

Sexo con VIH, una historia de resistencias

Luis Manuel Arellano
Clínica Condesa

Resumen

Gran parte de la lucha contra el virus de inmunodeficiencia humana ha consistido en impulsar cambios de comportamiento en la población homosexual, que concentra el mayor número de casos. En este trabajo se realiza un repaso de las estrategias preventivas, de coerción jurídica y moral, así como de su fracaso. Se revisan los sustentos del canon homoerótico y el impacto de los antirretrovirales como apuesta para detener la epidemia.

Palabras clave: VIH, HSH, sexo, gays, homosexuales, homoerotismo, prevención, condón, antirretrovirales.

Abstract

Much of the fight against Human Immunodeficiency Virus has focused on promoting changes in behavior among the homosexual community, which has the majority of cases. This work offers a review of preventive strategies, legal and moral coercion, as well as their failure. The foundations of the homoerotic canon are reviewed and the impact of antiretroviral drugs as an answer to stop the epidemic.

Keywords: HIV, HSH, sex, gays, homosexuals, homoeroticism, prevention, condom, antiretroviral drugs.

Introducción

En la década de los años ochenta, a los gays mexicanos la transmisión sexual del virus de inmunodeficiencia humana les planteó una disyuntiva: modificar el canon de su sexualidad o sucumbir ante la infección. El ultimátum estaba respaldado en el seguimiento epidemiológico, pero contenía un sesgo médico-moral dado que se trataba de una infección mortal atribuida a su "promiscuidad". Por eso se consideró necesario impulsar pautas específicas de comportamiento como uso del condón, reducción de parejas sexuales, evitar cuartos oscuros y baños de vapor, la penetración anal e incluso la abstinencia.

Este paquete de cambios parecía, en el fondo, una invitación a dignificar la homosexualidad, que obviamente fracasó, aun cuando la epidemia creció. Con la información epidemiológica disponible, así como mi experiencia profesional y comunitaria

en este campo, estimo que más de cien mil homosexuales y bisexuales mexicanos han fallecido a causa del sida desde que se empezaron a notificar los primeros casos en 1983.¹ Al margen de las identidades sexo genéricas, en la actualidad existen más de cien mil gays con VIH, incluidos los hombres que tienen sexo con hombres.² Se estima que la prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres oscila entre 17 y 19%,³ lo cual revelaría que el restante 80% ha evitado la infección pero está expuesto a ella. ¿Cómo entender el saldo? ¿Por qué decenas de miles de homosexuales siguieron intercambiando fluidos —semen y sangre— durante el coito anal o el sexo oral, sabiendo que en nuestro país ésa es la forma más común de transmisión del VIH?

Sin renunciar al placer sexual, desde una perspectiva más amplia puede observarse que el homoerotismo ha abierto rutas de integración social lo mismo en las artes plásticas, el cine y la literatura que en la política, en una sintonía internacional decidida a combatir homofobia. En pocas décadas, los colectivos de la diversidad han obtenido reconocimiento jurídico para acceder al matrimonio y para adoptar. Algo impensable hace 40 años y que, no obstante, está en deuda con la salud sexual comunitaria.

En este trabajo se reconoce la capacidad adquirida de los expertos mexicanos para ofrecer atención integral y efectiva a miles de personas con VIH, que hoy cuentan con calidad de vida. Mis observaciones no están orientadas a revisar la atención médica ni el sistema nacional de salud, sino a identificar las directrices de prevención desplegadas ante una población que no quiso renunciar al ejercicio de su sexualidad, la principal forma de transmisión del VIH en este país. Desde un escenario diferente al inicio de la epidemia, espero aportar elementos que permitan configurar respuestas, sabiendo que los medicamentos antirretrovirales evitan la transmisión de esta infección.

Atrás de la epidemia

El binomio VIH/sida ha trasparentado deficiencias en el sistema nacional de salud mexicano, y en particular la ausencia de una política de salud sexual integral. Desde el gobierno no se ha podido hablar públicamente del coito ni liberar campañas

¹ Por cierto, la muerte de gays por sida se ha silenciado en la agenda del activismo comunitario. En este artículo abundo al respecto. Véase <<https://www.excelsior.com.mx/blog/el-lado-oscuro/vih-donde-estan-los-gays/1311587>>.

² Los datos acumulados por la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud revelan que al corte del segundo trimestre del 2019 hay un total de 172 390 personas vivas con VIH (incluidos hombres, mujeres y personas transgénero).

³ Estudios para medir la prevalencia de VIH en HSH establecen variabilidad; hay lugares del país que superan 19%. Véase: <<http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/05/Encuesta-seroprevalencia.pdf>>, <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/56422/Presentacion_HSH_TTT_MTS_Censida_Cisidat_25Sep2014.pdf>.

de radio y televisión para practicarlo con seguridad, sin riesgo para la salud. Tampoco se reconoce que las infecciones de transmisión sexual circulan horizontalmente en toda la población: mujeres, hombres, personas transgénero. Mucho menos acepta que los adolescentes tienen vida sexual activa y que los embarazos juveniles se podrían evitar con uso de implantes anticonceptivos. Por eso, a nadie que se presente en los servicios de salud con alguna infección de transmisión sexual (ITS) se le informa cómo puede seguir disfrutando su sexualidad. La falta de capacitación y los prejuicios morales han creado una laguna sanitaria, que es caldo de cultivo para el incremento de dichas infecciones.

La consejería para personas con VIH se ha centrado en generar condiciones para evitar que los pacientes infecten a otras personas. En el Manual de Consejería del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (Censida) existen perlas como la siguiente: "Hay casos de usuarios —se dice en el documento— que continúan teniendo prácticas sexuales no protegidas pese haber recibido consejería, por lo que será necesario canalizarlos a psicoterapia".⁴ Se trata de una de muchas pistas respecto a la falta de criterios para comprender el sexo entre hombres, pero sobre todo para digerir que resistirse al uso del condón no es expresión de patología alguna.⁵

El Censida (antes Conasida⁶) ha tenido un papel muy importante en la respuesta mexicana a la epidemia, pero uno de sus fracasos ha sido la incapacidad para conectar con el canon de comportamiento gay, que rechaza cargar con la responsabilidad moral que se le impuso, dado que lo constante en la historia de la epidemia han sido las medidas adoptadas para inhibir o modificar la sexualidad de la población afectada. El discurso predominante se ha elaborado a partir de una tesis falsa: que la transmisión del VIH es culpa de los infectados, por lo cual deberían renunciar al sexo o, en el mejor de los casos, reducirlo y recubrirlo de látex. Querer entender el sexo entre hombres vinculado a la epidemia y no en su propia dinámica y proceso histórico, llevó a los tomadores de decisiones a distraer respecto de cómo detener la epidemia. Tan fallida resultó la visión consensuada entre autoridades y algunos activistas, que abiertamente los colectivos gays se resistieron a modificar su canon de sexualidad; tampoco lo hicieron quienes se sabían con VIH. Sigilosa pero decidida-

⁴ La guía centra su visión en el punto de la prevención y se puede consultar en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/453499/manual_consejeria.pdf>.

⁵ La noción de que prevención secundaria conlleva el ejercicio de una sexualidad etiquetada como "responsable" aparece en varias publicaciones institucionales del Censida. El capítulo de Consejería Básica para Personas que viven o no con el VIH/sida del libro *Sida, aspectos de salud pública*, coeditado con el Instituto Nacional de Salud Pública en 2006, así lo refiere. Es de hacer nota, además, que esa visión excluye la comprensión de la sexualidad con VIH al paso del tiempo. No hay una reflexión al menos sobre escenarios de sexualidad a mediano y largo plazo.

