

Bisexualidad masculina y la situación de riesgo de la mujer ante el VIH/SIDA*

Olga Olivia Carranza Navarro, José Manuel Ramírez Aranda, María Estela Ortega Rubí y Libertad Leal Lozano

Universidad Autónoma de Nuevo León

Resumen

La mujer presenta mayor vulnerabilidad, biológica, social y cultural a la transmisión del VIH/SIDA, ya que su discriminación en todos los ámbitos minimiza su capacidad para enfrentar las consecuencias de su propia enfermedad y su efecto en la familia. En México, las relaciones sexuales entre varones han desempeñado un papel importante en la incidencia de VIH, lo cual en un esquema de comportamiento bisexual representa un puente de contagio de mujeres e infantes

Al hablar de la epidemia del VIH/SIDA en México, es innegable la relación entre sexualidad y las políticas públicas implementadas para su prevención. Aun con el conocimiento acerca del riesgo que representa la bisexualidad masculina para las mujeres y niños, este comportamiento no ha sido abordado en forma directa y clara en campañas nacionales porque no hay campañas específicas para este sector de la población. La falta de conciencia y la negación de la realidad sobre la existencia de hombres que tienen sexo con hombres, (HSH) y de hombres que tienen sexo con hombres y con mujeres, (HSH/M), ha llevado a que la incidencia del VIH/SIDA se agrave cada vez más, al no contemplar estrategias específicas para combatirla.

Palabras clave: Bisexualidad masculina, mujer, riesgo al VIH/SIDA, políticas públicas.

Abstract

Male Bisexuality and HIV/AIDS Risks for Women

Women display a greater biological, social and cultural vulnerability to HIV/AIDS transmission, since their discrimination in all areas diminishes their capacity to face the consequences of their disease and its effects on their families. In Mexico, sexual relations between men play an important role in contracting the HIV virus, as well as through unprotected bisexual behavior, transmitting it to women and other population groups.

When speaking of the HIV/AIDS epidemic in Mexico, the relationship between sexuality and the implemented public policies for its prevention is undeniable. Despite the knowledge about the risks that unprotected masculine bisexuality has for women and children, this behavior has not been addressed directly and clearly in national campaigns and there are no specific campaigns directed to the bisexual sector of the population. The lack of conscience and the denial of the reality of this population's existence (men who have sex with men), and bisexuals (men who have sex with women and men), has allowed the HIV/AIDS situation to worsen by not contemplating specific strategies to battle the problem.

Key words: Masculine bisexuality, women, HIV/AIDS risk and public policies.

Introducción

El propósito de este artículo es abordar la vulnerabilidad de las mujeres al riesgo del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a través de sus parejas masculinas, quienes tienen prácticas bisexuales, así como también hacer una breve revisión de las acciones estratégicas de prevención sexual que integran una parte de las políticas públicas en VIH/SIDA.

En México, los estudios acerca de la bisexualidad son escasos, sin embargo, es a partir de la aparición del sida, cuando se aborda cada vez más la temática de la sexualidad masculina para comprender mejor la conducta homosexual y poner mayor énfasis en la bisexualidad de los varones. El interés por estudiar este comportamiento es con el objetivo de comprenderlo mejor y así planear modelos de intervención en la lucha contra el VIH/SIDA.

118

Desde su aparición, el VIH/SIDA se convirtió en un problema de salud pública, por su rápida expansión mundial, acaparó la atención de estudiosos de todas las áreas, afectando indiscriminadamente a todas las personas sin importar edad, raza, género, posición socioeconómica ni preferencia sexual. Aun cuando los primeros casos se presentaron en varones con conducta homosexual, actualmente afecta también a hombres bisexuales, heterosexuales, a mujeres y niños.

Al inicio de la epidemia, se consideraba que el riesgo de infección por VIH era más común en las personas que tenían un comportamiento sexual de alto riesgo; el grupo de mujeres dedicadas al trabajo sexual y hombres homosexuales eran señalados por sus prácticas riesgosas al tener sexo con un considerable número de compañeros. Sin embargo, al incrementarse el número de personas con VIH/SIDA, se detectó que cada vez había más mujeres infectadas que eran amas de casa y que, en su mayoría, habían recibido la transmisión del virus por vía sexual a través de sus parejas sexuales masculinas.

Las estadísticas indicaban el aumento en mujeres amas de casa —de tiempo completo— infectadas en comparación con las mujeres que se dedicaban al trabajo sexual, «la tasa de infección por VIH en mujeres que

no se consideran en alto riesgo de infección es siete veces mayor que en las prostitutas quienes, obviamente, tienen múltiples parejas» [Valdespino, 1995, 566].

Un estudio realizado en Campeche en un periodo de septiembre de 1996 a agosto de 1997, con 98 mujeres dedicadas al trabajo sexual, mostró que aun cuando solamente el 16% utilizaba el condón en todas sus relaciones sexuales y se encontraron antecedentes de infecciones de transmisión sexual en el 20% de ellas, en ninguna hubo evidencia de infección por el VIH. La explicación que se da a esta baja prevalencia de infección del VIH-1 entre sexoservidoras se atribuyó a «la ausencia del uso de drogas intravenosas y al hecho de que las relaciones sexuales con hombres bisexuales era infrecuente entre estas trabajadoras sexuales» [Góngora-Biachi, 2005: 4].

Aun cuando muchas mujeres sí tienen alguna percepción de estar en riesgo, es poco lo que pueden hacer para negociar la adopción de medidas que las protejan de un eventual contagio. «Es probable que la mujer mexicana esté todavía en la posición de no verse en riesgo por ser fiel a sus parejas, sin ponerse a pensar en su exposición al VIH por medio de sus compañeros que mantienen relaciones sexuales fuera del matrimonio» [Carranza, 1994: 23].

