Globethics Repository



Bioética, sexualidad y sida [Bioethics, sexuality and AIDS]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Aristizábal Tob, Chantal
Publisher	Universidad El Bosque
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-06 11:10:46
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/215264

BIOÉTICA, SEXUALIDAD Y SIDA

*Chantal Aristizábal Tobler**

ESTIGMATIZACIÓN Y SIDA

El interés por la enfermedad asociada a la infección por VIH no ha disminuido desde la descripción de los primeros casos de sida en el año 1981 en los Estados Unidos y casi simultáneamente en Europa. Según Weiss, las muertes por VIH y sida diarias en el mundo son equivalentes a tres ataques a las torres gemelas[1]. Los inicios de la epidemia se caracterizaron por el temor ante lo desconocido y ante la alta mortalidad de las personas afectadas. La aparente asociación con la homosexualidad, con la drogadicción y con la promiscuidad sexual condujeron a la estigmatización inicial de la enfermedad que perdura aún, con la discriminación dolorosa de las personas afectadas o consideradas de riesgo y la negación de la vulnerabilidad por los individuos.

En Junio de 1981 el Centro de Control de Enfermedades (CDC, Centers for Disease Control and Prevention) de Atlanta informó la llamativa aparición de

* MD. Internista, Mgr Bioética. Profesora Programa de Bioética, Universidad El Bosque. Coordinadora programa VIH-sida, Hospital Central Policía Nacional.

1 WEISS, Robin. HIV and AIDS in relation to other pandemics. EMBO Reports 4, suppl 1; 2003, p. 510-514.

neumonías por *Pneumocystis carinii* en cinco hombres jóvenes homosexuales de Los Angeles[2]. En Julio del mismo año se reportaron 26 casos de hombres homosexuales con sarcoma de Kaposi y 10 casos adicionales de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Nueva York y en California. Varios pacientes tenían múltiples infecciones oportunistas. En Julio de 1982 se revelaron 34 casos recolectados desde abril de 1980 de múltiples infecciones oportunistas y sarcoma de Kaposi en haitianos residentes en Estados Unidos. Tres eran mujeres y el resto hombres en su mayoría heterosexuales. En Mayo de 1982 el CDC reporta 355 casos de SIDA: anota que 79% eran hombres homo o bisexuales, 12% hombres heterosexuales y 16% mujeres heterosexuales. Los hombres y las mujeres heterosexuales tenían más probabilidad de ser drogadictos por vía intravenosa, de raza negra o hispánicos[3].

Para esta época estaba configurado el síndrome de inmunodeficiencia adquirida como una enfermedad progresiva y mortal, de causa desconocida y estaban identificados los llamados grupos de riesgo que motivaron la denominación de enfermedad de las cuatro haches (homosexuales, heroinómanos, haitianos y *hookers* o prostitutas, algunos agregaban ya a los hemofílicos). Así empezó a construirse el imaginario de la enfermedad: se piensa que sólo afecta a determinados individuos por realizar actividades reprobadas socialmente y que tranquiliza a las otras personas. Sin embargo, muy rápidamente, en julio y en diciembre de 1.982 se describió en "víctimas inocentes": primero en individuos con hemofilia, heterosexuales y sin antecedente de drogadicción y después en cuatro niños nacidos entre diciembre de 1980 y abril de 1982 quienes murieron a los pocos meses. En septiembre de 1981 se informaron los primeros casos en Dinamarca y siguió el reporte de casos en diversos sitios del mundo. En Colombia el primer caso se registró en Cartagena en una mujer trabajadora sexual en el año de 1983. En 1984 se recalcó el importante papel de la prostitución femenina en la propagación del VIH en África ecuatorial. Así se estableció la pandemia y se pudo seguir completando las haches de la enfermedad: homosexuales, heterosexuales, heroinómanos o no, haitianos o no, hemofílicos, hijos de mujeres infectadas. En definitiva, se pueden resumir en la H

[2] CDC MMWR, Junio 5 2004, 30; p. 250-252.

[3] Todos estos datos se pueden consultar en la página URL: www.cdc.gov

de HUMANOS; todos somos susceptibles a la infección si nos exponemos al virus. Para esta época, ya estaban bastante claras las vías de transmisión: sexual, sanguínea y vinculada al embarazo, al parto y a la lactancia.

Los casos de la epidemia de sida observados a comienzos de la década de los años ochenta fueron el resultado de infecciones adquiridas en promedio 10 años antes o más. El análisis retrospectivo de los casos haitianos reveló que el foco epidémico en esta isla fue contemporáneo con el de Estados Unidos. Cerca de 30% de los hombres afectados se definían como heterosexuales pero admitían relaciones sexuales con otros hombres, generalmente extranjeros y por necesidad económica. Probablemente el virus fue importado a Haití por turistas norteamericanos. La reutilización de jeringas desechables por curanderos inyectólogos (*"piquristes"*) pudo ayudar a la diseminación de la infección. El efecto de la estigmatización en los haitianos fue enorme: los residentes en los Estados Unidos fueron discriminados, rechazados, expulsados de sus viviendas y empleos y el turismo en Haití se afectó agravando la precaria situación económica del país.

Si analizamos estos datos epidemiológicos, parece lógico pensar que no hay una secuencia lineal en la afección de determinados grupos; los casos probablemente aparecieron casi simultáneamente en todas las poblaciones y creo que solamente por una razón circunstancial se hizo visible primero en los homosexuales, marcando para siempre la historia de la enfermedad.

La teoría del origen africano del virus a partir de los simios también llevó a la creación de un mito bastante difundido: la supuesta zoofilia de los africanos como causante de la enfermedad, relato muy acorde con toda la historia de estigmatización de ella. No es necesario recurrir a estas ideas rebuscadas y sexofóbicas para explicar la posibilidad de intercambio de virus a través de contactos directos entre simios y humanos: estos animales han sido cazados y manipulados para utilizarlos como alimento o en rituales, como mascotas o para el comercio de exportación a los Estados Unidos y Europa con fines de investigación en biomedicina, especialmente en vacunas y en biotecnología.