⁶ El Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida se creó en 1988 y en 1991 se transformó en Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (Magis y Parrini Rosas, 2006).

mente, muchos pacientes han permanecido vinculados tanto a su tratamiento como a su sexualidad y la han ejercido con y sin condón, solos y en pareja. Algunos formalizaron relaciones seroconcordantes, aunque la mayoría se animó a formar parejas serodiscordantes. También los hubo quienes llevaron su diagnóstico a la clandestinidad. Hace falta interpretar la narrativa de los hombres gays bajo tratamiento antirretroviral que configuran una singular “deontología sexual” (si se me permite el uso del término), elaborada al margen de la relación médico-paciente pero desde los avances de la medicina. Es decir, un relato todavía disperso de homosexuales en el que confluyen las vidas solitarias o en pareja.

La epidemia del sida ha configurado al paso de los años, particularmente después del acceso a los antirretrovirales, una actitud consciente ante el cambio de paradigma que trasmutó la sentencia de “muerte” por un padecimiento “crónico degenerativo”, que además de mejorar la calidad de vida permitió reconfigurar sobre sus cuerpos el placer carnal, negado primero por ser homosexuales y luego por tener VIH. Había que pensar la epidemia, por eso, no sólo desde la medicina sino desde el mismo cuerpo, ávido de confesarse. Citando a Nietzsche, el filósofo Michel Onfray (2013) señala: “lo que filosofa en el cuerpo no es otra cosa que las fuerzas y las debilidades, las potencias y las impotencias, la salud y las enfermedades, el gran juego de las pasiones corporales”. Por eso —asegura— es que “el pensamiento emana de la interacción de una carne subjetiva que dice yo y el mundo que la contiene” (Onfray, 2013: 67). Comparto esta cita porque “ese mundo” tiene dos aristas; de un lado la perspectiva íntima pero también rebelde de la homosexualidad, y del otro lado la cooptación que el mercado hizo de la identidad gay a la que convirtió en mercancía (González, 2001; 2018).

Prohibición y castigo

La alerta epidemiológica derivada de la acumulación de casos de sida condujo al imperativo de evitar, bajo cualquier mecanismo, la transmisión del VIH. El primer país en plantearlo fue Alemania. “Debemos persuadir a nuestros conciudadanos homosexuales del peligro de la promiscuidad, que es de hecho el motor de esta epidemia mortal”, dijo Meinrad Koch, entonces jefe del departamento de virología de la Oficina Federal de la Salud en Berlín. Incluso se planteó cárcel de tres años para los gays con VIH que siguieran teniendo relaciones sexuales.⁷

La convicción de que evitando encuentros homosexuales se iba a controlar la epidemia llevó a un singular debate en 1984 en San Francisco, California, cuando la autoridad ordenó el cierre de los baños públicos frecuentados por gays. Retomo algunas notas del análisis que en 1991 publicó Ronald Bayer (1996) para ubicar

⁷ Sanciones en la RFA contra los enfermos de sida que mantengan relaciones sexuales. Véase: <https://elpais.com/diario/1984/11/14/sociedad/469234802_850215.html>.

dos puntos de vista que habrían de trasladarse a México años después. Por un lado, la posición del entonces jefe de sanidad, Mervyn Silverman, un liberal comprometido con el respeto a la conducta sexual privada y voluntaria entre adultos, quien señaló que los establecimientos clausurados no fomentaban la liberación gay sino “la enfermedad y muerte”, radical medida de orden que consiguió el respaldo de algunos líderes comunitarios. En contraste, Neil Schram, entonces presidente de la Asociación Estadounidense de Médicos por los Derechos Humanos, abierta partidaria de la salud de los homosexuales, manifestó el temor de que las leyes contra la sodomía pudieran fortalecerse con dicha medida, por lo cual advirtió la importancia de educar y prevenir, pero aclarando que no correspondía a los médicos ni al Estado hacer cumplir normas de conducta. “La clausura de los establecimientos para proteger a la gente de sí misma es inaceptable”, señaló. Para comprender los argumentos de Schram, Bayer refiere que en los años ochenta en la mitad de la Unión Americana el sexo entre hombres seguía siendo un delito. Tiempo después —continúa el relato—, las autoridades habrían de reconocer que la conducta en los baños públicos era apenas una pequeña porción de vínculos sexuales en lugares y ámbitos situados más allá del alcance del Estado. Este conflicto se destensó hacia 1986, mediante un consenso voluntarista que puso énfasis en varias medidas: acento en la educación, pruebas voluntarias de VIH, confidencialidad, protección contra la discriminación y rechazo a medidas sanitarias de coerción e intromisión. Lo que Bayer busca es documentar cómo este debate planteó “de manera cruda el choque entre valores de la intimidad y los de la salud pública” (Bayer, 1996: 39-40).

A México no sólo le llegó la epidemia desde Estados Unidos, también de allá vinieron la respuesta comunitaria y los discursos conservadores. A finales de la década de los años ochenta, la derecha empresarial y religiosa se opuso a la promoción de medidas preventivas basadas en el uso del condón y la educación sexual.⁸ La convicción de que era necesario controlar el VIH a través de prohibiciones y restricciones se politizó y llegó al Congreso.

A fines de 1990 se reformó el artículo 199 bis del Código Penal Federal, que desde 1946 había configurado el delito de peligro de contagio para castigar la transmisión de la sífilis; a partir de ese momento las personas con VIH quedaron incorporadas a los presupuestos de dicho artículo:

[...] el que a sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en periodo infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, será sancionado de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa. Si la enfermedad padecida fuera incu-

⁸ En 1988, la presión de grupos conservadores impidió que Televisa difundiera un pequeño *spot* en el cual la actriz Lucía Méndez promovería el uso del condón. Con esta acción empieza la ofensiva de la derecha mexicana contra las campañas gubernamentales frente a la epidemia.

rable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión. Cuando se trate de cónyuges, concubinos o concubinas, sólo podrá procederse por querrela del ofendido.⁹

Esta medida devino en la construcción de un discurso institucional de prohibición, vigilancia y castigos en contra de las personas infectadas con VIH, pero también con cualquier otro virus, bacterias, hongos o parásitos. Si el artículo 199 bis estaba orientado a penalizar la transmisión de sífilis, su nueva redacción se convirtió en la prohibición literal para que nadie que se supiera con alguna infección sostuviera relaciones sexuales. La punibilidad se extendió al Código Civil Federal en el contexto del matrimonio. Los artículos 156, párrafo VII, 98 y 267 del Código Civil Federal, contienen disposiciones que niegan el matrimonio a las personas con alguna infección de transmisión sexual crónica e incurable, que además sea contagiosa y hereditaria.¹⁰ En 1997 se reformó la Ley General de Salud para prohibir la comercialización de la sangre y establecer de manera obligatoria la notificación de los casos diagnosticados con el consecuente seguimiento epidemiológico, que significaba conocer el número de parejas sexuales e incluso el rol sexual del paciente.¹¹ Aunque el 199 bis ha tenido nulo impacto disuasivo (son muy pocos los casos conocidos de personas procesadas por este delito), fortaleció el discurso de quienes pensaron y siguen creyendo que es necesario direccionar la sexualidad hacia procesos específicos o únicos; es decir, que sea heterosexual, monogámica, dentro del matrimonio y con fines reproductivos. Sin embargo, al paso de los años los activistas gays han logrado que en más de la mitad de las entidades federativas se reconozca y permita el matrimonio igualitario.

