afecta principalmente a hombres de quienes se tiene un registro del 82% de los casos, mientras que en mujeres es del 18% siendo el grupo etario con mayor vulnerabilidad los situados entre los 25 y 29 años en su mayoría catalogados en la transmisión de tipo sexual con el 96.7% de los casos notificados.

Cabe resaltar que las medidas tomadas para el control de muestras de sangre implementadas por el gobierno mexicano han brindado disminución drástica ya que desde el año 1999 no se detectan notificaciones de infecciones de contagio, salvo en los años 2004 con un caso, 2008 con dos casos, 2016 con un caso y 2017 con tres casos.

Respecto de los casos de transmisión por vía vertical, es decir de madre a hijos e hijas en el momento de gestación o por contacto de leche materna, el porcentaje se reduce al 1.5% del total de casos registrados, manteniéndose a la baja desde el 2022, año en el que el porcentaje a la fecha ha sido del 0.3% de los casos notificados.

Ahora bien, del total de los casos notificados y de los cuales la autoridad tiene registro, se indica que el 65.60% de los casos se encuentra vivo, el 30.10 muerto y el 4.30% se desconoce, lo que significa que por lo menos hay 16,135 personas de las cuales se ignora su situación vital.

De acuerdo al histórico de contagios, las entidades con mayor índice de contagios por orden de notificaciones se encuentra la Ciudad de México con el 13.2%, seguido por Estado de México con el 10.3% y Veracruz con el 9.2%. En el caso de Oaxaca, este se encuentra en el número trece por encima de la media nacional con 12,420 casos notificados, es decir, el 3.3% de los casos reportados desde el inicio de la pandemia.

Entre 2019 y 2024, se observa un aumento en los casos de discriminación por VIH en

México, tanto en entornos de atención médica como en la sociedad en general. A pesar de los esfuerzos realizados para combatir la estigmatización y promover la igualdad de acceso a la salud, persisten barreras significativas que dificultan el ejercicio pleno del derecho a la salud de las personas que viven con VIH. Siendo el 2019 como el año que más muertes se han registrado en pacientes que viven con VIH por infecciones oportunistas, para el 2021 se registraron 4 662 muertes relacionadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH); 83.6 % (3 896) correspondieron a hombres y 16.4 % (766), a mujeres. La tasa de mortalidad por enfermedades relacionadas con el VIH fue de 3.7 fallecimientos por cada 100 mil personas. Se indica que el 40.3 % de la población que murió por enfermedades relacionadas con el VIH no contaba con afiliación a una institución de salud.

Otro dato importante es que de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2022, respecto a la pregunta “Convivir con personas que viven con SIDA o VIH siempre es un riesgo” el 28.7 % de la población encuestada dijo que sí. Es la sexta causa de discriminación, siendo hombres y personas mayores de 60 años de edad los que piensan de dicha manera, mientras que, a nivel nacional, 47.7% de la población de 18 años y más, independientemente si tiene hijos o no, no estaría de acuerdo en que su hija o hijo se casara con una persona que vive con SIDA o VIH. Mientras que, 32.5% no estaría de acuerdo en que su hija o hijo se casara con una persona del mismo sexo, se estima que 14.6% de la población de 18 años y más no estaría de acuerdo en contratar a una persona que vive con SIDA o VIH.

4. LA PERSPECTIVA DECOLONIAL: REPLANTEANDO EL ENFOQUE EN DERECHOS HUMANOS

Adoptar una perspectiva decolonial implica cuestionar las narrativas hegemónicas que han definido el enfoque de los derechos humanos y la salud pública en relación con el VIH. Esta visión crítica el legado colonial en las estructuras de poder actuales, que sigue tratando a las personas seropositivas como sujetos de control y no como sujetos de derecho. Mignolo (2010) sostiene que una perspectiva decolonial nos permite reconocer las múltiples formas en que las prácticas coloniales persisten en el manejo de la salud pública, especialmente en

el tratamiento de “la otredad”, o aquellos considerados “diferentes” o “peligrosos” por el *Status quo*.

En este sentido, una relectura de los derechos humanos desde una óptica decolonial supone una apertura a epistemologías y prácticas locales, tales como las que promueven las comunidades indígenas de Oaxaca, que ofrecen modelos alternativos de sanación y cuidado basados en la solidaridad y el respeto mutuo, en lugar de la segregación y el control.