Por lo anterior, en este espacio nos interesa abordar el comportamiento bisexual masculino relacionado con el VIH-SIDA, problema social que afecta a la mujer desde los noventa, cuando se incrementaron los casos de mujeres infectadas en México por vía heterosexual, el ser parejas sexuales de hombres con prácticas de riesgo.

Cifras estadísticas del CENSIDA (2005), señalan que en México «la epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con 50.7% en el total de casos, mientras que los relacionados con la transmisión heterosexual es de 42.3%». Esta epidemia se presenta de manera predominante por transmisión sexual, ya que éste es el medio por el cual se ha infectado el 90% de los casos de SIDA.

Por cuestiones culturales que conllevan una estigmatización hacia la homo y bisexualidad, se ha dificultado abordar con profundidad a hombres que acepten tener este tipo de comportamiento. Al respecto [Carrier, 2002], investigador que se ha dedicado a estudiar la homosexualidad en México desde hace más de 35 años, señala «es muy difícil encontrar información de los machos, así que la única que he encontrado de ellos es de los machos con los que me he acostado». Durante el tiempo que se ha dedicado a estudiar la homosexualidad en México, le ha resultado difícil obtener información de hombres con comportamiento bisexual.

Con el propósito de tener una clasificación de la bisexualidad masculina que traspase los límites multiculturales, con contextos y significados distintos al comportamiento sexual [Ross, 1991] propone ocho patrones de bisexualidad masculina que se identifican a nivel global de acuerdo con el grado de estigmatización del comportamiento homosexual, y al grado de especialización del rol homosexual y las oportunidades de expresarlo. De acuerdo con esa tipología, en un estudio realizado con 109 hombres que tienen un comportamiento bisexual [Carranza, 2006] en un área metropolitana de Monterrey, se encontraron seis de estos tipos:

1. Hombres que manifestaron tener una preferencia sexual por hombres, pero que, debido a un sentimiento de estigmatización y represión a su homosexualidad, toman la opción de casarse para ocultar su preferencia por la homosexualidad (bisexualidad defensiva);

2. Varones que se definen como activos en una relación homosexual, y por el solo hecho de ser siempre quienes penetran, no se consideran a sí mismos como homosexuales ni como bisexuales (bisexualidad del latino).

3. Hombres que definen su orientación como heterosexual, sin embargo, manifiestan tener un comportamiento homosexual ocasional por falta de parejas femeninas, ya sea por considerarse feos, por alguna «incapacidad física», por motivos económicos, o por alguna circunstancia que los mantiene alejados de la presencia femenina (la posibilidad de que existan estos casos se da cuando están privados de su libertad por algún acto delictivo, trabajo donde hay sólo hombres o hasta en situaciones de naufragio). Una muestra de orientación heterosexual definida por razones

económicas son las palabras de un joven de 29 años que participó en el estudio al mencionar que «las mujeres cuestan mucho dinero»; argumento con el que explicó un comportamiento homosexual temporal (homosexualidad secundaria).

4. Hombres que se consideran con un fuerte deseo sexual y sienten atracción por hombres y por mujeres, por tanto, tienen un comportamiento sexual igual con ambos sexos.

5. Hombres, en su mayoría jóvenes, que andan probando su preferencia sexual y experimentan por curiosidad que bajo el efecto de bebidas alcohólicas, desinhiben sus deseos y tienen un comportamiento homosexual (Bisexualidad experimental).

6. Hombres que se definen como heterosexuales y se involucran sexualmente con travestis o transexuales (bisexualidad técnica). Su orientación heterosexual la fundamentaron en el hecho de que el travesti se viste y comporta como mujer; por lo tanto, ellos no son homosexuales ni bisexuales.

Los dos tipos que no se encontraron en el estudio ya mencionado son: la *bisexualidad ritual*, que se presenta en algunos escenarios culturales y que consiste en un ritual donde los individuos jóvenes deben tener sexo oral con hombres adultos.

En México, un ejemplo de comportamiento *bisexual ritual*, que atiende a un modelo cultural tradicional, de acuerdo con Miano Borruso [2001], es el que se da en el Istmo de Tehuantepec, Oaxaca, donde existe un grupo social conocido como los Muxe; quienes realizan un rol importante en la construcción de la sexualidad masculina, al iniciar en las prácticas sexuales a los varones entre los diez y los quince años.

El otro tipo de sexualidad no encontrado, es la bisexualidad de hombres casados, en quienes se presenta como obligación social al contraer matrimonio que el varón recién casado deberá tener práctica sexual con la familia política. En México, de este tipo de práctica bisexual no se encontró evidencia empírica en los estudios consultados.

1. Vulnerabilidad de la mujer ante el VIH/SIDA

En general, la mujer presenta mayor vulnerabilidad, tanto biológica como sociocultural a la transmisión del VIH/SIDA. Las condiciones de desigualdad de las mujeres respecto de sus parejas sexuales, desembocan en «relaciones de dependencia y falta de poder social desde las cuales es muy difícil evaluar objetivamente el riesgo de infectarse y aún más, negociar la adopción de medidas preventivas» [Del Río: 1995: 582].

Para observar el impacto creciente de la epidemia VIH/SIDA sobre las mujeres a nivel mundial, se recurre a la figura 1 presentada en el Informe de ONUSIDA/OMS [2004], donde se muestra la evolución de la enfermedad, la cual registra su primera aparición en las mujeres en 1985.