El contexto de aguda estigmatización hacia las personas con VIH ha sido documentado desde hace tiempo. Un trabajo bastante completo lo realizó el Programa de Salud Reproductiva y Sociedad de El Colegio de México a través de los expertos Richard Parker y Peter Aggleton, quienes explican cómo es que se construyeron las bases de la discriminación asociada al binomio VIH/sida y la forma en que repercutió en las poblaciones ya estigmatizadas pero afectadas por la epidemia. Un proceso mundial que devino en la elaboración de leyes para:

⁹ El artículo 119 bis se modificó poco después para incrementar la penalidad. Actualmente lo tienen incluido 28 entidades federativas redactado de diferentes formas y con castigos que incluyen cárcel, multa e internamiento en hospitales.

¹⁰ El párrafo VII del artículo 4.90 del Código Penal del Estado de México considera causa de divorcio "padecer alguna enfermedad crónica e incurable, que además sea contagiosa o hereditaria", una redacción muy parecida al 199 bis del Código Penal Federal.

¹¹ La NO-003-SSA2-1993, "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos", publicada al año siguiente, redactada bajo la presunción de que podían haber adquirido el VIH, excluyó a homosexuales y bisexuales de la donación. Aunque se proyectó la medida a partir de la información epidemiológica y la prevalencia de VIH en dichas poblaciones, lo cierto es que la sintaxis del documento deja entrever una fuerte carga moralizante.

1) las investigaciones y exámenes obligatorios de grupos e individuos; 2) las prohibiciones a las personas con VIH de desempeñar algunas ocupaciones y tipos de empleo; 3) los exámenes médicos, el aislamiento, la detención y el tratamiento obligatorio de las personas infectadas; 4) limitaciones en viajes y migraciones internacionales, y 5) restricciones de ciertas conductas, tales como el uso de drogas inyectadas y la prostitución (Aggleton y Parker, 2002: 20).

Invariablemente, dicen ambos autores, la estigmatización tuvo como resultado llevar la epidemia a la clandestinidad.

Moral y prevención

La última década del siglo fue dramática en cuanto al número de nuevos casos de VIH, la mayoría en hombres gays o con prácticas homosexuales. De acuerdo con el Censida, en 1990 se diagnosticaron 3 702 casos; en 1991, 3 873; en 1992, 4 357; en 1993, 4 503; en 1994, 5 050; en 1995, 5 536; en 1996, 5 893; en 1997, 6 105; en 1998, 6 758 y en 1999, 8 843.¹²

En todo este proceso destacó el trabajo de las organizaciones no gubernamentales que enfocaron sus baterías en promover la prevención dentro de los colectivos mediante talleres vivenciales, charlas, trípticos, postales y una infinidad de recursos con mensajes de alerta; empero, la lucha experimentó un cambio con la llegada de los antirretrovirales.¹³ En estos años ya se había desechado la suposición de que separar o aislar a las personas diagnosticadas permitiría detener la transmisión del VIH,¹⁴ así que la única salida seguía siendo la prevención de nuevos casos; es decir, no se encontraba otra manera que modificar los comportamientos sexuales de la población gay, pero ¿forzosamente?

¿Qué conlleva al hombre con VIH a pensarse como ser sexuado habiendo sido estigmatizado? ¿Qué motivación le acompaña tras ser advertido que no puede seguir con una vida sexual activa? En su ensayo sobre el uso de los placeres, Michel Foucault (2000) reflexiona en los mismos términos sobre las razones que hicieron a nuestra especie reconocerse como objeto de deseo para explicar cómo es que el comportamiento sexual, incluyendo las actividades y placeres que de su ejercicio emanan, se transformaron en objeto de preocupación moral (Foucault, 2000, vol. 2: 102). Dice también que “desde el siglo IV encontramos muy claramente formulada la idea de que la actividad sexual es en sí misma bastante-

¹² Fuente: Suive/bGE/SS, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH/sida.

¹³ En 1997 se gestó un movimiento muy importante que cambió el ritmo de la epidemia, ya que hubo movilizaciones numerosas de pacientes y sus familiares convocados por el Frente Nacional de Personas Afectadas por el VIH (Frenpavih) y una demanda concreta: acceso al tratamiento antirretroviral.

¹⁴ Un caso paradigmático de esta política es Cuba, donde se ha buscado controlar la transmisión del VIH limitando la movilidad de las personas afectadas. Véase: <<https://www.excelsior.com.mx/blog/el-lado-osuro/cuba-y-onusida-otra-mentira/1035118>>.

peligrosa y costosa, ligada con bastante fuerza a la pérdida de la sustancia vital, para que una economía meticulosa deba limitarla por lo mismo que no es necesaria" (Foucault, 2000, vol. 2: 226). Habla del recelo de que el placer sexual "pudiera ser un mal", motivo que derivó en un esquema de estricta fidelidad monogámica y un ideal de castidad rigurosa. Este autor es preciso al señalar que la austeridad sexual impulsada por filósofos helénicos en los primeros siglos de nuestra era anuncia una moral futura. El pensamiento platónico que defiende tal visión, completa Onfray, es el que sentó bases para los principios que el cristianismo iba a imponer después (Onfray, 2013: 25). Y si ésa ha sido la tónica desde que la Iglesia católica impuso su moral al mundo occidental, también iba a serlo para enfrentar internacionalmente al sida.

A finales de 2004, la revista *The Lancet* publicó una estrategia de contención de la epidemia llamada ABC, que proponía tres medidas de prevención: *a* de abstinencia, *b* de fidelidad y *c* de condones. En ese orden, se invitaba a la población joven a retrasar la vida sexual, en su caso a tenerla sólo con su pareja y, por último, a usar el condón. Se trata de un suceso oscuro que tuvo su mayor proyección en la configuración de una política en extremo conservadora durante la administración de George W. Bush, cuyo plan de emergencia contra el sida privilegió la subvención de organizaciones que promovieran la castidad. En ese tenor el modelo ABC dio argumentos al Vaticano para subrayar su visión moralizante. Ante el hecho contundente de que los mexicanos no se abstienen sexualmente y tampoco asumen pautas de fidelidad sexual, era de esperarse que la medida también iba a fracasar entre nosotros. En poco tiempo las opciones *a* y *b* demostraron sus limitaciones. Así que siguió promoviéndose el uso del condón, en ese momento la única forma científicamente probada de prevenir el VIH durante el coito y su variante, el sexo sin penetración llamado "sexo seguro".

Bien o mal, había estrategias de prevención focalizada pero la epidemia seguía creciendo. ¿Cuál fue la razón por la que la población más afectada no parecía cuidarse a sí misma? De acuerdo con el investigador Héctor Carrillo (2002) "el sexo requiere que los individuos intervengan en interacciones físicas íntimas [...] muchas de las interacciones que suceden durante el sexo parecerían en extremo inusuales y hasta ridículas, fuera del sexo". En una investigación que ya es clásica para comprender el impacto de la prevención del VIH en México, el autor pudo observar que la población por él entrevistada "caracterizó al espacio del sexo como distinto al de la vida de todos los días". Por eso plantea "la idea de que el sexo es un terreno en el que la conciencia, el razonamiento, las acciones, las motivaciones y las formas de comunicación de los individuos cambian". Durante el sexo, apunta, los individuos "no son los mismos". Es decir, "no puede esperarse que tomen decisiones con el tipo de pensamiento y planeación racionales que predominan en la vida no sexual" (Carrillo, 2002: 237-238).

