



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES
ACATLÁN

LA CUESTION SEXUAL EN EL SIDA DESDE
UNA PERSPECTIVA SOCIOLOGICA.

T E S I S
QUE PRESENTA:
GABRIELA SILVA URRUTIA
PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN SOCIOLOGIA

FALLA DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

NOVIEMBRE DE 1995



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

Este trabajo está dedicado a:

José Guadalupe y María Guadalupe, mis padres y María Dolores, mi abuela.

Claudia, Eliud y Jessica, mis hermanos.

**Los profesores que contribuyeron a mi formación profesional,
en particular a Alma Rosa quien asesoró este trabajo.**

Adriana y Rebeca, porque juntas transitamos por una carrera esperando que una bomba cayera.

Enrique, Agustín, Raúl M. y Raúl F., por ser mis amigos.

León, Marco, y Ernesto porque además de ser compañeros en la lucha, somos amigos.

Con cariño para Jesús Rogelio por su apoyo en estos dos últimos años.

Finalmente dedico este trabajo a la memoria de:

Francisco, Pedro, Saúl y René.

ESQUEMA

	Página
INTRODUCCION	3
CAPITULO I: GENERO, SEXUALIDAD, SIDA Y PODER.	
UNA REFLEXION SOCIOLOGICA	6
1.- ALGUNOS CONCEPTOS PRELIMINARES.....	6
2.- NORMA Y DESVIACION.....	9
2.1.- DURKHEIM.....	9
2.2.- LOS DESVIADOS Y EL ESTIGMA.....	10
2.3.- LA DESVIACION Y LA ENFERMEDAD.....	15
3.- MEDICINA, PODER Y SEXUALIDAD.....	17
3.1.- NORMAL, ANOMALO Y PATOLOGICO.....	17
3.2.- LA MEDICINA Y EL PODER.....	19
3.3.- LA MEDICINA Y LA SEXUALIDAD.....	22
4.- HACIA UNA CONSTRUCCION SOCIAL DE LA SEXUALIDAD.....	24
4.1.- LA POLITICA SEXUAL Y EL GENERO.....	26
4.2.- LA SOCIOLOGIA FEMINISTA.....	27
4.3.- LOS VALORES NORMATIVOS EN LA SEXUALIDAD.....	31
A) LA FEMINIDAD Y LA MASCULINIDAD.....	31
B) HETEROSEXUALIDAD.....	33
C) LA REPRODUCCION.....	34
NOTAS.....	37
CAPITULO II: EL SIDA Y SU CONTEXTO	
1.- LA APARICION DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN EL MUNDO	39
1.1.- PRIMERAS HIPOTESIS Y GRUPOS DE RIESGO.....	41
2.- EL SIDA EN EL CONTEXTO MEXICANO.....	42
2.1.- APARICION Y EVOLUCION DE LOS PRIMEROS CASOS.....	42
2.2.- ESTADO DE BIENESTAR Y ESTADO ASISTENCIALISTA.....	46
2.3.- LAS POLITICAS DE SALUD EN EL ESTADO DE BIENESTAR.....	47
2.4.- PANORAMA ACTUAL: EL SIDA Y LAS POLITICAS NEOLIBERALES.....	49
3.- LA RESPUESTA SOCIAL EN MEXICO.....	51
3.1.- LA RESPUESTA GUBERNAMENTAL: LA CREACION DEL CONASIDA.....	52
3.2.- LOS ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES.....	54
3.3.- EL DISCURSO CONSERVADOR.....	58
4.- LA IGLESIA CATOLICA Y LA SEXUALIDAD.....	60
4.1.- CARACTERISTICAS DE LA RELIGION.....	60
4.2.- LA RELIGION Y LA SEXUALIDAD.....	61
A) EDUCACION SEXUAL.....	62
B) EL ABORTO.....	62
C) LA HOMOSEXUALIDAD.....	63
NOTAS.....	67
CAPITULO III: LA CUESTION SEXUAL Y EL SIDA	
1.- ESTIGMA, ENFERMEDAD Y SENTIDO RELIGIOSO EN TORNO AL SIDA	70
1.1.- LAS METAFORAS DEL SIDA.....	71
1.2.- LA EXCLUSION.....	72
1.3.- EL SENTIDO RELIGIOSO.....	75

2.- LOS GRUPOS DE ALTO RIESGO.....	76
2.1.- PERCEPCION SOCIAL DEL RIESGO.....	76
2.2.- LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION.....	70
3.- ASPECTOS DE LA SEXUALIDAD EN MEXICO.....	81
3.1.- MORAL SEXUAL EN MEXICO.....	81
A) EL ESPACIO SOCIALMENTE LEGITIMADO POR LOS SEXOS.....	81
B) EL LENGUAJE.....	82
3.2.- EL MACHISMO Y LA FALOCRACIA.....	83
3.3.- LA PROSTITUCION.....	84
4.- LOS HOMOSEXUALES Y EL SIDA.....	87
4.1.- LA CONNOTACION SOCIAL DE LA HOMOSEXUALIDAD EN MEXICO.....	87
A) LA VIRILIDAD DEL MEXICANO Y SU RELACION CON LOS DEMAS HOMBRES.....	87
B) LA RELACION DE LOS HOMBRES CON LAS MUJERES.....	88
4.2.- LA VULNERABILIDAD SOCIAL ANTE EL SIDA.....	80
4.3.- EL DISCURSO CONTRAHEGEMONICO.....	91
5.- LA MUJER Y EL SIDA.....	93
5.1.- LA MUJER MADRE Y LA MUJER PROSTITUTA.....	93
5.2.- LOS ROLES SEXUALES RIGIDOS EN LA RELACION DE PAREJA.....	94
5.3.- EL PAPEL DE LA MUJER COMO MADRE Y CUIDADORA DE ENFERMOS.....	96
NOTAS.....	96
CONCLUSIONES.....	100
NOTAS.....	103
FUENTES BIBLIOGRAFICAS.....	104
FUENTES HEMEROGRAFICAS.....	107

INTRODUCCION.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en nuestro país reporta hasta marzo de 1985 más de 22, 000 casos, de los cuales el grupo más afectado es el de hombres entre los 25 y 39 años; para 1982 la enfermedad se ubica dentro de las causas de mortalidad general en el país en el lugar número 20. Tales circunstancias nos hablan de un problema de salud pública, donde las políticas sociales y las instituciones de salud en nuestro país, no permiten combatir de manera óptima la pandemia del síndrome.

Puesto que no es la enfermedad un aspecto constrictivo únicamente al ámbito médico, intentamos en esta ocasión elaborar un estudio de carácter sociológico que permita descubrir las principales implicaciones sociales, culturales, ideológicas y políticas del SIDA en los diversos espacios que lo conforman, poniendo un especial énfasis en los aspectos relacionados con la sexualidad.

De esta forma, nuestro interés se situó en los siguientes capítulos:

I.- Género, Sexualidad, SIDA y Poder:

Que se configura a partir de un extenso marco conceptual que permita ubicar el estudio del SIDA dentro de diversas corrientes sociológicas. Por ello gran parte del análisis se da a partir del concepto de desviación y normalidad propuestos, de acuerdo a los siguientes autores:

- a) Durkheim;
- b) Becker;
- c) Waltzquin y Waterman;
- d) Canguilhem;

Por otra parte también cuestionamos el concepto de estigma en Goffman, que a nuestro juicio comparte con Becker (a pesar de sus diferentes posiciones sociológicas) el sentido de "funcionalidad" de la teoría personiana. El análisis del ejercicio del poder en la medicina, según la propuesta de Foucault nos permite cuestionar el supuesto humanismo presente en la práctica médica, así como los mecanismos de funcionalización de la sociología médica personiana. Asimismo, la medicina y su vínculo con lo sexual, a partir del pensamiento de Comfort nos invita a una reconstrucción histórica de dicha relación y su actual representación.

Finalmente proponemos la conceptualización de la construcción social de la sexualidad; concepto tal que está relacionado con la fenomenología social y el interaccionismo simbólico en tanto que el estudio de la sexualidad implica el estudio de lo cotidiano. Manifestamos asimismo nuestras diferencias con dichas teorías, y para enriquecer nuestra construcción social de la sexualidad utilizamos la teoría de género, el concepto de política sexual y la sociología feminista.

II.- El SIDA y su contexto:

Cuyo objetivo es por un lado hacer una breve síntesis del acontecimiento histórico del SIDA, sus primeras hipótesis y la búsqueda de su agente etiológico, y las manifestaciones culturales que trajo; y por el otro interrelacionar el fenómeno SIDA con las diversas variantes que lo componen al interior de nuestra sociedad. Por ello es que analizamos el contexto económico, político, social e ideológico al interior de la sociedad mexicana; cuestiones que implican observar el devenir histórico de las políticas de salud en el Estado de Bienestar, el momento de crisis económica en que aparece el síndrome, las políticas sociales y las directrices neoliberales, así como la respuesta social dada a partir de tres actores: la respuesta oficial con el Consejo Nacional Para la Prevención del SIDA, las Organizaciones no Gubernamentales de la sociedad civil, y la reacción conservadora promovida por Provida y la Unión Nacional de Padres de Familia.

III.- La cuestión sexual en el SIDA:

En este capítulo reobramos el concepto de estigma, sus repercusiones en la esfera religiosa, la exclusión y los medios masivos de comunicación, y examinamos algunos de los elementos de la moral sexual mexicana, donde sobresalen la doble moral, la prostitución, el machismo, entre otros. Tales elementos nos permiten comprender los efectos sociales que trajo el SIDA con la comunidad homosexual -quien elaboro de algún modo un discurso contrahegemónico-, y la polarización de valores que en investigaciones sobre SIDA y mujeres las identificaban o como madres o como prostitutas.

El discurso del poder, del estigma y de la desviación forman a nuestro parecer un proceso que permite y legitima la desigualdad y discriminación social. El poder tiene que ver con la facultad de hacer o no hacer, así como

de los recursos disponibles para ello, que implica el campo de lo estatal, pero también de los sujetos que lo componen; las relaciones de poder entre los individuos no necesariamente corresponden a su relación con el Estado, de allí que Foucault proponga el concepto de red de poder difuso. Teniendo el poder relación con lo permitido y lo prohibido es lógico que genere discursos por medio de los cuales pueda calificar y recomponer conductas, por ello el estigma y la desviación sirven de discursos definitorios de los mecanismos de poder.

El estigma implica una identidad deteriorada y una pérdida de atributos personales que reducen al individuo, y es posible en una sociedad acostumbrada a prácticas discriminatorias basadas en la diferencia (étnica, sexual, económica, etc.), por ser ésta parte de los conceptos que forman desviaciones. Desviarse implica alejarse de un valor estadístico como la media, pero dentro del discurso positivista se relaciona con aspectos patológicos o anormales; estos planteamientos en más de un caso intentan implantarse como cuestiones meramente objetivas y sin prejuicio alguno. Por el contrario, creemos que conceptos como desviación y anomalía, llevan en sí mismo una valoración que está fuera del terreno científico y que obedecen de cierto modo a paradigmas cuya representación se encuentra en un espacio de poder.

A lo largo de la lectura de este trabajo observaremos que estos tres conceptos se hallan de manera particular en el fenómeno SIDA. El discurso médico y social generado en torno al síndrome y los grupos de alto riesgo son una representación del saber-poder según Foucault, que a su vez refuerzan el concepto de desviación y la práctica de la estigmatización.

No obstante que nuestro trabajo se ubica en un terreno meramente teórico, y sin referente empírico que de cuenta de cómo son vividos estos procesos por los sujetos directamente involucrados, queremos señalar que a pesar de la comodidad con la que puede el sociólogo utilizar conceptos como estigma y desviación, nuestro sentir es sin lugar a duda de compromiso con la lucha contra el SIDA, y de reconocimiento y respeto hacia quienes han sido protagonistas activos y se han negado a ser reducidos como seres humanos, a una historia clínica, o una cifra más en las estadísticas oficiales.

CAPITULO I: GENERO, SEXUALIDAD, SIDA Y PODER. UNA REFLEXION SOCIOLOGICA.

1.-ALGUNOS CONCEPTOS PRELIMINARES.

Como sabemos el SIDA es una enfermedad cuya principal vía de infección es a partir de las relaciones sexuales. Este hecho, que a simple vista pudiera parecernos insignificante, encierra en sí mismo una inmensa red de relaciones sociales que tienen que ver con la Sociología. Lo sexual, se constituye a partir de dos perspectivas: el ámbito anatómico-fisiológico, y el ámbito sociocultural. Implica el orden biológico, es el cuerpo físico en el terreno de la reproducción por ejemplo. Sin embargo el hecho no queda ahí, cada cultura dota de manera singular las múltiples manifestaciones del cuerpo biológico, de los usos sexuales, la maternidad, el aborto, la masturbación, en fin de todo lo que se condensa en este sustrato biológico en torno al cual se organiza la sociedad occidental y la religión para normativizar ciertas conductas. Así la moral sexual de cada época interesa en tanto regula y modifica conductas, construye discursos y se rodea de una densa red de poderes difusos, de prohibiciones, mitos, falacias y castigos.

La sexología que hoy en día es la disciplina que se encarga del estudio de la sexualidad, y que interrelaciona las ciencias biológicas con las ciencias sociales se sistematiza en función de ciertos conceptos básicos. Por ejemplo Xabier Lizarraga nos habla de los siguientes:

* **sexo:** conjunto de características biológicas que definen a machos y hembras, y va del nivel cromosómico al hormonal.

* **sexo de asignación:** el cómo se nos designa en función de la apariencia de los genitales externos en el nacimiento del sujeto, es una construcción cultural más que biológica, pues se define desde ese momento el destino social que se tendrá como ser humano.

* **identidad sexogenérica:** alude al cómo se siente un individuo psicológicamente con respecto a su sexo de asignación. En este sentido pueden producirse dos efectos: el estar de acuerdo con ser hombre o ser mujer dependiendo de la biología que se tenga, o estar en desacuerdo con esta relación, dando pie a fenómenos como la transexualidad (cambio de sexo biológico).

* **roles sexuales:** son el conjunto de comportamientos adecuados que se espera tenga un individuo en su sociedad en función de su sexo de asignación; son patrones de conducta específicos tanto para hombres como para mujeres.

***identidad sexoerótica o preferencia sexual:** el cómo se relaciona erótica y afectivamente un individuo con otra persona; si es de su mismo sexo decimos que es una persona con preferencia homosexual, si es de sexo distinto entonces es heterosexual, y si puede relacionarse tanto con uno como con el otro sexo es bisexual.

***identidad sexopolítica:** alude a la conciencia social y al nivel de acción y coherencia política con la que se defienden derechos civiles y humanos (en el caso específico de movimientos de liberación homosexual) o se cuestionan normas, patrones sexuales y la discriminación de género (como las feministas).

***sexo género:** el cual manejaremos como teoría de género; ésta estudia las determinaciones socioculturales que definen lo femenino y masculino, así como las expectativas que regulan el qué estas construcciones de género se lleven a cabo.

Algunos de estos conceptos se explican más ampliamente desde la psicología (el de identidad sexo genérica por ejemplo), pero al menos los tres últimos tienen un gran sentido social. Si lo sexual no es exclusivo del campo de la psicología, o la biología, debe haber un modo particular que nos permita integrarlos al lenguaje social, por ello, la cuestión sexual en este trabajo será entendida como el conjunto manifestaciones de la sexualidad que se relacionan de manera determinante en la cultura y que trazan normas y líneas de conducta.

Para hacer más sistemática y delimitada la cuestión sexual, ésta se analizará a partir de las siguientes perspectivas:

a) **perspectiva socializante:** la socialización es la tarea de integrar a los individuos a una sociedad. Esta integración (dependiendo de la teoría sociológica en la cual nos basemos) tomará en cuenta una serie de valores, normas de conducta que cohesionan a los individuos. La sexualidad al menos en nuestra cultura, es regulada; el cómo se relacione erótica o afectivamente, el cómo se desempeñen los roles sexuales, se dan en el seno de una sociedad, en el espacio de la vida cotidiana -como espacio privilegiado de la socialización-, de la historia de vida. Implica el nivel individual y el nivel social.

b) **perspectiva genérica:** los roles sexuales, como las perspectivas y determinaciones culturales, son de algún modo una imposición vía la socialización. El que se construyan identidades desde patrones asimétricos explica la discriminación, el reconocimiento, la decisión y el prestigio ideados para las mujeres, o bien la homofobia, pues la imagen de homosexual en nuestro país es la de un hombre que se denigra así mismo por seguir conductas femeninas o viceversa. Sostener una perspectiva genérica, así como cuestionar el ámbito socializante permiten

detectar las relaciones de poder que imperan en una sociedad: no sólo la clase de desigualdad, también el género y la preferencia sexual.

c) perspectiva política: las acciones sociales pueden tomar un sentido político en el momento que cuestionan la regulación del poder y la toma de decisiones, pero también cuando justifican el *status quo*. Salir del clóset es una expresión que significa dar a conocer abiertamente que se es homosexual, implica por tanto una posición política; hablar de patriarcado y de machismo es una crítica a las normas sociales convencionales que reducen a las mujeres al ámbito doméstico; dirigir, confrontar los espacios de poder, adquirir una conciencia de sociedad civil son actos concretos y sociales -no sólo retóricos- del asumir una posición político sexual.

Reunimos a estas perspectivas, ya que se entizan en tres aspectos sociales inherentes al fenómeno SIDA:

* La "aidificación" de la homosexualidad: Cuando surge la enfermedad es frecuente reconocer en ésta a la homosexualidad; es decir SIDA y homosexualidad fueron términos comunes que describieron al síndrome y por tanto reunió en sí mismo todos los estigmas y prejuicios que para con la enfermedad y la homosexualidad se tienen en nuestra cultura.

* Pasividad e invisibilidad sexual : Es indudable que las construcciones genéricas que más adelante en detalle definiremos, han influido notablemente en el cómo se expande la enfermedad y los grupos que toca, principalmente porque al definir y delimitar los papeles de hombres y mujeres, y bajo los supuestos de la feminidad, permitieron que las prácticas de riesgo se realizaran en aquellos excluidos del grupo de alto riesgo (o sea a los heterosexuales adultos, los adolescentes, las amas de casa, las mujeres bisexuales, los ancianos, los niños, y en síntesis a los no promiscuos cuyos datos numéricos desconocemos categóricamente, entre otros).

* La conciencia de sociedad civil en la lucha contra el SIDA: Interesa a la sociología en tanto movimiento social; por un lado se construye un discurso contrahegemónico que cuestiona al discurso dominante de la sociedad, (incluso al sociológico) y a los patrones y normas impuestos. Se hace una lectura de los logros y de la posición política al respecto, de las estrategias y del discurso conservador.

Si la cuestión sexual interesa por su perspectiva socializante y la adecuación de normas para la regulación de conductas, tenemos que observar uno de los paradigmas dominantes dentro de la sociología que estudia la

normatividad, la solidaridad y la anomia: el funcionalismo. Después revisaremos a la sociología de la desviación, que trata de manera particular a la homosexualidad.

2.-NORMA Y DESVIACION.

2.1.-DURKHEIM.

Recordemos brevemente al principal pensador que da vida a esta corriente: Emilio Durkheim. Si bien es cierto que bastante aporta la sociología durkheimiana a la configuración y estructuración de esta nueva disciplina al interior del privilegiado lugar de la ciencia en el siglo pasado, no olvida el sentido común de la búsqueda de la estabilidad social que tanto recuerda el orden y progreso.

Sienta las bases de la metodología sociológica a partir de sus correspondientes reglas, así ocupa lugar importante la distinción entre lo normal y lo patológico. Es menester recordar que en aquel entonces, la racionalidad y el devenir científico de la humanidad ocupan un lugar trascendente en las esferas sociales, por ello no es de extrañar su fuerte afán por diferenciar su sociología de las anteriores.

Es de capital importancia hablar de lo normal y lo patológico, ya que tal como lo desarrolla Durkheim es retomado por la sociología de la desviación. Así, el primer concepto lo relaciona con lo saludable, el segundo con lo enfermo. El descubrir el estado normal posibilita al sociólogo conocer más a profundidad a la sociedad, ya que por un lado permite hacer objetivo este tipo de conocimiento al ser contrastado por la evaluación estadística. De este modo "Llamaremos normales -según Durkheim- a los hechos que prejuzgan las formas más generales y daremos a las otras el nombre de mórbidas o patológicas" ¹. Así el tipo normal se constituye a partir del tipo medio -o tipo normal-, y todo lo que se aleje de este patrón es un fenómeno mórbido.

Durkheim reconoce que esta caracterización depende de la sociedad en la que nos encontramos, así lo que es normal para una no lo es para la otra. Asimismo la lógica de la sociología durkheimiana plantea que las sociedades se diferencian en función del tipo de actividades que se realicen al interior de éstas, las más arcaicas son las sociedades mecánicas, mientras las más evolucionadas son las orgánicas; donde otro rasgo distintivo es el nivel de solidaridad (entendida como lazos que cohesionan a la sociedad), que por ende es más completo en la sociedad orgánica que en la mecánica. Esta solidaridad se expresa en parte en la conciencia moral de la sociedad -que es

menester decir es el tipo colectivo y normal ya que representa la mayoría numéricamente hablando- que al verse turbada se expresa contra el acto patológico.

Durkheim observa las cosas en el panorama francés de a fines del siglo pasado, que ha vivido constantemente cambios significativos en el ámbito de lo político y lo social (la Revolución de 1789, el ascenso al poder de Napoleón, la Revolución de 1848) y que aparecen como una amenaza a la sociedad en su conjunto; el devolverle la tan ansiada moralidad perdida en lo que Comte llamó la etapa metafísica a la sociedad francesa, le lleva finalmente a sugerir la conservación de la normatividad. En este contexto, toma un sentido político la norma: seguiría asegura la cohesión, y la solidaridad social, apartarse de ella es un acto excluyente y de segregación, pues tiende a la anomia, que a la larga produce un anarquismo social; y como el anarquismo es la metafísica por excelencia, más que nunca debe reforzarse la normatividad con la socialización y la moral. Por ello, el deber del hombre de Estado es realizar el papel del médico: "evitar la eclosión de las enfermedades mediante una buena higiene y, cuando se han declarado, intenta curarlas"², por supuesto con la ayuda de la sociología.

En la sociología funcionalista norteamericana ocurre algo semejante en los 60's, la expansión industrial trae consigo una serie de problemas sociales no vistos anteriormente, que además atentan contra la moralidad y la cohesión social, son sujetos anómicos que empiezan a cuestionar al paradigma funcionalista con su presencia (precisamente a fines de esta década empieza a nivel teórico a ser fuertemente cuestionado) y que los sociólogos se encargan de estudiar, así proliferan los estudios sobre las prostitutas, los drogadictos, delincuentes juveniles, los alcohólicos, y los homosexuales entre otros.

2.2.-LOS DESVIADOS Y EL ESTIGMA.

El paradigma dominante dentro de la Sociología contemporánea en Norteamérica después de la segunda guerra mundial hasta los 60's, fue sin duda el funcionalismo, cuyo principal exponente fue Talcott Parsons. El éxito de dicha teoría estuvo relacionado con las condiciones de posguerra, el Estado de Bienestar y las crisis económicas que obligaron al Estado a intervenir como regulador; fenómenos sociales que, en cierta medida necesitaban del ideal durkheimiano de armonía y estabilidad que estaban presentes en el pensamiento de Parsons. A fines de los 60's el paradigma funcionalista empezó a ser cuestionado, entre otras razones porque dicha teoría resultaba producto de abstracciones teóricas no contrastables en una sociedad real, por ser una teoría macroestructural que puso poca

atención a los procesos interactivos, por carecer de una lectura del cambio social crítica y finalmente por colocar al sujeto en una situación pasiva³.

Situados por algunos autores como parte de la sociología crítica norteamericana en los 60's, los sociólogos que a continuación analizaremos proporcionan a nuestro estudio enfoques importantes; el primero Howard Becker por sus aportaciones sobre la sociología de la desviación, el segundo Erving Goffman situado dentro del interaccionismo simbólico (y por lo mismo alejado del paradigma funcionalista parsoniano, pues recordemos que esta teoría rescata el papel del sujeto como ente activo y no pasivo según el funcionalismo). Si bien ambos autores proceden de tradiciones sociológicas distintas, consideramos que comparten el concepto de normatividad, que tanto en uno como en otro se insertan dentro del paradigma sociológico de la armonía, las normas y la funcionalidad social.

Howard Becker que opera en el esquema durkheimiano, considera que hay reglas verdaderamente operantes en una sociedad que permiten su funcionalidad. Definen los polos de la sociedad: de un lado se hayen los que siguen las reglas que la misma sociedad se ha impuesto, y del otro los transgresores de éstas, estos transgresores son los desviados (donde entran los homosexuales y los adictos a las drogas entre otros). Más que una característica meramente estadísticas, Becker trata a lo desviado en cuanto desbarata la supuesta estabilidad funcionalidad social, y en tanto conducta que los grupos sociales llaman como tal, por ser una conducta infractora de las reglas que le permiten la supervivencia.

En síntesis la desviación es " el resultado de un proceso que implica las reacciones de las otras personas frente a esta conducta [...] depende en parte de la naturaleza del acto (es decir de si se quebranta o no alguna regla) y en parte de lo que los demás hacen al respecto"⁴. Las reglas operantes permiten la supervivencia del grupo, y por ello es necesario que se acaten.

Tipifica la conducta en conformista -que obedece las reglas y no se percibe como desviada- y conducta transgresora - que puede o no ser percibida como desviada-. También nos señala la carrera de desviación, es decir una serie de movimientos de cualquier individuo que lo llevan de la conducta conformista a la transgresora, y que inicia con el quebranto de una regla. Lo que diferencia a los desviados de quienes sin quererlo se hayen en esta posición es la motivación, por ello es que

³el desarrollo normal de una persona en nuestra sociedad (y probablemente en cualquier sociedad [occidental]) puede considerarse como una serie de compromisos cada vez mayores con las normas e

instituciones convencionales. La persona «normal», cuando descubre un impulso desviado en sí misma, consigue controlar ese impulso pensando en las múltiples consecuencias que tendría para él el actuarlo⁵.

La sociología de la desviación se encarga de los sujetos cuya conducta se da en función de motivos e intereses desviados, y cuyo patrón de conducta se encuentra en periodos largos y mantienen una identidad desviada y una subcultura marginal. La identidad desviada supone una serie de valores indeseados en la sociedad, que son reconocidos por la sociedad y que definen a la persona que los posee "que no puede o no quiere actuar como un ser humano moral"⁶.

Estos rasgos de la conducta desviada conllevan al aislamiento, pérdida de estatus y acceso a sitios marginales. Añade Becker "Cuando el desviado es descubierto, se le trata de acuerdo con el diagnóstico popular de por qué es como es"⁷. Como no le está permitida una cotidianidad como la de otros, el desviado genera prácticas ilegítimas, entre las cuales la más peligrosa es "un sistema de racionalización autojustificativo" que según el autor "raras veces está tan bien estructurado como el del grupo homosexual" quien para aquel entonces representa un movimiento contracultural de gran envergadura. El adoptar este sistema autojustificativo permite al desviado "desarrollar su actitud desviada con un mínimo de problemas", y que además de manera general, esta racionalización de los grupos desviados incluyen un repudio a las reglas morales convencionales.

El análisis del estigma, llevado a cabo dentro del interaccionismo simbólico de Erving Goffman, ofrece también un campo fructífero para nuestra investigación, el cual señala que el estigma es un signo, marca física o simbólicamente visible que reduce al sujeto hasta el punto de ser solamente concebido en función de ese signo; así es como un sujeto entra en una devaluación social de su personalidad frente a los normales. También señala los tipos de estigma

" las abominaciones del cuerpo [...] los defectos del carácter del individuo que se perciben como falta de voluntad, pasiones trágicas y antinaturales, creencias rígidas y feises, deshonestidad. Todos ellos se inferen de conocidos informes sobre, por ejemplo, perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas[...] los estigmas tribales de la raza, la nación y la religión "⁸.

Esta identidad devaluada pesa por una historia de vida, una biografía personal cuyo control permite al estigmatizado configurarse como un desacreditado, o como un desacreditable -es decir cuyo estigma aún no es revelado en su espacio social inmediato, pero puede serlo posteriormente-. Para Goffman la desviación es "el puente que vincula el estudio del estigma con el resto del mundo social" ; comparte con Becker la idea de normas compartidas como condición necesaria de la vida social, a la infracción se responde con la sanción e implica nuevas adecuaciones de la conducta desviada para la interacción cara a cara.

Goffman introduce el concepto de desviado normal, como aquel estigmatizado que opera a pesar de, en la normalidad. Podemos establecer un conjunto de analogías entre ambos autores en cuanto a lo que se ha expuesto hasta el momento, así tenemos: a) son las reglas inherentes al grupo social lo que le permite su supervivencia, la infracción de estas normas conlleva a la exclusión o marginación social (planteamiento expuesto por Durkheim en cuanto a lo normal y la anomia); b) en el caso de los trasgresores se crean subculturas o comunidades desviadas; c) operan tales procesos dentro de un ambiente de funcionalidad y sin relaciones conflictivas de poder.

Sin embargo, hay una diferencia sustancial entre Goffman y Becker. Para el primero el estigma abre una larga lista de desvirtuados sociales que van de los enfermos mentales, prostitutas inválidos, ciegos, iludidos, drogadictos, homosexuales, criminales entre otros, que precisamente por incorporar ciertos rasgos físicos que estigmatizan son por tanto parte de lo desviado normal (y cuya posición en obras posteriores a *Estigma*, aparecen con un tono más crítico y en el marco del estudio de las instituciones), y no entran en el campo motivacional que Becker menciona. De esta situación podemos decir, que si bien el estigma reduce de manera general al sujeto, hay estigmatizados cuya marca no depende de su voluntad ni su motivación sino, incluso de condiciones ajenas, lo cual hace más tolerable su existencia, mientras que el homosexual o la prostituta es más culpable de su estigma, y por tanto menos tolerable, pues no es un defecto físico lo que lo marca.

Tanto Becker como Goffman escriben sus obras en los 60's en el contexto norteamericano, por ello es menester preguntarse ¿qué sucedía con la sociedad norteamericana en aquellos entonces? en síntesis, atravesaba por una crisis moral y se gestaba el movimiento de liberación sexual; por tal razón es que Becker recuerda a Comte cuando éste aseveraba en el contexto del movimiento feminista del siglo pasado que « La sociología demostrará que la igualdad de los sexos, de la que tanto se habla, es incompatible con toda existencia social »⁹.

Nuestra primera crítica a la sociología de la desviación es, la que hacemos al pensamiento funcionalista: la armonía y estabilidad de la sociedad. Que Becker haya sido considerado dentro de la sociología crítica norteamericana, se debe en parte porque recupera el sentido de algunos actores, entra al terreno de lo interactivo y deja de lado la teoría abstracta parsoniana de los grandes sistemas, no porque su posición acerca de lo normal fuera diferente. Adoptar la posición parsoniana positivista, implica lejos de la neutralidad objetiva tan anhelada, una posición política e ideológica al respecto, ya que el dato medido, la investigación empírica en sí, determina una posición y cierta valoración del problema. La etnometodología que dentro de la sociología crítica norteamericana

empleada en aquel entonces (y que además aparece cuestionando la interacción personal), no traduce el concepto de normal y normatividad de manera diferente, sólo cambia la técnica y no la apreciación de éstos conceptos, pues implícitamente comparte con el funcionalismo la creencia de ciertas reglas que permiten la estabilidad social.

El que se hable de nuevos sujetos sociales a fines de los 70's y principios de los 80's, permite comprender cómo de desviada una conducta pasa al campo del cambio social. El concepto de Sujeto Social es a veces definido por otros autores como "agente" (Bourdieu) o "actor" social; pues "sujeto" alude más bien a un estado de sujeción y no de acción. De todos modos, sujeto, actor o agente social alude a "agrupamientos sociales definidos por una acción, incluso bajo la forma de movimiento, en función de necesidades y reivindicaciones específicas, en cuya consecución construyen un discurso y una identidad propia"¹⁰. Este concepto enriquece la visión de cambio social, pues como agrupamientos de la sociedad civil, amén de exigir demandas específicas, fortalecen el terreno de la democracia y la pluralidad al interior de la toma de decisiones, y propicia la creación de nuevas formas de organización política que superan la vieja concepción de la organización a través del partido de vanguardia.

