



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
PROGRAMA DE MAestrÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,  
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD,  
CAMPO DISCIPLINARIO HUMANIDADES EN SALUD  
BIOÉTICA

**IMPLICACIONES BIOÉTICAS SOBRE EL USO DE LA PREP EN MÉXICO**

**T E S I S**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRA EN BIOÉTICA**

**PRESENTA**

**GARCÍA SORIANO PAMELA MELISA**

**TUTOR**

**DR. JORGE ENRIQUE LINARES SALGADO**  
**FACULTAD DE FILOSOFÍA Y LETRAS**

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX.**

**31 de agosto de 2021**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## *Agradecimientos*

Esta investigación está en deuda con todos aquellos que, de una u otra forma, fueron partícipes en la creación y desarrollo de esta tesis.

En primer lugar, agradezco toda la ayuda brindada por el Dr. Luis Ortiz Hernández. Gracias por creer en mi —aún sin conocerme— y apostar por este proyecto, por brindarme las herramientas necesarias para conocer las voces de algunos entrevistados. Al mismo tiempo le agradezco su paciencia y generosidad al aceptar acompañarme en la redacción de este trabajo. Sus comentarios acertados fueron el impulso a mi capacidad reflexiva y analítica, mismos que coadyuvaron a encaminar el desarrollo del trabajo que hoy culmina. Mi más sincero reconocimiento por estar presente siempre que lo necesité y por su atenta preocupación para que culminara esta investigación.

De igual forma, al Dr. Ricardo Páez Moreno agradezco sus observaciones puntuales, las cuales fueron de gran ayuda puesto que me ayudaron a encontrar la directriz cardinal de este proyecto. Su atenta lectura y sus vastos conocimientos en la materia contribuyeron a aterrizar las ideas planteadas en este proyecto. Gracias por estar presente en todo momento y por facilitarme el camino.

A mi tutor el Dr. Jorge Linares Salgado cuya orientación a lo largo de este camino permitió que la investigación fuese libre y sin obstáculos. Gracias a su participación las ideas avanzaron de manera firme y determinada.

A la Dra. Mariblanca Ramos Rocha. La repercusión de sus clases fue decisiva para encausar algunos pensamientos en torno a la investigación. Con firmeza y paciencia nos enseñó la importancia de esta disciplina. Por ello y más le estaré agradecida.

A la Dra. Carolina Consejo y Chapela, ya que fueron sus clases en el pregrado las que me acercaron a la Bioética. Reconozco en ella a una gran docente y una gran persona.

Finalmente, a todos los entrevistados que se tomaron un tiempo para dar respuesta a las preguntas. Por enseñarme que existen realidades que necesitan ser escuchadas.

## *Dedicatoria*

Mamita querida, no sabes lo mucho que estoy en deuda contigo. Eres el pilar que me hace querer avanzar y conocer otros caminos. Entre otras muchas cosas, te aprendí la importancia y el cariño que se le puede tener al estudio y el conocimiento. Gracias por ser el pilar que me da fuerzas para no aventar los dados y siempre ayudarme a conquistar nuevos retos.

Papá, Don Pepis, gracias por tu valiosa compañía, por ayudarme en las cosas más simples y los retos más grandes. Por ser mi compañero de aventuras a lo largo de este tiempo.

A mi hermano, por ser mi *partner in crime* y esa especie de *coach* que me da ánimos para ver los diferentes matices que componen esta vida, por enseñarme que las piedritas pueden irse y dejar de ser el centro de toda mi atención.

A mis tíos Óscar, Tere y Ángel. Al primero porque me enseñó que en todo lo que se haga es necesario ponerle corazón. A Tere porque es una mujer tenaz que con sus acciones me deja claro que con dedicación y paciencia todo es posible. Y finalmente a Ángel porque, aunque parezca que no nos vemos, tenemos en común más de lo que creemos.

Y antes de finalizar, no podían faltar Óscar y Karla. Gracias por todas nuestras historias y los recuerdos compartidos, por creer en mí y alentarme a escribir esta tesis.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	1
<b>1.1. Antecedentes históricos internacionales en materia</b>	
de políticas públicas respecto a la epidemia de VIH/sida .....	4
<i>Evolución de una epidemia.....</i>	<i>4</i>
<i>El contexto social en los inicios de la epidemia.....</i>	<i>6</i>
<i>Consolidación de una terapéutica en contra del VIH.....</i>	<i>8</i>
<i>Dilemas y dificultades en el acceso al tratamiento .....</i>	<i>10</i>
<i>Introducción de la PrEP como medida de prevención.....</i>	<i>11</i>
<b>1.2. Evolución histórica de los programas y políticas de salud en materia de VIH/sida en México .....</b>	<b>15</b>
<i>Antecedentes históricos de la epidemia de VIH en México .....</i>	<i>15</i>
<i>Aspectos sociales de la epidemia de VIH en México .....</i>	<i>19</i>
<b>1.3. VIH y bioética: individual versus colectividad .....</b>	<b>23</b>
<i>La apuesta de la bioética por el VIH.....</i>	<i>23</i>
<i>Sexualidad .....</i>	<i>24</i>
<i>Reivindicación de la dignidad, los derechos humanos y la libertad.....</i>	<i>26</i>
<i>La relación Médico-Paciente.....</i>	<i>30</i>
<i>Aspectos regulatorios dentro del contexto del VIH.....</i>	<i>31</i>
<i>Transfusiones sanguíneas.....</i>	<i>31</i>
<i>Pruebas serológicas y confidencialidad .....</i>	<i>32</i>
<i>Acceso a medicamentos antirretrovirales.....</i>	<i>36</i>
<b>2.1. Aproximaciones metodológicas al objeto de estudio .....</b>	<b>39</b>
<i>Planteamiento del problema .....</i>	<i>39</i>
<i>Justificación .....</i>	<i>40</i>
<i>Objetivo general .....</i>	<i>41</i>
<i>Objetivos particulares .....</i>	<i>41</i>
<i>Supuesto hipotético .....</i>	<i>41</i>
<i>Marco de referencia.....</i>	<i>41</i>
<i>Enfoque teórico .....</i>	<i>42</i>
<i>Pregunta de investigación .....</i>	<i>44</i>
<i>Selección de los participantes y consentimiento informado .....</i>	<i>44</i>

<b>Universo de estudio .....</b>	<b>45</b>
<b>Guion de la entrevista .....</b>	<b>47</b>
<b>Guía de entrevista para usuarios de la PrEP .....</b>	<b>47</b>
<b>Guía de entrevista para facultativos responsables de investigación.....</b>	<b>48</b>
<b>2.2. Apreciaciones económicas en torno a la implementación de la PrEP .....</b>	<b>54</b>
<b>El valor de la medicina preventiva .....</b>	<b>54</b>
<b>La PrEP y su relación costo-beneficio .....</b>	<b>58</b>
<b>Análisis costo-efectividad de la PrEP .....</b>	<b>61</b>
<b>Las compañías farmacéuticas: responsabilidad ética y social.....</b>	<b>63</b>
<b>2.3. Valoraciones morales sobre el uso de la PrEP.....</b>	<b>66</b>
<b>Creación de ambientes favorables.....</b>	<b>83</b>
<b>Intervenciones sobre el comportamiento.....</b>	<b>84</b>
<b>Importancia de la PrEP para los HSH.....</b>	<b>86</b>
<b>Aspectos morales sobre el uso de la PrEP .....</b>	<b>88</b>
<b>3.1. Análisis de referentes empíricos: sexualidad.....</b>	<b>92</b>
<b>Prácticas Sexuales .....</b>	<b>92</b>
<b>Preservativo vs la PrEP.....</b>	<b>96</b>
<b>Campañas de prevención .....</b>	<b>99</b>
<b>3.2. VIH y PrEP.....</b>	<b>103</b>
<b>Comparativa del VIH con otras ITS.....</b>	<b>103</b>
<b>3.3. La PrEP en México: análisis desde los referentes empíricos.....</b>	<b>114</b>
<b>Acceso a la PrEP en México .....</b>	<b>114</b>
<b>Total de la muestra .....</b>	<b>116</b>
<b>Duración del proyecto.....</b>	<b>120</b>
<b>Instrumentalización.....</b>	<b>122</b>
<b>Población de interés .....</b>	<b>123</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>125</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>130</b>

## INTRODUCCIÓN

Salud y enfermedad son términos inherentes a todos los seres humanos, y por ende a la colectividad; asimismo, se encuentran inmersos dentro de un determinado contexto sociohistórico. En el caso particular del VIH, éste ha traspasado los límites característicos de la historia natural del padecimiento, ya que, al incorporar aspectos relacionados con la conducta de las personas, aborda el ámbito de la moral. Ello conlleva a que las acciones realizadas se evalúen a través de principios o normas sobre lo que se considera como bueno o malo, correcto o incorrecto.

En función de esto, ciertos tópicos adquieren mayor relevancia que otros, como es la sexualidad; en gran medida porque los discursos públicos sobre dicho tema han provocado múltiples reacciones, puesto que su configuración intervienen saberes biológicos, médicos, históricos, sociológicos e incluso de carácter religioso. En consecuencia, con los primeros casos de VIH reportados entre varones homosexuales, la respuesta social señaló este tipo de prácticas como las causantes de la epidemia. Con base en ello, se formaron ideas que siguen permeando en el imaginario colectivo, mismas que se traducen como actos de discriminación y estigma hacia ciertos sectores de la población, entre los que figuran los hombres que tienen sexo con hombres.

Décadas han pasado desde que se diagnosticó VIH por vez primera, sin embargo, aún y con los avances médico-tecnológicos que se han venido desarrollando a lo largo de todo ese tiempo, la enfermedad continúa alojando un trasfondo social que no termina de superarse; prueba de ello es el continuo incremento de las tasas de incidencia actuales.

Pensando en lo anterior, se han realizado estudios experimentales con el objetivo de reforzar la prevención del VIH. Tras el resultado de estas investigaciones, la FDA aprobó la combinación a dosis fija de dos fármacos antirretrovirales (tenofovir, disoproxil y emtricitabina), como parte de las medidas profilácticas contra el VIH. A esta disposición se le conoce con el nombre de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP).

Si bien es cierto que la evidencia científica reconoce la eficacia de la PrEP, su incorporación a los distintos sistemas de salud de los países ha generado una serie de opiniones sobre su uso. Hay quienes argumentan que, debido al alto costo del medicamento, es imposible sostener la PrEP dentro de los quehaceres de la salud pública. Asimismo, señalan que, como consecuencia de su uso, es posible que se desencadenen mayores conductas de riesgo que pongan en peligro tanto a la salud de los consumidores

como la de terceros. Estas ideas suelen estar acompañadas de valoraciones morales que cuestionan la actitud de los usuarios que recurren a la PrEP, arguyendo que son ellos los que, para evitar adquirir VIH, han de responsabilizarse en todo momento de sus decisiones evitando aquellas prácticas que favorezcan el riesgo de transmisión y adoptando las medidas de prevención ya existentes, más económicas. Aunque válidas, expresiones de este tipo dejan de lado los aspectos intrínsecos que constituyen a cada persona, por lo que, al emitir recomendaciones generales, éstas no terminan de ser útiles en la práctica cotidiana, ya que olvidan incluir la perspectiva de los involucrados.

Ante el escenario planteado, la directriz que sigue esta investigación plantea el uso de la PrEP en México de cara a la bioética. Así pues, es necesario primero conocer el marco histórico en que se desarrolló el VIH, al igual que las aportaciones realizadas por esta disciplina. Comprendida esta situación, es necesario reflexionar sobre el impacto económico y la efectividad que implica el uso de la PrEP, sus límites y sus alcances dentro de los programas encomendados a la salud pública. Finalmente, tomando en cuenta que la investigación aquí referida es de carácter cualitativo, se recurre a las verbalizaciones de algunos referentes empíricos, amén de contrastarlas con principios y teorías bioéticas que fundamenten la inclusión o el rechazo de esta profilaxis en México.

Partiendo de estas nociones, la estructura que ordena a esta tesis se distribuye en tres capítulos, los cuales quedan divididos a su vez en tres apartados que se complementan.

En la primera sección de esta tesis se hace un recuento sobre los antecedentes históricos que enmarcan la epidemia. Inicialmente se describen los hechos a nivel mundial, la evolución y consolidación de la terapéutica para el VIH; así como las primeras medidas emitidas para salvaguardar la vida de los ciudadanos. Posteriormente, se describe cómo se vivió y enfrentó esta contingencia sanitaria dentro del territorio mexicano. A la postre de este capítulo, se esboza la relevancia que adquirió la bioética ante la presencia de una patología que modificó el paradigma clínico y experimental de la medicina.

La segunda parte de este documento puntualiza en el aspecto metodológico de la investigación realizada, así como el enfoque fenomenológico en que se desarrolló. El segundo apartado de este capítulo incorpora el principio de la responsabilidad, aplicada desde la concepción del sujeto y la adquirida por el Estado. Reivindica también la teoría de la justicia distributiva de Daniels, en consonancia con la propuesta de Faden y Powers, con



el objetivo de alcanzar el bienestar de cada individuo. De igual forma, se concluye con un tercer análisis donde se reflexiona sobre los aspectos morales que subyacen en torno a una medida como la PrEP; la cual entraña el ejercicio de la sexualidad, por lo que se erigen diversas posturas que rechazan la introducción de esta medida preventiva.

Sirvan todos estos precedentes para analizar, en el tercer capítulo, las categorías halladas en la investigación con las experiencias narradas por los entrevistados. A partir de ello, se reflexiona sobre el discurso que los hombres que tienen sexo con hombres han tenido a lo largo de su vida, originando que arrastren una serie de ponderaciones contrapuestas a la expresión de sus derechos sexuales. Como corolario de este apartado se abre una discusión sobre las implicaciones que tiene el VIH respecto al resto de las infecciones de transmisión sexual; siendo ésta una de las razones que priman el uso de la PrEP. Bajo este mismo tenor, se expone la instrumentalización vigente de la PrEP en México, la cual, como se describirá en el apartado correspondiente, contraviene los principios fundamentales de la bioética.

Por último, se presentan las conclusiones obtenidas de la investigación realizada, así como las recomendaciones sobre las que convendría reparar para plantearse la incorporación futura de la PrEP en México.

## 1.1. Antecedentes históricos internacionales en materia de políticas públicas respecto a la epidemia de VIH/sida

Sobra decir que la epidemia de VIH/sida ha sido uno de los grandes retos que ha enfrentado la humanidad en los últimos años. Bien es cierto que las condiciones iniciales de ésta han ido evolucionando favorablemente a lo largo de estos años; sin embargo, precisa conocerse sobre los hechos históricos que a ella acaecieron con el fin de comprender los avances que hoy se discuten dentro de las distintas agendas públicas. Por esa razón, en este apartado se hará un recuento sobre los primeros casos y el contexto social en el que inicialmente se suscitaron, así como las transformaciones que se han configurado dentro de su terapéutica y prevención, las cuales sirven para iniciar la discusión que a este tema de investigación compete.

### *Evolución de una epidemia*

El 5 de junio de 1981 se publicó en el *Boletín semanal de morbilidad y mortalidad* (MMWR, por sus siglas en inglés), la presencia de una enfermedad oportunista poco frecuente (neumonía por *Pneumocystis carinii*) en cinco hombres jóvenes de California (MMWR, 1981a). Un mes más tarde, el mismo boletín reportó que un grupo de varones con residencia en Nueva York y el sur de California, padecían una especie de cáncer agresivo, hasta ese entonces inusual, llamado Sarcoma de Kaposi (MMWR, 1981b).

Dado que todos los enfermos eran homosexuales, se pensó que la vía sexual podía ser la fuente que originaba la alteración inmuno-celular. A partir de ello, fue que los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), llamaron a esta infección como GRID, por sus siglas en inglés *Gay-Related Immune Deficiency\**; (The New York Times, 11 mayo 1982). A la luz de lo anterior, la homosexualidad cobró especial interés, puesto que puso al descubierto los valores culturales, sociales y morales de las distintas sociedades, mismos que contrastaban con el modelo –históricamente configurado– heteronormado, en donde, por regla del imaginario social, se exige una correspondencia entre sexo, género y deseo (Serret, 2015).

Hasta la década de los setenta, este tipo de prácticas sexuales fueron concebidas como desviaciones patológicas que escapaban al orden de las conductas estipuladas como “normales” dentro del discurso experto, plasmado dentro del *Manual diagnóstico y estadístico* (DSM, por sus siglas en inglés). Esto reafirmó acciones de exclusión y estigma

hacia ese sector en particular (Saavedra, 2007). Grupos conservadores objetaban que, al transgredir “las leyes naturales”, el resultado convino en un “castigo de la naturaleza” (La Jornada, 26 de mayo de 1987); por su parte, algunos miembros internacionales de la iglesia católica señalaban que dicha enfermedad presentaba una “dimensión moral porque es fruto de las aberraciones sexuales o del uso de las drogas” (La Jornada, 1988).

Aunque en los inicios de la epidemia cerca del 90% de los casos se reportaron entre hombres homosexuales y bisexuales (Flores, 2015; 68), otros datos documentaron también la presencia de la enfermedad en personas hemofílicas, por lo que los CDC implementaron el término Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), definiéndolo como “un defecto en la inmunidad mediada por células entre personas sin ningún caso conocido de resistencia disminuida a esa enfermedad” (Línea del tiempo VIH/sida, párr.11).

Además de los casos reportados en Estados Unidos, entre los que se incluía a ciudadanos haitianos (Morbidity and Mortality Weekly Report, 31(26), 353-354, 360-361), se encontraron eventos semejantes en otros países como Uganda, España y Francia (Francioli, P y Cle'ment, 1982; Vilaseca, et al., 1982). Posteriormente, se corroboraron casos entre mujeres, sugiriendo que la transmisión podía ser dada también por vía heterosexual (Morbidity and Mortality Weekly Report, (1983) 31(52), 697-698).

Con el devenir del tiempo, lejos quedaron las teorías en las que se apuntaba la vía sexual como la única responsable de la transmisión, pues se demostró que existían otras formas de propagación, entre las que se incluían el uso compartido de agujas (Mortality Weekly Report 33(27) 377-379), paquetes globulares contaminados (Mortality Weekly Report 31(27) 365-367), e incluso se comenzaba a sospechar de una posible transmisión vertical de madre a hijo (Morbidity and Mortality Weekly Report 32(24) 309-311; Morbidity and Mortality Weekly Report, 34(48) 721-726,731-732).

Sin embargo, ha de destacarse que la relación médico-paciente establecida entre hombres y mujeres heterosexuales, casados y con hijos, fue diametralmente opuesta a la que se tomaba frente a aquellas personas consideradas como “grupos de riesgo”. Como se ha descrito, las actitudes hacia personas homosexuales se basaron en connotaciones morales sobre el tipo de prácticas sexuales de las personas, mientras que, en el primer grupo, se instaló una carga afectiva en el trato hacia ellas, pues el padecer remitía a cierta “normalidad” en donde el VIH escapaba al contexto de las valoraciones y prejuicios (Flores, 2015; 104-105).

Ante los eventos ocurridos, el VIH/sida empezó a cobrar importancia mundial. En 1983, científicos del Instituto Pasteur en Francia identificaron un retrovirus llamado Virus Asociado a Linfadenopatía (LAV), el cual se creía era el responsable de todos los casos existentes (Barré-Sinoussi et al., 1983). En 1986, el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV, por sus siglas en inglés) anunció que el agente etiológico del sida era el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), mismo que para ese entonces ya sumaba alrededor de 38,401 casos de sida a nivel mundial, siendo el continente americano el que encabezaba la lista con 31,741 casos notificados, seguido de Europa con 3,850 reportes y África con un total de 2,323 acontecimientos similares (AVERT, 2018).

Para ese momento, el sida había cobrado la vida de cientos de personas, evidenciando que se trataba de una enfermedad que requería medidas y soluciones urgentes para el tan temido “mal del siglo” (El Universal, 12 de noviembre de 1989; pp. 1). Frente a la contingencia que la epidemia presentó, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se dio a la tarea de coordinar las medidas necesarias para emprender una lucha contra dicho padecimiento. Así pues, recordando que dentro de los objetivos previstos por dicha organización se encuentran los relacionados con la planeación y coordinación de acciones globales ante determinadas situaciones que pongan en riesgo la salud a nivel mundial, se instauraron diversos programas de salud orientados a dicho padecimiento (DiNota, 1991, p. 154).

Por lo anterior, en 1987 se estableció el Programa Especial de Sida, cuyo fin era asegurar y guiar la cooperación mundial para controlar y prevenir la enfermedad (DiNota, 1991, p. 155). Casi una década después de los primeros esfuerzos realizados por contener la epidemia, se creó en 1996 el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), organismo vigente cuya finalidad fue (y sigue siendo) la coordinación de los programas y actividades de los distintos organismos especializados de las Naciones Unidas en su lucha contra el sida (UNAIDS, 2018).

### *El contexto social en los inicios de la epidemia*

Los recursos científico-tecnológicos de la época distaban de la complejidad, eficacia y desarrollo con los que hoy contamos, por lo que intentar dar con una respuesta a la epidemia fue un proceso lento. Aunado a lo anterior, la problemática de ésta no se centró

únicamente en procurar la atención y los cuidados de los pacientes; sino que, junto a ella, el aspecto social adquirió un papel central en su resolución.

Frente a un panorama incierto y desolador, la respuesta no se hizo esperar. Las debilidades de los sistemas de salud pronto salieron a la luz pública. Algunos médicos se negaron a brindar atención a los enfermos, mientras que otros miembros del personal sanitario amenazaron con el cese de actividades hospitalarias e incluso rechazaron la admisión de pacientes al servicio de urgencias (Ponce de León, 2011).

En 1988, como parte de una estrategia nacional enfocada en la prevención de la propagación, Australia ejecutó cuarentenas prolongadas entre enfermos de VIH. De igual forma, como parte de una medida paliativa, se propuso la segregación de todos los enfermos de sida en ausencia de un tratamiento efectivo (El Universal, 24 de noviembre de 1988; pp. 25).

De lo anterior se desprenden ideas que incluso hoy en día continúan presentes dentro del imaginario social, como queda demostrado en la forma en que los medios de comunicación abordaban las noticias empleando términos peyorativos para referirse a la enfermedad y a sus portadores, tales como “sidral homicida”, “sidosos”, “joto pesticida” (Ortega, 1988; 286).

Como ya se mencionó, el gremio sanitario no estuvo exento de dichas actitudes. Facultativos responsables mostraban desdén y renuencia hacia pacientes homosexuales y usuarios de drogas inyectables (UDI), ya que creían que a través del contacto con ellos podían ser contagiados (Excelsior, 1990).

Este tipo de acciones y otras más que recurrían a la violencia física y verbal hacia los afectados (The Washington Post, 18 de agosto de 1982) interfirieron con el proceso solidario de combatir a la epidemia. De ahí que países como Inglaterra, en alianza con la OMS, establecieron declaraciones a favor de la prevención del VIH/sida. Más allá del aspecto científico, buscaban concientizar sobre la importancia de crear programas enfocados a proteger y salvaguardar los Derechos Humanos y la dignidad de cada persona. Junto a ello, anunciaban la urgencia de incorporar a la agenda de salud pública acciones encaminadas a disminuir la discriminación y estigma entre las personas con VIH/sida (DiNota, 1991).

En respuesta a este primer paso, se logró que la Asamblea Mundial de la Salud promulgara, en 1988, una primera resolución en contra de la discriminación relacionada con

el sida (DiNota, 1999). Sin embargo, pese a la reiteración de dichas formulaciones, los problemas referentes a la epidemia solo quedaron resueltos parcialmente, pues continuaban vigentes aquellos temas relacionados con la atención y los servicios sanitarios de cada Estado.

### *Consolidación de una terapéutica en contra del VIH*

En la década de 1960, investigadores estadounidenses desarrollaron un nuevo fármaco (zidovudina o AZT), cuya función era inhibir la replicación y producción de células cancerígenas. Sin embargo, dado que su efectividad no pudo ser comprobada en ratones, la idea fue desechada (Broder, 2010).

Décadas después, el Instituto Nacional de Cancerología de Estados Unidos y la compañía farmacéutica Burroughs Wellcome realizaron ensayos clínicos entre personas con diagnóstico de sida, a las cuales les administraron dicho medicamento. Con ello, se pretendía demostrar la utilidad del fármaco mediante la disminución de la carga viral producida por el VIH. En las dieciséis semanas que duró el estudio, se comprobó que los resultados esperados se lograron en aquellos participantes a los que se les suministró zidovudina frente a quienes recibieron placebo (, 2010). Ante la evidencia obtenida, la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés), aprobó el 20 de marzo de 1987 el uso de AZT como tratamiento para el VIH/sida (Department of Health and Human Services, 1987).

Aunque la implementación de dicha terapéutica vislumbraba un panorama alentador, la realidad es que en la práctica emergieron nuevos conflictos, algunos de ellos sin miras a un pronto desenlace. Se habla pues de dos situaciones particulares, la primera relacionada con el contexto social en el que subyacía la epidemia y dentro del cual imperaban situaciones de discriminación, abuso, estigmatización e indiferencia hacia los afectados; en la segunda estaba también el rol del Estado, siendo este órgano el encargado de brindar tratamiento y servicios sanitarios para quienes así lo dispusieran, así como de subsanar las consecuencias resultantes de la epidemia.

Tras haber anunciado a la zidovudina como la panacea última para tratar a los enfermos, surgió la pregunta obligada sobre cómo costear y proporcionar el medicamento entre aquellos pacientes con escasos recursos económicos. Se estimaba que el precio anual del tratamiento por paciente era de aproximadamente 8,000 dólares, razón suficiente

para que las aseguradoras médicas negaran la cobertura de las prescripciones (Excelsior, 09 de agosto de 1989; pp. 3A).

Inicialmente solo se prescribía el fármaco a quienes presentaran datos característicos de la enfermedad (recuento de CD4 menor a 350 células/mm<sup>3</sup>) (Crum *et al.*, 2009), por lo que únicamente se otorgaba durante las últimas fases de esta (Excelsior, 1989). Esta medida no solo implicaba una decisión sobre la vida de los pacientes, sino que también comprometía los recursos y gastos financieros para la salud pública, puesto que, como ya se sabe, dentro de la etapa final del sida sobrevienen otras particularidades que ameritan estancias y cuidados hospitalarios más prolongados y de mayor impacto económico.

Con base en ello, California se pronunció como el primer estado de los Estados Unidos en otorgar cobertura a sus ciudadanos mediante el programa Medi-Cal. El objetivo, puntualizó el director del Departamento de Salud, permitiría no solo prolongar la vida de las personas que contaran con diagnóstico de VIH/sida, sino que también reduciría, en un futuro, los costos secundarios de la enfermedad (Los Ángeles, 25 de marzo de 1987).

Tras la evolución científica de finales del siglo XX se desarrollaron investigaciones preocupadas por producir medicamentos más sofisticados para tratar las enfermedades ya existentes. En 1995, la FDA aprobó el primer inhibidor de la proteasa, inaugurando con ello una novedosa era en la terapéutica del VIH, a la que se le nombró terapia antirretroviral altamente efectiva (HAART, por sus siglas en inglés). Dentro de las singularidades que planteaba esta terapéutica se encontraba una disminución significativa (de hasta el 20%) en la tasa de defunciones por sida, así como una menor hospitalización de los enfermos (Jacobson, *et al.*, 2002). Un año más tarde, en 1996, se aprobó el primer inhibidor de transcriptasa reversa no análogo de los nucleósidos (nevirapina). Para 1997 la HAART se convirtió en el régimen estándar para tratar los casos de VIH/sida (AVART, 2018); sin embargo, esto implicaba un problema, pues solamente se encontraba disponible en las regiones e instituciones que pudieran costearlo.

Lo anterior, traducido al ámbito de la bioética, es considerado como un problema moral, puesto que implica un conflicto de valores en cuya resolución es casi imposible optar por uno de ellos sin lesionar al mismo tiempo a aquel que se deja de lado (Pose, 2012). Para llegar a un consenso sobre la atención de los pacientes con VIH/sida, se tuvo que pasar un largo proceso hasta establecer una serie de recomendaciones señaladas dentro

de las guías de práctica clínica emitidas por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). En éstas se indica que, en pacientes mayores de 19 años, se inicie de forma inmediata la terapia antirretroviral sin importar el estadio clínico en el que se encuentren o el recuento linfocitario (WHO, 2016); de igual forma, deberán realizarse pruebas de laboratorio complementarias (Biometría Hemática, Química Sanguínea, Perfil de lípidos, Examen General de Orina, Pruebas serológicas para virus de la hepatitis A, B y C; citomegalovirus, sífilis, toxoplasma y tuberculosis), pruebas de imagen (radiografía de tórax) y complementarias (electrocardiograma en reposo a mayores de 40 años de edad y prueba de embarazo en mujeres) (GPC-245-09. Tratamiento antirretroviral del paciente adulto con infección por VIH).

### Dilemas y dificultades en el acceso al tratamiento

Bien es cierto que las farmacéuticas buscan e invierten recursos en producir investigaciones que deriven en la creación de medicamentos efectivos y superiores a los ya existentes, mas no se puede olvidar que, como bien menciona Páez (2015), existen conflictos de intereses económico-científicos en los que las labores de investigación se ven veladas por el ejercicio lucrativo de sus accionistas. Esto conlleva a que el desarrollo de los fármacos no se realice en aras de motivos meramente científicos o humanitarios, sino que también se espera que cumplan con las expectativas económicas de sus inversores.

Reflejo de estas conductas se ha observado en países con pobreza extrema, principalmente en las regiones africanas, en donde se han señalado las mayores tasas de prevalencia e incidencia de VIH/sida (Indexmundi, 2018). Junto a esto, temas como la globalización o la incesante búsqueda por obtener mayores ganancias permiten disponer de un libre mercado en el que, incluso ofertando precios relativamente más bajos, resultan todavía elevados para los países pobres. Verdad es que los costos representan un problema, pero también lo es su distribución, pues muchas veces no llegan a quienes en verdad lo necesitan, o bien, no se usan con efectividad cuando llegan a su destino (Milenio, 18 de noviembre del 2000; pp. 17).

Las consideraciones previamente acotadas, sirven como punto de referencia para comprender las acciones que en el pasado se instauraron. Tras haber declarado la OMS en 1999 que el sida era la cuarta causa de muerte a nivel mundial y la número uno en África (Krug, 1999), ONUSIDA logró negociar los precios de cinco fármacos antirretrovirales,



amén de reducir sus precios en países subdesarrollados (Milenio, 08 de marzo del 2001; pp. 39.). Esfuerzos como éste permitieron contar con la participación y cooperación de diversos países, trayendo como resultado la creación en 2001 del Fondo Mundial para la Lucha Contra el VIH/Sida, la tuberculosis y la malaria (GFATM, por sus siglas en inglés), cuyos objetivos se dirigen a combatir la transmisión del VIH a través de medidas preventivas, tratamiento, cuidados y atención médica, incluyendo también la compra de medicamentos (Amayun y Epstein, s.a.).

En 2003, el presidente de Estados Unidos, George W. Bush, anunció la creación del Plan Presidencial de Emergencia para Alivio del Sida (PEPFAR, por sus siglas en inglés), iniciativa que pretendía mejorar los resultados de salud, ampliar la sostenibilidad e integración de los programas y fortalecer los servicios de salud en las regiones con mayor número de casos por VIH (Infosida, 2020). Ese mismo año, la OMS y ONUSIDA lanzaron la iniciativa “3 por 5”, cuyo eje central pretendía proveer medicamentos antirretrovirales en las regiones de bajos y medianos recursos. (WHO’s, 2006).

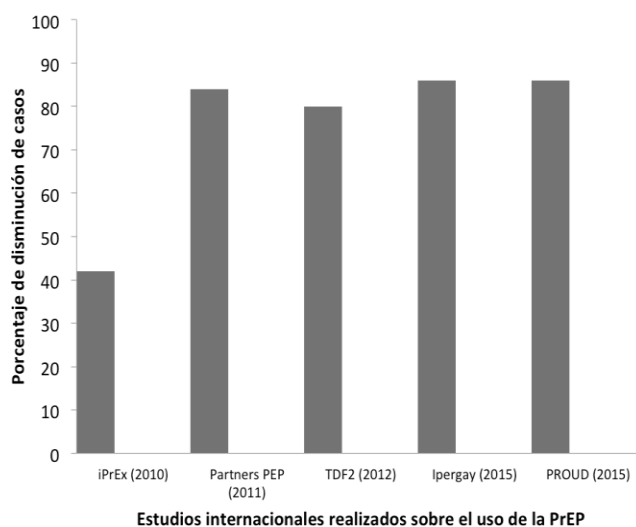
### Introducción de la PrEP como medida de prevención

Dado que hoy en día el VIH es considerado como una epidemia centralizada, aún es necesario apostar por nuevas y mejores medidas de prevención, cuya eficacia atienda a todas aquellas personas que presentan un mayor riesgo de adquirir la enfermedad. Por ello, desde 2010 comenzaron a realizarse estudios experimentales entre personas sin diagnóstico de VIH, pero con factores de riesgo, tales como usuarios de drogas inyectadas (UDI), hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres transgénero (MT), hombres trabajadores sexuales (HTS) y mujeres trabajadoras sexuales (MTS). Para fines de la presente investigación, es necesario señalar que únicamente se considerarán a los HSH, MT y HTS, dado que en los países de Latinoamérica éstas son las poblaciones que presentan mayores casos de incidencia y prevalencia (Gutiérrez, *et.al.*, 2012).

Los ensayos clínicos encaminados a la prevención del VIH se conocen como Profilaxis Pre-Exposición (PrEP), consisten en la administración de una píldora —cuyo nombre comercial se conoce como Truvada— entre personas con los factores de riesgo ya mencionados, en la que se combinan dos antirretrovirales (tenofovir y emtricitabina). El propósito de la PrEP es disponer de una medida de prevención alternativa a las ya conocidas, evitando el aumento en el número de casos incidentes de VIH.