122

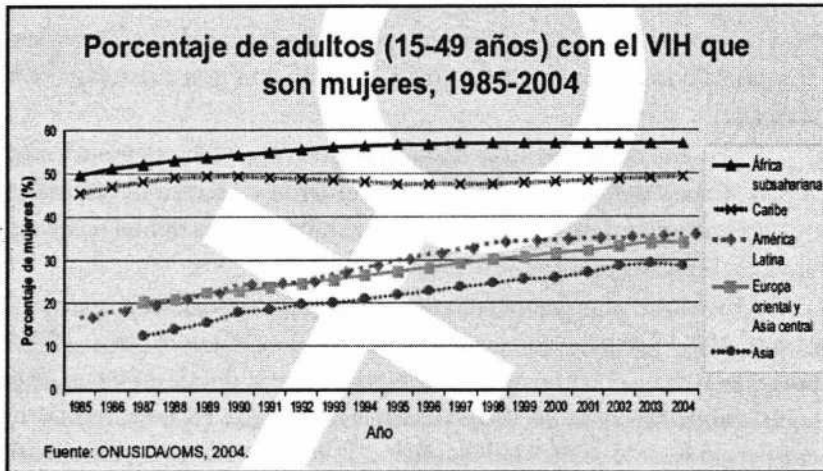


Figura 1

El número de mujeres que viven con el VIH aumentó en todas las regiones del mundo en los últimos años. Los incrementos más sobresalientes corresponden a Asia oriental, seguida por Europa oriental y Asia central. Las mujeres están siendo cada vez más afectadas, al grado de que en la actualidad constituyen cerca de la mitad de los 37,2 millones de adultos (15-49 años) que viven con el VIH/SIDA en el mundo. La región más

afectada es África subsahariana, donde alrededor del 60% de las personas infectadas por el VIH, 13,3 millones son mujeres. [ONUSIDA, 2004].

La discriminación de la mujer en los ámbitos político, familiar, social y laboral la hace excesivamente vulnerable al VIH/SIDA y minimiza su capacidad para hacer frente a las consecuencias de su enfermedad. Esa subordinación de que es objeto en el hogar y en la vida pública es una de las causas últimas del rápido aumento de la tasa de infección en el género femenino.

La feminización de la pandemia del VIH/SIDA llega a México en 1985, cuando es diagnosticada de VIH la primera mujer, una ama de casa de 52 años, quien manifestó que el tener relaciones sexuales sin condón con su marido fue su única conducta de riesgo. Desde entonces, el número de mujeres dedicadas al hogar que han sido infectadas con el VIH/SIDA se ha incrementado.

En 2005 se produjeron 4 mil 963 casos, 25 % más que la tendencia anotada en cada uno de los últimos cuatro años, y de éstos 21% son mujeres, que fueron contagiadas principalmente por tener relaciones sexuales sin condón. La población afectada está en edad productiva en ambos sexos (79.1% de los casos corresponde al grupo de 15-44 años), teniendo graves repercusiones en el bienestar económico de miles de familias. (CENSIDA, 2005)

En el estado de Nuevo León las 50 mujeres que viven con VIH/SIDA muestran algunas características sociodemográficas importantes: el 72% (36) se encuentra en edades de 30 a 55 años; el 82 % (41) ha tenido pareja sexual estable (casadas, divorciadas, unión libre, viudas); el 74 % (37) se dedica al hogar y 24% (12) son empleadas. De acuerdo con la información proporcionada por la coordinadora de este grupo de mujeres; el 100% fue infectada por transmisión sexual, específicamente por sus compañeros sexuales.¹

Esta situación del VIH/SIDA en las mujeres trae consecuencias desastrosas en su vida familiar, ya que la vida de cualquier mujer es decisiva para la salud y la vida de sus descendientes en todas las etapas de su desarrollo, y esto significa una tragedia cuando ella es el único sostén económico en el hogar.

El hecho de ser infectadas por sus parejas sexuales estables significa un acto de violencia hacia la mujer y su familia y el riesgo al VIH/SIDA se incrementa ante situaciones de otros tipos de violencia.

Las mujeres están frente a un grave riesgo de contagio del VIH/SIDA cuando los hombres infectados, bisexuales o heterosexuales, no informan a sus parejas femeninas su situación de seropositividad al VIH y las someten a tener relaciones sexuales sin protección; se arremete contra la salud física y emocional de las mujeres, así como la de sus hijos.

Cabe mencionar el caso de un joven de 27 años, profesionista, quien desde un año atrás ya sospechaba estar infectado, se realizó la prueba VIH pero no acudió por los resultados. Mantuvo relaciones sexuales con su pareja femenina con plena conciencia de la posibilidad de ser portador del virus del SIDA, y sobrevino el embarazo; el hijo nació seropositivo. Si la mujer hubiera conocido su estado serológico positivo existiría la posibilidad de disminuir el riesgo de que su hijo naciera seropositivo, con tratamiento antirretroviral profiláctico.²

En la actualidad, la globalización y la epidemia del SIDA han expuesto realidades ocultas que son producto del peso social de la religión y de una cultura sexual ambivalente: «el sexo para las mujeres siempre ha sido algo secreto y objeto de culpa mientras que al hombre se le permite un comportamiento sexual de libertad para involucrarse sexualmente con múltiples personas» [Carranza, 1994: 85].

En la cultura norteamericana, desde los años noventa «para algunas mujeres anglosajonas, el descubrir que su marido tenía una aventura secreta de una noche era más destabilizador para el *status quo* del matrimonio, que el descubrir que visitaba a una prostituta» [Reibstein y Richards, 1993:25]. La explicación es que cuando el esposo se involucra en una relación extramatrimonial, la esposa se pregunta ¿qué es lo que me está faltando brindar en el aspecto afectivo?; pero cuando el esposo va con una servidora sexual no siente temor alguno, ya que en una relación sexual a cambio de dinero, no se manejan sentimientos.

De lo que no estaban conscientes estas mujeres, era de la existencia del otro tipo de amenaza presente en la prostitución: la del SIDA. Lo anterior, es para señalar que esta situación de riesgo a través del servicio

sexual, en nuestro país es de gran importancia por todo el marco cultural, donde predominan los valores «machistas» que permiten a los hombres involucrarse en el ambiente de la prostitución.