La epidemia en África se ha relacionado con sus costumbres ancestrales y muchas veces se ha hecho mucha difusión sobre este tipo de información, a

pesar de la oposición de representantes africanos quienes rechazan el señalamiento por otras culturas que provocan discriminación y desconfianza hacia ellos. Por ejemplo, se señala la alta frecuencia de coito forzado en Suráfrica, el fenómeno de los *sugar daddies*, las prácticas de mutilación genital, la subordinación de la mujer en general, y en el aspecto sexual particularmente, el sexo seco en países como Zimbabwe, Nigeria y Kenya, la tradición *luo* de herencia de viudas para mantener el clan familiar, las dotes o *lobola* y la proliferación del trabajo sexual[4,5].

Si bien estas prácticas pueden participar en la diseminación de la enfermedad, hay que tener en cuenta la ruptura de las tradiciones por el estilo de vida occidental, la pobreza, el hacinamiento y el desplazamiento de las poblaciones, la falta de educación, la discriminación racial, sexual, y la falta de buenas estructuras de salud. Las explicaciones son complejas y muchas veces el énfasis en aspectos individuales del comportamiento sólo han llevado a mayor estigmatización y discriminación en el público en general.

Para Grmek[6] la explosión del sida en los Estados Unidos es una catástrofe en el sentido matemático del término, una violenta desviación en una dirección como consecuencia de acontecimientos aparentemente menores y no relacionados. Coinciden varios factores biológicos, ambientales y sociales: mutación del virus de la inmunodeficiencia humana, mezcla de poblaciones, multiplicación de los medios de transporte rápidos, liberalización de las costumbres sexuales, uso de drogas intravenosas, activismo gay que reclamó el derecho a la expresión de su sexualidad, generalización de las transfusiones, uso inadecuado de materiales de inyección en ámbitos sanitarios y ruptura de la patocenosis.

Susan Sontag[7] nos recuerda la larga historia de la enfermedad como castigo. Muchas veces se relaciona enfermedad con mal, con anormalidad, con desequili-

---

4 ARISTIZÁBAL, Chantal. Panorama actual de la infección por VIH y del sida. En: seis miradas sobre la bioética clínica. Bogotá: Colección Bios y Ethos, Universidad El Bosque, 2001. p. 28-33.

5 EZZEL, Carol. Care for a dying continent. Scientific American, May 2000. p. 72-81.

6 GRMEK, Mirko. Historia del sida. Bogotá: Siglo veintiuno editores de Colombia, 1992. p. 46-48.

7 SONTAG, Susan. La enfermedad y sus metáforas y el sida y sus metáforas (traducción de Mario Huchnick). Madrid: Santllana, S.A. Taurus, 1996. p. 11-171.

brio. Desde el siglo XIX se ha hecho énfasis en la metáfora militar de las enfermedades, con el auge del descubrimiento de los agentes patógenos como causantes de la enfermedad. El cuerpo se ha convertido en campo de batalla donde tienen lugar múltiples luchas, invasiones, guerras, y hay enemigos, vencedores y perdedores. En el sida, el enemigo es un agente extraño que se esconde y acecha para destruir subrepticiamente las defensas del organismo. El sida suscita sentimientos de desconfianza, de estigmatización de ciertas personas para que el resto de la población se sienta indemne. El sida es visto como castigo o, incluso, como algo merecido y buscado por los individuos. Las mismas personas afectadas se han sentido culpables, sienten vergüenza de su enfermedad, la esconden, incluso a sus seres más cercanos, por temor al juicio y al rechazo. Pero además, a veces se hacen categorías de las personas infectadas: unas se señalan y se culpabilizan mientras que otras se consideran víctimas y merecedoras de compasión y de trato diferente, como por ejemplo las personas que adquieren el virus por transfusiones, los bebés que nacen infectados o las mujeres que se consideran "fueron infectadas" por su compañero. El problema no está en el VIH ni en el sida sino en la interpretación que se hace de ellos. Mejía Riveros[8] sostiene que el sida rompió fácilmente la capa de racionalidad de la sociedad occidental "civilizada" y permitió la liberación de irracionalidad y pulsiones arcaicas de temor, discriminación y exclusión social.

El origen de las epidemias suele buscarse en el exterior y el sida no se escapa a esto: "Para los ingleses era el "morbo gálico", para los parisienses el *morbus Germanicus*, la enfermedad napolitana para los florentinos y el mal chino para los japoneses"[9]. Para casi todos es una peste que nació en el continente africano para difundirse al resto del mundo y, actualmente, se considera una enfermedad que afecta principalmente al tercer mundo, en especial África. Además, afecta el concepto de sexualidad, lo rodea de una nueva sensación de peligro, de desconfianza, como bien lo describe Susan Sontag:

> ...el sida corresponde a un punto de inflexión en la manera de ver las enfermedades y la medicina, y también la sexualidad y la catástrofe... Ahora el sida obliga a pensar que

[8] MEJÍA RIVEROS, Orlando. Ética y sida. Manizales: Ediciones San Pablo, 1996.
[9] SONTAG, Susan, Op. cit. p. 131-132.

> la sexualidad puede tener las más horrendas consecuencias: el suicidio. O el homicidio...
> El eminente historiador de la ciencia, Stephen Jay Gould, de Harvard, ha declarado que...El sida es un "fenómeno natural", no un acontecimiento con "significado moral". Gould señala que "no hay mensaje en su difusión"[10].

Sin embargo, la historia que se fue tejiendo de esta enfermedad nació con una fuerte estigmatización que persiste hasta el presente con dos consecuencias muy graves: discriminación hacia las personas infectadas o consideradas como de "riesgo" con las consecuencias de diversos grados de violencia hacia ellas y temor y negación de la enfermedad por la mayoría de la población, quien quiere verla como algo que le ocurre a los demás, no reconoce su vulnerabilidad y no toma decisiones autónomas y solidarias sobre su prevención.