Hasta aquí únicamente dejaremos esbozados algunos ejes en torno a los cuales hacemos la crítica a la sociología de la desviación, y que se analizarán en los apartados siguientes:

* La normatividad se entiende como algo necesario, a la que recurre la sociedad para mantenerse; lejos de esta funcionalidad, lo que encontramos es una sociedad dominada ideológicamente por el éxito personal, el individualismo exacerbado, la heterosexualidad reproductiva y la falocracia.

* Lo sano y lo patológico conforman otra infinita red de poder, que va desde el terreno discursivo (la sano relacionado a lo bueno, lo enfermo a lo malo) al campo de la exclusión con fines profilácticos y terapéuticos (es decir para detener una epidemia o el avance de una enfermedad) y estigmatización; Goffman a pesar de algunos suspiros de benevolencia con los estigmatizados a causa de una abominación del cuerpo, olvida que la marca entraña castigo y maldad, una relación entre lo bueno y lo malo que, en *Estigma* no menciona sino de manera descriptiva, apolítica y ahistórica.

* Responder ante el surgimiento de nuevos movimientos contrahegemónicos reduce finalmente, la capacidad explicativa de la sociología de la desviación, quien se conforma de mal grado diciendo que dichos grupos (como el

de liberación homosexual, y en algunos casos el de feministas) tienen un sistema de racionalización autojustificatoria, pues son éstos quienes enfrentan los prejuicios de los científicos sociales funcionalistas.

2.3.- LA DESVIACIÓN Y LA ENFERMEDAD.

El SIDA forma parte de un problema de salud pública, es una enfermedad y, como toda enfermedad no se restringe exclusivamente al ámbito clínico sino que tiene ciertos conceptos culturales que lo definen y significan, por ello es importante encontrar un análisis sociológico aplicado al estudio de la salud. Así hablaríamos de la sociología de la medicina, la cual se conformaría de un estudio de la salud a partir de la esfera económica, la producción científica, las políticas de salud, el análisis sociodemográfico, y la significación sociocultural particular de la salud y la enfermedad.

En México, tal vez al igual que en otros lugares, poco desarrollada se tiene esta concepción de la sociología médica que, desde nuestra perspectiva ofrece un panorama más amplio del estudio social de la salud y la enfermedad. Se ha desarrollado de manera particular el aspecto de las políticas de salud, donde destacan Eduardo L. Menéndez y Cristina Asa Laurel entre otros.

En la sociología funcionalista norteamericana, que señalamos en el apartado anterior, se encuentra también desde Parsons una lectura sociológica de la enfermedad, veamos en que consiste.

Según Watzkin y Waterman, el papel del enfermo en la lógica funcionalista parsoniana de los 70's, cubre las siguientes expectativas:

- * 1) las personas enfermas no son consideradas 'responsables' de su incapacidad, 2) estén exentas de su actividad usual y de las obligaciones de sus tareas; 3) deberán querer dejar el papel de enfermo 'aliviándose'; 4) estén obligados a buscar un consejo médico técnicamente competente y actuar conforme a él * 11.

y añaden

- * La enfermedad, en el análisis de Parsons, es una forma de desviación, y por consiguiente, debe ser vista como un problema de control social * 12.

Estas cuatro expectativas deben ser leídas de la siguiente manera: 1) si bien hay una desviación en tanto que el individuo se ve imposibilitado para cumplir de manera normal con sus funciones cotidianas, no es una desviación como la de Becker, se parece más a la de Goffman, donde el individuo queda exento de culpas por su situación particular; 2) y 3) jugar el papel de enfermo y no cubrir las actividades que se le confieren socialmente, es viable siempre y cuando no se excedan los límites temporales que se requieren para la convalecencia y 4) en esta

posición que se define entre el médico y el paciente, queda claro que es el enfermo quien debe acatar y subordinar sus acciones a éste.

Cuando Waitzquin y Waterman hablan de la sociología médica de Parsons, tiene muy en cuenta el ámbito político y social que encierra el terreno de la salud y la institucionalización del cuidado de la misma. El control social al que hacen alusión en la lógica parsoniana responde a lo siguiente:

a) El control social del enfermo: la certificación. Como no todo debe ser llamado enfermo ni puede acceder al papel de enfermo, es menester contar con un mecanismo que certifique -o que demuestre- que en efecto un sujeto se encuentra en tal situación. Fundamentalmente son los médicos quienes se encargan de esta certificación. La certificación según Parsons, tiene efectos positivos para preservar la estabilidad social: al estar los sujetos expuestos a tensiones en su vida cotidiana, el papel de enfermo ofrece liberar dichas tensiones, pero en exceso - es decir, sin ser regulado o certificado tal rol - puede convertirse en una desviación que al amenace la estabilidad social. Finalmente, quien tiene la facultad de certificar son los médicos.

b) La relación médico-paciente. En las expectativas que cubre el rol del enfermo, queda de manifiesto la clara subordinación del paciente para con el médico; tal situación no es gratuita, hay una "confianza" mutua, una "colectividad mínima", y una relación cercana entre los dos según el pensamiento funcionalista. Sin embargo lo que hoy en día vivimos es una relación más bien formal y poco interesada en los problemas emocionales del paciente, lo cual se agudiza más cuando hablamos del subsistema de seguridad social, donde las relaciones médico paciente son más que cercanas y de confianza, son de cierta triadidad. Parsons considera también que la visión del médico "es más bien universalista que particularista", por lo cual el médico no resuelve las problemáticas del paciente, sino de todos los pacientes en general; tal posición nos haría creer que la generalización en la práctica médica ayuda a solucionar las diferencias que en este mismo ámbito aparecen cotidianamente, lo cual es cuestionable en el contexto burocrático en que se ejerce la práctica médica.

c) El control social de los médicos: el profesionalismo. Parsons ante la imputación del lucro en la profesión médica que, por supuesto rompe con su ideal de armonía y estabilidad, ingenuamente cree que al interior de la profesionalización de la medicina existe una honestidad que cumple con funciones solidarias, las cuales generan normas y patrones de conducta, que ayudan a regular y a asegura el mejor resultado entre la salud y la ganancia.

En síntesis, el papel del enfermo según nuestros autores, desde la visión funcionalista, tiende a la conservación y reproducción de las condiciones de desigualdad imperantes en el quehacer de la medicina. Esto quiere decir que, si bien la enfermedad tomada en el concepto general y abstracto (pues no hay diferenciación alguna según la teoría que revisamos ni cargas valorativas que distingan entre un incidente y una persona adicta a la drogadicción por ejemplo) es una desviación positiva, y lo es en tanto funciona el mecanismo *dispenso-integración*. Lejos de antagonizar la situación real que enfrenta el enfermo ante la institución de salud, en un primer momento por la desigualdad y control de información que el médico ejerce sobre el paciente (que huelga decir es una expresión concreta de la división y distinción del trabajo, que en el funcionalismo no es sino una forma de organizar a la sociedad sin ningún interés clasista); en un segundo momento porque devienen más antagónicas en relación a las posibilidades económicas que se tengan para acceder al sistema de salud. Como válvula de escape, la enfermedad en el funcionalismo libera tensiones que de otra forma generarían descontento, y que pasaría de una desviación positiva a una negativa donde, los desviados reformularían su situación - lo que les permitiría también organizarse -, lo cual es una amenaza a la estabilidad social y al esquema funcionalista.

3.-MEDICINA PODER Y SEXUALIDAD.

Ya que el SIDA es una enfermedad, es importante comprender cuales son los significados en el terreno de la medicina, de lo normal y lo patológico. Retomemos el pensamiento de Georges Canguilhem como un exponente de la epistemología médica (por supuesto debemos considerar que no es una visión generalizada del ámbito médico, sino la discusión se inserta en la consolidación del conocimiento de la medicina).

3.1.- NORMAL, ANOMALO Y PATOLOGICO

Por un lado trata a la enfermedad "como un juicio de valor virtual [...] Estar enfermo significa ser perjudicial o indeseable o socialmente desvalorizado"¹³, por ello "Enfermo' es un concepto general de no valor que comprende a todos los valores negativos posibles". (Tal consideración nos recuerda el planteamiento de Goffman descrito con anterioridad en torno a la devaluación personal, aunque en esta ocasión hay un cierto maniqueísmo implícito en la relación salud enfermedad).

Para el autor el problema radica en plantear desde la ciencia médica los fenómenos que hacen posible la enfermedad, el cómo y porqué evolucionan, por tal motivo inicia discutiendo el concepto mismo de normatividad.

Para él hay una normatividad biológica que la regula las funciones orgánicas del cuerpo, y le permiten sobrevivir o perecer ante el medio ambiente, por tal razón la vida es un hecho normativo; lo cual no debe leerse de manera semejante con la *normatividad social funcionalista*, debemos de hacer un fuerte énfasis en que se habla de objetos de estudio diferentes, y que nuestras categorías de análisis no pueden confundir el cuerpo biológico con lo social.

Lo anómalo, tan frecuentemente confundido con anormal alude -según Canguilhem- a un hecho biológico que describe o define una desviación estadística particular, y como tal sólo merece una explicación que excluya los valores humanos

"Lo anómalo no es lo patológico. Patológico implica pathos, sentimiento directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sentimiento de vida contrariada. Pero lo patológico es por cierto lo anormal"¹⁴.

Y es anormal porque rompe con la normatividad del cuerpo. Así cuando se habla de anomalía, se entienden estados patológicos donde se atenta en contra de la vida, lo cual no quiere decir que la anomalía como desviación estadística encierra en sí misma lo patológico. Considera que no hay una salud perfectamente continua, pues tal hecho estadísticamente es anormal -entendiendo lo normal como escuadra, como mayoría estadística-. La salud implica la disposición y capacidad que tiene el cuerpo biológico para contrarrestar los efectos nocivos del medio ambiente, por eso "Cuando se dice que una salud continuamente perfecta es anormal, se expresa que la experiencia del ser vivo incluye de hecho a la enfermedad"¹⁵. Lo anómalo ofrece la posibilidad de construir una nueva normatividad biológica, cuando esta nueva normatividad representa un nivel de vida inferior o un no ajuste al medio ambiente es cuando aparece lo patológico.

Es importante señalar que

" Si se define lo anormal o lo patológico por la desviación estadística o por lo inédito [...], hay que decir que las condiciones de examen en el laboratorio colocan al ser vivo en una situación patológica, de la cual paradójicamente se pretende extraer conclusiones que tengan alcance normativo"¹⁶.

En estricto sentido lo normal y lo anormal varía según el contexto particular, el como sobrevive un ser vivo en un ambiente -es decir la normatividad biológica- difiere según las condiciones. Con esto queremos decir que lo normal en una sociedad o un momento determinado, puede ser anormal en otra.

Formular que un hecho social es patológico, porque atenta contra la vida, implicaría mantener una visión hasta cierto punto creacionista y adecuar el pensamiento social a una suerte de organicismo; únicamente manejaremos el concepto de anómalo (desviación estadística que no atenta contra la normatividad del cuerpo), anormal y patológico (que son más bien sinónimos, pues si hay ruptura de las regularidades del cuerpo entonces sí

el organismo se ve expuesto a enfermedades) en el estricto sentido en que los emplea Canguilhem y sin ninguna relación con el funcionalismo o la sociología de la desviación.

El analizar lo normal y lo patológico desde la medicina nos permite añadir los siguientes elementos a la problemática del SIDA:

- a) desde la propia medicina se flexibilizan el concepto de salud y enfermedad, conceptos que, a pesar de la neutralidad que maneja Canguilhem, son altamente descriptivos o utilizados con valoraciones personales.
- b) lo anómalo no es en sí mismo patológico, y no atañe a las conductas humanas, por ello es que podemos cuestionar la etiquetación de patológicas a algunas conductas o comportamientos sociales; a su vez podremos entender tales etiquetaciones no en función de la ciencia médica -o al menos no en relación con esta posición- sino en relación con teorías sociales cuyos planteamientos no se encuentran en este campo.
- c) la enfermedad no es opuesta a la salud, digamos que la relación entre ambas es una línea divisoria sin demarcaciones claras o rígidas; sin embargo -y como veremos en el siguiente apartado- aparecen en nuestra cultura como opuestas y antagónicas.

3.2.- LA MEDICINA Y EL PODER.

La manera en cómo observa Michel Foucault la historia, trae una enseñanza fructífera para la sociología: no se trata de construir el análisis exhaustivo y meticuloso de las fechas sino de pensar lo no pensado, de hallar en los fenómenos más modestos, o carentes de importancia, la realidad de ciertas estructuras sociales. Por tal razón no es gratuito que Foucault construya una genealogía histórica, entendida como la búsqueda del origen, del nacimiento de las cosas, de encontrar lo azaroso, las pasiones propias de quienes hacen la historia y que han permanecido menospreciadas¹⁷. Tal búsqueda se da en el marco del juego de poder que se experimenta en el campo de la construcción de saberes, y las valoraciones morales.

En *El nacimiento de la clínica*¹⁸, Foucault esboza los principios y elementos que dan cuerpo a uno de los quehaceres de la medicina y que es la enseñanza clínica (la cual podemos entender como el conjunto de conocimientos obtenidos de la observación y la práctica médica en el hospital). En una obra posterior, *Historia de la locura en la época clásica*, hace alusión a cómo los leproarios heredan en el siglo XVII el sentido de exclusión, lo cual es trascendente si nuestro interés se encuentra en las valoraciones en torno a la enfermedad.

El contexto en el cual surge el conocimiento clínico, es un momento histórico bastante singular, que se da en el marco de movimientos políticos y sociales por los cuales atraviesa Francia en el siglo XVIII. Tiene una estrecha relación con los modelos epistemológicos en boga: es el momento de construir al sujeto en el propio objeto, lo cual resultaba riesgoso al pensamiento racionalista francés de aquella época. Pero la constitución de la clínica va más allá si nos remontamos a la experiencia de la Revolución francesa; los hospitales representaban parte de lo negativo de la sociedad, no eran sino muestras de la desigualdad y la pobreza de ésta, pues los hospitales recogían a los pordioseros o parias de la sociedad. Esto producía un sentimiento algo ambiguo: por un lado el hospital era un reducto de la vieja sociedad que se buscaba abolir; por el otro lado, la medicina se estrecha con la colectividad cuando las epidemias exigen un mayor control¹⁹ y reglamentación de los servicios sanitarios, que generan consecuentemente mecanismos sociales de vigilancia:

* No habría medicina de las epidemias, sino reforzada por una policía [...] sería monestar que despues de todo el territorio, se estableciera, para cada provincia, un reglamento de salud para leerse 'en el sermón o en la misa, todos los domingos y fiestas', y que hiciera referencia a la manera de alimentarse, de vestirse, de evitar las enfermedades²⁰

Esta posición, trae consecuentemente otra:

* la definición de un estatuto político de la medicina, y la constitución a escala de un estado, de una conciencia médica, encargada de una tarea constante de información, de control y de sujeción²¹

El pueblo francés se envuelve en la milificación que ella misma ha producido, y el ámbito médico se reduce a una suerte de positividad de tipo comitana

* Los años que preceden y siguen inmediatamente a la Revolución vieron nacer dos grandes mitos [...] el mito de una profesión médica nacionalizada, organizada a la manera del clero, e investida, en el nivel de la salud y del cuerpo, de poderes parecidos a los que ésta ejercía sobre los almas; el mito de una desaparición social de la enfermedad en una sociedad sin transtornos y sin pasiones, devueltos a su salud de origen²²

Así tenemos que, la medicina tiene connotaciones importantes, ya que se ha depositado en ésta una conciencia colectiva y nacional, que encarna de cierto modo las necesidades de la nueva configuración política de la Francia revolucionaria. Esto aunado a las condiciones sanitarias precarias y deficientes de aquel entonces, llevan a la reglamentación y regulación de la profesión médica (en aquel entonces eran abundantes los charlatanes), lo cual es otro punto importante, pues significa el proceso político e ideológico de la profesionalización médica y certificación de dichos estudios. Vemos al médico certificado, no sólo por la experiencia nacional y revolucionaria, sino por el tono de moralidad que debía permear al interior de su práctica misma

*Además de su papel de técnico de la medicina, tiene un papel económico en la repartición de los asuntos, un papel moral y casi jurídico en la atribución de éstos, he lo aquí convertido en el vigilante de la moral, como de la salud pública²³

Queda aún otra parte importante en la constitución de la clínica, que tiene que ver con el sujeto, es decir el ser humano que por su situación patológica se transforma irremediablemente en el terreno de observación y experimentación de la medicina clínica. Más contundentes son las palabras del propio Foucault:

* Pero mirar para saber, mostrar para enseñar ¿ no es violencia muda, tanto más abusiva cuando calla, sobre un cuerpo que pide ser calmado, no manifestado ? ¿ puede el dolor ser un espectáculo ? Puede serlo, e incluso debe serlo en virtud de un derecho suyo, y que reside en que nadie es el único y el pobre menos que los demás, que no puede recibir existencia sino es por mediación del rico -24

Lo cual nos señala una nueva relación, la de los ricos benefactores de la asistencia médica y los menesterosos; relación ventajosa para el rico, pues su condición no lo lleva a la necesidad de la asistencia, por tanto no lo convierte en un sujeto de experimentación, y sin embargo, al invertir en la asistencia, se asegura que después de cierta experimentación obtendrá los beneficios de ésta y será menos vulnerable a la enfermedad. Hoy en día ¿ no será la misma lógica que permite el desarrollo de ciertos protocolos de investigación en medicina apoyados por la industria privada ?.

La anterior cita, descubre también el sentido ideológico de la época, que en oposición a Canguilhem en cuanto a las descripciones no valorativas en la medicina, lo que precisamente hace es vertir la valoración y la moralidad. Más ilustrativo resulta el siguiente pasaje:

* Al explicar cómo funcionó la clínica de partos en Copenhague, el año VII, Demingem hace valer, contra todas las objeciones del pudor y de la discreción, que no se reciben en ella sino a las mujeres no casadas, o que se anuncian como tales. Parece que nada podría estar mejor imaginado, por que es la clase de mujeres cuyos sentimientos de pudor se consideran los menos delicados. Así esta clase moralmente desarmada, y socialmente tan peligrosa, podrá servir para la mayor utilidad de las familias honorables. -25

Esta clase desarmada moralmente ¿ es un elemento extraño a la práctica médica ? ¿ no están presentes al interior del SIDA ?

A manera de síntesis podemos decir que la revelación del pensamiento de Foucault nos muestra una serie de supuestos que hoy en día permanecen como una constante de la ideología y el discurso médico: por un lado como parte de una cultura del bienestar que erige al "hombre modelo", como aquel ideal al cual deberán aspirar los seres humanos para conservar la buena salud no sólo física sino también moral, aparece una bipolaridad médica de lo normal y de lo patológico, conceptos que se estrechan con la degeneración, cuyo sentido podía recoger "todo lo que lo histórico, lo atípico y lo que contranatura, podían suponer de negativo"; por otro lado desenmascara la violencia muda, la moralidad marginalizadora que utiliza a otros sujetos por el bien de la ciencia, violencia que se da en el marco de una posición dominante.

Los papales se modifican tenuemente cuando en el siglo XIX la medicina necesita una interacción más próxima con el cuerpo (pues la enseñanza médica, no sólo se constituía como la teoría, sino también por la observación, el tacto y el oído), tendrá que transformarse la "pantalla moral"; si el médico tiene contacto estrecho con el cuerpo del paciente, la sociedad deberá alinearse a tales necesidades y entrará en una nueva relación, donde la sexualidad hizo acto de presencia.

3.3.- LA MEDICINA Y LA SEXUALIDAD.

Hay ciertas semejanzas en lo que anteriormente hemos descrito del pensamiento de Foucault con Alex Comfort, ginecista inglés que estudia la relación entre la sexualidad y la medicina. Una de estas semejanzas es la que concierne a la no tan reciente parafernalia del médico, que desde épocas anteriores ocupaba el lugar del sacerdote, del mediador entre el cuerpo y los poderes ocultos que éste encerraba. Esta posición le da un gran estatus social al médico, estatus que le permite un ejercicio legítimo del poder y como productor de angustia²⁶. Lo prohibido, lo que se haya censurado en una sociedad produce mayor ansiedad, y el lugar privilegiado de la prohibición es el cuerpo.

Si con Foucault se desenmascaran y desmentían los supuestos humanistas de la clínica, con Comfort se descubre la nueva relación que hay entre el médico y el enfermo. Así en el siglo XIX encontramos una cultura occidental donde

*"Una parte es profundamente humana y progresista, pero la totalidad ostenta los estigmas de una honda e irracional consagración personal al miedo, la culpa y la prohibición"*²⁷

Ahora todos los elementos del análisis de Foucault se reúnen para darle un nuevo sentido, todas las patologías tienen un orden primero y es la sexualidad. En esta época aparece de manera más contundente la unión entre ciencia y moralidad, al menos así lo demuestra un famoso médico inglés del Siglo pasado: Sir William Acton y su obra -entre otras muchas que versan sobre los mismos temas- "Funciones y trastornos de los órganos de la reproducción en la juventud, la edad adulta y la edad avanzada, encarados desde el punto de vista de sus relaciones fisiológicas, sociales y morales" (el subrayado es nuestro) que aparece en 1957.

Tal escritor expone con minuciosidad el deber ser de la sexualidad: las mujeres normales no tienen deseos sexuales; la masturbación es una fuente grave de padecimientos a posteriori entre los cuales se cuenta la impotencia, la gota, las deformaciones físicas y mentales de la descendencia entre otras, ¿ cuál sería entonces la receta perfecta para combatir a estos males ? La continencia y la castidad dirigida principalmente a los jóvenes-pues

serían estos los adultos del mañana- , y si éstas no funcionaban inmediatamente (pues la continencia y la castidad enarbolaban las más altas virtudes y valores de la sociedad victoriana inglesa, por lo tanto no fáciles de adquirir, sino por verdaderos héroes y atletas morales), quedaba el recurso de la flagelación, el ejercicio y los baños de agua fría, y en casos extremos la castración.

¿ Dónde se encontraban las bases científicas de tales supuestos ?, es más bien charlatanería que pensamiento científico, pues era común también la circulación de libros, pócimas y ungüentos relacionados con el comportamiento sexual sin ninguna base científica. A pesar que era un secreto a voces la supuesta científicidad que sostenía dichos argumentos, finalmente la posición ideológica dominante pudo sostener tales creencias. Es menester mencionar que todas estas recetas eran propias del sexo masculino, las mujeres mostraban una cierta predisposición a la castidad, lo cual es posible sólo en una sociedad donde se le tiene como sujeto pasivo.

No sólo debe evitarse la masturbación -la cual huelga decir había generado más de un mecanismo que impidiese su ejercicio y que va de la castración hasta el chantaje- también era necesario combatir toda la contaminación ideológica, la cual se conformaba principalmente por los movimientos feministas liberales de Inglaterra.

Pero la historia que nos cuenta Comfort, no termina en el siglo pasado con la moral sexual médica. Cuando nosotros observamos la moral sexual del siglo XX en el mundo occidental aparecen vestigios de la moral médica del siglo pasado. La anticoncepción va de un período de clandestinidad a uno de aceptación; el tratamiento profiláctico de algunas enfermedades de transmisión sexual cuyo uso se hizo frecuente en la primera y segunda guerra mundial, desató más de un comentario negativo en la comunidad médica ¿ cómo era posible que se auxiliara a aquellos cuya conducta los llevaba a tales enfermedades ?, y finalmente, después de un ligero suspiro y como parte de la revolución sexual, el movimiento feminista y homosexual de los setentas, el discurso médico se flexibiliza, acepta hablar más tranquilamente de temas tabú, pero irremediablemente el discurso médico en este ambiente de creaciones de angustia convierte lo prohibido en una necesidad cuya satisfacción debe resolverse de manera eficaz.

Sin embargo y a pesar de la flexibilidad, la medicina vuelve a valorar: reconoce como buenas y/o sanas ciertas conductas sexuales; cuando más benévola no reconoce en algunas una enfermedad mental, y las demás expresiones de la sexualidad se constituyen como verdaderas investigaciones científicas. Los médicos, desarrollan

más eficazmente su relación con la sexualidad por medio de la psiquiatría y de la sexología que intentan domesticar la sexualidad.

¿Cuál fue la importancia del pensamiento moral sexual de Acton ? ¿ Que permanece del discurso médico de aquel entonces ? ¿ cómo esta nueva visión de la higiene y la moral se encuentran reunidas en un mismo discurso? Si aceptamos la hipótesis de que la sociedad occidental se ha venido organizando también a partir de la sexualidad , podremos comprender que no es gratuita esta reformulación del discurso sexual, que por supuesto staffe a otras esferas sociales entre ellas la vida cotidiana y la política que será la que analizaremos a continuación.

4.- HACIA UNA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA SEXUALIDAD.

Hablar de una construcción social implica hablar de la fenomenología social. Dentro del estudio sociológico hay dos grandes vertientes: las posiciones macrosociales, que estudian básicamente los grandes sistemas y estructuras, y las posiciones microsociales, que se encargan del sujeto y su cotidianidad; en esta última vertiente se encuentra el interaccionismo simbólico y la fenomenología social. Dado que el SIDA como realidad social atraviesa el terreno de la cotidianidad y la interacción, creemos necesario describir brevemente los puntos que reflexionan en torno a una construcción social de la realidad. Hay dos exponentes importantes desde esta perspectiva²⁸, Alfred Schutz, quien postula que:

- a) la sociedad humana se conforma de dos mundos: el mundo de la vida, como el espacio donde se desarrolla el individuo, y el mundo de la intersubjetividad, es decir el mundo donde los individuos se encuentran y se vinculan.
- b) los seres humanos se relacionan a partir de tipos (es decir modelos producidos en el seno de una sociedad, que definen las características genéricas y homogéneas de ciertos fenómenos sociales) y de recetas (de elementos prácticos que permitan la realización de una tarea en particular), los cuales permiten el tránsito del reino de la realidad (construcciones abstractas del mundo social) a la interacción cara a cara.

También desde esta tradición podemos encontrar el pensamiento de Luckman y Berger, para ellos:

- a) hay una construcción social de la realidad, es decir, hay una producción colectiva de saberes que van desde el sentido común hasta el conocimiento científico, los cuales son aprehendidos por la sociedad misma.
- b) esta aprehensión, construcción de saberes colectivos se lleva a cabo a partir de la cotidianidad.

¿ Estos elementos por sí sólo pueden darnos una noción clara de lo que entendemos por construcción social de la sexualidad ?

La sociología fenomenológica permite pensar una realidad que no se agota en la construcción teórica de grandes sistemas, lejos de ser elementos casuales, los individuos son parte importante de esta construcción social, son en conjunto quienes alimentan o desmantelan ciertos saberes y prácticas cotidianas. Si el individuo es capaz de construir y pensar su realidad, no sólo se forma una interpretación de espacios políticos, económicos, o religiosos, también connota su propia sexualidad. Dentro de la construcción social de la realidad, estas construcciones particulares que tienen que ver con la subjetividad, recrean y formulan elementos propios del ejercicio de la sexualidad; es decir lo piensa y lo relaciona con sus valores morales, religiosos e incluso ideológicos, por tal motivo no excluye al mundo de la intersubjetividad, por el contrario es éste donde la sexualidad tiene un significado social. Por ello es que hemos considerado que hay una construcción social de la sexualidad, compuesta entre otros elementos por el género, la preferencia sexual y la identidad sexopolítica, los cuales permiten entender parte de la realidad en torno a su propia organización sexual, y por supuesto en torno al fenómeno SIDA.

Compartimos el punto de vista del interaccionismo simbólico y la fenomenología social en tanto dichas teorías rescatan al sujeto como ente creativo, inserto en una vida cotidiana en la cual le sirve de espacio para socializarse, interactuar y construir relaciones sociales; sin embargo, y retomando las críticas hechas a ambas teorías, consideramos que tanto una como la otra carecen de conceptos prácticos y empíricos que puedan contrastarse con la realidad, quedando finalmente ambas a un nivel teórico, salvo los estudios de Goffman y Garfinkel que, aplican métodos cualitativos para poder comprender el espacio de la interacción y dar cuenta de la cotidianidad. Asimismo otro punto con el cual diferimos de la sociología fenomenológica, es el que se refiere a los tipos y las recetas, en tanto se asemejan a los roles planteados por el funcionalismo. Vistas así, más que innovar y sacar a luz de manera crítica (cuya excepción podrían ser Luckman y Berger por su intención dialéctica) la relación compleja que existe en el proceso de construcción social de la realidad (que a colación nos permite una construcción social de la sexualidad), tienden a mantener una posición conservadora al respecto²⁹. Queda por describir aún el elemento político que nos permita interrelacionar la sexualidad como una categoría más que pueda explicarnos la organización social, la diferencia y la desigualdad.

4.1.- LA POLÍTICA SEXUAL Y EL GÉNERO.

La política sexual, surge al calor de nuevos movimientos y sus respectivos sujetos sociales en la década de los setentas. Principalmente se desarrollan en la sociedad norteamericana, pero en todo el mundo se empiezan a plantear las mismas cuestiones. ¿Cuál es la crítica que elabora la política sexual? La producción teórica que ofrece merece ser puntualizada por una de sus mejores exponentes Kate Millet:

- * La política es "el conjunto de relaciones y compromisos estructurados con el poder, en virtud de los cuales, un grupo de personas queda bajo el control de otro grupo [...] el sexo es una categoría social impregnada de política"³⁰.
- * el complejo sistema político de cada sociedad -incluida la nuestra- se determina en función de clases, etnias, generaciones, posiciones políticas y el sexo entre otros.
- * la política regula una relación de dominio-subordinación, así "el dominio sexual es, tal vez, la ideología que más profundamente arraigada se halla en nuestra cultura, por cristalizar en ella el concepto más elemental de poder"³¹.

Millet plantea la relación de dominio-subordinación entre los hombres y las mujeres. En aquella época, era necesario describir, detallar las relaciones que permitan pensar en una sociedad desigual e incluso con relaciones antagónicas entre los sexos. Si bien podemos retomar este sentido político que nos plantea, es necesario que lo extendamos a la sexualidad en su conjunto, e incluso pensemos la cuestión del sexo más allá de su elemento biológico. Así podremos tener una lectura diferente de la política sexual, si entendemos por esta no sólo la regulación y uso de poder en función del sexo, sino incluso en función del ejercicio mismo de la sexualidad; lo cual resulta bastante complejo, pues desde esta visión de política sexual, entrarían no solo el género, sino también el análisis de las preferencias sexuales y la movilización en torno a la cual se gestan luchas sociales.

El estudio del género supera en mucho las primeras conceptualizaciones de la política sexual de Millet. Al comienzo de este capítulo habíamos hecho una diferencia entre el sexo biológico y el género. El cual implica ampliamente papeles que

³⁰ marcan la diferente participación de los hombres y las mujeres en las instituciones sociales, económicas, políticas y religiosas, incluyen las actitudes, valores y expectativas que una sociedad dada conceptualiza como femeninos y masculinos"³².

La dominación es parte medular de nuestra cultura occidental, a las mujeres se les ha vinculado más estrechamente con la naturaleza, mientras a los hombres con el espacio de la cultura; y ya que lo definimos como un producto cultural cabe perfectamente dentro de una construcción social de la realidad. La estructura del género es

jerárquico, es decir se regula en función de las expectativas diseñadas para cada uno de los géneros, colocando de manera asimétrica las relaciones entre hombres y mujeres. Seguimos pensando y suponiendo que una serie de funciones biológicas son suficientes como para reducir a las mujeres a la maternidad y enarbolar las "virtudes" masculinas³³. Más que encontrar un elemento maniqueo, el estudio del género puede decirnos porque prevalecen las diferencias entre hombres y mujeres, es imprescindible ligarlo y hacer una construcción genérica que de cuenta tanto de la diferencia que logra las desigualdades que aparecen de manera evidente dentro de nuestra cultura.

El estudio del género permite ensanchar nuestro panorama con respecto a la lucha de las mujeres, pero también es una categoría que permite hacer una lectura diferente de la desigualdad. A hombres y mujeres se nos enseña como ser hombres o como ser mujeres, no es algo inscrito en los genes, es un proceso cultural, el cual cambia según cada sociedad. Para comprender más a fondo la cuestión del género es necesario que hagamos una revisión de la sociología feminista.

4.2.- LA SOCIOLOGÍA FEMINISTA.