Como parte de las conclusiones arrojadas por estos ensayos clínicos, se ha comprobado que su uso puede tener una disminución de hasta un 44% de casos entre HSH y MT, como se demostró en el iPrEX (Grant *et al.*, 2010) ejecutado en Perú, Ecuador, Brasil, Estados Unidos, Sudáfrica, Tailandia; Kenya y Uganda. Otro estudio, el Partners PrEP (Baeten, *et al.*, 2012) realizado entre varones de Kenya y Uganda, observó una disminución del 84%. Por su parte, Thigpen *et al.* (2012) aplicaron su investigación en una población de Botswana con características similares, demostrando con ello una reducción del 80%. Finalmente, los ensayos clínicos de Molina *et al.* (2015), realizados entre HSH en Francia y Canadá (Ipergay), así como los de McCormack *et al.* (2015) en Inglaterra, han demostrado una disminución del 86% en cada uno de ellos (Ver Gráfica 1).

**Gráfica 1.** Resultados comparativos sobre la disminución de tasas de incidencia de VIH tras el uso de la PrEP.



**Gráfica 1.** Elaboración propia. Extraída de los estudios analizados.

Con la evidencia obtenida, en el 2012, la FDA aprobó el uso de Truvada como el primer fármaco empleado para la prevención del VIH (Serrano, 2018), con lo que se introdujo una nueva alternativa complementaria a las ya existentes.

Posteriormente, en el 2015, la OMS emitió una guía de recomendaciones en la que se orienta al personal sanitario y población interesada sobre el uso de esta terapéutica. En esta guía se dan a conocer los lineamientos para su control y monitoreo, al igual que las regulaciones oficiales sobre su uso (Ver Tabla 1). De igual forma, los CDC ejecutaron una serie de cuestionarios sobre las prácticas de riesgo, con el fin de predecir la posibilidad de adquirir VIH entre los HSH (Ver Tabla 2).

**Tabla 1.** Consideraciones para el uso de la PrEP

OMS	CDC
<ul style="list-style-type: none"> <li>•Personas que no usan preservativo con ninguna de sus parejas sexuales.</li> <li>•Personas que han tenido relaciones sexuales con más de una persona durante los últimos seis meses.</li> <li>•Personas que tienen un compañero sexual que mantiene relaciones sexuales con otras personas o tiene riesgo alto de contraer VIH.</li> <li>•Actividad sexual con usuarios de drogas inyectables o que comparten insumos con terceros.</li> <li>•Usuarios de drogas inyectables.</li> <li>•Personas que tienen relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas recreativas.</li> <li>•Antecedentes de ITS (gonorrea, sífilis, chancro, herpes).</li> <li>•Pareja sexual con diagnóstico reciente de ITS (incluyendo VIH).</li> <li>•Contacto sexual con personas con VIH que no se encuentren en terapia antirretroviral, de supresión viral o con niveles indetectables de carga viral.</li> <li>•Pareja sexual que desconoce si es o no portador de VIH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>Relaciones no monógamas con una persona que haya recibido recientemente resultado negativo para VIH.</li> <li><input type="checkbox"/>Hombre homosexual o bisexual que ha tenido relaciones sexuales anales sin condón o a quien se le ha diagnosticado una ITS en los últimos seis meses.</li> <li><input type="checkbox"/>Hombre o mujer heterosexual que no usa preservativos regularmente con personas que están en riesgo sustancial de infección por el VIH y cuya situación respecto del VIH no conoce (por ejemplo, una persona que se inyecta drogas o una mujer que tiene parejas masculinas bisexuales).</li> <li><input type="checkbox"/>Personas que se han inyectado drogas en los últimos seis meses y han compartido las agujas o los implementos.</li> <li><input type="checkbox"/>Personas en tratamiento contra las adicciones en los últimos seis meses.</li> </ul>

**Tabla 1.** Elaboración propia con datos tomados de *Información básica sobre la profilaxis de pre-exposición (PrEP)* (CDC, 2018) y *Implementation Tool for Pre-Exposure Prophylaxis (PREP) of HIV Infection* (WHO, 2017).

**Tabla 2.** CDC. Cuestionario predictivo para adquirir VIH entre HSH.

En relación con los últimos seis meses:

- ¿Ha tenido contacto sexual con hombres, mujeres o ambos?
- ¿Con cuántos hombres ha tenido contacto sexual?
- En las ocasiones que hubo penetración anal ¿cuántas veces no usó preservativo?
- ¿Cuántas de sus parejas sexuales masculinas tienen VIH?
- (En caso de ser positiva la pregunta anterior) ¿Con cuántas de las personas diagnosticadas con VIH tuvo penetración anal sin emplear preservativo?
- ¿Ha usado algún tipo de droga como metanfetaminas, cristal o *speed*?

## 1.2. Evolución histórica de los programas y políticas de salud en materia de VIH/sida en México

Toca ahora el turno de analizar la epidemia de VIH dentro del contexto mexicano. Igual que en el resto del mundo, las situaciones que se inscribieron alrededor de esta patología emergente trastocan distintas aristas entre las que se incluyen los ámbitos social y sanitario. En este apartado, se abordan inicialmente los reportes históricos sobre los primeros casos reportados, deviniendo en una serie de consideraciones socioculturales que han impactado en la relación médico paciente, la salud pública y el imaginario colectivo.

### *Antecedentes históricos de la epidemia de VIH en México*

Según el informe de Valdespino *et al.* (1995), el primer caso –notificado por el actual Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ)- data del año 1983, sin embargo, se considera que éstos habían iniciado desde 1981. En respuesta al impacto que supuso la epidemia en México, el gobierno federal creó en 1986 el Comité Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA), el cual se descentralizó de la Secretaría de Salud en 1997, convirtiéndose en el Centro Nacional para la Prevención y control del VIH/sida (Censida) (Flores, 2015).

Por su parte el sector salud, en conjunto con la Dirección General de Epidemiología, editó en 1987 el primer *Boletín Mensual Sida*, cuya información contenía medidas preventivas e informativas para los responsables sanitarios y la población general; en él se reportaba un total de 407 casos acumulados hasta el primer semestre de ese año. Asimismo, los datos señalaban que el grupo etario más afectado era el de adultos de entre 25 y 44 años, alcanzando hasta un 74.7% de prevalencia en contraste con el resto de la población; además, eran la Ciudad de México, Jalisco y Nuevo León las entidades más afectadas (CONASIDA, 1987). El boletín notificaba también que el mayor número de casos se encontraba entre varones homosexuales y bisexuales, constituyendo estos el 91.9% de todos los casos.

Otro aspecto importante para considerar sobre los inicios de la epidemia compete al ámbito de la atención de las personas con VIH/sida. Originalmente, las instituciones de seguridad social en México de segundo y tercer nivel ofertaron el acceso a la atención gratuita en materia de VIH/sida (Bautista, *et.al.*, 2003); sin embargo, como era de esperarse, debido al aumento en la demanda de los servicios fue necesario canalizar a los pacientes

a diversas clínicas. En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), por ejemplo, se comenzó a recibir a los pacientes en las 8,000 clínicas de primer nivel y en las 180 unidades de segundo nivel (Espíndola, 1988). A finales de 1989, el IMSS aseguró que se dispondría de 43 Coordinaciones Delegacionales del Programa VIH/sida para proporcionar información sobre la epidemia, así como la realización de la prueba de ELISA, misma que se encontraría disponible para toda la población (Editorial, 1989a); sin embargo, la zidovudina (AZT), tratamiento auxiliar para el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, únicamente se encontraba disponible en pocas instituciones de México (Reyes, 2011).

Para 1990, el delegado del IMSS, Federico Vera Copca, aseguró que dentro del cuadro básico nacional se contaría con los fármacos antirretrovirales para el tratamiento del VIH/sida (Arroyo 1990). Dicha acción vislumbraba un panorama alentador para las personas diagnosticadas con VIH; sin embargo, las declaraciones de Vera apuntaban únicamente a los derechohabientes que fueran detectados con el estado serológico positivo dentro de las clínicas del Seguro Social, mientras que el programa Solidaridad sería el responsable de facilitar los recursos a todas aquellos con diagnóstico confirmado (Arroyo, 1990). Con esto se comprende que dicha política dejaba de lado al resto de la población no afiliada, puesto que las autoridades argüían era imposible abastecer los fármacos a todos los necesitados debido a su alto costo, el cual alcanzaba un precio de hasta 4,150 pesos actuales (Espíndola, 1988).

A su vez, derivado de las características propias de la historia natural de la enfermedad, era imperiosa la creación de un servicio especial enfocado en solventar las carencias y necesidades de los enfermos. Por ello, trabajadores del IMSS, así como directivos de otras instituciones de la Secretaría de Salud, exigieron la formación de un servicio especializado que concentrara a todas las personas afectadas por el VIH/sida, mismo que debía disponer de mobiliario y equipo fijo en las unidades de segundo y tercer nivel (Becerril, 1990). Estos simpatizantes apelaban a la defensa de los Derechos Humanos, pues expresaban a los responsables sanitarios la necesidad de salvaguardar el respeto entre todos aquellos que presentaban situaciones de salud agravadas por la epidemia (El Sol de México; 24 de noviembre de 1992; pp. 15).

Por otra parte, con los resultados obtenidos de la HAART, diversos activistas comenzaron a exigir al gobierno otorgara este nuevo régimen. La primera victoria que dichos actores sociales lograron fue que instituciones como el IMSS y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) aprobaran la

compra universal entre 1997 y 1998 (Reyes, 2011). Cabe mencionar que, para esos años, el acceso a la HAART entre aquellos que acudían a los establecimientos de la Secretaría de Salud era complejo. Debido a ello, CONASIDA, en conjunto con algunas farmacéuticas, acordó en 1996 la entrega de antirretrovirales a grupos de personas que formarían parte de ensayos clínicos. Sin embargo, dado que el CONASIDA era una agencia dedicada a la coordinación, el gobierno le solicitó en 1997 que retomara su labor característica, suspendiendo así el abasto de los insumos (Bautista, *et.al.*, 2003).

Ese mismo año surgió el proyecto de un fideicomiso denominado Fonsida A.C, cuyo propósito era facilitar el acceso a los fármacos a todas personas ya diagnosticadas que no contaran con seguridad social ni recursos económicos para comprar los medicamentos (Reyes, 2011). La creación de este fideicomiso fue de carácter tripartito, contando con la participación de 1) la Secretaría de Salud, quien asignó los recursos iniciales; 2) la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), entidad que dispuso de forma gratuita de las instalaciones, equipo y recursos humanos necesarios; y 3) Fundación Merck, agencia subsidiaria en la capacitación del personal sanitario a nivel estatal (Bautista, *et.al.*, 2003).

Estos mismos autores detallan que a finales de 1997 cerca de 6,000 pacientes (lo que equivale aproximadamente al 50% del total de casos de sida en ese momento) no tenían acceso a los medicamentos antirretrovirales, siendo mujeres y menores de edad los sectores más desfavorecidos. Por ello, dentro de los criterios establecidos por el Fonsida, se otorgaba prioridad a estos grupos, así como a quienes contaban con un recuento bajo de CD4 (<300 células/mm<sup>3</sup>), carga viral alta (>30000 copias) y sintomatología propia de un estadio avanzado de la enfermedad, siempre y cuando no se encontraran afiliados a cualquier instancia de la seguridad social. Pese a los acuerdos internacionales pactados en los que México se comprometía a brindar atención a sus ciudadanos afectados, el desinterés por parte del gobierno conllevó al cese de las gestiones del Fonsida en 2001 (Reyes, 2011). Como consecuencia, activistas y representantes de organizaciones —como Amnistía Internacional de México— manifestaron el apremio por resolver los retos que emanaban de la epidemia (La Jornada, 1999). Así pues, exigían un servicio de calidad para las personas infectadas con VIH, al igual que el cumplimiento de los Derechos Humanos y el respeto a cada uno de sus implicados. De acuerdo con Rocío Culebro, representante de Amnistía Internacional de México, las campañas con las que se contaba resultaban entorpecidas por la presión ejercida desde sectores conservadores, alejando las políticas

públicas encargadas de garantizar, proteger y promover el acceso a los servicios de salud, centros educativos y recintos laborales (La Jornada, 1999).

Otra situación que aquejaba en ese momento era el temor que se tenía por descentralizar la Secretaría de Salud (Secretaría de Salud, 2006), por lo que organizaciones no gubernamentales dedicadas a la lucha contra el VIH/sida solicitaron al entonces jefe de gobierno de la Ciudad de México, Cuauhtémoc Cárdenas, la fundación de una clínica especializada en materia de VIH/sida semejante a las ya establecidas en estados como Aguascalientes, Michoacán, Jalisco y Oaxaca (Parra, 1999).

A partir de estos precedentes, el titular de la Secretaría de Salud del entonces Gobierno del Distrito Federal, Armando Cordera, anunció que a principios del año 2000 se pondría en marcha la primera clínica de Latinoamérica facultada para atender a esta población; misma que contaría con el apoyo de los diversos institutos de salud dependientes de la federación y la UNAM (Llanos, 1999). Si bien la idea planteaba una evolución en la atención sanitaria, las respuestas de la sociedad no se dieron en el mismo sentido puesto que vecinos aledaños a la zona de Benjamín Gil se opusieron rotundamente a su creación (El Herald, 2 de diciembre de 1999; pp. 2<sup>a</sup>). Pese a las reticencias mostradas por parte de civiles, un año después se inauguró el primer centro especializado ambulatorio de atención médica en VIH/sida, hoy conocido como Clínica Condesa (Margis *et.al.*, 2008).

A la par de lo anterior, en 1999 varios especialistas dirigidos por el infectólogo Gustavo Reyes Terán elaboraron una propuesta para el director del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), donde solicitaban un presupuesto financiero de cuatro millones de pesos (Comesaña, 2011). Esto permitió adquirir un laboratorio nivel 3 de bioseguridad<sup>†</sup>, hasta ese entonces inexistente en el país; asimismo, se acopló un pequeño espacio dentro del Servicio de Infectología para Pacientes Inmunocomprometidos (SIPI), conocido también como pabellón diez (Comesaña, 2011).

El asombroso resultado de dicho proyecto fue parteaguas para la incorporación de un sistema novedoso y necesario para la investigación biomédica poco desarrollada en México (Reyes, 2011). Años más tarde, en 2004, se instauró la unidad de investigación en

---

<sup>†</sup> Laboratorio que manipula patógenos cuya infección no es tratable o previsible, los cuales se asocian a enfermedades humanas serias o letales; para las cuales podrían estar disponibles medidas preventivas y/o terapéuticas. El contagio entre individuos afectados es poco común, con alto riesgo individual y bajo riesgo a la comunidad. Entre estos agentes se encuentra el VIH, M. Tuberculosis, fiebre amarilla; por mencionar algunos (Lara, *et.al.*; 2007).



enfermedades infecciosas (CIENI), instancia hoy por hoy vigente en la Ciudad de México y que continúa realizando actividades dedicadas a la investigación y diagnóstico masivo de VIH (Nava, 2016).

Puede observarse que, gracias a la participación de actores sociales y facultativos sanitarios comprometidos con sus labores, se generaron grandes avances y acuerdos en materia de la epidemia. Los resultados de tan loables acciones se mantienen presentes en nuestros días; para muestra, basta decir que se dispone —desde el 2001 en la Ciudad de México, y 2003 en el resto del país— de atención y medicamentos antirretrovirales gratuitos y universales (Soler, 2009).

### *Aspectos sociales de la epidemia de VIH en México*

Las manifestaciones sociales que surgieron en respuesta a la epidemia de VIH/sida fueron semejantes a las de otros países. Dado que el mayor número de casos se presentaba entre los llamados grupos minoritarios, segregados por las prácticas homosexuales que sostenían, se acuñó el término “cáncer gay” para referirse a la epidemia de VIH (Monsiváis, 1988).

Opiniones basadas en fundamentos religiosos eran el estandarte que lideraba en ese entonces, pues de acuerdo con algunos representantes del clero “el sida era el castigo de Dios en respuesta a quienes quebrantaban la ley de la Naturaleza” (Sánchez, 2016). De la misma forma, los medios de comunicación adoptaron conductas emparentadas con un sensacionalismo alarmista más que con el aval de un criterio científico. Como describe Monsiváis (1988), esa actitud se observaba en diversos anuncios donde se instaba a protegerse de la enfermedad mediante el aislamiento de “hombres homosexuales, operados, maricones o bisexuales”.

La estirpe política tampoco fue ajena a tales consideraciones, la senadora del Partido de la Revolución Democrática (PRD), Irma Serrano, declaró que ella “mataría a todos los homosexuales por asquerosos” (La Jornada, 1999); por otra parte, diputados como Heriberto Rojas Salas y Roberto Flores Caballero, exhortaban a que se considerase la aplicación de la eutanasia a los “sidosos”<sup>‡</sup>, alegando que no solo tenían poca esperanza

---

<sup>‡</sup> Apelativo usado en forma despectiva para referirse a personas con VIH/sida, el cual se empleaba también por medios de comunicación (Excélsior, 1987; Espíndola, 1988; El Día, 1993) e incluso por personal de los institutos pertenecientes a la seguridad social (El Universal, 1988).

de vida, sino que su atención médica representaba un gasto aproximado de entre 50 y 150 mil dólares (Excélsior, 21 de mayo de 1987; pp. 12-13). Como parte de las “medidas preventivas” se resolvió a favor de la persecución, expulsión, aprehensión y chantaje hacia travestis y homosexuales, puesto que se creía que eran la mayor fuente de contagio (Monsiváis, 1988, p.121).

Frente a la enorme preocupación que suponía la epidemia de VIH/sida, el entonces Secretario de Salud, Guillermo Soberon Acevedo, enfatizó la necesidad de contar con medidas preventivas que garantizaran la disminución de los casos (La Jornada, 1987). La directriz de tales providencias se basaba en la educación y orientación enfocadas en generar un cambio entre los hábitos higiénicos y de conductas sexuales (La Jornada, 1987).

Asimismo, autoridades como Jaime Sepúlveda, director del CONASIDA, instaron al uso del preservativo como parte de una medida eficiente y segura para detener la epidemia (Melgar, 1989). Sin embargo, organizaciones civiles, entre las que se encontraba la Unión de Padres de Familia, contraargumentaban tal decisión asegurando que su uso promovía el “libertinaje sexual” (El Sol de México, 10 de diciembre de 1989; pp. 2ª.). Para aquellos que comulgaban con las ideas de esas organizaciones, la medida fehaciente era el aislamiento, ya que, según ellos, “la norma fundamental para prevenir las enfermedades transmisibles era cortar la fuente de contagio” (Melgar, 1989). Pro-Vida, por su parte, rechazaba las indicaciones encomendadas por Sepúlveda, sosteniendo que el preservativo “lejos de reducir el contagio, lo estaba aumentando pues el ver los anuncios de los condones incitaba a una actividad sexual prematura, y a una promiscuidad sexual [la cual] junto con la libertad y voluntad, contrae el problema moral que deriva en consecuencias graves para la salud” (Melgar, 1989).

Expertos como Luc Montagnier<sup>§</sup> apelaban a la educación sexual como el arma más eficaz para prevenir el sida (El Heraldo, 25 de agosto de 1988; pp. 3A), pero ante la reiterada oposición de los grupos conservadores de la sociedad mexicana fue denegada por el Secretario de Educación Pública, Miguel González Avelar, quien rechazó la incorporación de tales conocimientos para los estudiantes de educación básica (Valderrábano, 1988).

---

<sup>§</sup> Científico del Instituto Pasteur, y a quien se le atribuye la etiología del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

En el mismo extremo se encontraba la opinión del clero mexicano. De acuerdo con el Episcopado, se consideraba que “la campaña antisida propuesta por la Secretaría de Salud incitaba al homosexualismo, la prostitución y las relaciones sexuales prematuras y extranaturales” (La Jornada, 12 de junio de 1987; pp. 7.).

Si bien es cierto que contestaciones reaccionarias como las descritas anteriormente, resonaban en el imaginario colectivo de la sociedad, Soberon informó que “no podían ni debían bajar la guardia frente al sida, pues mantenía una inercia ascendente en el país, reportando así, más de 1500 casos” (Reyes, 1988). A partir de entonces, el Sector Salud comenzó a dar prioridad a la prevención de nuevos casos de VIH, considerando que estos eran un problema de salud más allá de una postura moral avalada por determinados grupos sociales (Editorial, 1988a).

Asimismo, voces como la del presidente de la Cámara Nacional de Hospitales del Estado de México, Roberto O´ Farrill, así como del director de Investigaciones en Políticas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), expresaban la importancia de realizarse las pruebas serológicas, restando prioridad a las condiciones particulares de cada persona (Paredes, 1988). Explicaban también que dichas pruebas debían ser otorgadas por los gobiernos estatales y federales, amén de evitar que la epidemia se extendiera de forma masiva, pues con el adecuado control epidemiológico del VIH/sida se privilegiaría en los hechos a la medicina preventiva sobre la medicina curativa (Cárdenas, 1988a).

Cabe resaltar que la presencia de una epidemia como el VIH/sida dentro de una sociedad mayormente católica como la mexicana puso de relieve la propensión a ideas basadas en el estigma y, por consiguiente, en la discriminación, la cual se configuró desde los inicios de la epidemia. Al respecto, Monsiváis (1988) declaró que la reacción mostrada por parte de los ciudadanos y compartida por los máximos jerarcas de la Iglesia católica, que condenaban la homosexualidad, únicamente podría resultar en una nula o poca disposición para procurar un trato humano y cordial hacia los enfermos.

Con base en los hechos que hasta el momento se han descrito, se observa que la epidemia de VIH conjuga dos aspectos: medicina y cultura. Los albores científicos y tecnológicos en el campo médico no habían alcanzado su máximo esplendor; por lo que la desinformación sobre el origen de la epidemia primaba a principios de la década de los ochenta. Esto permitió la articulación de distintas ideas con el saber científico propio de los

facultativos. La repercusión de tales aseveraciones se vio extendida al gremio sanitario, pues enfermeras y personal en contacto cercano con personas con VIH/sida sentían temor ante lo que podría significarles un grave peligro (Castellanos, 1988).

Con la creciente tasa de incidencia de VIH, surgió, paralela a ésta, otra epidemia de corte social que resaltaba aspectos como la culpa moral, el linchamiento y la estigmatización. Fue necesario establecer los límites hacia prejuicios conservadores que solo acarrearían una falta de respeto y poca solidaridad con los enfermos. Al respecto, Jaime Sepúlveda Amor hizo hincapié en acatar las políticas del sector salud, las cuales buscaban terminar con el rechazo hacia personas seropositivas, pues esto minaba la igualdad de oportunidades en su desarrollo social (Zamarripa, 1989).

Como respuesta, el director del CONASIDA indicó que en materia de legislación se tenía que regular el análisis de los bancos de sangre, así como la protección y concesión de garantías para quienes resultaran positivos en VIH; por ejemplo, ante el despido injustificado de sus empleos o la obligatoriedad de someterse al escrutinio serológico en contra de su voluntad (La Jornada, 1989). Paralelo a esto, sobrevinieron campañas masivas difundidas en los medios de comunicación y el transporte público. En algunas de estas publicaciones se leía “A la dama y al valiente también les da sida” (Hernández, 1989).

Sobra decir que, desde los inicios de la epidemia en México, la mayor tasa de incidencia se presentó -y continúa vigente- entre HSH, por lo que son estas prácticas las más propensas a contraer VIH (CONASIDA, 1987). A partir de los registros estadísticos se esperaba que las instituciones responsables diseñaran campañas educativas dirigidas a ese sector en particular, pero lamentablemente eso no ha ocurrido, lo que podría suponer —quizá— un dejo existente de homofobia.

A mediados de la década de los noventa, autoridades gubernamentales elaboraron una normativa oficial para la prevención y control del VIH, en el que incluyeron protocolos de atención y tratamiento del agente. Adicional a la pauta, se incorporaron afirmaciones que condenaban actos discriminatorios (Bautista, *et.al.*, 2003). Aunque dicha formulación ya tenía cinco años de haber sido decretada, en 1999, Amnistía Internacional de México reiteró que la discriminación subsistía en la sociedad, considerando a estos actos más letales que el propio virus (El Universal, 1999).

### 1.3. VIH y bioética: individual versus colectividad

#### *La apuesta de la bioética por el VIH*

En este apartado se analizan, a la luz de la bioética, los anales históricos, particularmente los que al inicio de la epidemia de VIH conciernen, amén de entender cómo se han ido configurando las prácticas del personal sanitario; así como el decreto de programas y políticas públicas actuales.

Queda claro que salud y enfermedad son condiciones dinámicas que competen a todo ser vivo. El impacto de tales situaciones repercute implícitamente en cada individuo, puesto que, como Aristóteles señala, el ser humano es un ser social que vive en relación con sus semejantes (Prevosti, 2011), por tanto, toda enfermedad se instaura dentro de un marco colectivo. Así pues, dentro del contexto del VIH/sida, el ámbito social y cultural ha requerido un mayor espacio con el fin de otorgar una respuesta urgente a sus requerimientos. Secundario al aumento logarítmico de la epidemia se han consolidado nuevas guías de práctica fundamentadas en principios éticos, así como una delimitación en los derechos y deberes de las personas con VIH.

Se entiende a la bioética como una disciplina reciente con no más de cinco décadas de existencia. Fue descrita por el oncólogo Potter en 1970 como la ciencia de la supervivencia, misma que habría de articular los saberes científicos con las humanidades, amén de promover la calidad de vida de todos los seres vivos (García, 2017). Sin embargo, ha de recordarse que el desarrollo científico-tecnológico produce, cada vez más, estructuras complejas que de alguna forma impactan y repercuten en la vida y la existencia de la humanidad. En respuesta a ello, ha de demarcarse claramente cuáles son las barreras que no pueden ser transgredidas; como bien lo señala Ferrer (2009), la bioética tiene como objeto material los problemas morales planteados dentro de los campos de la actividad humana, incluyendo los relacionados con las ciencias de la vida y las profesiones sanitarias.

Parte de su saber se fundamenta en principios y teorías filosóficas que buscan dar una posible respuesta a los dilemas cotidianos. Sin embargo, uno de los grandes cuestionamientos que se le señala guarda relación con el hecho de ser una ética aplicada al ámbito clínico de la medicina, relegando aquellos tópicos concernientes a la salud pública.

Al planteamiento anterior responde el modelo principialista propuesto por Beauchamp y Childress (2002), en donde los autores asientan cuatro principios generales que orientan a

una solución de los conflictos derivados de la práctica médica. En términos generales, éstos son: 1) autonomía, la cual se fundamenta a partir de la consideración de dignidad que cada persona posee, así como sus valores, criterios y preferencias; 2) beneficencia, bajo esta máxima, se garantiza velar en pro del bien de cada sujeto; 3) no maleficencia, se constituye como una prioridad que obliga a no dañar a terceros; y 4) justicia, entendida como el acto de igualdad que se confiere a todos los individuos, reivindicando, a su vez, aspectos como la salud y la equidad en la distribución de los recursos sanitarios.

Aunque a primera vista este modelo resulta un tanto ajeno a los intereses particulares de la salud pública, sus componentes no resultan extraños para ella. Partiendo del objetivo de esta rama médica, su deber es organizar y dirigir los esfuerzos para proteger, fomentar y reparar la salud colectiva (Maya, 2013); por tanto, aunque su público de interés se dirige a un ámbito más general, ninguna de sus acciones puede ponderarse si no es en virtud de las multitudes implicadas. Dado el sustrato que compete a esta investigación, es necesario aclarar los discursos que se erigen en torno a la sexualidad, ya que el contacto sexual continúa siendo la principal vía de transmisión del VIH, aunado a que ésta ha generado una serie de valoraciones morales que posteriormente se transformaron en compromisos de urgente resolución en el terreno de la bioética. Estos últimos se centran en tres aspectos fundamentales: 1) la reivindicación de la dignidad y los derechos humanos de los actores implicados, 2) la relación médico-paciente, y 3) los aspectos regulatorios que se suscriben dentro del contexto del VIH (desde las políticas públicas dirigidas a su atención y prevención, hasta los determinantes sociales que implican un reparto y acceso justo de bienes).

### *Sexualidad*

La reflexión sobre los discursos que enmarcan a la sexualidad toma como principal eje el modelo de educación sexual, ya que se trata de la vía por la cual se transmiten las concepciones, normas y valores morales de cada cultura con el objetivo de preservar la estructura social, cultural y económica (Barragán, 1991).

Ante dicha consideración, la sexualidad constituye un aspecto primordial de la formación humana que no se constriñe únicamente al aspecto anatómico, por lo que, al vivir y coexistir dentro de un medio social, los sujetos adoptan patrones propios del tiempo y espacio en que se sitúan.

Foucault (2017) describió que el predominio de esos estándares dominantes se dicta a partir de un marco discursivo de quienes se encuentran ejerciendo el poder. Esto quiere decir que se asientan condiciones sobre lo que se habla, se hace y se difunde acerca de la sexualidad y, por tanto, su concepción ya no le pertenece exclusivamente al individuo, sino que adquiere una trascendencia que alcanza el orden político, social y moral. Como respuesta a ese hecho discursivo se trazan los límites de lo permitido y lo prohibido, lineamientos que justifican a su vez la organización social por la que determinadas sociedades apremian ciertas cualidades por encima de otras, tales como la monogamia o la institucionalización del prototipo heterosexual como el único modelo posible.

Es preciso recordar que estas disposiciones parten de concepciones que consolidan normas y valores encausados bajo una cierta ideología, cuyas consecuencias impiden, en ocasiones, el desarrollo individual al tratar de imponer una perspectiva categórica. Therbon (citado por Torres, 1991) especifica que las ideologías someten y cualifican a las personas, haciéndolas reconocer lo que se estipula como lo correcto, posible o imposible en un tiempo y espacio determinado.

Para muestra basta mirar los discursos históricos que han enmarcado a la sexualidad. En el siglo I su ejercicio se limitó al aspecto reproductivo, castigando atributos como el placer bajo el riesgo de caer en la inmoralidad (Weeks, 1991); por consiguiente, el matrimonio era la única vía que legitimaba las relaciones sexuales entre hombres y mujeres. Sobra decir que sobre aquellas prácticas disidentes —entre las que se encontraba la homosexualidad— se pensaba que desvirtuaban al “proceso natural impuesto por Dios para la creación de la vida, cuyo objetivo primordial es engendrar un nuevo ser, por encima de la satisfacción física y la felicidad de la pareja” (La Jornada, 1997); infringiendo con ello las leyes naturales y los decretos sagrados (Foucault, 2017).

Posteriormente, en los siglos XVIII y XIX las ciencias relacionadas con la salud adquirieron una mayor fuerza en temas como la sexualidad, por lo cual, a través de distintos estudios, se originaron nuevas tipologías que codificaron las llamadas perversiones, la degeneración y las identidades sexuales (Weeks, 1991). Esta transición generó una dicotomía que clasificaba a la sexualidad como normal o patológica, trayendo como consecuencia una serie de intervenciones terapéuticas o de normalización entre aquellas prácticas que escapaban a los dispositivos reglamentados por el orden científico (Foucault, 2017).

Ante la combinación de ambas ideologías (científicas y religiosas), la educación sexual en la sociedad mexicana se ha visto envuelta por mecanismos de control y vigilancia sobre su enseñanza, so pena de considerar que la educación sexual es “información pornográfica que alienta el permisivismo sexual en niños y adolescentes” (La Jornada, 23 de agosto del 2006; versión en línea); sin embargo, se olvida que la educación, como señala Vigotsky (citado por Moll, 1993), implica el desarrollo potencial de los sujetos, así como la expresión y el crecimiento de la cultura humana. Esto supone que, a través de una enseñanza basada en valores éticos, es posible generar aportaciones que permitan la construcción de un modelo democrático en donde se dejen de lado las diferencias de género, sexo, roles, orientación e identidad sexual que menoscaban la integridad de las personas.

### *Reivindicación de la dignidad, los derechos humanos y la libertad*

La dignidad alude a diferentes nociones que han tratado de ser estudiadas y dilucidadas por distintos autores. De acuerdo con la Real Academia Española (2018), se señala a ésta como aquella cualidad de digno, aseveración que es correspondiente con el mérito y condición de algo o alguien.

Esta característica remonta a los atributos que los filósofos de la antigüedad describían como propios a cada sujeto; sin embargo, en el pensamiento occidental, conforme se desarrolló la idea de igualdad entre los individuos, Kant apuntó a la idea de dignidad del ser humano en virtud de su naturaleza racional (independiente de su mérito individual y su posición social) y bajo el fundamento de la autonomía. Esto implica que la dignidad parte de una voluntad legisladora, en donde se exige considerarse a sí mismo dentro de un repertorio de exigencias morales que sean razonables para todos —aun cuando no resulten de interés personal—, adoptando principios precisos frente a situaciones críticas (Canto-Sperber, 2001; 433-434). Así, en términos generales, la dignidad entraña la consideración del respeto hacia los otros.

Cabe mencionar que la dignidad representa un término polisémico, por tanto, su abordaje no puede quedar inscrito únicamente en un contenido de corte social, ético, religioso o jurídico. No obstante, con frecuencia se alude a ella como una tentativa de respetar y cumplir los derechos de las personas, especialmente los que figuran dentro de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptados en 1948 por la Organización



de las Naciones Unidas. Dentro de esta Declaratoria, el artículo 25 describe que todas las personas tienen derecho a un nivel adecuado de vida que les garantice bienestar y salud.

De acuerdo con este señalamiento, queda claro que la salud es un derecho humano fundamental que ha de extenderse a todos por igual; sin embargo, su acepción resulta compleja, puesto que aborda dimensiones físicas, mentales y sociales sobre los distintos aspectos que conforman a los individuos, siendo la sexualidad uno de estos.