La teoría decolonial argumenta que la dicotomía entre centro y periferia, así como la jerarquización étnico-racial en América Latina, persistieron tras los procesos de independencia y la formación de los Estados-nación. A diferencia de la visión independentista, la decolonialidad reconoce que los procesos coloniales europeos no se limitaron a imposiciones administrativas, sino que establecieron una estructura de dominación que afectó las relaciones raciales, étnicas, sexuales, epistémicas, económicas, ecológicas y de género en las poblaciones periféricas, mientras paralelamente construían la modernidad para los centros (Castro-Gomez & Grosfoguel, 2007). La decolonialidad cuestiona las estructuras coloniales que siguen operando bajo una fachada de independencia estatal y pretende deconstruir los cimientos epistémicos y políticos del dominio occidental.

La perspectiva decolonial surge como una apuesta epistémico-política que centra su análisis en los oprimidos por la colonización europea. Este enfoque se diferencia de las teorías poscoloniales en su insistencia en la continuidad de las estructuras coloniales de poder más allá del período formal de colonización, cuestionando la colonialidad del poder independientemente de un marco temporal determinado (Saldarriaga & Gómez, 2018).

En América Latina, el derecho y la constitución han operado bajo los paradigmas de la modernidad/colonialidad, perpetuando estructuras de dominación y exclusión que legitiman la supremacía de la cosmovisión occidental.

Desde esta perspectiva, la colonización se realizó mediante la estratificación social basada en la raza. Dos elementos clave de esta estratificación fueron la codificación racial de las diferencias entre conquistadores y conquistados, y el control de recursos y trabajo en función del capital global (Quijano, 2014). Este sistema de dominación no solo afectó las relaciones económicas y políticas, sino también la subjetividad cultural y el conocimiento, excluyendo y marginando otros modos de ser y conocer.

Para comprender cómo el derecho se convierte en una herramienta de legitimación del dominio, es fundamental explorar el concepto de Estado desde la perspectiva de la teoría de Andrés Serra Rojas (2018), que define al Estado como una entidad con fines tanto ligados a la naturaleza humana como a intereses personales. Según Rojas, esta dualidad entre los fines naturales y los intereses del propio Estado revela un mecanismo de dominación inherente a la teoría política: el ser humano, por naturaleza, necesita tanto mandar como ser mandado, lo cual perpetúa una relación de obediencia y control.

En este marco, surge la idea de “Razón de Estado”, que justifica las acciones del gobernante en beneficio del orden político que representa, sin importar las consideraciones morales o jurídicas implicadas (Borja, 1997). Desde la perspectiva decolonial, esta razón de Estado entra en crisis cuando es vista desde la posición del oprimido, como es el caso de las personas que viven con VIH, quienes enfrentan una estructura de dominación que niega su plena participación en la comunidad política.

Desde la perspectiva decolonial, la crítica al derecho se centra en su construcción excluyente y su imposición como una cosmovisión válida solo para el hombre blanco europeo, ignorando o minimizando otras formas de vida y organización social. Incluso en el ámbito de los Derechos Humanos, persiste un sesgo colonial que limita la capacidad de imaginar otras formas de vida fuera del marco de la racionalidad económica y política dominante (Sierra-Camargo, 2017).

Max Weber también aborda la relación entre derecho y dominación, señalando que la política, y por ende el derecho, se fundamenta en el ejercicio de la dominación. Weber distingue tres tipos de dominación legítima: racional, tradicional y carismática, siendo la racional propia del mundo moderno y la base del Estado de derecho (Weber, 1983). Esta construcción racional del derecho legitima la dominación mediante un contrato social que, en su origen, excluye a ciertos grupos de su plena participación.

Michel Foucault introduce el concepto de biopolítica para describir cómo el poder moderno se preocupa por la vida y el bienestar de la población, regulando aspectos como la natalidad, mortalidad y salud pública (Foucault, 2006). No obstante, desde una perspectiva decolonial, la biopolítica se transforma en necropolítica, donde la gestión de la vida se convierte en una gestión de la muerte, especialmente para aquellos grupos considerados

“otros” o marginales. Giorgio Agamben (1998) profundiza en esta idea, destacando la paradoja de la soberanía, en la cual el soberano decide sobre el estado de excepción, suspendiendo el orden jurídico para incluir a los excluidos en una relación de dominio total.