Hay dos ejes fundamentales en torno a los cuales hacen un análisis de la situación de las mujeres desde la sociología Patricia Madoo Lengeman y Jill Niebrugge-Brantley

"¿Qué hay de las mujeres? y ¿por qué la situación es como es?"³⁴

Es decir, cuestionan dónde y cómo se encuentran las mujeres, en la sociedad, en la historia, en la vida cotidiana y en la construcción de conocimientos científicos; así como también enfatizan en el porqué de la situación de desigualdad y opresión de éstas.

AJ interior de la sociología, tenemos la práctica ya tan conocida de excluirlas de su cuerpo teórico, que por supuesto también ignoró la problemática femenina; e incluso

³³ los pensadores más destacados de la profesión -desde Spencer, Weber y Durkheim, hasta Parsons- dieron respuestas básicamente conservadoras a los argumentos feministas que se les plantearon, y consideraron las cuestiones relativas al género como un tópico irrelevante para la sociología que desarrollaban; en las raras ocasiones que abordaron la cuestión de la diferencia y la desigualdad entre los géneros, dieron una respuesta más convencional que crítica.³⁵

Tal exclusión o rechazo es posible en una sociedad que ha construido más de un discurso sexista, pretendidamente racionalizado y en el peor de los casos supuestamente científico que legitima la desigualdad entre los sexos³⁶; no únicamente los clásicos de la sociología comparten esta posición, sino también algunos de los grandes filósofos (Kant, Rousseau, Hegel, Schopenhauer, entre otros) y pensadores sociales contemporáneos.

Esta convencionalidad de la cual hablan las autoras es más evidente en el caso de Parsons, para éste mujeres y hombres han de cumplir ciertos roles que permitan el equilibrio social

* Para que la familia se mantenga unida en el sistema social, los hombres han de tener una orientación «instrumental», manifestar dotes de mando, ambición y capacidad de autocontrol. Las mujeres cuya tarea es el funcionamiento interno de la familia y el cuidado de los hijos y maridos deben ser «expresivas»; es decir, gentiles, enriquecedoras, amables y eficientemente abiertas. Si hombres y mujeres se sitúan en un plano de igualdad en lo tocante a su función y orientación, la competencia entre ellos y ellas destruirá la vida familiar y debilitará el papel vital de la familia para el mantenimiento de la estabilidad social⁻³⁷.

La idea deriva de la concepción durkheimiana de la división del trabajo social, y es enriquecida con el planteamiento de la socialización de Parsons, donde las mujeres son un agente importante si tomamos en cuenta que según este autor, como educadoras y compañeras (tal como lo manifestó hace dos siglos Rousseau), permiten el buen funcionamiento de la familia, piedra angular del sistema social.

Desde el punto de vista de las autoras los tipos de teoría feminista pueden ser agrupados de la siguiente manera:

Teorías de la diferencia: esta corriente considera "una vida interior psíquica de las mujeres diferente a la de los hombres". Se reconoce en estudios de carácter biosocial, y por lo mismo se hallan más apegadas a una teoría funcionalista y conservadora de la sociedad, pues dado este carácter psicosocial de la diferencia, poco puede cambiar las relaciones entre hombres y mujeres.

Teorías de la desigualdad: a diferencia de la teoría anterior sostiene una posición más crítica. desde esta perspectiva, las mujeres están en condiciones desiguales debido a la organización política y social de la sociedad; la cual no sólo las margina en función de su sexo, sino por la escasa participación en puestos de decisión, el nivel de escolaridad, y los pocos recursos materiales de los cuales pueda disfrutar. Es posible un cambio, incluso es una condición necesario para poder terminar con la desigualdad genérica, por ello enfatizan en la consolidación de una sociedad más democrática y en el cambio o perfeccionamiento del sistema sociopolítico.

Teorías de la opresión de género: esta teoría introduce el término de patriarcado, el cual es la instancia social por medio de la cual se puede controlar, usar y oprimir a las mujeres. El patriarcado, es una estructura primaria de poder "que se mantiene intencionada y deliberadamente". Dependiendo de la corriente que la enuncie, la teoría de la opresión puede tomar partido por el cambio o por una actitud más convencional.

Estas teorías feministas –producto de una lucha y una revisión crítica de la sociedad- forman parte del caudal teórico de la sociología feminista propuesta por las autoras, es un elemento para el análisis de la situación de

las mujeres, lo cual no excluye que estas consideraciones sean utilizadas para el estudio de otros actores marginados. Su propuesta se compone de los siguientes elementos:

A) Una sociología distintiva del conocimiento, donde el conocimiento del mundo presenta las siguientes características

"1) es invariablemente descubierto por el punto de vista de un actor situado en una estructura social; 2) por tanto siempre es parcial e interesado, nunca total y objetivo; 3) varía de una persona a otra debido a las diferencias de los papeles que se encarnan y a sus situaciones sociales y, 4) las relaciones de poder siempre influyen en ese conocimiento, sea cual sea el punto de vista desde el que se descubre, el de los dominantes o el de los subordinados"³⁸

Este planteamiento no es novedoso para el pensamiento sociológico, recuerdese al respecto por ejemplo la vigilancia epistemológica de Bourdieu, quien propone el reconocimiento del agente productor de saber y su posición social al interior del campo de producción de conocimiento científico. Se discute en este punto el problema de la objetividad, la cual se contrapone a la objetividad positiva. Para el problema de nuestra investigación es una herramienta necesaria, pues permite tomar distancia y evaluar discursos que en torno a la sexualidad en general y al SIDA en particular se han elaborado, permite a su vez la lectura política. Esta última, recupera el sentido de la sociedad civil frente al síndrome, las estrategias utilizadas por los grupos conservadores, y la posición concertadora del gobierno; esta la lectura posibilita comprender el papel de las ONG's al interior de la toma de decisiones y la red de poder difuso que se presenta entre el discurso conservador y la posición reaccionaria en la lucha contra el SIDA.

B) Un modelo distintivo de organización de la sociedad en el nivel macro social: para definir esta característica, se ha utilizado el término marxista de producción económica. Como sabemos, no sólo en la sociedad capitalista lo que se producen son medios económicos que permitan la continuidad de un sistema económico; para garantizar su supervivencia y permanencia es menester que se den procesos de producción social (para otras teorías de izquierda que tratan el mismo problema se hablaría de reproducción social). Así la producción social incluye

"disposiciones tales como la organización del trabajo doméstico -productor de mercancías y servicios domésticos fuera del mercado y la economía monetaria-, la organización social de la sexualidad -que moldea y satisface el deseo humano y las necesidades humanas de aceptación, aprobación, amor y autoestima-, el estado y la religión -que crean las reglas las leyes de una comunidad-, y la política, los medios de comunicación de masas y el discurso académico, que establecen definiciones públicas institucionalizadas de la situación"³⁹

Esta visión se encuentra por tanto en oposición al funcionalismo, pues lejos de la armonía que permite la vida social, encontramos desde esta óptica una sociedad que se regula en función de una posición dominante patriarcal; lejos de la complementareidad de roles, lo que existen son condiciones de desigualdad legitimadas a partir

de un discurso institucional cuyo carácter público la hace ver como un producto natural e incuestionable de la sociedad.

C) Una exploración de la situación relacional de las mujeres que altera la comprensión sociológica tradicional de la microinteracción: La microsociología da por un hecho que los individuos adecúan los medios para alcanzar ciertos fines, y que por medio del esfuerzo personal e individual se trazan "cursos lineales de acción"; las interacciones sociales son intencionales; en el momento de la colaboración y construcción de significados dentro del orden interactivo, no da lugar a la macroestructura, pues hay una orientación "sobre el supuesto de la igualdad"; la construcción del significado se da en el orden microsocial; y finalmente el supuesto de la igualdad de oportunidades y libertad de elección al interior de la interacción.

Todos estos elementos forman parte de una visión sociológica desarrollada en una sociedad pretendidamente democrática, de allí que piense que la construcción de significados, el esfuerzo personal para lograr el éxito, la solidaridad en situación de tensión, la intencionalidad de la acción así como la libre elección, son más que características, valores propios de una posición liberal-funcional de la sociedad; las cuales no aparecen en la realidad social como en teoría se plantean.

Al conformar una situación de opresión y marginación, las mujeres y todos aquellos no adecuados a la norma, no gozan de situaciones de igualdad ni de libertad de elección. Por el contrario, hay una imposición de una visión legítima del mundo, donde se encuentran explícitos ciertas valoraciones y ciertos significados; sus propias vidas están definidas no en función de cursos lineales de acción, hay un orden macrosocial colocado en un espacio hegemónico que las moldea, define y delimita.

D) Una revisión del modelo de subjetividad de la sociología, es decir la interpretación individual de los objetivos y relaciones, que se compone por la adopción del rol, donde "el actor social aprende a verse así mismo a través de los ojos de otros a los que considera más o menos semejantes", el cual culmina en la interiorización de normas comunitarias, que concibe en función del "otro generalizado"; el gobierno de la vida cotidiana en función de intereses particulares; así como la conciencia de ésta es unificada y también generalizada.

Semejante resulta la crítica de estas teóricas con respecto al inciso anterior, en ambos análisis se puede leer la configuración de una individualidad autónoma. En este inciso, encontramos elementos que pueden hacer creer que la internalización de normas y la adopción del rol, se dan como un proceso colectivo, como una especie de

consenso social que nuevamente nos recuerda al funcionalismo. Las autoras básicamente critican la adopción de roles e internalización de normas expuestas desde la fenomenología social. Para que dichos procesos se lleven a cabo, aparece el otro, un otro que representa la homogeneidad de ciertas conductas, expectativas y acciones posibles al interior de la sociedad. Sin embargo, el otro tiene connotaciones diferentes, incluso opuestas si lo trasladamos no a una visión positiva de la sociedad, sino al campo de la otredad.

En cuanto al trabajo de la sociología feminista que hemos puntualizado en este apartado podemos decir que se critica el discurso convencional y tradicional de la sociología -es decir al funcionalismo- y nos orienta con respecto a la problemática de nuestra investigación, pues finalmente saca a la luz relaciones que se han hecho evidentes y han pasado desapercibidas en nuestra sociedad, por ejemplo: las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres, la determinación de relacionarse erótico afectivamente con una persona de sexo diferente al nuestro, la estigmatización de la enfermedad, el sentido reproductivo del acto sexual, entre otros.

4.3.- LOS VALORES NORMATIVOS EN LA SEXUALIDAD.

La cultura occidental, desde el siglo II organizó la sexualidad en torno a las actitudes ante la homosexualidad, el matrimonio y la molities⁴⁰ (que es la capacidad de resistir a los deseos de la carne y el placer sexual, lo que para los griegos se contrarrestaba con la templanza, y los victorianos del siglo XIX con castidad y abstinencia). Esto llevado al plano de los valores normativos, que consideramos son las actitudes y conductas deseables en una sociedad en el ámbito sexual, desemboca en tres puntos que consideramos representan los ejes de la organización social de la sexualidad, y que son: la feminidad y la masculinidad, la heterosexualidad y la reproducción.

A) La feminidad y la masculinidad.

Apoyándonos en el estudio del género, podemos decir que hay una producción cultural en donde se enseña y refuerza el "ser hombres" o "ser mujer". Hasta aquí, algunos elementos han sido esbozados brevemente. En el apartado anterior hablabamos del otro generalizado, ¿ cuál es su significado desde una posición de género ? La masculinidad y la feminidad son pares que se colocan en dos polos: lo esencial y lo inesencial, lo bueno y lo malo, el

bien y el mal, la luz y la oscuridad, los hombres y las mujeres. Por eso es que lo masculino es lo uno y lo femenino lo otro, o el segundo sexo en palabras de Simone de Beauvoir⁴¹.

Esta polaridad entre los sexos define y delimita ciertas características propias, "naturales" e incuestionables. Así, lo masculino reúne el conjunto de valores positivos, privilegiados en las sociedades patriarcales, es sinónimo de éxito, iniciativa, seguridad y racionalidad; lo femenino es todo lo contrario, inseguridad, indiferencia, sensibilidad y la inactividad. No es gratuito que según estas consideraciones ideológicas, las mujeres se encuentren del lado de lo natural, y los hombres de lo cultural.

¿ Qué quiere decir esto ? Hay un hecho en el cual la ideología patriarcal ha basado la opresión y la sujeción de las mujeres: la maternidad. Nuestra sociedad supone que este fenómeno cultural -pues si bien la procreación es un hecho eminentemente biológico, el cómo se concibe la relación entre la madre y la descendencia varía de cultura a cultura- reduce a las mujeres a la función que por excelencia permite adquirir un estatus social. Por ello es que son el ser-para-otros, quien busca y procura el bienestar de los demás a costa incluso del suyo.

La maternidad promueve una serie de valoraciones en torno a las mujeres y los hombres, las primeras se deben a la descendencia, y su debilidad -para algunos física y mental- su incapacidad para defenderse, les lleva a aceptar la protección de los hombres, pues sólo una comunidad de hombres en las sociedades falocéntricas, trae seguridad a las mujeres. Esta estructura patriarcal ha inventado tres fenómenos que merecen una atención especial: la mística femenina, el privilegio masculino y el trato galante⁴². La mística reúne los elementos que caracterizan a lo femenino y además le permiten conservar un *status quo*. El privilegio masculino y el trato galante, se refieren al cuidado y protección de las mujeres en lo económico y lo psicológico, que también son construcciones sociales de la relación que los hombres masculinos deben desarrollar para ser hombres. Hay dos instituciones que tienden a perpetuar la condición de subordinación de las mujeres: la familia patriarcal y la iglesia cristiana⁴³, la primera garantiza la reproducción de la especie y la socialización de sus miembros. Estas instituciones se nutren de una *moralidad positiva*, que perpetúa la condición de las mujeres bajo tres ejes: la biología femenina, la hegemonía masculina y la educación que se imparte a las mujeres⁴⁴.

El enfoque de género en torno a lo masculino es aún un terreno inexplorado a profundidad. La supremacía o hegemonía masculina es un concepto que nos ayuda a explicar la opresión de las mujeres, pero no profundiza en la situación de los hombres. Por otra parte, en sociedades machistas como la nuestra, acceder a valores o conductas

femeninas, representa para los hombres una pérdida innumerable de su virilidad, lo cual los reduce también como seres humanos. Consideramos que en el terreno de la masculinidad, quienes han elaborado una posición crítica han sido los movimientos de liberación homosexual -entre otros-, la cual analizaremos en el siguiente inciso.

B) Heterosexualidad.

Mario Mieli nos habla de una norma monosexual que es por excelencia la heterosexual

"La monosexualidad se presenta actualmente como heterosexual. La norma se basa en la mutilación del Eros y, en especial, en la condena de la homosexualidad"⁴⁵.

Para que esta norma logre desarrollarse fructíferamente, se requiere la supresión del erotismo y la sujeción de las mujeres

"El tabú antihomosexual, que rige de manera severísima entre los adultos, induce muy pronto a que el niño aprenda que la homosexualidad está prohibida, que ni siquiera se puede hablar de ella o, en todo caso, únicamente en tonos despreciativos, y que hay que avergonzarse de los propios impulsos gay tanto como lo propia «feminidad». A los ojos del niño, la homosexualidad resulta inmediatamente relacionada con las tendencias «femeninas»"⁴⁶

Esta cita permite constatar el vínculo homosexualidad-feminidad, y nos obliga a la siguiente pregunta ¿es la homosexualidad reprimida por características de sí misma, o por que a los ojos del sentido común rebaja a los hombres a actitudes femeninas? Heterosexualidad y patriarcado están estrechamente vinculados:

"... la heterosexualidad tal como se presenta actualmente, se basa en la heteronomía de la mujer y tiende a perpetuarse. La Norma sostenida por la sociedad represiva en la que rige la supremacía masculina, sólo puede ser heterosexual."⁴⁷

Así como existe un discurso que legitima la desigualdad y subordinación entre los sexos llamada sexismo, hay otro término que puede explicarnos la situación al interior de las preferencias sexuales y que es el heterosexismo. Este concepto se refiere al cómo se entiende la sexualidad en la sociedad; en el centro se encuentra la heterosexualidad, y todas las demás manifestaciones se reducen a la dualidad activo-pasivo y al ámbito de la reproducción (las cuales son elementos sustanciales de la norma sexual).

Una pareja de hombres o mujeres, se explica en una cultura heterocentrista, no como dos individuos del mismo sexo relacionados erótico afectivamente, sino como un pasivo y un activo, uno que representa el papel femenino y el otro el masculino. Popularmente se interpreta a la homosexualidad no como una relación de dos iguales, sino de dos personas cuya única semejanza es el sexo biológico, su sentir y aspecto físico exterior debe

orientarse según la dualidad expuesta. Las argumentaciones que conciben así a la homosexualidad traducen en muchos de los casos un valor personal al lenguaje de la objetividad de la ciencia social.

El que se teorice y produzcan discursos en torno a la homosexualidad, tiene una consecuencia social de gran envergadura. Estudiamos e intentamos conocer generalmente lo anómalo, lo que se entiende como un hecho patológico, o bien lo que sale de la lógica de lo cotidiano o las normas. La homosexualidad y también la bisexualidad (que también más el ámbito de la investigación en torno a las preferencias sexuales, pues rompe aún con la forzada lógica que se impone a la homosexualidad al tratarse de individuos que se relacionan tanto con individuos de sexo diferente e igual al suyo) reúnen todas estas características ¿por qué no es la heterosexualidad una patología o una anomalía? estamos acostumbrados a dar a lo evidente el carácter de incuestionable, a pensar que lo que hoy en día se constituye como valores deseables de las sociedades capitalistas patriarcales y heterocentristas tienen desde siempre el mismo significado; por el contrario, los valores de individualidad y la exacerbada enajenación de nuestras sociedades, al igual que el matrimonio y la familia nuclear son productos más contemporáneos que transhistóricos.

Uno de los discursos que explican lo patológico de la homosexualidad se haya en la concepción naturalista -compartida también por el mundo judeo-cristiano- que piensa que los contrarios se atraen; sin embargo, la cultura clásica griega, cuna de la cultura occidental era una sociedad fundamentalmente homosexual ¿Esto quiere decir que los filósofos que dan vida a nuestra cultura occidental son patológicos? ¿que los genios tanto hombres como mujeres, que ha dado la historia, por ser homosexuales o bisexuales no pueden ser reconocidos ni valorados en sus obras y contribuciones a la humanidad? Por el contrario, debemos de rechazar estas posiciones conservadoras y convencionales en torno a la sexualidad y debemos recurrir a nuestro concepto de construcción social de la sexualidad para enriquecer nuestro análisis sociológico.

C) La reproducción.

La reproducción como valor normativo reúne dos aspectos importantes que han sido señalados en los incisos anteriores: la sujeción de las mujeres, y la supresión del erotismo, es decir la supresión de toda práctica sexual con fines no reproductivos sino placenteros. Por supuesto que ésta tiene un sustento biológico, pero también tiene un sentido social, ideológico y cultural. La reproducción puede entenderse en dos niveles: el del discurso sexual dominante a nivel microsocietal o subjetivo, y el de las políticas poblacionales a nivel macrosocietal.

En el primer caso hay una posición eminentemente creacionista judeocristiana, la cual reduce el ejercicio de la sexualidad al campo de la procreación. Esta posición conservadora considera que el proceso de gestación es un fenómeno divino, los hijos son producto de Dios y por ello debe de rechazarse cualquier método anticonceptivo. Desde esta perspectiva se recuerda la moral sexual victoriana, donde la masturbación generaba daños graves en la descendencia; además contiene un carácter falocéntrico, pues demarcar semen que no fecunde es el motivo de las malformaciones o padecimientos mentales.

Esta posición choca actualmente con las políticas poblacionales del Estado mexicano. Este no siempre sostuvo una posición antinatalista, al menos hasta la década de los 60's se mantuvo una posición pronatalista, que obedeció a la necesidad de garantizar la mano de obra durante el "Milagro Mexicano". Después ante la explotación demográfica, a inicios de los 70's se da el giro, la mano de obra excede y no responde a las necesidades del modelo económico, convirtiéndose en un detonador social, y es cuando se masifica el uso de métodos anticonceptivos. Las políticas poblacionales contienen el sentido de regulación social de la sexualidad.

Históricamente la procreación ha tomado significados distintos, para el pueblo judío constituyó un principio ético y político, a mayor población mayor fuerza militar; en el medioevo heredero de la moral estóico-cristiana, se mantuvo en un *impase* el crecimiento poblacional, pues el número de hijos correspondía al número de contactos sexuales; las cosas cambian después de la revolución francesa, y en la sociedad victoriana se acentúa el sentido pronatalista, el cual continuará hasta mediados del presente siglo.

Por último, es importante dejar la reflexión de que estos valores normativos, al igual que la discusión que establecimos en torno a la desviación y la medicina son parte de un poder difuso y multifacético. El pensar en una microfísica del poder, término tomado de Foucault, es punto obligado en la construcción de nuestro objeto de estudio; la microfísica refiere a los espacios y mecanismos que en la relación poder-verdad permiten la permanencia de la dominación social. El planteamiento de este autor también lleva al sentido positivo del poder, pues

"Si el poder no fuera más que repressivo, si no hiciera nunca otra cosa que decir no, ¿pensás realmente que se le obedecería? Lo que hace que el poder agarre, que se le acepta, es simplemente que no pesa solamente como una fuerza que dice no, sino que de hecho la atraviesa, produce cosas, induce placer, forma sabor, produce discursos, es preciso considerarlo como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social más que como una instancia negativa que tiene como función reprimir."⁴³

Esta visión "positiva" del poder ayuda a entender el cómo se internalizan ciertas normas sociales, y como se evidencian y por ello son incuestionables, las cosas que en la vida cotidiana mantienen un mecanismo particular de ejercicio del poder, lo cual vale del hospital a la vida sexual.

A manera de síntesis:

La sexualidad desde una apreciación social, permite vincularla con procesos como el de la socialización y la normatividad. Es una característica más que puede enumerarse para estudiar la desigualdad social, no sólo en términos económicos, sino civiles, laborales y políticos entre otros. El género y la preferencia sexual son ejemplos claros del estudio de la desigualdad; condiciones subversivas a la norma por estos actores, representa para el funcionalismo la anomía y la anarquía.

Para Durkheim, como para Becker, sostener la funcionalidad, es una característica vital para el sano desarrollo social; hacer posible discursos racionalizados autojustificatorios es un peligro para la armonía social. Homosexuales, feministas y demás agentes sociales atentan contra este orden. El estigma de Goffman aparece con un enfoque benévolo, pero no crítico a diferencia de Foucault que busca los orígenes de las relaciones de poder en una red difusa.

La normatividad funcionalista opera en el rol del enfermo: es un desviado positivo, finalmente su condición no es tan peligrosa (aunque sí comparable), siempre y cuando no cuestione las relaciones de poder entre él, como enfermo y el médico como el portador del saber y el principal regulador de su estado de salud.

Lo patológico y lo normal, tal como los maneja Canguilhem, son conceptos objetivos, únicamente utilizables en un sentido descriptivo y para enunciar hechos de orden biológico, no social. Decir que una sociedad es patológica o normal, significa adecuarse a un funcionalismo, pero también a un biologicismo, cuyo resultado sería la cientificidad universal de lo anormal.

Lejos del humanismo médico, el pensamiento de Foucault se inserta en una conciencia crítica, y saca a la luz las relaciones de poder que mantiene la clínica. La sexualidad en el terreno de la medicina es fuente de patologías, como señala Comfort; desde el siglo pasado hasta nuestros días, se siguen difundiendo mitos y tabúes por demás carentes de cientificidad, en torno a la sexualidad.

El género permite leer las relaciones desiguales entre hombres y mujeres. El cómo socialmente se perciben en el terreno académico estas relaciones, son más bien conservadoras que innovadoras. La teoría de género no sólo cuestiona las normas y roles sexuales, también otorgan un lugar de discusión en el ámbito de la masculinidad y por ende, el de la homosexualidad. La femineidad y masculinidad, la heterosexualidad y la procreación, son valores

normativos sostenidos socialmente con un tinte político, pues tales valores sujetan y subordinan a los individuos que conforman una sociedad. Finalmente, las relaciones entre salud y enfermedad, heterosexualidad y homosexualidad, hombres y mujeres, dibujan redes de poder difuso, que no sólo se encargan de reprimir, sino de producir efectos positivos y normalizadores que permitan mantener el *status quo*.

NOTAS.

¹ Durkheim Emilio, *Las reglas del Método Sociológico*, FCE, México, 1986, p. 101.

² *ibid.* p. 24

³ Ritzer George, *Teoría sociológica contemporánea*, Mc. Graw Hill, México, 1993, véase el capítulo 3 "El funcionalismo estructural y la alternativa de la teoría del conflicto".

⁴ Becker Howard, *Los extraños. Sociología de la desviación*, Ed. Tiempo Contemporáneo, Argentina, 1971, p. 23.

⁵ *ibid.* p.35.

⁶ *ibid.* p.40.

⁷ *ibid.* p.41.

⁸ Goffman Erving, *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu Editores, Argentina, 1970, p.14.

⁹ Citado por Irving Zelkin en *Ideología y teoría sociológica*, Amorrortu Editores, Argentina, 1970, p.93.

¹⁰ Revista ACTA SOCIOLOGICA, "Nuevos sujetos sociales", Vol. III; No. 2; mayo-agosto de 1960, p. 6.

¹¹ Waltzquin H.B. y B. Waterman, *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, Ed. Nueva Imagen, México, 1981, p.48.

¹² *ibid.*

¹³ Canguilhem Georges, *Lo normal y lo patológico*, S XXI. Ed., México, 1971, p.87.

¹⁴ *ibid.* p101.

¹⁵ *ibid.*

¹⁶ *ibid.* p. 100.

¹⁷ para una visión más extensa véase el artículo "Nietzsche, la genealogía y la historia", en Michel Foucault *Microfísica del poder*, Ediciones de la Piqueta, 3a. ed., España, 1982.

¹⁸ Foucault Michel, *El nacimiento de la clínica*, S. XXI Ed., México, 1983.

¹⁹ Por tal razón se introduce también el control estadístico de la salud.

²⁰ *ibid.* pp. 47-48.

²¹ *ibid.* pp.48-49.

²² *ibid.* p. 58.

²³ *ibid.* p. 68.

²⁴ *ibid.* p.128.

²⁵ *ibid.* p.128.

²⁶ Esta conceptualización es trabajada extensamente por Alex Comfort en *Los médicos fabricantes de angustia*, Ed. Granica, España, 1977.

²⁷ *ibid.* p. 19.

²⁸ Ritzer George, op.cit., véase el capítulo 6. "Sociología Fenomenológica y etnometodología".

²⁹ Madoo Lengermann Patricia y Jill Niebrugge-Brantley "Teoría feminista contemporánea", en Ritzer George op.cit.

30 Millet Kate, *Política sexual*, Ed. Aguilar, México, 1969.p.32.

31 *Ibid.* p.33.

32 Lamas Marta, "La antropología feminista y la categoría de 'género'", en la Revista Nueva Antropología. No. 30. Vol. VIII, Num. 30., Nov. de 1988.

33 En el caso del pensamiento feminista socialista, se habla de una supremacía de los valores masculinos, es decir una serie de valoraciones sociales que finalmente se inclinan por lo que socialmente se tiene como masculino, y menospreciando lo femenino; lo cual no debe confundirse con la actitud y valores concretos de los hombres en su cotidianidad, el análisis es más bien un análisis del discurso androcéntrico de nuestra sociedad. Véase Eisenstein Zillah, *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*, S. XXI Ed., México, 1978.

34 Madoo Lengermann Patricia y Jill Niebrugge-Brantley op.cit.

35 *Ibid.* p.362.

36 Para una definición más amplia del sexismo véase a Sau Victoria, *Un diccionario ideológico feminista*, Ed. Icaria, Barcelona, 1981.

37 Madoo Lengermann Patricia y Jill Niebrugge-Brantley op.cit. p. 363.

38 op.cit. p.393.

39 op.cit. p.397.

40 Ariès Philippe. et.al., *Sexualidades occidentales*, Ed. Paidós, México, 1982, p.69.

41 Beauvoir Simone de, *El segundo sexo. 1.- Los hechos y los mitos*, Alianza editorial, siglo veinte, México, 1989.

42 Hierro Graciela, *Ética y feminismo*, UNAM, México, 1985, p.14.

43 *Ibid.* p. 18.

44 *Ibid.* p.45.

45 Meil Mario, *Elementos de crítica homosexual*, Ed. Anagrama, Barcelona, 1979, p.32.

46 *Ibid.* p. 34.

47 *Ibid.* p. 36.

48 Foucault Michel, *Microfísica del poder*, op.cit. p. 162.

CAPITULO II: EL SIDA Y SU CONTEXTO.

1.- LA APARICION DEL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA EN EL MUNDO.

A fines de 1979 un médico en Los Ángeles observó en sus pacientes homosexuales (jóvenes y militantes del movimiento gay, en aquel entonces en expansión) el incremento de casos del síndrome mononucleótico, en todos éstos había una falla del sistema inmunológico y, a pesar de la medicación habían muy pocas mejorías. El 5 de junio de 1981 el boletín *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, de la agencia epidemiológica federal llamada *Centers for Disease Control (CDC)* de Atlanta, describió cinco casos graves de neumonía entre octubre de 1980 y mayo de 1981 en tres hospitales de esta misma entidad. El común denominador de estos pacientes fue de nueva cuenta su preferencia homosexual (sus edades oscilaban entre los 29 y 36 años) y depresión del sistema inmunológico¹.

En ambas situaciones la condición que les precede es que son individuos sanos y de repente enferman. Un año antes de que aparecieran estos casos de Los Ángeles, en Nueva York se observaban casos de inmunodepresión; en 1980 aparecieron casos severos de *Neumocistis* rebeldes a los antibióticos corrientes. Sin embargo y a pesar de las semejanzas tanto en Nueva York como en Los Ángeles, los casos de depresión del sistema inmunológico no se relacionaban hasta este momento.

Otra enfermedad que surge anunciando la inmunodeficiencia es el Sarcoma de Kaposi, que en marzo de 1981 aparece en tres hospitales de Nueva York. Este padecimiento correspondía tradicionalmente a hombres de edad avanzada, de origen judío o centroeuropeo; los pacientes aquí observados no correspondían con esta determinación: eran hombres jóvenes que no pertenecían a este grupo étnico, y además homosexuales.

En julio de este mismo año, antes del informe oficial de los CDC, el periódico *New York Times*, publicó parte de este informe bajo el título "Cáncer raro observado en 41 homosexuales", lo cual para Mirko Grmek, inició la manera masiva de dar a conocer al público no profesional "la aparición de un fenómeno patológico curioso que intrigaba a los especialistas y empezaba a asustar a los homosexuales de Nueva York"²

Para fines de agosto de 1981, el número de casos notificados por los CDC son 108, con una mayoría de hombres homosexuales o bisexuales que conformaban el 94%; el 40% de los afectados ya había muerto, y los

demás no mostraban ninguna mejoría importante. La evolución es rápida: en noviembre de este año son 159 los casos y en 1982 saciende a 200, entendiéndose de las metrópolis gay hasta alcanzar 15 estados de E.U.A.³.

En 1982 es bautizada la enfermedad:

* El reconocimiento del sida, la identificación de su agente etiológico y la lucha contra ese flagelo se deben esencialmente a cuatro instituciones, dos norteamericanas, una francesa y una internacional: los CDC, los NIH (National Institutes of Health), el Institut Pasteur de Francia y la OMS (Organización Mundial de la Salud)⁴.

En esta época se sabe que es de origen contagioso y que una de las vías es la sexual. Si bien la mayoría de los casos descritos son de origen norteamericano, a fines de 1981 en Europa hay 38 casos conocidos: 17 en Francia, 6 en Bélgica, 5 en Suiza, 3 en Dinamarca, 2 en el Reino Unido, 2 en Alemania Federal y 1 en España⁵.

Conforme evoluciona y se dan a conocer los casos se descubren las otras vías de transmisión. En África, se observa que aparece el síndrome en personas no homosexuales ni toxicómanas (en los casos notificados al menos en E.U.A. ya se encuentra una relación entre uso de drogas intravenosas y el síndrome), lo que da pie en 1982 a pensar que la enfermedad no era exclusiva del grupo homosexual. A mediados de este año se empieza a utilizar de manera oficial la sigla AIDS (acquired immunodeficiency syndrome), que en español manejamos como SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida).