Carrillo observa la dificultad de que el sexo pueda ser planeado y además racional con el propósito de evitarle riesgos a la salud. El momento del sexo tiene su propia lógica, ritmo y tiempo. En ese sentido es un estado alterado, subraya. Esta investigación permitió al autor revisar las campañas y los folletos del Conasida. ¿Y qué observó? Que parecían legitimar una distinción entre personas "buenas" y "malas" a partir de su comportamiento sexual.

Las personas buenas debían ser capaces de la abstinencia sexual o de la monogamia y no tenían que preocuparse por el sida. Se daba por hecho que la monogamia estaba inherentemente libre de riesgos, de modo que los educadores prestaban poca atención a riesgos previos de la pareja sexual o a la necesidad de pruebas del VIH para obtener evidencias de seronegatividad. Las personas malas tenían que recurrir en cambio al desaliño del uso del condón y la negociación. Sin embargo, se les ofrecía la opción del sexo seguro (que significaba sexo sin penetración). Esto quería decir, por extensión, que se daba por supuesto que la erotización de las prácticas sexuales sin penetración no era pertinente para las parejas monógamas, con base en la premisa de que eran heterosexuales y de que se regían por la fidelidad y el sexo con penetración sin protección (Carrillo, 2002: 264).

Siguiendo las anotaciones de este autor, se deriva que desde Conasida encontraron proyección dos visiones innecesarias del sexo: "la primera realza la espontaneidad, la entrega mutua y el abandono, la segunda ha subrayado el autocontrol y la necesidad de contener la pasión sexual".

De hecho, "los mensajes de salud pública que integraban la promoción del uso del condón y el sexo seguro se oponían directamente a las idealizadas percepciones de 'cómo debería ser el sexo' en particular en el contexto del amor" (Carrillo, 2002: 308).

Dentro de la lógica circular de este libreto cultural (la confianza conduce al amor, el amor al sexo y el sexo a más confianza y amor), era difícil insertar las recomendaciones de los mensajes existentes de prevención del VIH, ya que todos ellos parecían invertir el ciclo (sexo seguro y condones indican que el sexo es casual y carente de amor, y también puede provocar desconfianza, lo que reduce a su vez la posibilidad de justificar el sexo). Eliminar el condón significaba que se estaba desarrollando confianza, que los miembros de la pareja sexual estaban enamorados y que la relación era cada vez más fuerte e íntima. Desear protección contra el VIH significaba lo contrario: que no se estaban desarrollando amor y confianza y, por extensión, que la relación estaba amenazada y el deseo de interacción sexual no estaba plenamente justificado (Carrillo, 2002: 309).

¿Qué hizo Censida con estas valiosas aportaciones? No obstante haberlo presentado en sus propias instalaciones, el contenido fue desestimado, como desatendida la observación de que “algunas causas de riesgo no dependen de modo directo de la motivación o deseos de los individuos”, porque están sujetas a la dinámica de las relaciones en las que vive, que no le permiten experimentar un sexo más planeado y racional. Rescato de manera particular su llamada de atención respecto a la confrontación silenciosa de los “libretos de la salud” con los “libretos culturales” de la comunidad. Como bien señala la Organización Mundial de la Salud (OMS): la salud sexual “no se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos”. Es claro que este señalamiento tiene sentido: “para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen”.¹⁵

Hablemos de placer

¿Qué otras formas tenemos de aproximarnos a nuestra naturaleza erótica? Empecemos por asumir que cada cuerpo está diseñado para generar placer, en diversos planos y ante estímulos variados; somos una máquina lúdica. La ciencia ha identificado un circuito cerebral del placer. De hecho, se considera que el sistema de recompensa derivado de ese circuito es el elemento que permite la supervivencia. De esta forma es que los órganos vinculados a cada uno de los cinco sentidos convierten los estímulos recibidos en señales que, a su vez, se envían al sistema nervioso donde son procesados. El cuerpo cuenta con conexiones que le permiten disfrutar todas y cada una de las expresiones derivadas del contacto con su entorno o con otras personas.

El placer sexual es una de esas experiencias. Somos seres sexuados. Siempre lo hemos sido y no hay manera de suponer que dejaremos de serlo. Pero no porque cada quien haya decidido significar y decodificar su genitalidad, su cuerpo o sus fantasías ni porque —como dice un experto— vengamos de fábrica con un fuerte impulso sexual. En realidad, la gratificación se deriva de los neurotransmisores que determinan la respuesta sexual. Dicho de otra forma: no son nuestros genitales, sino nuestros cerebros, los que nos predisponen sexualmente.

Al profundizar en este punto, el neurofisiólogo Eduardo Calixto (2016) advierte que las hormonas nos orientan a buscar varias parejas durante la vida. Al dimensionar los factores neuroquímicos que definen y determinan la intensidad del placer

¹⁵ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación Mundial de Sexología definen la salud sexual como la experiencia del proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. Se observa en las expresiones libres y responsables de las capacidades sexuales que propician un bienestar armonioso personal y social, enriqueciendo de esta manera la vida individual y social. No se trata simplemente de la ausencia de disfunción o enfermedad o de ambos. Para que la salud sexual se logre es necesario que los derechos sexuales de las personas se reconozcan y se garanticen.

sexual observa que son, por demás, determinantes: “en promedio, un ser humano que tiene tres coitos por semana desde los 18 años, en los próximos 30 años habrá hecho el amor 4320 ocasiones; si tiene 2 hijos esto indica que el proceso sexual es utilizado para procrear en un 0.04%, es decir, el sexo en los humanos en 99% es utilizado para fines de satisfacción, placer y emotivos” (Calixto, 2006: 42).

Por su parte, en lo que ha llamado “la cascada de neurotransmisores de la respuesta sexual humana”, el sexólogo y médico Alonso Acuña Cañas (2008) identifica y describe el funcionamiento de dichos neurotransmisores, incluidas algunas hormonas, lo que permite comprender distintos escenarios relacionados con el placer sexual, así como las disfunciones. El investigador colombiano detalla el papel que tienen —para que haya erección— la testosterona, la dopamina y la oxitocina. En el coito, agrega, esta última causa contracciones uterinas paralelas al orgasmo.

Dimensionar el placer sexual en las personas con VIH desde los procesos orgánicos cambia la perspectiva, porque comprender el funcionamiento de nuestra sexualidad desde la química facilita prever el sentido de campañas de prevención e información destinadas al fracaso. El orgasmo apaga, reduce o de plano elimina transitoriamente al cerebro razonable. No por otra cosa, asegura Calixto, es que nadie en la cama resulta inteligente. ¿Puede comprenderse que los orgasmos se procesan en el cerebro, haya o no infecciones de transmisión sexual?

Olvido del sexo con VIH

Las estrategias de prevención focalizada en hombres seronegativos al VIH hicieron invisible el proceso gradual que los hombres seropositivos al VIH fueron construyendo, poco a poco y en silencio, para continuar su vida sexual.