Un caso similar se presenta en el caso de un hombre con comportamiento bisexual, quien informa en una entrevista, que su novia —con quien hay una promesa de matrimonio— le permite le sea infiel sexualmente con varones, siempre y cuando no se involucre con mujeres. Es muy posible que la actitud permisiva a la conducta bisexual de su compañera se deba a que al serle infiel con otros hombres no se corre el riesgo de que contraiga matrimonio con alguno de ellos, lo cual sí podría suceder si la engañara con otra mujer.³

En relación con los contactos sexuales con personas que ejercen la prostitución —al igual que algunas mujeres norteamericanas— existen mexicanas a quienes podría no preocuparles tanto, porque consideran que son encuentros que no llegan ni a aventuras y, por lo tanto, se sienten seguras de que su matrimonio no está en peligro. En términos emocionales así es, pero en el aspecto de salud la seguridad de la familia está en duda.

Las posibilidades de adquirir el VIH aumentan con la exposición repetida pues al multiplicar las relaciones sexuales con diferentes personas, este riesgo crece, ya que toda pareja sexual representa un riesgo posible, aunque se sabe que una sola relación sexual ocasional puede ser suficiente para adquirir el virus.

En la actualidad, todavía se pueden observar actitudes en la población como el evitar las relaciones sociales con personas de la comunidad homosexual, por creer que están infectados —creencia infundada por los prejuicios y otras cuestiones culturales— y no les pasa por su mente que también corren el riesgo al tener relaciones con parejas múltiples como trabajadoras (es) sexuales y/o personas ocasionales. Para la mayoría de las personas, es suficiente ver la apariencia sana del compañero con quien se van a involucrar, para tener confianza en que se pasarán un rato de placer.

En nuestro país, donde predomina la cultura machista, existe la costumbre de que al hombre se le permite un comportamiento sexual de

libertad para involucrarse con otras parejas sexuales, en cambio a la mujer se le exige fidelidad. Así, la mujer está en riesgo de infectarse de una manera indirecta, es decir, a través de las parejas sexuales.

En nuestra sociedad, la gente asume públicamente que no es promiscua, aunque en privado lo sea, es decir, la gente se dice ser fiel (de día), aunque (de noche) no lo puedan sostener. Esto es lo que llamaríamos moralidad diurna, con altas dosis de inmoralidad nocturna. [Almaguer, 1993:12].

Ante tal situación, sabemos que cualquier persona que se exponga a las formas de transmisión sexual —sin importar edad, sexo, estado civil, condición social— puede infectarse de SIDA; por lo que debe responsabilizarse y conocer la historia sexual de las personas con quienes se van a involucrar sexualmente.

El riesgo al VIH en el comportamiento sexual con varias personas, está en la dificultad de poder identificar si la persona con quien se relaciona, es portador o no del virus; ya que una persona seropositiva, la mayoría de las veces no conoce su estado de salud y, sin embargo, puede transmitir la infección a sus parejas sexuales. Ante la situación de que el VIH/SIDA no respeta estado civil, status social, religión y otras formas de identidad social, Koop [1992:2], dice: «la posibilidad de estar en peligro por infectarse con el virus del SIDA, no tiene que ver con quién es usted, lo que importa es lo que usted hace».

1.1. Bisexualidad masculina y el VIH/SIDA en la mujer

Tanto en las estadísticas mundiales que ofrece la Organización Mundial de la Salud (OMS) como las del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH /SIDA (CEN SIDA)[†] señalan que en México el número de casos de VIH/SIDA aumentó más rápidamente entre la población heterosexual que entre las personas masculinas homosexuales. Resulta interesante conocer la disminución de casos en este último grupo y el aumento de esta enfermedad en los grupos heterosexuales (hombres y mujeres).

Encuestas realizadas en 1989, ya señalaban que se debe a un cambio de actitud en personas con prácticas homosexuales, quienes se mostraron

más conscientes de la situación de riesgo en la que se encontraban y manifestaron un cambio en su comportamiento sexual al no poner resistencia al uso del condón.

En relación con lo anterior, se piensa que la comunidad homosexual, dañada moralmente con prejuicios y discriminación por diferentes grupos sociales, finalmente tomó conciencia del problema y lleva a cabo acciones preventivas para VIH, relaciones más monógamas y sobre todo, un uso más amplio del condón. En cambio, es posible que con la población que tiene una preferencia heterosexual y bisexual suceda lo contrario, y no muestre preocupación ni se vea en situación de riesgo a adquirir la infección del virus del SIDA.

En México las mujeres se sienten seguras por mantenerse fieles a sus maridos y existe una desinformación sobre las conductas de ellos; aunque algunas sí tienen conocimiento de la infidelidad de sus compañeros, es impensable el considerarse de riesgo al VIH/SIDA por las prácticas bisexuales de éstos. «A este grupo de hombres con comportamiento bisexual corresponde el papel de puente transmisor entre los varones homosexuales y heterosexuales» [Tapia Conyer, 1996:42], llegando así a la población general, donde se encuentran involucrados hombres, mujeres y niños.

De acuerdo al CENSIDA, en 2005 del total de los nuevos casos de VIH/SIDA, 3 mil 920 correspondían a hombres, mientras que mil 42 a mujeres. Lo lamentable de la situación es que «la mayoría de las mujeres, se infectaron por su esposo o cónyuge», así lo señala el titular de este organismo que atiende la prevención del problema en México, quien manifestó que a pesar de que el SIDA es una enfermedad concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, paulatinamente esta pandemia comienza a penetrar en las esferas femeninas.

En países del mundo occidental, la incidencia de VIH/sida es elevada en grupos de hombres con prácticas homosexuales incluyendo a los bisexuales, y existe el temor de que la transmisión llegue a ser predominantemente heterosexual.