El origen de la infección es complejo y confluyen diversos factores que favorecieron la emergencia del VIH, su instalación en los seres humanos como huéspedes y su diseminación en esta población, en forma variable e impredecible. Pero la frecuencia de infección, de propagación y la evolución de la enfermedad tampoco son homogéneas, dependen de factores individuales biológicos, psicológicos y de comportamientos dentro de diferentes contextos socioeconómicos y culturales. En este momento, la epidemia se ha concentrado en los sitios donde la pobreza y la marginación impiden el acceso a información completa, a toma de decisiones libres y autónomas y al acceso a servicios sociales.

El estigma y la discriminación tienen muchos efectos. Tiene grandes consecuencias psicológicas que predisponen a la depresión y a la angustia. Dificultan la prevención porque las personas hacen negación y temen averiguar si tienen o no la infección por temor a las reacciones de los demás. Las personas infectadas son vistas muchas veces como un problema. El estigma relacionado con el VIH y el sida se construye y se refuerza alrededor de la supuesta culpabilidad al adquirir la infección por comportamientos considerados como reprobables por la sociedad. Este estigma refuerza las desigualdades sociales existentes con base en las diferencias de sexo, origen étnico o de la identidad u orientación sexual.

[10] Ibid, p. 165,166.

Las personas con VIH o sida pertenecientes a minorías raciales, sexuales o étnicas no son percibidas como individuos que viven en contextos de marginación y desigualdad, sino como los causantes de su propia desgracia.

El estigma está ligado al poder y el dominio en todos los niveles de la sociedad. El estigma crea desigualdad social y se ve reforzado por esta desigualdad.

La estigmatización suele conducir a discriminación, es decir las personas son tratadas en forma injusta porque se considera que pertenecen a un grupo particular subvalorado. Esta discriminación ha conducido a que con frecuencia se vulneren los derechos fundamentales de las personas infectadas con VIH y sida, sus familias e incluso de las personas que se sospecha que tienen la infección: han sido segregados en el ámbito laboral y escolar, se ha vulnerado su intimidad, se les ha negado los servicios de salud, se les ha negado el derecho a formar una familia, la movilidad libre y hasta el derecho a la vida (un ejemplo doloroso es la muerte al ser apedreada por sus vecinos de Gugu Dlamini, joven voluntaria de Durban (Sudáfrica) quien el 1° de diciembre de 1998 reconoció en público tener la infección por VIH). Para enfrentarse al estigma, diversos grupos de activistas han insistido en la protección de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y el sida. Onusida plantea que la educación participativa en la sociedad permite detectar acciones discriminatorias en los que las sufren y en los que las ejercen y puede promover los cambios. Se han señalado los vínculos con luchas más amplias que tratan las desigualdades sociales, económicas, culturales y políticas.[11]

El sida se expande en el mundo; para el año 2004 han fallecido 20 millones de personas y cerca de 40 millones viven con el VIH. Ha cobrado la vida de uno o ambos padres de unos 12 millones de niños en Africa subsahariana. La epidemia está afectando en forma desproporcionada a los jóvenes: la mitad de los casos nuevos en el mundo ocurren entre los 15 y 24 años de edad. Algunos países están más afectados que otros y dentro de un mismo país hay diferentes tasas de infección en diferentes áreas[12].

---

[11] UNAIDS. Factsheet. Stigma and discrimination, 2003. www.unaids.org

[12] ONUSIDA. OMS. Situación de la epidemia de sida. Dic. de 2003. www.unaids.org

En África subsahariana vive un poco más de 10% de la población mundial pero alberga casi 75% de todas las personas que viven con VIH y sida. El África meridional es la región más afectada del mundo, con prevalencias en los dispensarios prenatales superiores a 25% en el 2002. Las causas invocadas para esta epidemia tan agresiva es la pobreza, la inestabilidad social, que conducen a la ruptura familiar, la baja posición de la mujer y la falta de liderazgo para afrontar la epidemia. La movilidad de los varones en busca de trabajo se asocia con infección por VIH y aumento de comportamientos de riesgo.

En algunos países de África oriental y central hay signos de descenso real en el número de infecciones. La prevalencia en Uganda disminuyó hasta 4% en el año 2002, después de haber alcanzado casi 30% en 1992; la prevalencia en mujeres embarazadas disminuyó de 24% en 1995 a 11% en 2003[13].

El VIH y el sida han disminuido la expectativa de vida, los ingresos económicos, aumentan los gastos, los hogares se exponen a la disolución, a la pobreza y la indigencia de los más desvalidos, como niños y ancianos. Además aumentan otras enfermedades como paludismo y tuberculosis y la inseguridad alimentaria. El sector agrícola es muy importante en países de ingresos bajos y medianos. En África representa 24% del PIB, el 40% de los ingresos en divisa extranjera y el 70% de los puestos de trabajo. Se ha disminuido el número de trabajadores agrícolas, de maestros, de trabajadores de la salud y del sector público[14].

Entre cinco y seis millones de personas en países de ingresos bajos y medianos necesitan tratamiento antirretroviral urgente para no fallecer en los próximos dos años; para finales de 2003, sólo unas 400.000 personas tenían acceso a él, o sea sólo uno de cada 10 personas que lo necesita. Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México y Uruguay ofrecen cobertura universal de terapia antirretroviral; otros cubren aproximadamente a los dos tercios de las personas necesitadas como Barbados, Colombia, Costa Rica y Paraguay[13].

---

13 Ibid.

14 UNAIDS. Report on the global AIDS epidemic, 2004. www.unaids.org

Las enfermedades infecciosas, y de forma evidente el sida, no están repartidas equitativamente en el mundo; la distribución sigue las inequidades socioeconómicas que caracterizan nuestro mundo actual. Como lo expresa Farmer[14]: "muchas fronteras políticas sirven como membranas semipermeables, con frecuencia abiertas a las enfermedades y cerradas al movimiento libre de tratamientos".