En 1997, ONUSIDA organizó, junto con la Liga Colombiana de Lucha contra el Sida, la “Consulta Regional sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH/sida con HSH en América Latina y el Caribe”, por el cual se realizó un análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas), en cuyos resultados no se visibilizó cómo era la vida sexual de quienes ya vivían con VIH. La única referencia, recogida en el apartado de Amenazas, se refiere al “empoderamiento de las personas que viven con el VIH/sida”. No puedo asegurar que la sexualidad de los gays y de otros HSH diagnosticados con VIH hubiera quedado excluida, pero en la edición impresa de las conclusiones no hay referencia, lo que revelaría la poca atención que la vida sexual con VIH alcanzaba en expertos de la región. Derivada de esa consulta, dos años más tarde se elaboró una guía nombrada “Estrategias y Lineamientos para la Acción en VIH/sida con Hombres que tienen Sexo con Hombres”, en la que ya intervinieron directamente expertos y activistas gays. En esta ocasión sí se abordó la necesidad de ofrecer consejería “a quienes han sido diagnosticados como VIH positivos”, pero no se desarrolló qué contenidos trabajar para ellos. Aparece una importante referencia a la prevención secundaria donde se sugiere “explicar las nociones y estrategias de autocuidado y las

conductas que disminuyen el riesgo de transmisión y reinfección con el VIH". Si bien se acepta que la vida sexual continúa después del diagnóstico, y se plantean los escenarios para proteger la vida en pareja, pero —insisto— sin abordar un aspecto fundamental en la población afectada: la recuperación del placer sexual. Este volumen tuvo una edición especial para México, distribuida por Censida, tampoco se tradujo en políticas públicas que siguieran las recomendaciones.

En un volumen editado por la Red de Investigación en Sexualidad y VIH en América Latina, Hernán Manzelli y Mario Pecheny (2002) reconocen que el olvido de la prevención secundaria "constituye el aspecto más descuidado de la prevención". Al presentar un análisis sobre las estrategias para contener la epidemia en hombres gays de la región, señalan: "la mayoría de las personas seropositivas manifiestan su preocupación ante el eventual contagio de sus parejas sexuales, pero muchas veces no saben qué es lo que deben evitar y sobre todo no saben qué es lo que sí pueden hacer con riesgo mínimo o sin riesgo" (Manzelli y Pecheny, 2002: 122-123). Agregan que el riesgo de los homosexuales ante el VIH sigue extendido debido a varios factores como "la compensación de sentimientos de inferioridad", el "escape del estrés" y la necesidad de asumir una "validación sexual" frente al resto del colectivo. Destacan que las reacciones de las parejas o amantes de los HSH que viven con VIH determinan tanto la calidad de vida como el estado anímico, pero sobre todo la propensión a adoptar comportamientos tanto de riesgo como saludables. Por cierto, este volumen cuenta con un catálogo de investigaciones sobre HSH y VIH/sida en América Latina entre 1987 y 2001, que poco contribuyeron en México para pensar y comprender formas alternativas y comunitarias de prevención secundaria.

Hay más ejemplos, fuera y dentro del país, de cómo los esfuerzos de contención de la epidemia se centraron en la prevención primaria, aunque también llegó a revisarse la prevención secundaria. En 2006, uno de ellos fue financiado por Censida en Mérida, por parte de académicas de la Universidad Autónoma de Yucatán y la organización Repavih (Red de Personas Afectadas por el VIH), con la finalidad de perfilar un modelo de intervención que permitiera justificar la importancia de impulsar acciones conjuntas en hombres gays infectados, incluso con sus parejas sexuales. Los alcances de este importante esfuerzo fueron entregados y quedaron documentados. En la memoria del taller vivencial que recoge las propuestas se anota: "vivir con VIH no significa abstenerse de una vida sexual activa, aunque sí modifica la dinámica del ejercicio de la sexualidad". Sin embargo, agregaba: "es un hecho que todas las personas deben tener los mismos cuidados, practicar sexo protegido y sexo seguro como una estrategia de prevención para el VIH /sida". No está por demás agregar que estas propuestas tampoco se emplearon para fortalecer las intervenciones ya existentes.

La debilidad en el manejo de estrategias preventivas —quiero aclararlo— debe dimensionarse en el conjunto de limitaciones impuestas al Conasida primero y el

Censida después, para manejar con discreción el tema de la sexualidad. Una limitación que se extendió a los programas estatales de VIH/sida. ¿Cómo explicar que en los más de 300 servicios especializados para controlar la infección por VIH no se impulsó una red de servicios simultánea para construir programas de promoción de la salud sexual y de prevención secundaria en particular? Esto es consecuencia del sistema de salud fragmentado que tiene México, donde los pilares de la seguridad social, IMSS e ISSSTE, carecen de interés para la prevención de ITS entre sus millones de afiliados. También es necesario señalar que los exámenes rutinarios de detección de sífilis, hepatitis B y C, así como otras ITS en pacientes con VIH no forman parte de ninguna estrategia que les procure la salud sexual y, en consecuencia, su placer. Se realizan para mantenerlos en cierta condición de asepsia sexual.

Construcción de derechos

El activismo de organizaciones no gubernamentales, respaldado por el compromiso de diversos servidores públicos y tomadores de decisiones, logró un sólido avance en materia de derechos humanos y del derecho a la salud sexual en específico. Un movimiento social mexicano creado a finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, con amplia presencia de líderes comunitarios gays, devino en la conjunción de esfuerzos junto a médicos y servidores públicos para la redacción de dos documentos muy importantes: 1) la Cartilla de Derechos Humanos de las Personas con VIH y 2) la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la Prevención y el Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, publicada dos años después. Ambas configuraron el inicio de una política sensible hacia el interior del Estado relacionada con la dignidad y los derechos de la población afectada, que en esos años no tenía aún tratamiento farmacológico para controlar la infección.¹⁶ La cartilla fue avalada y editada en 1992 por la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), por cierto, un año después de la reforma al artículo 199 bis del Código Penal Federal, por lo que le enmendó la plana al señalar como prerrogativa emergente que: "si vives con VIH o con sida nadie puede limitar tu derecho a ejercer tu sexualidad libre y responsablemente".¹⁷

El resto del documento, inicialmente de 14 puntos, ofreció una guía para enfrentar medidas, discursos y acciones violatorias de las garantías constitucionales en contra de las personas con VIH, sus parejas y familiares.

La NOM-010-SSA2-1993, publicada en su primera versión en 1995, instruía al personal de salud a recomendar a la población infectada con VIH "practicar el sexo

¹⁶ Magis y Parrini (2006) relatan que el primer medicamento útil en el tratamiento del sida surgió en 1987 (el AZT), pero hasta 1991 estuvo disponible en México con acceso limitado a pacientes en protocolos clínicos. De 1992 a 1996 se adquirieron ARV que no modificaban sustancialmente la evolución de la enfermedad.