Aunque resulta imposible reducir la sexualidad a una sola área del conocimiento humano, es posible destacar que ésta adquiere una mayor relevancia cuando se reconocen los derechos sexuales como parte de las garantías universales al estar avalados por distintos instrumentos internacionales y regionales de los Derechos Humanos (Kismödi *et.al.*, 2017), comprendidos éstos como una serie de prerrogativas inherentes a todos los individuos, con el Estado como órgano facultado para reconocer y garantizar su cumplimiento a partir del marco de su constitución y leyes (ONU, Alto Comisionado).

Lo anterior no reduce la participación en el ámbito de salud únicamente al Estado, requiere también de la cooperación activa de todos los miembros que componen la sociedad. Al respecto, Flores (2015) menciona la importancia de erradicar la pobreza y potenciar la educación para abandonar el paternalismo gubernamental que pocos beneficios aporta a las sociedades y los individuos. Estos dos últimos elementos constituyen lo que Wilkinson (en De Ortúzar, 2011) denomina determinantes sociales de la salud, los cuales incluyen factores ambientales y sociales que, a su vez, inciden directamente en la vida de las personas.

De igual forma, esas mismas consideraciones resultan trascendentales en el ámbito de la sexualidad, pues de acuerdo con la Declaración de los Derechos Sexuales se establece que:

Toda persona debe tener acceso a información precisa y comprensible relacionada con la sexualidad, la salud sexual y los derechos sexuales a través de diferentes recursos o fuentes. Tal información no debe ser censurada o retenida arbitrariamente ni manipulada intencionalmente... (Cartilla de Derechos Sexuales de Adolescentes y Jóvenes, 2016).

Esta distinción reivindica los derechos sexuales, eliminando con ello las represiones, distorsiones y manipulaciones de instancias oficiales —estatales o religiosas—, así como de presiones sociales reguladoras (Londoño, 1996).

Por otra parte, dentro del rubro de la salud es menester contemplar las características biológicas y fisiológicas particulares de cada individuo, pues a partir de la interacción de dichas cualidades con las determinantes sociales, las personas serán o no capaces de explotar sus capacidades. A raíz de esta consideración, se entiende entonces que la salud, específicamente su atención, no se reduce únicamente al concepto de derecho como bien inalienable, es también una práctica dinámica y multidimensional que depende de variables ajenas a los sujetos. De ahí que llame la atención la forma en que la estructura social ha de organizarse con el objetivo de acceder a ese bien. Según el artículo XI de la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre* (1948), la vía para alcanzar la salud se fundamenta a partir de medidas sanitarias y sociales relativas a la alimentación, vestido, vivienda y asistencia médica. Dentro de ella, la atención de la salud se perfila como una obligación por parte del Estado, quien no solamente funge como órgano facultado para garantizar su correcto ejercicio, sino también como el proveedor que otorgue los medios necesarios para reconocer que la atención a la salud es, como tal, un derecho universal. Esto implica el reconocimiento de todas las personas por igual, sin importar nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, lengua, religión o cualquier otra condición (Naciones Unidas, Derechos Humanos). Si esta premisa es cierta, es necesario cuestionarse cuál es el fundamento que la sustenta y cómo es que ha de ser distribuida.

Retomando la premisa descrita por Platón, la justicia distributiva consiste en la distribución de honores, de fortuna, y de todas las ventajas que puedan alcanzar los miembros de un Estado, por lo que se entiende que hay una repartición a cada uno de los ciudadanos del Estado en función de sus méritos. Por su parte, Santo Tomás de Aquino concibe a ésta como la participación de los miembros de una comunidad que regula las relaciones entre la comunidad y sus miembros (Ferrater, 1964). *Grosso modo*, se entiende a ésta como lo justo respecto a la asignación de los bienes en la sociedad.

Autores como Fried (1983) o Daniels retomaron la teoría de justicia de Rawls, quien, aunque no repara en el tema sanitario, apela a la forma en cómo deben ser repartidos los bienes primarios, entendidos como las consideraciones básicas de libertad y oportunidad, ingreso y riqueza que han de distribuirse de forma igualitaria entre todos los individuos de una sociedad (Canto-Sperber, 2001). E en el caso de la epidemia de VIH, sin importar las connotaciones morales que se desprenden de ésta, se deben proveer las condiciones necesarias para ayudar a los individuos a restablecer su integridad.

Fried (1983) arguye que, dentro de la teoría de la justicia distributiva de Rawls, no se consideran las condiciones propias del azar biológico (talento, salud o inteligencia), por lo que los menos favorecidos por esa especie de lotería se verán mayormente afectados, especialmente cuando se encuentran dentro de una sociedad en donde no se contempla el equilibrio entre tales condiciones y los llamados bienes primarios, es decir, aquellos que supuestamente cualquier sujeto racional desearía (Guibet, 2005). Fried refiere que es inútil esperar que quienes dispongan de una mayor o mejor dotación natural disfruten de ella a condición de mejorar la situación de los menos afortunados, puesto que tales condiciones innatas adolecen de un sustrato moral y, por tanto, no crean ningún tipo de obligación.

El planteamiento de Fried alude a la teoría del mínimo decente (*decent minimum*), que toma como base la concepción de persona moral, caracterizada por ser autónoma, racional y libre. En ella, la justicia ya no descansa en una mera perspectiva jurídica, sino en la moral, la cual prima los deberes por encima de los derechos. En términos generales, lo que este autor plantea es la existencia de prestaciones cardinales (cercanas a las necesidades básicas) para una vida tolerable en virtud de la justicia distributiva (Comes, s.a.; Hernández, 2008).

Daniels (en Dieterlen, 2015) traza un postulado más igualitario respecto a la visión rawlsiana. En él, reconoce que la sociedad tiene el deber para con sus ciudadanos de proporcionarles una distribución justa y adecuada de los recursos sociales relacionados con su bienestar y que, asimismo, debe garantizar el acceso a los distintos servicios sanitarios según sean sus necesidades, bajo el precepto de salud de la OMS que incluye no solo la idea de curar la enfermedad, sino también de prevenirla. Esta directriz resulta el punto de partida para determinar la teoría de la justicia sanitaria. Según Daniels, su contenido tiene como referencia tres preguntas focales:

- 1) ¿Cuál es la importancia moral que adquiere la salud respecto a cualquier otro bien? Esto implica examinar la relación entre esta y otros principios.
- 2) ¿Cuándo se pueden declarar injustas las desigualdades en materia de salud? Lo que requiere analizar cuáles son los factores y políticas que impactan en la salud de las poblaciones, así como los determinantes sociales de la salud.
- 3) ¿Cómo pueden satisfacerse las necesidades sanitarias en forma equitativa si los recursos para lograrlo son limitados? Para lo cual es necesario establecer un

consenso sobre las prioridades para distribuir los recursos y cubrir las necesidades en salud.

Aunque el objetivo de esta investigación no pretende dar respuesta a cada una de estas preguntas, sí hace una revisión general de ellas a lo largo de los apartados que aquí se enmarcan.

### *La relación Médico-Paciente*

Otra consideración de relevancia compromete al vínculo formado entre el médico y el paciente. Como se ha señalado en los apartados previos, inicialmente existió una renuencia a brindar atención a las personas con VIH; si se asume que el deber de todo facultativo médico se basa en promover y restaurar la salud de los individuos, se apela en primer lugar al principio de beneficencia, en el cual se sostiene que ciertos actos son moralmente obligatorios o prohibidos (Beauchamp y Childress, 2002). Con base en ello, se cuestiona el actuar de los profesionales de la salud, en especial la de los galenos.

Durante los primeros años de la epidemia se generó una ola de incertidumbre y miedo en las distintas sociedades que terminó convirtiéndose —como expresa Sontag (citado por Sevilla, 2007)— en moralmente infecciosa. Esto permite ofrecer una explicación a la reticencia del personal sanitario, aunque cabe aclarar que no justifica, en ningún caso, ese tipo de conductas.

Ante el trato vejatorio o la continua negación por parte de los facultativos para atender a los usuarios se inició una discusión sobre este tipo de comportamientos, trayendo consigo el análisis de otros aspectos igualmente relevantes para su atención. Entre ellos, se destacan los procedimientos en los que se involucra el consentimiento informado, la participación en protocolos de investigación, el acceso a medicamentos experimentales y la confidencialidad de los resultados. Asimismo, apelando al juramento hipocrático, bajo el que todo profesional dedicado a la ciencia médica rinde protesta para actuar “en beneficio del enfermo, absteniéndose de todo error voluntario y corrupción” (Conamed, 2018), sobra decir cuáles son las acciones que se deben seguir cuando las personas solicitan sus servicios.

Daniels (citado por Schuklenk, 2010) señala que todos los galenos se encuentran obligados a dar respuesta, puesto que, desde el inicio de su carrera, se encuentran ligados

a determinados códigos de conducta (morales y legales) propios de la profesión médica. Sin embargo, en la práctica actual siguen vigentes algunos estereotipos sobre el VIH que se aprenden a través del marco social y de creencias, incluida la enseñanza médica.

Cierto es, como argumentaban algunos galenos, que la atención a personas con VIH suponía un determinado riesgo hacia su persona; sin embargo, la evidencia científica reportaba una probabilidad de contagio menor al 1% (Gallagher, 1989). Bajo el tenor social que enmarcó a la epidemia (y lo hace incluso en la actualidad) resulta interesante conocer si ese rechazo a los pacientes se debía únicamente al desconocimiento de la enfermedad o incluía también los aspectos morales subyacentes.

A la luz de estos debates, se desarrollaron políticas sobre el trato a toda persona con diagnóstico de VIH. En 1988, la Organización Internacional del Trabajo (ILO, por sus siglas en inglés) y la OMS expresaron la necesidad de proteger los Derechos Humanos, así como la dignidad, en la lucha contra la epidemia de VIH (Chartier, 2002). Un año más tarde, se llevó a cabo la Primera Consulta Internacional sobre el SIDA y los Derechos Humanos. En ella, los participantes propusieron la creación de directrices que facilitaran la formulación de políticas, así como el cumplimiento de las normas sobre los Derechos Humanos, la práctica administrativa y la política (UNAIDS, 2006). Las consideraciones expuestas no solo permitieron la consolidación de estatutos en torno al trato de las personas con VIH, sino que también lograron abrir un diálogo en materia de salud pública.

#### *Aspectos regulatorios dentro del contexto del VIH*

A continuación, se describen, de manera general, algunos escenarios que han permitido modificar la dimensión ética sobre las decisiones y prácticas relacionadas con la prevención y atención del VIH.

#### *Transfusiones sanguíneas*

En la década de los sesenta, el problema de salud pública más importante relacionado con la transfusión sanguínea era la hepatitis, de la cual se tiene constancia que alrededor de 1-2% adquirieron dicho padecimiento vía sanguínea (Escamilla, 2005). Sin embargo, cuando se documentaron los casos de VIH/sida en pacientes hemofílicos, esta práctica cobró especial interés, dejando abierta la posibilidad de transmisión por otro tipo de vía que no fuera la sexual (AVERT, 2018).

Tras la identificación etiológica del VIH, realizada en 1984 por Gallo y Montagnier, en 1985 se comercializó en Estados Unidos la prueba ELISA (por sus siglas en inglés para *Enzyme Linked Immune Sorbent Assay*), siendo la primera prueba capaz de detectar la presencia de anticuerpos para VIH (Álvarez, 2017). La presencia de esta técnica fue crucial para la regulación sanitaria de los bancos de sangre.

En el caso específico de México, hasta 1987, la transfusión sanguínea carecía de normas legales sobre su uso, donación o comercialización; gran porcentaje de la sangre que se obtenía era a partir de la donación retribuida, en la que bancos de sangre negociaban su venta con hospitales del sector público y privado (Escamilla, 2005). Posteriormente, en 1988, se estableció la Norma Técnica 277, en la que se estipulaban los lineamientos para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. Dicha norma fue sustituida en 1994 por la Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos (NOM-003-SSA2-1993). Ésta decreta que para el manejo y selección de los donadores se excluye a aquellos que, por razón de sus prácticas sexuales, o bien, por exposición a ciertas condiciones presenten un alto riesgo, siendo éstos: a) homosexuales masculinos, b) bisexuales, c) heterosexuales con múltiples compañeros sexuales; d) personas dedicadas a la prostitución; y d) compañeros sexuales de personas con diagnóstico de VIH.

Si bien es cierto que este tipo de medidas se realizan en función de resguardar la salud colectiva, algunas de ellas merecen un reparo especial, pues trastocan dimensiones éticas. Esto implica que, al generalizar por igual a los HSH, se parte de la premisa de que todos ellos son partícipes de conductas de riesgo; sin embargo, como más adelante se describirá, el uso del preservativo es mayor dentro de esta población.

### *Pruebas serológicas y confidencialidad*

A partir de los fundamentos de la salud pública, se entiende que sus objetivos a considerar en relación con la epidemia de VIH son dos: 1) asistir a los enfermos y 2) reducir la extensión de la epidemia. Tras la aparición de las pruebas serológicas en el mercado comercial, surgieron preocupaciones sobre sus posibles consecuencias. Inicialmente se cuestionaba quiénes debían ser sometidos, el tipo de participación que debían tener las personas y la confidencialidad de los resultados obtenidos.

En 1987, la Asociación Médica Británica determinó que, ante ciertas circunstancias, los médicos debían ser capaces de realizar las pruebas serológicas para determinar la presencia de anticuerpos para VIH sin el consentimiento del paciente. Dicho estamento atrajo la atención tanto de los galenos como de los pacientes, puesto que dicha declaración privilegiaba únicamente los intereses médicos, por encima de los pacientes (Gallagher, 1989).

Aunado a lo anterior, con el uso indiscriminado de las pruebas serológicas se reportaron casos en donde personas portadoras de VIH fueron discriminadas por profesionales de la salud, corredores de bienes raíces, patronos y compañías aseguradoras (Ferrer, 1997). Reflejo de ello se observa en diversos artículos, como el escrito por Berman (1989), en donde expone que, para evitar dar cobertura médica a quienes tuvieran o fueran sospechosos de haber contraído la enfermedad, se les realizaba este tipo de pruebas. Dado que tales acciones menoscababan la integridad de los pacientes, algunos argumentos, como el de Gary Bauer, señalaban la importancia del cribado serológico, puesto que no se trataba de un problema de derechos (individuales) sino, más bien, de un problema de salud pública (Ferrer, 1997).

Sentencias como las anteriores pueden fundamentarse, quizá, a partir de teorías utilitaristas, en las que se prima el beneficio del mayor número de personas. Sin embargo, no se debe olvidar que los derechos de cada persona no pueden ser traspasados; por tanto, ha de buscarse el justo equilibrio entre los intereses comunitarios y las libertades individuales.

Frente a estos dilemas, autores como Bayer, Levine y Wolf (1986) propusieron un marco de referencia ético para evaluar los problemas derivados del uso de las pruebas diagnósticas. Para ellos, una forma de evitar el contagio se basaba en la cooperación voluntaria de quienes estuviesen en riesgo de padecer VIH; sin embargo, establecían que, para lograr dichas expectativas, era necesario legitimar los intereses de las personas, protegiéndolos de acciones discriminatorias. Asimismo, en aras de promover la cooperación del mayor número de participantes, señalaron que los programas dirigidos a la prevención y diagnóstico de VIH debían asentarse en una serie de principios abocados en el respeto a las personas, el mínimo daño, beneficencia y justicia. De igual forma, expresaron que la asistencia sanitaria debería de estar disponible para quienes resultaran reactivos al estudio, garantizando la confidencialidad, consejería y consentimiento informado.

Partiendo de esos principios, Bayer, Levine y Wolf (1989) puntualizaron seis requisitos necesarios para establecer un programa de cribado moralmente aceptable:

1. Los programas voluntarios para la detección de VIH deben instaurarse tomando en cuenta la ética. Es decir, la aplicación de las pruebas por razones meramente discriminatorias nunca ha de estar justificada; no así su implementación con fines preventivos.
2. Los análisis que en materia clínica se realicen a adultos competentes habrán de basarse en el consentimiento informado explícito.
3. Los medios por los cuales se lleve a cabo el cribado, así como la información recopilada, deben ser adecuados para la consecución del fin previsto éticamente lícito.
4. El nombre de las personas con VIH es innecesario para fines clínicos. Los autores señalan que, conductas en las que se evidencie a las personas pueden resultar contraproducentes; sin embargo, es papel de los consejeros o del personal de salud enfatizar que quien resulte reactivo a las pruebas debe notificarlo a la pareja por motivos clínicos y de salud pública. Desde 1988, en Estados Unidos, si una persona se sabía portadora de VIH y contagiaba a otra, se tipificaba como un delito, cuya condena oscilaba de dos a ocho años de prisión; sin embargo, ante la medida SB239, el Congreso de California aprobó disminuir la penalidad a quienes expongan o infecten a otros. En México se procede según lo ordenado por el artículo 199 bis del Código Penal Federal:

Todo aquel que, a sabiendas de estar enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en período infectante, ponga en peligro 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 incurable se impondrá la pena de seis meses a cinco años de prisión. (2008)

5. El servicio de los programas y pruebas diagnósticas deben ser de alta calidad.
6. Las personas con VIH deben ser protegidas de acciones discriminatorias.

Estos tres autores no fueron los únicos investigadores en describir la complejidad del problema. A partir de distintas ponderaciones éticas se abordó el dilema, entre ellas se encuentra el modelo principialista de Beauchamp-Childress, el cual se encuentra en



consonancia con la propuesta de Bayer, Levine y Wolf; sin embargo, lo que distingue al modelo principialista de esta última propuesta es que los primeros autores incorporaron a su arquetipo las reglas de libertad, privacidad y confidencialidad, las cuales, refieren, no son absolutas, ya que pueden ser transgredidas en beneficio de la salud pública bajo una justificación racional (Ferrer, 1997).

Puede verse que todos los autores previamente señalados caracterizan a los individuos como blanco de acción para el diseño de los prototipos éticos, en los que tanto la persona como la colectividad se benefician; pero existe otro tipo de abordaje, como el de Cattorini (citado por Ferrer, 1997), en el que se privilegian las estrategias sanitarias para combatir la epidemia de VIH, basadas en:

1. Respeto a los derechos y libertades civiles, por lo que se obliga a no proceder a la realización de intervenciones epidemiológicas o terapéuticas sin contar con previo consentimiento informado.
2. Defensa de la salud colectiva. Si bien supone una fuerte oposición a los derechos individuales, se puede ejercer una restricción de estos, so pena de evitar daños o beneficios de terceros.
3. Promoción de aquellos valores que se encuentren en peligro de ser dañados.
4. Equidad social en la distribución de las cargas, basada en el concepto de la justicia distributiva.

Como conclusión de este punto, el actuar sanitario relacionado con la epidemia de VIH debe guiarse, en todo momento, por principios éticos que no solamente salvaguarden el componente colectivo de los Estados, sino que contemplen ante todo al individuo que se encuentra inmerso dentro de la problemática.

### *Acceso a medicamentos antirretrovirales*

Uno de los tópicos frecuentes en las discusiones bioéticas atañe a la distribución de bienes. En el caso de la epidemia de VIH, los asuntos sobre el presupuesto conferido para el tratamiento de sus enfermos, así como los insumos para su detección oportuna, fueron preguntas que resonaron en distintas agendas públicas.

En países desarrollados y con un sistema de salud nacional integrado, la cuestión que planteaba la epidemia versaba sobre el importe que del erario sanitario habría de destinar para la asistencia a las personas con VIH. Ferrer (1997) señala que, en 1986, Reino Unido invirtió medio millón de libras en actividades dedicadas a la prevención del VIH/sida; dos años más tarde, la suma dedicada a la asistencia de las personas con VIH fue de 25 millones de libras, llegando en 1991 a un presupuesto de 126 millones de libras (correspondiente al 62% del presupuesto para la atención de la epidemia).

En el caso de México, la respuesta emitida por parte de las autoridades responsables sugería una pobre disposición económica y gubernamental, reflejada en expresiones como la del entonces Secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente, quien al respecto señaló que no se contaba con presupuesto fiscal capaz de resolver el planteamiento de medicamentos universales y gratuitos para quienes lo necesitaran (Brito, 2011). Discursos semejantes podían leerse en otras publicaciones en las que facultativos del gremio sanitario alegaban que no tenía sentido distraer los recursos humanos o económicos para combatir e investigar el mal, en especial cuando existían otros padecimientos prioritarios (Rangel, 2015).

Con el advenimiento de la HAART como el nuevo esquema para la terapéutica de los pacientes con VIH emergieron dilemas relacionados con su costo. Los países cuya solvencia económica les permitía pagar el precio de los antirretrovirales garantizaban una calidad de vida por más años; por el contrario, países en vía de desarrollo, como los del África Subsahariana, encontraron un impedimento que entorpeció su atención médica (ONUSIDA, 2007).

Por tal razón, las autoridades gubernamentales de distintos países buscaron un consenso para lograr acceder al tratamiento antirretroviral de forma gratuito y universal. Entre 1996 y 2000, Brasil logró disminuir el precio de los medicamentos antirretrovirales hasta en un 80%, a partir de la producción local de medicinas genéricas no protegidas por las patentes y de compras por volumen de medicinas importadas (Gallardo, 2006) desde

países como la India (OXFAM, 2001). Cabe mencionar que, para poder alcanzar esta medida, las autoridades brasileñas se enfrentaron a las políticas de los laboratorios farmacéuticos –locales e internacionales-, obligando a las grandes corporaciones a reducir el precio de sus fármacos en 1999 (Rosenberg, 1999).

Tomando como base el contexto previo, es menester considerar cuáles son las actitudes que los tomadores de decisiones siguieron para poder solventar las necesidades. Conviene retomar la pregunta que Daniels se hacía respecto a cómo satisfacer las necesidades de salud equitativamente cuando los recursos son limitados, en especial si las consecuencias de esas decisiones apuntalan a desigualdades sanitarias. (Dierterlen, 2015).

Teóricamente, todas las personas deberían de tener la misma igualdad de oportunidades para su bienestar, por consiguiente, las personas que así lo requirieran deberían de tener garantizado el acceso a servicios de salud; sin embargo, hoy en día, cerca de 30% de la población mundial no tiene acceso a los medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades crónicas, incluido el VIH (Kiddell y Monroe, 2014). Esto se debe, en parte, a que los intereses económicos y lucrativos de las empresas privadas reducen ese abanico de posibilidades. Claro ejemplo de esto es la indiferencia con la que se realizan las investigaciones auspiciadas por grandes compañías farmacéuticas que apuestan por investigaciones vanguardistas, ya que éstas se realizan en otros países donde se aprovechan de las condiciones de la región, de sus investigadores y participantes; y cuyos proyectos poco tienen que ver con las necesidades nacionales y posibilidades de pago (Páez, 2015).

Cabe resaltar que, previo a su comercialización, los medicamentos que posteriormente se introdujeron como parte de la HAART fueron rigurosamente analizados a partir de ensayos clínicos. Para aquel entonces, los reportes de los CDC arrojaban un total de 581,429 casos de VIH/sida, con un aproximado de 22,000 muertes al año como consecuencia de sida (CDC, 1996). Por esta razón, investigaciones dirigidas a probar la eficacia de los nuevos medicamentos alcanzaron una sobrepoblación en donde etnias minoritarias como hispanos o africanos fueron relegados, por lo que solamente la mitad de estos grupos se vieron beneficiados por los tratamientos experimentales (Gifford, Cunningham, Heslin *et al.*, 2002).

Estas situaciones de desigualdad dieron pie a la declaración de las consideraciones éticas para los ensayos clínicos realizados en función de prevenir el VIH. Los lineamientos propuestos por ONUSIDA documentan los parámetros que han de seguirse, destacando que toda investigación experimental debe contar con la aceptación de la comunidad afectada, evidenciando de forma clara el tipo de diseño, implementación, monitoreo y resultados obtenidos. Señalan también que el procedimiento estipulado debe de ser justo y benéfico, respetando los derechos, la dignidad, seguridad y bienestar de sus participantes, y priorizando aquellas comunidades vulnerables que sean favorecidas por tales investigaciones (UNAIDS, 2007).

Ante el escenario presentado, debe entenderse que los resultados de estudios experimentales sí han logrado mejorar las expectativas y la calidad de vida de las personas con VIH, pero su fundamento debe sustentarse a partir de pautas éticas. Por consiguiente, es preciso analizar el impacto de éstos, sopesando las ventajas y desventajas de los países en donde se desee replicarlos.

Para esta investigación, cuyo interés se centra en el uso de la profilaxis pre-exposición (PrEP) en México entre grupos con mayor número de casos, se recurrirá a las preguntas focales de Daniels y a los aspectos propuestos por Faden y Powers, amén de situar las condiciones de esta medida en relación con una posible política pública, sin dejar de lado aquellos aspectos éticos que subyacen en torno a esta profilaxis, como la equidad y la responsabilidad.

## 2.1 Aproximaciones metodológicas al objeto de estudio

Como resultado de las investigaciones sobre el uso de Truvada como parte de una medida de prevención para el VIH (PrEP), se ha abierto un nuevo paradigma en el rubro de la prevención, estableciendo así parámetros para su uso entre aquellas personas con mayor probabilidad de contagio. Pese a la relevancia que adquieren estos estudios, no se dispone hoy en día de publicaciones que identifiquen las características subjetivas de los interesados en la PrEP. A lo anterior se puede sumar que, aunque es cierto que la epidemia de VIH/sida ha evolucionado con el transcurso del tiempo, persisten estereotipos dentro del imaginario social, lo que conlleva a un fracaso en uno de los aspectos relacionados con la atención primaria de la salud.

En lo que a esta investigación respecta, se reflexiona sobre el uso de la PrEP en México como parte de una medida que coadyuve a complementar las ya existentes. El valor que aquí se busca aportar parte de la perspectiva de aquellas personas que potencialmente podrían resultar beneficiadas con su implementación, conjugando ese posicionamiento con las implicaciones bioéticas que puedan generarse. A partir de tal señalamiento, en este apartado no solo se describe la metodología aplicada a esta investigación, sino que también se documentan los componentes que la estructuran.

### *Planteamiento del problema*

Hace poco más de treinta años el VIH/sida apareció por primera vez en México. Su presencia dentro del contexto mexicano impactó en dos escenarios: el primero relacionado con el contexto sanitario, en el que, ante el escaso conocimiento de este padecimiento, poco se podía ofrecer a sus afectados; el segundo punto de interés se relaciona con el aspecto social de la epidemia, pues al informar en los reportes de casos que la vía predominante para el contagio era el contacto sexual, se exacerbó una serie de valoraciones en contra de las disidencias sexuales, especialmente en contra de los HSH.

La construcción de los estereotipos sociales se conformó a lo largo de la historia para formar una idea en donde todos aquellos sujetos que contravenían al modelo hegemónico (heterosexual) en el que la sexualidad se limitaba exclusivamente a los aspectos reproductivos, fueron perseguidos y excluidos (Lumsden, 1991). Así, ante la presencia del VIH, las reacciones contra los HSH no se hicieron esperar, trayendo como consecuencia dilemas en la atención de los pacientes y conjeturas morales en su contra,

manifestadas en el estigma y discriminación, mismas que permanecen vigentes en la sociedad.

Entendiendo el panorama que suscribe a la epidemia de VIH, es necesario señalar cuáles son las condiciones que sobre ella se enmarcan, particularmente las que atañen al aspecto de su prevención. Como se explica a lo largo de esta investigación, hoy se cuenta con medidas que trascienden a las comúnmente conocidas (abstinencia y preservativo), y cuyos resultados han logrado consolidar a la PrEP como un método más para la prevención del VIH.

Cabe aclarar que, en un país como México, en donde los recursos sanitarios son escasos, es necesario comprender bajo qué teorías filosóficas es posible la creación de una política pública en la que se incluya a la PrEP en un futuro. Para ello, se contrastarán las verbalizaciones obtenidas por los referentes empíricos con los principios de responsabilidad y justicia social, concebidos desde una visión individual y colectiva, pues esto permite establecer un diálogo entre los HSH y la realidad que se enmarca alrededor de una enfermedad con un gran componente sociocultural. Se discuten a su vez las acciones u omisiones de este grupo, así como las que se ofertan en las políticas públicas.

### *Justificación*

Es un hecho que la PrEP se ha logrado incorporar dentro de la atención sanitaria de otros países (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, entre otros). En México, las únicas vías de implementación de la PrEP son a partir de programas piloto, o bien, como parte de una investigación clínica. Es posible entender que, previa incorporación de la PrEP en México, se quiera estudiar el comportamiento que tiene ésta entre los participantes; sin embargo, uno de los problemas que esto representa es que trastoca fibras que infringen el sentido ético, no solo de la investigación, sino también de la medicina y la provisión de recursos que se enmarcan en las correspondientes políticas de salud.

Este proyecto se realiza con la intención de dar a conocer cuáles son los beneficios y límites de la PrEP desde una visión bioética en la que, se sabe, convergen múltiples saberes científicos, lo que permite dar una respuesta integral a los dilemas que supone el uso de la PrEP. Asimismo, como se ha señalado, las investigaciones cuantitativas reflejan estadísticas sobre determinadas variables estudiadas; sin embargo, no existen estudios que se enfoquen en la PrEP desde nuestra área de estudio.

Resulta eso una fuente de motivación, pues busca dar a conocer la aplicación de la bioética más allá del aspecto clínico al que comúnmente se reduce, a la par que permite responder a un tópico de relevancia actual para la salud pública.

### *Objetivo general*

Determinar las implicaciones bioéticas bajo los términos de justicia social, responsabilidad y derechos sexuales que derivan del el uso de la PrEP en México.

### *Objetivos particulares*

1. Describir la situación actual de la epidemia de VIH en México.
2. Identificar y revisar las actuales políticas de salud para la prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH/sida.
3. Describir las características de la PrEP.
4. Recabar y analizar la perspectiva de los actores directamente relacionados con el uso de la PrEP.

### *Supuesto hipotético*

Se presupone que México adolece de una medicina preventiva efectiva sobre la epidemia de VIH, particularmente entre grupos con conductas de riesgo. Por tanto, ante la existencia de la PrEP en otros países y las aportaciones que trae su incorporación, México deberá analizar las ventajas y desventajas que supone esta medida dentro de los grupos de mayor riesgo.

### *Marco de referencia*

La presente investigación tiene como finalidad realizar un análisis sobre distintas aristas y actores que convergen en torno a la PrEP, que, a la luz de los principios bioéticos, genere respuestas para reflexionar sobre la posibilidad de una futura puesta en marcha de ésta.

A partir de ello, se realiza un estudio fenomenológico que se inscribe dentro de la metodología cualitativa, caracterizada por estudiar un fenómeno dentro de un contexto determinado, enfocándose en las cualidades de los procesos y significados que no pueden ser medidos o sujetos a experimentación, en términos de cantidad, intensidad o frecuencia (Hays y Singh, 2012). Esto quiere decir, de acuerdo con Taylor y Bogdan (en Aguirre y Jaramillo, 2012), que hay una realidad externa que debe ser estudiada, capturada y entendida; y cuyo estudio debe primar a sus agentes participantes por encima de los aspectos meramente teóricos.

### *Enfoque teórico*

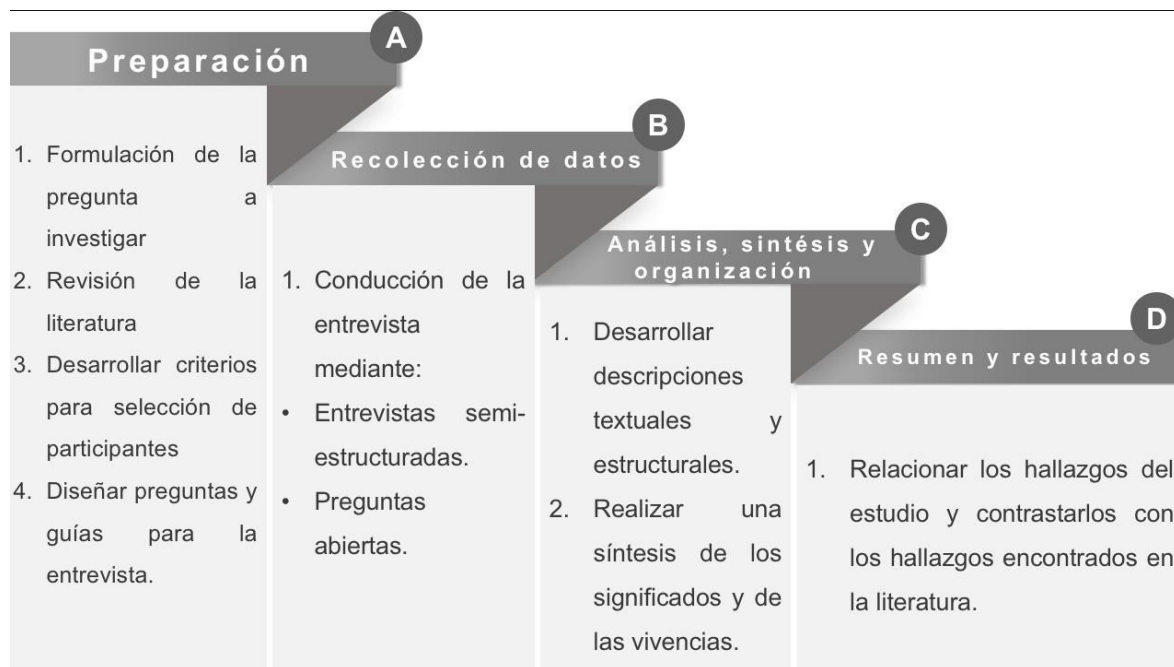
De acuerdo con Schwandt (en Aguirre y Jaramillo; 2012), los marcos interpretativos buscan comprender el significado de los fenómenos sociales. Dentro de estos se encuentra el paradigma fenomenológico, en donde se busca comprender el significado y la experiencia vivida. Es así como los referentes empíricos que se muestran en esta investigación dan cuenta de categorías para posteriormente ser analizadas desde la perspectiva cualitativa, pues son una fuente importante si se quiere comprender, desde la dimensión bioética, el papel que adquiere la medicina pública y preventiva. Como señalan Morse y Richards (en Álvarez, 2007), la existencia humana es significativa e interesante, puesto que el ser humano está consciente de algo, por lo que únicamente puede ser comprendido dentro de su propio contexto.