En 1983 se encuentran casos de sida en personas con hemofilia, poco después se encuentra la nueva enfermedad en personas transfundidas cinco años atrás; estas evidencias ratifican la intuición que se tenía para con los usuarios de drogas intravenosas: el SIDA se transmite por vía sanguínea. Si bien para estas fechas se sabe que es una enfermedad de transmisión sexual, es apenas en 1983 -relativa y dramáticamente tarde- que se mostró la posibilidad de su transmisión por relaciones heterosexuales⁶. En el caso de los haitianos, que empezaron a aparecer de manera importante en el número de casos registrados en la unión americana, hizo creer, al igual que la relación en África, que el SIDA provenía de estas regiones geográficas, lo cual alimentó junto con las homofobias de la sociedad, la ola de histeria colectiva y desinformación que apareció en torno al síndrome en los 80's.

Para 1984 se le da un nombre al virus: Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida VIH. En esta fecha se sabe cuales son sus vías de transmisión: por vía sexual (intercambio de fluidos sexuales como sangre menstrual, semen, líquido preysaculatorio), por vía sanguínea (transfusión de sangre o sus homoderivados , así como trasplante de órganos), y por vía perinatal (de madre a hijo, ya sea porque el virus atraviese la placenta, en el canal del parto o por la leche materna).

Se conocen además con mayor exactitud las características de la enfermedad: al ser ocasionada por un lentivirus tiene un largo periodo de latencia, y puede presentarse en varias etapas, que van de la seropositividad asintomática (es decir personas que viven con el virus pero que no desarrollan ningún signo ni síntoma), con complejo relacionado a SIDA (CRS, seropositivos que empiezan a tener problemas con su sistema inmunológico, pero que aún responden a algunos agentes patógenos) y finalmente personas a las que se les diagnostica SIDA, cuyo sistema inmunológico está deprimido a tal grado que no puede responder a los agentes externos, que ocasionan enfermedades oportunistas y que son las que finalmente llevan a la muerte por la inmunodepresión; el periodo de sobrevivencia de una persona con SIDA es de dos años a lo mucho, y se dice que ésta está en fase terminal.

Por ser un virus específico especie (es decir que únicamente ataca a los seres humanos) la investigación realizada para la adquisición de una vacuna es difícil, pues no puede experimentarse en otros animales; esto viene a agravarse cuando se descubre un segundo virus causante del SIDA que en 1986 se bautizó con Virus de la Inmunodeficiencia Humana 2.

1.1.- PRIMERAS HIPÓTESIS Y GRUPOS DE RIESGO.

Dado que los primeros casos aparecen en hombres homosexuales, para designar a la nueva enfermedad se utilizaron nombres como *neumonía gay*, *cáncer gay*, *peste gay*, y de manera más pretendidamente científica se le llamó GRID (*Gay- Related Immuno Deficiency*)⁷. Definiciones tales que, para 1981 reconocían como único público vulnerable a la comunidad homosexual.

De esta forma se formularon las siguientes hipótesis:

* El SIDA era de origen multifactorial, donde intervienen la genética como la utilización de algunas sustancias que deprimían al sistema inmunológico. Dado que la comunidad homosexual se encontraba estrechamente vinculada al uso de una droga llamada popper, se creyó encontrar en ésta efectos inmunopresores. Sin embargo se comprobó que no generaba tales efectos.

* Se pensó también que el espermatozoides depositado en intestino -que enuncia una práctica homosexual masculina - funcionaba como "inmunosupresor natural". Si el coito anal no es exclusivo de los hombres homosexuales ¿ por qué no se presentaba en personas que la practicaran y no pertenecieran a este grupo ?, incluso pensando únicamente

en ésta como un hábito homosexual ¿por qué no había aparecido antes ? Lo que está implícito en tales argumentaciones es que parte del diagnóstico de SIDA es la condición homosexual de sus pacientes.

Con los haitianos y los africanos se cree que el SIDA es una enfermedad extranjera y extraña, y que irrumpió violentamente en el mundo del desarrollo. Haitianos, homosexuales y usuarios de droga intravenosa, conformaron el subgrupo social representante por excelencia del síndrome y al grupo de riesgo.

Hay otra hipótesis no tan descabellada en donde se señala que hay cuadros compatibles de SIDA antes de la década de los 80's, siendo el más antiguo un paquete sanguíneo congelado de Zaire de 1959 que resultó positivo a la prueba de anticuerpos de VIH ⁸.

Una manera ilustrativa de señalar a los grupos de alto riesgo, es el que menciona Grmek al hacer referencia a los epidemiólogos norteamericanos: el SIDA es el club mortal de las cuatro H: homosexuales, heroinómanos, haitianos y hemofílicos, para algunos de estos la quinta H era el de las prostitutas (*hookers* en inglés). A su vez "Para no inquietar al público no se incluía en ese 'club de los malditos' a dos grupos perfectamente inocentes: los receptores de transfusiones y los recién nacidos infectados durante su vida intrauterina" ⁹.

2.- EL SIDA EN EL CONTEXTO MEXICANO.

2.1.- APARICION Y EVOLUCION DE LOS PRIMEROS CASOS.

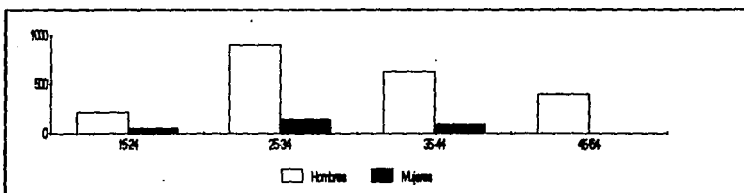
En México si analizamos los datos obtenidos en *Información Estadística del Sector Salud* del INEGI de 1990, encontramos que dentro de los puntos de la presentación del documento, se enuncia la no información sobre enfermedades nuevas, no obstante en aquel entonces los casos acumulados de SIDA llegaban a 10,000. Consultando la misma fuente, solo que actualizada a 1992, encontramos los siguientes datos:

- a) El SIDA aparece como una de las principales causas de mortalidad general ocupando el lugar número 20.
- b) En cuanto al sexo masculino en esta misma categoría, el SIDA ocupa el lugar Número 18.
- c) Dentro de las causas de mortalidad general entre la población de 15-24 años ocupa el 11° lugar. Dentro de este mismo grupo de edad para el sexo masculino ocupa el 6° lugar, y en el caso de las mujeres el 19°.
- d) En el caso del grupo de edad de 25-34 años el SIDA a nivel general ocupa el 5° lugar. Para los hombres 4° lugar y para las mujeres el 13°.

e) En el grupo de edades 35-44 años a nivel general ocupa el 8° lugar. Para los hombres el 7° lugar para las mujeres el 15°.

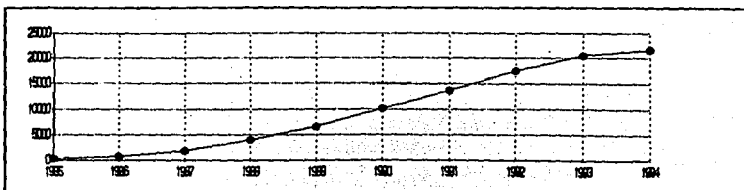
f) Y finalmente dentro del grupo de 45-64 años a nivel general ocupa el 18° lugar. En el caso de las mujeres no aparece como principal causa de mortalidad, pero para los hombres ocupa el 17° lugar.

MORTALIDAD POR SIDA EN 1992.



Estos incisos nos hablan de las personas que ya han muerto a causa del SIDA, y que en la actualidad representan aproximadamente el 57.7% de los casos acumulados de SIDA (que es la suma total de todos los casos desde la aparición del síndrome en 1981 hasta la fecha). Todos los datos que mencionaremos a continuación corresponden al primero de marzo de este año tenemos donde tenemos 22,055¹⁰ casos oficialmente conocidos, pero se estima un número real de más de 31,600; se tiene un promedio de 11.4 casos de SIDA reportados diariamente. Así " La epidemia del SIDA en México ha presentado tres tipos de tendencia, hasta finales de 1986 el incremento fue lento, de 1987 a 1990 el crecimiento fue de tipo exponencial y a partir de 1991 el crecimiento se ha amortiguado con una tendencia a la estabilización "¹¹.

CASOS ACUMULADOS DE SIDA 1985-1994.
Fuente: Consejo Nacional Para la Prevención del SIDA.



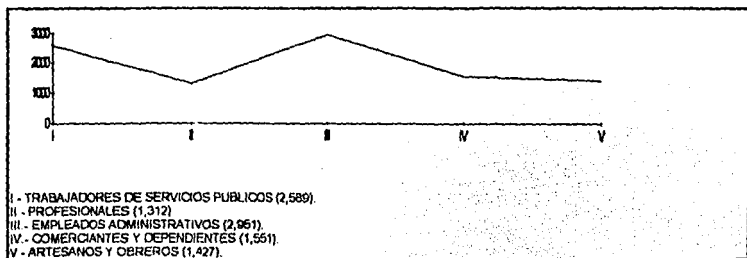
De las tres vías de transmisión la sanguínea disminuyó, la vía sexual representa más del 80% del total, y tal vez la consideración más importante es la aparición del síndrome en comunidades rurales (825 casos acumulados). La tasa de personas con SIDA por millón de habitantes es de 253, que en cuanto a las personas seropositivas esto representaría un 2.53% de la población total si utilizamos el modelo de la OMS que propone que por cada enfermo de SIDA hay 100 personas portadoras del virus.

En la población mayor de 15 años son hombres 18, 455 y 2, 987 son mujeres; 613 son menores de 15 años (395 niños y 218 niñas). De manera general tanto para mujeres como para hombres, las mayores tasas por millón de habitante se encuentran entre los 25 y 44 años (que corresponde al grupo etáreo que mayores índices de mortalidad tiene por SIDA). En cuanto al sexo masculino la principal vía es la sexual, y afecta a hombres de entre 20 y 49 años; dentro de esta misma categoría pero en mujeres se encuentra entre 20 y 34 años; la razón que existe entre ambos es de 6 hombres por 1 mujer. El aumento a los casos por vía perinatal es paralelo al aumento en mujeres heterosexuales¹².

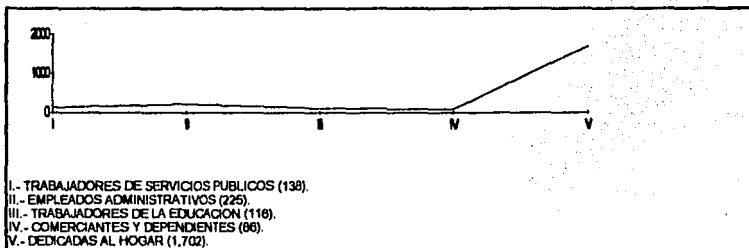
En cuanto a la ocupación en mayores de 15 años, para los hombres los tres primeros lugares son: empleados administrativos (2,951), trabajadores de servicios públicos (2,589), comerciantes y dependientes (1,551); para las mujeres: dedicadas al hogar (1,702), empleadas administrativas (255) y trabajadoras de servicios públicos (138). En síntesis mientras para el sexo masculino se observan tendencias homogéneas, para las mujeres únicamente las dedicadas al hogar constituyen las dos terceras partes del total de casos.

CASOS DE SIDA EN HOMBRES POR OCUPACION.

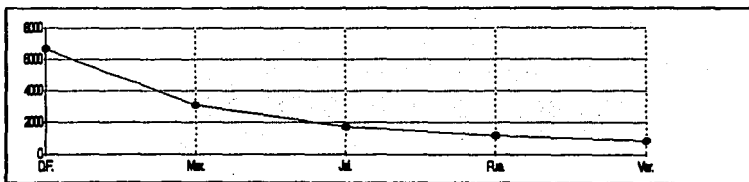
Fuente: Consejo Nacional Para la Prevención del SIDA.



CASOS DE SIDA EN MUJERES POR OCUPACION.



En cuanto a la estructura hospitalaria del Sistema Nacional de Salud no podemos tener la seguridad de que pueda responder a una epidemia como el SIDA. Mientras la mayoría de casos en marzo de 1995 se concentra de manera descendente en D.F. (6,449), Edo. de México (3,081), Jalisco (2,732), Puebla (1,188) y Veracruz (856) como se muestra en la siguiente gráfica



En 1992 el INEGI reportó que sólo Veracruz el D.F. y el Edo. de México están dentro de los primeros cinco estados que cuentan con el mayor número de hospitales, y de hecho únicamente el D.F. contiene 60 hospitales de especialidades mientras el Edo. de México solo tiene 7 y Veracruz 11, lo cual en la siguiente gráfica indica un mayor número de unidades de consulta externa, es decir atención de primer nivel, las cuales no responden a las necesidades de atención de tercer nivel que requieren las personas que viven con SIDA.

UNIDADES MEDICAS POR ESTADO EN 1992.

Fuente: INEGI.



2.2.-ESTADO DE BIENESTAR Y ESTADO ASISTENCIALISTA.

El Estado de Bienestar surge en el período de entre guerras teniendo como antecedente la crisis económica de 1929. Es una recomposición del Estado Capitalista donde se trata de mediar los conflictos sociales -y a sus sujetos potenciales- apartir de políticas sociales. De tal modo que el Estado de Bienestar es un conjunto de soluciones públicas tendientes a garantizar a todo ciudadano de una nación, por el mero hecho de serlo, el acceso a un número de servicios que garanticen su supervivencia biológica y social¹³. En el transfondo de esta nueva recomposición del Estado subyace una doctrina económica neoclásica con Keynes. Esta doctrina que es en principio económica y que trata de solucionar las problemáticas que vive la actual sociedad, genera un discurso social encaminado al bienestar. Por tanto en torno a las políticas sociales giran la educación, la salud, la redistribución de la renta, y el empleo.

En México este proceso se significa de manera singular, después de la revolución de 1910, algunos de los ejes de la política social contenidos en el Estado de Bienestar están implícitos dentro de la Constitución de 1917. Durante y después del Cardenismo se constituye un Estado Nacional que asume de manera abierta y comprometida estas políticas sociales.

Sin embargo, "La actividad interventora del Gobierno para garantizar niveles mínimos de seguridad, educación, sanidad y pensiones era mayoritariamente aceptada en los años del crecimiento económico"¹⁴, que en México corresponde al período del "Milagro mexicano", en una época de gran auge económico¹⁵.

A mediados de los 60's y principios de los 70's el modelo de Estado de Bienestar empieza a entrar en crisis a nivel mundial, y de manera particular en los países que experimentan una alta explosión demográfica, ya que el principio de redistribución de la renta se convierte en un imposible, puesto que no hay empleos suficientes para la población que constantemente sigue creciendo.

A pesar de que la crisis del Estado inicia desde hace más de dos décadas, se retrocede ante el Neoliberalismo. Desde esta concepción se intenta reducir las funciones de Bienestar Social emanadas del Estado, a través de una serie de políticas que paulatinamente van en detrimento de las políticas sociales. Si en un principio el Estado guardaba la función de garantizar un mínimo de vida como una obligación, ahora el nuevo Estado Neoliberal trata de fincar estas obligaciones sólo a los grupos más marginados de este país, cumpliendo así con una función asistencialista. En el caso de México según el PRONASOL existían en 1987 un 50.9% de personas que vivían en la extrema pobreza, 21.3% en pobreza extrema y 29.6% en pobreza moderada. Así la nueva configuración del Estado protegerá únicamente al 21.3% de la población.

Ante esta desestructuración del Estado, se perciben procesos de venta de las paraestatales; acogida en más de las veces por los usuarios bajo la óptica de que siendo empresas privadas, optimizarán sus servicios; ese sentimiento no es sino parte de un reflejo de las instancias burocráticas a las cuales se enfrentan los usuarios.

Las nuevas políticas Neoliberales van en detrimento de la mayoría de pobres que habitan en este país; las cuales además son promovidas desde organismos internacionales (quienes aportan los préstamos a México) como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, que están a favor de un "adelgazamiento del Estado" y de "políticas del bajo costo". Preciamente esta lógica en el recorte presupuestal incluye la cuestión de la salud.

2.3.- LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL ESTADO DE BIENESTAR.

Uno de los primeros antecedentes que debemos de considerar, es cuando se amalgamaron la "Beneficencia Pública" y el Departamento Autónomo de Asistencia Social Infantil en la Secretaría de Asistencia Pública en 1938¹⁶, la cual después se fusionara con el Departamento de Salubridad para crear la Secretaría de Salubridad y

Asistencia en 1943. En este mismo año se crea el IMSS, y en 1959 se crea el ISSSTE. El resultado de estas instituciones, se debe al proceso de centralización que se gesta desde el cardenismo, el cual intenta solventar las necesidades sanitarias que son ineficientes (por ejemplo en 1920 la tasa de mortalidad infantil era de 250 por 1, 000)¹⁷.

Sin embargo y con la misma correlación que se manifiesta entre el Estado de Bienestar y la sociedad la salud pública en México empieza a entrar en crisis. Si bien es cierto que hasta la década de los 80's el IMSS y el ISSSTE aumentan considerablemente el número de derecho habientes, este aumento no corresponde a un aumento en la calidad de los servicios sanitarios. De hecho el sistema de salud pública empieza a adquirir un carácter político administrativo, que si bien permite el acceso de los trabajadores, este acceso es limitado y excluye finalmente a aquellos que no cubran ciertas condiciones laborales.

Paralelo a las políticas Neoliberales, se trata de descentralizar el sistema de salud pública y es hacia 1984 que se estableció el Sistema Nacional de Salud, el cual trata de solucionar las irracionalidades de la burocracia y "significó la separación definitiva legal, financiera y funcional" ¹⁸ de los tres subsistemas del Sector Salud (subsistema de seguridad social en el caso de IMSS y del ISSSTE; de servicios públicos de población abierta y subsistema privado).

Esta nueva política sanitaria acompañada de su correspondiente recorte presupuestario, nos hace pensar que pronto desaparecerá como preocupación del Estado la salud pública. Durante los 80's "el gasto en salud bajo al 4.7% al 2.7% del Gasto Público total. Por otra parte, el rezago del gasto en salud respecto a la recomendación de la OMS -5% del PIB- es todavía más notable a fines de la década ya que bajo del 1.9 a 1.6%"¹⁹. Además hay una serie de características que connotan de manera particular el porqué de la privatización de los Servicios de Salud, entre los cuales podemos mencionar:

* Al interior de los servicios de salud se sobrevalora el carácter curativo, dejando de lado el carácter preventivo, de tal suerte que del gasto público sólo se destina un 5% a ésta, mientras que un 64% son absorbidos por los servicios curativos. Esto da cuenta de un proceso complejo que manifiesta los alcances de la industria farmacéutica en tanto "un modelo curativo supone de hecho el incremento de la medicación, de la polifarmacia, del uso creciente de equipo técnico, que favorecen la reproducción de la 'industria de la salud'"²⁰.

* La gran rentabilidad de los servicios médicos, que en el contexto de la producción privada tendría que asumir la clientela no absorbida por el Sector Público de Salud. Además hay que recordar que ante el TLC esta medida se potencializa en tanto empresa transnacional²¹.

Ante tales características el Estado Asistencialista que hoy se nos impone prefiere destinar parte del ya riquísimo Gasto Social a los grupos más marginados del país, es decir a los mexicanos que viven en condiciones de extrema pobreza; lo restante seguramente servirá para el pago de la deuda externa.

2.4.-PANORAMA ACTUAL: EL SIDA Y LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES.

Antes de entrar en el tema, resulta importante ver cuales han sido los avances en materia de salud obtenidos en México hasta la década de los ochentas. Tomaremos primordialmente dos indicadores: la tasa de mortalidad infantil y la esperanza de vida. Ambas nos hablan de la capacidad de respuesta para asegurar la vida, y dado el desarrollo polarizado experimentado en nuestra sociedad, si bien en términos generales la esperanza de vida aumentó considerablemente, ésta depende del lugar y de los niveles de bienestar social ahí alcanzados; por ejemplo, mientras la esperanza de vida en Oaxaca era hasta los 80's de 58 años, en esta misma época es de 71.6 años para Nuevo León. A pesar de ser México el modelo ideal de desarrollo para América Latina, resulta sorprendente que su tasa de mortalidad infantil lo coloque dentro de los países con altas tasas en el continente.

Esto se suma a las constantes deficiencias del sistema de salud pública y a la polaridad epidemiológica que determina, según la posición social y económica de un individuo su capacidad de subsistencia. De tal modo que para la década de los noventas los 5 estados más pobres de la república duplican la tasa de mortalidad infantil de las 5 entidades más ricas, debido en parte por la calidad de atención del parto y el perfil económico de la mujer²².

A esto habría que añadir que para 1990 en salud pública había 1.099 médicos por mil habitantes, 1.6 enfermeras (la mitad del número que se recomienda internacionalmente), .1621 hospitales y .7785 camas censables (se dice incluso que es de los países en América Latina con menor número de éstas). Si estos datos son desoladores, hay que considerar por ejemplo que el período de sobrevivencia de una persona con SIDA difiere en función de la institución de salud, por ejemplo en 1987-89 eran: 14 semanas en el Hospital General de México, 49 en el Centro Médico la Raza y 57 en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubiran²³; infectólogos de este mismo

instituto consideraban en aquel entonces que el gasto de una persona con SIDA era de 12, 780 días²⁴. A estas estimaciones habría que sumarse un 60% más a causa de la devaluación del peso en diciembre de 1994²⁵.

Ante estas características, donde hay un gran incremento de casos y aparece una disminución en el presupuesto del Gasto Social para la salud, solo nos resta preguntarnos ¿ Podrán las políticas Neoliberales aportar soluciones reales al problema ? Hay que señalar que el neoliberalismo en tanto proyecto económico, político y social, trae en sí mismo la negación de ciudadano universal que entrañaba el Estado de Bienestar; es decir, los derechos y beneficios que éste concedía por el simple hecho de pertenecer a un país, se sustituyen por la concepción del libre mercado y la competencia. Ya que el Sistema Nacional de Salud muestra ineficiencias y déficits, dentro de la lógica neoliberal no representara más la salud pública una obligación sino una asistencia, pues es una empresa que no reporta ningún beneficio.

Así, en materia de salud, lo que espera a los mexicanos en general es la privatización de instituciones de salud pública , y la suficiente capacidad adquisitiva para poder gozar de éstos; y para los mexicanos que están afectados directamente por el SIDA (ya sea por padecerlo o porque viven con el virus) verán aún más disminuida su capacidad adquisitiva, y si son quienes principalmente aportan dinero a sus familias, éstas empezaran a mostrar probablemente niveles de pobreza o de extrema pobreza en un mediano o corto plazo.

No podemos terminar este apartado sin sumar los últimos acontecimientos de 1994: el movimiento zapatista que denuncia la polaridad y la desigualdad social y económica que enfrenta el país frente el proyecto "modernizador" del Estado Neoliberal; los asesinatos políticos, que reflejan por un lado el estilo de hacer política a la mexicana, y por el otro producen el deseo de los grupos más reaccionarios y conservadores de volver más rígidas las estructuras políticas y los órganos policiales, y la devaluación económica de diciembre de 1994 que afecta a todos los mexicanos y que ha desatado una ola de desempleo.

Estos hechos en su conjunto nos llevan a pensar que si bien el SIDA se encontraba dentro de las primeras veinte causas de mortalidad, no es hoy prioritaria para las políticas sociales y de salud en el país; estos movimientos de algún modo moldean las siguientes estrategias, donde el síndrome queda excluido (lo cual no significa que no afecte a muchos mexicanos), pues la urgencia política tiende a legitimarse en la acción que desarrolle en los grupos más depauperados de la sociedad mexicana.

3.- LA RESPUESTA SOCIAL EN MEXICO.

En este apartado analizaremos la respuesta social, es decir el conjunto de acciones y reacciones que tomaron diversos grupos de la sociedad mexicana al inicio de la enfermedad y a lo largo de todos estos años ante la epidemia. En el apartado anterior vemos la dinámica gubernamental ante el problema de salud pública que representa el SIDA y las limitantes de las políticas neoliberales.

Resulta importante diferenciar el nivel de crítica y compromiso que cada uno de los actores presentes en esta respuesta social desarrolla, por ello hemos retomado de Alain Touraine²⁶ los siguientes conceptos:

- * Conductas colectivas: es la respuesta o reacción que se tiene ante fenómenos internos y externos que atentan contra del funcionamiento del sistema social, por ello se encuentra lejos de la conciencia de los actores (en término de posición crítica y transformadora) y son más bien conservadoras.
- * Luchas: que significan "no tanto acciones vinculadas con el cambio, sino más bien acciones que lo combaten en nombre de un orden antiguo o nuevo", asimismo representan acciones limitadas o contestatarias, "no son respuestas sino iniciativas, cuya acción no lleva, ni lo pretende, a construir un sistema social"; las luchas pueden ser cuestionadoras de las relaciones de poder e incidir en éstas, lo cual las empuja al terreno de un movimiento social.
- * Movimientos sociales: "Un movimiento social es una acción conflictiva mediante la cual se transforman las orientaciones culturales y un campo de historicidad en formas de organización social, definidas a la vez por normas culturales generales y por relaciones de dominación social", esto implica una serie de acciones que tienden a superar el carácter contestatario de las luchas y aspiran a la modificación de todo un sistema y no de una sola reivindicación.

Touraine señala también que, un mismo conflicto social puede referirse a una, dos o tres de estas definiciones. Para el caso del SIDA consideramos que la suma de actitudes en torno a este fenómeno, se presenta en dos polos en cuyos extremos se encuentra el discurso conservador sostenido por los grupos de ultraderecha y vinculados a la posición más tradicionalista de la Iglesia Católica, en el otro polo se encuentran algunos de los organismos no gubernamentales cuyo discurso es más liberal y progresista, y en medio de estos extremos encontramos la acción tibia y "concertadora" de los organismos gubernamentales. En cuanto a la reacción tradicional y la respuesta gubernamental, éstos se encuentran en términos de conducta colectiva en tanto no tienden a la crítica y a la transformación, sino a la conservación de normas (para el discurso conservador es evidente, mientras que

para la respuesta gubernamental, lo es porque se desarrolla en un espacio institucional). Por su parte los organismos no gubernamentales tienden más a la lucha que al cambio de un sistema, pero a fin de cuentas configuran un papel de cuestionadores de los procesos de decisión. A lo largo de este trabajo, nos hemos referido como movimiento de lucha contra el SIDA, pues si bien no hay un proyecto de cambio y transformación de las orientaciones culturales, por un lado existe un debate contrahegemónico cultural que las cuestiona, y por el otro una posición política vinculada al terreno de demandas específicas y de inserción al campo de las decisiones vinculadas con este problema de salud pública.

3.1.-LA RESPUESTA GUBERNAMENTAL: LA CREACION DEL CONASIDA.

El SIDA aparece en un contexto de crisis económica y social en México²⁷, ya que a mediados de los ochentas se disminuye el gasto público y se destina más del 70% del PIB al pago de la deuda externa.

Por una recomendación de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de Salud se constituye en febrero de 1986 el Comité Nacional para la Prevención del SIDA, que se dividió en cuatro subcomités: a) vigilancia epidemiológica e investigación, b) educación para la salud/comunicación social, c) bancos de sangre, d) clínico terapéutico. En 1987 el 24 de agosto cambia de Comité Nacional para la Prevención del SIDA a Consejo Nacional para la Prevención y el Control del SIDA, con nuevos atributos y mayor peso político dentro de la administración pública, ya que fue creado por decreto presidencial. En 1987 se crean los primeros comités estatales de prevención contra el SIDA en los estados de Jalisco, Yucatán y Zacatecas.

En este mismo año se crearon algunos spots televisivos por el CONASIDA hablando de la transmisión por vía sexual, los cuales fueron fuertemente censurados por grupos conservadores mexicanos, desde entonces se le criticaron a éste sus estrategias informativas así como la distribución masiva de condones (estos hechos se discutirán ampliamente en el siguiente apartado).

El sector salud y el CONASIDA generaron el Programa de Mediano Plazo para la Prevención del SIDA (PMP) 1990-94, siendo el responsable de éste el CONASIDA; inicialmente se programaron 82 218.7 miles de ds. del presupuesto total, que se reduce a 2341.3 miles de ds., lo cual nos da una idea de las limitantes que tuvo dicho programa, cuyos objetivos generales fueron los siguientes:

1. Prevenir la transmisión del VIH en México.

- 2.- Reducir el impacto de la infección por VIH en individuos, grupos, y la sociedad en su conjunto en México.
3. Reducir la morbilidad y mortalidad asociada por la infección por VIH en México.
4. Unificar, coordinar y evaluar los esfuerzos nacionales (gubernamentales y no gubernamentales) y el apoyo internacional en el combate del VIH-SIDA en México.
5. Reforzar las estructuras clave que participan en el desarrollo del programa de Prevención y Control del VIH-SIDA en México.
6. Motivar la movilización social, la incorporación de las acciones en la atención primaria de la salud y la descentralización de las acciones.

Estas acciones tienden a evitar la infección, pero en el caso de las personas con el VIH, ¿cuáles serían los beneficios? Además, como la mayoría de propuestas salidas de instancias gubernamentales, la ejecución y evaluación del PMP no son llevadas a cabo por sujetos de la sociedad civil²⁸, sino por tecnócratas cuya visión de los problemas sociales es bastante reducida y por lo mismo poco efectiva para ofrecer soluciones reales.

Una de las principales críticas que podemos hacerle es el punto referente a evitar la infección y reducir la mortalidad por este síndrome, hasta marzo de 1995 hay más de 22,000 casos de SIDA en México, es decir lejos de disminuir se duplicó el número, y la tasa de personas que viven con el VIH es superior al 2%. A estas deficiencias debe señalarse que no hay instancias del sistema de salud pública que cubran las necesidades de educación para la prevención del SIDA, y que en el caso del CONASIDA desde una perspectiva pedagógica bastantes pobres son sus logros, pues lejos de promover sus prácticas de difusión masiva de información, que incluye el 12.5% en espacios de radio y televisión, y su carácter político, se resigna a la difusión modesta, la creación de carteles poco informativos donde con metáforas alusivas a la lotería no dice ni qué es ni cómo se puede uno proteger de la infección por VIH; hasta hace poco se le confiere a las personas impactadas un trato más profesional, y no obstante siguen hablando de orígenes de la enfermedad desde mitos ya superados (como el del mono verde que por una relación zoológica pasó a un ser humano, cuando por el carácter del virus específico especie es poco creíble que el VIH pudiera sobrevivir en un organismo no humano); habría que sumárselo la serie de investigaciones que ha presumido en el extranjero como obras ya realizadas, y que más eufemísticamente se refieren a ciertos sectores como nuevos grupos de alto riesgo. A pesar del gran esfuerzo de las ONGs, éstas por su extensión tienen poca incidencia en el grueso de la población²⁹.

No obstante las deficiencias que podamos observar en el trabajo del CONASIDA, éste y la Secretaría de Salud han impreso en 1985 la *Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, en conjunto con otras ONG's de lucha contra el SIDA. En dicha Norma los grupos de alto riesgo se describen de una manera más clara y menos prejuiciada, y en materia social considera que la detección del VIH/SIDA, no será tomada como requisito laboral, contraer matrimonio, obtener empleo, ni deberá ser causal para la expulsión de una escuela, ni para negar la residencia ni la deportación, entre otros³⁰, lo cual refleja en parte el producto de la lucha por desestigmatizar a la enfermedad, lo que si bien no se traduce en un cambio mecánico en las ideas y prácticas sociales en torno al SIDA, permiten junto con el conocimiento de los derechos humanos y constitucionales, reclamar una actitud más digna y respetuosa en el manejo de personas con VIH o SIDA.

3.2.- LOS ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES.

Es importante en el análisis sociológico resaltar a los agentes sociales que intervienen ante ciertas problemáticas. Los organismos no gubernamentales (ONG's) constituyen agrupamientos de la sociedad no pertenecientes al Estado y que cuestionan sus acciones frente alguna problemática. Esta reunión de individuos se da en función de intereses y motivaciones, que en el terreno del SIDA se ve relacionada con afectos y situaciones personales como veremos a continuación. Asimismo las ONG's pueden contrarrestar los efectos de las políticas neoliberales, si actúan y mantienen una posición de lucha social, por ello son una especie de reguladoras de las acciones y la toma de decisiones del Estado.

El trabajo de los organismos no gubernamentales, queda de manifiesto después del sismo de 1985 en México, éstos se conforman a partir de estrategias de lucha en torno a problemáticas particulares, con un cierto nivel de profesionalización y de organización. En el caso específico de las ONG's de lucha contra el SIDA tienen sus antecedentes en los movimientos urbano popular, feminista, ecologista, lésbico homosexual y de jóvenes, entre otros³¹.