En un estudio retrospectivo en el periodo de 1985 a 2002, en una unidad familiar del IMSS en Nuevo León, se encontró que «por categoría de transmisión el 97.6% adquirió el VIH/SIDA mediante practica sexual [...], por preferencia sexual, del total de casos con VIH/SIDA registrados en la población masculina, el 51.0% con preferencia homosexual, el 33.3% bisexualidad y el 15.6% heterosexuales» [Caballero Olín, 2002].

De acuerdo con CENSIDA (2005), el 84.8% de los casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 15.2% a mujeres, estableciéndose una relación hombre-mujer de 6 a 1. Sin embargo, al interior del país se observan estados con relaciones que van de 3 a 1, como es el caso de Puebla, Tlaxcala y Morelos, hasta otras con razones de 9 a 1 como Nuevo León y Distrito Federal.

Estos datos muestran la heterogeneidad en la forma de transmisión del VIH/SIDA a lo largo del territorio nacional, que en algunas entidades es predominantemente homo/bisexual y en otras heterosexual. Teniendo presente que, detrás de los varones con prácticas homosexuales, están sus compañeros sexuales, quienes aparentan socialmente tener una identidad heterosexual, pero se relacionan con hombres y con mujeres (HSH/M); es decir, son hombres bisexuales.

Investigaciones realizadas por periodistas, como Paternostro, quien recorrió Latinoamérica durante seis meses entrevistando a epidemiólogos, sociólogos, antropólogos, activistas en la lucha contra el SIDA, travestis, prostitutas, gays, mujeres casadas, solteras, madres e hijas. Encontró que las mujeres casadas en Latinoamérica corren un riesgo mayor de contraer el SIDA que las prostitutas. Al entrevistar a un epidemiólogo colombiano, descubrió que el 80 por ciento de las mujeres casadas seropositivas al VIH, fueron contaminadas por la bisexualidad oculta de sus maridos. La mayoría de estas mujeres eran vírgenes antes de casarse. [Schwartz, 2003].

En otro caso, entre marzo de 1994 y noviembre de 1997, se realizó un estudio entre 251 parejas heterosexuales que acudieron a realizarse la determinación de Ac-VIH como evaluación prenupcial, ahí se encontró un caso seropositivo (prevalencia 0.2%), que correspondió a un hombre de 24 años, con antecedentes de bisexualidad. [Góngora-Bianchi, 2005: 5].

Otras investigaciones del área biomédica realizadas en el Estado de Yucatán, aportan datos sobre la presencia del factor bisexualidad masculina en la infección VIH en mujeres: Un estudio centinela entre 798 mujeres realizado en septiembre de 1989 y mayo de 1990 «encontró a tres mujeres con evidencia de Ac-VIH (0.37%) y en todos los casos, el antecedente de prácticas bisexuales en su cónyuge estuvo presente» [Góngora-Biachi, 2005:1]. Estos estudios sugieren que en Yucatán las mujeres son infectadas preferentemente por sus cónyuges bisexuales y al ser la mayoría de ellas monogámicas, no han participado en forma efectiva en la diseminación del VIH. [Góngora-Biachi, 2005: 5]

En el mismo estudio, se analizó la prevalencia y los factores asociados a la transmisión del VIH-1 en un grupo de parejas heterosexuales (1985 a 1989) se incluyeron 21 pacientes adultos (17 hombres y 4 mujeres) con diagnóstico inicial de infección por el VIH-1 y sus respectivos cónyuges. Entre los hallazgos se tiene que 15 de los 17 casos masculinos, el antecedente de bisexualidad estuvo presente y en 2 de los 17, las prácticas heterosexuales con trabajadoras sexuales.

En conclusión, las prácticas bisexuales fueron la causa de infección predominante en los casos masculinos y en consecuencia, la causa indirecta de VIH entre las mujeres. [Góngora-Bianchi, 2005: 5]

2. Políticas públicas aplicadas al VIH/SIDA en México

Con el objetivo común de luchar contra el SIDA, desde 1996 se organizaron la mayoría de los países para iniciar operaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS), con la misión de conducir, fortalecer y apoyar una respuesta amplia a fin de prevenir la propagación del VIH, ofrecer atención y apoyo y reducir la vulnerabilidad de los individuos y las comunidades a la prevención del VIH/SIDA.

En México, desde el inicio de la epidemia del SIDA, se implementaron políticas públicas para que tuvieran mayor aceptación. Tendientes a ampliar la participación de todos los sectores de la sociedad. Entendiendo como políticas «los lineamientos gubernamentales u

organizacionales que atañen a la distribución de recursos y a los principios del comportamiento deseado» [Bronfman, 2000: VII], donde la racionalidad y el consenso son los dos elementos fundamentales en las políticas públicas, y cuyo principal objetivo es que las prácticas gubernamentales sean ejercidas con legitimidad y eficacia. La responsabilidad operativa de planear y ejecutar estrategias políticas de prevención al VIH/SIDA la tiene la Secretaría de Salud, a través del CENSIDA.

Desde la implementación de las políticas públicas en México, se consideró que una discusión que no incluyera la participación activa de personas VIH/SIDA resultaría irremediablemente incompleta; desde entonces, con relación a los avances contra el VIH/SIDA ha sido muy importante la participación de Organismos no Gubernamentales. El activismo político de este grupo social surgió desde el momento en que se le señaló a la comunidad homosexual como la más afectada por la epidemia, y en cierta forma, responsable de su propagación. No está de más reconocer que son los grupos de la diversidad sexual (homosexuales, transgéneros, travestis, servidores (as) sexuales) quienes enfrentan en una forma más tajante el problema del VIH/SIDA relacionada a comportamiento sexual.

Al hablar de la epidemia del VIH/SIDA en México no podemos dejar de mencionar el tema de la sexualidad y relacionarlo con las políticas públicas implementadas para la prevención de esta enfermedad. Para esto, es necesario hacer una breve revisión de las posturas tomadas por el gobierno mexicano ante la sexualidad humana en sus diferentes manifestaciones y el VIH/SIDA.