Tomando en cuenta estos acercamientos, se podrá comprender no solo cómo los HSH forjan su realidad, sino que también se podrá dar cuenta de la mirada que existe en torno al fenómeno del VIH desde la concepción de los facultativos y responsables de los programas públicos. Corolario al paradigma propuesto, se pretende contemplar la totalidad del contexto de estos sujetos, tanto en el pasado como el que corresponde a las situaciones en que actualmente se encuentran. (Álvarez, 2007).

Partiendo del objetivo de esta investigación, se recurrió a esta metodología porque gracias a ella se pueden conocer cuáles son los elementos que requieren ser estudiados a profundidad. Asimismo, desde la postura fenomenológica, es posible comprender las habilidades, prácticas y experiencias cotidianas, articulándolas con las similitudes y diferencias en los distintos significados y experiencias de los seres humanos para lograr una mayor comprensión de los motivos y creencias de cada persona (Mora, 2005).



Siguiendo con el mismo orden de ideas, Moustakas (en Ramírez y Moreno, 2016), propone una estructura metodológica compuesta por cuatro eslabones que promueven el desarrollo de la investigación (Cuadro 1), los cuales, a su vez, sirven como arquetipo para la construcción de esta tesis.



**Cuadro 1.** Modelo de Investigación Fenomenológica propuesto por C. Moustakas

Tomando como referencia cada uno de los componentes descritos, se desarrolla a continuación el modelo que a esta investigación corresponde.

## A. Preparación

### *Pregunta de investigación*

Tales cuestionamientos son las directrices desde las cuales se construyó la presente investigación; éstos surgen de la consideración que el preservativo es el método por excelencia para la prevención del VIH. En función de eso, se busca considerar desde la perspectiva bioética si la PrEP es un método que puede extenderse, en una primera aproximación, entre aquellas personas con conductas de riesgo para adquirir VIH. Desde este orden de ideas, la pregunta de la cual parte este trabajo es ¿cuáles son las implicaciones bioéticas que supone el uso de la PrEP entre HSH y MT en México?

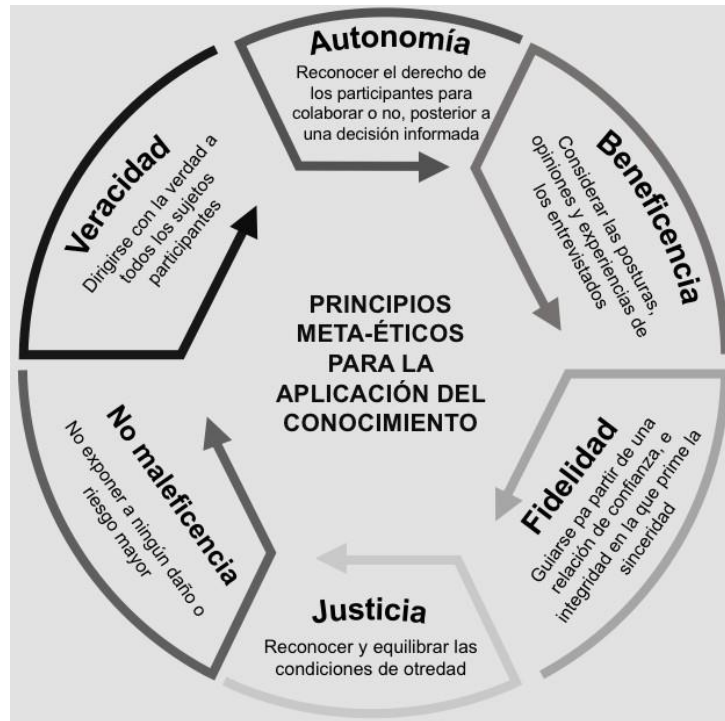
Para responderla se recurre a la revisión bibliográfica de distintas publicaciones en las que se subrayan los beneficios demostrados, así como a entrevistas semiestructuradas a usuarios (activos) de la PrEP y coordinadores de dichos programas. Partiendo de esto, se contrastan los resultados obtenidos con los principios de justicia social y responsabilidad, los cuales adquieren una trascendencia para la bioética, pues permiten discernir sobre la distribución de los recursos sanitarios y el empoderamiento de las acciones de carácter colectivo e individual.

### *Selección de los participantes y consentimiento informado*

A través de correos electrónicos se contactó directamente a los coordinadores responsables de la implementación de la PrEP en la Ciudad de México. Por otra parte, a partir de la cercanía de un miembro del Comité Tutorial con uno de los usuarios, se concertó una entrevista, y, mediante la técnica de bola de nieve, se apeló a la existencia de las redes sociales del participante con el propósito de lograr contactar y obtener la cooperación de más personas (Espinosa, *et al.*, 2018).

De igual forma, cabe resaltar que, acorde con Hays y Singh (2012), toda investigación cualitativa aloja una serie de implicaciones éticas que, a su vez, se enmarcan dentro un nivel micro en el que se toman como referencia seis principios meta-éticos (Cuadro 2) que quedan plasmados dentro del Consentimiento informado. Este documento fue llenado por duplicado y se entregó una copia a cada uno de los entrevistados para asegurarles que se mantendrá la confidencialidad de los comentarios expresados (Anexo 1).

**Cuadro 2.** Principios meta-éticos para la aplicación del conocimiento



Elaboración propia con datos de Hays y Singh (2012)

### *Universo de estudio*

Para este proyecto se llevaron a cabo cinco entrevistas, dos de ellas a los facultativos correspondientes y tres a usuarios de la PrEP, mismas que fueron validadas por el cotutor de la investigación.

Las características sociodemográficas de los HSH entrevistados (Ver tabla 3) resultan imprescindibles para la articulación con los principios estudiados, pues ellos hacen uso de la PrEP y tienen un conocimiento sobre las implicaciones que ésta supone. Conforme se fueron transcribiendo las entrevistas realizadas, se observó que las opiniones emitidas alcanzaron rápidamente el punto de saturación, al que Blasco y Otero (2008) refieren como la situación en la que no se obtiene ningún aporte nuevo por parte de los colaboradores, razón por la cual es posible dejar de realizar entrevistas.

**Tabla 3.** Perfil sociodemográfico de los participantes entrevistados.

<b>Participante</b> <b>Variable</b>	<b>USUARIO 1</b> <b>(UE1, 2018)</b>	<b>USUARIO 2</b> <b>(UE2, 2018)</b>	<b>USUARIO 3</b> <b>(UE3, 2018)</b>
<b>Edad</b>	37 años	40 años	33 años
<b>Sexo</b>	Masculino	Masculino	Masculino
<b>Orientación sexual</b>	Homosexual	Homosexual	Homosexual
<b>Escolaridad</b>	Posgrado	Licenciatura	Licenciatura
<b>Residencia actual</b>	CDMX	CDMX	CDMX
<b>Actividad laboral</b>	Empleo fijo	Empleo fijo	<i>Freelance</i>
<b>Acceso a internet</b>	Sí	Sí	Sí
<b>Redes sociales</b>	Activas	Activas	Activas
<b>Tamizaje serológico</b>	Cada seis meses	Cada seis meses	Cada tres meses

En el caso de las entrevistas a los responsables de los programas (RP), éstas se realizaron a los dos coordinadores de las investigaciones sobre la PrEP en la Ciudad de México. Ambos son profesionales de la salud con una larga trayectoria laboral en su respectiva especialidad.

### *Guion de la entrevista*

Se realizaron dos guías de entrevistas que permitieron establecer los puntos centrales para obtener la información relevante de los distintos sujetos entrevistados.

#### **Guía de entrevista para usuarios de la PrEP**

- a. Ficha de identificación:
  - Nombre.
  - Edad.
  - Ocupación.
  - Escolaridad.
- b. Conocimiento sobre las ITS:
  - ¿Qué infecciones de transmisión sexual conoces?
  - ¿Sabes cuáles son las manifestaciones clínicas de cada una de ellas?
  - ¿Qué método empleas para su prevención?
  - ¿Cada cuánto te realizas pruebas serológicas para la detección oportuna de alguna ITS?
- c. Conocimiento de la PrEP:
  - ¿Cómo te enteraste de la existencia de este programa al que hoy acudes?
  - ¿Sabes si existen otros sitios o formas de implementar la PrEP?
  - ¿Qué es lo que conoces sobre la PrEP?
- d. Aproximaciones y uso de la PrEP:
  - ¿Por qué te interesa participar en este programa?
  - ¿Desde hace cuánto usas la PrEP?
  - ¿Qué efecto secundario presentaste?
  - ¿Cada cuánto consumes el medicamento?

- ¿Qué ventajas o beneficios esperarías obtener de la PrEP?
- ¿Cuáles son las limitaciones o desventajas que consideras tiene la PrEP para ti?
- Hay quienes sostienen que su uso fomenta prácticas sexuales de riesgo, mientras que otros afirman que su uso puede llegar a disminuir considerablemente el número de casos de VIH ¿Qué opinarías al respecto?
- ¿Conoces el costo de la PrEP? ¿Tienes alguna opinión al respecto?
- ¿Qué opinión tienes sobre la aplicación de la PrEP a nivel nacional?
- ¿Por qué piensas que debe (o no) llevarse a cabo la PrEP en México?
- ¿Considerarías que la PrEP puede coexistir de forma paralela a la atención de las personas con VIH?

### **Guía de entrevista para facultativos responsables de investigación**

- a. Ficha de identificación:
  - Nombre.
  - Edad.
  - Ocupación.
- b. Actividades realizadas:
  - ¿Qué funciones son las que usted desempeña en este programa?
  - ¿Cómo se integra el equipo de trabajo que coordina dicha investigación?
- c. VIH en la actualidad:
  - ¿Cómo percibe la epidemia de VIH en la actualidad?
  - ¿En qué poblaciones existe un mayor número de casos?
  - ¿Considera que las medidas de prevención existentes son efectivas? ¿Por qué?
  - Acerca de los antirretrovirales y su distribución. Desabasto y falta de cobertura total.
- d. Sobre el proyecto de investigación:

- ¿Cuál es la población a la que se dirige?
  - Número de participantes.
  - ¿Cuáles son los criterios de selección de los participantes?
  - ¿Por cuánto tiempo se tiene planeado este proyecto?
  - ¿Conoce cómo se financia el proyecto?
  - ¿Qué resultados esperan obtener?
- e. Acerca de la PrEP:
- ¿Cómo se mide la adherencia terapéutica?
  - ¿En qué consiste el seguimiento de los participantes?
  - ¿Cuáles son los efectos secundarios que mayormente se presentan?
  - ¿Cómo se otorga el medicamento? ¿Cada cuánto?
  - ¿Qué beneficios y limitantes consideraría sobre la PrEP?
  - ¿Cuáles son las opiniones que ha recibido por parte del personal que aquí labora?
  - ¿Considera que la PrEP pueda extenderse a nivel nacional? ¿Por qué?

## **B. Recolección de datos**

Siguiendo con el paradigma fenomenológico, Cresswell (en Álvarez, 2003) arguye que una de las características generales de este análisis es que generalmente se obtiene la información de quienes han experimentado el fenómeno a estudiar por medio de entrevistas, las cuales son más efectivas que el cuestionario, puesto que de aquella se obtiene información más completa y profunda a la par que aclara dudas durante el proceso (Díaz, *et al.*, 2013). Por su parte, Taylor y Bogdan (1992), señalan que cuando el investigador sostiene encuentros con los informantes, en donde el objetivo es la comprensión de las perspectivas de estos últimos, se habla de una entrevista a profundidad. Estas asemejan una conversación entre iguales más allá de un mero intercambio de preguntas y respuestas, por lo que el mismo investigador es el instrumento de la investigación y no un protocolo o formulario.

Por consiguiente, si bien es cierto que se cuenta con una guía inicial, las preguntas que se realizaron a los entrevistados no se ciñen exclusivamente a estas, pues ante las respuestas dadas se concatenaron otras cuestiones que surgieron en su momento y con cada persona.

### **C. Análisis, síntesis y organización**

Como describe Moustakas (en Aguirre y Jaramillo, 2012), este punto consiste en desarrollar y componer descripciones textuales y estructurales, a la par que se crea una síntesis sobre los significados y esencias de las experiencias vividas.

En este sentido, con la información obtenida se logra la estructuración de los significados, los cuales se recogen y organizan en categorías que enmarcan un tema general y que posteriormente se desarrollarán minuciosamente en subcategorías. Cisterna (2005) expresa que éstas surgen del levantamiento de referenciales significativos a partir de la propia indagación.

Para el análisis e interpretación de los datos cualitativos se establecieron tres categorías que atienden a los temas de mayor relevancia para la investigación: sexualidad (SX), VIH/sida (VS) y PrEP (PRP). Cada categoría se divide en subcategorías, las cuales responden a indicadores aportados tanto por los usuarios de la PrEP como por los coordinadores entrevistados. En la Tabla 4 se describen estas consideraciones, mismas que permiten ordenar y manejar el contenido para presentar los resultados en función de los objetivos propuestos.



**Tabla 4.** Categorías y subcategorías obtenidas a partir de la información proporcionada por los entrevistados.

CATEGORÍA	CÓDIGO	SUBCATEGORÍAS
1. Sexualidad	SX	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conductas de riesgo</li> <li>• Preservativo vs PrEP</li> <li>• Campañas preventivas</li> </ul>
2. VIH/sida	VS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relación con otras ITS</li> </ul>
3. PrEP	PRP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso a la PrEP</li> <li>• Instrumentalización</li> </ul>

#### D. Resumen y resultados

Respecto a la presentación de los resultados, el análisis se realizará desde la perspectiva de las tres categorías propuestas, adentrándose en las respectivas subcategorías que a continuación se especifican:

1. SEXUALIDAD	
SUBCATEGORÍA	CONCEPTO
Prácticas contemporáneas	Ante el establecimiento de nuevos modelos de relaciones sociales, es necesario entender cómo influyen éstos en la construcción de los vínculos con los otros, así como el papel que adquiere la responsabilidad individual y la participación del Estado.

<b>Preservativo vs PrEP</b>	Pese a ser una medida efectiva, el preservativo no termina de cumplir con las expectativas que giran en torno a él. En relación con ello, se arguyen las razones por las cuales es necesario considerar otras vías para la profilaxis.
<b>Campañas preventivas</b>	Para que una medida de prevención sea eficaz, el sustrato que la fundamenta debe estar basado en información objetiva, así como en una difusión masiva entre los distintos sectores de la sociedad.

<b>2. VIH/sida</b>	
<b>SUBCATEGORÍA</b>	<b>CONCEPTO</b>
<b>Relación con otras ITS</b>	Establecer el perfil sociodemográfico de las ITS, paralelo a la percepción que enmarca el diagnóstico de alguna de ellas en relación con el de VIH y las valoraciones morales que de él se desprenden.

<b>3. PrEP en México</b>	
<b>SUBCATEGORÍA</b>	<b>CONCEPTO</b>
<b>Acceso a la PrEP</b>	Describir cómo los usuarios participantes tienen conocimiento sobre la existencia de dicho método, así como los criterios de selección para su participación dentro de los programas vigentes en México.
<b>Instrumentalización</b>	Una vez definidos los criterios para los participantes, analizar la forma en que se están llevando a cabo y las implicaciones bioéticas que suponen estas acciones.

Finalmente, en lo que a las categorías y subcategorías respecta, es necesario aclarar que cada una de las aquí descritas será objeto de análisis en el capítulo tres, amén de contrastar los referentes empíricos obtenidos de estas entrevistas con el aspecto teórico de las teorías filosóficas que sustentan este proyecto de investigación.

## 2.2. Apreciaciones económicas en torno a la implementación de la PrEP

El objetivo de este apartado es reflexionar sobre los beneficios económicos que supone la implementación de la PrEP, así como las ganancias que de esta derivan; es decir, un menor número de casos de VIH y una correcta aplicación de las funciones preventivas de la medicina.

Partiendo de esa función, se inicia este apartado presentando las generalidades sobre la importancia que adquiere la medicina preventiva dentro de esta investigación. Posteriormente, se analizan dos modelos ético-económicos, en donde se observa que, a partir de una inversión económica, el resultado final implica una seria repercusión en las tasas de incidencia de VIH; lo que a su vez genera cuestionamientos sobre la eficacia y la practicidad de las medidas preventivas vigentes.

Ligado a estas consideraciones, se articula el papel que desempeñan las empresas farmacéuticas frente a ciertas enfermedades en los países con mayor índice de prevalencias, destacando la epidemia de VIH.

### *El valor de la medicina preventiva*

De acuerdo con la OMS, la salud pública se encarga de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud mediante el esfuerzo colectivo para que, tanto el individuo en particular como la comunidad, gocen plenamente su derecho a la salud. Molina (en Maya, 2013) expresa que el objetivo de esta disciplina es dirigir los esfuerzos para proteger, fomentar y reparar la salud. Se entiende entonces que ésta asume la responsabilidad de todas aquellas condiciones que, bajo su cargo, puedan incidir en la vida de las personas y las comunidades. Sin embargo, como se expuso anteriormente, las necesidades en materia de salud son vastas y requieren soluciones apremiantes; por ello se suele recurrir a la noción utilitarista, amén de conseguir el mayor bienestar de sus implicados (Canto-Sperber, 2001).

Mientras las medidas de prevención en torno al VIH son limitadas, la PrEP abre paso a un nuevo paradigma para evitar su transmisión, pero los aspectos relacionados con el déficit económico no pueden ser el sustrato que impida su incorporación, particularmente cuando el alcance de las redes sociales y los medios digitales son fuente de información para la atención, prevención y tratamiento del VIH. Esto se refleja en el comentario de un

entrevistado, quien refirió tener conocimiento sobre esta forma de profilaxis gracias a que “había leído mucho en internet de ella [la PrEP] y de su implementación en Estados Unidos... ya después, me enteré de que estaba un proyecto de prueba aquí por medio de un tuit de un conocido” (UE3, 2018). Este tipo de acciones refleja que el público interesado, capaz de acceder a tales contenidos, se mantiene alerta sobre los avances en respuesta a la epidemia. Asimismo, es preciso señalar que, aunque se dispongan de publicaciones científicas que reafirman el impacto de la PrEP, hoy más que nunca es necesaria la apertura sobre esta medida, puesto que a raíz de ello se propician conductas ilegales que ponen en peligro la salud de los individuos, ya que algunos de ellos recurren a la compra del fármaco a través de portales electrónicos sin contar con una valoración previa sobre su estatus serológico ni un seguimiento continuo al momento de consumir el medicamento (Gallagher, 2017).

Esta realidad cobra importancia porque quienes recurren a esta vía de consumo no disponen de una vigilancia adecuada sobre el impacto del fármaco en la integridad de sus usuarios, lo que puede tener consecuencias que no solo afecten la salud de los sujetos, sino también al gasto público. Este tipo de acercamientos resultan contraproducentes puesto que no se conoce con claridad el funcionamiento de la PrEP, por lo que, como afirman dos HSH entrevistados:

Está habiendo un mercado, no sé si sea negro; lo más seguro es que sí. Incluso en las aplicaciones te venden en dos mil pesos. Incluso hay una ONG... una en específico en DF que la está ofertando, y te la vende en 1500 pesos; pero esto implica no tener... o sea, te la dan, pero no te hacen toda la batería de estudios (U1).

Conozco personas que lo compran así ¿no? eh... y lo toman así. La verdad, es que... ni siquiera sé qué es lo que les dan, platicando con alguien que lo consume así, me decía que, que había tenido efectos secundarios que ni siquiera son los de truvada. Está persona me decía que estaba teniendo, que se mareaba mucho, como después de tomarlo, y que tenía sueños muy vívidos; y esos son efectos de efavirenz ¿no? Entonces, o sea, la gente que lo compra ahí, ni siquiera sabe qué es lo que le están dando... ¿no? (U3).

México, más allá de las investigaciones clínicas que hoy realiza, no dispone de un programa público que informe y otorgue la PrEP a quien lo solicite, por lo que algunos HSH recurren a su compra entre personas dedicadas a la venta de drogas ilegales. Hay quienes “se acercan al dealer y le dicen <<oye, quiero PrEP ¿Cómo funciona?>> Y el dealer les

*dice <<te las tienes que tomar antes del sexo, cuarenta minutos, o después de que terminas, rápido te tomas una pastilla>>” (UE2, 2018).*

Esta afirmación se corrobora con el señalamiento que expresó uno de los facultativos responsables:

Se está viendo que este acceso de Truvada que no es de patente y que la gente lo está consiguiendo. De repente yo escucho que hay chavos que dicen <<no pues, todos mis amigos están en PrEP>> ¿no? Pero yo digo, de dónde lo están comprando, de dónde lo consiguen porque pues es caro ¿no? Entonces sí está habiendo formas de adquirir el medicamento, pero obviamente sin ningún seguimiento. (AE2)

A lo anterior cabe agregar que, pese a que las autoridades correspondientes afirman conocer este tipo de actividades, hasta el momento no se ha regulado una vía para evitar que se incurra en dichas conductas (La Razón, 2018).

Una vez más, queda claro que la información está disponible para una determinada fracción de los distintos estratos sociales; sin embargo, es deber de la salud pública extender sus competencias de carácter preventivo a la totalidad de sus ciudadanos. De esta manera, el beneficio podría ser mayor en tanto se deje de lado la visión netamente curativa del VIH, tendencia que se ha mantenido desde que el acceso a los ARV se volvió universal, con lo que se perdió el enfoque de la prevención (Chongwan y Hirschfeld; 2018).

Al revirar nuevamente el interés a esta última se le otorga a cada individuo un rol activo en el que se prima la responsabilidad frente a sus conductas u omisiones acerca de su salud; sin embargo, la responsabilidad también puede ser entendida, como lo describió Jonas (en Schramm, 2001), como un precepto que se aterrice en el campo de la salud pública. Él señalaba que a partir de dicho principio se debía actuar, de tal manera que los actos no fueran destructivos para futuras posibilidades de una vida digna. Se entiende así a la prevención como la creación de una política pública que mitigue posibles daños futuros en torno a cierta condición, en este caso, la presencia de nuevos casos de VIH/sida.

Así pues, para Jonas (1997), la idea de responsabilidad, considerada como un arquetipo de toda acción responsable “no es la relación entre adultos autónomos sino la relación consustancial al hecho biológico que necesita protección” (-), es este caso, la salud. En términos generales, se refiere a que el sujeto no es un ser aislado que actúa por impulsos autónomos racionales, sino que depende de un entorno social en el que encuentra la protección para sí mismo. Desde esta perspectiva, las personas que buscan la PrEP son

responsables para con ellos y con su entorno, sosteniendo un principio de carácter incondicional que no se basa en la inconciencia ni en la buena fe o la reciprocidad.

La aseveración anterior se relaciona estrechamente con la noción de compromiso. Sen (en Vegara, 2016) establece que el compromiso alberga ciertas consideraciones a favor del bienestar de los otros, incluso cuando como consecuencia de ello resultan afectados los intereses del propio sujeto. Faden y Powers (2006) detallan la importancia que adquiere este concepto tanto en el plano individual —en donde se establecen los vínculos interpersonales—, como en el colectivo —pues ahí es donde se propicia el desarrollo y la existencia de una sociedad más justa—. De acuerdo con estos autores, si se piensa en alguna problemática vigente (bien sea la desnutrición, la tortura o la violencia de género, por mencionar algunos) se suele producir en el espectador una repulsión hacia esos actos, lo cual se traduce como empatía hacia las víctimas; sin embargo, cuando dichas situaciones son ajenas al marco de referencia de los sujetos se habla de compromiso, pues no solo se tiene conciencia del inconveniente, sino que también se tiende a buscar una posible respuesta. Es en ese plano donde puede incorporarse el análisis de la PrEP en México.

Estas aproximaciones adquieren una trascendencia relevante, ya que a partir de ellas se adoptan las responsabilidades que tenemos los unos con los otros. Con esto en mente, sobra decir que todas las personas están propensas a adquirir VIH, por tanto, siguiendo con lo expuesto por Faden y Powers, es menester que en el sistema de salud prime el compromiso hacia sus ciudadanos; de lo contrario, se dejan de lado componentes que resultan moralmente significativos. De ahí la relevancia que adquiere la ética dentro de la creación de políticas y programas públicos, así como en el sustrato que configura a la salud pública. Por otra parte, en consonancia con la teoría de justicia social de Faden y Powers, los hechos no pueden aislarse del contexto social que los produce o al que estos afectan, ya que se encuentran íntimamente relacionados; esto supone que se deben contemplar también las determinantes sociales que condicionan las necesidades de salud y el bienestar de la población. Por ello, la PrEP no es una necesidad que beneficie exclusivamente a un individuo, pues ésta tiene un alcance que se extiende a la colectividad.

### *La PrEP y su relación costo-beneficio*

Retomando algunas consideraciones previas, es evidente que las demandas sanitarias de una determinada población exigen una resolución favorable basada en una distribución equitativa. Esto supone un reto para la salud pública, pues ha de discernir y valorar cuáles son las prioridades que requieren de una pronta respuesta. La PrEP tiene una consideración especial, puesto que se vincula con una enfermedad en la que también interactúan dimensiones socioculturales, razón por la cual la justicia social adquiere relevancia.

Esto quiere decir que, en consonancia con el pensamiento de Nussbaum (en Guichot, 2015), el bienestar de los ciudadanos de una región solo puede considerarse en tanto exista la justicia social. Ello implica el cumplimiento de dos condiciones mínimas para una vida digna: la salud y la integridad física; dentro de la primera se describe la capacidad de mantener un buen estado salud (incluido el aspecto reproductivo); mientras que el segundo rubro implica la disposición de oportunidades para la satisfacción sexual y la elección de las cuestiones reproductivas. Es innegable, como señala Daniels (en Dieterlen, 2015), que la salud merece un atento reparo, pues concede a las personas el funcionamiento normal y les permite desarrollar sus planes de vida, lo cual se refleja en la culminación de proyectos y metas personales; es decir, permite satisfacer una porción inherente al bienestar personal. Sin embargo, la salud no es unívoca, se encuentra dentro de un contexto en el que interactúan no solo los factores biológicos propios de cada individuo, sino también condiciones sociales y culturales. De ahí que la propuesta de Faden y Powers contemple, además de la salud, otras esferas que permitan alcanzar su éxito.

Las necesidades en salud son extensas, por tanto, es necesario contemplar cuáles son las enfermedades o condiciones que merecen una atención preponderante. Una de las visiones que asigna los recursos en función de las prioridades sanitarias es la dimensión utilitarista. Si, según lo mencionado por Sidgwick (en Canto-Sperber, 2001), se parte de que este principio tiene como objetivo la utilidad para el mayor número de personas, la PrEP podría ser utilizada en tanto genere beneficios que repercutan a un vasto número de individuos. Sin embargo, cabe señalar que el planteamiento utilitarista se centra más en el aspecto colectivo, dejando de lado la expresión de cada sujeto; por tanto, la idea de Faden y Powers contrasta con esta teoría, puesto que la noción de bienestar ha de aplicarse por igual entre todos los integrantes de la misma sociedad, amén de no privilegiar únicamente un grupo etario.



De igual forma, más allá de las ventajas que suponga la PrEP dentro del rubro preventivo, la salud pública ha de reparar también en el costo que esta genera, puesto que uno de los retos que enfrenta esta medida implica analizar el provecho de la PrEP frente a la existencia de otras vías de prevención —como pueden ser la abstinencia o el preservativo— cuyo costo resulta menor en comparación con esta intervención farmacológica.

Como consecuencia de esa cuestión, Juusola *et al.* (2012) analizaron el impacto y alcance de la PrEP. De acuerdo con sus cálculos, si ésta se destinara inicialmente a un 20% de los HSH en Estados Unidos, se lograría reducir aproximadamente un 13% de casos nuevos. Si bien tiene un alcance considerable, su implementación requeriría una inversión de cuatro mil millones de dólares para sostener esta profilaxis, lo que equivale aproximadamente a una octava parte del presupuesto total para el VIH/sida de ese mismo país (KFF, 2017).

Trasladando esto al territorio mexicano, es preciso señalar que, de acuerdo con la información proporcionada por el Sistema de Cuentas Nacionales de México (2014-2015), el gasto nacional en materia de salud fue del 5.8% y 5.9% en cada uno de estos años respectivamente; destinando al gasto total del sida el 0.85% en el 2014 y el 1.1% en 2015. Tomando en cuenta el presupuesto de esos mismos años, la inversión en materia de prevención alcanzó el 33.5% y el 43.5% respectivamente; de igual forma, cabe mencionar que el monto dedicado a la investigación relacionada con el VIH solamente alcanzó el 0.5% y el 0.3%. En relación con ello, puede observarse el desequilibrio entre prevención y atención, pues, aunque se otorga la terapéutica necesaria, el área de la prevención queda relegada. Con este planteamiento surge la pregunta sobre cómo se podrán solventar los tratamientos si no se repara en la prevención de nuevos casos.

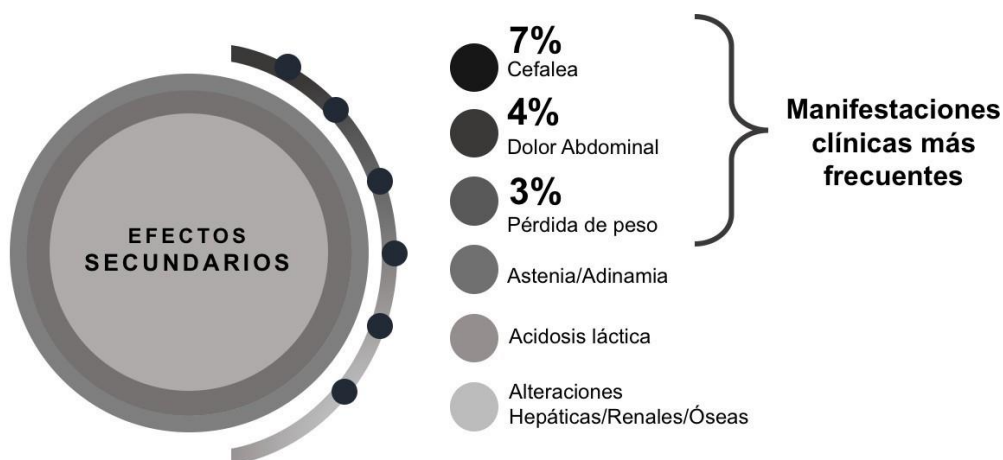
Pese a la inversión que se estima, la PrEP es redituable si se compara con el costo que comprende la terapéutica de las personas seropositivas. De acuerdo con un diseño comparativo, el gobierno inglés destina cerca de 360,000 libras para el tratamiento vitalicio de cada persona con diagnóstico de VIH, mientras que el estimado para la PrEP supone un gasto de 400 libras al mes (Duff, 2016), lo cual podría ahorrar, en un futuro, el gasto que pueda desprenderse de las complicaciones propias del VIH.

A simple vista, quizás este prototipo matemático no permita dilucidar claramente la rentabilidad que tiene la PrEP en la práctica diaria; por ello, al equiparar su uso entre las

poblaciones africanas con mayores índices de prevalencia de VIH, es posible observar que la PrEP es capaz de disminuir hasta en un 30% los casos entre aquellas mujeres que presentan alto riesgo de infección (Pretorious *et al.*, 2010). A la par de lo anterior, durante los últimos tres años, San Francisco reportó una disminución en la incidencia de VIH del 43% entre usuarios de la PrEP; mientras que en Nueva Gales del Sur, Australia, se describió una reducción del 35% a dos años de haber introducido esta medida (Greenhalgh, 2018).

Junto a cuestión económica de la PrEP, otro tópico relevante dentro de las discusiones internas es la percepción de cierto temor a que su uso desencadene comorbilidades secundarias que pudieran ser perjudiciales a largo plazo. Claro está que ningún medicamento es ajeno a cierto tipo de efectos secundarios; sin embargo, hasta el momento, las únicas reacciones encontradas (Gráfica 2) se dan en un plano superficial que suele resolverse en semanas.

**Gráfica 2.** Efectos secundarios frente al uso de Truvada.



(Gráfica 1)

FUENTE: Información obtenida del portal [www.truvada.com](http://www.truvada.com), elaboración propia

En el caso de los usuarios entrevistados, éstos añaden que:

Es evidente que hay [efectos secundarios], con todos los medicamentos existen, pero de momento, no se ha demostrado... más allá de la diarrea, que se pasa en las primeras semanas (UE2).

Las primeras semanas, tenía como un poco de diarrea... luego... eh... oscilaba entre estar estreñido y luego... estar suelto ¿no? pero eso fueron los primeros días, quizá la primera semana y media. El primer mes me sentí cansado, muy cansado ¿no? pero... pero después del primer mes me sentí bien (UE3)

Hay que considerar también que existe constancia de que este medicamento puede generar daños potencialmente crónicos. El entrevistado añade que “el Truvada puede generar descalcificación” (UE3), por lo que se requiere que el participante goce de un estado de salud óptimo. Estas mismas verbalizaciones son compartidas por los especialistas que coordinan las investigaciones clínicas:

El medicamento que se usa es un medicamento, en términos generales, bastante seguro. Las complicaciones son muy mínimas, y las que llegan a presentarse normalmente son reversibles. O sea, una vez que dejas de tomar el medicamento, estas complicaciones desaparecen. (RP1).