Para la década de los 70's en México se vive la efervescencia de la lucha de feminista, y en los 80's aparece el movimiento de liberación homosexual. Así cuando surgen los primeros casos de SIDA en México y ante la crisis económica que afectó fuertemente a las clases medias, se dió un revés al movimiento gay (pues ante la carestía de

la vida y la ola de desempleo, pocos hombres y mujeres homosexuales se atreverían a "salir del closet", es decir aceptar abiertamente su preferencia, con el riesgo de perder sus trabajos); no obstante su presencia es importante, pues entre 1987 y 1991 algunas de las ONG's de lucha contra el SIDA fueron de grupos homosexuales. Incluso muchos de éstos fueron formados en 1987 por personas que vivían con el VIH junto con sus familiares y amigos.

La gama de análisis y de enfoques que han generado las ONG's es rica: van desde el ámbito político, moral, psicológico y cultural; lo consigna que los unifica es evitar que más gente se siga infectando y, que en el caso de las personas VIH positivas o que ya viven con SIDA, se termine con el estigma y el prejuicio social. Así algunos grupos se dedican a la defensa de los derechos humanos (como lo fue el caso del Grupo de Intervención Social y Defensa de Derechos Humanos A.C., quien desde 1987 hasta su desaparición en 1993 se dedicó a esta tarea), grupos de autoapoyo (Abrazo de Monterrey), de carácter educativo preventivo (AVE de México), o bien ofreciendo servicio médico y psicológico (Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA) entre otros.

Uno de los esfuerzos políticos y sociales de las ONG's de lucha contra el SIDA se concretizan en 1991 en la celebración del primer Encuentro Nacional de ONG's en Metepec Puebla, a la cual asisten 39 asociaciones de trabajo en lucha contra el SIDA de 14 estados y se intercambian experiencias de trabajo. También convocada por GIS-SIDA se celebra en México en 1992 la Sexta Conferencia Internacional de personas con SIDA ³².

La experiencia de Mexicanos Contra el SIDA Confederación de Organismos No Gubernamentales, A.C. (MCSC) que durante cuatro años intentó reunir y organizar a 20 grupos en lucha contra el SIDA y que recibió muchos financiamientos externos, sucumbió ante problemas internos de organización. En octubre de 1994 se celebró la última reunión de ONG's, donde se resaltó la necesidad de crear un organismo que aglutine al conjunto de éstas en forma de red de lucha nacional ³³.

En México la cultura homofóbica y machista que tenemos, tienen mucho que ver con el estancamiento y retroceso que se experimenta en el movimiento de lucha contra el SIDA; muchos grupos son intimidados por organismos de ultraderecha cuya intolerancia los ha llevado a acciones violentas tanto físicas como políticas. Por ejemplo, en 1991 Guadalajara fue escenario de la homofobia ante la tentativa de llevar a cabo en esta entidad la reunión anual de la ILGA (*International Lesbian's and Gay's Association*), las paredes de la ciudad ilustraban consignas ofensivas contra los homosexuales, como « HAS PATRIA MATA UN HOMOSEXUAL», amén de negárseles el permiso oficial y el acceso a hoteles; en Tijuana los grupos de lucha contra el SIDA no son apoyados

por las autoridades peristas por la sencilla razón de que reparten condones y algunos de éstos están formados por homosexuales. Hay que recordar los también importantes asesinatos de homosexuales en Chiapas, Oaxaca y Tabasco en los dos últimos años.

Resulta relevante observar la cohesión que experimentan los organismos de lucha contra el SIDA, pocos sostienen un discurso político analítico, y en su conjunto, los intentos por cristalizar una red o confederación carece de ética u honestidad suficiente de algunos de sus miembros (lo cual no es exclusivo de la lucha contra el SIDA). Sólo algunos -entre ellos el más notable es Francisco Galván Díaz- sostuvieron un discurso político ligado a las políticas de salud y las prácticas discriminatorias que se llevaban -y se llevan a cabo actualmente- con personas VIH positivas o con SIDA. La defensa de los derechos humanos es un punto central en la lucha contra el SIDA, pues modificaciones como la del artículo 199bis del Código Penal en 1990 en *el delito de peligro de contagio* (donde alude a la exposición de riesgo de infección por VIH de un individuo respecto al otro)

“...atenta a los derechos civiles y humanos -consagrados en la Constitución General de la República- de las personas que viven con VIH o con SIDA; del goce de las garantías que este otorga, que no podrán suspenderse o restringirse; del derecho a no ser molestado en su propia persona; del derecho a la vida, el trabajo, a la libertad, al libre tránsito y a la salud.”³⁴

Pocos fueron los que criticaron las ambigüedades de las medidas gubernamentales. Mientras el CONASIDA en foros internacionales hablaba de los grandes logros en materia de prevención, en México estos proyectos no eran más que ficticios (como los pocos spots televisivos que salieron al aire de los cuales hablamos con anterioridad, y la cartilla de educación sexual que nunca fue distribuida)³⁵; la tarea preventiva del CONASIDA no avanzó sustancialmente entre el segundo semestre de 1989 y el primero de 1991³⁶. Por su propia configuración institucional, el CONASIDA se encarga del área preventiva, pero no tiene un papel claro en cuanto a su papel frente a las personas que viven con el virus o con SIDA, que implica tanto tratamiento médico, asistencia espiritual y defensa de derechos humanos, elementos que forman parte de la lucha contra el SIDA.

Las críticas hechas al CONASIDA así como al Plan de Mediano Plazo por las ONG's, delineaba una posición política, donde se cuestionaba la falta de pluralidad en la toma de decisiones relacionadas con el problema de salud pública del SIDA. Al principio de la epidemia, estas agrupaciones de la sociedad civil no identificaron la problemática real del síndrome con las instancias laborales, de salud, y gubernamentales; por tal razón, se carecía de una política planificada, fue más la incertidumbre y la reacción, que la reflexión en torno a la situación³⁷. Como señala Galván Díaz

*"La mayoría de estos actores sociales no siempre contemplan que desde muchos ángulos juegan un papel insustituible para la existencia de un sistema político con características más democráticas: de ahí que se espique su reiterada apelación a los sentimientos, a la condición de infectado, de pobreza y humildad, y no a la condición de ciudadano".*³⁸

Como actores sociales, quienes han iniciado y continuado la lucha contra el SIDA han logrado algunos avances en materia de defensa de derechos humanos, como lo demuestra la creación del Folleto informativo *Derechos Humanos de las personas que viven con VIH/SIDA*, creado por GIS-SIDA, Mexicanos Contra el SIDA (MCSC) y el CONASIDA, y publicado por La Comisión Nacional de Derechos Humanos en 1994³⁹. Algunos de quienes se encuentran en las ONG's tienen una experiencia política importante, lo cual permite hacer más panorámica la reflexión en torno al VIH/SIDA. Sin embargo, mientras las ONG's no reconozcan y cuestionen su labor al interior de un sistema político como el nuestro, con prácticas antidemocráticas, autoritarias y burocráticas, su papel al interior de la sociedad civil y su carácter de ciudadanos, su derecho a la salud y a la libre expresión y la libertad de creencias (no olvidemos que el principal detractor de la lucha contra el SIDA es la tradición católica más intolerante), y lo confronte con las nuevas directrices neoliberales y la moral sexual dominante; pocos avances obtendrá como movimiento social, y menor incidencia tendrá en la sociedad civil.

Finalmente pensamos que reducir el estigma social, negar la existencia de un único grupo de riesgo, rechazar propuestas excluyentes donde, bajo la mirada beatificante y pseudocristiana se encierre a personas con SIDA en fase terminal (los llamados "aidarios"), defender los derechos civiles y laborales, acompañar a los enfermos hasta su muerte y otorgar apoyo a su familia, son algunas de las acciones más respetables y éticas de la lucha contra el SIDA. Sería injusto pasar desapercibida la labor y esfuerzo de quienes han combatido al SIDA, no podemos terminar este apartado sin hacer un breve reconocimiento a quienes han muerto defendiendo esta lucha, a causa de la enfermedad como Francisco Galván Díaz fundador de GIS-SIDA y Marco Osorio de AMAC, o por el asesinato de Francisco Estrada Valle fundador de Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa, y como muchísimas personas que han pasado a ser una estadística más perdiéndose en el anonimato.

Algunos de los que hoy en día viven con VIH o están desarrollando SIDA, se han integrado de manera solidaria a la lucha, en algunos casos esperando que se descubra una cura rápida para poder tratarse, exigiendo sus derechos políticos y civiles, su derecho a la salud; así como también esperando que sus esfuerzos coordinados contribuyan para que menos gente se siga infectando.

3.3.- EL DISCURSO CONSERVADOR

El SIDA no sólo produjo una reacción conjunta y política de corte liberal y progresista, también trajo en sí la reafirmación del discurso conservador, y revivó la fuerza de viejas instituciones de ultraderecha. Así aparece de manera notable el grupo Provida y la Unión Nacional de Padres de Familia, los cuales junto con otros grupos cuyos intereses e ideologías eran semejantes formaron un frente común para reforzar sus creencias en torno a la sexualidad y su moral, que paulatinamente se alimentó del accidente epidemiológico del síndrome: la aparición en grupos homosexuales.

El inicio y formación del grupo Provida merece un lugar especial⁴⁰. Se tiene la hipótesis de que sus fundadores tuvieron estrechos lazos con el Movimiento Universitario de Renovadora Orientación (MURO), grupo de ultraderecha que a principios de los 70's en las aulas de la Universidad Lasalle agredían físicamente a profesoras y alumnos que simpatizaban con el marxismo, la teología de la liberación, corrientes progresistas, y en suma a todo pensamiento que fuera en contra de la ideología de este grupo.

Con una mentalidad estrecha y fuertemente vinculada con la posición más reduccionista y reaccionaria de la Iglesia Católica, Francisco Serrano Limón creó en la preparatoria Simón Bolívar un grupo de jóvenes incondicionales, los cuales adiestró bajo ideales fascistas y teniendo como ejemplos a Hitler, Franco y Pinochet. La organización de este grupo tenía un sentido de vigilancia extrema, entrar en éste implicaba no salir, se desarrolló en una especie de confidencialidad a ultranza y con el carácter de toda milicia secreta. El argumento para la violencia física consistía en castigar a los enemigos de Dios, que desde su muy estrecha concepción se refería no sólo a los perversos y degenerados sexuales y sociales, sino también a la censura de obras artísticas en todos sus niveles.

Para 1978 Francisco Serrano Limón fundó la asociación Civil Juventud por la Vida, que reclutaba a jóvenes lasallistas; esta asociación retomó el carácter de la sexualidad bajo argumentos absurdos y poco científicos, sus estrategias para persuadir a los jóvenes del celibato consistía en campañas terroristas que enfatizaban los daños físicos de la masturbación o en la exposición de imágenes de enfermedades de transmisión sexual. Bajo el mismo tenor se creó en 1978 a Provida que, en una campaña amarillista se oponía a la legalización del aborto; amén de la educación sexual y en contra de los métodos anticonceptivos. Este grupo sostiene hoy en día fuertes lazos con personalidades políticas importantes en el Partido Acción Nacional y, con otras asociaciones del mismo carácter moral religioso.

Su acción ante el SIDA fue más allá del espacio tradicional, criticó y enfrentó abiertamente la política de salud diseñada para contrarrestar la epidemia. Muestras de su actitud moralizante se encuentran cuando en 1980 la Unión Nacional de Padres de Familia solicitó que se investigara la conducta de funcionarios de MEXFAM y PROFAM ⁴¹. Sus sueños se hicieron realidad cuando en 1992 se prohibieron gracias a acciones intimidatorias de Provida y la Alianza Fuerza de Opinión Pública (este último llamado también las damas de blanco de Guadalajara), apoyados por los gobernadores panistas, las actividades de MEXFAM en San Luis Potosí y Guadalajara. Los argumentos de los que se valieron son los mismos que emplean para contrarrestar la acción gubernamental: la educación sexual debe darse dentro de la familia y según los valores del catolicismo ⁴².

Así tanto Provida como la UNPF, consideraba que las políticas ofrecidas por el CONASIDA a fines de 1980, y entre ellas la masificación de repartición de condones invitaba a la promiscuidad y el libertinaje sexual. Esta presión se hizo notable en varias de las estrategias que intentó llevar a cabo el CONASIDA, que para aquel entonces tenía un mayor peso institucional; por ello hasta 1988 es que para prevenir la infección del VIH por vía sexual recomienda en sus campañas educativas principalmente la fidelidad, y finalmente el uso del condón.

Para estos grupos lo que les resultaba evidente es que la epidemia afectaba únicamente a los homosexuales, la demás población era ajena al riesgo, por ello, consideraban que las políticas de salud que invitaban al uso del condón debían dirigirse únicamente a este sector, y a la demás población debería invitarse a la fidelidad (si era casada) y a la abstinencia (si era soltera). Por esto, es que según sus críticas el condón falla en un porcentaje altísimo (según ellos hasta en un 80%). El punto de mayor enfrentamiento fue cuando Provida presentó una denuncia formal en la Procuraduría General de Justicia contra Jaime Sepúlveda Amor director del CONASIDA "por considerar que el programa de fomento del uso del condón está dañando a la población, no previene riesgos de contagio y porque al distribuirlo entre menores de edad se les está corrompiendo"; en dicha denuncia se pedía su destitución ⁴³. Asimismo, empezó una especie de cacería de brujas encabezada por este tipo de organizaciones, cuyo propósito era el cierre de lugares de encuentro homosexual, y de manera explícita retomar a la viejas formas de la moral sexual y dar un castigo ejemplar a la liberalización de la conducta sexual.

Bajo el mismo tenor desde septiembre de 1993 en México, un grupo de personas entre las cuales figuran notablemente las mujeres (esposas de grandes empresarios y vinculadas estrechamente con los grupos conservadores) diseñaron y lanzaron una campaña educativa llamada ENLACE. Sus objetivos son preservar los

valores de la familia tradicional mexicana, y ofrecer por medio de la fidelidad el remedio más eficaz contra el SIDA; por supuesto que en tal propuesta la utilización del condón o del sexo seguro (el cual no es la fidelidad tal como ellos lo definen, sino toda una gama de prácticas sexuales donde no hay peligro de infección por VIH) queda excluida. El gran apoyo que ha obtenido nos hace pensar seriamente en que su posición frente al SIDA, es la más aceptada por los órganos oficiales, y por fuertes empresas como la Lotería Nacional, Banco del Atlántico, Wing's, Arbf's, Vips, Tocka, Televisa, Televisión Azteca, y las cadenas de supermercados Aurrera, Superama, Comercial Mexicana, entre otros.

4.-LA IGLESIA CATOLICA Y LA SEXUALIDAD.

Hasta aquí se han trazado algunas de las posiciones e ideas que contiene la posición conservadora frente al síndrome; sin embargo para abordar el siguiente capítulo y dejar en claro los argumentos reaccionarios ante el síndrome, brevemente plantearemos las consideraciones que tiene la Iglesia Católica mexicana con respecto a la sexualidad. Si bien la Iglesia Católica no es la única religión existente en México, tiene un gran peso político y económico y constituye la mayoría de los creyentes, además su discurso no se desprende completamente del de otras religiones.

4.1.- CARACTERISTICAS DE LA RELIGION.

Toda religión se caracteriza por tener los siguientes elementos ⁴⁴:

- a) Toda religión tiene un cuerpo fundamental de creencias básicas; donde hay algún Dios o Dioses y alguna forma de inmortalidad o vida más allá de la terrenal.
- b) Posee un conjunto de creencias aceptadas ampliamente que forma el cuerpo doctrinario, estas creencias se convierten en verdades indiscutibles, es decir dogmas cuyo cuestionamiento lleva a la expulsión del grupo religioso. Los dogmas son determinados por la autoridad; por ejemplo en reuniones conciliares se han decidido en la Iglesia Católica la Virgindad de María o la divinidad de Cristo.
- c) Integra un conjunto de rituales. Conformado por oraciones, sacrificios, danzas entre otros que permiten al creyente pensar que están en contacto con la divinidad; el ritual tiene todo un sentido moral, afectivo, histórico y por supuesto social.

- d) La religión se constituye de forma jerárquica. En el caso de la católica su estructura es de las más verticales igual que su organización, donde se encuentran las altas autoridades eclesásticas, los sacerdotes y finalmente los fieles.
- e) Establece normas y lineamientos de conducta, por ello es que tiene ciertos mandamientos. Cuando la moral religiosa no se respeta se considera que se desobedece a Dios. Los sacerdotes se erigen por tal razón como jueces y como conductores de almas, y su palabra tiene gran fuerza social

"La moral religiosa ha tenido como principal parámetro el sexo; es en torno a él que las normas de las religiones y sectas bíblicas y musulmanas han construido la mayor parte de la moralidad. Los más graves pecados comúnmente se relacionan con la sexualidad: Adulterio, prostitución, divorcio, homosexualidad, masturbación, virginidad, erotismo, control natal, aborto y otros temas resultan problemas espinosos y llenos de prejuicio y de condena."⁴⁵

La religión cumple con ciertas funciones: explicación de los fenómenos naturales, sociales y morales para los cuales no se tiene una respuesta fácilmente, y que como verdad de la Iglesia resulta indiscutible; funciones sociales, la cual va desde el mantenimiento del *status quo*, la integración, unificación e identidad, la enajenación, hasta la protesta social por la desigualdad y la injusticia (teología de la liberación); funciones psicológicas que satisface los deseos de dependencia, el reconocimiento de la impotencia, liberación de sentimientos de culpa, evasión, consuelo y esperanza.

4.2.-LA RELIGION Y LA SEXUALIDAD.

En materia de sexualidad, en el ámbito religioso ésta ocupa un carácter privilegiado. Los fenómenos sexuales han creado todo tipo de creencias, mitos, leyendas o supersticiones; la idea que se tiene del sexo puede ir desde la prohibición absoluta hasta la iniciación sexual como un acto de acercamiento a la divinidad. En cuanto a la religión católica -a la fracción más tradicional y conservadora, hoy en día encabezada por el Papa Juan Pablo II- el aspecto sexual constituye uno de los ejes fundamentales en torno al cual se organiza, y es precisamente en éste en el que se han dado las más grandes muestras de intolerancia y fanatismo, al menos en México.

Los elementos que hemos descrito nos hacen comprender la autoridad moral que creen tener algunos grupos católicos y eclesásticos. Analicemos más en detalle su posición al respecto de los siguientes temas: educación sexual, aborto y homosexualidad; ya que éstos han sido las principales discusiones que se han sostenido en México desde fines de los 80's hasta principios de los 90's.

Los documentos en los cuales basaremos nuestra lectura son folletos que se obtiene en iglesias católicas, el análisis no pretende sustituir el sentir y pensar de los creyentes, pero sí presentar la ideología que trata de

inculcarse a los fieles; éstos son: *Lo que los padres deben decir a sus hijos sobre el Sexo*, Sociedad el Verdadero Catolicismo (E.V.C), México, 1968(1a. versión en inglés es de 1946); de Alicia Hernáiz, *El Aborto*, E.V.C., México, 1969; *Carta a los obispos de la Iglesia Católica sobre la atención Pastoral a las personas homosexuales*, Congregación para la doctrina de la Fe aprobada por el Papa Juan Pablo II, octubre de 1986. Huelga decir que La Sociedad El Verdadero Catolicismo se fundó en 1926 en México, y sus principales funciones son la impresión y difusión de las ideas católicas, que sirven de sustento ideológico y acercan a los creyentes al discurso de la Iglesia; sus folletos son recomendados por los sacerdotes y se consiguen fácilmente en las Iglesias.

A) Educación sexual.

No basta la instrucción sexual desde lo fisiológico y lo biológico, es menester educar a los niños dentro de la conciencia católica y con los valores que ésta promueve. Uno de los muchos remedios que sirven para llevar a cabo una educación sexual es "evitar las ocasiones de pecado, las lecturas peligrosas, las diversiones indecentes y las malas compañías", tal ideal alimentará el propósito de vivir como hijo de Dios "subordinando los placeres animales a los ideales espirituales". La virtud entendida como castidad, es muestra de la fortaleza que vence las tentaciones.

El nivel de información debe variar según la edad, no es recomendable ir muy rápido, pues un cúmulo amplio de datos puede ser contraproducente; a los jóvenes adolescentes debe enseñarse lo que es bueno y lo que es malo, y en caso de tentaciones invitarlos a orar. Los conocimientos sexuales deben ser compartidos únicamente por los padres o el confesor. La castidad consiste no solamente en apartarse del acto sexual, sino de los sueños húmedos y la masturbación, (hay que recordar que el cuerpo en su conjunto es parte de Dios y no nos está dado hacer uso de él), caer en garras de la voluptuosidad rebaja a los seres humanos a la calidad de animales. No es bueno hablar "demasiado del sexo, como no hay que hablar demasiado de la comida", pues en síntesis "el acto sexual es para preservar la raza humana".

La educación sexual debe evitar al máximo el lenguaje explícito, es mejor dejar el eufemismo y las ideas poco claras que el exceso de información corrompa el carácter de los niños y de los adolescentes, que tan frágilmente pueden ser conducidos al pecado.

B) El Aborto.

Con un discurso pretendidamente pseudofeminista, mujeres y hombres católicos intentan ver en el aborto sólo una política de población y la utilización de las mujeres para tal fin, y no otro problema de salud pública. En principio debemos tener en cuenta que para la Iglesia Católica la Vida surge desde la concepción, y que como tal representa un indefenso y nuevo ser humano al cual debe de protegerse. Los abortos provocados dejan a la larga daños irreversibles en las mujeres, tanto de carácter psicológico, moral y físico, pues los doctores que únicamente lucran con este negocio, no se preocupan finalmente por dejar en buenas condiciones a las mujeres que acuden a practicárselo.

Es mentira que haya exceso de población, lo que tiene México es una mala distribución geográfica de ésta, además, la humanidad ha demostrado que ha salido adelante aún ante los más grandes problemas que se le han presentado. Además "la mente anticonceptiva" no concuerda con la conciencia católica, salvo el método Billings -que es 100% natural, pero no 100% seguro- ningún otro método puede emplearse sin traicionar la moral religiosa. Finalmente, legalizar el aborto significa el inicio de un efecto domino donde, después los viejos y los seres más indefensos del mundo serán aniquilados sistemáticamente; por tal razón el aborto no puede realizarse en ninguna de sus modalidades, ni cuando hay riesgo de la madre, ni cuando el feto tiene malformaciones, ni en el caso de la violación (pues cuando se aborta por esta circunstancia en lugar de corregir un mal se tienen dos males y no un bien).

C) La Homosexualidad.

La posición moral católica está fundada en la razón iluminada por la Fe, somos a semejanza de Dios, y como tales debemos guiarnos según sus lineamientos morales. La conducta homosexual no es en sí misma un pecado, sin embargo no puede ser vista de manera benévola, pues conduce finalmente a un comportamiento malo desde el punto de vista moral "Quienes se encuentren en esta condición deberían por tanto, ser objeto de una particular solicitud pastoral, para que no lleguen a creer que la realización concreta de tal tendencia en las relaciones homosexuales es una opción moralmente aceptable". No puede interpretarse en la biblia una posición más flexible para la homosexualidad, ésta está excluida del reino de Dios, y en general son pecadores quienes tienen actos homosexuales, pues "sólo en la relación conyugal puede ser moralmente recto el uso de la facultad sexual. Por consiguiente una persona que se comporta de manera homosexual obra inmoralmemente".

Como no refleja un acto procreativo sino de complacencia sexual, no armoniza con el orden de Dios ni del matrimonio, ni de la familia ni la sociedad, por ello constituye una conducta desordenada y pone en peligro dichas instituciones. La única manera de redimir a los homosexuales (tanto hombres como mujeres), es renunciando a sus actividades sexuales y permaneciendo en castidad, de lo contrario terminarán autodestruyéndose. Si después de todas estas observaciones no queda claro el papel de la ayuda espiritual de la Iglesia para con los homosexuales, debe recordarse que queda excluido el apoyo espiritual y la utilización de sus propiedades, a quienes intenten subvertir este orden y manifiesten una posición contraria a la establecida.

A grandes rasgos, esta es la posición que sostiene la fracción más intolerante y conservadora de la Iglesia Católica. Juan Pablo II convoca a la consigna: "Ni niños sin relaciones sexuales, ni relaciones sexuales sin niños", frase que enarbolaba y sintetiza la moral sexual dominante de la Iglesia, e inaugura la visión que reduce la sexualidad a la procreación.

La sexualidad se encuentra en una sociedad culpigena, obtener placeres de ella implica en sí misma el pecado; sentirse bien y encontrar satisfacción en el autoerótismo es violar el cuerpo de Dios y caer en estado de animalidad, pues sólo los animales tienen tan bajos instintos. ¿Entonces los seres humanos constituimos lo sexual desde un sustrato biológico ? por supuesto que no, ya en el primer capítulo de esta investigación indagamos sobre una construcción social de la sexualidad; además la religión es un producto sociocultural que como tal no se rige por instintos sino por intercambios simbólicos y afectivos que tienen sentido en el mundo colectivo. La animalidad a la que tanto aluden estos "educadores sexuales" no muestra sino la reducida perspectiva que tiene con respecto a la humanidad misma: los actos realizados por seres humanos tienen tanto significado como contenido, nada obra únicamente por efectos de la casualidad. Pensar que el acto sexual lleva a un estado de animalidad reduce al género humano, y no reconoce ni la capacidad cultural ni simbólica que deposita en este acto como en otros diferentes. La información sexual que proponen promueve la vergüenza, es vergonzoso el cuerpo porque encierra pecado; ser explícitamente sexual lejos de aclarar las dudas incita a la tentación, como si los seres humanos actuáramos mecánicamente y sin ninguna racionalización de los fenómenos externos, como si el aprendizaje fuera un proceso tan sencillo donde el individuo sólo copia y no tiene capacidad de crítica ni lo adecua a su personalidad, su moral o su ética. No deben los niños acercarse en exceso a las personas adultas extrañas, pues esta situación puede favorecer la violación ¿Ignora acaso la Iglesia Católica que en México existen muchas violaciones en niñas y niños

por familiares como padres, hermanos, tíos o personas conocidas y de confianza de la familia? La misma Iglesia no sabe que decir ante estas situaciones, ¿cómo puede reconocer que la institución por excelencia de la vida cristiana, la familia, sea capaz de producir tales monstruos? Como tampoco reconoce que en la propia familia hay relaciones de poder asimétricas, que hay maltrato físico y psicológico hacia la mujer y sus hijos.

Si grupos católicos como Provida están a favor de la vida, y si el feto representa una persona indefensa, ¿qué pasa con los niños de la calle, los presos políticos, los torturados y asesinados, no son acaso seres humanos indefensos cuyos derechos son violados constantemente, no merecen una vida digna? En resumen ¿qué vida defienden y cómo la definen?. El "asesinato" de inocentes -según la autora del folleto- hace alusión a los campos de exterminio nazi, ¿el antecesor de Provida, el MURO, no es acaso una muestra palpable de neonazismo?; además de la carga de misoginia que se desprende de la lectura, no cabe la menor duda de que muchos de sus argumentos en cuanto a la explosión demográfica carecen de explicación social, económica y política, convirtiendo tales palabras en una retórica débil, frágil y chantajista. Finalmente, la mujer se considera objeto no sujeto, encadenada a la procreación debe guardar esta relación de manera intacta, negándose a ser incubadora tiene el castigo de Dios pues sea cual sea su determinación y las causas que la lleven a abortar, está pecando gravemente según los jueces morales de la religión católica cuya concepción de la vida resulta bastante ambigua y convenenciera.

Finalmente la religión mantiene un orden reducido e inamovible de las relaciones humanas: el orden es heterosexual y reproductivo, por ello es negado el placer sin procreación, por ello la homosexualidad atenta contra la familia. Es imposible reconocer alguna diversidad, lo heterogéneo no armoniza con la homogeneidad normativa que debe regular la vida de los católicos. El movimiento de liberación homosexual y feminista no pasó desapercibido por la Iglesia Católica, por tal razón responde ante éstos donde el primero como conducta desordenada no puede ser visto con benevolencia, y el segundo solamente corresponde a mujeres egoístas e irresponsables ⁴⁶. Subvertir el orden de Dios -según sus muy particulares creencias- generan fuerzas satánicas que desatan los más grandes males para los que así procedan; otra interpretación de la biblia es forzosamente errónea y amañada, la única verdad posible es la que determinan las altas autoridades católicas.

Afortunadamente no podemos generalizar la posición moralizante e intolerante de la Iglesia Católica, pues hay grupos de católicos que aceptan los métodos anticonceptivos y están de acuerdo con la maternidad voluntaria como es el caso de Católicas por el derecho a Decidir, quienes mantiene una posición diametralmente opuesta a la

de grupos como Provida. También hay mujeres religiosas que comparten la lucha de otras mujeres. Existen grupos eclesásticos con una posición política más panorámica y que desde su doctrina religiosa luchan contra la inequidad, y por mejores condiciones de vida para los grupos más marginados. También hay sacerdotes que aceptan la homosexualidad y mantienen una visión más flexible de la sexualidad.

A manera de síntesis:

La aparición del SIDA en el mundo es un problema social y un problema de salud de grandes alcances que interesa a la sociedad en su conjunto. Los primeros pasos para descubrir el agente causal de la enfermedad se ve envuelto en la incertidumbre, la ignorancia y el prejuicio. En E.U.A., como uno de los principales países donde se presenta esta enfermedad, se le consideró como algo exógeno, propio de los países del tercer mundo, por ello se estigmatizó a los habitantes; el hecho de que apareciera primero en grupos jóvenes homosexuales, generó en la sociedad norteamericana y en la de otros países un sentido de exclusión: el mal sólo era de grupos reconocidos (del club de los cuatro H). Por tal razón es que se sabe demasiado tarde que también es posible la infección del virus por vía heterosexual.

La historia del SIDA en México se desarrolló en una crisis política y económica, donde el Estado modificó su papel de garante de un nivel de vida y de los servicios que antaño pertenecían a los ciudadanos. De la obligación de pasar a la asistencia es decir al punto de partida; y ante las políticas de protección de los sectores más marginados, y por el gran peso moral e ideológico que trae consigo el síndrome, ¿qué posibilidades tenemos de que en lo sucesivo se les proporcione a los enfermos por SIDA un servicio sanitario adecuado?. Saltan preguntas obligadas para nuestro análisis sociológico, que muestran la incongruencia y la falta de coherencia entre proyectos oficiales que pretendían detener el impacto social causado por el SIDA -como el Programa de Mediano Plazo- y el avance de la pandemia ¿por qué no se fortaleció el quehacer preventivo en México en torno al VIH-SIDA, si esta área de atención es además la menos costosa y la más efectiva?. ¿no será esta una medida que tiende a sobrevalorar y a colocar la atención curativa en un primer plano debido a las ganancias que se generan en la industria farmacéutica? ¿por qué no se actuó según los criterios científicos y ganó la moral inquisidora e intolerante? Porque finalmente un fenómeno patológico no se explica únicamente desde la medicina, y menos cuando éste genera fantasmas y mitos al relacionarse con la sexualidad y la muerte.

La participación de las ONG's de lucha contra el SIDA, sin plantear su trascendencia dentro de la sociedad civil, ve mermados sus alcances ante un sector de la sociedad cuya fuerza se nutre de las debilidades de ésta. Permitir que gane el prejuicio y que asociaciones como Provida lidereen las decisiones gubernamentales por su fuerza económica y política es criminal para las personas que se ven afectadas por el síndrome; pues refuerzan el estigma y generan acciones excluyentes, donde enfermos y familiares ven reducidas sus capacidades afectivas y civiles al ser violados sus derechos humanos.

Es necesario tomar medidas que en lo sucesivo permitan que el número de casos de SIDA vaya disminuyendo, o que por lo menos no se incremente más. Por un lado, nos queda el compromiso político de impedir que se privaticen las instituciones de salud que como logro de una lucha social hemos obtenido, y el derecho a la salud; por otro lado es más que necesario, digamos urgente, exigir que se fortalezcan las tareas preventivas en torno al síndrome y que se reconicieren los prejuicios que de manera trascendente limitan las acciones efectivas.

NOTAS.

¹ Gmek Mirko, *Historia del SIDA*, S. XXI ed., México, 1989, p. 27.