Aun cuando en este espacio se aborda el tema de las estrategias preventivas en el campo de la sexualidad, por ser la transmisión sexual la de mayor importancia por el número de casos infectados, cabe reconocer que la primera medida estratégica y de gran alcance como política pública fue la relacionada con «la prevención del VIH/SIDA por transmisión sanguínea; el gobierno de México fue innovador y se adelantó a la epidemia» [Bronfman, 2000: 96].

En 1987 se prohibió la venta comercial de la sangre, lo que permitió que en México disminuyera considerablemente la transmisión del SIDA

por vía sanguínea, lo que puede asegurar que a 25 años de existir el SIDA, en nuestro país exista un mínimo de casos por esta vía de transmisión.⁵

Desde el arranque de la epidemia, México fue uno de los primeros países en tomar medidas estratégicas de prevención como fue el promover el uso del condón; para esto, se hace una masiva distribución de condones a través del Sector Salud (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE y organismos no gubernamentales, ubicados en los 32 estados del país).

Asimismo, se inició el estudio del comportamiento sexual, de los condicionantes de prácticas de riesgo, y de mercadotecnia que permitieron emitir campañas masivas de promoción de la monogamia y del uso de condón, así como intervenciones cara a cara a grupos específicos como servidoras sexuales y en hombres con comportamiento homosexual.

En 1988, la OMS declaró, por primera vez, el 1 de diciembre como día mundial del SIDA, propuesta que «surgió de la Conferencia mundial de ministros de salud sobre programas de prevención del SIDA» [CONASIDA, 2006,1] aprobada por más de 140 naciones; desde entonces, los líderes de estos países se reúnen cada año y establecen un lema, sobre el que fundamentaran las acciones preventivas a nivel mundial.

Estas acciones se han dirigido a los jóvenes, a las mujeres, a hablar del SIDA, a unir fuerzas, al compromiso, a la acción, a la familia, a los niños, al machismo. Sin embargo, aun con el conocimiento existente acerca del riesgo de la bisexualidad masculina para las mujeres, este comportamiento no ha sido abordado en forma directa y clara en campañas nacionales.

La falta de conciencia y la negación a una realidad donde existe una población con prácticas homosexuales (Hombres que tienen sexo con hombres <HSH>) y bisexuales (Hombres que tienen sexo con hombres y con mujeres <HSH/M>), agrava cada vez más este problema. Es necesario que se hable con la verdad, quitando falsas y dobles morales, afrontando el problema como lo que es: un grave problema de salud. Que por cuestiones morales no se enfrenta adecuadamente, es decir, en forma clara y directa.

Si bien las políticas públicas enfocadas al VIH/SIDA son necesarias, también es importante que se ejecuten acciones que promuevan el bienestar social de todos los sectores de la población, la equidad entre hombres y mujeres, la educación y la eliminación de la pobreza que induce al riesgo de infección al VIH/SIDA. Pues mientras no exista un equilibrio en relación con el poder sexual entre hombres y mujeres, quizá lo más eficaz sea orientar las campañas publicitarias del condón hacia una mayor aceptación y colaboración por parte del hombre. Además, esas políticas deben pasar del discurso político a la práctica, y en ámbito de los derechos humanos, es importante que se reconozcan los derechos de las mujeres como cruciales en la lucha contra el SIDA.

Cabe recordar que en el 2003 se destinaron 542 millones de pesos a tratamientos antirretrovirales y 53 millones a la prevención, de los cuales 30 millones se entregaron al grupo *Provida*, que se ha distinguido por sus acciones de prohibición a las medidas preventivas reconocidas mundialmente, como es el uso del condón: «La Secretaría de Salud (SS) confirmó la entrega de 30 millones de pesos a la organización ultraconservadora *Provida* para la construcción de 10 clínicas antiaborto». [Maya, 203:1]

Este hecho evidenció la corrupción latente que existe en nuestro país, al malversar fondos económicos de una causa tan importante como es la lucha contra el SIDA, cuya presencia es un obstáculo para el desarrollo. Y es una acción reprobatoria, de acuerdo con las medidas internacionales de prevención, ya que está establecido que los programas de prevención y tratamiento del VIH/SIDA deben ser financiados completamente e implementados sin ninguna interferencia de fundamentalismos religiosos.

Es indiscutible la importancia que tiene el destinar fuertes cantidades de recursos económicos para la compra de medicamentos antirretrovirales, mas no se deben descuidar las acciones preventivas a la infección, para poder evitar el gasto que será a futuro, el mantenimiento de costosas medicinas, exámenes médicos, alimentación y hospitales de la población afectada. Por una política económica de ahorro en prevención, la población sana se puede transformar en enferma, entonces el gasto en

tratamientos sería incosteable por un ahorro mal entendido y que se debió haber ejercido desde las primeras manifestaciones del brote de la infección.

Una lección inevitable que ha enseñado la epidemia VIH/SIDA, es que los formuladores de políticas y tomadores de decisiones deben guiarse por normas de derechos humanos universalmente reconocidas al formular la orientación y contenido de la política frente al VIH. En las sociedades donde todavía predomina el estigma y la discriminación a seropositivos, se dificulta conocer el estado de salud de las personas a través de las pruebas voluntarias por las implicaciones que la discriminación conlleva.

Con lo anterior, se pretende dejar clara la propuesta de campañas más frontales y directas donde se aborde la bisexualidad masculina, sin violar los derechos humanos. El propósito es pensar en estrategias preventivas que permitan que la población se involucre y comprometa con la prevención de la enfermedad, tanto a quienes son reconocidos como bisexuales como a aquellos amparados bajo el término «hombres que tienen sexo con hombres» (HSH).