El concepto de necroderecho, desarrollado por José Ramón Narvárez (2017), expande esta crítica al analizar cómo el derecho institucionaliza la muerte como un mecanismo de control estatal. Narvárez identifica tres formas en que el necroderecho opera: la banalidad del mal en la burocracia legal, el cálculo de muertes por exclusión de servicios básicos y la corrupción que despoja a las comunidades de sus recursos naturales esenciales.

5. EL DERECHO COMO INSTRUMENTO DE DOMINACIÓN

Cuando el sistema legal pierde su consenso y se convierte en una herramienta de dominación, se fetichiza, justificando su imposición mediante la exclusión y la violencia simbólica y física. En este contexto, Dussel (2006) argumenta que las leyes injustas deben ser deslegitimadas, ya que no permiten una participación simétrica de los oprimidos en su formulación, manteniendo así una relación de exclusión.

Este proceso de exclusión se intensifica en el marco del necroderecho, donde la propiedad y el control del cuerpo humano, incluso después de la muerte, son regulados por el Estado. Autores como Alba Betancourt, Arguedas, Gallardo Aceves, Mendoza Cárdenas, & Medina Arellano (2022) discuten cómo la biopolítica se convierte en necroderecho en temas como el aborto, la reproducción asistida y la eutanasia, donde el cuerpo humano es tratado como propiedad del Estado, más que del individuo.

Para contrarrestar estas estructuras de dominación, la perspectiva decolonial propone una reconstrucción del derecho basada en principios de justicia, igualdad y reconocimiento de la diversidad epistémica y cultural. Walter Dignolo (2010) propone una ruptura epistemológica que revalorice los saberes y prácticas de los cuerpos oprimidos, especialmente aquellos que viven con VIH, y promueva la emancipación y liberación de las estructuras de dominación colonial.

Michel Foucault también sostiene que el Estado no es el origen del gobierno, sino el lugar donde se codifica. El gobierno evoluciona desde un modelo familiar y jurídico a uno

económico, gestionando poblaciones con una racionalidad que favorece la autorregulación (Foucault, 2006). En este contexto, la emergencia del neoliberalismo revela una crisis en el modelo disciplinario, requiriendo nuevas formas de resistencia y liberación sobre todo en los cuerpos portadores de VIH.

CONCLUSIÓN

La teoría decolonial presenta una crítica fundamental al derecho tal como se ha concebido en América Latina, argumentando que este opera como una herramienta de dominación colonial que perpetúa estructuras de exclusión y violencia. Al proponer una nueva epistemología jurídica que incluya las voces y experiencias de los oprimidos, como las personas que viven con VIH, se abre un espacio para imaginar y construir un orden jurídico más justo y equitativo. La resistencia decolonial implica no solo una transformación del derecho, sino también una reconfiguración radical de las relaciones de poder y conocimiento que han definido la modernidad/colonialidad en el contexto global.

Para avanzar hacia un enfoque verdaderamente inclusivo y de respeto a los derechos humanos de las personas con VIH, es necesario reimaginar los marcos éticos y jurídicos vigentes. Primero, es fundamental implementar programas de educación en salud que aborden los prejuicios y la desinformación en todos los niveles, desde la formación médica hasta la sensibilización comunitaria. Asimismo, se deben crear políticas públicas que aseguren no solo el acceso universal a tratamientos antirretrovirales, sino también un apoyo integral que incluya aspectos psicosociales y económicos.

Por otro lado, el Estado debe asumir una posición más proactiva en la regulación de prácticas discriminatorias en entornos laborales, educativos y sociales, mediante el establecimiento de mecanismos efectivos de denuncia y reparación. Estos esfuerzos deben estar acompañados por la promoción de un diálogo intercultural que considere las perspectivas y necesidades de las personas seropositivas como actores principales en la construcción de políticas que les afectan directamente.

La discriminación contra las personas con VIH en el acceso a la salud en México revela profundas desigualdades estructurales que requieren una intervención urgente desde una

perspectiva de derechos humanos y decolonial. La biopolítica, el biopoder, y los principios bioéticos deben ser reinterpretados a la luz de las realidades contemporáneas para garantizar un enfoque más inclusivo y respetuoso de las diferencias. El desafío radica en transformar no solo las políticas y normativas, sino también las mentalidades y prácticas cotidianas, promoviendo una visión de la salud como un derecho fundamental para todos, más allá de las construcciones sociales de “normalidad” o “utilidad”.