² *Ibid.* p. 32.

³ *Ibid.* p. 34.

⁴ *Ibid.* p. 39.

⁵ *Ibid.* p. 52.

⁶ *Ibid.* p. 73.

⁷ *Ibid.* p. 35.

⁸ Sepúlveda Amor Jaime, *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*, FCE, México, 1989, p. 19.

⁹ *Ibid.* p. 64.

¹⁰ Todas las cifras que manejamos con respecto a los casos acumulados provienen del Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia epidemiológica, Boletín Mensual, Marzo de 1995.

¹¹ Boletín del Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, México, enero de 1995.

¹² *Ibid.*

¹³ Muñoz de Bustillo Rafael (comp.), *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*, Ed. Alianza Universidad, Madrid, 1989, p.13.

¹⁴ *Ibid.* p.21.

¹⁵ En este mismo período tenemos que la ONU se forma en 1945 y la OMS en 1948. Estos organismos internacionales van a cobrar gran importancia al interior del desarrollo económico, político y social en los países del tercer mundo. En 1962 Naciones Unidas propone el análisis de la mortalidad en base a ciertos agrupamientos de las causas de defunción, las cuales nos permiten examinar la evolución de la mortalidad en relación con las condiciones sanitarias y socio-económicas. Estas causas son las siguientes:

I. Enfermedades infecciosas y parasitarias, gripe, neumonía y bronquitis en menores de cinco años.

II. Cáncer.

III. Enfermedades cardiovasculares y bronquitis en los mayores de cinco años.

IV. Muertes violentas.

V. Las otras causas no comprendidas en los mayores de cinco años.
Y México en la actualidad se encuentra en el primer rubro.

¹⁶Hernández Arroyo Teresa y Martínez Legorreta Irma, *La educación no formal como alternativa en la asistencia social*, México, 1987, TESIS (que presentan para obtener el título de Lic. en Pedagogía por la ENEP- ACATLAN).

¹⁷Menéndez Eduardo L., "Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitarista mexicano. Crisis y reorientación neoconservadora" p. 221, de Almada Bay Ignao (coord.) *Salud y crisis en México textos para un debate*, S.XXI Ed-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades-UNAM, México, 1990.

¹⁸Laurel Asa Cristina (coord.), *La política social en la crisis: una alternativa para el Sector Salud*, Documento de Trabajo # 27, Fundación Friedrich Ebert representación en México, 1991.

¹⁹ibid. p18

²⁰Menéndez Eduardo, op.cit. p 224.

²¹Laurel A. Cristina, op.cit. p 15.

²² Para obtener más datos acerca de la polarización de las enfermedades y la ineficiencia del sistema de salud, vease a Frenk Julio, "Hacia un México más saludable" en Rev. NEXOS. No. 202. Octubre de 1994. pp52-60.

²³Mendoza Cruz Patricia Xochiquetzal, *La acción gubernamental en torno a la Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en México*, México, 1991 Tesis (que presenta para obtener el título de Lic. en Ciencias Políticas y Admon. Púb. por la FCPYS de la UNAM) .

²⁴ Gonzales Block Miguel Angel, "Tendencias del gasto sectorial y requerimientos presupuestales para el SIDA en 1991" en Sepúlveda Amor Jaime et.al., *SIDA CIENCIA Y SOCIEDAD EN MEXICO*, FCE, México, 1989.

²⁵ García Duarte Nohemy, "Indeseable el recorte presupuestal en salud ", *El Nacional, Suplemento mensual Letra S. SIDA. Cultura y Vida Cotidiana*, No. 4. Feb. de 1994.

²⁶Touraine Alain, *El regreso del actor*, Ed. Universitaria de Buenos Aires, Argentina, 1987, pp 93-106.

²⁷ Para una visión más amplia de este tema consúltese a Mendoza Cruz Patricia Xochiquetzal, op.cit. p. 98.

²⁸ Licea Jiménez Gloria, *Adolescencia, sexualidad y SIDA*, México, 1993, Tesis (que presenta para obtener el título de Lic. en Sociología por la FCPYS de la UNAM).

²⁹López Hernández Maclovía y Ma. del Rosario Ros Reza, *Educación para la salud: una propuesta para la prevención del SIDA*, México, 1993, Tesis (que presenta para obtener el título de Lic. en Pedagogía por la ENEP Acatlán).

³⁰Secretaría de Salud y CONASIDA, *Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, México, 1995; en particular vease el punto "6.Medidas de Control", apartados 6.3.2, 6.3.3, 6.3.4, 6.3.5..

³¹ Licea Jiménez Gloria, op.cit. p. 46.

³² ibid. p. 55.

³³Hernández Chavez Juan Jacobo, " Organizaciones no Gubernamentales: del disenso al trabajo conjunto", *El Nacional, Suplemento mensual Letra S. SIDA. Cultura y Vida Cotidiana* , No. 2. Diciembre de 1994.

³⁴Galván Díaz Francisco et.al., "Del SIDA en México. Aspectos del Gobierno y la sociedad.", en Lumsden Ian, *Homosexualidad. Sociedad y Estado en México*, Colecciones-Canadian Gay Archives, México, 1991.

³⁵ibid. p. 116.

³⁶ibid. p. 117

³⁷ibid. p. 137.

³⁸ibid. p. 130.

³⁹ Derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA, CONASIDA, GIS-SIDA, Mexicanos contra el SIDA y Comisión Nacional de Derechos Humanos, México, 1994.

⁴⁰ Para mayores detalles vease el artículo de González Ruiz Edgar, "La historia negra de Provida", en *Como propagar el SIDA. Conservadurismo y Sexualidad*, Rayuela ed., México, 1994.

⁴¹ Licea Jiménez Gloria, op.cit., p 61.

⁴² Véase a González Ruiz Edgar, op.cit., "Más turbados que nunca o la extraña prohibición de prohibir".

⁴³ *Ibid.* p. 61.

⁴⁴ Villamil Rivas Jorge, *Religión*, UNAM-CCH, México, 1991.

⁴⁵ *Ibid.* p.18.

⁴⁶ González Ruiz Edgar, op.cit., "Sexo sin sexo la sexualidad casta".

CAPITULO III: LA CUESTION SEXUAL Y EL SIDA.

1.-ESTIGMA, ENFERMEDAD Y SENTIDO RELIGIOSO EN TORNO AL SIDA.

En el capítulo anterior observamos las características particulares de la religión, el sentimiento de redención y juicio moral que retoman sacerdotes o altos jerarcas de la Iglesia Católica, como conductores y reguladores de almas. A su vez hay un concepto que nos permite desentrañar más aún la compleja relación que guarda el SIDA con toda la construcción social que ha generado y que es el de estigma. En el primer capítulo veíamos con Goffman que el estigma implica la reducción de un individuo a una sola de sus características, y que finalmente termina por deteriorar la personalidad de quien la posee. El estigma toca tres áreas: la del defecto físico, defectos de conducta (como la homosexualidad y la drogadicción), o bien la que contiene la pertenencia a tal grupo. Pero ¿quién configura los estigmas? ¿a partir de qué lógica y con qué argumentos vale en una sociedad la reducción de un individuo a una sola de sus características? ¿hay una regulación social autónoma -es decir un convenio donde la sociedad tal como lo plantea el positivismo, acuerda sobre las conductas deseables y las indeseables-, o bien una imposición, una estructura de poder que no nos permite mirar más allá y regula nuestros actos con una lógica dirigida por la ideología dominante?

El SIDA como un suceso histórico y social nos ofrece una respuesta a todas estas preguntas. Como fenómeno permite enlazar dos áreas del conocimiento humano para dar una coherencia a nuestro problema de investigación de tesis: el médico y el social. La objetividad médica ante la epidemia no resulta lo suficientemente satisfactoria en el terreno empírico, pues para determinar a los grupos más vulnerables lo más indicado era la constatación entre los sujetos infectados independientemente de su preferencia, etnia o profesión y no el prejuicio de dar como verídico que siendo los primeros afectados los homosexuales era algo exclusivo de su comportamiento. Si lo médico por sí solo es insuficiente para explicar la lógica de los grupos de alto riesgo, entonces debemos interrogar en otros campos del saber, donde la moral y el prejuicio tuvieron y tienen un papel imprescindible.

La desigualdad sexual y el estigma son elementos que no podemos olvidar para entender qué connotaciones sociales toma el síndrome, como tampoco las diferentes construcciones sociales, las analogías, o metáforas que en torno al SIDA se han creado.

1.1.- LAS METAFORAS DEL SIDA.

No todas las enfermedades son estigmatizantes, aunque cada una de estas representa un valor negativo dentro de la concepción científica moderna. Al establecer semejanzas y analogías con otras enfermedades, Susan Sontag¹ nos ofrece algunos elementos que interesan a nuestra investigación:

a) La idea de combatir a la enfermedad como se combate en la guerra, que surge después de la segunda guerra mundial como una estrategia de salud pública donde

"... el salto que media entre demonizar la enfermedad y achacar algo al paciente es algo inevitable, por mucho que se considere a éste como una víctima. Las víctimas sugieren inocencia. Y la inocencia por la inexorable lógica subyacente a todo término que expresa una relación, sugiere culpa. Las metáforas militares contribuyen a estigmatizar ciertas enfermedades y por ende a quienes están enfermos."²

Atacar, combatir a una epidemia como el SIDA, implica de algún modo la idea de destruir al enemigo que se destruye en el combate, y que es un ente extraño y ajeno, o bien el «otro».

b) El SIDA se asemeja al cáncer, pero también a la sífilis. En el primer caso porque el cáncer paulatinamente deteriora al organismo, y a quien lo padece va impidiéndole ciertas actividades, y finalmente es mortal. En cuanto a la sífilis la metáfora aparece de forma más clara, pues al ser ésta una enfermedad de transmisión sexual -igual que el SIDA- invoca las conductas marginales de ciertos sectores sociales: "Tener SIDA es precisamente ponerse en evidencia como miembro de algún «grupo de riesgo» de una comunidad de parias"³.

c) Por ser una enfermedad de transmisión sexual evoca fantasías en torno al contagio, pero también en torno al estatus de la persona que la padece

"... Toda enfermedad epidémica temida, pero especialmente las que se asocian con la licencia sexual, genera una distinción preocupante entre los portadores putativos de la enfermedad [...] y los que se definen como «la población en general» [...] como con la sífilis, enfermedad de, o contagiada por, un peligroso «otro», se piensa en el SIDA como una enfermedad que afecta, en muchísima mayor proporción que la sífilis, a los ya estigmatizados."⁴

d) Características propias de la enfermedad, que tienen que ver con la seropositividad asintomática o el desarrollo de algunos signos y/o síntomas, o el conjunto de enfermedades oportunistas que finalmente pueden llevar a la muerte, le dan otro sentido de estigma. A la persona que vive con el virus se le confunde habitualmente con quien ya desarrolla el síndrome y está a un paso de la muerte; o bien con quien fácilmente contagia con su presencia y provoca terror, pues

"... Que una enfermedad sea mortal no basta para provocar terror[...] Las enfermedades más aterradoras no son las que parecen letales sino deshumanizadores, en un sentido literal"⁵

Podemos decir para terminar este apartado que el SIDA recoge las tres dimensiones del estigma en Goffman:

* El defecto físico causado por una enfermedad, que en el caso de las infecciones oportunistas relacionadas con el SIDA o el Complejo Relacionado a SIDA generan cánceres, linfomas, hongos, pérdida de peso, las cuales producen un deterioro de la imagen física.

* Los defectos de la conducta son de carácter volitivo; una persona es homosexual o drogadicta porque no está dispuesta a "normalizar" sus conductas y sus prácticas. Vistos estos fenómenos como virtualmente problemas de carácter psicológico, es decir como algo que tiene que ver con el interés y el deseo de cambiar la conducta, es obvio que se tiene una culpa pues no hay intención alguna de cambio, de reconversión a la "normalidad". Se resume así la idea social de que quien padece el síndrome es un poco o un mucho culpable, pues algo en particular de su conducta le ha dado esa enfermedad, algo perverso, degenerado, en suma anormal.

* Al ser una enfermedad relacionada estrechamente con la comunidad homosexual, más aún con el grupo de las 4H, el SIDA confiere un sentido tribal de estigma: todo aquel que lo padezca se encuentra relacionado con un ghetto social, es decir con una comunidad marginal, independientemente de la vía de infección se observa en toda persona con el síndrome en relación con algo perverso o licencioso.

1.2.- LA EXCLUSION.

Lo «otro» es generalmente lo ajeno, lo extraño, lo sucio, lo que en resumen acumula todos los valores negativos de nuestra conducta occidental. También es lo enfermo, lo que contagia, lo que debe ser excluido. El acto de excluir implica separar o expulsar algo o a alguien del grupo o lugar al que pertenece, eliminando así las múltiples posibilidades de ser algo ⁶.

La exclusión en torno al SIDA contiene los siguientes elementos:

a) Un conjunto de acciones colectivas que denotan angustia, fobia o ansiedad llamada por algunos autores histeria colectiva. Estas reacciones obedecen a la moral normativa sexual dominante más que a los juicios objetivos, y que podemos dividir en dos: las concernientes al espacio y las relacionadas con lo sexual. Al no ser precisadas las vías de transmisión se creyó (y lo que es más grave es que aún se cree) al inicio del síndrome que su contagio era fácil, fuera por un estomudo, un saludo, un beso, un abrazo, el compartir espacios públicos. En cuanto a lo sexual si

antiaño se observaba rechazo con respecto a la homosexualidad, el SIDA lo refuerza al igual que con la mayoría de las sexualidades no reproductivas, lo cual produce una homofobia y sexofobia.

b) Las reacciones sociales descritas en el inciso anterior manifiestan el sentido ideológico pero también una práctica constante, que en torno al SIDA se concretizan en las ideas de los Sidaños (es decir espacios donde recluir a los enfermos), y los despidos de personas VIH positivas por temor a la infección.

Hoy sabemos que sólo por intercambio de ciertos fluidos como la sangre, la leche materna, el semen, el líquido preeyaculatorio femenino y masculino, y no por la saliva, el sudor y las lágrimas es posible la infección por VIH. Estos últimos fluidos, la saliva y el sudor son fácilmente intercambiables cuando se comparten espacios públicos donde hay una gran aglomeración de gente, no es gratuito que en éstos se encontrara un foco de infección, más aún cuando por ser el SIDA una enfermedad altamente estigmatizante es capaz de producir reacciones de angustia, ansiedad y fobia.

En nuestro trabajo de investigación diferenciamos el concepto de contagioso del de infeccioso, haciendo la observación de que para muchos autores (entre ellos médicos) manejan ambas definiciones como sinónimos. Así para nosotros lo contagioso genera la idea de la fácil adquisición de un agente patógeno como lo es un virus; mientras que lo infeccioso, implica el establecimiento de ciertas vías y prácticas que permiten la adquisición de un virus y por tanto reduce el espacio de vulnerabilidad. Al principio de la enfermedad se tomaron posiciones médicas premodernas dentro de la lógica popular de infección por VIH, que implican tanto a algunas de la hipótesis científicas como el conocimiento de sentido común. Según Sontag por premoderno y moderno se entienden dos etapas en el pensamiento médico científico; en la primera se tenía como cierto que el hedor de una persona era suficiente para adquirir una enfermedad, en tanto que la segunda genera sus explicaciones al margen del descubrimiento de microorganismos causantes de enfermedades.

Una actitud premoderna en este sentido, lo ejemplifica desde nuestra perspectiva la particular situación de la transmisión del VIH por vía sanguínea. Al inicio de la pandemia la incertidumbre ante el agente causal y sus vías de transmisión aunado a la composición de los "grupos de alto riesgo", mantuvo en muchos países tanto desarrollados como subdesarrollados, en una posición distante con respecto a las políticas de donación en los bancos de sangre. Para algunos, el problema se resolvía aplicando un cuestionario sobre algunas prácticas: si el donante era homosexual, haitiano, etc., su sangre no sería utilizada. Sin embargo, resultó contraproducente la falta de muestros

de detección del virus en los paquetes sanguíneos, pues como la aplicación de la reciente prueba resultaba bastante costosa, más de una autoridad médica consideró que era mejor llevarse por el sentido común y la apariencia física de los donantes que por pruebas de detección de anticuerpos. Premoderna nos parece esta situación, donde a pesar de los logros tecnológicos y de la objetividad científica de la cual tanto se vanagloria nuestra era, se considera más el costo de una prueba que el costo de la vida humana.

El miedo es un sentimiento de reacción ante lo que nos aterra y que puede modificar sustancialmente nuestras expectativas de vida, pero si todas las enfermedades ofrecen este mismo resultado cuando no son atendidas con el cuidado que se merecen ¿cuál es el elemento mágico que establece el SIDA para provocar terror? El SIDA es una enfermedad que generalmente lleva a la muerte por la depresión que sufre el sistema inmunológico, esta condición no es exclusiva del síndrome, como tampoco su carácter de enfermedad sexualmente transmisible. Son en conjunto todos los fantasmas, es decir los temores y las culpas a expiar, el sentido mágico y religioso, el mito y el prejuicio, los que le dan todo un tono diferente. El mito, la magia y la religión como ya sabemos, representó en comunidades arcaicas una primera entidad cognoscitiva que explicaba la relación entre el hombre, la naturaleza y las divinidades; a su vez el mito sirve para continuar con una serie de normas y conductas socialmente aceptables, pues marca los límites entre lo que es y lo que debe ser. Sin embargo, dadas las condiciones de desarrollo científico que experimenta nuestra época, el mito tiene otro sentido; por un lado falsea la verdad y reduce la realidad por la ideología dominante, negando o reafirmando puntos de la historia según la conveniencia de los grupos en el poder; por el otro el mito entraña todo lo que, a pesar de los avances científicos y tecnológicos no puede ser explicado más que por esta vía.

El mito del SIDA se construye desde la concepción religiosa apocalíptica y la premoderna científica. En la primera porque engarza con las conductas contranatura y con fines no reproductivos, en la segunda porque la impotencia ante las características de un nuevo agente patógeno, hacen que el imaginario social recurra a explicaciones desfasadas y sin ningún argumento científico.

Otro de los elementos que subyace en la exclusión es la idea errónea de que apartando a los enfermos la muerte de éstos acabará con el mal, lo que entraña no solamente la creación de casas terminales de enfermos, sino que concretiza la violación de los derechos humanos y laborales cuando, so pretexto de ser portador del virus se

establecen despidos ilegales, sostenidos en la creencia de que una persona seropositiva puede fácilmente contagiar a los demás, o bien porque está incapacitada mental y físicamente para seguir trabajando.

En cuanto al SIDA no es una medida real para evitar la propagación de la enfermedad, como tampoco lo ha sido para con otras enfermedades, excluir de su cotidianidad y negar la realización y potencialidad humana. Más allá del sentido profiláctico médico, lo que encontramos es el extraño sentimiento social de buscar culpables ante problemas de grandes dimensiones; los chivos expiatorios a lo largo de la historia han sido aquellos cuyas identidades sirven para legitimar a los normales, por ello es que se quemaron muchas mujeres por ser hechiceras y a homosexuales por practicar la sodomía, pues las primeras atentaban al régimen patriarcal del conocimiento al practicar la herbolaría, y a los segundos por atentar contra la familia monogámica reproductiva.

En resumen podemos decir que la exclusión tiene dos vertientes: el encierro físico en espacios destinados para el cuidado de los enfermos y, el encierro simbólico sostenido por fantasmas y prejuicios en torno a las vías de transmisión por VIH detenidas en la identidad de la persona con VIH y SIDA, de los cuales se nutre el estigma.

1.3.-EL SENTIDO RELIGIOSO.

La concepción cristiana de la enfermedad era la de "castigar al cuerpo para advertir al alma de la condenación eterna"⁷; así al enviar ésta a una población en particular se les estaba advirtiendo de los castigos divinos que podían sufrir; la peste (continuando con las analogías) aparecía para que los hombres tomaran conciencia de sus pecados, sin embargo

"La enfermedad y muerte del cuerpo podían contribuir a la salud y -finalmente- a la salvación del alma, sin que ello significara que quienes enfermaban y morían fuesen más corruptos que quienes tenían la suerte de seguir vivos [...]. Los apestados no eran más ni menos culpables que aquellos no contagiados. La fama en que la peste escogía a sus víctimas -a diferencia de las asociaciones que hoy se realizan entre el pecado y el enfermo de SIDA- era vista como absurda y arbitraria."⁸

Sin embargo, el acto de diferenciación geográfica, política y social en Europa y en el nuevo continente en los siglos XV, XVI y XVII, vieron que la peste que aparecía en cierta población era una acusación en contra de los mortales que la habitaban, castigo divino para que colectivamente purgaran una culpa general; tal maniobra inaugura la desacreditación moral de una sociedad o un grupo en particular en función de ciertas enfermedades.

Puesto que aún no se descubría el agente causante de la peste, y su explicación se daba en función de términos religiosos (estamos hablando antes del siglo XIX, y de la gran revolución científica que descubrió en los microorganismos los agentes patógenos causantes de enfermedades), era la Iglesia la responsable de organizar a la

población y, a través de procesiones, rezos, misas, novenarios y demás rituales se buscaba sosegar la ira de Dios; también se acudió a Santos que intercedieran a favor de los mortales. Se suscitaron reacciones sociales mezquinas -aunque se pregona la piedad y la solidaridad cristiana-, sentimientos de exclusión, persecución de "anormales", atribuyéndole conductas indeseables a quienes padecieran la peste, es decir, dotándolos de culpa por ser el transmisor premeditado.

En el caso particular del SIDA la culpa y la marginación de ciertos grupos retoma la práctica sexual (recordemos que en cuanto a la religión judeo cristiana la sexual se convierte en eje fundamental de su normativización y regulación moral); los culpables tomaron una identidad aún más deteriorada que la de las víctimas de la peste de antaño: no sólo eran culpables de su enfermedad, sino que por su conducta homosexual, antinatural y contra los mandatos divinos de la moral sexual religiosa tenían que ser los únicos vulnerables ante el virus, y que, como finalmente son también indeseables sociales no tiene ningún caso invertir en la investigación de alguna cura para aminorar los sufrimientos de tales parias sociales. Lo único que quedaba según el pensamiento de algunos sacerdotes en la regención del alma a partir de la expiación de culpas.

2.-LOS GRUPOS DE ALTO RIESGO.

Se entendía por grupo de alto riesgo a aquellos sujetos cuyas prácticas sexuales y sociales eran las más propensas a adquirir la infección por VIH. En términos médicos podemos hablar de una población que por condiciones socioambientales es más propensa para adquirir ciertas enfermedades, y esto es lógico y comprensible dentro del ámbito de la medicina social. Sin embargo en el discurso médico frente al SIDA la ciencia no pudo librarse de los prejuicios de sus médicos. Hasta muy tarde en 1983 se sabe que es posible la transmisión sexual en una relación heterosexual, cuando los médicos y personal de salud hallaron una conexión sexual más allá de las prácticas meramente de hombres homosexuales, pues mujeres no prostitutas y heterosexuales se sentían ajenas. Estas circunstancias hicieron que el primer grupo de riesgo fuera:

- a) hombres homosexuales.
- b) hombres bisexuales.
- c) mujeres prostitutas.
- d) usuarios de drogas intravenosas.

- e) haitianos.
- f) personas con múltiples parejas sexuales, es decir promiscuas.
- g) hemofílicos.

Las conductas sexuales procríves eran la homosexualidad y la bisexualidad masculina, la prostitución y la promiscuidad; el grupo de usuarios de droga intravenosa y hemofílicos por la vía sanguínea, en el primer caso como una práctica marginal, en el segundo como una mala jugada del destino, y el caso de los haitianos era un hecho más bien geopolítico para salvaguardar la reputación sanitaria de los países del primer mundo.

Y con el descubrimiento de la tercer vía, la perinatal, se dicotomizó y rehizo el grupo de alto riesgo:

Las víctimas culpables:

- a) hombres homosexuales.
- b) hombres bisexuales.
- c) mujeres prostitutas.
- d) usuarios de drogas intravenosas.
- e) personas con múltiples parejas sexuales, promiscuas;

Y las víctimas inocentes:

- a) los hemofílicos.
- b) las personas transfundidas hasta antes de 1985 que se empezó a muestrear la sangre para ver si era positiva a anticuerpos por VIH.
- c) los hijos nacidos de madres VIH positivas.
- d) las mujeres cuyas parejas eran hombres homosexuales o bisexuales.

Y los haitianos ya no configuran el grupo de alto riesgo.

No obstante las intenciones taxonómicas de algunos médicos o responsable en el sector salud, aparecieron de nueva cuenta personas cuyas variedades sexuales y sociales no las ponía en ninguna de las dos listas, y entonces para encontrar una respuesta lógica (que no dudamos haya aparecido desde antes en personas objetivas, pero cuya óptica no era la dominante) se recurrió al concepto de "prácticas de alto riesgo"; las cuales comprenden: relaciones sexuales sin ningún tipo de protección como el condón de látex y donde es posible que haya intercambio

de fluidos sexuales y de sangre; transfusión sanguínea; trasplantes de órganos sin la seguridad de que los resultados son negativos a la prueba de anticuerpos, y compartir agujas u objetos punzocortantes.

El término de prácticas, sustituto del de grupos, hace alusión a lo qué se hace y cómo se hace y no a la persona que lleva a cabo tal práctica. Lejos de hacer una clasificación que calga en etiquetas morales, abre el abanico de individuos propensos a una infección por VIH y no invita a la estigmatización de prácticas sexuales o sociales. Sin embargo, de manera eufemista se generó un concepto alterno "personas con prácticas de alto riesgo" que de nueva cuenta retoma a los grupos de alto riesgo aludiendo que estos sujetos sostienen las prácticas de alto riesgo, dicho concepto se maneja hoy en día con cierta regularidad.

2.1.- PERCEPCION SOCIAL DEL RIESGO.

En el primer capítulo de esta investigación de tesis se hablo de la construcción social de la realidad y las múltiples variantes que lo conforman, que van del ámbito político, económico, sexual, y cultural entre otros. Ante problemas que afectan la cotidianidad de los individuos, y cuando el radio de acción inmediato empieza a reconfigurarse, puede verse al fenómeno como algo ajeno, extraño, pero por sí solas, estas características no denotan estigma ni rechazo, pues el hecho de transformar la cotidianidad puede traer consideraciones positivas, y no peligrosas. También hablamos de la idea de lo otro, de lo que amenaza la identificación y justificación de sí mismo, y que por tanto se le considera como algo aparte, bajo esta lógica la sociedad se dicotomiza: existe el mundo de los «otros» y el del «nosotros»⁹.

La percepción social del riesgo de infección por VIH, surge como producto de varias reacciones manifiestas: el estigma, la culpa, la víctima, la degradación, y finalmente el apocalipsis. Así el término, permite reflexionar en dos esferas, la de la vida social y la individual. Al recibir un mensaje sobre el SIDA, sobre sus connotaciones culturales lo qué es, cómo actúa, qué hace, el individuo puede fabricar ciertas ideas, prenociones, o bien en la inmensa mayoría prejuicios, pues una enfermedad tan altamente mitificada y estigmatizada por los medios masivos de comunicación, lejos de aclarar los aspectos básicos del síndrome, lo que refuerza es la ignorancia y la desinformación.

En un principio se creyó, incluso con un fervor cuasi científico, la existencia de "grupos de alto riesgo", es decir, sujetos altamente vulnerables a la infección por VIH; esta concepto -que es también una construcción social- modificó sustancialmente la percepción individual del riesgo de infección; así los demás lejos de sentirse

involucrados, se sienten ajenos, el SIDA no podía tocarlos, pues sus prácticas sexuales y sociales eran diferentes con respecto a los "otros". De tal modo que algunos manifestaban con júbilo y certeza que

"Esta enfermedad [...] afecta a los hombres homosexuales, drogadictos, haitianos y hemofílicos, pero gracias a Dios todavía no se ha propagado entre los seres humanos."¹⁰

Al inicio de la enfermedad, los sanos eran los decentes, y los que la padecían, o simplemente por ser homosexual, drogadicto o haitiano estaban marcados con el sello de la delincuencia y la marginación. Los medios masivos de comunicación ayudaron a reforzar este mito.

2.2.- LOS MEDIOS MASIVOS DE COMUNICACION.

Al difundir la noticia de la aparición de un nuevo agente patógeno que después de cierto período puede resultar mortal en los 80's, y no dar explicaciones convincentes, reales, objetivas, desprejuiciadas y no valorativas; lejos de hacerle un bien al descubrimiento del SIDA y su agente causal, se creó toda una mitificación de la enfermedad, donde el flanco débil fueron los "grupos de alto riesgo".

Un artículo periodístico denota una proposición social, es decir indica de algún modo los posibles efectos así como los atributos de un acontecimiento, y que nunca constituyen un hecho aislado, por ello notas como

" ¡ Sidosos violan a niños !..."¹¹

Indican agresión sexual para con individuos que poco pueden defenderse como los niños, y que al pluralizar generaliza de algún modo la actitud de quienes viven con VIH o SIDA. A su vez el término "sidoso" es altamente estigmatizante, señala a quienes padecen el síndrome con un sentido culpigeno, popularizado por los medios masivos, los "sidosos" pierden paulatinamente su identidad: no son personas que viven con VIH o con SIDA, sino individuos cuyas prácticas sexuales y sociales les ha merecido una culpa tan grande como esta enfermedad. En la nota se habla de actitudes destructivas que acoge la también popular idea de que un seropositivo es una persona psicológicamente tan trastornada que, dentro de sus sentimientos de negatividad busca vengarse del mundo infectando a cuanto sujeto se le pare enfrente. Si bien es cierto que en una persona con VIH pueden presentarse depresiones y sentimientos de enojo por su estado serológico, no pueden hacerse generalizaciones, menos aún si tomamos en cuenta que muchos de los activistas en lucha contra el SIDA viven con el VIH y lo que demuestran es más bien una actitud en pro de la vida, del respeto a los derechos humanos y civiles y en contra de la estigmatización.

Se llama "retórica de la facticidad"¹², al empleo que hacen los medios masivos de números y cifras, que en el contenido de la sociedad actual determina cierta objetividad de los datos ofrecidos al lector, y por el otro despertan cierto interés en sus notas. Esta estrategia también la utilizan los órganos oficiales como el CONASIDA y el sector Salud en el manejo estadístico de las personas que viven con el síndrome, y la proyección de personas que están infectadas. Dependiendo del vocero en cuestión es que se inflan o se reducen las cifras. Para los grupos conservadores una de sus estrategias es negar la importancia de este problema de salud (pues finalmente compete a unos cuantos promiscuos), por tal razón desmienten las cifras manejadas por el CONASIDA, lo cual entra dentro del proceso de mitificación y desinformación masiva del síndrome.

La alternativa a la que recurren muchos de los medios masivos es a la del prejuicio y a la visión de una estructura moral abstracta y dogmática, donde "la moral abstracta es un sistema de normas abstractas que sugieren una universalización de valores particulares de manera ahistórica"¹³. Es por ello que hablamos de una imposición legítima del mundo, y de valores que sostiene una moral particular y no reconoce la diferencia y variedad sexual, sociocultural, política y religiosa. El prejuicio implica un saber fragmentado. A pesar de que el término de grupos de alto riesgo sea desechado y sustituido por el de público en general, si bien el espacio de vulnerabilidad aumenta, al no emitir objetivamente los elementos básicos para conocer las características del síndrome, sus vías de transmisión y los recursos para protegernos, los medios masivos lejos de reducir el prejuicio y el estigma social del SIDA infunden un temor probabilístico, pues ahora todos somos posibles portadores del virus.

Aparecen advertencias amenazantes y perjudicadas, o bien la profilaxis forzosa del condón, o la readaptación social y sexual de ciertas conductas. Como una estrategia del sector salud, la vía más óptima era la difusión masiva de preservativos, aunque la explicación de cómo utilizarlos y la contratación del sexo protegido haya sido hasta hace poco retomado y revalorado; sin embargo para los grupos conservadores como la Unión Nacional de Padres de Familia y Provida esto constituía un agravio a los valores morales de la familia y la moral sexual católica, así aparecen encabezados como los siguientes¹⁴:

"Amenaza la UNPF boicotar los planes de la SS contra el SIDA Acusan a Guillermo Soberón de fomentar la promiscuidad sexual " (El Universal, 13/IV/88).