Esta situación nos hace pensar que quienes formulan políticas y los gestores de programas preventivos no parecen muy concientes de la existencia de la bisexualidad masculina. Hasta ahora el hombre, que no se identifica socialmente como bisexual, continúa siendo ajeno a esta problemática.

Conclusiones

Las cifras estadísticas obtenidas en estudios realizados, así como las proporcionadas por organismos nacionales e internacionales, indican el incremento de personas con VIH/SIDA. Señalan que en México son cada vez más las mujeres —amas de casa infectadas— y que en su mayoría, han recibido la transmisión del virus por vía sexual a través de sus parejas sexuales masculinas. Hasta el 2005, del total de los nuevos casos de VIH/SIDA, 3 mil 920 correspondía a hombres, mientras que mil 42 a mujeres. Lo lamentable de la situación es que «la mayoría de las mujeres, se infectaron por su esposo o cónyuge» CENSIDA [2005]. El titular de este orga-

nismo admite que, a pesar de que el SIDA es una enfermedad concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, paulatinamente esta pandemia empieza a penetrar en las esferas femeninas.

Este hecho indica que en México, ser mujer casada y monogámica no es una garantía de protección contra el VIH/SIDA, razón por la cual los programas preventivos deben enfocarse hacia la educación de la mujer sobre la transmisión sexual y medidas preventivas, y también deben dirigirse a sus compañeros sexuales, orientados hacia un cambio de actitudes y conductas de riesgo.

Esta situación de mujeres infectadas por sus parejas ubican a la bisexualidad masculina como un factor de alto riesgo a la infección VIH/SIDA en población heterosexual, donde se encuentran hombres, mujeres y niños. Para que la mexicana logre un cambio de actitud y conducta sexual que la aleje del riesgo al VIH-SIDA, debemos considerar que un factor de alto riesgo es la falta de conocimiento sobre la conducta sexual de sus compañeros.

Por la cultura «machista» que prevalece, muchas mujeres sí están conscientes de las infidelidades de sus parejas, pero piensan que son engañadas con otra mujer, cuando en realidad son engañadas con otro (u otros) hombres.

No podemos pasar por alto los casos de violencia familiar que sufren las mujeres al ser agredidas físicamente y/o infectadas por sus compañeros sexuales, quienes siendo bisexuales o heterosexuales, no informan a sus parejas femeninas su situación de seropositividad al VIH y las someten a tener relaciones sexuales sin protección; cometiendo así un atentado contra la salud física y emocional de las mujeres, así como de sus hijos.

La situación de la mujer en México, relacionada al VIH-SIDA, requiere de estudios acerca de los múltiples componentes que influyen en la aparición de nuevos casos basados en las diferencias existentes en el nivel de conocimientos frente al tema, en los factores sociodemográficos, en las actitudes, así como en las creencias que se tienen frente a la enfermedad y de mayor importancia, las prácticas sexuales de riesgo entre hombres y mujeres en edad reproductiva. Lo anterior, a fin de determinar cuál debe

ser el enfoque a seguir al diseñar las campañas de prevención, teniendo en cuenta las diferencias encontradas entre estos grupos sociales.

Por lo anterior, se está haciendo un estudio con hombres que se involucran sexualmente con hombres y con mujeres (HSH/M), a fin de obtener información sobre su comportamiento sexual y social; así como los conocimientos, las creencias y actitudes que influyen en esta conducta, su autopercepción de riesgo y el grado de eficacia en la prevención, desde la perspectiva de riesgo al VIH-SIDA y su transmisión a la mujer. El estudio se realiza con hombres con comportamiento bisexual, que radican en Monterrey o zona metropolitana; área conurbana donde se encuentran registrados el mayor número de casos VIH/SIDA en Nuevo León.

La situación de las mujeres ante el VIH/SIDA crea una necesidad apremiante de realizar estudios donde se involucre a hombres con comportamiento bisexual y se les aborde acerca de las circunstancias sociales, psicológicas o económicas que los conduce a tener sexo tanto con hombres como con mujeres; ellos pueden brindar la pauta a seguir en las estrategias para detener el avance de la infección en la población en general. Los resultados obtenidos nos proporcionarán elementos teórico-prácticos para fundamentar el diseño de políticas públicas pertinentes y formular programas sustentables y efectivos en la prevención del VIH/SIDA ●

135

Recepción: 9 de febrero de 2006

Aceptación: 7 de marzo de 2006

Olga Olivia Carranza Navarro

ololiviacarra@hotmail.com

Mexicana. Doctoranda en ciencias sociales, con orientación en desarrollo sustentable en el Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

José Manuel Ramírez Aranda

mz544383@yahoo.com.mx

Mexicano. Catedrático e investigador de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León y ex secretario técnico del Consejo Estatal de SIDA en Nuevo León.

María Estela Ortega Rubí

ortegarubi@yahoo.com.mx

Mexicana. Doctora en psicología social. Profesora e investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Libertad Leal Lozano

libertadlealozano@yahoo.com.mx

Mexicana. Doctora en biología con especialidad en medio ambiente por la Universidad de las Palmas de Gran Canaria, España. Actualmente es catedrática e investigadora en la Facultad de Biología de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Notas

* El presente estudio forma parte de un proyecto de investigación más amplio sobre el tema, titulado: «*Bisexualidad masculina desde la perspectiva de su situación de riesgo al VIH/SIDA y su transmisión a la mujer*», donde se realizan entrevistas a varones que tienen sexo con hombres y con mujeres (HSH/M) y que presentará como tesis Olga Olivia Carranza Navarro para obtener el grado de doctora.

¹ Hilda Esquivel, Coordinadora del Grupo de Autoapoyo *El Roble*, A.C., en Nuevo León.

² Detectado durante la búsqueda de candidatos para el estudio de Bisexualidad masculina en área metropolitana de Monterrey.