¹⁷ La cartilla en su versión actual puede consultarse en: <file:///C:/Users/luis%20manuel/Downloads/42-DH-VIH-SIDA.pdf>.

seguro o sexo protegido”, y explicaba que este último consiste en usar el condón de látex o de poliuretano. En materia de salud reproductiva recomendaba “valorar la conveniencia de evitar el embarazo, recibiendo información sobre el riesgo de transmisión perinatal”. Ambas disposiciones se mantuvieron en la revisión que en 1999 se le hizo a la norma, un instrumento muy cuidado y avanzado en términos de derechos que se ha ido mejorando al paso de los años. En la última revisión, de 2018, se contempla incluir en las medidas de autocuidado de las personas con VIH el “sexo seguro, sexo protegido y el tratamiento como prevención, para romper la cadena de infección y reinfección”. También se establece la necesidad de “proveer información científica acerca de la prevención de la transmisión vertical y las opciones reproductivas disponibles para mujeres con VIH o parejas serodiscordantes, acorde a lo establecido en la Guía de Manejo ARV vigente para reconocer su derecho a decidir sobre el número y espaciamiento de sus hijos, de conformidad al artículo 4º de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos y demás disposiciones aplicables”.¹⁸

Como puede desprenderse de la lectura en ambos documentos, se trató de las primeras directrices que aceptaban lo que finalmente sucedió: que la vida sexual de los gays no se iba a interrumpir con el diagnóstico. Las anteriores son disposiciones importantes y de avanzada que podrían haber derivado en una política nacional de prevención secundaria, que reconociera el derecho al placer sexual. Es importante decir que con la descentralización de los servicios de salud en 1997, la implementación de acciones para la prevención y control del VIH quedó en manos de los gobiernos estatales, la mayoría de los cuales no lo ha hecho. Mención particular debo hacer de la Cartilla de Derechos Humanos para Personas con VIH, ya que muy pocas organizaciones civiles la usaron.¹⁹

La resistencia

Siguiendo el pensamiento de Foucault, ¿qué elemento podría explicar que los gays hayan superado los esquemas de control social, jurídico, religioso y cultural que les exigía restringir su sexualidad para detener el VIH? Un determinante poco atendido: que el homoerotismo descansa en la moral masculina, construida hace siglos.

Se trata de una moral de hombres: una moral pensada, escrita y enseñada por hombres y dirigida a los hombres, evidentemente libres. Por consiguiente, moral viril en la que las mujeres solo aparecen a título de objetos o cuando mucho de compañe-

¹⁸ La nueva redacción, que al momento de escribir este trabajo no ha sido aprobada, puede consultarse en: <http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5521250&fecha=02/05/2018>.

¹⁹ Quiero subrayar el caso del Centro de Derechos Humanos “Miguel Agustín Pro Juárez”, que a pesar de haber creado el Programa “ProPositivo”, en la redacción de 1999 de esa cartilla no contempló un documento en el que fijó sus compromisos al respecto, en el cual presentaba su visión sobre los derechos humanos de las personas con VIH. No hubo referencia, en consecuencia, al derecho a ejercer la sexualidad cuando se vive con dicha infección.

ras a las que hay que formar, educar y vigilar mientras están bajo el poder propio, y de las que hay que abstenerse, al contrario, cuando están bajo el poder de otro (padre, marido, tutor). Sin duda nos encontramos aquí ante uno de los puntos más notables de esta reflexión moral: no intenta definir un campo de conducta ni un dominio de reglas válidas —según las inflexiones necesarias— para los dos sexos; se trata de una elaboración de la conducta masculina hecha a partir del punto de vista de los hombres y con el fin de dar forma a su conducta (Foucault, 2000, vol. 2: 24).

En nuestro país algunos autores también han abordado los procesos en que los gays construyen su sexualidad, regularmente marginal. Guillermo Núñez Noriega (2000), al revisar la relación del poder con la resistencia en el campo de la homosexualidad, plantea el disimulo en quienes no reproducen la norma de comportamiento heterosexual y han contribuido a invisibilizar lo que tampoco se quiere reconocer: las prácticas sexuales entre hombres. Se adquiere de esta manera una doble negación: de un lado las instituciones conceptualizadas desde la visión heteronormativa, y del otro el rechazo de muchos hombres a reconocer que en su vida están incluidas distintas expresiones de homoerotismo. La fuerza del aparato represivo no siempre se expresa de forma abierta y física. En el caso de las prácticas sexuales de muchos hombres que hoy viven con VIH, la representación social de su intimidad construyó un discurso violento que los desacreditó primero como gays y después por haber adquirido ese virus. Núñez Noriega subraya en este contexto la "resistencia", entendida como la acción "que disputa la imposición o la tendencia a imponer sobre nuestras vidas valoraciones y concepciones que limitan, inhiben, denigran o inducen a nuestras acciones e intenciones, nuestra manera de pensar, percibir, sentir y vivir" (Núñez, 2000: 29). En este sentido, agrega, es que "resistimos como individuos o como parte de grupos más amplios de los cuales nos sentimos parte".

Llevando estos conceptos a la realidad del VIH, hay que precisar que esa resistencia no ha sido grupal sino personal, sobre todo porque al interior de los colectivos gays el diagnóstico de VIH ha derivado, casi como regla, en la exclusión de los infectados. Esto explicaría, por una parte, por qué la sexualidad de los hombres con VIH no ha configurado una representación concreta. La otra razón es que, habiendo miles de homosexuales con VIH, pesa más en ellos el imaginario de vida gay que la construcción de redes entre pares. Me parece de la mayor relevancia subrayar que la respuesta masculina al VIH, en particular de la población gay no es comunitaria; cada paciente ha tomado sus propias decisiones, en la mayoría de los casos sin consejería.

Desde hace años se documentó que los antirretrovirales, al lograr la supresión viral, impiden también la transmisión sexual del VIH. Una buena noticia que, en esa búsqueda de asepsis, se ha convertido en el motor de la estrategia nacional de prevención; meter a tratamiento cuanto antes a las personas diagnosticadas con VIH

porque de esa forma dejan de transmitirlo. En segundo lugar, queda el hecho de que ese mismo tratamiento les permitirá controlar la infección y mantenerse con vida.

No era un dilema moral

Aunque el filósofo Mark Platts (1996) cuestiona que las relaciones sexuales se puedan convertir en objeto apropiado para hacer juicios morales, reconoce que son especialmente propensas a generarlos. Transcribo los términos en los cuales fijó su posición frente a este debate:

Hemos imaginado un mundo donde la responsabilidad moral que contrae un agente infectado por un virus —responsabilidad moral en términos de conducta futura que podía conducir a la infección de otras personas, no responsabilidad moral por haberse infectado— sería tan grande y tan urgente como en el mundo actual. Pero se enfrentan con la misma responsabilidad aquellos agentes que padecen otras enfermedades transmisibles tan graves como el sida. Enfermedades en las que por regla general la actividad sexual desempeña un papel mínimo o nulo en su transmisión. Más aún, el caso del sida debería ser menos problemático en cierto modo: dado el peligro que representa la reinfección para un paciente seropositivo, las exigencias de responsabilidad moral en términos de futura conducta sexual coincidirán en gran parte con las exigencias de la prudencia. Pero tengo graves sospechas de que una de las cosas que más podría inhibir el ejercicio de una responsabilidad moral sería que el paciente infectado tuviera que enfrentarse a insensatos sermones morales sobre su vida sexual por parte de sacerdotes, filósofos, médicos o taxistas tapatíos (Platts, 1996: 70-71).

Primer filósofo que en México aborda la configuración de valores en torno al sida, Platts (1999) también revela la miseria cultural de nuestra sociedad:

Las diversas maneras en que una sociedad reacciona frente a los diferentes problemas de salud que surgen en su seno ponen de manifiesto, aunque sea de manera confusa, sus valores más profundos; por esta razón sería mucho más que un asunto de mera curiosidad comparar las reacciones de la sociedad mexicana frente a los problemas del papiloma humano, del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), del cáncer de seno, del cáncer de próstata, de la lepra y de la hipertensión arterial [...] los problemas más graves de salud sirven para poner a prueba los valores culturales, sociales y morales de toda sociedad que enfrente problemas semejantes (Platts, 1999: 12).