La gran mayoría lo tolera súper bien y no perciben algún síntoma ni molestia. Si acaso, quizá, cefalea leve en los primeros días; algunos poquitos creo que tuvieron problemas gastrointestinales leves, o sea, disminución en la consistencia de las heces o flatulencia; y es como lo único, y se quita en unos días (RP2).

Teniendo en cuenta esta información, existe una mayor probabilidad de presentar sintomatología transitoria en comparación con el desarrollo de lesiones orgánicas crónicas. Hasta la fecha solo se tiene constancia de un paciente de 49 años con daño renal (síndrome de Fanconi\*); siendo el diagnóstico de urolitiasis† el único antecedente patológico de relevancia. Por otra parte, Handing *et al.* (2018) realizaron un ensayo clínico cuyo objetivo era determinar la resistencia al fármaco entre los participantes que adquirieron VIH durante el estudio IPERGAY. En él, concluyeron que la resistencia al medicamento raramente se presentaba durante el uso de la PrEP.

### *Análisis costo-efectividad de la PrEP*

Semejantes al modelo propuesto, existen otros que merecen especial consideración dado que resultan útiles para los tomadores de decisiones que se encargan de definir cómo usar

---

\* Enfermedad renal, de etiología variable (hereditaria o adquirida), cuya afección se produce a nivel del túbulo proximal; por lo que se excretan aminoácidos, bicarbonato y fosfatos por la orina.

† Urgencia médica con potencial daño estructural y funcional del aparato urinario, secundario a la presencia de cálculos renales.

los recursos limitados sin que éstos dejen de beneficiar al mayor número de personas. Dentro de estos se encuentra el análisis costo-efectividad, el cual compara los costos relativos y los beneficios a la salud a partir de distintas intervenciones sanitarias semejantes. (Hutubessy, Chisholm y Tan-Torres, 2003). Por ejemplo, para tratar la metástasis pulmonar se cuenta con dos opciones terapéuticas (A y B) cuyos resultados son similares, pero el precio del tratamiento A es mayor que el de B. Es evidente suponer que al tener la misma eficacia se preferirá aquel que no solamente traiga un beneficio a la salud, sino que, en cuestión económica implique un menor gasto sanitario (Gramlich en Powers y Faden, 2006).

Según los términos de la salud pública, esta aproximación resultaría útil dado que destina el presupuesto de una forma objetiva; sin embargo, su ejecución puede resultar contraproducente porque únicamente toma en cuenta la visión de los responsables, por lo que se corre el riesgo de que obedezca únicamente a intereses políticos, personales o sociales (Hutubessy, Chisholm y Tan-Torres, 2003), dejando de lado las verdaderas necesidades de la población.

En el ámbito cotidiano, este patrón se asemeja a lo que actualmente ocurre en la atención del VIH. Si por años se han señalado los beneficios que derivan del preservativo, destacando principalmente su bajo costo, es de esperar que se opte por este, pues, a diferencia de la PrEP, el profiláctico no solamente ofrece una vía para la prevención del VIH, sino también para el resto de las ITS. De ahí que otro de los argumentos en contra del uso de la PrEP objeto que, ante la existencia del preservativo —que por decreto de ONUSIDA (2015) debe ser de calidad, de fácil acceso, gratuito o a bajo costo— la PrEP resulta una alternativa incompatible para la administración pública.

Corolario a ello, México dispone de 515,841,888 dólares estadounidenses para el gasto de insumos para el VIH. De ese estimado, 63,325,043 fueron destinados a la compra de preservativos en 2014, mientras que al año siguiente la cifra disminuyó a 59,473,124 dólares. Aunque estas cifras conllevan una fuerte inversión, Villa y Carranza (2017) demostraron que, pese a la disposición e información sobre el uso del preservativo, solamente el 80% de su muestra analizada conocía la fácil disponibilidad del profiláctico, sus variedades y su acceso gratuito. A su vez, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012, dejó al descubierto que el 20% de hombres y el 40% de mujeres no emplearon preservativo durante su primer encuentro sexual, mientras que los HSH refirieron su uso en hasta un 80%, situación que contrasta con las prácticas heterosexuales,

en donde la cifra alcanza el 57.4% (Nelson, *et al.*, 2012). Sirva lo anterior para abrir el diálogo sobre la realidad que acontece en el país y la necesidad de aplicar métodos de prevención efectivos que alcancen un impacto en la práctica de sus involucrados.

Por otra parte, si se contempla a la PrEP únicamente a partir de los dos modelos descritos, es posible llegar a disminuir el número de casos nuevos de VIH, pero no debe olvidarse que la extensión y aplicación de esta medida no puede fundamentarse únicamente por estadísticas favorables; exige un conocimiento en materia de educación para la salud, amén de concretar los discursos que se planean dentro de las agendas públicas, en donde se planea acabar con todas aquellas situaciones que menoscaban el ejercicio de la sexualidad (Cuomo, 2014).

Esta aseveración se constata en casos como los de Sudáfrica, donde, a pesar de una serie de medidas de prevención vigentes (bien sean la circuncisión, los preservativos masculinos y femeninos, así como la PEP y la PrEP), no se han logrado aminorar las tasas de incidencia de VIH, sino que, por el contrario, se estima un incremento aproximado de dos mil casos por semana (Mbatha, 2017).

Este tipo de incidentes demuestran una vez más que el bienestar por el que la salud pública apunta no radica únicamente en la creación de programas enfocados a la prevención del VIH, también ha de extender su atención a otras aristas que subyacen a él, como lo es el aspecto sociocultural, en donde situaciones como el estigma, la discriminación y desigualdades de género conllevan a creer que esta patología solamente afecta a determinados grupos de riesgo (como los HSH o las MT), lo que limita los progresos sobre la epidemia.

### *Las compañías farmacéuticas: responsabilidad ética y social*

Puntualizadas las consideraciones sobre el impacto económico de la PrEP, es necesario reflexionar sobre el papel que atañe a las grandes empresas farmacéuticas, el cual impacta directamente en los altos precios de los medicamentos antirretrovirales.

El desarrollo de nuevos fármacos se encuentra regulado por el sistema de patentes, que garantiza una vigencia de veinte años a la compañía productora, previo registro del proyecto ante la Food Drug Administration (FDA). En ese transcurso, se ponen en marcha cuatro fases que componen los ensayos clínicos, los cuales tienen como objetivo analizar los

efectos farmacocinéticos y farmacodinámicos del medicamento en cuestión, así como determinar su eficacia, las reacciones secundarias, y establecer su seguridad (INDACEA, 2015). Dada la inversión económica que alcanza cifras extraordinarias, se espera que su comercialización resarza el capital invertido a la par que genere cuantiosas ganancias.

Lo anterior sirve para explicar los altos costos que suponen ciertos medicamentos, razón por la que, paralela a la precariedad económica de ciertas regiones, no se cuenta con el acceso a fármacos esenciales. Tal aseveración se coteja con información estadística en donde se observa que el 80% de los medicamentos son consumidos por regiones desarrolladas como Norteamérica, Europa Occidental y Japón, mientras que más de un tercio de la población mundial queda descubierta (López, 2009).

Con base en lo descrito, corresponde a la bioética cuestionar cuál es la responsabilidad que tienen estas compañías para con los más necesitados. Ciertamente no se puede delegar todo el peso de esta situación exclusivamente a las farmacéuticas; sin embargo, se espera que trabajen junto con los distintos representantes de Estado, amén de despejar las disparidades en materia de acceso a los medicamentos esenciales.

En relación con la PrEP, una de las barreras que impide que las poblaciones interesadas en su uso puedan acceder a ella es el gasto, puesto que no es otorgada a través de la seguridad social o mediante participación en las investigaciones clínicas. En palabras de un HSH participante:

... es muy caro. Yo no estoy pagando nada ahorita [...] pero antes de que fuera, lo estuve buscando, porque sí lo puedes comprar en una farmacia, pero cuesta muy caro ¿no? está como en once mil [...] ese es un problema, el costo, y bueno, eso se podría solucionar con programas de gobierno o algo adicional (UE3, 2018).

Conviene señalar que México no dispone de un programa asistencial en el que se otorgue la PrEP; sin embargo, sí se tiene conocimiento de la existencia de esta terapéutica. Desde 2016, con el entonces jefe de gobierno Miguel Ángel Mancera, se anunció la instauración de un programa piloto en la Clínica Especializada Condesa en convenio con el Instituto Nacional de Salud Pública. A dos años de aquella declaración, México, junto con Brasil y Perú, se integró como parte del proyecto “ImPrEP”, cuyo objetivo general es abordar los aspectos estratégicos sobre la implementación de la PrEP (ImPrEP, s.a.).

Contrario a ello, países norteamericanos han incorporado la PrEP dentro de sus respectivos sistemas sanitarios. Algunas regiones de Canadá, como Quebec, cuentan con

planes de asistencia pública (Régie de l'assurance maladie du Québec) y privada, con lo que sus asegurados obtienen esta profilaxis a un costo de ochenta dólares canadienses (McCann, 2014). Por su parte, Estados Unidos cuenta con dos vías para acceder al medicamento: ya sea porque su costo es cubierto por la aseguradora privada; o bien, por medio de la asistencia médica que auspicia la empresa farmacéutica que lo elabora (Gilead,2018). Dado que su costo en este país asciende a casi dos mil dólares mensuales, es evidente que no todos los interesados pueden solventar ese gasto. Al respecto, Brooks *et al.* (2011) realizaron un estudio entre HSH con altas conductas de riesgo, en donde el 80% de los participantes reportó que tomaría en cuenta a la PrEP si fuera gratuita, pues cerca del 48% cree que es un fármaco demasiado costoso, e incluso algunos consideran que este tipo de recursos privilegian a ciertas clases raciales, afirmando que “aquellos que no son blancos o ricos” no tienen acceso a ellos (King *et al.*, 2014).

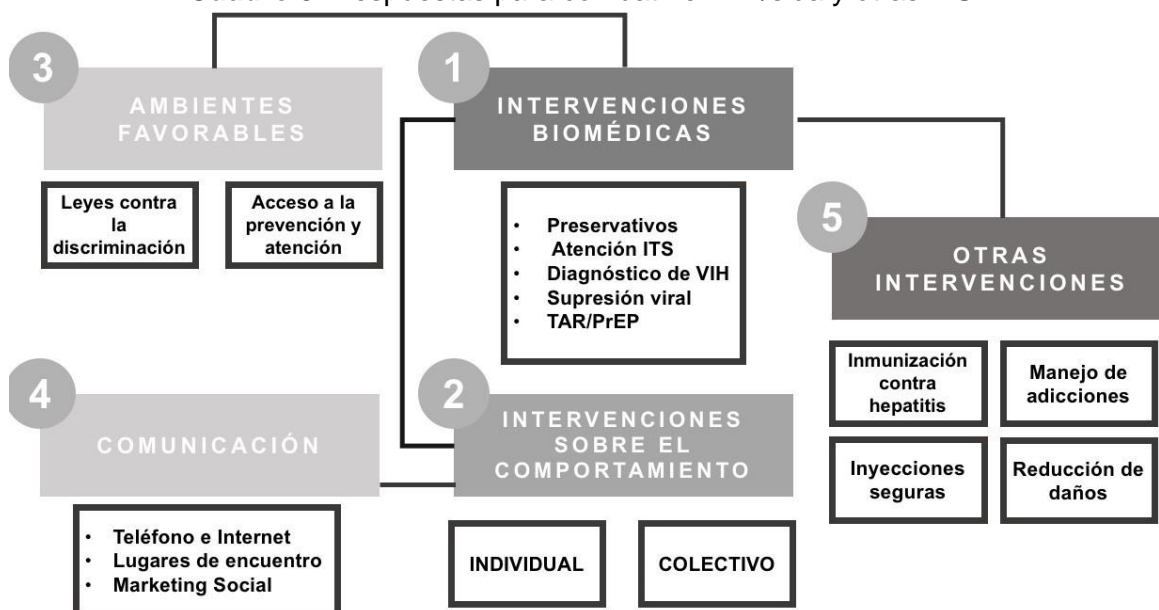
Partiendo de esta premisa, autores como Páez (2015) señalan que es fundamental establecer un límite al precio máximo de los medicamentos que, mediante la investigación, resulten exitosos para el control o tratamiento de las enfermedades, ya que, al comercializarse, fijan su costo según los estándares de los principales mercados de consumo en el mundo, lo que trae consigo un grave impacto en aquellas poblaciones con condiciones desfavorecidas.

### 2.3. Valoraciones morales sobre el uso de la PrEP

Si bien el aspecto económico es uno de los rubros imperantes para la consideración de la puesta en marcha de la PrEP, otro tema fundamental que merece un reparo especial es el de las concepciones morales del personal sanitario, así como de sus participantes. Estas ponderaciones resultan apremiantes ante determinadas situaciones cotidianas, siendo la sexualidad una de ellas. Si bien es cierto que se trata de una condición inherente a todos los seres vivos, los dilemas que en torno a ella se suscitan derivan de la intersección que tiene con otros rubros del sujeto, como es la salud. Como indica Foucault (2011), el sexo no es una cosa que solo se juzga, también incluye al poder público, por lo que se exigen procedimientos para su ejercicio.

En de la toma de decisiones y acuerdos públicos se deben respetar las diversas prácticas sexuales y evitar condenar su existencia. Ello permite su inserción dentro del sistema sanitario para regular y promover el mayor bien de todos sus ciudadanos. Con relación a ello, conviene comprender las actuales medidas públicas en torno al VIH en México en contraste con otras regiones del mundo. De acuerdo con lo establecido en el Programa de Acción Específico en respuesta al VIH, Sida e ITS (2013-2018), se instauraron una serie de intervenciones (Cuadro 3) orientadas a la prevención, detección, atención integral y vigilancia; las cuales, a su vez, deben considerar —entre otros fundamentos— a la diversidad sexual, los derechos humanos y la calidad como parte de las directrices para la prevención del VIH e ITS en poblaciones clave, como HSH, personas trans, trabajadores sexuales (TS) y usuarias de drogas inyectables (UDI).

**Cuadro 3.** Respuestas para combatir el VIH/sida y otras ITS.





A lo largo de esta investigación se han abordado los tópicos concernientes a las intervenciones biomédicas, por lo que dentro de este apartado se discurrirá en relación con las intervenciones sobre el comportamiento y la formación de ambientes favorables.

### *Creación de ambientes favorables*

Parte del compromiso y los deberes que adquiere el Estado en torno a la salud pública consiste en la promoción de programas y políticas con el fin de ayudar a la población a alcanzar el goce completo de su bienestar; de ahí que, ante ciertas comorbilidades crónicas se refuercen campañas en pro de su prevención. Por tanto, se requiere el estudio de todas las dimensiones en las que se enmarca la patología, lo que, en el caso del VIH, implica un escrutinio del ámbito social.

En el Acuerdo del Consejo de Salubridad General se establecieron disposiciones generales obligatorias en las que se insta a realizar campañas específicas de información y educación para prevenir la transmisión del VIH, promoviendo un enfoque particular entre aquellos con condiciones de mayor vulnerabilidad y riesgo —especialmente HSH y TS—. Asimismo, las intervenciones propuestas sugieren apoyar y reforzar las acciones para prevenir y reducir dentro de las diversas instituciones la discriminación y el estigma hacia las personas con diagnóstico de VIH/sida. Teóricamente se han decretado normas como la *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación*, en la que se busca resolver los aspectos sociales que subyacen a la epidemia de VIH.

Sin embargo, aunque se dispone de normas, la realidad se contrapone al plano teórico; prueba de ello se constata en la *Encuesta sobre discriminación en la Ciudad de México* (2017). En ella, se reporta que la segunda causa de discriminación es por el tipo de preferencias sexuales, con un 14.6%; mientras que la octava razón de mayor discriminación se da en torno a las personas con VIH/sida, en un 3.8%. Por otra parte, en 2007, se llevó a cabo una encuesta sobre los mitos y preconcepciones de la homosexualidad en México. En ella, el 59% de los participantes considera que ser homosexual es factor de riesgo para contraer Sida, asumiendo en un 44.5%, que los homosexuales tienen más parejas sexuales que otras personas.

Con base en esta información, se reafirma que aquellos sujetos propensos a la infección de VIH —y a ser estigmatizados y discriminados por esa causa—, tendrán un pobre

acercamiento a las herramientas que les garanticen el cuidado y la promoción de su salud (ONUSIDA, 2017).

### *Intervenciones sobre el comportamiento*

En 1982, cuando Estados Unidos enfrentó el mayor número de casos de VIH, instauró programas primarios para su prevención, sobre todo en ciudades con altos índices de prevalencia, como San Francisco, California y Nueva York. La intención de estos grupos era informar sobre las características de la enfermedad para reducir las conductas de riesgo y eliminar las concepciones negativas sobre las personas seropositivas (MMWR, 2006). Más tarde, tras el reporte del MMWR y la FDA, se incorporó el uso del preservativo como medida efectiva para la prevención de la infección (MMWR, 1988).



FUENTE: Adaptado de Programa de Acción Específico Respuesta al VIH, SIDA e ITS 2013-2018

En México, pese a la evidencia demostrada, algunos sectores conservadores se mostraron renuentes a la incorporación de dicha propuesta, pues señalaban que su uso era más “una invitación al libertinaje sexual” que una vía segura para promover la educación sexual (El Sol de México, 1989). Quizá por esa razón, actualmente su uso remite a ese contexto histórico donde se le relacionaba con conductas sexuales inseguras e inmorales (Valdiserri, 1988).

Partiendo de estas aseveraciones, es menester reflexionar sobre el trasfondo que se suscribe alrededor del preservativo y la sexualidad. De acuerdo con los conocimientos que se tienen, se sabe que, empleado de forma correcta, es un método de barrera que evita el contagio de alguna ITS, así como embarazos no planificados; aunque hoy en día, para estos últimos existen otras alternativas. Desde esta consideración, la sexualidad adquiere otro matiz en el que priman atributos orientados al placer y el disfrute por encima de la visión meramente reproductiva. Con esta premisa se abre una discusión donde se cuestiona si estos avances únicamente privilegian a las relaciones heterosexuales, dado que aquellas que difieren a ese modelo adolecen de soluciones que ponderen esos mismos aspectos.

Así como la PrEP supone una revolución en la sexualidad e identidad de los HSH y de las personas portadoras de VIH, los contraceptivos hormonales, introducidos en la década de los sesenta (Petitti y Sidney; 2015), lo fueron para la población femenina. Bien es cierto que su uso ha generado distintas opiniones entre los diversos actores sociales, pero hoy en día su uso es cada vez más frecuente.

Sobra aclarar que para los HSH la incertidumbre no radica en el aspecto de la concepción, pero sí en la adquisición de alguna ITS, particularmente VIH; pues sigue siendo considerado como “algo no deseado” (U3) cuya presencia evoca connotaciones negativas relacionadas con “el estigma y la muerte social” (U2). Tal como declara un entrevistado:

Hay un gran estigma en torno al VIH, en el que no importa que uno conscientemente sepa que no te va a matar... es un estigma social que está instruido, casi ¿no? Te hablan del VIH y te lo presentan como algo, pues como algo terrible ¿no? (U3)

Estos pensamientos y otras ideas semejantes han logrado mantenerse dentro del imaginario colectivo y generan reacciones de temor entre los HSH, quienes se ven reflejados dentro del ejercicio de su sexualidad. De acuerdo con la Declaración de los Derechos Sexuales, estas actitudes contravienen la noción de libertad sexual, comprendida como la plena expresión del potencial sexual de los individuos, así como el disfrute máximo del placer sexual de cada persona.

### *Importancia de la PrEP para los HSH*

Otra consideración que entorpece la incorporación de la PrEP guarda relación con la supuesta adopción de conductas de riesgo tras su uso, las cuales aseguran

complicaciones futuras en la salud sexual de sus implicados. Hay quienes arguyen que, con la PrEP, los usuarios abandonarán el uso del preservativo; sin embargo, estudios como los de Grant (2011), o Guest (2009) demostraron un aumento significativo de dicha medida. En contraposición, Golub *et al.* (2010), describieron una disminución de esta medida en un 35%; mientras que Holt y su equipo (2012) señalaron un decremento parcial del 8% entre sus participantes.

A partir de ello se pueden comparar opiniones en las que usuarios españoles de la PrEP expresaron que “aunque me ha hecho sentirme más tranquilo y relajado después de tener sexo sin condón, sigo usando el preservativo y no lo quiero dejar de usar. Para mi [la PrEP] es como una doble protección” (Serrano, 2018). Narrativas semejantes se recogen entre participantes estadounidenses, quienes comentaron que “...un condón no es suficiente. Usas condón y aun así tienes la sensación de inseguridad; así que si tienes otra fuente que te proteja, estoy de acuerdo con ella. Especialmente con los hombres gay” (Figuroa, *et al.*, 2015).

Estas afirmaciones, que se describirán en el último capítulo de esta tesis, son compartidas por los HSH entrevistados.

Muchos conocidos, muchas personas que yo conozco, ya no usan para nada el condón. No estoy diciendo que yo estoy a favor de que cojas sin condón ¡no! Yo a todo mundo le digo, mi recomendación es que lo hagas con condón (U3).

Es lógico suponer que, secundario al uso de la PrEP, es posible encontrar un aumento de otras ITS, pero han de diseñarse estudios epidemiológicos que demuestren si esas realidades ya existían previa a esta profilaxis. Aunado a lo anterior, es preciso señalar que bajo el estatuto de las guías de práctica clínica (CDC y OMS) se debe dar un seguimiento mensual a cada usuario, lo que incluye la realización de pruebas de laboratorio (creatinina sérica y pruebas para ITS) y gabinete (densitometría ósea). De esta forma se valora si existe alguna patología que requiera una atención considerable, así como algún efecto adverso derivado del uso del fármaco (Korean Society for AIDS, 2017).

Siguiendo este orden de ideas, también es posible que todas aquellas personas reactivas al VIH interesadas en la PrEP conozcan oportunamente su estado serológico para recibir un tratamiento temprano y evitar el riesgo de contagiar a terceros. Bajo esta continúa vigilancia médica se refuerza uno de los objetivos primordiales de la salud pública: el fomento de la medicina preventiva.

En ese mismo tenor, otro reto premioso para la salud pública se relaciona con las prácticas sexuales actuales, donde predomina el consumo de drogas psicoactivas (metanfetaminas, mefedona, ketamina, por mencionar algunas) por vía oral (chemsex) o parenteral (slamsex) con el fin de conseguir un mayor placer sexual, facilitar los encuentros sexuales y mantener relaciones por un tiempo prolongado con múltiples parejas (McCall, 2015). Estudios indican que existe una asociación de dichas conductas con el aumento de VIH y hepatitis C, no solo por la falta del preservativo, sino también por el intercambio de agujas o juguetes sexuales (Pufall *et al.*, 2018).

Ante este escenario, lo ideal sería contar con leyes y programas que exhorten a evitar tales conductas; o bien, una restricción severa sobre el acceso a tales sustancias nocivas. Aunque se esperaría disponer de ello, la PrEP, junto con otros métodos encaminados a la prevención y reducción de casos, puede coadyuvar a mantener parte del estado de salud de esos individuos.

#### *Aspectos morales sobre el uso de la PrEP*

Aunque a primera vista la PrEP asemeja una especie de alivio contra el VIH, no hay duda de que su consumo ha generado valoraciones que se contraponen a su uso, incluso dentro de los mismos HSH y MT. Las personas que deciden optar por la PrEP enfrentan valoraciones sociales por parte de éstos, quienes les asignan apelativos tales como “promiscuos” o “truvada whore”, que desvalorizan y avergüenzan a los usuarios (Belluz, 2014), ya que, como se detalló en el capítulo uno, implícitamente se retoman actitudes del pasado, en el que las personas evitan la información y consejería por miedo a ser juzgadas.

Paradójicamente, Eaton *et al.* (2017) evidenciaron que quienes vierten tales opiniones son los mismos sujetos que se vinculan a un alto índice de conductas de riesgo. Al respecto, Gallagher *et al.* (2014) constituyeron una muestra de 629 hombres, quienes admitieron consumir drogas recreacionales y tener múltiples encuentros sexuales. A estas personas se les evaluó conforme los criterios adoptados por el estudio iPrEX, en el que se contemplan: 1) desconocimiento del estatus serológico para VIH; 2) contacto sexual sin uso de preservativo; 3) prácticas sexuales anales con tres o más hombres; y 4) actividad sexual a cambio de la remuneración económica, mercantil o en especie. Con base en ello, los resultados arrojaron que el 80.3% de los encuestados calificaba para participar en dicho estudio, sin embargo, el 78% de ellos no se identificaba como candidato para el uso de la PrEP. Es evidente que, al igual que ocurre con otros métodos profilácticos, no todas las

personas convendrán en hacer uso de la PrEP, pero resulta necesario estar informados de su existencia con el fin de generar políticas y programas públicos cuyo sustrato se fundamente en el respeto.

Este principio no atañe exclusivamente al ámbito personal, constituye también el fundamento que determina las teorías de justicia, entre ellas la de Rawls (en Dieterlan, 2015). De acuerdo con este autor, es a partir del respeto hacia sí mismos que los ciudadanos adquieren un sentido de su propio valor como personas morales, lo que permite ejecutar los distintos proyectos individuales. El respeto como condición inherente a todos los seres humanos es un elemento inalienable al bienestar, por tanto, no solamente atañe a un individuo, sino que configura a su vez el trato hacia con los otros. En palabras de Levinas (en Callabed, 2010):

La cercanía hacia el otro no es para conocerlo, sino para mantener una relación ética en el sentido de que el otro me afecta y me importa, por lo que me exige que me encargue de él, incluso antes de que yo lo elija. ( )

El respeto, según Faden y Powers (2006), faculta a que los individuos se vean a sí mismos como moralmente iguales a los demás y como fuente independiente de demandas morales basadas en la dignidad y el valor. Un oprobio al respeto del otro genera una falta hacia quien lo comete, sin dejar de tener esta consideración para sí mismo. Esta situación dilucida las conductas que prevalecen en los distintos quehaceres públicos, pues, como señalan los autores, este tipo de descuidos originan violencia y tratos discriminatorios por el hecho de pertenecer a un grupo (por ejemplo, los HSH usuarios de la PrEP), género o clase social.

Hasta aquí se han abordado las aristas que sostienen a la PrEP como una alternativa, sin embargo, cobra relevancia también en el aspecto individual. De acuerdo con la definición propuesta por la OMS (2018), la salud sexual es:

El estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere de un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. ( )

Tomando esta premisa como referencia, no se puede garantizar que tal aseveración se efectúe en su totalidad entre los HSH. En primer lugar, porque al escudriñar el significado del bienestar dentro de una óptima salud sexual, quedan al descubierto consideraciones

que dejan de lado los cuatro pilares a los que se alude. Igualmente, al expresar que se debe promover un enfoque positivo y respetuoso con la posibilidad de garantizar experiencias placenteras y seguras, salta a la vista una discrepancia, sobre todo si se contrasta con la inscripción de la PrEP dentro del marco preventivo.

Esto quiere decir que, si la salud sexual es una condición inherente de la salud, la cual a su vez responde a un derecho universal, se entiende, como afirma el director de ONUSIDA, Michel Sidibe (en Greenhalgh, 2018), que los derechos humanos son universales, por lo que no se puede excluir a HTS, homosexuales, HSH, personas transgéneros, UDI. A razón de ello, ha de prestarse una consideración basada en los principios de equidad y justicia que satisfagan los intereses de todos aquellos que se rigen bajo este derecho.

Con esto en mente, la discusión sobre la PrEP no puede enfocarse en ideas preconcebidas en las que se estipula que los HSH recurren a ella solo a partir de conjeturas por la asociación social que se tiene en torno a sus conductas sexuales. Independiente de los riesgos potenciales que puedan derivar del contacto con múltiples parejas sexuales, es un hecho que hoy en día ocurren este tipo de prácticas, pues se dispone de redes sociales o aplicaciones que facilitan este tipo de encuentros sociales; ergo, no puede obviarse la repercusión que ello implica dentro de los temas que a la salud pública conciernen.

Tras el reconocimiento de la prevalencia de ciertas patologías o condiciones vigentes, se generan programas orientados a restaurar o compensar el estado de salud. Esto se ilustra en las diversas campañas para disminuir el sobrepeso, la obesidad, para la detección oportuna de tumores malignos de mama o el consumo de tabaco. Por ello, es necesario que la visión y el actuar de los deberes concernientes a la salud pública no se vean afectados por las valoraciones morales que se atribuyen a ciertos padecimientos (VIH) o temas que pertenecen al cuidado de su salud. Por el contrario, se deben analizar las normas y ponderaciones que rigen a nuestra sociedad, particularmente cuando algunas de estas se extienden al ámbito clínico y trascienden al rubro sanitario.

### 3.1. Análisis de referentes empíricos: sexualidad

La primera categoría que se analizará en este último capítulo corresponde la sexualidad, tópico que surge de los referentes empíricos y que, a su vez, se relaciona estrechamente con el tema de la PrEP.

La sexualidad es una condición inherente del ser humano que, a su vez, trastoca distintas áreas del conocimiento, generando así respuestas sobre cómo se aprende, expresa y vive la sexualidad, tanto en el plano individual como en su extensión dentro de una sociedad. Asimismo, dentro de dicha categoría surgen tres subcategorías: 1) prácticas sexuales, 2) preservativo, y 3) campañas preventivas.

El objetivo de este apartado es analizar tales consideraciones para comprender el nexo que ha permeado en el imaginario actual, del cual se desprenden aspectos que configuran parte de su ejercicio. En la primera parte, se ahonda sobre el papel de la responsabilidad que adquieren los individuos y el Estado para garantizar una óptima salud sexual, así como la relevancia que adquiere la PrEP en las distintas prácticas actuales. Posteriormente, se aborda la existencia de una vía profiláctica que, hasta la fecha, ha sido la referencia hegemónica para la prevención de las ITS; sin embargo, ante la exposición de los argumentos referidos por los entrevistados, es necesario ponderar los beneficios y límites que se suscriben en torno al preservativo. Finalmente, la última consideración a tratar versa sobre la realidad que acontece en México en torno a las campañas preventivas, evidenciando la relevancia que estas adquieren en la erradicación de las ITS.

#### *Prácticas Sexuales*

Como se describió en el primer capítulo, el ejercicio de la sexualidad se enmarca en un contexto específico, siendo la era digital la que prima en esta investigación, puesto que trastoca directamente a los entrevistados. En relación con lo anterior, hoy se cuenta con elementos (conocimientos o artefactos) que facilitan y resuelven los quehaceres cotidianos que, a su vez, poco a poco se han interiorizado en la vida de las personas.

Evidentemente, el acceso o la disposición de estos no es igual en todos los estratos socioeconómicos, por lo que debe evitarse caer en falsas generalizaciones, amén de evitar sesgos sobre los contenidos de la información. Sin embargo, es necesario acotar que, para los actores implicados dentro de esta investigación, resulta imprescindible su discusión.



Este orden de ideas adquiere una mayor importancia, puesto que a raíz de la innovación tecnológica las interacciones sociales se han modificado. Actualmente, para establecer contacto con otros personajes basta con descargar alguna de las distintas aplicaciones sociales disponibles y entablar comunicación con quien tenga las características más afines al usuario, incluyendo también las de índole sexual, Las cuales, como relata un entrevistado, juegan un papel importante en su día a día:

¿Conoces las *apps* de ligue? Son como nuestro instrumento de trabajo... de vida (risas). Todos los caminos convergemos [sic] en... las aplicaciones. Las dinámicas que tenemos los gays para socializar... o sea, todo gira alrededor del sexo, tú sales y te gusta alguien de allá afuera; pues te lo llevas inmediatamente (U1).

Habrá quienes no comulguen con estas nuevas tendencias, pero la realidad es que no se puede negar el poder que adquiere dentro de la vida social de algunas personas. A partir de ellas se forjan nexos que responden a una cultura de consumo vigente en las sociedades actuales, en donde priman las soluciones rápidas y satisfacciones fugaces que no requieren de esfuerzo ni inversión alguna, garantizando su devolución si no cumplen con las expectativas planeadas. Jarvie (en Bauman, 2003) las denomina “relaciones de bolsillo” porque pueden ser guardadas para cuando se necesiten, o bien, simplemente ser descartadas o cambiadas por otras de cualidades similares sin que ello albergue compromiso alguno.

Sirva lo anterior para señalar que toda persona es libre de buscar aquello que le cause placer y complemente su bienestar, pero es preciso destacar que esa misma búsqueda reconoce a un sujeto facultado para deliberar sobre las acciones que realiza y lograr así sus fines propuestos. Este proceso evidencia una capacidad de análisis intelectual superior, ya que es posible distinguir entre necesidades y deseos inmediatos, por lo cual puede no solo optar por una u otra conducta, sino también responder por las consecuencias que derivan de ella. La responsabilidad que acompaña a ese acto deliberativo da pie a una discusión sobre la atención sanitaria de todos aquellos que, a sabiendas de los riesgos que generan ciertas elecciones o conductas, eligen continuar con su práctica.

A primera vista resulta sencillo deducir que lo idóneo sería evitar aquellos comportamientos que probablemente menoscaben la salud en un futuro, mas no pueden establecerse tales conjeturas como norma, pues contravienen al principio de autonomía de las personas. Asimismo, al adoptar tales afirmaciones se corre el riesgo de caer,

nuevamente, en discursos que enaltecen o vapulean el ejercicio individual de la sexualidad. Sobra decir que el derecho a la salud no puede ser negado en ninguna circunstancia, por lo que no es posible dejar al margen a quienes no se rigen por los estándares esperados.