LAS MUJERES

La proporción de mujeres ha aumentado progresivamente desde el comienzo de la epidemia. Para finales de 2003 las mujeres representan 50% de todos los casos de VIH en el mundo y 57% en África subsahariana. El mayor riesgo de las mujeres es reflejo de las desigualdades por sexo. Las mujeres muchas veces están sometidas al poder concedido a los hombres, muy notorio en el ámbito sexual; el comportamiento sexual de sus parejas masculinas es un factor de riesgo importante para el VIH[15,16]. En Colombia, el estudio de ONUSIDA establece que la principal práctica de riesgo en las mujeres para adquirir el VIH es tener relaciones sexuales con su pareja estable.[17]

Varios factores sociales influyen: las mujeres jóvenes tienden a tener parejas masculinas mayores, hay desigualdades por razón de sexo y sufren violencia sexual. Casi universalmente, las expectativas culturales han alentado a los hombres a tener múltiples parejas sexuales, mientras que se espera que las mujeres se abstengan y sean fieles. Hay cultura de silencio alrededor de la salud sexual y reproductiva. Simplemente cumpliendo con los roles de género esperados, los hombres y mujeres pueden aumentar su riesgo de infección por VIH. Las mujeres

---

15 ONUSIDA-OMS. Situación de la epidemia de sida. Dic. de 2003. Op. cit.

16 FARMER, Paul. Social inequalities and emerging infectious diseases. Emerg Infect Dis [Serial online]. Volume 2, No. 4 (October-December 1996). Disponible en URL: http//www.cdc.gov.nicidad/eid/vol2no4/farmer.htm.

17 Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el vih/sida (ONUSIDA). Grupo para América Latina y El Caribe. Grupo Temático para Colombia. Infección por vih y sida en Colombia: Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación actual. Un balance histórico hacia el nuevo siglo. Santafé de Bogotá, 1999. p. 23-66.

suelen están en mayor riesgo porque muchas veces están socializadas para complacer al hombre, para no negarse al sexo no deseado y para someterse a autoridad masculina. Además, el abuso y la violencia contra la mujer, las prácticas de mutilación genital, la falta de apoyo social a las mujeres solteras, la esterilización involuntaria y la falta de independencia económica aumentan el poder de los hombres sobre las mujeres y menguan la autonomía de las mujeres y el respeto de ésta por parte de los individuos y la sociedad.

Los programas de prevención centrados en la estrategia ABC (abstinencia sexual, fidelidad y uso de condones siempre y en forma consistente) tienen alcance limitado en muchas mujeres que carecen de poder social y económico y viven con temor por la violencia de los hombres. No pueden negociar la abstinencia, la fidelidad ni el uso de condones. Se necesitan estrategias que permitan que estas mujeres contrarresten los factores sociales y económicos discriminatorios: acceso a educación, protección legal, erradicación de la violencia y acceso equitativo a servicios de prevención y tratamiento. Los hombres están, por su parte, sometidos a las exigencias del machismo, se considera normal, incluso reforzado por argumentos genéticos, que tengan múltiples parejas sexuales. Los conceptos construidos de masculinidad, el uso excesivo de alcohol, la migración laboral, los conflictos y el desplazamiento que rompen lazos familiares, los conduce fácilmente a sexo no protegido con múltiples parejas[18].

Los hombres también son parte de la solución. Las expectativas culturales y sociales tradicionales para muchachos y varones adultos pueden ser una trampa: ellos también necesitan medios para reconocer y rechazar las presiones que reciben y para participar activamente: mediante la responsabilidad en fidelidad y sexo más seguro, compromiso con la educación de sus hijas, alivio de la carga de las mujeres y compromiso con actitudes sin violencia hacia las mujeres. Las masculinidades son construcciones sociales, Brannon y David desde 1975 definieron cuatro factores del estereotipo masculino: carencia de rasgos femeninos, tener éxito y dinero, ser un roble: fuerte, seguro, independiente, esconder miedos

[18] UNAIDS-WHO. Fighting HIV-related intolerance: exposing the links between racism, stigma and discrimination, 2000. www.unaids.org

a través de homofobia y misoginia y ser agresivo. Luis Bonino propone desconstruir la normalidad masculina y los valores que los han empujado a problemas psicosociales con alcoholismo, drogodependencia, suicidio, abusos, violencia y enfermedades relacionadas con el estilo de vida como el sida, los cánceres, infartos y violencia.

Uganda inició en 1990 el enfoque "Trampolín" copiado por más de 100 países: se trata de grupos de pares de 10 ó 20 personas del mismo sexo y edad similar que se reúnen para discutir roles de género, dineros, actitudes frente a la sexualidad, la muerte, para motivar la exploración de necesidades sociales, sexuales y psicológicas de hombres y mujeres y para analizar los bloqueos de comunicación. Además ha implementado otros enfoques con movilización comunitaria, proyectos de ONG, campañas de educación pública, liderazgo político, desestigmatización y comunicación abierta que han logrado un éxito ejemplar en la prevención de la infección por VIH.[19]

En Brasil se han realizado campañas masivas por los medios de comunicación, programas de reducción del daño en drogadictos, programas de cambios de comportamiento entre profesionales del sexo y hombres que tienen sexo con hombres, promoción de asesoría y pruebas voluntarias, con participación fuerte de la sociedad civil y compromiso político del gobierno para el suministro de los fármacos antirretrovirales.[20]

El impacto de la epidemia en las mujeres es desproporcionado: su papel como cuidadoras, esposas, madres y abuelas implica que deben asumir la mayor parte de la carga asistencial del SIDA; tienen más posibilidad de perder el empleo, los ingresos y la escolarización. Cuando la enfermedad y la muerte conducen al empobrecimiento de un hogar o comunidad, las mujeres y niñas resultan aún más afectadas debido a su baja posición social y a la falta de oportunidades económicas.

---

[19] THE REPUBLIC OF UGANDA. The National Strategic Framework for hiv/aids activities in Uganda: 2000/1-2005/6. March 2000. p. 1-58. Disponible en URL. www.unaid.org
En este texto se encuentra un informe completo de la situación en Uganda, de la respuesta efectiva del gobierno, de los resultados y de las perspectivas futuras.

[20] UNAIDS. Report on the global epidemic, 2004. Op. cit.