³ Proyecto de investigación para presentar la tesis doctoral «*Bisexualidad masculina desde la perspectiva de su situación de riesgo al VIH/SIDA y su transmisión a la mujer*, donde se realizan entrevistas a varones que tienen sexo con hombres y con mujeres» (HSH/M) de Olga Olivia Carranza Navarro.

⁴ Institución oficial responsable de dirigir acciones contra el VIH/SIDA, primordialmente prevención del VIH y atención del SIDA, antes conocida como CONASIDA; realizó un cambio de las siglas con la administración de Gobierno Federal desde el 2000.

⁵ Se trabajó con la disponibilidad de pruebas de detección y tamizaje, que permitieron establecer normas de selección de productos sanguíneos, y una muy alta prevalencia de seropositivos entre los donadores remunerados de sangre. Se tomó una medida drástica de prohibir la comercialización de la sangre y de los hemoderivados. Se modificó la Ley General de Salud a fin de promover la donación altruista de sangre y plasma y crear centros de hemoterapia en cada entidad federativa (CONASIDA, 1987)

Bibliografía

Almaguer, José Ángel. (1993). «Controversias, frases y posturas» en: Ser positivo: Sida, Ciencia y Cultura, año 1, número 2, marzo 1993.

Gualberto Buena-Casal, María Paz Bermúdez S, Ana I Sánchez G, Macarena De los Santos-Roig. (2001). «Situación del VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX: Análisis de las diferencias entre países.» en *Revista médica de Chile*, volumen 129, número 8. Obtenido en Internet http://scielo-test.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034.

138

Bronfman Mario, Langer Ana, Trostle James. (2000). *De la investigación en salud a la política: la difícil traducción*, Institución Nacional de Salud Pública, Editorial El Manual Moderno. México.

Caballero Olín Guillermo, Valdovinos Chávez Salvador, Colorado Alberto, Binnational Referral Programs, Health and Human Services Agency, Washington, DC. Estados Unidos. (2002) *Tendencia y componente social de la morbimortalidad por VIH/SIDA en una Unidad Médica de Primer nivel de atención*, en VII Foro Regional de Investigación en Salud del IMSS-Región Norte, Edición Especial número 5

Carranza, Navarro Olga Olivia. (1994). Conducta sexual y Sida, riesgo de transmisión sexual al VIH/SIDA, en: *Población heterosexual*, Tesis de Maestría en Trabajo Social, UANL.

CONASIDA. (2006). *Historia del día Mundial del SIDA*, p. 1, Obtenido en Internet el 6 de febrero de 2006, <http://www.salud.gob.mx/conasida/mundial/historia.htm>.

Del Río Zolezzi Aurora y Cols. (1995). *La epidemia de VIH/SIDA y la mujer en México*. Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP), Noviembre de 1995, Vol. 37, No. 6, pp. 581-591.

- Góngora-Biachi RA, Sosa-Cantón O, Pavía-Ruz N, Vera-Gamboa L, Lara-Perera D. (2003). *Factores asociados con el riesgo de infección por retrovirus (VIH-1 y HTLV-I/II) y supervalencia en sexo trabajadoras de Campeche, México, en 1996-1997*. Revista Biomédica.
- Góngora-Biachi RA, González-Martínez P, Puerto-Manzano FI, Franco Monsreal J. (1991). «Transmisión heterosexual del virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo 1», *En: un grupo de parejas residentes de la península de Yucatán*. Revista Inest Clin; 43:128-32.
- Maya Rafael. (2003) *Admite gobierno entrega de 30 MDP a Provida*, Cimac/México, Miércoles 29 de octubre, p. 1, obtenido en Internet el 15 noviembre de 2005. <http://www.cimacnoticias.com/noticias/03oct/03102903.html>
- Miano Borruso, Marinella. (2001). *Género y homosexualidad entre los Zapotecos del Istmo de Tehuantepec, el caso de los Muxce*, ENAH, México. Obtenido en Internet el 5 septiembre 2005 [www.http://isisweb.com.ar/muxe.htm](http://isisweb.com.ar/muxe.htm).
- Ochoa Treviño Irma Alma. (2005). «Antecedentes y Marco conceptual de la violencia familiar», en: Rodríguez Corona Josefina y Cols, *Violencia contra las mujeres*, Instituto Estatal de las mujeres, Nuevo León.
- ONUSIDA/OMS. (2004). Informe anual del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Ginebra, 23 de noviembre de 2004. http://www.cinu.org.mx/prensa/especiales/2004/mujer/genero_violencia_vihsida/informe_onusida_oms.htm.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). Informe de la Organización Panamericana de la Salud. Carpetas de información: Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer y la niña. OMS, OPS.
- Quiroga Jacinto Abel. (1993). «Derechos humanos, homosexualidad y SIDA», en: *Ser positivo: Sida, Ciencia y Cultura*, año 1, número 5, junio de 1993.
- Reibstein, Janet y Martín Richards. (1994). *Acuerdos sexuales (matrimonios y aventuras)*. Buenos Aires, Ed. Vergara.

- Richardson, Diane. (1990). *La mujer y el SIDA*, México. El manual moderno. Primera edición.
- Ross, M.W. (1991). *A taxonomy of Global Behavior*. en Rob AP Tielman, Manuel Carballo, Art C. Hendriks (Eds.). *Bisexuality and AIDS. A global perspective* (pp. 21-26). Buffalo, New Cork, Prometheus Books.
- Tapia Conyer Roberto. (1996). Epidemiología del SIDA *En México*, 1983-1996. *Gaceta Médica*. México 1996.
- Valdespino Gómez José Luis y Cols. (1995). Epidemiología del SIDA/VIH en México; de 1983 a marzo de 1995, en *Salud Pública de México*, nov-dic de 1995. Vol. 37, No. 6, pp.556-571.