En relación con ello, Segall (2014) plantea un escenario en el que dos personas (un fumador crónico y un atleta) recurren a la seguridad social para ser atendidos por la misma patología. En virtud de sus hábitos libremente elegidos ¿el trato debería ser igual para ambas personas? Dentro del paradigma igualitario resultaría condenable que ambos no tengan las mismas consideraciones a nivel de la atención sanitaria, pero tal y como lo refiere el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el más alto nivel posible de salud física y mental depende de las condiciones biológicas y socioeconómicas de los sujetos, así como de los recursos con los que cuente cada Estado. Exentando las dimensiones correspondientes a este último, el Estado no puede responder por atribuciones genéticas o inmunológicas que alteren la salud del individuo, incluyendo también las derivadas de hábitos cuyas consecuencias alteren su integridad.

Es evidente que este derecho no se limita por las conductas de sus propietarios, pero sí apela a la responsabilidad que contraen los individuos al disponer de los bienes, servicios y prestaciones que concedan el mayor estado de salud. Igualmente, queda claro que al ser la salud una consideración necesaria para el desarrollo del ser; esta no puede atenderse como castigo o premio acorde a las elecciones adoptadas. Por consiguiente, la incorporación de la PrEP no puede concebirse a razón de juicios valorativos de quienes opten por su uso, pues ello conlleva a una condena moral sobre sus acciones y, más aún, sobre su sexualidad. Sin embargo, arguyendo a la responsabilidad como eje rector para la instauración de la PrEP, podría afirmarse que, al tratarse de una vía de prevención, ésta admite la existencia de dicho principio. Condición que se refleja en el testimonio de un entrevistado:

Necesito usar PrEP porque no me quiero infectar. Me parece más responsable estar tomándome una pastilla en la mañana, y después... tener sexo en la tarde. Es más responsable de mi parte, porque de esa manera estoy seguro de que no voy a contraer la infección por VIH. Hemos [sic] personas que estamos conscientes de lo que es el VIH, y que no queremos infectarnos, y, por ende, te programas para tomarte tu medicina (U2).

Esta respuesta deja en claro el acto deliberativo que surge tras la decisión de tomar el fármaco como profilaxis, reafirmando así la responsabilidad que adquiere el usuario. Sin embargo, por encima de eso se vislumbra otro aspecto: el compromiso, situación que implica no solo preocuparse por sí mismo, sino también por terceros. Esto se traduce, de acuerdo con Faden y Powers (2006), en el sustrato que configura una sociedad basada en la justicia y trato equitativo.

### *Preservativo vs la PrEP*

Se sabe que el VIH, al igual que otras ITS, puede prevenirse mediante el correcto uso del preservativo, o bien, adoptando medidas como la abstinencia sexual o la monogamia. Aunque estas últimas se incluyen dentro de la gama de posibilidades para evitar el contagio, en la práctica actual se encuentran superadas. Para muestra, basta observar los reportes actuales, en donde se estima que el 90% de las mujeres en México adquieren VIH a través de una relación monógama estable (Lugo, 2015). Esta misma aseveración se constata con la declaración de un entrevistado:

El VIH no necesariamente llega a las personas que andan de promiscuas, como ellos dicen, el VIH está llegando a través de su pareja primaria, del esposo, de la esposa; en su propia cama (U2)

Anteriormente se mencionaron los lineamientos propuestos por ONUSIDA en relación con el preservativo, en los que se señala que éste ha de ser gratuito o de bajo costo. A primera vista, la existencia de esta norma puede resolver parte de los temas que atañen a la salud sexual, es decir, aquellas situaciones ligadas a las ITS; sin embargo, aunque es reconocido por una gran mayoría de la población, no todos hacen uso de él. Los discursos públicos hacen una apología al preservativo, considerándole como la apoteosis para prevenir el VIH, pero las autoridades no contemplan las consecuencias que esto ha generado, siendo el “hartazgo” el epítome de su desuso. Tales aspectos quedan plasmados en la respuesta de un entrevistado, quien señala:

No estoy diciendo que este a favor de que cojas sin condón ¡no! Yo a todo mundo le digo, mi recomendación es que lo hagas con condón, pero... desafortunadamente mi generación –yo nací en el 78– entonces, es una generación harta de usar el condón. Ya está harta, ya están hartos. (U2)

Esta opinión es compartida por otro usuario que refiere:

Hay un hartazgo del condón... o sea, existiendo otras opciones porqué limitarse al condón ¿no? o sea, el condón puede ser candado. (U3)

El hastío referido puede no ser -en primera instancia- una razón suficiente para otorgar la PrEP en México, sin embargo, al reparar en las consecuencias secundarias habría que reflexionar si esas aclaraciones forman parte del común denominador entre la mayoría de los HSH. De ser cierto, los efectos posteriores al desuso del preservativo por argumentos similares conllevarían al riesgo de un incremento en las tasas de incidencia de VIH, haciendo que la epidemia ya no se centre únicamente en los llamados grupos de riesgo, sino que su extensión dejaría expuesta al grueso de la población mexicana. Por consiguiente, la PrEP resulta una buena medida para proteger a terceros, tal y como lo señala un entrevistado:

Tú proteges a los que no lo tienen [VIH] por esta vía del PrEP, pero a la vez, estás protegiendo al otro, porque entre más indetectables tengas, mayor protección poblacional tienes. Es como una cascada de protección que estás utilizando indirectamente (U1).

Se puede argüir que ese tipo de afirmaciones no son razón suficiente para otorgar la PrEP en México, en especial cuando son los HSH quienes optan por conductas que los sitúa en riesgo de adquirir VIH, por lo que, derivado de sus elecciones, no es justificable destinar una parte del presupuesto a este tipo de prevención cuando libremente pueden evitar incurrir en tales prácticas.

Este señalamiento puede ser válido en tanto se apliquen los mismos criterios al resto de las medidas profilácticas existentes. Piénsese en aquellas personas que, por motivos de interés personal, viajarán a algún país africano o sudamericano. Por disposición oficial de la NOM-036-SSA2- 2012 (*Para la Prevención y Control de Enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, sueros, antitoxinas e inmunoglobulinas en el humano*) se exige la vacunación contra la fiebre amarilla. Dado que es un escenario semejante a la aseveración descrita, es cuestionable pensar si debería aplicarse dicha vacuna, en especial porque son las mismas personas quienes, al decidir viajar, quedarán expuestas al riesgo de contraer dicha patología.

Por otra parte, secundario a la aplicación de esta vacuna, pueden derivarse efectos secundarios transitorios mínimos como fiebre, cefalea y malestar general u otros de mayor gravedad –relacionados con la afectación hepática o cerebral, anafilaxis o falla orgánica–.

Asimismo, se ofrece una eficacia del 90 al 99% de efectividad, por lo que existe una mínima posibilidad de contraer la enfermedad (OMS, 2018).

Todas estas características son comparables con el uso de la PrEP. De igual forma, en términos generales, la PrEP no difiere de la vacuna, dado que ambos se brindan en función de la prevención y el placer de sus usuarios; pero, a diferencia de la PrEP, la profilaxis para la fiebre amarilla no conlleva un dilema bioético puesto que no involucra el tema de la sexualidad. Por consiguiente, se puede inferir que los discursos públicos continúan moralizando el ejercicio de la sexualidad.

Paralelo a estos planteamientos, dentro del ejercicio de la sexualidad es posible encontrar la existencia de medidas como los contraceptivos hormonales, los cuales, si bien únicamente previenen un embarazo no planificado, no eliminan el riesgo de contraer alguna ITS. Esta situación esclarece que, ante todo, ciertas condiciones son más aceptables, incluso cuando vulneran la salud sexual de las personas, pues estas no albergan juicios morales sobre su uso.

Sobra decir que no se pretende juzgar la presencia de estas medidas anticonceptivas, las cuales, dicho sea de paso, resultan necesarias dentro del quehacer práctico de las mujeres. Por el contrario, se busca reivindicar una concordancia en los discursos oficiales emitidos; pues a simple vista éstos dejan entrever que solamente ciertos individuos pueden adquirir alguna ITS, al mismo tiempo que le delegan la completa responsabilidad de la concepción a la mujer.

### *Campañas de prevención*

Sirvan estas dos subcategorías para dar paso a otro de los hallazgos enunciados por los referentes empíricos, los cuales, a su vez, sostienen la ejecución de las medidas para la profilaxis y el cuidado de la salud sexual: las campañas de prevención.

Para que una intervención sanitaria funcione correctamente, debe conjuntar tanto las acciones biomédicas como los aspectos socioculturales que inciden en la adopción de ciertas conductas que coadyuvan al desarrollo de una determinada patología. Por ejemplo, en Estados Unidos se logró reducir hasta en un 50% la enfermedad coronaria al combinar providencias biomédicas (quirúrgicas o farmacológicas) con la eliminación de factores de riesgo (tabaquismo) (Buchbinder y Liu, 2011).

Así pues, la medicina en México debería dirigir sus esfuerzos, no solamente en el aspecto curativo, sino también en la parte preventiva. Con ello, como apunta De Loza (1979), se alcanzarían beneficios extraordinarios en la calidad de vida de los ciudadanos, la productividad y la fuerza de trabajo; disminuyendo, por consiguiente, gastos en la atención sanitaria.

Cabe aclarar que, en materia de sexualidad, hay una limitada participación del aspecto preventivo. De acuerdo con el portal electrónico del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2018) se señala que parte de los discursos políticos y de comunicación del sexenio pasado (2012-2018) se abocaron en retrasar el inicio de la vida sexual de los adolescentes, el uso de la metodología anticonceptiva y el fomento del proyecto de vida.

Si esas son las directrices que guían las campañas de prevención en México, es imperioso hacer un cambio en el contenido de éstas, puesto que resultan insuficientes para la realidad vigente; es decir, no se pueden crear discursos cuyo objetivo se centre en el aplazamiento de la vida sexual porque es una decisión que compete al individuo y no al Estado, el único deber que este último tiene es otorgar las herramientas e información correspondiente para que sean los jóvenes quienes, libremente, decidan sobre su ejercicio. Aunado a ello, más allá de las valoraciones morales de ciertos sectores sociales, se requiere informar abiertamente sobre todo lo que atañe a la sexualidad, obviando argumentos que resultan contraproducentes puesto que la catalogan como “algo malo, que mucha gente, aunque no sea muy consciente, piensa que el sexo es algo pecaminoso, culpable y demás” (U3).

Esta última premisa trae como consecuencia que no se usen o se desconozcan los métodos para la prevención de las ITS y los contraceptivos; tal afirmación se corrobora con estudios realizados en donde 30% de los encuestados refirió no usar preservativo durante su primera relación sexual, mientras que un 65% no empleó algún anticonceptivo (Hurtado y Olvera; 2017).

En relación con lo descrito, la PrEP puede resultar una vía para evitar la infección de VIH, sin embargo, requiere se acompañe de otras medidas en las que se incorporen los patrones socioculturales actuales, con la educación como principal fuente para lograr la consolidación de su prevención. De lo contrario, puede interpretarse como otra medida más, cuya responsabilidad únicamente compete a quien opte por usarla. En palabras de un participante entrevistado:

La PrEP es prácticamente decirte tú como individuo tienes la responsabilidad de la salud. Les estás diciendo tú tienes la responsabilidad de cuidarte y cuidar a la demás población y entonces como Estado te deslindas; cuando deberíamos de estar trabajando de manera bilateral, o sea, tanto estas acciones individuales como las acciones colectivas (U1)

Paralelo a la existencia de una medida como la PrEP, es necesario incorporar campañas de prevención que enfatizen la importancia de otras situaciones que ponen en riesgo la salud sexual de los individuos. Cabe resaltar que dentro de los quehaceres prácticos no existen campañas de prevención dirigidas a grupos o padecimientos específicos relacionados con el VIH, como queda plasmado en la contestación de un participante:

En pleno 2018... no hay ni una sola campaña que... no hay un solo político que esté mencionando el tema de VIH... no hay... ¿cuándo escuchaste hablar de un puto político que hable de VIH? (U2)

Esta afirmación se corrobora con la denuncia realizada por la asociación civil *AIDS Healthcare Foundation* (AHF, por sus siglas en inglés), en donde se expuso que desde hace cuatro años el gobierno mexicano no ha realizado campañas para la prevención del VIH (Xantomila, 2018). Sobra decir que, ante la ausencia de vías que informen sobre lo que ocurre en materia de VIH, es poco probable que dejen de aparecer nuevos casos, lo que aleja al país de las metas decretadas en el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, en donde se propone poner fin a la epidemia para 2030 (ONUSIDA, 2018).

### 3.2. VIH y PrEP

Como se ha descrito a lo largo de esta investigación, el VIH entraña un bagaje sociocultural del que, hasta hoy, resulta casi imposible prescindir. Empero a las particularidades que subyacen al VIH, la categoría que se analizará en este apartado guarda estrecha relación con el uso de la PrEP entre los sujetos entrevistados. A partir de ello surge una subcategoría cuya relevancia invita a la discusión sobre la inclusión de la PrEP en México, particularmente dentro de las competencias que atañen al rubro de la salud pública.

Partiendo de esta dimensión colectiva es necesario reflexionar sobre cómo se percibe el VIH por encima de las distintas ITS, con el fin de comprender la importancia que cobra la PrEP en la vida de algunas personas. Finalmente, derivado de los argumentos previamente expuestos, se ahonda en la incorporación de la PrEP como una vía encaminada al bienestar de sus usuarios.

#### *Comparativa del VIH con otras ITS*

Producto del imaginario colectivo, el VIH ha adquirido distintas connotaciones, en su mayoría de carácter negativo. Ciertamente es que el alcance actual de la epidemia dista de las altas tasas de mortalidad iniciales, pero su presencia sigue evocando viejos recuerdos de incertidumbre y temor que se vieron reforzados por los medios de comunicación. Al respecto, uno de los usuarios señaló:

Desde los ochenta no era VIH, era sida ¿cómo eran las campañas? ¡No! No te sientes ahí, porque ese está sidoso. No, no uses ese vaso porque ese tiene sida. Así eran las campañas de publicidad (U2)

Fruto de las intervenciones de aquella época, se gestaron ideas que aún perduran e impactan dentro de la sociedad mexicana, cuyo resultado queda plasmado en el testimonio de los tres participantes:

La enfermedad [VIH] la tenemos como algo no querido, como algo que te va a dar de por vida. Yo... ¿no te estoy diciendo que no lo quiero? ¡Y tengo doctorado! (risas). No quiero tener VIH. O sea, sí, hay todavía por ahí este pedo existencial de la enfermedad como algo no querido. Puedo estar muy trabajado y ser activista y así, pero en el fondo, por más aceptado, aún me genera cierto temor. (U1)



Algunas personas me dicen <<el VIH ya no me mata>>. No, no te mata, pero la muerte social va a seguir y seguirá bien fuerte. (U2)

La idea de tener una enfermedad pues... por toda la vida no es algo deseable ¿no? Hay un gran estigma en torno al VIH en el que no importa que uno conscientemente sepa que no te va a matar, es un estigma social que está instruido ¿no? Te hablan del VIH y te lo presentan como algo, pues algo terrible. (U3)

Como puede constatarse, estas tres respuestas comparten atributos semejantes que derivan del influjo sociocultural que al VIH se le ha conferido.

Aunque estas realidades aquejan el día a día de muchos individuos, los planteamientos dirigidos a la justa resolución de la PrEP para su instauración deben tener un sustrato ético que las avale. Así pues, de acuerdo con Rawls (en Echeverry y Jaramillo, 2006), no es posible determinar un programa público basado en las inclinaciones o deseos de las personas, ya que la justicia –que es de carácter imparcial– se encuentra por encima de estos atributos, es decir, las personas no pueden favorecerse a expensas de los otros.

Esas necesidades, a las que Rawls (en Ferrer, 1997) denominó bienes primarios, han de ser distribuidos de manera igualitaria entre las personas. Aplicando dicha noción al tema de la PrEP, tal medida no podría ser justificada puesto que implicaría una injusticia al conceder mayores libertades a un determinado grupo. Sin embargo, una de las inconsistencias que se le reconoce a la propuesta de Rawls es que estos bienes no siempre pueden aprovecharse de la misma forma por aquellos que escapan a las condiciones en que se espera sean recibidos; es decir, supone que todos los individuos se encuentran bajo las mismas circunstancias, ya sea de carácter ambiental, genético o fisiológico, por mencionar algunas. Bajo este argumento, la PrEP puede ser incorporada puesto que concede a sus usuarios beneficios similares a quienes no viven constantemente con el temor de adquirir VIH.

Asimismo, cabe resaltar que el VIH, a diferencia del resto de las ITS, adquiere un significado doble, puesto que continúa arrastrando un legado de connotaciones morales negativas enfocadas especialmente hacia aquellas poblaciones a quienes, históricamente, se les ha restado visibilidad y mostrado rechazo público, particularmente por parte de sectores conservadores. Para dar un ejemplo, basta comparar las movilizaciones de 1989, en las que organizaciones civiles se posicionaron “a favor de los valores nacionales y de rechazo a la promoción del condón por parte de la Secretaría de Salud” (El Día, 1989). Años más tarde, en 2016, propugnaban en sus manifestaciones la reivindicación de los “valores”

y el reconocimiento de la llamada “familia tradicional” con el objetivo de defender los “valores” y la “familia natural” (FSSP, 2016).

Otra cuestión que diferencia al VIH de otras ITS se relaciona con la terapéutica y la cronicidad que tiene este padecimiento. Cierto es que la terapéutica destinada al resto de las ITS suele ser altamente efectiva para eliminar los agentes causales de la enfermedad, pues como refieren dos participantes:

Si me da gonorrea, una inyección de penicilina súper dolorosísima; si me da sífilis, otra inyección y hasta ahí queda. Si te da herpes, pues sí es más largo, pero vas a curarte en determinado momento. Ahora, hepatitis C, ya hay tratamiento accesible, que es como un pedo acceder a él, pero ya está y en seis meses estás curado. (U1).

Las otras [ITS] no dan tanto temor porque... porque se controlan con facilidad. Las erradicas con mucha facilidad relativamente. La gonorrea, la sífilis; ahora ya no es como antes, ahora ya hay tratamiento que son muy, muy buenos para erradicarla. (U2)

Cabe aclarar que para que tales señalamientos sean válidos, se esperaría que los sujetos se realicen pruebas serológicas para la detección oportuna de las ITS, puesto que algunas patologías –como la sífilis– suelen alternar períodos de actividad con fases de latencia prolongada (Domínguez y Díaz; Facultad de Medicina, portal electrónico); de lo contrario, con un diagnóstico tardío se enfrentará a escenarios cuya gravedad disminuye significativamente la calidad de vida. De igual forma, estas aseveraciones asumen que, de cierto modo, las ITS forman parte de la cotidianidad de las personas, por lo que se tiende a normalizar su presencia, lo que contraviene con el aspecto preventivo que se enmarca en el contexto de la salud sexual de sus usuarios. Esto en sí, implicaría otro dilema más, puesto que se tendría que destinar un mayor presupuesto para tratar de subsanar esos padecimientos emergentes, lo que posiblemente conllevaría a limitar o excluir otras necesidades sanitarias.

Pensando en esta situación, Montaña *et al.* (2018) realizaron un estudio entre 183 participantes con el objetivo de dilucidar si, ante el empleo continuo de la PrEP, los usuarios reportaban elevados índices de ITS. Los resultados no fueron concluyentes puesto que, aunque documentaron un notable número de casos no se podía afirmar con exactitud si estos tenían una relación directa con la PrEP o bien, al estar sometidos a un escrutinio periódico, se diagnosticaron aquellas ITS que hasta entonces habían permanecido asintomáticas. Esta evidencia es compartida a través del testimonio de un entrevistado:

No creo que el número [de ITS] aumente, o sea, que el número aumente significativamente por el uso de PrEP, yo creo que; creo que sigue más o menos igual. No sé, no tengo los datos para afirmarlo, pero, bueno, al menos en mi caso; desde que estoy en PrEP, al menos no me he contagiado de otra ITS. Lo digo a partir de mi experiencia ¿no? (U3)

Verdad es que una sola persona no alcanza a ser una muestra representativa, pero tampoco se puede desechar la idea de la PrEP so pena de argüir que sus usuarios incurrirán en un mayor índice de conductas de riesgo. En ese mismo tenor vale la pena recordar que quienes recurren a la PrEP es porque dentro de sus prácticas sexuales no siempre emplean preservativo, tal como acota un entrevistado “O sea, si usara cien por ciento condón [sic], yo no hubiera tomado PrEP” (U1). Esta circunstancia se reafirma con la participación de otro de los interesados:

Yo creo que la mayoría de las personas incurre en prácticas de riesgo. A su vez, tienen un uso irregular del condón por diversas razones, ya sea por el contexto en el que están teniendo relaciones o porque les gana la calentura (risas) o por muchas razones posibles ¿no? (U3).

Corolario a ello, es posible asumir que el diagnóstico de nuevos casos de ITS puede aparecer, puesto que habrá quien considere que, como efecto secundario a la PrEP, habrá una mayor desinhibición sexual con el consiguiente aumento de prácticas de riesgo y, a su vez, un mayor registro de otras ITS (Barreiro, 2018); mas debe contemplarse también que son esos mismos consumidores quienes se encuentran en continua vigilancia sobre las condiciones que merman su estado de salud. Uno de los coordinadores responsables señaló que esta noción es uno de los obstáculos a los que se enfrenta la PrEP en México:

De pronto te encuentras esa idea de cómo les vas a dar un medicamento a los hombres que tienen sexo con hombres, si ya de por sí son súper promiscuos; y entonces, van a ser más promiscuos. Es luchar contra esa postura moralina que muchos llegan a tener ¿no? Y que creo, tiene que ver más bien con la ignorancia de lo que es la PrEP. (A1)

Dado que es imposible asegurar con certeza que este tipo de patrones pueden –o no– suscitarse entre los usuarios de la PrEP, no se puede aludir a estos argumentos para descalificar su incorporación a los esquemas de prevención actuales; por el contrario, este tipo de estamentos caen nuevamente en aquellos estereotipos que estigmatizan a los HSH.

En relación con lo descrito, los CDC (Ryan, 2017) realizaron un modelo matemático, cuya meta consistía en determinar la tendencia sobre la incidencia de otras ITS entre aquellas personas bajo el esquema de la PrEP. El resultado arrojó que antes de usar esta profilaxis, en una población de 10 mil HSH se encontraron 420 casos de gonorrea y 660 de clamidia; mientras que, con la introducción de la PrEP, en un período de diez años disminuyeron hasta en un 42% los reportes de gonorrea y un 40% en los de clamidia.

Con todo ello, podría pensarse que la PrEP actúa como un catalizador que fomenta el aspecto preventivo de la medicina, mas puede llegar a pensarse que tal medida se encuentra lejos de ese objetivo, pues se podría asumir que el tema del VIH se encuentra superado. En su momento, Moya (1989) describió que “cada vez se le tiene menos miedo a la hasta ahora mortal enfermedad, lo cual hace que aumente su incidencia” (p. 7), por lo que con la PrEP pueden resurgir este tipo de aseveraciones. Sin embargo, también es posible que se abran espacios dentro de las agendas públicas para incorporar temas relacionados con la sexualidad humana.

Con ello se lograría que el VIH ya no se conciba como una enfermedad propia de un solo sector de la población y se generarían resultados benéficos en todo aquello que se circunscribe a este padecimiento, pues incluso hoy en día se siguen presentando situaciones en las que personas seropositivas son discriminadas.

Al respecto dos de las personas consultadas expresaron:

Supé de una persona que recién vive con VIH, lo invitaron a tomar un café a casa de uno de sus amigos ¡Fíjate! De uno de sus “amigos”. Se fue, y la taza, la taza donde él tomó café la tiraron. (U2)

Tuve un conocido que era positivo, y por miedo nunca le dijo a nadie y nunca buscó ayuda, atención, ni nada. Era un miedo a ser discriminado, y pues eso fue terrible porque desarrolló sida y cuando, o sea, cuando sus amigos vieron que estaba muy mal lo llevaron al hospital, y ellos no sabían que era positivo ni que tenía sida y se enteraron ahí. Él estaba ya muy mal, y en poco tiempo murió (U3)

Ante la presencia de este tipo de experiencias, no resulta extraño que las personas apelen cada vez más a la búsqueda de la PrEP, pensando que ésta les resuelve las realidades que subyacen en torno al VIH; ya que, como aclaró una de las fuentes entrevistadas, “lo que más me llamó la atención, fue está sed; así de <<quiero PrEP, quiero PrEP. ¡Dime dónde!>> Como esta sensación de lo quiero inmediatamente.” (UE1). De

igual forma, cabe mencionar que tales conductas no están exentas de presentarse entre el gremio sanitario. Al respecto un usuario agrega:

Los mismos médicos ¿cómo se comportan? Ni siquiera quieren tocar al paciente... y eso... que son infectólogos, o dermatólogos... mucho menos los cirujanos... que... que saben que tienes VIH en el cuerpo, mucho menos quieren tocar (U2).

Esta cuestión deja entrever un problema de considerable magnitud, ya que expone la falta de información pertinente que requiere una pronta solución. Pensando en este escenario, el proyecto que se tiene planeado en la Ciudad de México resulta de interés, dado que, como resalta uno de los facultativos:

...tiene también un componente, una parte de comunicación muy importante; porque justo lo que demuestra la evidencia es que si tú no tienes un componente de difusión y de comunicación del programa específico, dirigido y adaptado a la población a la que quieres acercarte, jamás en la vida se van a acercar. (A1).

Si esto es cierto, la PrEP serviría de apoyo para las competencias de la salud pública, ya que, como Faden y Powers (2006) puntualizan, ésta debe detectar los compromisos y las desigualdades en la salud, atendiendo así a los individuos y los grupos que sufren una desventaja en cuanto a la satisfacción de sus necesidades, amén de garantizar un nivel óptimo de bienestar. De lo contrario, se corre el riesgo de conceder oportunidades exclusivamente a un cierto sector de la sociedad. En palabras de un participante:

Debería de disminuirse la discriminación por orientación sexual; deberían de apostarle a disminuir las desigualdades sociales que tienen las poblaciones en las que se detecta. O sea, si no tuviéramos está desigualdad, casi por ende no tendríamos el mayor número de casos de VIH en nuestra población (U1).

Al señalar que el VIH es una realidad que afecta únicamente a los HSH, deslinda la participación de otras determinantes sociales que coadyuvan a perpetuar tales conductas de discriminación y estigma en la mayoría de las personas; conductas que, afirma un entrevistado, en la práctica forman parte de los quehaceres cotidianos:

Lo vimos la vez pasada que nos reunimos aquí, se nos quedaron viendo. Hubo un señor, los que estaban acá ¿te acuerdas? ¿te acuerdas como se dieron la vuelta? Han de ver pensado estos están sidosos ¿no? (risas) O sea, bien grave. Les da tanto miedo hablar de VIH. (U2)

Aunque se esperaba que dentro de los mismos HSH esta ideología no estuviera presente, resulta obvio que no todos han podido escapar de tales estereotipos. Como ejemplo, basta leer los testimonios compartidos por dos usuarios:

Supé de una persona que recién vive con VIH, lo invitaron a tomar un café a casa de uno de sus amigos ¡Fíjate! De uno de sus “amigos”. Se fue, y la taza, la taza donde él tomó café la tiraron. (U2)

Tuve un conocido que era positivo, y por miedo nunca le dijo a nadie y nunca buscó ayuda, atención, ni nada. Era un miedo a ser discriminado, y pues eso fue terrible porque desarrolló sida y cuando, o sea, cuando sus amigos vieron que estaba muy mal lo llevaron al hospital, y ellos no sabían que era positivo ni que tenía sida y se enteraron ahí. Él estaba ya muy mal, y en poco tiempo murió (U3)

Tales valoraciones pueden extenderse también al campo sanitario, con la relación médico-paciente como ejemplo:

Los mismos médicos ¿cómo se comportan? Ni siquiera quieren tocar al paciente... y eso... que son infectólogos, o dermatólogos... mucho menos los cirujanos... que... que saben que tienes VIH en el cuerpo, mucho menos quieren tocar (U2).

En otra instancia, hay que reconocer que, si bien las investigaciones actuales de la PrEP en la Ciudad de México sirven como antesala para un posible futuro programa público, es necesario que todas los ciudadanos tengan la información correspondiente para poder decidir libremente si su empleo resulta –o no– conveniente para cada uno de ellos. Como menciona un entrevistado: “la PrEP la conocemos como algo en la ciudad, y en ciertos sectores. Hay una gran cantidad de personas que son propensas al contagio y a quienes no llega la información; no saben que existe.” (U3).

Esta afirmación se relaciona con lo descrito por Ferrer (1997), quien señaló que el VIH se concentró inicialmente dentro de la población homosexual, quienes pese a ser un grupo discriminado por el modelo normativo dominante (heterosexual) alzaron la voz y lograron posicionar su punto de vista. Sin embargo, en la actualidad el VIH plantea un reto que se sitúa no solamente en el plano de la justicia, sino que involucra también el aspecto de la solidaridad, en especial entre aquellos grupos que no alcanzan a ser escuchados, como son los consumidores de drogas inyectables o las mujeres hispanas y afroamericanas. Es a estos últimos sectores a quienes la inclusión de la PrEP también les resultaría beneficiosa.

### 3.3. La PrEP en México: análisis desde los referentes empíricos

En términos generales, Beauchamp y Childress (2002) señalaron que el principio de justicia alude a un trato equitativo según lo que es debido a cada persona; ello implica que ha de corresponderse con un trato igualitario entre todos los sujetos. Así pues, en el caso de la PrEP habría que discernir si tal medida ha de financiarse públicamente, aun cuando existen otros padecimientos que requieren una atención apremiante; de igual forma, es posible cuestionarse si dicha intervención habrá de otorgarse a todos los individuos por igual o dar prioridad a aquellas poblaciones que se consideren mayormente vulnerables al VIH.

Dichos planteamientos dan paso al último apartado de este capítulo, donde se analizarán tales consideraciones a la luz de principios como el de justicia y responsabilidad. Con esto en mente, la categoría que aquí se expone gira en torno a la PrEP en México y aborda a su vez dos subcategorías que se encuentran en torno a este tipo de profilaxis: la configuración que se establece para su acceso y la instrumentalización para llevarla a cabo.

#### *Acceso a la PrEP en México*

Tunnerman (en, 2016) se refiere a la equidad como un principio que conlleva al planteamiento de objetivos con el fin de alcanzar una sociedad más justa, en donde se consideren las diferencias existentes entre los individuos y los grupos. Partiendo de esta aseveración, es comprensible la existencia de criterios mundiales (ver Tabla 1) que orienten el uso de la PrEP; sin embargo, estas directrices han de ser cuestionadas dentro del contexto mexicano, en primera instancia porque su uso queda limitado en función de la institución que otorgue la profilaxis –pues algunas únicamente incluyen a HSH o se extienden también a las MT–; en segundo lugar, se ha de reflexionar sobre el tiempo que se prevé para brindar la PrEP, puesto que, al tratarse de investigaciones experimentales, su término hace que los participantes se encuentren propensos a mayores riesgos de contraer VIH.

Derivado de la primera consideración, es necesario acotar que en la actualidad existen dos instituciones públicas que otorgan la PrEP en México. Una de ellas es parte de un proyecto tripartito en el que participan países latinoamericanos como Brasil, Perú y México; siendo el primero el responsable directo de su ejecución. La segunda entidad también es de corte público y su finalidad se centra específicamente en la investigación clínica. Asimismo, cada uno de los establecimientos aplica una serie de lineamientos para

el cumplimiento de sus respectivos proyectos. A continuación, se enlistan tres características internas de cada entidad responsable:

	<b>Institución A(A1)</b>	<b>Institución B(A2)</b>
<b>Total de la muestra</b>	Se está proyectando, más o menos, un número de tres mil participantes.	Son casi ochenta, como setenta y siete; más o menos. De repente, algunos se van; algunos sí desaparecidos que les hablo y ya nosé dónde están. Así activos, ahorita, son como cincuenta.
<b>Duración del proyecto</b>	Inicialmente son tres años, pero el plan es crear una sostenibilidad [sic] de la PrEP, que se mantenga. Así como el hecho de que todos los días tú puedes venir aquí y tienes condones a la mano. Algo así.	Se tiene planeado para un año. Un año de seguimiento, sobre todo por recursos, las aprobaciones y todo lo que tenemos de trámite, cada persona que entre, dura por lo menos doce meses.
<b>Población de interés</b>	Específicamente a hombres que tienen sexo con hombres y mujeres transgénero.	Hombres que tienen sexo con hombres, o bisexuales.

#### *Total de la muestra*

Estas aproximaciones adquieren relevancia para la presente investigación puesto que, al ser estas dos instituciones las que permiten el acceso a la PrEP de forma regulada, entrañan consideraciones bioéticas que requieren ser estudiadas.

En primer lugar, partiendo del total de la muestra, se entiende que solamente aquellos con determinadas características podrán ser contemplados como candidatos para ser partícipes de los proyectos correspondientes. Para su selección se toman como base



los criterios de los CDC, quienes “desde el 2014, más o menos, sacaron una guía de provisión del PrEP para la población que esté en riesgo de adquirir VIH. Hay una serie de criterios que vienen establecidos de cómo y a quiénes darlos”. (RP1). Otra de las autoridades entrevistadas refiere:

En las guías de la CDC, viene en los anexos un cuestionario. Son seis preguntas que se hacen, más otras cosas que igual tú preguntas por fuera; porque ahí está un poco laxo, con diez puntos ya está la persona como candidata para darlo [la PrEP]; y en realidad, todos rebasan los diez puntos. Nosotros nos estamos yendo como al veinticinco, más otras cosas que no están valoradas en el cuestionario, pero que el participante te expone. Por ejemplo, la práctica del *fisting*, el acudir a puntos de encuentro, la parte de los encuentros casuales que tiene, las infecciones de transmisión sexual que de repente son repetidas. (RP2).