Algunas mujeres se ven obligadas a mantener relaciones sexuales a cambio de alimentos u otros productos básicos. La carga es aún más pesada cuando hay que buscar agua lejos, como sucede en casi 50% de las viviendas en Sudáfrica. En Sudáfrica, cerca de las ¾ partes de los hogares afectados por el SIDA están encabezados por mujeres. Las mujeres tienen menos acceso a los servicios de salud, muchas veces son la última prioridad en atención en salud, se satisfacen primero las necesidades de los hombres. El acceso al tratamiento en las mujeres debe ir más allá de la época de la maternidad; algunos programas de profilaxis de transmisión perinatal sólo tienen en cuenta el tratamiento para evitar la transmisión al bebé pero no para mantener la salud de la madre.

La infección por VIH y el sida se refuerza en el contexto social, económico, político y cultural. Desde sus inicios penetró a los bucles culturales asociados a dos grandes tabúes de la humanidad: la muerte y la sexualidad. Allí ha continuado favoreciendo la vulnerabilidad de las personas alimentando la negación, la estigmatización y la discriminación. El penetrar en círculos viciosos de desigualdad social, de poblaciones marginadas y desprotegidas, en condiciones socioeconómicas desfavorables le ha permitido diseminarse en las poblaciones, limitando las oportunidades y ocasionando mayor pobreza.

La epidemia actual del VIH y el sida es una manifestación dolorosa de las inequidades del mundo, junto con el hambre, la desnutrición, las enfermedades tropicales descuidadas, el analfabetismo y la falta de oportunidades. A su vez, el sida afecta los pilares de la sociedad y favorece la perpetuación de estas mismas circunstancias. No decimos con esto que la enfermedad sólo se limite a determinados sectores de la sociedad. Como ya hemos visto, cualquier persona que entre en contacto con el virus puede infectarse, pero la probabilidad de exposición al virus no es igual en todas las personas y depende de factores complejos interrelacionados individuales, de relaciones interpersonales, familiares y en un contexto socioeconómico, político y cultural determinado. De pronto, gracias a la estigmatización de la enfermedad que hace que llame tanto la atención, puede ser una oportunidad para estudiar las diferentes interrelaciones entre todos estos factores que permitan, en esta dinámica compleja, la emergencia de círculos virtuosos que disminuyan el sufrimiento innecesario de millones de personas y familias y veamos una sociedad más equitativa.

SIDA Y SEXUALIDAD

Uno de los grandes tabúes de la enfermedad por VIH está asociado con su relación con la sexualidad y con la forma como ésta es interpretada por las sociedades. Su primer reconocimiento en la comunidad gay de Estados Unidos y Europa profundizó el estigma alrededor de los homosexuales y de los hombres que tiene sexo con hombres, el cual se ha extendido a muchas regiones en donde la epidemia ha crecido, ratificando la discriminación a la cual han sido sometidos históricamente. Los hombres que tienen sexo con otros hombres representan en la actualidad 5 a 10% de los casos de VIH en el mundo.

En Colombia[21] se han considerado como determinantes culturales de la problemática de la infección por vih y el sida el machismo, la homofobia, la violencia sexual, el sexo por presión económica, la negación de la sexualidad juvenil, el desconocimiento etnográfico de la sexualidad y la falta de percepción de riesgo.

Si el sexo desde el punto de vista biológico es dinámico, complejo, diverso, cambiante y sujeto a diversas interpretaciones, ¿qué decir de la sexualidad humana y de las distinciones entre los sexos y los géneros, interpretadas en diferentes culturas, en múltiples momentos de la historia y en diversos contextos?

Como nos recuerda Michel Foucault[22] el término de sexualidad es tardío, se utiliza a principios del siglo XIX. Para él, el discurso sobre la preocupación moral sobre el comportamiento sexual se inspira en la Grecia antigua. Areteo, médico griego del Siglo I considera que la pérdida de semen en jóvenes conduce a vejez, estupidez y femininización. Se proscribe el uso sexual que carece de fecundidad o de compañero. Plantea la inmoralidad del sexo relacionada con los excesos y con la pasividad. El incesto se prohíbe por el posible efecto deletéreo sobre la descendencia. El amor recto es amar con cordura y armonía. Para Foucault[23] la

---

21 ONUSIDA. Grupo temático para Colombia. Op. cit.

22 FOUCAULT, Michel. Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres. Sexta edición en español. Madrid: Siglo XXI editores, 1993. p. 7 a 92.

23 Ibid., p. 172-230.

homosexualidad concebida en la actualidad es inadecuada para entender la experiencia griega en un contexto tan diferente al nuestro. Los griegos no oponían el amor al propio sexo y al sexo opuesto como dos elecciones exclusivas y radicalmente diferentes. El deseo no era ambivalente ni bisexual, era simplemente la inclinación del apetito de la naturaleza hacia la belleza, sin importar el sexo. Había reglas de cortejo y de comportamiento mutuo para que aflorara una relación bella, estética y moral. Para lograr una relación duradera el lazo del amor debía convertirse en amistad (*philia*).

La Económica de Jenofonte plantea el ideal de matrimonio en El Hogar de Iscómaco[24], en el cual se refiere al arte "masculino" de gobernar la casa, en el cual no se alude a la fidelidad sexual de la mujer porque se da como un hecho irrefutable. Pero en cambio, la actitud temperante y prudente del marido nunca se define como el monopolio que tendrá su mujer sobre todas sus actividades sexuales, sino como la obligación de mantener el orden y la paz de la casa y el lugar eminente de la esposa. El hombre fiel (*pistos)* no es aquel que renuncia a todo placer sexual por fuera del matrimonio, sino el que mantiene los privilegios de la esposa. La fidelidad del marido es muy diferente de la exclusividad sexual que el matrimonio impone a la mujer; la reciprocidad, aunque asimétrica, de conducta entre el hombre y la mujer responde no tanto a la obligatoria e indudable buena conducta sexual de la mujer sino a la manera de conducirse y conducir su casa. La templanza del hombre se refleja en su arte de gobernar, de gobernarse y de gobernar a una esposa que es la dueña obediente de la casa.

Existe aún esta ambivalencia entre la fidelidad emocional y la exclusividad sexual y las reglas no son explícitas entre las parejas. Esto lleva a negación de la vulnerabilidad a enfermedades de transmisión sexual entre las "parejas estables", a no tomar decisiones sobre su prevención y a sentirse traicionadas con hondas implicaciones en el aspecto psicológico y de la relación cuando se comprueba una infidelidad.