Otra visión, por demás vigente, es la de Allan M. Brandt (1996), quien advertiría en 1988 que el miedo a la enfermedad influirá poderosamente tanto en los enfoques médicos como en los programas sanitarios, y adelantaba: “la respuesta al sida estará configurada fundamentalmente por estos miedos”. Para dicho autor, cualquier en-

foque exitoso requerirá un reconocimiento total de los aspectos sociales, culturales y biológicos del sida. También planteó la necesidad de distinguir entre las medidas que tienen probabilidad de ejercer un impacto realmente benéfico en la lucha contra la epidemia y las que sólo tienen un encanto político y cultural pero no capacidad de modificar el curso de la epidemia (Brandt, 1996: 28). Esto último me hace pensar en el uso político y mediático de los programas para prevenir el VIH en bebés, ninguno de los cuales ha detenido la transmisión perinatal, de muy baja prevalencia.

El no permitir que la sexualidad de las personas con VIH se moralizara generó muchas respuestas, entre ellas la del escritor Carlos Monsiváis (1988), quien al cuestionar los linchamientos y las notas amarillistas en contra de homosexuales responsabilizándolos del sida, a mediados de los años ochenta, alertó: “¿qué se busca con esta serie de campañas? Más que la prevención de la enfermedad el exterminio de la disidencia moral” (Galván, 1988: 121). También Octavio Paz (1994) opinó, pero sin comprensión evidente de la epidemia: “un día se encontrará la vacuna contra el sida, pero si no surge una nueva ética erótica continuará nuestra indefensión frente a la naturaleza” (Paz, 1994: 34).²⁰

El verdadero salto lo dio la investigación científica al constatar el uso de los antirretrovirales como línea de prevención efectiva para evitar nuevos casos. Ese camino inició en 2011 al darse a conocer un ensayo llamado HPTN 052, en el cual se demostró cómo la carga viral indetectable era un factor de control de la transmisión sexual en relaciones serodiscordantes estables. Más tarde, el estudio Partners probó que el empleo diario de profilaxis pre-exposición —basada en Truvada o Viread— podía reducir en más de la mitad el riesgo de adquirir VIH en hombres y mujeres heterosexuales. En 2014, el hallazgo se confirmó para población homosexual. Los investigadores señalaron que, “tras un total de 16 400 relaciones entre hombres gays y 28 000 relaciones heterosexuales, no tuvo lugar ningún caso de transmisión de VIH dentro de la pareja”. Análisis filogenéticos pudieron probar que las infecciones producidas en este ensayo se debieron a que el virus se adquirió fuera de la pareja. Un nuevo indicio de este descubrimiento se publicó en el *Journal of the American Medical Association*: el estudio PARTNER confirmó que no se registraron casos de transmisión de VIH dentro de las parejas en 58 000 relaciones con penetración y sin condón monitoreadas. El estudio se concretó en 75 clínicas de 14 países europeos y contó con la participación de 1 166 parejas serodiscordantes (en la que la persona con VIH tomaba tratamiento). En 2018, el estudio PARTNER 2 confirmó la noticia. Un año después, *The Lancet* informó que, tras ocho años de seguimiento, en ninguna de las cerca de mil parejas serodiscordantes de gays, bisexuales y otros HSH se produjo transmisión del VIH.²¹

²⁰ En *La llama doble*, Paz escribe con un sesgo conservador al enriquecer la comprensión del erotismo, pero al igual que Bataille, deja fuera el amor y el deseo sexual entre hombres.

²¹ El seguimiento periodístico sobre estos datos se obtuvo de la plataforma digital <<http://www.gtt-vih.org/>> del Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, con sede en Barcelona.

La información validada de PARTNER 1 y 2 es el sustento de la estrategia 90-90-90,²² que sostiene científicamente el eje de la ambiciosa meta de ONUSIDA para detener la epidemia: dejar de impulsar cambios de comportamiento y centrar los esfuerzos en el inicio temprano de tratamiento a toda la población infectada, con el propósito de mantener indetectable su carga viral. Una aceptación tácita de que no es posible regular ni mucho menos prohibir el ejercicio de la sexualidad para controlar la epidemia.

¿Entonces?

Aunque no haya sido ese el propósito, los resultados arrojados por los estudios PARTNER 1 y 2 sustentan la visión que desde los años ochenta varios pensadores y activistas en México y otros países plantearon para separar la sexualidad de la moral y el coito de las infecciones de transmisión sexual. El acucioso trabajo de investigación también avala los principios éticos y de derechos humanos que, desde principios de los años noventa, alertaron sobre la necesidad de proteger y defender la sexualidad de las personas con VIH o cualquier otra ITS, más allá de si usan o no condón. Sin embargo, la ruta médica que se desprende de dichos estudios no solo es una salida científica, también está orientada por factores mercantiles; hay que decirlo: para detener la epidemia hay que seguir comprando antirretrovirales e incluso extenderlos a personas seronegativas porque también son efectivos como profilaxis y evitan la exposición sexual al VIH, antes y después del coito. En los argumentos de ONUSIDA no se plantea el derecho al disfrute del placer sexual en las personas con VIH, que le resultan definitivamente ajenos y que las metas del 90-90-90 ni siquiera consideran cuando ponen sobre la mesa la urgencia de diagnosticar a todas las personas con VIH, incorporarlas a tratamiento y lograr que no lo suspendan, fórmula consensuada internacionalmente para romper la cadena de transmisión. El éxito de esta estrategia dependerá de factores concretos: voluntad política para invertir los recursos necesarios en personal e infraestructura operativa. Una medida que abre de manera real la posibilidad de éxito en la población gay y otros HSH, pero no en el resto de la población donde la prevalencia es tan baja (0.24%), que la gente lejos está de percibirse expuesta. Como sea, el mercado de la venta de antirretrovirales seguirá expandiéndose.

¿Y qué sobre el canon sexual de los gays y en general de los HSH, donde con facilidad se decide no usar condón ni mucho menos se “piensa” en cuidar la propia salud? Me resisto a explicarlo en términos de abyección; hay elementos antropológicos que cruzan horizontalmente las decisiones en materia de sexo, sean hombres homosexuales o heterosexuales. Debido a que los antirretrovirales estarían anun-

²² Para mayor referencia sobre las metas 90-90-90, puede verse la página web recuperada en: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf>.

ciendo el control en la transmisión del VIH, sólo del VIH y no de las demás ITS, el anhelado escenario del fin de esta epidemia comunitaria no les garantiza a los colectivos gays que su salud sexual estará asegurada.

Cuando Georges Bataille (2008) planteó que toda prohibición puede transgredirse, señaló también que el deseo es una expresión de la conciencia y que en este sentido se gesta desde el interior, es decir, con procesos de nuestra naturaleza humana todavía lejanos a nuestra comprensión. ¿Cuántas decisiones tomamos desde la intimidad? ¿Qué alerta sanitaria o política podría justificar irrumpir en ella? Dice este antropólogo y pensador francés:

En todas partes nuestra actividad sexual está obligada al secreto. En todas partes, aunque en diferentes grados, nuestra actividad sexual aparece como contraria a nuestra dignidad. Hasta el punto de que la esencia del erotismo se da en la asociación inextricable del placer sexual con lo prohibido. Nunca, humanamente, aparece la prohibición sin una revelación del placer ni nunca surge un placer sin el sentimiento de lo prohibido (Bataille, 2008: 114).