"Llamó Pro-vida al pueblo a 'defendamos del gobierno" (La Jornada, 29/VI 88)

En ambas notas, se puede leer, que la difusión del condón es propagadora de la promiscuidad, pero también subyace la creencia de que son «otros» los que deben recibir la información y no el público en general, pues

al generalizar las medidas lo único que se hace es ofender a las buenas conciencias que tratan de imponer sus valores particulares (o sea su moral dogmática y abstracta) al grueso de la población, pues la palabra tolerancia está excluida de sus pensamientos.

3.- ASPECTOS DE LA SEXUALIDAD EN MEXICO.

3.1.-MORAL SEXUAL EN MEXICO.

Hay una relación importante entre el desarrollo económico y político con las condiciones de liberalidad sexual. Esta hipótesis es más exacta en países como E.U. cuya economía es menos vulnerable que las economías de los países dependientes como el nuestro. Lo que señala en sentido histórico esta hipótesis es que, en los lapsos de estabilidad y equilibrio económico, las costumbres sexuales suelen relajarse o ser más permisivas, pero si hay una contracción económica, entonces toda la permisividad se topa con una tendencia neoconservadora que limita o construye ciertas prácticas¹⁵. En México, en la década de los setentas, después del movimiento estudiantil del 68, son evidentes los movimientos políticos a favor de una mayor libertad sexual; así surgen primero las feministas en los 70's, y después, las reivindicaciones de grupos homosexuales en los 80's. Con respecto al primer movimiento, es en décadas recientes cuando, algunas de las reivindicaciones de éste se empiezan a integrar a órganos oficiales (al menos así lo demuestran los organismos internacionales cuando hablan de problemas demográficos y en torno a la feminización de la pobreza); en cuanto a los grupos de liberación homosexual, pocos son los intelectuales y políticos que los retoman dentro de sus planteamientos sociales.

La moral sexual tiene dos caras: el lado de lo permitido, de lo moralmente bueno y sano, y el lado de lo que se practica pero no debe decirse aunque genere satisfacción y placer en el individuo por considerarse como una sexualidad desviada. Estos elementos nos permiten formular la idea de que existe una doble moral sexual, la normal y la anormal. Y sin embargo, algunas costumbres sociales tienden a contradecir sustancialmente nuestra cultura heterocentrista, esto podemos plantearlo a partir de las siguientes consideraciones:

- A) El espacio socialmente legitimado por los sexos.
- B) El lenguaje.
- A) El espacio socialmente legitimado por los sexos.

Hay culturalmente hablando, espacios físicos y simbólicos que han estado estipulados de manera diferenciada para cada uno de los sexos; por esto es que hay juegos de niñas y juegos de niños; las primeras confinadas a los espacios domésticos, los segundos con cierta permisividad e involucrados en tareas que requieren cierta fortaleza física y destreza, y desarrollados en espacios abiertos que permitan la tarea de la exploración. Dentro de la familia estos espacios se desenvuelven en lo cotidiano, donde regularmente las labores de la cocina, el lavado y planchado son para la madre y las hijas (donde está presente el sentido del bienestar para los demás), mientras el padre y los hijos contribuyen con faenas como ir al mercado y hacer composuras en la casa (que denotan actividades que requieren de fuerza física e iniciativa para ser mediador entre el mundo de afuera y el mundo de la casa); cuando las relaciones cambian, aparecen mecanismos que intentan volver al orden las cosas y se generan adjetivos como "mandilón" o "marimacha".

El espacio socialmente legitimado por los sexos es más visible en los espacios educativos ¹⁶, donde las niñas y niños tienen espacios asignados, y la transgresión de los mismos lleva a la ruptura de la feminidad o masculinidad anteriormente aprendidos de manera formal y no formal dentro de la escuela (que huelga decir es uno de los principales agentes de socialización). Nuestra sociedad no reconoce la práctica homosexual como una alternativa, la única posible es la heterosexualidad reproductiva, y sin embargo vivimos en una cultura que tiende a crear espacios y juegos exclusivos para cada uno de los sexos y no espacios de interacción entre uno y otro.

También dentro del terreno educativo, si observamos los talleres tecnológicos en secundarias de nuestro país, la situación es la misma: tareas que tienden al espacio doméstico o relativas al cuidado de otros son para las mujeres (corte y confección, cocina, taquimecanografía, etc.), tareas hacia el ingenio o la fortaleza física son para los hombres (electrónica, soldadura y forja, electricidad, etc.). Con estos esquemas educativos que tienden a la separación y no a la unión, ¿cómo puede generarse una relación no antagónica y fuertemente jerarquizada como la diferencia genérica?. Estos hechos nos hacen concluir que, a la moral sexual dominante no le interesa producir tareas coordinadas donde colaboren y se modifiquen los roles sexuales; por el contrario estructuras tan diferenciadas y jerarquizadas en espacios de socialización incluso distintos a los educativos, tienden a la preservación de las condiciones de inequidad imperantes entre los sexos.

B) El lenguaje.

El lenguaje como un conjunto de códigos entraña toda una serie de símbolos, por ello es que las palabras señalan un contexto y una situación social¹⁷, y nos permiten significar a las cosas, es decir darles un sentido e integrarlas a nuestra realidad. El lenguaje coloquial sexualmente explícito, nos marca una serie de parámetros y de construcciones sociales que tienen que ver con normas, costumbres y usos sexuales. En el lenguaje encontramos trazada un modo *sui generis* de doble moral sexual en el doble sentido y el albur. Es de doble moral porque alude a una serie de conductas que no corresponden a la norma sexual heterosexual, pues el albur es una especie de subcódigo al cual algunos –es decir, quienes lo conocen– son los que acceden, y donde de manera singular se da una estructura de poder en torno a la reverencia fálica.

El juego del albur consiste en no dejarse ganar, y no perder el papel de activo; pero a su vez es un lenguaje homosexualizante y con cierto toque de erotismo, pues generalmente el juego se da entre hombres y las significaciones giran en torno a quien penetra y quien se deja penetrar (en quien es el activo y quien es el pasivo). El acto homosexual desde el albur, es una relación de poder, donde finalmente un hombre puede ejercer poder sexual sobre el otro. La «mujer» también entra en este juego de poder y es poseída por el ganador, bajo el descrédito de quien no tiene más respuesta para continuar el albur, ya que tiene una relación cercana de parentesco, es la madre, la esposa o la hermana. Esta concepción es una de las muchas que muestra la creencia de la doble virilidad: se es viril no sólo por ser activo con las mujeres, sino también por serlo con otros hombres. Aunque por supuesto, quien lleve a cabo prácticas sexuales con mujeres y hombres, no se defina así mismo como bisexual, o con relaciones homosexuales, sino más bien como un doble macho.

3.2.- EL MACHISMO Y LA FALOCRACIA.

El sexismo es el discurso pretendidamente formal que intenta demostrar que las diferencias biológicas justifican la desigualdad sexual; el machismo guarda el mismo significado y operabilidad solo que trasladado al ámbito de lo popular. Ser macho vemos en el apartado anterior, tiene que ver con una serie de valores que giran en torno a la fortaleza física y la potencia sexual. Lo físico reduce a lo masculino y nulifica sus expresiones afectivas; la potencia sexual gira en torno a otro concepto que revisaremos a continuación.

El falo es dentro de algunas culturas arcaicas, y también contemporáneas, sinónimo de poder (que en nuestro trabajo no lo connotamos desde la perspectiva psicoanalista, pues la riqueza de dicha teoría en el ámbito de

la sexualidad humana por sí sola sería el eje articulador de nuestras reflexiones, lo cual restaría importancia a nuestro planteamiento sociológico). Con respecto a éste se dan construcciones sociales donde se entremezclan la sabiduría -que es otro tipo de poder a final de cuentas-, la tenacidad y el acto emprendedor. En el caso concreto del SIDA, las dimensiones del discurso falócrata se acercan al terreno de lo sexual de una manera contundente. Así, lo analítico y fisiológicamente masculino es de donde parten las consideraciones en torno a los mecanismos y las vías de la infección. Que se descubriera tardíamente la posible vía de infección en una relación heterosexual obedece a dos cosas: a) había una amplia homosexualización de la enfermedad, donde sólo los hombres tenían cabida dentro del grupo de vulnerables a la infección, b) a consecuencia de lo anterior se identificaban una serie de fluidos sexuales como el semen, el líquido preeyaculatorio masculino como potencialmente infectantes, así como a las prácticas sexuales que denotan «actividad» y no «pasividad».

En este ambiente, la sexualidad femenina tradicionalmente invisible, vuelve a quedar fuera de lo que puede ser una práctica de riesgo. Cuando ante una enfermedad nueva se dan aseveraciones tan resacas y seguras como los criterios que expusimos en relación a la aparición de la enfermedad y las consideraciones antes descritas, se excluye a un grupo como posible sujeto vulnerable; pero la exclusión si bien reduce el estigma social, lejos de ser un escudo de defensa nos hace más ajenos e ignorantes ante el hecho, y por lo mismo, quien puede sentir como segura una práctica de riesgo, lejos de protegerse la seguirá teniendo y exponiéndose a la infección.

Hoy en día habría que preguntarnos sobre consideraciones de índole anatómico-fisiológica femenina, ¿son los tejidos o los fluidos sexuales femeninos más o menos vulnerables al VIH? ¿cuál es la relación que guarda la infección con respecto a la menstruación? ¿hay características peculiares de la anatomía sexual femenina que le permita un cierto estado inmunológico óptimo? Estas son solo algunas de las preguntas que apenas se empiezan a hacer, a pesar de que la enfermedad apareció hace ya casi 15 años.

3.3.- LA PROSTITUCION.

La prostitución como fenómeno social contiene una serie de características que no podemos dejar pasar inadvertidas. Tradicionalmente el estudio de la prostitución se ha centrado en la femenina desarrollada en ciertos barrios o calles, sin embargo para hacer un análisis de la prostitución estos datos nos resultan inefficientes. Por ello, hemos decidido tomar en cuenta los siguientes elementos que atraviesan la práctica de la prostitución:

a) El sentido histórico: para algunos constituye el empleo más antiguo del mundo, lo cual es más bien una frase popular que un estudio serio de carácter histórico antropológico. Lo que sí es cierto es que la práctica de la prostitución tiene valores diferentes según la momento histórico. En algunas religiones antiguas constituía un acto por medio del cual se podía tener un acercamiento a Dios, pero en la alta edad media y según las posiciones de la Iglesia Católica empezaba a ser una práctica marginal pero tolerada; en esta época con el pensamiento de grandes teólogos se hablaba de la prostituta como "un mal necesario" pues, el amor sexual entre los esposos no era bien visto. En la época actual la prostitución es una práctica tolerada pero, esta tolerancia es bastante relativa pues depende del estrato socioeconómico en el que se encuentre el/la prostituta.

b) El estrato socioeconómico: La práctica de la prostitución abarca todos los sectores sociales de nuestra sociedad, sólo que en las esferas con mayores recursos económicos es menos evidente y menos marginal, y con un costo mayor para el cliente. El precio varía puede ir desde \$40 hasta \$4,000. En cuanto a su cotización podemos decir que en función de su estrato económico y de manera descendente los servicios más caros son los de los hombres homosexuales, hombres travestís, mujeres. En nuestro breve análisis de la prostitución hemos considerado las siguientes esferas (los cuales incluyen tanto a mujeres como hombres):

1.- En las esferas altas suelen tener una preparación acorde a la cultura exigida por ésta, fungen a veces como acompañantes de grandes funcionarios públicos, empresarios privados, embajadores, etc. Para establecer el contacto se recurre a veces a la selección por catálogo o bien a la llamada telefónica; no excluye las casas de cita o bares.

2.- En los estratos medios, que de algún modo incluye los lugares de contacto como bares, casas de cita disfrazadas de estéticas y también la calle (sobre todo las grandes avenidas al sur de la ciudad de México), posiblemente no entre aquí la prostitución de catálogo ni la función de acompañamiento pues los servicios que se ofrecen son absorbidos por profesionistas o comerciantes y no hay la necesidad de quedar bien en una reunión de protocolo.

3.- En los estratos bajos podemos observar que la práctica de la prostitución es menos sofisticada y que el lugar habitual son calles de ciertos barrios populares como la Merced o Garibaldi, e incluso tiene que ver mucho con las características de la ciudad; los clientes pueden ser obreros o clasemedios.

c) El sexo y la preferencia sexual: la prostitución puede ser heterosexual, de más fácil acceso para las mujeres con capacidad adquisitiva alta y es más visible la del hombre y la prostituta. También hay prostitución homosexual masculina que tiene las siguientes modalidades: la que puede ser el intercambio de favores sexuales por la comida, una invitación a bailar, una prenda de vestir; la de apariencia viril, donde el hombre cumple con el estereotipo de hombre gay masculinizado; la "vestida" que son los hombres que portan ropa y accesorios femeninos. Es posible la existencia de la prostitución lésbica, pero el contacto es más difícil de establecer.

d) Riesgo en el trabajo: la práctica de la prostitución esta expuesta básicamente a dos riesgos: la extorsión y violencia y las enfermedades sexualmente transmisibles. En cuanto a lo último, por las características propias del trabajo es de vital importancia protegerse de éstas, incluso con respecto al SIDA las mujeres prostitutas no aparecen dentro de las categorías de transmisión por ocupación con lo cual desmitificamos que sean éstas un grupo de riesgo; las prostitutas que son más vulnerables a la infección son aquellas que empiezan a trabajar y tienen poca práctica para la contratación del condón con el cliente ¹⁸. En cuanto a la prostitución homosexual masculina el riesgo puede darse si no se utiliza el condón. La extorsión y la violencia es desigual, para un/a prostituto/a que trabaje en la calle existen mayores riesgos, mientras los que se contactan con llamadas y por catálogo tienen menos riesgos; si al trabajo de la calle le agregamos la sexofobia, la misoginia y la homofobia veremos que están mayor expuestos aquellos que además de trabajar en la calle pertenecen al estrato bajo y son homosexuales o travestis.

Faltaría aplicar una revisión metodológica que nos permita romper con los siguientes mitos: que sólo se prostituyen las mujeres, y que cuando se trata de explicar porqué se prostituyen o son víctimas o culpables. En una sociedad patriarcal y machista como la nuestra tendemos a ver ciertas características que preservan al sistema dominante y no otras que lo cuestionan, pues hablar de prostitución masculina y más aún homosexual contradice los principios "activos" y "heterocentristas" de nuestra sociedad. El cuestionar la victimización y culpabilización de la prostituta (pues los hombres prostitutos son ajenos a esta dicotomización por su reciente aparición en el terreno social) apunta las siguientes direcciones: culpabilizar tanto victimizar tienden a la marginación, mientras en el primer caso se legitima la violencia sobre éstas, en la victimización se tiende al compadecimiento, y reducción de las decisiones personales y la voluntad de quien se prostituye, pues se le ve como sujeto que por sus precarias condiciones de existencia tiende a una práctica tan denigrante de la cual debemos rescatarla.

Más audaz resulta aplicar un razonamiento más flexible sobre el asunto ¿ es la prostituta objeto de la explotación patriarcal, es la culpable de que los hombres sigan cosificando a las mujeres ? ¿cómo y bajo que circunstancias ocurre esto ? ¿ implica la prostituta pasividad o actividad sexual ? y... ¿ el cliente por qué queda excluido del análisis ? Cuando hablamos de prostitución olvidamos la doble moral: el ama de casa está hecha para el cuidado de los hijos, pensar eróticamente en ella no es debido, para eso hay «otras y otros». La prostituta nos estremece por lo menos porque es "activa", decide por medio del pago qué, cómo y cuánto hacer, y por ello subvierte la estereotipada sexualidad femenina; por otra parte si es el punto nodal donde encontramos el origen de la explotación sexual, ¿cómo saberlo si la red de poder que nos cosifica como género es mucho más compleja y menos evidente que el acto de la prostitución?, para poder dar una conclusión de este tipo es preciso alejarse a la situación clasista y sexista que prevalece a la práctica de la prostitución y, sobre todo, dejar que los actores hablen y nos introduzcan a su cotidianidad y a su historia de vida.

4.- LOS HOMOSEXUALES Y EL SIDA.

4.1.- LA CONNOTACION SOCIAL DE LA HOMOSEXUALIDAD EN MEXICO.

En el primer capítulo en lo referente a la norma sexual se dibujaron algunas líneas generales en torno a la homosexualidad; aquí hablaremos del caso específico de los homosexuales en México, para lo cual contaremos con los siguientes ejes de reflexión ¹⁹:

- A) La virilidad del mexicano y su relación con los demás hombres.
- B) La relación del hombre con las mujeres.

Debemos advertir que estos ejes fueron contruidos en función de una percepción particular de la cultura popular de nuestro país, y que no tiene un estudio empírico de fondo que los argumente; sin embargo no dejan de ser consideraciones sustanciales sobre las costumbres sociales y sexuales de los mexicanos.

- A) La Virilidad del mexicano y su relación con los demás hombres.

Nuestra cultura tiene sus especificaciones falócratas y machistas que la diferencian de las culturas europeas o de la norteamericana. Para el mexicano si hay algo verdaderamente representativo que lo identifique como hombre es el seguir una serie de conductas y actitudes frente a los demás (es decir el conjunto de amigos o la

sociedad en abstracto) que demuestre que tan hombre y que tan macho es. El mexicano se ríe de la muerte, la reta constantemente; el mexicano es sexualmente potente, no interesa cual sea su calidad en el acto sexual sino la cantidad y el mayor número de mujeres posible con las que lleve a cabo dicha proeza. Con la crisis posiblemente se haya olvidado la práctica de tener una catedral y varias capillitas, ser hombre nos enseñan las viejas películas de charros, consiste también en mantener a dos o más mujeres, lo cual implica no sólo estatus económico sino también dominación sexual.

Lo que importa no es la actitud hacia uno mismo sino ante los otros. De como se perciba, la virilidad o la pesividad, la fortaleza o la debilidad que demuestre en sus relaciones erótico-afectivos puede desprenderse el juicio de hombría que se le da. El inicio de la vida sexual, va acompañada para algunos hombres de una especie de padrino: el padre, los hermanos mayores, los tíos, en síntesis cualquier otro hombre de la familia con autoridad moral sobre el adolescente, cree ser el indicado para decidir el inicio de su vida sexual. Acompañado de un ritual peculiar, es la pubertad un proceso biunívoco para los sexos, pues diferentes son las condiciones sociales en las cuales las mujeres adolescentes viven su primera experiencia sexual, la cual no va acompañada de este ritual: mientras a los hombres se les inicia a las mujeres se nos guarda sexualmente.

Si bien estas son generalidades relativas (es decir pertenecen al mundo masculino de nuestro país y no se replica de manera mecánica en los hombres de carne y hueso) son parte de una cultura mantenida por la "época de oro del cine mexicano", pero también por las nuevas versiones elaboradas en los 70's y 80's que reviven al viejo charro cantor, y que subsiste en los valores sexuales actuales, donde las tendencias morales no han sido modificadas más que en apariencia, y en escasa ocasión en su contenido. Por ejemplo, habría que señalar el tipo de moral sexual que existe en las actuales películas mexicanas, Pedro es cambiado por Vicente, y Sara por otras muchas mujeres abnegadas y arquetípicamente de televisión. En la memoria colectiva aparecen en nuestro país, estos elementos, los cuales son imprescindibles para comprender la cuestión sexual frente al SIDA, pues en conjunto resaltan las construcciones sociales de la sexualidad en México.

B) La relación de los hombres con las mujeres.

En el primer capítulo observamos que hay una serie de características que determinan lo masculino y lo femenino; mientras que en la identidad masculina se construye regularmente con valores relacionados a la cultura, el

éxito, la racionalidad, lo femenino se construye desde lo natural, la búsqueda de bienestar para los demás y la sensibilidad; en una sociedad como la nuestra, son preferibles las determinaciones maculinizantes. No obstante las condiciones de poder que representa tal relación genérica, podemos a fin de cuentas asegurar que la relación de los hombres con las mujeres, no es ni completamente lineal ni rigidamente impuesta; de ser así, no habría ningún rasgo de subversión femenina en la actualidad. Si bien podemos hablar de valores antagónicos, en el caso de los mexicanos en relación con las mujeres opera una doble lógica: la primera de sumisión, la segunda de opresión; ambos conceptos se encuentran estrechamente relacionados, pues donde hay dominación hay sujeción, no obstante esta ambigua relación de los hombres con las mujeres se da de una manera cultural característica, expliquemos nuestra posición.

Para el mexicano toda fecha puede pasar desapercibida, menos la que concierne de manera especial a la madre. La palabra «madre» implica una infinidad de valoraciones sexuales y sociales. Cuando algo nos agrada, a pesar de la veneración que en nuestro país todavía hoy se tiene a la fertilidad y la maternidad, se utiliza la palabra «padre»; pero cuando se trata de la ofensa, de la humillación, aparece el uso coloquial de la «madre»²⁰. Pero ¿y las demás mujeres? Sea la hermana, la sobrina y en síntesis otra expresión del ser mujer, la relación se invierte, ahora aparece la acción de someter.

¿Cómo explicar estas situaciones, y cuál es su relación con el SIDA? Hay un sentido de origen por demás incuestionable, el principio es la madre. Pero aún siendo principio, la contradicción en un sistema sexista aparece de manera contundente pues si recordamos el pensamiento de Simone de Beauvoir, tendríamos que preguntarnos ¿por qué se premia al sexo que mata y no al que da la vida?²¹ El origen es uno, y como tal sólo tiene una mujer que respetarse, o un grupo de mujeres cuyas relaciones de parentesco son cercanas; las demás no son origen, figuran en un espectro de valores cuyas características hacen la vida cómoda y agradable.

Falta preguntarnos dónde colocar la animadversión que se siente por la homosexualidad masculina. La homofobia mexicana se diferencia de las de otros países, pues "No es tanto la homosexualidad de lo que tienen miedo los mexicanos, como ser vistos como débiles, afeminados, o de ser considerados como objetos de otros"²². Es decir, la homosexualidad masculina en nuestra cultura, entraña el acto de parecer femenino, que es una ofensa para el machismo actual. Así lo femenino es degradante, por ello es que algunas hipótesis vinculan el origen de la homosexualidad masculina con el constante trato femenino. En el terreno de la cotidianidad podemos decir que, este

tipo de socialización, donde hay espacios divididos para los sexos, no permite ni la comunicación, ni un verdadero proceso de interacción entre hombres y mujeres, por el contrario, refuerza las desigualdades entre éstos y la relación asimétrica de poder entre géneros.

4.2.- LA VULNERABILIDAD SOCIAL ANTE EL SIDA.

Sin caer en planteamientos totalizadores y generales para toda la sociedad, podemos decir que en cuanto aparece el SIDA, resurgen los viejos y no tan obsoletos prejuicios sexuales y sociales con respecto a la sexualidad en general y a la homosexualidad en particular. Si bien era la generación de los ochentas heredera inmediata de la revolución sexual, se veía con recelo algunas conductas y prácticas sexuales, estando a fin de cuentas el ambiente social permeado de cierto conservadurismo en torno a la sexualidad.

No podemos plantear en términos históricos, que todo tiempo pasado fue mejor, cada época ha sabido conservar sus cuotas de represión y sus discursos de poder en relación a ciertas prácticas. Visto así, el problema de la homosexualidad apenas se estaba considerando como una opción tan válida como la heterosexual, amén de ciertas sexualidades no reproductivas como la unión libre, la sexualidad en jóvenes y adolescentes, entre otras. Era entonces cuando la homofobia (el rechazo y agresión abierta, que incluye tanto la violencia física, moral y psicológica en contra de toda manifestación homosexual) empezaba a cuestionarse.

Sin embargo, aparece el SIDA y, empezando por el discurso médico, se genera toda una infinita red de hipótesis y criterios que van de la descripción única y exclusivamente científica de los patrones de conducta homosexual, considerando a ésta como factor mismo del diagnóstico de SIDA, hasta los pensamientos providencialista y apocalípticos. Lejos de despertar la solidaridad social para con los jóvenes homosexuales que empezaron a padecer la enfermedad, lejos de reducir niveles de angustia y culpabilidad, y de buscar criterios objetivos para el tratamiento de los pacientes y de sus familiares, lo que trajo el SIDA fue una falta de comprensión y empatía, y el conjunto de sentimientos negativos y excluyentes que llevaron a la marginación y estigmatización.

La histeria colectiva, de la cual ya hemos hablado, inflamó de odio las mentes bondadosas y caritativas que veían la enfermedad como un castigo divino. Esto fue posible sólo al comienzo y sin contradicción alguna, pues después cuando aparecen casos de SIDA en niños y mujeres no prostitutas, los criterios estigmatizantes tiende que ser más flexibles y agrandar el círculo de los culpables, o sea el círculo del grupo de alto riesgo.

En México, Provida inició una campaña a favor del cierre de espacios de reunión gay como bares y discotecas, y retomó un discurso en contra de las sexualidades no reproductivas: en contra del divorcio, la unión libre, las relaciones sexuales antes del matrimonio, en fin contra el uso sexual encaminado al placer y el goce sin procreación. Las fracciones más conservadoras como el PAN y la UNPF mostraron su intolerancia. Incluso la vanguardia política, es decir el PRD se abstuvo al respecto, lo que representa finalmente asumir una posición: la indiferencia ante un problema de salud de tales dimensiones como lo es el SIDA. En el ámbito médico el efecto fue múltiple: podía ser el momento de iniciar una brillante trayectoria en el terreno epidemiológico y tomar una posición objetivista mirando sólo en el paciente un dato; retomar la moral médica victoriana al estilo de William Acton²³, y unir epistemológicamente los hechos científicos con los hechos morales; o bien el esfuerzo humanista de luchar en la búsqueda de una cura contra la enfermedad.

4.3.- EL DISCURSO CONTRAHEGEMONICO.

Por discurso contrahegemonico entendemos todo aquel conjunto explicativo que intenta cuestionar una serie de principios dominantes que se dan como normales, legales y naturales al interior de la moral sexual occidental. Así, a pesar de la "identidad deteriorada" de la homosexualidad, éstos grupos han podido sobrevivir reivindicando de nueva cuenta su preferencia y sus derechos civiles y políticos.

Hemos dicho que en el fondo la lucha contra el SIDA es básicamente ética y moral; prevenir la infección por VIH no sólo se refiere al cuidado y atención particular del grupo homosexual. En lugar de mantenerse en un espacio cerrado y hermético, muchos hombres homosexuales han unido sus esfuerzos con otras personas para luchar y defender los derechos de quienes viven con el virus o que ya están desarrollando SIDA, independientemente de la preferencia sexual, edad, sexo, religión, profesión o nivel educativo.

La respuesta más lógica hubiera consistido en la suspensión de las expresiones sexuales, en una cultura culpigena bastaría con que apareciera un suceso caótico como el SIDA, para clausurar la vida sexual. Por el contrario, el discurso contrahegemonico, más allá de la exclusión impuesta, hace presentes no sólo el libre uso del cuerpo, sino que denuncia el estigma y reivindica los derechos civiles y humanos de las personas que viven con VIH o con SIDA. Otro de los componentes del discurso contrahegemonico consiste en hablar irremediamente (y de

manera dramática por este problema de salud pública) acerca de los usos y costumbres sexuales que componen el amplio mosaico de la sexualidad mexicana.

En este sentido es importante mencionar la experiencia de una de las ONG's más notables en la lucha contra el SIDA, que rescata el componente de la sexualidad humana para educar y prevenir sobre la infección por VIH: Compañeros en Ayuda Voluntaria Educativa A.C. (CAVE), mejor conocida como AVE de México. CAVE se fundó en 1988 por Francisco Estrada Valle y Jesús Calzada, dentro de sus estatutos al constituirse como Asociación Civil, señala como objetivo fundamental la tarea educativa para la prevención del SIDA, además dentro de sus esfuerzos se encuentra el de ayudar de manera altruista a las personas directamente afectadas.

Como sabemos, la educación posibilita el desarrollo del potencial humano, modifica conductas y actitudes y, permite la construcción del conocimiento. Así, la educación preventiva según CAVE (al menos en sus primeros años, pues posteriormente dio un giro a su posición, y hoy en día algunos de sus principios son bastantes cuestionables), se realiza para que se modifiquen conductas sexuales, pero también sociales para lograr detener el estigma social de la enfermedad. En sus inicios el grupo contó con la participación de integrantes del movimiento de liberación homosexual, entre ellos Xabier Lizarraga antropólogo, quien de algún modo delineo las directrices políticas e ideológicas de la práctica educativa de CAVE. Francisco Estrada médico familiar, al principio pensó en generar un grupo asistencial, pero encontró en la educación una herramienta inmediata para evitar la diseminación de la enfermedad, por ello y su formación profesional, puede observarse en la estructura educativa de CAVE ciertas líneas de educación para la salud.

El discurso sexual de CAVE se haya entre la permisividad y la liberalidad, no sólo es un asunto de preferencias sexuales, el SIDA es algo que toca irremediamente el conjunto de expresiones sexuales, de usos y costumbres que pueden encontrarse en la sociedad. Interesa la posición sexopolítica, pues si no se habla de discriminación, sexismo, homofobia, sexofobia, heterocentrismo, no es posible llegar a comprender la complejidad del problema.

Francisco Estrada expresó que al tratar de cuidar las buenas conciencias, la moral sexual dominante, trataba eufemísticamente de calificar como actitud inocente o ingenua a lo que en realidad es ignorancia en el terreno de la sexualidad. El discurso de CAVE es en cierto sentido agresivo, pues tomando de ACT-UP (un grupo radical de lucha contra el SIDA en E.U.) el lema de *el silencio es igual a muerte*, señala por un lado la doble moral imperante en

la sociedad mexicana, y los peligros que entraña el suponer que una conducta decente (sic) e inocente son deseables al lenguaje explícito de la sexualidad humana, o a los canales de comunicación no convencionales que permitan el conocimiento de las vías de infección y las prácticas sexuales libres de VIH.

5.-LA MUJER Y EL SIDA.

Para desarrollar este apartado consideramos que es importante analizar los siguientes elementos:

- 1.- La mujer madre, y la mujer prostituta.
- 2.- Los roles sexuales rígidos en la relación de pareja.
- 3.-El papel de la mujer como madre y cuidadora de enfermos.

5.1.- LA MUJER MADRE Y LA MUJER PROSTITUTA.

Hasta la fecha, los pocos estudios referentes a la mujer y el SIDA se avocan principalmente a las siguientes determinaciones sociales: el de las madres y el de las prostitutas ²⁴ como grupo de riesgo; así los avances conseguidos y las propuestas de ellos emanadas, se vinculan únicamente con estas dos opciones sociales, dejando afuera a la gran mayoría de mujeres que ni son madres ni prostitutas y que son sexualmente activas.

Que se manejen estas dos determinaciones tiene en el fondo un supuesto socialmente aceptado: que hay chicas buenas y hay chicas malas, cuyos papeles se identifican en el primer caso con la madre y el segundo con las prostitutas ²⁵, y los papeles oscilantes entre una y otra, no quedan claramente determinadas, pues el sexo por placer no es bien visto, y la mujer que lo ejerza es semejante a una prostituta. El ser madre, es una construcción sociocultural que "reivindica" al sexo femenino, y se tiene en gran estima, por ello las investigaciones en torno a la vía perinatal, no representan exactamente el interés de los científicos por conocer los mecanismos de infección del VIH en la anatomía femenina, sino más bien el deseo positivo de preservar la vida de otro ser, de los niños si son madres y de los hombres si son su pareja ²⁶; reconociendo así a la mujer no como un ser para sí, sino como ser para otro, que sacrifica su propio bienestar por los demás. El caso de las mujeres prostitutas es más evidente, pues además de la estigmatización que antaño representa su oficio, y que al inicio de la epidemia fueron sujeto por excelencia del grupo de alto riesgo. Que se les haya observado bajo esta óptica se explica por sus múltiples contactos sexuales, es decir su promiscuidad sexual.

Sin embargo podemos decir, que las mujeres somos algo más que madres o prostitutas, colocadas entre estos dos polos surge la necesidad de vivir una sexualidad sin fines procreativos y libres de infección por VIH, lo cual no queda claro en las campañas de información que únicamente se basan en estas dos construcciones sociales.

5.2.- LOS ROLES SEXUALES RIGIDOS EN LA RELACION DE PAREJA.