Aristófanes en El Banquete o del amor[25], propone que al principio había tres clases de hombres: hombres, mujeres y andróginos. Eran redondos, con cuatro

[24] Ibid, p. 140-153.

[25] Diálogos de Platón. El Banquete o del amor. Bogotá: El pentágono editores. p. 25-30.

brazos y cuatro piernas, una cabeza con dos rostros y caminaban erguidos. Estos seres desataron la ira de los dioses porque tuvieron la insolencia de subir al Cielo y luchar contra ellos. Júpiter decidió disminuir sus fuerzas partiéndolos en dos. Después de este castigo cada mitad busca unirse con la mitad correspondiente para recuperar la antigua perfección. Los hombres que provienen de la separación de seres andróginos, aman a las mujeres y los adúlteros pertenecen a esta clase, al igual que las mujeres que aman a los hombres. Las mujeres que proceden de la separación de las mujeres primitivas no prestan gran atención a los hombres y están más inclinadas hacia las mujeres, a esta especie pertenecen las tribadas. Los hombres que provienen de la separación de los hombres primitivos buscan el sexo masculino. Son los mas viriles entre adultos y adolescentes y se muestran más dispuestos a servir al estado. Si se casan y tienen hijos no es porque la naturaleza los empuje a ello, sino porque los obliga la ley.

En los textos de filósofos y médicos de los dos primeros siglos de nuestra era, como Sorano, Ruso de Efeso, Séneca, Plutarco, Epitecto y Marco Aurelio, se inicia el cuidado de sí, la desconfianza de los placeres, la insistencia en los efectos nocivos de su uso sobre el cuerpo y el alma, la valoración del matrimonio y el desafecto del amor entre hombres. De esa moral se inspiraron los autores cristianos. Se promovió la austeridad sexual como cuidado de sí mismo[26].

En más de 150 sociedades de algunos grupos nativos de Norteamérica (zuni, navajo, cuervo de las grandes planicies) se reconocía un tercer género, se consideraban seres con doble espíritu. Eran hombres o mujeres que buscaban los roles tradicionales del otro sexo: artesanías y faenas domésticas para los hombres y guerra y caza para las mujeres. Eran considerados líderes espirituales y gozaban de gran prestigio social y económico. Los niños que manifestaban características de doble espíritu eran tratados con especial cuidado. Podían tener relaciones homosexuales, bisexuales o heterosexuales. Algunos guerreros preferían casarse con un hombre de dos espíritus, y este matrimonio era bien aceptado. Un hombre masculino podía casarse con un hombre femenino o andrógino y una mujer

[26] FOUCAULT, Michel. Historia de la sexualidad 3. La inquietud de sí. Bogotá: Siglo Veintiuno de Colombia, Ltda., 1987, p. 7-216.

femenina con una mujer masculina o andrógina. Hubo mujeres con dos espíritus jefes de tribus que se casaron con mujeres. Las parejas del mismo sexo podían adoptar hijos de matrimonios anteriores o huérfanos. Lo raro hubiera sido dos personas del mismo género enamoradas. Balboa en Panamá decretó su exterminio y los hizo devorar por perros hambrientos. La estigmatización y el desprecio por parte de los colonizadores hizo que los miembros de la propia tribu los rechazaran y propiciaron su aislamiento o su suicidio[27].

El la Edad Media se concedió gran énfasis al pecado original, se inició antagonismo hacia las mujeres que llevó a la cacería de brujas desde finales de siglo XV y que duró cerca de 200 años. En la época victoriana (llamada así por la reina Victoria que rigió en el Reino Unido durante 60 años desde 1837) se atribuyeron las funciones sexuales a las mujeres y se consideraba que debían ser delicadas, femeninas, de finos modales para satisfacer las necesidades espirituales de la familia y no debían ceder a los bajos instintos de los placeres de la carne. Foucault considera que hasta el siglo XVII había cierta franqueza y libertad frente a la sexualidad. En la burguesía victoriana, la sexualidad se encierra, se reprime, lo único decente de ella es la reproducción dentro del matrimonio. La sexualidad femenina se vuelve ilegítima y sólo tiene dos espacios para descubrirse: las casas de prostitución o en el ámbito clínico en donde se diagnostica como histeria y se considera merecedora de tratamiento médico. Coincide con el desarrollo del capitalismo, la explotación de la fuerza de trabajo no es compatible con la pérdida de tiempo en los placeres mundanos, el sexo debe restringirse al mínimo necesario para la reproducción.. En el siglo XVIII se impone la tarea del discurso técnico, racional y moral sobre el sexo, con análisis, clasificaciones e investigaciones cuantitativas. El sexo adquirió un cariz político, de intervención del estado. Se oculta el sexo desde la infancia, los diseños de arquitectura de los colegios y los reglamentos de disciplina están diseñados para evitar y castigar el sexo en niños y adolescentes. Además el comportamiento sexual considerado irregular se asoció con enfermedad mental. La sexualidad estaba manejada por el control religioso, pedagógico y médico[28].

---

[27] CROOKS, Rober, BAUR, Carla. Nuestra sexualidad. Séptima Edición. México: Thomson Editores, S.A. de CV., 1999. p. 9.

[28] FOUCAULT, Michel. Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir. France: Éditions Gallimard, 1976. p. 9-210.

Para Pierre Bourdieu[29] con estas bases también se construye el concepto de la división social entre los sexos y este orden social que se considera natural y legítimo, es una máquina simbólica que ratifica la dominación masculina. El tiempo, el espacio y el trabajo tienen divisiones según los sexos. La diferencia biológica de los sexos sirve como justificación moral para las diferencias sociales. A pesar de los cambios actuales, persisten actitudes de este tipo. Se considera que las mujeres esperan mucho del amor y persiste el culto a la castidad y a la fidelidad. La heterosexualidad se construyó socialmente y se constituyó en patrón universal de la práctica sexual normal, unida además a la dominación del hombre. Así también se ha estigmatizado la homosexualidad, se niega su existencia pública o visible.