El privilegio de la masculinidad siempre ha sido compartido por los hombres homosexuales y bisexuales, asuman o no la identidad gay. Y como parte de esa formación se facilita la ruptura de linderos en el comportamiento. El hombre, acuña Bataille, tiende a definir límites, pero una vez definidos sale de ellos, "es algo que no puede evitar hacer".

Una de esas rupturas está vinculada con la necesidad cultural de superar la muerte. Y el placer sexual, dice Bataille, camina en ese sentido. Por eso el autor reflexiona respecto al impacto que provoca en cada individuo el orgasmo y lo que él denomina la "pequeña muerte", como un primer paso hacia la muerte definitiva. En ese momento se olvidan las nimiedades de la razón, explica para ofrecernos una venta de cuestionamientos. ¿Puede comprenderse que tras un diagnóstico de muerte o de pérdida de calidad de vida se renuncie al placer? Bataille observa que el erotismo aparece cuando existe conciencia de la muerte. La sexualidad activa forma parte de la identidad gay que hoy solo parece conjugarse en tiempo presente. Si los homosexuales negativos al VIH no asumen pautas de planeación y racionalidad en su intimidad, los positivos al VIH tampoco. El diagnóstico serológico no está orientado a la reflexión sino a la notificación de qué hacer en adelante, particularmente en el tratamiento para controlar la infección.

La decisión de no suspender la vida sexual por parte de los hombres gays con VIH necesita revisarse fuera de la medicina, desde parámetros concretos: antropológicos, sexuales e incluso identitarios. La epidemiología ha ofrecido información estratégica para comprender esta alerta sanitaria, pero definitivamente no puede usarse de plataforma para orientar las prácticas sexuales. No es su función. Mu-

cho menos cuando la vida privada parece constituir un refugio frente a la masculinidad pública, que expulsa la posibilidad de diálogo y entendimiento, así como los valores de la privacidad.

Con los antirretrovirales el sexo con VIH se reconceptualiza e incluso equipara a todos los gays, más allá de su condición serológica, como al principio de la epidemia. Hay ruta, lo que todavía no se concreta es una representación de este proceso.

Referencias bibliográficas

- Acuña Cañas, Alonso (2008), "La cascada de neurotransmisores en la función sexual", *Revista Urología Colombiana*, vol. xvii, núm. 2, pp. 107-120.
- Aggleton, Peter, y Richard Parker (2002), *Estigma y discriminación relacionados con el VIH/sida: un marco conceptual e implicaciones para la acción*, México, El Colegio de México (Documentos de Trabajo, 9).
- Bataille, Georges (2008), *El erotismo*, Antoni Vicens, trad., México, Tusquets.
- (2013), *Las lágrimas de eros*, David Fernández, trad., México, Tusquets.
- Bayer, Ronald (1996), "Sida, salud pública y libertades civiles: consenso y conflicto en torno a las medidas sanitarias", en Mark Platts (comp.), *Sida: aproximaciones éticas*, México, UNAM/FCE, pp. 35-66.
- (2006), "AIDS Prevention: Sexual Ethics and Responsibility", *The New England Journal of Medicine*, pp. 1540-1542.
- Brandt, Allan M. (1996), "El sida en perspectiva histórica: cuatro lecciones de la historia de las enfermedades de transmisión sexual", en Mark Platts (comp.), *Sida: aproximaciones éticas*, México, UNAM/FCE, pp. 17-34.
- Cáceres, Carlos F. et al. (2002), *Sida y sexo entre hombres en América Latina. Vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*, Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia/ONUSIDA.
- Calixto, Eduardo (2016), *Un clavado a tu cerebro*, México, Aguilar.
- Cartilla de los Derechos Humanos de las Personas que viven con VIH. Recuperado de: <file:///C:/Users/luis%20manuel/Downloads/42-DH-VIH-SIDA.pdf>.
- Carrillo, Héctor (2002), *La noche es joven. La sexualidad en México en la era del sida*, México, Océano.
- Consulta Regional sobre Programas de Prevención, Atención y Apoyo en VIH/sida con hombres que tienen sexo con hombres en América Latina y el Caribe. Recuperado de: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc449-regconsult_es_0.pdf>.
- Estévez López, Ariadna (ed.) (1999), *El sida en México: un problema de derechos humanos*, México, Prodh.
- Estrategias y lineamientos para la acción en VIH /sida con HSH*, Bogotá, ONUSIDA/Liga Colombiana de Lucha contra el VIH-sida/Asical.

- Foucault, Michel (2000), *Historia de la sexualidad, 2: El uso de los placeres*, Martí Soler, trad., México, Siglo XXI.
- (2001), *Historia de la sexualidad. 3 La inquietud de sí*, Tomás Segovia, trad., México, Siglo XXI.
- (2002), *Historia de la sexualidad, 1: La voluntad de saber*, Ulises Guiñazú trad., México, Siglo XXI.
- Galván Díaz, Francisco (coord.) (1988), *El sida en México: los efectos sociales*, México, Ediciones de Cultura Popular/UAM.
- González Villarreal, Roberto (2001), *Después de la liberación*, México, UPN.
- (2018), *Foucault no fue a los Baños*, Ecuador, México, Terracota.
- Magis Rodríguez, Carlos, B. H. Barrientes, y K. S. Bertozzi (eds.) (2006), *Sida. Aspectos de salud pública*, México, INSP/CENSIDA.
- , y Rodrigo Parrini Roses (2006), "Nuestra epidemia, el sida en México, 1983-2002", en Carlos Magis Rodríguez y Hermelinda Barrientos Bárcenas (eds.), *VIH/sida y salud pública*, México, INSP/Censida.
- Manzelli, Hernán y Mario Pecheny (2002), "Prevención del VIH/sida en 'hombres que tienen sexo con hombres'", en Carlos F. Cáceres, Mario Pecheny y Veriano Terto Júnior (eds.), *Sida y sexo entre hombres en América Latina: vulnerabilidades, fortalezas y propuestas para la acción. Perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo*, Lima, Red de Investigación en Sexualidades y VIH/sida en América Latina/Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, pp. 103-138.
- Núñez Noriega, Guillermo (2000), *Sexo entre varones. Poder y resistencia en el campo sexual*, México, PUEG-UNAM.
- Onfray, Michel (2013), *La fuerza de existir. Manifiesto hedonista*, Luz Freire, trad., Barcelona, Anagrama.
- Pavía Ruz, Norma, y Ligia Vera Gamboa (2007), *Prevención primaria y secundaria de VIH/sida en hombres que viven con VIH y sus parejas*, México, CENSIDA.
- Paz, Octavio (1994), *La llama doble. Amor y erotismo*, México, Seix Barral.
- Platts, Mark (comp.) (1996), "Moralidad y sexualidad", en Mark Platts (comp.), *Sida: aproximaciones éticas*, México, UNAM/FCE, pp. 66-67.
- (1999), *Sobre usos y abusos de la moral*, México, Paidós / UNAM.
- Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción* (2000), Actas de una reunión de consulta en Antigua, Guatemala, Washington, OPS / Asociación Mundial de Sexología.
- Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México. Registro Nacional de Casos de Sida (actualización al 2do. trimestre de 2019). Recuperado de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/488177/RN_2doTrim_2019.pdf>.