TRABAJOS CITADOS:

- Castells, M. (2010). *The Rise of the Network Society*. USA: Wiley-Blackwell. .
- Castro-Gomez, S., & Grosfoguel, R. (2007). El giro decolonial: reflexiones para una diversidad epistémica más allá del capitalismo global. *Signo y pensamiento*, 26(50), 30-58.
- CENSIDA. (2023). *Manual de Autocuidado de la salud en el trabajo sexual*. Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/860608/MANUAL_CONJUNTO_2.10.23.pdf
- Alba Betancourt, A. G. (2022). *Biopolítica, genética y propiedad sobre el cuerpo*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM. .
- Agamben, G. (1998). *Homo Sacer: El poder soberano y la “nuda vida”*. Valencia: Pre-textos.
- Andino Acosta, C. (2017). BIOÉTICA, Y VIH/Sida UNA PERSPECTICA DESDE LA HERMENÉUTICA DE LA EXISTENCIA Autores/as. *Revista Colombiana de Bioética*, 12(2), 68-89.
- Borja, R. (1997). *Enciclopedia de la Política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Braidotti, R. (2006). *Transposiciones. Sobre la ética nómada*. Barcelona: Gedisa.
- Brito Sosa, G. &. (2011). Enfoque bioético de los pacientes portadores del VIH, y de médicos y enfermeros de la atención secundaria sobre el VIH/SIDA. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(2), 217-231.
- DIRECCIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. (2024). *SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE VIH*

- INFORME HISTÓRICO DE VIH 1ER TRIMESTRE 2024*. México: Secretaría de Salud.
- Dussel, E. (2006). *Filosofía de la Liberación*. Buenos Aires: Editorial Docencia.
- Escobar, A. (2012). *Encountering Development: The Making and Unmaking of the Third World*. USA: Princeton University Press. .
- Foucault, M. (2006). *Nacimiento de la biopolítica: curso en el College de France 1978-1979*. México: Fondo de Cultura Económica.
- GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO. (24 de JUNIO de 2021). *COPRED*. Recuperado el AGOSTO de 2024, de COPRED urge a derogar el delito de “peligro de contagio” del artículo 159 del Código Penal capitalino: <https://copred.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/copred-urge-derogar-el-delito-de-peligro-de-contagio-del-articulo-159-del-codigo-penal-capitalino>
- INEGI. (2022). *Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS)*. Obtenido de INEGI: <https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2022/>
- Mignolo, W. (2010). *Desobediencia Espistémica: retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*. Argentina: Ediciones del signo.
- Narvaez, J. R. (2017). *Necroderecho*. Ciudad de México: Editorial Libitum.
- Ocampo, J. (2005). Bioética y VIH/SIDA: La responsabilidad del paciente, la sociedad y el Estado. *An Med Asoc Med Hosp*, 50(3), 136-140.
- Profamilia. (16 de Octubre de 2018). *Salud Reproductiva y derechos humanos*. Obtenido de http://www.bdigital.unal.edu.co/51594/1/9588164184_1.PDF
- Quijano, A. (2014). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. En *Cuestiones y horizontes: de la dependencia histórico-estructural a la colonialidad/descolonialidad del poder*. CLACSO.
- Reiling, H. C. (2016). La biopolítica del SIDA en Uruguay . En *Anuario Antropolgía Social y Cultural en Uruguay* (págs. 241-254). Uruguay.
- Saldarriaga, D. C., & Gómez, M. I. (2018). Teorías feministas, abolicionismo y decolonialidad: teorías críticas que cuestionan la efectividad de los derechos de las mujeres. *Prolegómenos*, 21(41), 43-60.
- Serra Rojas, A. (2018). *Teoría del Estado*. México: Porrúa.
- Sierra-Camargo, J. (2017). *La importancia de decolonizar la enseñanza del derecho*

internacional de los derechos humanos: el caso de la consulta previa en Colombia (Vol. 39). Colombia: Revista Derecho del Estado.

Ugarte-Gil, C. A. (2005). LA BIOÉTICA BAJO EL CONTEXTO DEL VIH/SIDA. *DST – J bras Doenças Sex Transm*, 17(3), 225-227.

Weber, M. (1983). *Economía y Sociedad: esbozo de sociología comprensiva*. México: Fondo de Cultura Económica.