Podemos observar que las sexualidades humanas son complejas, tienen varios componentes que se construyen a partir de la interrelación dinámica de componentes biológicos, fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales. Su expresión es muy diversa, sin embargo, esta diversidad no siempre es aceptada socialmente y se ha reprimido de forma variable a través de la historia y de los lugares.

La tesis de Michel Dorais[30] plantea que al construir la idea de que el sexo (biológico), el género (social) y el erotismo (fantasmático) deben coincidir, creamos estereotipos sobre hombres y mujeres, sobre las sexualidades y creamos un *apartheid* sexual. De aquí se derivan clasificaciones simplistas y binarias de la sexualidad humana. La identidad sexual es el resultado de procesos complejos y continuos de percepción de los otros, de definición del yo y de sentimientos de pertenencia. La identidad la fabrica cada individuo desde su comprensión del mundo y del lugar que ocupa en él. Dorais toma partido, idea que comparto, por la integración de la ambigüedad y de la pluralidad de los sexos, los géneros y los erotismos, en contra de una visión reduccionista y dualista de la sexualidad.

El género es psicológico, cultural y social y es la segunda pieza que conforma nuestra identidad sexual. La orientación sexual o identidad erótica, es decir hacia

---

[29] BOURDIEU, Pierre. La dominación masculina. Barcelona: Editorial Anagrama, 2000.

[30] DORAIS, Michel. Éloge à la diversité sexuelle. Montréal: VLB Éditeur, 1999. p. 23-116.

quien dirigimos nuestro deseo sexual, es la tercera pieza. Nuestra identidad es un rompecabezas con piezas que se transforman permanentemente con las relaciones, la experiencia y la evolución. La identidad es una coconstrucción personal y social.

Por lo tanto, los tres puntos de referencia son binarios: hombre o mujer, masculino o femenino, heterosexual u homosexual. Pero estas piezas además se unen para formar los dos modelos aceptados: hombre, masculino y heterosexual y mujer, femenina y heterosexual. Los que se apartan de estos modelos son trasgresores. Sin embargo, la lógica difusa o borrosa[22] nos enseña que entre los extremos existen infinitas posibilidades, que entre el negro y el blanco existe toda una gama de grises, pero a veces seguimos insistiendo en sólo reconocer el blanco y el negro. Como subraya Dorais, hay infinitas maneras de ver grises, de ser hombres o mujeres, masculinos o femeninos, heterosexuales u homosexuales. En las identidades, deseos y condiciones de vida de un mismo individuo hay también discontinuidad, fluidez. que hacen que las sexualidades sean complejas y cambiantes. El no aceptar esto ha conducido a diversas violencias físicas, psíquicas y simbólicas contra los que parecen alejarse de la norma. En vez de aceptar que la clasificación binaria no funciona, se prefiere interpretar como anormales las desviaciones individuales.

Dorais concluye que en vez de combatirlas, deberíamos celebrar las diferencias. Cada ser humano debe ser respetado cualquiera que sea su sexo, género o erotismo, así no encaje en nuestras inventadas clasificaciones artificiales. Es una invitación a reconocer infinitos equívocos, variaciones y posibilidades que hacen de toda persona sexuada un universo complejo[31].

El tema es complementado de forma muy interesante por la actualización sobre la homofobia por Borrillo[32]. La homofobia (u homosexofobia) se refiere al rechazo irracional y a la actitud hostil hacia los hombres y las mujeres homo-

[31] Ibid. p. 159-167.

[32] BORRILLO, Daniel. Homofobia. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2001. p. 21 a 44.

sexuales o ambisexuales. La lógica de la homofobia es similar a otras formas de violencia en occidente como el racismo, el sexismo o el antisemitismo: se basa en la deshumanización del otro y en la falta de empatía que parecen justificar la agresión, la exclusión o la eliminación. La masculinidad se ha construido en forma negativa, a partir de opuestos con las mujeres y los homosexuales. El odio a los homosexuales y el desdén hacia las mujeres siguen siendo los pilares para la construcción de "machos". Durante siglos hemos asistido a la persecución, marginación y ridiculización de los homosexuales; aún hoy en día existe persecución policial, tratamientos psicológicos, internación carcelaria u hospitalaria, bromas cotidianas, humillaciones y sutilezas en el lenguaje que los menosprecian. La homosexualidad ha pasado por todos los brazos morales de la cultura: desde el punto de vista religioso se ha catalogado como pecado, desde el punto de vista jurídico se ha considerado en ocasiones un delito y desde el punto de vista médico se consideró como enfermedad mental, como desviación sexual hasta 1973. Hoy en día la tendencia de los grandes aparatos del poder normalizador de la sociedad como la religión, el derecho y la medicina o la psiquiatría es desentenderse de la cuestión homosexual y permitir a gay y lesbianas crear su propia identidad y negociar aportes a una cultura. El problema es que la homofobia persiste, tiene una dimensión personal de naturaleza afectiva que se manifiesta por rechazo de homosexuales y una dimensión cultural de naturaleza cognitiva en la cual el rechazo es contra la homosexualidad como fenómeno psicológico y social. Se manifiesta por una posible tolerancia o simpatía con los miembros del grupo estigmatizado pero se considera inaceptable una política de igualdad. Aquí el discurso se cuida de ser hostil, se preocupa por ser "políticamente correcto" pero sigue siendo paternalista y mantiene una vigilancia controladora.

En Colombia, la Constitución de 1991 impide la discriminación en todas sus formas y reconoce el derecho a libre desarrollo de la personalidad. Se protege la libre identidad sexual y se afirma que el comportamiento homosexual debe considerarse una orientación válida y legítima. La corte constitucional se ha pronunciado en varias oportunidades sobre este tema: la homosexualidad no es una falta disciplinaria en el ejercicio docente; los homosexuales pueden revelar su condición y están sometidos a las mismas normas que los heterosexuales; se reconocen los derechos contractuales y los negocios de contenido patrimonial entre homosexuales.