Si bien es cierto que la selección de los candidatos por medio de criterios internacionales obedece a un fundamento objetivo, es necesario preguntarse si ante un número de participantes limitado se puede seguir con tal principio. Es decir, cómo se establece la participación de una persona por encima de otra cuando ambas desean acceder a la PrEP. En relación con ello, un facultativo expresa:

Dentro de ese grupo [HSH y MT] solo se le va a ofertar y se les va a promover y proveer a aquellos que quieran; y que en realidad estén en alto riesgo de adquirir VIH. No por el hecho de que seas una mujer transgénero o que seas un hombre que tiene sexo con hombres ya automáticamente te hace merecedor; no merecedor, más bien candidato a que tomes el tratamiento. Puedes tener medidas preventivas para el VIH a través de medidas [sic] que ya se conocen, por ejemplo, el uso del condón. (RP1).

Con este señalamiento queda claro que los estatutos dictados por los CDC deben primar, mas la vigencia de estos va orientada al uso de la PrEP de forma general y no se suscriben al microcosmos de una determinada investigación. Al respecto, habría que considerar también la inclusión de las pautas éticas que se incluyen dentro del *Informe Belmont* (1979), particularmente aquella relacionada con el principio de justicia, donde se describe que “se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo” (p.).

Así pues, sobreviene el conflicto cuando ha de seleccionarse a cierto número de personas dejando fuera a otros individuos en condiciones semejantes. Uno de los entrevistados comenta que “hay una sobredemanda, creo que eso los pone en una condición grande de poder, de decirte, hay como cuarenta atrás de ti que sí la quieren [la

PrEP]”. (U1). Asimismo, dentro del *Informe Belmont* se acota que “la selección de sujetos de investigación necesita ser examinada a fin de determinar si algunas clases se seleccionan de manera sistemática por la sencilla razón de que son fácilmente asequibles, su posición es comprometida, o pueden ser manipulados” (p.). En virtud de ello, una de las autoridades responsables comenta:

Hay muchas personas de riesgo, pero este programa solo considera hombres que tienen sexo con hombres. Yo creo que, por cuestión económica y de recursos humanos, habría que enfocarse a ciertos grupos para ya después hacerlo crecer a una población más abierta. (RP2).

Este argumento podría justificar, en cierta medida, las razones por las cuales se realiza un escrutinio minucioso para seleccionar a los posibles participantes, sin embargo, da pie a otros planteamientos de igual importancia para el acceso a la PrEP; es decir, al mencionar aspectos vinculados con el aspecto económico, cabría la posibilidad de preguntarse si es posible financiar este tipo de profilaxis cuando existen otros padecimientos que también requieren ser atendidos.

Salta a la vista que, en la distribución de los recursos sanitarios, existirán dificultades para cubrir todas las necesidades, pero tales afirmaciones no pueden ser las que determinen las medidas que habrán de implementarse porque esto implicaría asumir que existen enfermedades con mayor relevancia que otras; de igual forma, penalizaría a algunos enfermos reforzando atributos asociados a determinadas patologías (en este caso, el estigma y la discriminación hacia el VIH).

Queda claro entonces que, en la práctica, la distribución de los recursos sanitarios no puede basarse en las cualidades de una enfermedad o las percepciones sociales de un grupo particular, como pueden ser los HSH. Por otra parte, retomando el ejemplo de Segall (2014), vale la pena reflexionar si ante un Estado que ofrece pocos recursos, los sujetos pueden exigir equidad en su atención, pues en un sentido estricto se reconoce que determinadas conductas guardan estrecha relación con ciertos padecimientos, por lo que, al tener constancia de los hechos, se esperarían fueran evitadas dentro del ejercicio cotidiano.

Daniels (en Ferrer, 1997) declara que, si se guía la implementación de la PrEP de acuerdo con este argumento, los factores ambientales son relevantes para la disposición de oportunidades de cada sujeto, pues en ocasiones la exposición a un determinado factor

escapa a la voluntariedad de las personas. Así, habría que considerar el escenario en que se encuentran los HSH, ya que el discurso que se maneja en la sociedad mexicana promueve, por una parte, el permisivismo sexual; mientras que, por otro lado, atribuye la responsabilidad únicamente a quienes asumen tales conductas de riesgo, mismas que entrañan aspectos culturales de las que todos son responsables.

Esto se constata cuando se tienen espacios públicos cuya afluencia permite el establecimiento de vínculos interpersonales, cuyo resultado son acercamientos íntimos entre los usuarios. En el discurso del imaginario, se espera que las personas aseguren su salud sexual mediante el uso de preservativos; sin embargo, esos mismos lugares adolecen de los insumos necesarios que coadyuvan al bienestar de sus consumidores. En palabras de un entrevistado: “en los antros debería de haber siempre condones allí, porque pues, si tú sales, los agarras con tu manita y ya” (U1).

#### *Duración del proyecto*

Retomando otra de las características internas de las entidades responsables, llama la atención que la PrEP tiene un período de vigencia variable para cada proyecto. Al respecto, cabe mencionar que una de ellas tiene planeado que el proyecto “sea un estudio demostrativo; o sea, lo que quiere decir es que es en el mundo real, queremos dejarlo ya como un servicio que se quede de manera permanente” (RP1).

Por otra parte, la segunda institución sí representa un problema mayor dado que únicamente otorga la PrEP por doce meses; aunque, como expresa uno de los usuarios “se podría extender, quizá, hasta marzo del siguiente año; pero después de eso, no sabía. Eso es un problema ¿no? o sea, que se detenga ahí, que no haya más seguimiento” (U3).

Nuevamente puede apelarse al principio de la responsabilidad como directriz que oriente las elecciones de los sujetos; sin embargo, retomando el contenido del *Informe Belmont* se alude al principio de beneficencia refiriendo dos máximas complementarias: “1) no causar ningún daño y 2) maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños” (p.). Para el caso que aquí se plantea, surge la pregunta obligada sobre qué ocurrirá con aquellas personas que han empleado la PrEP por ese tiempo y han reducido el uso del preservativo. Para responder a esta interrogante, la autoridad encargada comentó que:

Puede haber de las dos cosas. O sea, tanto que sí hayamos logrado cambiar un poco la mentalidad en el tiempo que estuvimos con ellos, porque sí se les insiste mucho en la parte del autocuidado. Yo tengo la esperanza de que sí tengan como esta idea del autocuidado más implementada una vez que termine el proyecto. Pero, bueno, también habrá otros que seguirán con sus prácticas sexuales y, pues, seguramente se lleguen a infectar, eso es una realidad. (RP2).

Esta aseveración invita a que los participantes adquieran una mayor responsabilidad para el cuidado de su salud; sin embargo, deja entrever que la única vía para evitar la adquisición del VIH consiste en modificar su comportamiento. A su vez, entraña un mensaje implícito en el que, una vez más, se moralizan determinadas prácticas sexuales y olvida que quienes optan por la PrEP lo hacen basándose en ese mismo principio. Esto se contrasta con la declaración de un entrevistado:

El uso o no del PrEP está determinado por tu historia sexual previa a ingresar. O sea, personas que tienen súper interiorizado usar condón no van a llegar a solicitar PrEP ¿no? En cambio, personas que tenemos un uso inconstante somos los que podemos considerar su uso; sobre todo los que se asumen como barebackeros y que de plano dicen <<yo nunca voy a usar el condón>>. (U1).

Al tomar como referencia lo anterior ¿cómo es posible asegurar que la consejería brindada durante el período de la investigación haya logrado modificar las conductas de los usuarios? Es decir, se busca el acercamiento a la PrEP justamente por la forma en que sus involucrados ejercen su sexualidad, en palabras de un usuario:

La gente que está promoviendo el PrEP en términos de salud pública siempre manejan el discurso de no, no hay que dejar de usar el condón. Y yo, así por dentro digo ¡ay, ilusos! No pienso que sea así. La realidad de la mayoría que usamos PrEP, más bien, de los que he conocido, sí disminuye, o deja de usar condón. (U1).

En consonancia con esta afirmación, vale la pena deliberar si se aplican los lineamientos del *Informe Belmont* en relación con la obtención del mayor beneficio y el mínimo riesgo dentro de la investigación propuesta. De igual forma, dentro de las *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos* del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS, por sus siglas en inglés) se estipula que al “reclutar a personas y grupos vulnerables, deben asegurarse de que existen protecciones específicas para salvaguardar los derechos y el bienestar de estas personas y grupos en la realización de la investigación” (CIOMS, 2016,

p.). En esas mismas *Pauta* se aclara que las personas son potencialmente vulnerables cuando “*perciben la participación como el único medio para obtener acceso a la atención médica*” (p.); o bien, “*en algunos contextos, la vulnerabilidad podría relacionarse con el género, la sexualidad y la edad*” (p.).

Queda claro que, en México, la salud es un derecho inherente a todos los ciudadanos, por consiguiente, quienes acuden a recibir la PrEP no lo hacen porque se les haya negado dicha consideración, sino que recurren a esa instancia debido a que es la única forma de garantizar una correcta ejecución de la profilaxis. Por tanto, una vez concluido el período previsto, deberá considerarse el otorgamiento de las provisiones necesarias en concordancia con las pautas éticas internacionales.

### *Instrumentalización*

Una vez señaladas dos de las particularidades de los organismos que conceden la PrEP, es momento de examinar cuáles son las consideraciones bioéticas que se desprenden de ello, en especial aquellas relacionadas con el perfil de los participantes.

### *Población de interés*

De entre de los posibles candidatos a la PrEP según los criterios prescritos por la OMS y los CDC, las instituciones mexicanas únicamente consideran como grupo de estudio a los HSH y las MT, aunque tienen constancia de la existencia de otros colectivos igualmente afectados como “mujeres transgéneros, hombres que se dedican al sexo comercial; trabajadores sexuales, mujeres. Sí hay muchas poblaciones de riesgo.” (AE2).

Lo trascendente de esta acotación es que va encaminada a la forma en que se está percibiendo la PrEP; es decir, de todos los potenciales aspirantes a la PrEP en México, únicamente se reduce la participación a dos poblaciones específicas. Se puede entender – como anteriormente señalaba una de las autoridades– que, por cuestiones económicas, en este momento no se disponga de esta medida a nivel general; pero el enfoque de estas investigaciones asegura que únicamente los HSH (o las MT según sea el caso) son quienes practican mayores conductas de riesgo, basándose principalmente en el número de parejas sexuales que estos puedan tener. Al respecto, un entrevistado señaló que una de las cuestiones que determinó su participación en la investigación fue “porque tengo muchas

parejas sexuales. Sobre todo, o sea, ellos te preguntan al mes. Digamos, en un mes, alrededor de veinte o veinticinco personas; pueden ser más, pueden ser menos.” (UE1).

Esta respuesta es compatible con el testimonio de otro usuario, quien refirió:

Me preguntaron mis prácticas sexuales, un número de parejas sexuales en promedio; si cogía con condón o sin condón regularmente. Me dijeron que formaba parte de un grupo de riesgo, de hombres que tienen sexo con hombres y que tienen una vida sexual bastante activa. (U3).

Con estos señalamientos, la instrumentalización que de momento se aplica en México adquiere relevancia para la bioética, puesto que sitúa a un determinado grupo de personas con condiciones de estigma. Como reafirma una de las autoridades encargadas, “este programa solo considera hombres que tienen sexo con hombres y bisexuales que, por sus prácticas sexuales, están en constante exposición al riesgo” (RP2).

Al argüir a este tipo de declaraciones, se entiende que quienes practican relaciones heterosexuales están exentos de adquirir VIH, reforzando de esta manera que el padecimiento en cuestión es exclusivo a ciertos actores sociales. Asimismo, cabe aclarar que la intención general de estas instituciones permite vislumbrar la posibilidad de instaurar la PrEP en un futuro no muy lejano; mas no consolida la extensión de dicha medida dentro de la población general, por lo que orilla a que quienes no se asuman como parte de esos grupos no tomen en cuenta la existencia e importancia del VIH dentro del cuidado de su salud sexual.

De igual forma, podría interpretarse como una forma de discriminación hacia aquellas personas que también pertenecen a las comunidades de interés y que no son consideradas para integrar las filas de las investigaciones, como los usuarios de drogas inyectables, mujeres con múltiples parejas sexuales, parejas serodiscordantes o trabajadoras sexuales. Estas últimas particularidades, referidas a la participación e inclusión de las mujeres en los protocolos de investigación, se encuentran reguladas en las *Pautas* de las CIOMS, donde se acuerda que “las mujeres deben ser incluidas en una investigación relacionada con la salud, a menos que exista una buena razón científica que justifique su exclusión” (p.). En relación con este estamento, cabría esperar que al instaurar la PrEP a un público abierto se incluya a un mayor número de personas, dejando de lado las orientaciones o prácticas sexuales de los solicitantes.

## *Discusión*

Las controversias iniciales en torno al VIH/sida crearon un panorama desolador en el que, como consecuencia de la falta de los insumos tecnológicos y los conocimientos actuales, no era posible dar una respuesta certera sobre su etiología y tratamiento. Por consiguiente, las respuestas y atenciones hacia los enfermos los situaba en condiciones de vulnerabilidad en las que se atentaba contra sus derechos universales. La intervención de la bioética fue el parteaguas que determinó nuevos lineamientos entre el personal sanitario y la colectividad, logrando que se reivindicara la dignidad y autonomía de los individuos.

Así se logró escribir estatutos en los que, bajo el derecho a la salud, se ordenó el acceso universal de la terapéutica antirretroviral, lo que trajo como consecuencia que miles de personas alcanzaran una mayor esperanza de vida junto con una adecuada calidad de vida. Mismamente, se decretaron normas en las que se condena la discriminación y el estigma hacia los portadores de VIH/sida, por lo que legalmente se prohíbe la realización de la prueba de VIH sin el consentimiento de las personas, el despido a causa de este padecimiento o el rechazo a su atención médica.

Desde su aparición hasta la actualidad, la discusión pública del VIH se ha ido diluyendo gradualmente, en parte gracias a que los registros de casos reportados y las tasas de mortalidad no alcanzan las cifras estratosféricas de sus inicios. Pese a que eso supone un avance epidemiológico no se puede dejar de lado su existencia. Es por eso que, día con día se suman y consolidan nuevas alternativas para su diagnóstico y tratamiento.

En respuesta a estas reflexiones, desde el 2012 se comenzaron a aplicar ensayos clínicos cuyo enfoque se basa en atender a aquellas personas en riesgo de adquirir VIH; por lo que, para evitar su diagnóstico, se les brinda una terapia antirretroviral combinada, la cual, bajo una adecuada adherencia terapéutica, ha resultado ser una medida bien tolerada y con escasos efectos secundarios que suelen ser de carácter transitorios y reversibles.

En el caso de México, existen grupos de riesgo con alto potencial de infectarse, por lo que un programa como la PrEP resultaría benéfico. Por consiguiente, la ejecución de esta medida obliga a contemplar una serie de requerimientos agrupados en tres grandes ejes: 1) logístico; 2) económico; y 3) legal; mismos que a su vez se articulan entre sí a la par de determinados aspectos políticos y morales.

Hablar de la logística implica determinar quiénes recibirán este tipo de profilaxis, así como los sitios que se encargarán de dispensar y vigilar su implementación. Esclarecer

quiénes son los potenciales candidatos para la PrEP es una tarea relativamente sencilla, siempre y cuando se fundamente en las guías y cuestionarios ya existentes, a través de los cuales se evalúan las prácticas de riesgo para cada individuo. El problema se complejiza cuando a lo anterior se incorpora la dimensión económica, en donde también se incorporan tópicos como el de la justicia distributiva.

Cabe aclarar que la caracterización de un hecho social vinculado con la salud individual y colectiva es una tarea que atañe a cada sujeto y a las autoridades competentes; esto implica que, ante las múltiples necesidades sanitarias que enfrenta el país, es menester discernir entre aquellas que requieren de una resolución apremiante. Sin embargo, responder a cada una de ellas suele ser un proceso arduo puesto que la salud constituye parte de un sistema de valores específicos para las distintas sociedades. Esto supone que cada individuo interpreta, valora y percibe la dicotomía de salud y enfermedad de distintas formas en las que, si bien es cierto que interviene la objetividad y el rigor del conocimiento científico, no pueden obviarse en su práctica elementos subjetivos a cada individuo. Así, uno de los argumentos que objeta la incorporación de la PrEP señala que, ante la existencia actual de otros métodos eficaces y de menor costo, esta medida resulta innecesaria, especialmente cuando es el propio sujeto quien puede evitar ciertas prácticas de riesgo.

Aunque válido, este señalamiento obvia la realidad que acontece. En primer lugar, porque, aunque las otras opciones (como la abstinencia o el preservativo) suelen ser más económicas, gran parte de la población prescinde de ellas; impulsada, tal vez, por la falta de información al respecto, o bien, por las implicaciones que derivan de su uso. Para efectos de esta investigación, es esta última aseveración la que se observó lleva a los HSH a optar por la PrEP.

De igual forma, las discusiones sobre estos métodos convencionales se encuentran superadas en la práctica, ya que parten de discursos basados en enfoques meramente utilitaristas; que, aunque resultaron útiles a inicios de la epidemia, hoy en día obvian la individualidad de las personas implicadas. Igualmente habría que considerar que la concepción actual del VIH por parte de los HSH dista de aquella visión que la caracterizaba como una enfermedad altamente letal, incorporándola ya al ámbito de las enfermedades crónicas controlables.



Por otra parte, cuando se retoma el aspecto que atañe a la responsabilidad individual, cabe preguntarse si el optar por la PrEP no involucra la adopción de este principio. Al asumir las prácticas de riesgo que cada uno de los interesados tiene y, a razón de ello, buscar una vía que garantice la prevención de su integridad y la de terceros, es posible objetar si su actuar contraviene con dicho precepto.

Partiendo de ese enfoque, no se puede negar que quien recurre a la PrEP es un ser responsable, sin embargo, también puede argüirse que, bajo las directrices que enmarcan a la responsabilidad, es mejor prescindir de tales conductas, amén de destinar ese presupuesto a otras necesidades sanitarias. Si esta premisa se contrasta con otras medidas de prevención efectuadas en la práctica, sobra preguntar por qué se aplican determinadas vacunas a quienes, por motivos personales, deciden viajar a zonas endémicas para ciertas patologías, como, por ejemplo, la fiebre amarilla.

Evidentemente, el objetivo de este tipo de acciones tiene como base la prevención primaria, en la que se pretende evitar el desarrollo de la enfermedad entre quienes se encuentran libres de esta y que, a su vez, forman parte de un sector de la población susceptible a contraerla. Sirva este ejemplo para acotar que en México existe la ejecución de programas orientados a la profilaxis, los cuales han logrado evitar la introducción e infección de agentes que pongan en riesgo la salud de la población.

Retomando el aspecto económico que enmarca a la PrEP, no puede prescindirse del tema que atañe a la inversión para incorporarse dentro de los programas públicos orientados a la prevención del VIH en México. En la actualidad, gran parte del presupuesto destinado a este rubro se concentra en la compra de medicamentos antirretrovirales, por lo que otra de las interrogantes que ha de responderse alude a la disponibilidad de los fármacos e insumos necesarios, tanto para el tratamiento de quienes ya cuentan con el diagnóstico, como para aquellos que busquen evitarlo.

Asimismo, si se comparan los gastos relacionados con el aspecto preventivo y los pertenecientes a la terapéutica ya consolidada, estos no resultan equiparables al momento de cotejar la inversión que deriva de la PrEP; ya que, si bien los medicamentos se emplean para tratar el VIH, el primero se enfoca en evitar la adquisición de dicho agente, mientras que el segundo busca conservar el estado de salud de quien padece la enfermedad. De igual forma, resulta inadecuada dicha ponderación puesto que habrían de agregarse también los costos directos o indirectos del VIH (por ejemplo, el tratamiento de las

enfermedades oportunistas, comorbilidades secundarias e incluso el pago de incapacidades o baja laboral).

Otro de los motivos que condiciona la implementación de la PrEP es que, secundario a su uso, es probable que el resto de las ITS aumenten, por lo que no solo implica un mayor gasto en su atención y tratamiento, sino que reduce la prevención que se pretende lograr en materia de la salud sexual. Esta situación, vista desde el rubro de la salud pública, puede ser evitada a través del uso continuo del preservativo; por lo que, nuevamente, se cuestionaría la utilidad de esta nueva profilaxis.

Cabe mencionar que este escenario es debatible puesto que, aunque se han realizado estudios entre usuarios de la PrEP para determinar la incidencia de otras enfermedades, se ha demostrado que el registro de casos no ha incrementado debido a que estos mismos sujetos se realizan estudios periódicamente para evaluar su estado de salud. Con base en ello, se puede argüir que de esta forma no solamente se evita la infección por VIH; sino que, a su vez, incorpora la dimensión preventiva de la que actualmente se adolece.

De cara a lo expuesto, es preciso recalcar que la responsabilidad que atañe a la salud sexual no es una cuestión que recaiga exclusivamente en el individuo, su cuidado implica también al Estado; por consiguiente, es menester que los tomadores de decisiones respondan a todas las eventualidades que de este tema se desprenden. Para ello, se requiere que, dentro de sus competencias, afronten el tema de la justicia y la distribución de los bienes sanitarios, ponderando así los beneficios que puedan resultar tras una medida como la PrEP.

Aunque es un tema complejo que trastoca múltiples dimensiones, su discernimiento puede partir de la teoría propuesta por Norman Daniels, quien, retomando la máxima de Rawls, examina cómo han de distribuirse los bienes en salud. Pese a que, dentro de su abordaje, Daniels pretende resolver de forma justa cada interrogante que emerge en relación con las prioridades sanitarias, la realidad es superada, pues olvida que la justicia no es un tema unívoco y que su abordaje, particularmente en materia de salud, incluye otros elementos que, al complementarse, permiten su correcta ejecución. A la luz de esta propuesta, Faden y Powers esclarecen que ha de analizarse y comprenderse cuáles son los fenómenos que se suscitan dentro de una determinada población; ya que, a partir de

ello, es posible determinar cuáles resultan ser las mejores propuestas para la distribución de bienes.

Finalmente, con base en lo referido, es necesario incorporar dentro de las agendas públicas este tema y otros más que fomenten medidas realmente efectivas para la prevención y la protección de la salud sexual. La decisión de la PrEP debe acompañarse de providencias paralelas que incluyan aspectos preventivos y educativos basados en información objetiva para que los destinatarios finales –potenciales usuarios y personal sanitario– tomen decisiones de forma consciente, amén de evitar un posible daño a su integridad física y psicológica. De esta manera, al contar con los elementos necesarios para discernir sobre los alcances y límites de cada método y práctica, podrá asegurarse que la persona se conduzca fiel a su autonomía y, basándose en su capacidad de razonamiento, pueda determinar cuáles son las opciones que más favorecen a su persona.

## CONCLUSIONES

Salud y enfermedad son parte de una dicotomía que se presenta en los seres vivos. Aunque posee un sustrato biológico, los seres humanos interpretan su existencia a través de un contexto sociocultural diverso, lo que genera nuevos retos dentro del ámbito científico, jurídico, ético o moral. De cara a ello, las necesidades que surgen dentro del rubro sanitario suelen ser complejas de resolver, especialmente porque la salud constituye parte de un sistema de valores específicos para las distintas sociedades. Ello implica que cada individuo interpreta, valora y percibe este concepto de distintas formas en las que, si bien es cierto que interviene la objetividad y el rigor del conocimiento científico, no pueden obviarse ciertos elementos subjetivos inherentes a toda persona. En función de lo anterior, ciertos padecimientos adquieren determinadas connotaciones de acuerdo con el marco al que se suscriben. Huelga decir que el tema de las ITS, especialmente el VIH, se acompaña de valoraciones morales que entorpecen su abordaje.

Desde su aparición en la década de los ochenta hasta la actualidad, la discusión pública sobre el VIH se ha ido diluyendo gradualmente, en parte, gracias a que los registros de casos reportados y las tasas de mortalidad no alcanzan las cifras estratosféricas de sus inicios. Sin embargo, pese a que ello supone un avance epidemiológico, no se puede dejar de lado su existencia.

Las controversias iniciales en torno al VIH/sida crearon un panorama desolador en el que, como consecuencia de la falta de los insumos tecnológicos y los conocimientos actuales, no era posible dar una respuesta certera sobre su etiología y tratamiento. Por consiguiente, las respuestas y atenciones hacia los enfermos los situaban en condiciones de vulnerabilidad en las que se atentaba contra sus derechos universales. La intervención de la bioética fue el parteaguas que determinó nuevos lineamientos entre el personal sanitario, y la colectividad, logrando que se reivindicara la dignidad y autonomía de los individuos.

Así, se logró escribir estatutos en los que, bajo el derecho a la salud, se ordenó el acceso universal de la terapéutica antirretroviral, lo que trajo como consecuencia que miles de personas alcanzaran una mayor esperanza de vida y con una adecuada calidad de vida. Mismamente, se decretaron normas en las que se condena la discriminación y el estigma hacia los portadores de VIH/sida, por lo que legalmente se prohíbe la realización de la prueba de VIH sin el consentimiento de las personas, el despido a causa de este

padecimiento o el rechazo a su atención médica. Estos avances han generado que el VIH ya no se advierta como una enfermedad aguda e inminentemente mortal, pero los estragos sociales de sus albores traen consigo graves consecuencias que repercuten en los quehaceres cotidianos.

En México, como en la mayoría de los países de América, la epidemia de VIH es de carácter centralizado, prevaleciendo en grupos claves (HSH, MT, TS y UDI). A raíz de esto, se han realizado estudios entre estas poblaciones –consideradas de riesgo–, donde se demuestra que, con la administración continúa de Truvada –fármaco que combina dos antirretrovirales–, es posible disminuir el número de casos nuevos de VIH.

En consonancia con lo anterior, en 2012 se aprobó el uso de este medicamento como parte de las medidas para evitar el VIH. Pese a la eficacia demostrada, su incorporación dentro de las políticas públicas ha resultado problemática pues deja al descubierto dilemas que involucran propiedades económicas, políticas y éticas; mismas que trastocan principios fundamentales como la justicia o la responsabilidad en aras de mantener el bienestar de sus implicados.

Conviene recordar que la caracterización de un hecho social vinculado con la salud individual y colectiva es una tarea que atañe a cada sujeto y a las autoridades competentes. Así, el destinar parte de los capitales públicos deriva de una decisión política que exige previamente un análisis donde se contemplen los límites y alcances de la futura implementación para, de esa forma, calcular la efectividad y el impacto que se pueda alcanzar.

México es un país que no cuenta con el presupuesto suficiente para solventar todas las necesidades en materia de salud, por lo que su prioridad se concentra en tratar los padecimientos emergentes más que en fomentar el aspecto preventivo de la medicina. Esta realidad concede prioridad a una de las preguntas propuestas por Norman Daniels, en las que se cuestiona la manera en que han de distribuirse equitativamente los recursos disponibles. Ponderar qué enfermedades requieren mayor atención es fundamental, sin embargo, el hacerlo trae como consecuencia que otras tantas queden descubiertas; por lo que, al momento de decidir, ha de optarse siempre por el equilibrio entre el aspecto económico y la garantía de proveer asistencia a quien así lo solicite.

Para el caso particular de esta investigación, la profilaxis pre-exposición (PrEP), compromete distintas aristas que han de analizarse y discutirse abiertamente con el objetivo

de resolver su implementación dentro del ámbito mexicano. Los temas sobre los cuales se fundamenta esta investigación se encuentran relacionados con dos situaciones: la primera se adhiere al ámbito económico sobre el uso de la PrEP, mientras que la segunda retoma ciertas consideraciones morales que giran en torno a su empleo.

La dimensión económica de la PrEP compromete principalmente al presupuesto que ha de invertirse para incorporar esta medida dentro de los programas públicos para la prevención del VIH en México. Actualmente, gran parte del presupuesto para la prevención y atención del VIH se destina a la compra de medicamentos antirretrovirales, por lo que una de las primeras interrogantes que surgen es saber si se podrá contar con la cantidad suficiente de fármacos para otorgarlo como parte de un tratamiento profiláctico, a la vez que se dispensa como parte del tratamiento a las personas con diagnóstico ya confirmado. Esta peculiaridad cobra relevancia puesto que hoy en día no se ha logrado alcanzar la cobertura total de los antirretrovirales.

Siguiendo este mismo orden de ideas, al comparar los gastos en torno al rubro de la PrEP y al de la terapéutica ya consolidada se aprecia que no son equiparables para cotejar la inversión que se realiza; ya que, si bien los medicamentos se emplean para tratar el VIH, uno se enfoca en evitar adquirir dicho agente, mientras que el otro busca conservar el estado de salud de quien padece la enfermedad. Asimismo, resulta inadecuada dicha ponderación puesto que habrían de agregarse los costos directos o indirectos de este padecimiento (por ejemplo, el tratamiento de las enfermedades oportunistas, comorbilidades secundarias, e incluso el pago de incapacidades o baja laboral). Por otra parte, dentro del área económica ha de plantearse la viabilidad de la PrEP frente a otras medidas preventivas (abstinencia o preservativo) existentes, las cuales resultan menos costosas para el erario.

Este señalamiento es de vital relevancia porque, aunque la OMS haya decretado que el preservativo debe ser gratuito o de bajo costo, su existencia no asegura una disminución significativa para los casos nuevos de VIH u otras ITS. Contrario a ello, las estadísticas actuales arrojan un repunte en las estadísticas de sífilis y gonorrea dentro de la población general. Sirvan estos datos para demostrar el fracaso de este tipo de medidas, por lo cual es insuficiente apostar a ellas para lograr erradicar la presencia de algunas ITS.

Paralelo al escenario planteado, surge otro dilema respecto al uso de la PrEP, en donde se destaca el papel de la responsabilidad individual frente al ejercicio de ciertas

prácticas que favorecen el riesgo de adquirir VIH. Este argumento expresa que, ante la existencia de otras patologías apremiantes, la PrEP no debe financiarse, puesto que son los mismos usuarios los que, al conocer las consecuencias de sus elecciones, pueden evitar caer en conductas que resulten perjudiciales a su salud. Esta apreciación, aunque parcialmente válida, solamente puede ser aplicada al caso de la PrEP en tanto sea consecuente con el resto de los padecimientos que son propiciados por las elecciones que cada sujeto realiza. Asimismo, dentro del marco de la responsabilidad, en donde cada individuo afronta y asume las consecuencias de sus actos, conviene aclarar si los usuarios que optan por la PrEP se orientan bajo este principio, pues al emplear esta profilaxis buscan evitar la adquisición del VIH, y, por ende, su transmisión a terceros.

Así pues, han de evitarse las consideraciones morales en torno a lo que se espera del ejercicio de la sexualidad, ya que imposibilita una discusión objetiva y termina por obviar las prácticas que hoy en día se encuentran vigentes. Aunado a ello, argüir que la PrEP es prescindible ante la presencia de otras medidas como el preservativo no es razón suficiente para negar su inclusión, en especial cuando los reportes documentan que más de la mitad de quien inicia su vida sexual no hace uso de ningún método para prevenir ITS.

De igual forma, las discusiones sobre estos métodos convencionales se encuentran superados, ya que parten de discursos basados en enfoques meramente utilitaristas que, si bien resultaron útiles a inicios de la epidemia, hoy en día dejan de lado las características propias de los sujetos de una determinada población que, a su vez, ha modificado la percepción del VIH, situándola más como una enfermedad de tipo crónica que un síndrome altamente letal.

Partiendo de lo referido, es necesario incorporar dentro de las agendas públicas este tema y otros más que fomenten medidas realmente efectivas para la prevención y la protección de la salud sexual. La decisión de la PrEP debe acompañarse de providencias paralelas que incluyan aspectos preventivos y educativos basados en información objetiva para que los destinatarios finales –potenciales usuarios y personal sanitario– tomen decisiones de forma consciente y eviten un posible daño a su integridad física y psicológica. De esta manera, al contar con los elementos necesarios para discernir sobre los alcances y límites de cada método y práctica, podrá asegurarse que la persona se conduzca fiel a su autonomía y, basándose en su capacidad de razonamiento, pueda determinar cuáles son las opciones que más le favorecen a su persona.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adam, B. (2005). Constructing the neoliberal sexual actor: responsibility and care of the self in the discourse of barebackers. *Culture, Health & Sexuality*, 7(4), pp. 333-346.
2. Adam, M., Husbands, W., Murray, J. y Maxwell, J. (2010). AIDS optimism, condom fatigue, or self-esteem? Explaining unsafe sex among gay and bisexual men. *The Journal of Sex Research*, 42(3), pp. 238-241.
3. Adamson, B., Carlson, J., Kublin, J. y Garrison, L. (2017). The Potential Cost-Effectiveness of Pre-Exposure Prophylaxis Combined with HIV Vaccines in the United States. *Molecular Diversity Preservation International Multidisciplinary Digital Publishing Institute*, 5(13), pp. 1-19.
4. Aguilar, R. (25 de agosto de 1988). Arribó a nuestro país el descubridor de este virus. *El Sol de México*, pp. 3.
5. Aguirre, J. C. y Jaramillo, L. C. (2012). Aportes del método fenomenológico a la investigación educativa. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos*, 2(8), pp. 51-74.
6. Álvarez, J. L. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa*. México: Paidós.
7. Álvarez, R. (2017). Interpretación de las pruebas usadas para diagnosticar la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. *Acta Médica Peruana*, 34(4).
8. Amayun, M. y Epstein, A. (s.a.). Engaging with the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria [Documento PDF]. *World Health Organization*. <https://www.who.int/hiv/pub/toolkits/FBO%20Manual.pdf>
9. Amico, R., Mayer, K. y Ridell, J. (2018). HIV Preexposure Prophylaxis. A Review. *Journal of the American Medical Association*, 319(12), pp. 1261-1267.
10. Anderson, P., Glidden, D., Liu, A. et al. (2012). Emtricitabine-tenofovir exposure and pre-exposure prophylaxis efficacy in men who have sex with men. *Science Translational Medicine*, 4(151).
11. Arenas, J. L., y Sotelo, R. (17 de abril de 1990). Bajo el régimen de subrogación los medicamentos contra el sida. *Ovaciones*, pp. 2.
12. Arnau, J.M., Bacardi, R., Mieras, C., Serrano, A y Navarro, C. y Vilaseca, J. (1982) Kaposi's sarcoma and toxoplasma gondii brain abscess in a Spanish homosexual. *The Lancet*, 1(8271), pp. 572.