Tenemos que el machismo y la falocracia aunada a la actividad sexual, hacen creer que la relación debe y tiene que ser dirigida por los hombres. No es raro entonces encontrar en este ejemplo la imposición y la relación de poder que ejerce uno para con el otro. Pero y si la pareja mantiene una relación de poder equilibrada donde ambos toman la iniciativa en el terreno sexual ¿qué significan las prácticas sexuales riesgosas para ellos?. Hasta aquí podemos bosquejar dos situaciones, las cuales pueden sintetizarse del siguiente modo:

- a) Cuando hay una moral sexual tradicional y el hombre se encarga de la relación sexual hay una imposición de valores, donde la práctica del sexo seguro no es necesaria pues, culturalmente ni él ni ella son del grupo de riesgo, y alguna medida profiláctica vendría a deteriorar la imagen de alguno de los dos generando desconfianza.
- b) Si la situación de pareja tiene una relación equilibrada y tanto una como la otra parte toman la iniciativa en el terreno sexual, la propuesta del sexo seguro puede ser viable si se llega a un acuerdo, pero debemos considerar que la práctica continuada del sexo inseguro en esta situación tiene una significación distinta donde no hay una imposición de valores.

Para algunas feministas que investigan sobre la relación que existe entre las mujeres y el SIDA, la primera respuesta que tienen es la fuerte convicción de que los roles rígidos sexuales son los que imposibilitan toda estrategia posible para la prevención. No podemos negar cierta veracidad en sus observaciones, sin embargo contienen sólo una visión parcial y únicamente concuerdan en cierto modo en la primera situación que acabamos de señalar.

Cuando hablamos de las relaciones entre los hombres y las mujeres, decíamos que si bien hay machismo, desigualdad, opresión en torno a la relación que se sostiene, ni todas las relaciones son iguales ni son lineales, por ello es que es tan difícil generalizar algunas situaciones. Sostener la hipótesis de que los roles sexuales rígidos son origen y fin de las dificultades para la contratación del sexo seguro, contiene de manera implícita también las siguientes hipótesis: a) que hay un pleno conocimiento de todas las actividades sexuales practicadas por todas las

mujeres independientemente de su preferencia, pues por el carácter heterocentrista del discurso de los roles rígidos las mujeres lesbianas están exentas de riesgo; b) que todas las mujeres guardan al menos en el terreno sexual un grado tal de subordinación que se someten a la actitud machista de su pareja; c) que es tan fuerte la represión contra las mujeres, al menos en el terreno sexual, que no podemos proponer o cuidar de nuestra salud sexual sino es bajo la tutela de la pareja.

En síntesis, los roles sexuales rígidos sólo son parte del problema, pero por la naturaleza de su planteamiento se le escapa la posibilidad del cambio y la transformación dialéctica y social al interior de las relaciones entre hombres y mujeres.

Si los roles sexuales rígidos son una hipótesis que está sesgada y no permite descubrir la compleja relación que hay con respecto a las mujeres y el SIDA, es de vital importancia buscar otros elementos donde podamos observar los motivos para la práctica continuada del sexo inseguro. Si las relaciones erótico-afectivas entre hombres y mujeres no se dan de manera mecánica por la imposición de roles sexuales rígidos ¿qué opera entonces para que no se tenga sexo protegido ?.

Las medidas profilácticas recomendadas para prevenir la infección por VIH no son sólo valoraciones técnicas que deben utilizarse mecánicamente; cuando éstas modifican prácticas sexuales, lo que se nos dice es más complejo, no sólo se nos indica que debemos utilizar el condón, sino que debemos modificar nuestras maneras de relacionarnos erótico y afectivamente. Cuando en ciertos fluidos sexuales y ciertas prácticas se ha depositado una carga afectiva, hablar de una contratación del sexo seguro implica crear un nuevo discurso amoroso²⁷. Así, este discurso conlleva a la erotización de una serie de implementos que deben utilizarse para prevenir la infección, y sólo a partir de una sensibilización y erotización de los mismos pueden lograrse efectos positivos para no continuar con prácticas de riesgo²⁸.

5.3.- EL PAPEL DE LA MUJER COMO MADRE Y CUIDADORA DE ENFERMOS.

El SIDA involucra a las mujeres como sujetos sexuales, y también como madres y cuidadoras de enfermos, papeles que tradicionalmente se le ha asignado. Es necesario hacer presente las condiciones y características de la vía perinatal y sus implicaciones al interior de la enfermedad para observar el sentido de la maternidad dentro del SIDA.

Cuando la madre está infectada y tiene un hijo, las probabilidades de que éste nazca con el virus son de un 50 a un 75%, si es que la madre desconoce su estado serológico o no tomó algún tipo de antiviral como el AZT. Además por las características propias del embarazo, éste puede acelerar el mecanismo de infección y hacer que la madre empiece a desarrollar signos y síntomas mucho antes de lo previsto. Hay quienes proponen que una mujer seropositiva no debe embarazarse y que si esto ha ocurrido se acuda entonces al aborto. Tanto una como otra medida en ningún momento plantea la cuestión de la maternidad voluntaria como un derecho de las mujeres que viven con VIH.

Otros de los aspectos que debemos considerar es que muchas mujeres se enteran al mismo tiempo que su hijo tiene SIDA y que ellas están infectadas²⁹, y que en estas condiciones puede suceder también que la pareja esté desarrollando SIDA o haya muerto a causa de éste. Cuando esto último sucede y la pareja tiene más hijos, las condiciones familiares se complican, pues la mujer debe hacerse cargo de todas las responsabilidades aun cuando es posible que esté desarrollando el síndrome.

Si a una mujer se le asignan labores de cuidado y atención a los enfermos, las situaciones que pueden presentarse en el caso del SIDA son las siguientes:

- * Si se observan las normas universales para evitar cualquier tipo de contagio accidental en el manejo de un paciente VIH positivo, entonces los riesgos son nulos.
- * Si es el compañero quien está desarrollando la enfermedad, no sólo la mujer debe encargarse de los gastos médicos (que en muchas ocasiones no son cubiertos por el trabajo), sino también vive un proceso de desgaste emocional y moral, y en el caso de ser seropositiva puede generar efectos graves en su sistema inmunológico.
- * Regulamente la tarea del acompañamiento de una persona en fase terminal puede llevarla a cabo una mujer que en este caso sea la madre, la hermana o la pareja del enfermo.

A manera de síntesis:

El estigma es el concepto central que nos permite observar las múltiples manifestaciones sociales por las cuales ha pasado el SIDA. Al deteriorar la identidad y reducir al individuo a una sola de sus características, se permiten prácticas discriminatorias y excluyentes que limitan el potencial humano. La connotación histórico-social de la enfermedad, da al SIDA un carácter diferente a enfermedades que generan o producen otro tipo de

inmunodeficiencias, o bien son mortales. De este modo las reflexiones de Susan Sontag resultan de vital importancia, pues señalan que no basta con que una enfermedad sea letal como para generar en sí misma la marginación, necesita ésta tener su cuota de terror.

Esta situación se instala de manera fortuita dentro del pensamiento religioso que ve en la enfermedad el medio por el cual redimir y pagar las culpas. Lo cual se traslada irremediamente del ámbito individual al ámbito social para ser un mecanismo de diferenciación que permita la calificación moral de otra región geográfica, por ello no es gratuita la idea de que el SIDA es algo extraño y ajeno, venido de los países del tercer mundo. Lo religioso genera discursos excluyentes tanto de espacios físicos como simbólicos.

El estigma en torno al SIDA, hubiera sido diferente de no contar con los llamados "grupos de alto riesgo", que como mencionamos con anterioridad se constituyen por los sujetos supuestamente más vulnerables a la infección por VIH, individuos también que curiosamente se encuentran en guetos como el homosexual, y que son altamente discriminados. La función de los medios masivos de comunicación resultó en este proceso de capital importancia al ofrecer pocas respuestas claras y sí muchas imprecisiones permeadas de prejuicio; lo cual finalmente desembocó en una percepción social del riesgo que resultaba ajena para muchos, pero muy próxima para otros.

Es importante remarcar algunos de los aspectos propios de la moral sexual mexicana como el machismo, la doble moral, la virilidad, la relación del hombre con las mujeres para entender la lógica que opera dentro del proceso de estigmatización y marginación del SIDA y la sexualidad. El que sea ésta una enfermedad de transmisión sexual, en el contexto de la sociedad mexicana mayoritariamente católica, donde la permisividad sexual se venía lentamente reformando, le imprimió al SIDA un toque particular.

A pesar del revés que sufre la lucha de liberación homosexual apenas iniciada a principio de los 80's, la pandemia permitió de nueva cuenta deshechar los viejos prejuicios y reivindicar las nuevas sexualidades no reproductivas y encaminadas al placer. Si bien el discurso apocalíptico surtió efecto en algunos sectores sociales, la reivindicación de una vida sexual activa y libre de VIH es la alternativa que ofrecen algunos de los grupos de lucha contra el SIDA que sostienen un discurso contrahegemónico.

Si bien el SIDA es hasta el momento un problema básicamente masculino, la relación que hay entre las mujeres y el SIDA nos permite ejemplificar una vez más los valores sexuales y sociales dominantes. Ya sea como madre o como prostituta, ante el ojo del investigador no existe otra manifestación social de las mujeres, lo cual es la

concreción clara de la polaridad que existe entre lo que es bueno y lo que es malo, la sexualidad permitida porque es procreativa y la sexualidad que no lo es por que tiene como fin el placer sexual.

La relación de pareja y la práctica continuada del sexo inseguro no se explica de manera única y exclusiva con los roles sexuales rígidos, debe de observarse el aspecto afectivo que está implícito en la relación sexual misma y algunas de las prácticas de riesgo, y no en procesos mecánicos de dominación y sojuzgación de los hombres para con las mujeres. Ante el SIDA las mujeres aparecen de nuevo representando papeles como madres o cuidadoras de enfermos.

NOTAS.

¹ Sontag Susan, *El SIDA y sus metáforas*, Muchnik Ed., Barcelona, 1989.

² *Ibid.* p17.

³ *Ibid.* p. 31.

⁴ *Ibid.* p. 34.

⁵ *Ibid.* p. 44

⁶ Definición tomada del *Diccionario Enciclopédico Grijalbo*, España 1986.

⁷ Bronfman Mario N. y Juan Javier Pescador, "Sociedad y SIDA: viejas reacciones frente a nuevos problemas" en Sepúlveda Amor Jaime et.al., *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*, FCE, México, 1989, p. 376

⁸ *Ibid.* p. 377

⁹ Que en este sentido, opera en una lógica no del «mi» como otro generalizado de acuerdo al interaccionismo simbólico de G.H. Mead, sino desde la posición de Foucault.

¹⁰ Ormek Mirko, *Historie del SIDA*, S. XXI Ed., México, 1989, p. 75.

¹¹ *Ibid.* p. 386.

¹² Pamplona Francisco, "El SIDA en la prensa de México: análisis del discurso periodístico", en Sepúlveda Amor Jaime et.al., *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*, FCE, México, 1989, p. 392.

¹³ *Ibid.* p. 396

¹⁴ *Ibid.* p. 404, 405.

¹⁵ Ponce Dolores, et.al., "Lentas olas de sensualidad", en *El nuevo arte de amar. Usos y costumbres sexuales en México*, Ed. Cal y Arena, México, 1990.

¹⁶ Al respecto véase Cuadernos de Pedagogía. No. 171. "Sexismo en el aula", Barcelona España, junio 1989.

¹⁷ Incluso dentro del interaccionismo simbólico el lenguaje se concibe como un vasto sistema de símbolos.

¹⁸ Uribe Patricia, "Prostitución y SIDA" en *Mujer y SIDA*, COLMEX, México, 1990.

¹⁹ Para hacer esta breve descripción de características y costumbres de los hombres mexicanos se tomo en cuenta a Ma. Tereasa Döring, *El mexicano ante la sexualidad*, Ed. Hispánicas, México, 1990.

²⁰ Lumsden Ian, *Homosexualidad Sociedad y Estado en México*, Sol Ed. Canadian Gay Archives, México, 1991.

²¹ Beauvoir Simone de, *El segundo Sexo*, Alianza Editorial, México, 1986.

²² Lumsden Ian op. cit. p. 23.

²³ De la posición médica de la época victoriana se habló en el primer capítulo.

24 Carovano Kathryn. "Algo más que madres y prostitutas", *El Nacional, Suplemento mensual Letra S. SIDA, Cultura y Vida Cotidiana*, No. 5, Marzo de 1995.

26 *Ibid.*

26 *Ibid.*

27 Estrada Valle Francisco, "Sexo seguro: un nuevo discurso amoroso", en Lizarraga Xabier, *Textos Prefectos y subtextos ante el SIDA*, ENAH, México, 1991.

28 Para el caso específico de los hombres homosexuales y sus razones de la práctica continua del sexo inseguro, se recomienda revisar a Annick Prieur "HOMBRES GAY: Razones para la práctica continuada de sexo inseguro" en Xabier Lizarraga op.cit.

29 Liguori Ana Luisa, "Más que un número", en *Mujer y SIDA*, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, COLMEX, México, 1992.

CONCLUSIONES.

A lo largo de este trabajo de investigación hemos pasado por los elementos que nos permiten vincular el aspecto sexual con el SIDA. Si retomamos las características específicas de la enfermedad tenemos que ésta ataca al sistema inmunológico, y paulatinamente puede deteriorarlo hasta causar la muerte, proceso en el cual el desgaste físico puede aumentar el estigma.

El SIDA es una enfermedad que permite su lectura social a partir de varias ópticas como las políticas de salud, la defensa de los derechos humanos y civiles, el concepto de normalidad y normalidad, y sobre todo la tolerancia y la diversidad sexual.

En cuanto a las cuestiones culturales en torno a la sexualidad tenemos que, la sociedad se organiza según el funcionalismo por normas y patrones de conductas que hacen armónico el desarrollo de ésta; donde la sexualidad se convierte en uno de los ejes reguladores, que desde la perspectiva de Durkheim y Becker debe seguir ciertos parámetros, que en síntesis la reducen a la heterosexualidad monógama y reproductiva. La categoría de género permite ensanchar el aspecto sexual, pues manifiesta la lógica del poder jerárquico y asimétrico entre los sexos, y vinculado a la cuestión de la preferencia sexual y la sexopolítica, permiten delinear los trazos que sigue el discurso de la moral sexual dominante, y las infinitas regulaciones del poder difuso.

Retomando nuevamente la problemática de lo normal aparece el estado de enfermo como una desviación positiva, lo cual resulta dentro de los valores sociales en los que nos movemos algo antagónico a la vida. Tal situación vinculada a los orígenes históricos del SIDA le confieren un carácter peculiar. Que haya aparecido al inicio en hombre jóvenes homosexuales, en el continente africano, y en los haitianos, generó un discurso médico y social que veía a la enfermedad como un algo ajeno y venido de países subdesarrollados; estigma que finalmente se sintetizó en el club de las 4 H, o en los llamados grupos de alto riesgo.

En México, la situación política y económica no fue mejor, en el sexenio de Miguel de la Madrid se destinó la mayoría del PIB al pago de la deuda externa, reduciendo el gasto social, entre éstos el gasto en salud. Todo ello fue posible dentro de la lógica del Estado Neoliberal que restringe las actividades del Estado, convirtiendo las obligaciones constitucionales producto de una lucha social en mera beneficencia asistencial, que transforma el panorama político del derecho a la salud, e implica irremediamente el espacio de los derechos humanos y civiles.

El trabajo de las ONG's de lucha contra el SIDA han contribuido de manera notable dentro del proceso de desestigmatización de la enfermedad; sin embargo debe de ampliarse su acción política hasta tocar el terreno de la configuración del Estado Neoliberal, y de la coyuntura que experimentan las organizaciones de derecha como Provida o Enlace. Tal coyuntura es posible en una sociedad mayoritariamente católica y promotora de una doble moral.

Para reforzar nuestro análisis es preciso que revisemos algunas de las características de la moral sexual mexicana, donde de manera singular aparecen valores relacionados con el machismo, la sumisión y en general las características atribuidas a la femineidad y la masculinidad. Por ello, el sentido que tomo el SIDA estaba de acuerdo a los estereotipos y prejuicios (como entidades de conocimiento no completa) que de algún modo se encuentran reforzados por los *mass medias* y la cultura popular mexicana. Aunado a los grupos de alto riesgo, la información sobre el SIDA y los grupos de alto riesgo generó una percepción social del riesgo variada, lo cual a la larga provocó el aumento de casos en el público no homosexual y en las mujeres no prostitutas.

El movimiento de liberación sexual ve mermados sus logros ante el SIDA a mediados de los 80's, sin embargo y a pesar del señalamiento moral y social, algunos agentes sociales vinculados estrechamente con el grupo homosexual lograron generar un discurso contrahegemónico.

La relación que guardan las mujeres con el SIDA, está aun por construirse, sin olvidar que al igual que los demás actores sociales frente al SIDA se replican esquemas y estereotipos donde las mujeres son vistas o como principio bueno, es decir madres, o como principio no deseable en tanto prostitutas. El planteamiento de género en torno a esta problemática deberá reflexionar en torno a las mujeres pero también en torno a los hombres.

Después de la revisión teórica de los elementos anteriormente planteados, podemos decir que una de sus principales faltas fue la carencia de estudios empíricos actuales que permitieran contrastar la cuestión teórica con la práctica real de los sujetos relacionados estrechamente con el SIDA. Un estudio de tal naturaleza hubiera requerido de la aplicación de cuestionarios a públicos específicos, de entrevistas abiertas y/o cerradas, de la elaboración de historias de vida, y del levantamiento de un estudio de campo; tareas tales que hubieran ampliado las labores empíricas del trabajo de investigación y reducido el quehacer teórico, amén de desarrollar un problema de manera más concreta. Por tal motivo la lectura que debe hacerse de este trabajo esta más bien del lado teórico y de la posibilidad hipotética que reporte, que huega decir cuestiona a la sociología funcionalista norteamericana, la

sociología de la desviación, el concepto de estigam en Goffman; y se fundamenta en una parte de la fenomenología social en tanto vida cotidiana, las analogías referidas por Sorntag y sobre todo el pensamiento de Foucault en torno al poder y la categoría de género.

No obstante la carencia anteriormente señalada, podemos observar que nuestras apreciaciones en torno a la relación genéricas resultan paralelas a los resultados de una investigación realizada el año pasado por Luis Leflero O. ¹. En dicha investigación que se llevo a cabo con una muestra representativa de 1,000 familias del Distrito Federal, se obtuvieron los siguientes datos: a) que las parejas se casan o unen maritalmente después de haber tenido relaciones sexuales ²; b) el matrimonio tiene un costo humano, que implica el sacrificio del desarrollo personal de la mujer, y sobre todo la mujer ama de casa se siente esclavizada al trabajo doméstico, y en el hombre la pérdida de la libertad personal y sexual ³; c) las tareas consideradas típicamente femeninas siguen siéndolo así como las típicamente masculinas; d) quien toma la decisión de que la mujer trabaje o no en el 58% de los casos es el hombre ⁴.

Según Luis Leflero, en la relación de poder dentro de la pareja la identidad machista se transforma en neomachismo "que se presenta como un supuesto cambio de actitud masculina frente al reconocimiento de los derechos de la mujer, pero que en el fondo todavía responde a sus reacciones machistas viscerales y de inseguridad ante una mujer más desarrollada" ⁵.

A su vez otra de las limitantes de este trabajo tiene que ver con el aspecto geográfico, pues si bien se relacionó la moral sexual dominante en México, es menester aclarar que ésta ni se da de manera mecánica, ni se desarrolla de modo lineal en todos los estados del país. Para tal efecto tendría que tomarse en cuenta las diferenciaciones en relación al nivel de bienestar generado y el nivel de tolerancia presente. Así tenemos según Jan Lumsden, tres modos regionales para el estudio de la homosexualidad en México, que pueden utilizarse momentáneamente para el de las expresiones de la sexualidad en general y que son: el rural/indígena (que dentro de las regiones del sureste es más tolerante con respecto a las prácticas homosexuales); el urbano/provinciano (donde destacan regiones con desarrollo económico pero fuertemente arraigadas a la Iglesia Católica tradicional como Aguascalientes y Guanajuato por ejemplo); y el metropolitano/cosmopolita (donde hay una mayor desinhibición y una cultura gay, básicamente en el Distrito Federal, Monterrey y Guadalajara).

Todos estos elementos nos permiten afirmar la desigualdad y la relación asimétrica de poder entre uno y otro sexo, y entre una y otra expresión de la sexualidad humana la cual forma parte de un mosaico mucho más amplio que sale de la normatividad sexual aprobada socialmente. La homosexualidad, la unión libre, las relaciones sexuales en la adolescencia son entre otras, prácticas sexuales (y sociales pues finalmente lo sexual es una de las múltiples construcciones culturales) que tienen un origen y un objetivo distinto al de la procreación.

El SIDA es por un lado una cuestión que abarca los sexos, las preferencias, las expresiones comportamentales de la sexualidad, las creencias religiosas y el sentido político del derecho a la salud y la defensa de los derechos civiles. Poner nuestro principal énfasis en la cuestión sexual en el SIDA obedece a que ésta es una de las principales fuentes de estigma por la cual pasa la enfermedad.

El conjunto de las sexualidades es el elemento clave que determina la victimización o culpabilización del enfermo al interior de una sociedad que es regulada en torno a lo sexual, lo económico, lo político, lo ideológico, etc.. No es la misma percepción que se tiene de un joven adolescente con SIDA, que la de un hombre homosexual adulto; dentro del discurso dominante el primero aparece como víctima inocente, mientras el segundo como mensajero de sus conductas antinaturales.

Sin embargo, el SIDA hoy en día enfrenta a la sociedad mexicana, y cuestiona la solidaridad social: si es un problema de todos ¿dónde está el esfuerzo coordinado y la voluntad política por resolver este problema de salud pública? ¿dónde está la bondad cristiana que inculca el amor al prójimo? Por el contrario, el SIDA aparece de manera incierta y pone el dedo en la llaga, en el punto más álgido de la moral sexual dominante, pues hace público lo que nos enriquece como sociedad y que a su vez cuestiona los mecanismos del poder normativo, que es la diversidad.

La diferencia implica tolerancia y respeto, valores tales que no pueden sobrevivir en un sistema político autoritario o antidemocrático; cuestiones que frente al SIDA se agudizan más por las políticas de salud imperantes.

NOTAS.

¹ Leñero Luis O., *Familias que cambian. Investigación social sobre la variedad de las familias, sus cambios y perspectivas*, DIF, UNICEF, CEMEFI y IMES, México, 1994.

² *Ibid.* p. 18.

³ *Ibid.* p. 28.

⁴ *Ibid.* p. 29.

⁵ *Ibid.* p. 31.

FUENTES BIBLIOGRAFICAS.

- *Abruch Linder Miguel (comp.), *Metodología de las Ciencias Sociales*, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Acatlán, UNAM 3a. Ed., México, 1991.
- * Ariès Philippe, et.al., *Sexualidades occidentales*, Ed. Paidós, México, 1982.
- * Beauvoir Simone de, *El segundo sexo* (2 tomos), Alianza Ed.- Siglo Veinte, México, 1989.
- * Becker Howard, *Los extraños. Sociología de la desviación*, Ed. Tiempo Contemporáneo, Argentina, 1971.
- * Bronfman Mario N. y Juan Javier Pescador, "Sociedad y SIDA: viejas reacciones frente a nuevos problemas" en Sepúlveda Amor Jaime et.al., *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*, FCE, México, 1989.
- * Canguilhem Georges, *Lo normal y lo patológico*, S XXI. Ed., México, 1971.
- * Comfort Alex, *Los médicos fabricantes de angustia*, Ed. Granica, España, 1977.
- * Döring Ma. Teresa, *El mexicano ante la sexualidad*, Ed. Hispánicas, México, 1980.
- * Durkheim Emilio, *Las reglas del método sociológico*, FCE, México, 1986.
- * Eisenstein Zillah, *Patriarcado capitalista y feminismo socialista*, S. XXI Ed., México, 1978.
- * Estrada Valle Francisco, "Sexo seguro: un nuevo discurso amoroso", en Lizarraga Xabier, *Textos Pretextos y subtextos ante el SIDA*, ENAH, México, 1991.
- * Foucault Michel, *El nacimiento de la clínica*, S. XXI Ed., México, 1983.
- _____, *Historia de la Sexualidad* (3 tomos), S. XXI. Ed., México, 1990.
- _____, *Microfísica del poder*, Ediciones de la Piqueta, 3a. ed., España, 1992.
- _____, *Saber y Verdad*, Ediciones de la Piqueta, España, 1991.
- * Galván Díaz Francisco et.al., "Del SIDA en México. Aspectos del Gobierno y la Sociedad.", en Lumsden Ian, *Homosexualidad Sociedad y Estado en México*, Solediciones-Canadian Gay Archives, México, 1991.
- * Giddens Anthony, et.al., *La teoría social hoy*, CONACULTA-Grijalbo, México, 1993.
- * Goffman Erving, *Estigma. La identidad deteriorada*, Amorrortu Editores, Argentina, 1970.
- * Gomezjara Francisco y Estanislao Barrera, *Sociología de la prostitución*, Ed. Fontamara, México, 1978.
- * Gonzales Block Miguel Angel, "Tendencias del gasto sectorial y requerimientos presupuestales para el SIDA en 1991" en Sepúlveda Amor Jaime et.al., *SIDA Ciencia y Sociedad en México*, FCE, México, 1989.

- * González Ruiz Edgar, *Como propagar el SIDA. Conservadurismo y Sexualidad*, Rayuela Ed., México, 1994.
- * Grmek Mirko, *Historia del SIDA*, S. XXI Ed., México, 1999.
- * Hernández Arroyo Teresa y Martínez Legorreta Irma, *La educación no formal como alternativa en la asistencia social*, México, 1987, TESIS (que presentan para obtener el título de Lic. en Pedagogía por la ENEP-ACATLAN).
- * Hierro Graciela, *Ética y Feminismo*, UNAM, México, 1985.
- * INEGI, *Información Estadística del Sector Salud y Seguridad Social*, México, 1992.
- * Laurel Asa Cristina (coord.), *La política social en la crisis: una alternativa para el Sector Salud*, Documento de Trabajo # 27, Fundación Friedrich Ebert representación en México, 1991.
- * Leffero Luis O., *Familias que cambian. Investigación Social sobre la variedad de las Familias, sus cambios y perspectivas*, DIF-IMES-CEMEFI, México, 1994.
- * Licea Jiménez Gloria, *Adolescencia, sexualidad y SIDA*, México, 1993, Tesis (que presenta para obtener el título de Lic. en Sociología por la FCPYS de la UNAM).
- * Liguori Ana Luisa, "Más que un número", en *Mujer y SIDA*, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer, COLMEX, México, 1992.
- * López Hernández Maclovía y Ma. del Rosario Roa Reza, *Educación para la salud: una propuesta para la prevención del SIDA*, México, 1993, Tesis (que presenta para obtener el título de Lic. en Pedagogía por la ENEP Acatlán).
- * Lumsden Ian, *Homosexualidad Sociedad y Estado en México*, Solediciones-Canadian Gay Archives, México, 1991.
- * Madoo Lengermann Patricia y Jill Niebrugge-Brantley "Teoría feminista contemporánea", en Ritzer George *Teoría sociológica Contemporánea*, Mc. Graw Hill, México, 1993.
- * Mendoza Cruz Patricia Xochiquetzal, *La acción gubernamental en torno a la Epidemia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en México*, México, 1991 Tesis (que presenta para obtener el título de Lic. en Ciencias Políticas y Admon. Púb. por la FCPYS de la UNAM).

- * Menéndez Eduardo L., "Continuidad y discontinuidad del proyecto sanitarista mexicano. Crisis y reorientación neoconservadora" en Almada Bay Ignacio (coord.) *Salud y crisis en México textos para un debate*, S.XXI Ed-Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Humanidades-UNAM, México, 1990.
- * Millé Mario, *Elementos de crítica homosexual*, Ed. anagrama, Barcelona, 1979.
- * Millet Kate, *Política sexual*, Ed. Aguilar, México, 1989.
- * Muñoz de Bustillo Rafael (comp.), *Crisis y futuro del Estado de Bienestar*, Ed. Alianza Universidad, Madrid, 1989.
- * Pamplona Francisco, "El SIDA en la prensa de México: análisis del discurso periodístico", en Sepúlveda Amor Jaime et.al., *SIDA, Ciencia y Sociedad en México*, FCE, México, 1989, p. 392.
- * Ponce Dolores, et.al., "Lentas olas de sensualidad", en *El nuevo arte de amar. Usos y costumbres sexuales en México*, Ed. Cal y Arena, México, 1990.
- * Prieur Annick "HOMBRES GAY:Razones para la práctica continuada de sexo inseguro" en Xabier Lizarraga, *Textos Pretextos y subtextos ante el SIDA*, ENAH, México, 1991.
- * Ritzer George *Teoría sociológica Contemporánea*, Mc. Graw Hill, México, 1993
- * Rojas Soriano Raul, *Guía para realizar Investigaciones Sociales*, UNAM FCPYS 8a. Ed., México, 1985.
- * Sau Victoria, *Un diccionario Ideológico Feminista*, Ed. Icaria, Barcelona, 1981.
- * Secretaría de Salud y CONASIDA, *Norma Oficial Mexicana para la prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*, México, 1995.
- * Sepúlveda Amor Jaime et.al., *SIDA Ciencia y Sociedad en México*, FCE, México, 1989.
- * Sontag Susan, *El SIDA y sus Metáforas*, Muchnik Ed., Barcelona, 1989.
- * Tapia Uribe F. Medardo , *La educación de la mujer en la cultura familiar y en la salud de los hijos (Reflexiones teóricas y metodológicas)*, UNAM- Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, México, 1990.
- * Touraine Alain, *El regreso del actor*, Ed. Universitaria de Buenos Aires, Argentina, 1987.
- * Uribe Patricia, "Prostitución y SIDA" en *Mujer y SIDA*, COLMEX, México, 1990.
- * Villami Rivas Jorge, *Religión*, UNAM-CCH, México, 1991.
- * Waltzquin H.B. y B. Waterman, *La explotación de la enfermedad en la sociedad capitalista*, Ed. Nueva Imagen, México, 1981.

* Zetlin Irving, *Ideología y teoría sociológica*, Amorrotu Editores, Argentina, 1970.

FUENTES HEMEROGRAFICAS.

- ** Carovano Kathryn, "Algo más que madres y prostitutas", *El Nacional, Suplemento mensual Letra S. SIDA, Cultura y Vida Cotidiana*, No. 5. Marzo de 1995.
- ** Congregación para la Doctrina de la Fe, *Carta a los Obispos de la Iglesia Católica sobre la Atención Pastoral a las Personas Homosexuales*, México, 1986.
- ** Cuadernos de Pedagogía. "Serđamo en el aula", Barcelona España, No. 171., Junio 1989.
- ** *Derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA*, CONASIDA-GISSIDA-MCSC-CNDH, México, 1994
- ** Frenk Julio, "Hacia un México más saludable" en Rev. NEXOS. No. 202. Octubre de 1994. pp52-60.
- ** Gaceta del CONASIDA, Marzo de 1995.
- ** García Duarte Nohemy, " Indeseable el recorte presupuestal en salud ". *El Nacional, Suplemento mensual Letra S. SIDA, Cultura y Vida Cotidiana*, No. 4. Febrero de 1994.
- ** Hernández Chavez Juan Jacobo, " Organizaciones no Gubernamentales: del diensso al trabajo conjunto", *El Nacional, Suplemento mensual Letra S. SIDA, Cultura y Vida Cotidiana*, No. 2. Diciembre de 1994.
- ** Herasti Alicia, *El Aborto* (Folleto), Sociedad E. V. C., México, 1989.
- ** Lamas Marta, "La antropología feminista y la categoría de 'género' ", en la Revista Nueva Antropología. México, No. 30. Vol. VIII, Num. 30., Nov. de 1986.
- ** Meza Sergio Javier y Alicia Susana Rovella, *Políticas públicas en Argentina y su aplicación al SIDA*, Universidad de Belgrano, Buenos Aires, Argentina; ponencia presentada en el XX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología: "América Latina y el Caribe: Perspectivas para su reconstrucción", México, 2-6 de octubre de 1995. Mimeógrafo.
- ** Revista ACTA SOCIOLOGICA, " Nuevos sujetos sociales", UNAM, México, No. 2, Vol. III, Mayo-Agosto de 1990.
- ** Sociedad E.V.C., *Lo que los padres deben decir a sus hijos sobre el sexo* (Folleto), México, 1968.