CONCLUSIONES

Una pieza ausente para la prevención del VIH y el sida es la falta de una verdadera y profunda comprensión del comportamiento sexual humano y de los muchos factores que determinan las sexualidades y la toma de decisiones en un momento dado. En los jóvenes se insiste mucho en la promoción de autoestima, autorrespeto, autocuidado, responsabilidad, cuando en realidad muchas veces no existen las condiciones mínimas para que esto se pueda dar. Son discursos vacíos cuando se tiene una población joven vulnerable, desprovista de oportunidades de educación, de entorno familiar y social que permitan precisamente un desarrollo adecuado, que permita el fomento de la autonomía de las personas. Son discursos autocéntricos que olvidan las complejas redes de interrelación y que no promueven decisiones y acciones a nivel colectivo y cooperativo.

Ante la aparición inesperada e imprevisible de una epidemia mortal que se hizo visible inicialmente en algunos grupos humanos discriminados, la reacción y el deseo iniciales se dirigieron a creer que la infección se restringiría a grupos de personas con comportamientos socialmente reprobables e, ingenuamente, se creyó que con el estigma, las otras personas podrían sentirse a salvo. Rápidamente se entendió que todos los seres humanos eran vulnerables a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y desde ese momento, la atención se dirigió a promover comportamientos "seguros". Sin embargo, estas acciones individuales sólo pueden lograrse en un medio cultural y social que de verdad promueva decisiones informadas, libres, racionales, que tengan en cuenta no sólo al individuo sino también a los colectivos.

Con las situaciones de adversidad, surgen y se organizan movimientos dinámicos basados en la cooperación y en la solidaridad. Esto es cierto para la vida en general y para los seres humanos en particular. La epidemia de VIH/sida ha motivado diversos procesos personales y de la comunidad para enfrentar sus consecuencias. A comienzos de la epidemia, los movimientos de activistas gay de Estados Unidos se empeñaron en campañas de prevención entre su comunidad con buenos resultados y posteriormente allí y en otros países grupos de apoyo de base comunitaria han luchado por el respeto de los derechos de las personas que viven con VIH sida y por el acceso a las terapias antirretrovirales. Diversas

organizaciones no gubernamentales, incluyendo comunidades religiosas también han realizado obras de ayuda. En África, las familias extensas, vecinos o madres comunitarias se han encargado de criar los huérfanos. En Kenya, la tradición *luo* se continúa de forma simbólica para proteger la familia del hermano fallecido, sin exponer a la nueva familia a la infección por el VIH.

Se requiere potenciar a través de intervenciones complejas e interdisciplinarias en las comunidades procesos de participación que liberen conocimientos y experiencias, que realmente permitan la emergencia de decisiones racionales y de comportamientos que favorezcan tanto al individuo como al grupo. Antes de poder exigir cambios individuales de comportamiento, es indispensable desmontar a nivel social todo el aparato de estigmatización y discriminación que favorece la vulnerabilidad de las personas y que las limita para tomar decisiones verdaderamente autónomas.

BIBLIOGRAFÍA

1. ***ARISTIZABAL, Ch.*** *Panorama actual de la infección por VIH y del sida. En, Seis miradas sobre la Bioética clínica. Bogotá, Colección Bios y Ethos, Universidad El Bosque, 2001.*

2. ***BORRILLO, D.*** *Homofobia. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2001.*

3. ***BOURDIEU, P.*** *La dominación masculina. Barcelona: Editorial anagrama, 2000.*

4. ***CDC.*** *MMWR. Junio 5, 2004: 30; p. 250-252.*

5. ***CROOKS, R., BAUR C.*** *Nuestra sexualidad. Séptima edición. México: Thomson editores, S.A., 1999.*

6. ***DIÁLOGOS DE PLATÓN.*** *El Banquete o del amor. Bogotá: El pentágono editores.*

7. ***DORAIS, M.*** *Éloge de la diversité sexuelle. Montreal: VLB Éditeur, 1999.*

8. ***EZZEL C.*** *Care for a dying continent. Scientific American, May 2000. p. 72-81.*

9. ***FARMER P.*** *Social inequalities and emerging infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online]. Volume 2, N° 4 (October-december 1996).*
www.cdc.gov.ncidod/eid/vol2no4/farmer.htm

10. ***FOUCAULT, M.*** *Histoire de la sexualité. I. La volonté de savoir. France: Éditions Gallimard, 1976.*

11. ***FOUCAULT, M.*** *Historia de la sexualidad. 2-. El uso de los placeres. Sexta edición en español. Madrid: Siglo XXI, eds, 1993.*

12. ***FOUCAULT, M.*** *Historia de la sexualidad. 3. La inquietud de sí. Bogotá: Siglo Veintiuno eds. de Colombia, 1987.*

13. ***GRMEK, M.*** *Historia del Sida. Bogotá: Siglo veintiuno editores de Colombia, 1992.*

14. ***MEJÍA RIVEROS, O.*** *Ética y Sida. Manizales. Ediciones San Pablo, 1995.*

15. ***ONUSIDA.OMS.*** *Situación de la epidemia de Sida, Dic. 2003. www.unaids.org*

16. ***ONUSIDA.*** *Grupo para América Latina y El Caribe. Grupo Temático para Colombia. Infección por VIH y sida en Colombia: Aspectos fundamentales, respuesta nacional y situación global. Un balance histórico hacia el nuevo siglo. Santafé de Bogotá, 1999.*

17. ***SONTAG, S.*** *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas. Madrid: Santillana, S.A. Taurus, 1996.*

18. ***THE REPUBLIC OF UGANDA.*** *The National Strategis Framework for HIV/AIDS activities in Uganda: 2001/1-2005/6. March 2000. Disponible en URL. www.unaids.org*

19. ***UNAIDS Fact Sheet.*** *Stigma and discrimination, 2003. www.unaids.org*

20. ***UNAIDS.*** *Report of the global AIDS epidemic. 2004. www.unaids.org*

21. ***UNAIDS-WHO.*** *Fighting HIV-related intolerance: exposing the links between racism, stigma and discrimination. 2000. www.unaids.org*

22. ***WEISS, R.*** *HIV and AIDS in relation to other pandemics. EMBO Reports 4, suppl 1; 2003. p. 10-14.*