13. Arroyo, A. (12 de febrero de 1990). Sumarán al cuadro nacional medicinas para tratar el sida: IMSS. *El Universal*, pp. 2.
14. AIDS Virus Education Research Trust (2018). History of HIV and AIDS overview. *AVERT*. <https://www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/overview>
15. Baeten, JM., Donnell, P., Mugo, JD., *et al.* (2012). Antiretroviral Prophylaxis for HIV Prevention in Heterosexual Men and Women. *The New England Journal of Medicine*, 367(5), pp. 399-410.
16. Barreiro, P. (2018). Sexually Transmitted Infections on the rise in PrEP Users. *AIDS Reviews*, 20, pp. 70-71.
17. Bauman, Z. (2017). *Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. México: Fondo de Cultura Económica.
18. Baumgaertner, E. (2018). Infection rates declined despite and rise in unprotected sex, suggesting widespread use of the drug may mitigate the effects of riskier behavior. *The New York Times*.
19. Bautista, S. A., Dmytraczenko, T., Kombe, G. y Bertozzi, S. (2003). Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México. *Reporte técnico*, 20. Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc.
20. Barré, F., Chermann, J.C., Nugeyre, M.T., Chamaret, S., Gruest, J. *et al.* (1988). Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*, 220 (4599), pp. 868-871.
21. Becerril, A. (3 de junio de 1990). Crear un área de atención especial a enfermos de sida. *La Jornada*.
22. Belluz, J. (2014). The truvada wars. *British Medical Journal*, 348.
23. Beyres, C. y Gail, L. (2015). *Pre-exposure prophylaxis works -it's time to deliver*.
24. Bogdan, R. y Taylor, S. (1992). *Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados*. España: Paidós.
25. Brito, A. (2011). La lucha por el acceso universal. *30 años del VIH-SIDA en Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Fundación México Vivo (Eds.). Perspectivas desde México*. (pp. 27-34). México: CIENI y Fundación México Vivo.
26. Broder, S. (2010). The development of antiretroviral therapy and its impact on the HIV-1/AIDS pandemic. *Antiviral Research*, 85(1), pp. 1-18.
27. Brooks, R., Kaplan, R., Lieber, E. *et al.* (2011). Motivators, concerns, and barriers to

- adoption of Pre-Exposure Prophylaxis for HIV prevention among gay and bisexual men in HIV serodiscordant male relationships. *AIDSCare*, 23(9), pp. 1136-1145.
28. Bruciaga, W. (18 de febrero de 2017). San Valentín en tiempos del PrEP/Avances médicos y futuro del VIH. *La Razón* <https://www.razon.com.mx/el-cultural/san-valentin-en-tiempos-del-prep-avances-medicos-y-futuro-del-vih/>
  29. Calabrese, S. y Underhill, K. (2015). How stigma surrounding the use of HIVPreexposure Prophylaxis undermines prevention and pleasure: A call to destigmatize “Truvada Whore”. *American Public Health Association*, 105(10), pp. 1960-1964.
  30. Calabrese, S., Underhill, K., Earnshaw, V. et al. (2016). Framing HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) for the general public: how inclusive messaging may prevent prejudice from diminishing public support. *AIDS and Behavior*, 20(7), pp. 1499-1513.
  31. Camacho, G. (1 de diciembre de 1993). El sida, problema de salud pública que urge atacar, reconoce Kumate. *El Nacional*, pp. 19.
  32. Camacho, J. L. (8 de diciembre de 1989). El revés y el derecho. *El Día*, pp. 6.
  33. Camacho, P. (10 de diciembre de 1989). El sida, más que un asunto de salud pública. *El Herald*, pp. 4F.
  34. Campos, R. y Penna, C. (2007). Mitos y preconcepciones sobre la homosexualidad. Consulta Mitofsky <https://docplayer.es/150567686-Mitos-y-preconcepciones-sobre-la-homosexualidad-encuesta-nacional-en-viviendas.html>
  35. Canto-Sperber, M. (2001). *Diccionario de ética y de filosofía moral*. México: Fondo de Cultura Económica.
  36. Canto-Sperber, M. y Ogien, R. (2005). *La filosofía moral y la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós.
  37. Cappelletti, A. (2016). Ethics of pre-exposure prophylaxis in high-risk HIV patients. *University of Western Ontario Medical Journal*, 85(2), pp. 53-55.
  38. Cárdenas, L. (8 de agosto de 1988a). Debe exclusivamente el Estado realizar pruebas del SIDA. *El Universal*, pp. 25.
  39. Cárdenas, L. (12 de agosto de 1988b). La información sobre el SIDA, irregular y caótica: Monsiváis. *El Universal*, pp. 25.
  40. Cárdenas, L. (9 de febrero de 1989a). Han fracasado los esfuerzos en el combate al SIDA: Kumate. *El Universal*, pp. 23.
  41. Cárdenas, L. (28 de julio de 1989b). Asunto difícil, el caso de los despedidos por padecer SIDA. *El Universal*, pp. 8.

42. Carnpenhoundt, L. y Quivy R. (2005). *Manual de Investigación en Ciencias Sociales*. México: Limusa.
43. Castellanos, V. (24 de agosto de 1988). Aumentan el salario al personal del IMSS que atiende a sidosos. *El Universal*, pp. 2.
44. Castro, R. (2010). Sociología de la salud en México. *Política y Sociedad*, 48(2), pp. 295-312.
45. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (2011). *Medición del gasto en Sida: 2014-2015*. México: Secretaría de Salud. [http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/nasa/20141017/mexico\\_2010\\_11\\_es.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/data-and-analysis/tools/nasa/20141017/mexico_2010_11_es.pdf)
46. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (2012a). *Libro Blanco 2006-2012*. México: Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/transp2012/Libro\\_Blanco\\_2006-2012\\_CENSIDA.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/transparencia/transp2012/Libro_Blanco_2006-2012_CENSIDA.pdf)
47. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (2012b). *VIH/SIDA en México 2012*. México: Secretaría de Salud. [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA\\_MEX2012.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf)
48. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (2015). *Medición del gasto en Sida: 2014-2015*. México: Secretaría de Salud. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/391634/MEGAS\\_2014\\_2015\\_Informe\\_1.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/391634/MEGAS_2014_2015_Informe_1.pdf)
49. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. (2018). *Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de Sida. Actualización al 1º trimestre del 2018*. [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328400/RN\\_1er\\_trim\\_2018.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/328400/RN_1er_trim_2018.pdf)
50. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (2008). *Programa de Acción Específico 2007- 2012. En respuesta al VIH/SIDA e ITS*. México. Secretaría de Salud. <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/ProgAc2007-2012.pdf>
51. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (2018). *Programa de Acción Específico. Respuesta al VIH/SIDA e ITS 2013-2018*. México. Secretaría de Salud. [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/acerca/PAE\\_2013\\_2018\\_AUTORIZADA.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/acerca/PAE_2013_2018_AUTORIZADA.pdf)

52. Chambers, D. (1994). Gay Men, AIDS, and the code of the condom. *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review*, 29(2), pp. 353-385.
53. Chávez, J. (10 de mayo de 1990). La educación como antídoto del sida. *El Universal*, pp. 3.
54. Código Penal Federal (24 de enero de 2020). *Diario Oficial de la Federación*. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. <https://mexico.justia.com/federales/codigos/codigo-penal-federal/>
55. Cohen, G. (1990) Equity of What? On Welfare, Goods and Capabilities. *Recherches Économiques de Louvain*, 56(3-4); pp. 357-382.
56. Collins, D. (22 de mayo de 2018). How PrEP, the pill to prevent HIV, may be fueling a rise in other STDs. VOX <https://www.vox.com/science-and-health/2018/5/22/17376742/truvada-prep-hiv-stds>
57. Comesaña, M. (2011). Se hace camino al andar. La historia del CIENI. En Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Fundación México Vivo (Eds). *30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México*. (pp. 35-46). México: CIENI y Fundación México Vivo.
58. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal. (2008). *Informe Especial sobre la protección del derecho a la salud de las personas que viven con VIH por parte del Gobierno del Distrito Federal*. <https://cdhdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/06/informe-vih.pdf>
59. Consejo Nacional para Prevención y Control del SIDA (15 de abril de 1987) *Boletín Mensual Sida*, 1(2). <https://archive.org/details/Ano102abr87>
60. Consejo Nacional de Población. *Presenta Gobierno de la República campaña de comunicación para prevenir embarazo adolescente y abuso sexual infantil*. Recuperado de: <https://www.gob.mx/conapo/prensa/presenta-gobierno-de-la-republica-campana-de-comunicacion-para-prevenir-embarazo-adolescente-y-abuso-sexual-infantil>
61. Asociación Médica Mundial (2018). *Juramento Hipocrático*. [http://www.conamed.gob.mx/prof\\_salud/pdf/hipocratico.pdf](http://www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/hipocratico.pdf)
62. Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (2010). *El combate a la homofobia: entre avances y desafíos*. México.
63. Consejo para Prevenir la Discriminación de la Ciudad de México. (2017). *Encuesta sobre discriminación en la Ciudad de México*. México: COPRED.
64. Crum, N., Hullsiek, K.H., Marconi, V., Weintrob, A. y Ganesan, A. (2009). Trends in the

- incidence of cancers among HIV-infected persons and the impact of antiretroviral therapy: a 20-year cohort study. *AIDS*, 23(1), pp. 41-50.
65. Cruz, A. y Vargas, R. E. (3 de marzo de 1999). Atiende el IMSS a 53% de enfermos de sida: Borrego. *La Jornada*, pp. 5S.
  66. Cruz, A. (23 de junio de 1999). Se garantizará el abasto de fármacos para mil seropositivos. *La Jornada*, pp. 54S.
  67. Cruz, A. (11 de junio de 2018). En marcha, estrategia para detener en 12 años la epidemia de VIH-sida. *La Jornada*, pp. 36.
  68. Daniels, N. (2014). Individual and Social Responsibility for Health. En Knight, C. y Stemplowska, Z. (Eds.), *Responsibility and Distributive Justice* (pp. 246-265). United States: Oxford University Press.
  69. De La Loza, A. (1979). La importancia de la medicina preventiva. *Salud Pública de México*, V(XXI), pp. 59-81.
  70. Dieterlen, P. (2015). *Justicia Distributiva y salud*. México: Fondo de Cultura Económica.
  71. Dirección General de Finanzas (2018). *Recursos destinados al Sector Salud en el presupuesto de egresos de la Federación 2018*.
  72. Duff, O. (2016). HIV drug ruling row exposes moral bind for NHS bosses. *I News*. <https://inews.co.uk/opinion/editor/hiv-drug-ruling-row-exposes-moral-bind-nhs-bosses/>
  73. , M. (1993). Social Constructions of people with AIDS: Target populations and United States Policy, 1981-1990. *Policy Studies Review*, 12(3), pp. 3-29.
  74. Echeverry, J., & Jaramillo, J. (2006). El concepto de justicia en John Rawls. *Revista Científica Guillermo de Ockham*, 4(2), pp. 27-52.
  75. Editorial (1988a). Salud y no moral en la información sobre el sida. *El Día*, p. 2.
  76. Editorial (1988b). Se ha atendido 200 casos de sida en clínicas y hospitales del IMSS. *Excelsior*, p. 40A.
  77. Editorial (1988c). Extraordinario esfuerzo del IMSS para detectar el sida. *El Heraldo*, p. 5.
  78. Editorial (1989a). Tendrá el IMSS 43 centros donde se realizará la prueba del sida, este año. *El Universal*, p. 13.
  79. Editorial (1989b). Sepúlveda: debe acabar la estigmatización de seropositivos. *El Universal*, p. 8.
  80. Editorial (1992). Reveals abuse of AIDS patients. *The Washington Post*.
  81. Editorial (2017). Why gay men have to stop slut-shaming?. *Attitude*.

- <https://attitude.co.uk/article/opinion-why-gay-men-have-to-stop-slut-shaming/6031/>
82. Emmerich, N. (8 de octubre de 2016). Sex and Other Sins: Public Morality, Public Health, and Funding PrEP. *Journal of Medical Ethics*. <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2016/10/08/sex-and-other-sins-public-morality-public-health-and-funding-prep/>
  83. Espíndola, J. (29 de agosto de 1988). Habrá 50 mil sidosos solamente en el DF: SSA. *Ovaciones*, p. 3.
  84. Faden, R. y Powers M. (2006). *Social Justice. The moral foundation of public health and health policy*. United States: Oxford University Press.
  85. Farrington, E., Bell, D. y DiBacco, A. (2017). Reasons people give for using (or not using) condom. *AIDS Behavior*, 20(12), pp. 2850-2862.
  86. Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3).
  87. Ferrer, J. (1997). *Sida y Bioética: de la autonomía a la justicia*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
  88. Flores, F. (2015). *Experiencia vivida, género y VIH. Sus representaciones sociales*. Mérida: Universidad Nacional Autónoma de México.
  89. Foucault, M. (2011). *Historia de la Sexualidad 1: La voluntad de saber*. México Siglo XXI.
  90. Francioli, P. y Cle'ment, F. (1982) Beta-2 microglobulin and immunodeficiency in a homosexual man. *New England Journal of Medicine*, 307, pp. 1402– 1403.
  91. Franks, J., Hirsh, Y., Loquere, A. *et al.* (2017). Sex, PrEP, and Stigma with Pre-Exposure Prophylaxis among New York City MSM participating in the HPTN 067/ADAPT. *Aids and Behavior*.
  92. Gail, L., Beyrer, C., y Quinn, T (2012). Behavioral and Biomedical combination strategies for HIV Prevention. *Cold Spring Harb Perspectives in Medicine*, 2(8).
  93. Gallagher, C. (31 de julio de 2017). Customs seizing large amounts of anti- HIV drug being ordered online. *The Irish Times*. <https://www.irishtimes.com/news/health/customs-seizing-large-amounts-of-anti-hiv-drug-being-ordered-online-1.3171783>
  94. Gallegos, E. (8 de enero de 1989). México, 14 lugar mundial de personas con Sida: OMS. *La Jornada*, p. 7.
  95. Galván, F. (16 de noviembre de 1989). Los “argumentos” de la derecha y el Sida. *El Nacional*, p. 3.
  96. Gilead (2018). How is Truvada used to treat HIV-1 infection?. *Truvada*.



- [https://www.truvada.com/patients?\\_ga=2.242172354.1340511049.1504723302-1888652805.1499967017](https://www.truvada.com/patients?_ga=2.242172354.1340511049.1504723302-1888652805.1499967017)
97. Gobierno Federal. Guía de Práctica Clínica 245-09. Tratamiento antiretroviral del paciente adulto con infección por VIH. [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/245-09\\_Antirretrovirales\\_adultos/IMSS-245-09ANTIRETROVIRALES\\_EN\\_ADULTOSRR.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/245-09_Antirretrovirales_adultos/IMSS-245-09ANTIRETROVIRALES_EN_ADULTOSRR.pdf)
98. Golub, S., Kowalczyk, W., Weinberger, C. y Parsons, J. (2011). Preexposure Prophylaxis and predicted condom use among high-risk men who have sex with men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 54(5), pp. 548-555.
99. Golub, S. (2018). PrEP Stigma: Implicit and Explicit Drivers. *HIV/AIDS Reports*.
100. González, R. (26 de agosto de 1988). La concientización es el arma más eficaz con que se cuenta para prevenir el sida. *Uno Más Uno*, p. 3A.
101. González, S. (21 de mayo de 1999). Demandan más servicios de salud y respeto a las personas con sida. *La Jornada*, p. 49.
102. Granados, J. A., Nasaiya, K. y Torres, A. (2007). Actores sociales en la prevención del VIH/SIDA: oposiciones e intereses en la política educativa en México, 1994-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), pp. 535-544.
103. Grant, R., Lama, J., Anderson, P. *et al.* (2010). Preexposure Chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 363, pp. 2587-2599.
104. Greenhalgh, H. (2018). Men With Same-Sex Partners 28 times more likely to get HIV. *Channel News Asia*. <https://www.channelnewsasia.com/news/health/men-with-same-sex-partners-28-times-more-likely-to-get-hiv-un-10540832>
105. Gutiérrez, J. P., López, J. L., Valencia, A. *et al.* (2004). Haciendo frente a la epidemia de VIH/SIDA en México: ¿Una respuesta organizada? *Revista de Investigación Clínica*, 56(2), pp. 242-252.
106. Gutiérrez, J.P., Franco, A., Sansores, D. y Shiba, A. (2012). *Informe técnico-analítico sobre prevalencia de VIH; así como factores de riesgo y vulnerabilidad, en hombres homosexuales y hombres bisexuales*. Instituto Nacional de Salud Pública.
107. Holt, M., Murphy, D.A., Callander, D., Ellard, J. y Rosengarten, M. (2012). Willingness to use HIV pre-exposure prophylaxis and the likelihood of decreased condom use are both

- associated with unprotected anal intercourse and the perceived likelihood of becoming HIV positive among Australian gay and bisexual men. *Sexually Transmitted Infections*, 88(4), pp. 258-263.
108. Jacobson, L.P., Li, R., Phair, J., Maargolick, J.B. y Rinaldo, C.R. (2002). Evaluation of the Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in Persons with Human Immunodeficiency Virus using Biomarker-based Equivalence of Disease Progression. *American Journal of Epidemiology*, 155(8), pp. 760-770.
109. Jacques, J. y Thiery, M. (2015). The condom: a turbulent history. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 20(5), pp. 387-402.
110. Jaramillo, J. y Echeverri, Y. (2006). Aproximación a las concepciones de justicia y bien desde John Rawls y Milton Fisk. *Praxis Filosófica*, 23, pp. 95-123.
111. Hankins, C., Macklin, R. y Warren, M. (2015). Translating PrEP effectiveness into public health impact: key considerations for decision-makers on cost-effectiveness, price, regulatory issues, distributive justice and advocacy for access. *Journal of the International AIDS Society*, 18(4)
112. Hays, D. y Singh, A. (2012). *Qualitative Inquiry in clinical and educational settings*. United States of America: The Guilford Press.
113. Hernández, A. (1 de diciembre de 1989). Intensificarán desde hoy la campaña contra el sida. *La Jornada*, p. 19.
114. Hernández, A. M. (2015). Consideraciones en torno a la homosexualidad: encuesta nacional en viviendas. *Consulta Mitofsky*. <http://consulta.mx/index.php/estudios-e-investigaciones/mexico-opina/item/781-consideraciones-en-torno-a-la-homosexualidad>
115. Highleyman, L. (5 de octubre de 2016). Truvada PrEP linked to rare case of serious kidney disorder. *HIV and Hepatitis*. <http://www.hivandhepatitis.com/hiv-prevention/hiv-%20prep/5874-truvada-prep-linked-to-rare-case-of-serious-kidney-disorder>
116. Hofbauer, H. y Lara, G. (2004). Prioridades relegadas en el presupuesto para revenir, atender y detener el VIH/sida. México. *Portalsida*. [http://www.portalsida.org/repos/Prioridades\\_Relegadas.pdf](http://www.portalsida.org/repos/Prioridades_Relegadas.pdf)
117. Hurtado, M. T. y Olvera, J. (2017). Características del debut sexual en una población de jóvenes mexicanos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(4), pp. 1602-1617.
118. Hutubessy, R., Chisholm, D., Tan-Torres, T. y OMS-CHOICE (2003). Análisis de costo-



- efectividad generalizado para el establecimiento de prioridades del sector salud en el ámbito nacional. *Costo-efectividad y asignación de recursos*, 2003(1) <https://resource-allocation.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-7547-1-8>
119. ImPrEP. Cómo prevenir. *Proyecto ImPrEP*. <http://imprep.org/peru/como-se-prevenir/>
120. INDACEA (2015). *Desarrollo de medicamentos I*. <https://indacea.org/desarrollo-de-medicamentos-1/>
121. INDEXMUNDI (2014). *VIH/SIDA - Habitantes infectados con VIH/Sida*. <https://www.indexmundi.com/map/?v=35&l=es>
122. Infante, C., Zarco, A., Cuadra, M. et al. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2).
123. Informe Belmont (1979). Principios y Guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación. *Observatori de Bioètica i Dret*.
124. Infosida (2020). *Glosario*. <https://www.infosida.es/glosario>
125. Karris, M. (2014). Pre-Exposure Prophylaxis to Prevent HIV Infection: Why do we need it, what are the limitations, and can we successfully provide it today). *LGBT Health*, 1(4), pp. 250-252.
126. Kebaabetswe, P.M., Paxton, L.A., Thigpen, M.C. et al. (2012). Antiretroviral preexposure prophylaxis for heterosexual HIV transmission in Botswana. *The New England Journal of Medicine*, 367(5), pp. 423-434.
127. Khawcharoenporn, T., Kendrick, S. y Smith, K. (2012). HIV Risk perception and preexposure prophylaxis interest among heterosexual population visiting a sexually transmitted infection clinic. *AIDS Patient Care*, 26(4), pp. 222-233.
128. King, H., Keller, S., Giancola, M., Rodriguez, D., Chau, J., Young, J., Little, S. y Smith, D. (2014). Pre-Exposure Prophylaxis Accessibility Research and Evaluation (PREPARE Study) *AIDS and Behavior*, 18(9), pp. 1722-1725.
129. KFF (2017). *U.S. Federal Funding for HIV/AIDS: Trends Over Time*. <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/u-s-federal-funding-for-hivaids-trends-over-time/>
130. Lara, A. (27 de agosto de 1988). Ha identificado el IMSS 644 casos de SIDA entre sus derechohabientes. *El Sol de México*, p. 2.
131. Llanos, R. (8 de octubre de 1999) Creará el GDF clínica para atender casos de VIH. *La Jornada*, p. 68.

132. Londoño, M. (1996). *Derechos Sexuales y Reproductivos. Los más humanos de todos los derechos.* Universidad Nacional de Colombia. <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/52726/9589599508.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
133. Lugo, G. (2015). Aumentan los casos de VIH entre mujeres. *Gaceta Digital UNAM*, 4(744). <http://www.gaceta.unam.mx/20151130/aumentan-los-casos-de-vih-entre-mujeres/>
134. Mantell, J., Smit, J., Beksinka, M. *et al.* (2011). Everywhere you go, everyone is saying condom, condom. But are they being used consistently? Reflections of South African male students about male and female condom use. *Health Education Research*, 26(5), pp. 859-871.
135. Mbatha T. (17 de diciembre de 2017). The state of PrEP access in SA. *Spotlight*. <https://www.spotlightnsp.co.za/2017/12/17/state-prep-access-sa/>
136. McCall, H. (2015). What is chemsex and why does it matter? *British Medical Journal*, 351.
137. McCann, M. (2014). Canadians already on PrEP while drug sits in regulatory limbo. *Xtra* <https://www.dailyxtra.com/canadians-already-on-prep-while-drug-sits-in-regulatory-limbo-57946>
138. McCormack, S., Dunn, D., Desai, M. *et al.* (2015). exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*, 387, pp. 53-60.
139. McDaid, L. y Young, I. (2014). How acceptable are antiretrovirals for the prevention of sexually transmitted HIV?: A review of research on the acceptability of oral Pre-Exposure Prophylaxis and treatment as prevention. *AIDS Behavior*, 18(2), pp. 195-216.
140. Measor, L. (2006). Condom use: a culture of resistance. *Sex Education*, 6(4), pp. 393-402.
141. Medina, A., y Brito, A. (7 de octubre de 2004). Demagogia, fijar metas sin presupuestos en VIH/sida. *Letra S, La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2004/10/07/ls-presupuesto.html>
142. Melgar, M. (20 de diciembre de 1989). Denuncia del fanatismo. *Uno Más Uno*, p. 4.
143. Mendoza, D., & Carrión, C., & Ledesma, L. (2010). *Estudio Diagnóstico sobre el Sistema Logístico de Distribución de Condones Masculinos del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) en tres entidades federativas.* México:

- Mexfam. [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/c\\_2do\\_informe.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/c_2do_informe.pdf)
144. Millares, A. (28 de octubre de 1989). Invertirá SSA 300 mil dólares para investigar el sida: Sepúlveda. *Excelsior*, p. 36A.
145. Miranda, P. y Roldán, M. (2018). Piden a candidatos medidas contra el VIH en México. *El Universal*. [http://www.eluniversal.com.mx/elecciones-2018/piden-candidatos-medidas-contra-el-vih-en-mexico](http://www.eluniversal.com.mx/elecciones-2018/piden-candidatos-medidas-<u>contra-el-vih-en-mexico</u>)
146. Molina, JM., Capitán, C., Spire, B. *et al.* (2015) On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *The New England Journal of Medicine*, 373(23), pp. 2237-2246.
147. Monsiváis, C. (1988). Las plagas y el amarillismo: notas sobre el SIDA en México. En Galván, F. (coord.), *El SIDA en México: los efectos sociales* (pp. 117-129). México: UAM-Azcapotzalco.
148. Montaña, M., Dombrowski, J. y Dasgupta, S. (2018). Changes in sexual behavior and STI diagnoses among MSM initiating PrEP in a clinical setting. *AIDS and Behavior*.
149. Moya, R. (15 de noviembre de 1989). Equivocada estrategia contra el sida. *El Universal*, p. 7.
150. Morales, S. (Ed.). Índice de estigma y discriminación en personas con VIH. *ONUSIDA*. <http://onusidalac.org/1/images/2017/indice-ED-200218.pdf>
151. Morbidity and Mortality Weekly Report (1988) Perspectives in disease prevention and health promotion condoms for prevention of sexually transmitted diseases. *MMWR*, 37(9), pp. 133-137.
152. Morbidity and Mortality Weekly Report (1993) Update: Barrier Protection Against HIV Infection and Other Sexually Transmitted Diseases. *MMWR*, 42(30), pp. 589-597.
153. Morbidity and Mortality Weekly Report (2006) Evolution of HIV/AIDS Prevention Programs - United States, 1981-2006. *MMWR*, 55(21), pp. 597-603.
154. Muñoz, L. (8 de marzo de 1989). El sida se ensaña con gente de bajo estrato. *Ovaciones*, pp. 12.
155. Natale, A. (2009). HIV/AIDS Prevention: MSM wants, desires and needs. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 21, pp. 49-72.
156. Nelson, S., Morris, M., Foxman, B. *et al.* (2012). A comparison of sexual behavior patterns among men who have sex with men and heterosexual men and women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 60(1), pp. 83-90.

157. Noria, A. y Cárdenas, R. (17 de febrero de 1989). Clausura de algunos bancos privados; no hay manejo adecuado de sangre: SSA. *Excelsior*, pp. 1.
158. Norma Oficial Mexicana (1993). *Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos* (NOM-003-SSA2-1993). <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/003ssa23.html>
159. Organización Mundial de la Salud. Vacuna contra la fiebre amarilla. Documento de posición de la OMS. *World Health Organization*. [https://www.who.int/immunization/documents/PP\\_yellow\\_fever\\_summary\\_ES.pdf](https://www.who.int/immunization/documents/PP_yellow_fever_summary_ES.pdf)
160. Organización Mundial de la Salud. (2012). *Prevención y tratamiento de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero: recomendaciones para un enfoque de salud pública*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
161. Organización Panamericana de la Salud y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (2016). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Ginebra: Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas.
162. Ortega, G. (1988). Liberación sexual y sida. En Galván, F. (coord.), *El SIDA en México: los efectos sociales* (pp. 225-237). México: UAM- Azcapotzalco.
163. Páez, R. (2015). *Pautas bioéticas. La industria farmacéutica entre la ciencia y el mercado*. México: Fondo de Cultura Económica.
164. Paizanni, C. (22 de abril de 1993). Por intereses comerciales prevalece el uso de AZT para tratar a sidosos. *El Día*.
165. Palma, E. y Serret, E. (1988). Dos tendencias morales en torno al sida. Tradición y modernidad. En Galván, F. (coord.), *El SIDA en México: los efectos sociales*. (pp. 213-222). México: UAM-Azcapotzalco.
166. Platts, M. (1999). *Sobre usos y abusos de la moral. Ética, sida, sociedad*. Ciudad de México: Instituto de Investigaciones Filosóficas, UNAM.
167. Paredes, S. (21 de agosto de 1988). Una amenaza pública, miles de enfermos de SIDA que lo ignoran. *El Universal*, p. 3.
168. Parra, A. (13 de julio de 1999). Piden enfermos de VIH/sida contar con una clínica especializada. *La Jornada*, p. 48S.
169. Pawson, M., & Grov, C. (2018). "It's just an excuse to slut around": Gay and Bisexual

- Mens´constructions of HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) as a social problem. *Sociology of Health & Illness*, XX, pp. 1-13.
170. Peña, L. (12 de febrero de 1999). Aplazan el proyecto de un hospital para enfermos de sida, por protestas vecinales. *El Herald*, p. 2A
171. Pereira, G. (2004). Justicia distributiva: medios y capacidades. *Diánoia*, XLIX(53), pp. 3-32.
172. Petitti, D. y Sidney, S. (2005). Four decades of research on hormonal contraception. *The Permanente Journal*, 9(1), pp. 29-34.
173. Ponce de León, S. (2011). Inicio de la epidemia. En Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Fundación México Vivo. (Eds), *30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México*. (pp. 13-16). México: CIENI y Fundación México Vivo.
174. Pose, C. (2012). *Bioética de la Responsabilidad. De Diego Gracia a Xavier Zubiri*. Madrid: Tracastela.
175. Prevosti, A. (2011). La naturaleza humana en Aristóteles. *Espíritu LX*, 141, pp. 35-50.
176. Ramírez, E. (4 de noviembre de 1989). En la capital se concentra el 45% de los enfermos de sida. *El Día*, p. 3.
177. Reel, B. y Thompson, T. (2009). Is it a matter of politeness?: Face and the effectiveness of messages about condom use. *Southern Communication Journal*, 69(2), pp. 99-119.
178. Reyes, J.G. (6 de Agosto de 1988). No Podemos Bajar la Guardia Ante el Sida. *Excelsior*, p. 1.
179. Reyes, G. (1 de diciembre de 1989). Intensa campaña antisida desde hoy: SSA, IMSS y DDF. *Excelsior*, p. 4D.
180. Reyes, G. (2011). El tratamiento antirretroviral. En Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Fundación México Vivo. (Eds), *30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México*. (pp. 17-26). México: CIENI y Fundación México Vivo.
181. Reyes, J. G. (28 de octubre de 1992). El sida, una enfermedad sumamente costosa social y económicamente. *Uno Más Uno*, p. 27C.
182. Segall, S. (2014). Luck Prioritarian Justice in Health. En Knight, C. y Stemplowska, Z. (Eds.), *Responsibility and Distributive Justice* (pp. 246-265). United States: Oxford University Press.
183. Soler, C. (2009). Acceso universal al Programa de VIH/SIDA de la Ciudad de México:

- resultados a seis años. *Salud Pública de México*, 51(1).
184. Spieldenner, A. (2016). PrEP Whores and HIV prevention: the queer communication of HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP). *Journal of Homosexuality*, 63(12).
  185. Summers, D. (2018). The Battle for Truvada. *Slate*. <https://slate.com/human-interest/2018/05/act-up-is-challenging-gilead-to-make-truvada-more-accessible.html>
  186. Turnes, A. (2007). *La sífilis en la medicina. Una aproximación a su historia*. Uruguay: Granada. [https://smu.org.uy/publicaciones/libros/textocompleto/la\\_sifilis\\_medicina.pdf](https://smu.org.uy/publicaciones/libros/textocompleto/la_sifilis_medicina.pdf)
  187. UNAIDS (2008). Who is being infected with HIV and what makes people vulnerable to HIV infection? [http://hivpreventiontoolkit.unaids.org/support\\_pages/faq\\_who\\_infected\\_hiv.aspx](http://hivpreventiontoolkit.unaids.org/support_pages/faq_who_infected_hiv.aspx)
  188. Valderrábano, A. (5 de agosto de 1988). No se dará información sobre el sida en primaria y en secundaria: SEP. *La Jornada*, p. 6.
  189. Valdéz, R. A. y Varela, F (2011). Comportamientos Sociales y gestión gubernamental. En Centro de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Fundación México Vivo. (Eds). *30 años del VIH-SIDA. Perspectivas desde México*. (pp. 47-53). México: CIENI y Fundación México Vivo.
  190. Valdiserri, R. (1998). Promoting condom use to prevent HIV Infection. *Sex Information and Education Council of the U.S*, 17(2), pp. 10-13.
  191. Vázquez, J. J. (4 de octubre de 1992). Imposibilitado el Sector Salud para recibir a enfermos de sida. *El Sol de México*, p. 5P.
  192. Vegara, J. (2016). La Obra de Amartya Sen. *Iberian Journal of the History of Economic Thought*, 3(2), pp. 201-220.
  193. Waisel, D. (2013). Vulnerable populations in healthcare. *Current Opinion in Anaesthesiology*, 26(2), pp. 186–192.
  194. Weeks, J. (1998). La invención de la sexualidad. En *Sexualidad*. (pp. 21-46). Ciudad de México: Paidós.
  195. World Health Organization (2018). *Sexual and reproductive Health*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/sexual-and-reproductive-health>
  196. Xantomila, J. (28 de marzo de 2018). Desde 2014, cero campañas de prevención del sida en México. *La Jornada*, p. 35.
  197. Zamarripa, R. (17 de noviembre de 1989). Deberá legislarse a favor de enfermos de sida: Sepúlveda. *La Jornada*, p. 16.