

La infección por VIH/sida entre hombres que tiene sexo con hombres (HSH) en América latina

John Harold Estrada M.¹

Resumen

La prevalencia de la infección por el VIH en *hombres que tienen sexo con hombres* (HSH) en algunas ciudades de América Latina y Centroamérica oscila entre 5 y 20%, valores muy por encima del observado en estudios realizados en la población general de las mismas ciudades o países, lo cual permite afirmar que en muchos de nuestros países (y Colombia no es la excepción) la epidemia se encuentra concentrada en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres. América Latina aporta el mayor número de infecciones nuevas de VIH en HSH después de los Estados Unidos de América. Los objetivos de este artículo son tres. Primero, exponer las consideraciones epidemiológicas de la infección con el VIH/sida en los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). Segundo, hacer referencia a los factores sociales que determinan el tránsito de las políticas de prevención en VIH, de un enfoque epidemiológico y biologicista a una perspectiva contruccionista del género y la sexualidad. Tercero, revisar el contexto cultural de los estudios de

sexualidad entre hombres en América Latina. La transmisión sexual del VIH entre hombres tiene características muy particulares, ligadas a prácticas sexuales específicas como la penetración anal y el sexo oral y a diversidad de situaciones psicológicas, sociales, culturales y políticas, que determinan las condiciones en que se realizan dichas prácticas. Esto pone de presente que los riesgos específicos de los HSH exigen políticas de prevención específicas para esta población. Una estrategia de intervención en HSH deberá estar constituida por un discurso que promueva el respeto y la equidad de género, revalorice la sexualidad y permita la libre expresión y ejercicio de las diversas orientaciones sexuales.

Palabras clave

Homosexualidad masculina; VIH; sida; epidemiología

¹ Odontólogo, magister en educación comunitaria de la Pontificia Universidad Javeriana; magister en salud pública de la Universidad Nacional de Colombia; profesor asociado de la Facultad de Odontología y de la Escuela de Estudios de Género de la Universidad Nacional de Colombia. estradamontoya@hotmail.com

Recibido: 2 de marzo de 2004. Aceptado: 20 de mayo de 2004.

The HIV/AIDS infection among men who have sex with men in Latin America

Abstract

The prevalence of HIV infection in men who have sex with men (MSM) in some Latin and Central American cities varies between 5 and 20%, values which are above the ones observed in studies done in populations of some cities and countries (and Colombia is not the exception). Thus it is possible to establish that the epidemic is concentrated in the MSM population. Latin America provides the highest number of new HIV infection cases in MSM after the United States. This article has three objectives. First, to expose the epidemiological considerations of the HIV/AIDS infection in MSM. Second, to make reference to the social factors that determine the transit of prevention policies in HIV, from an epidemiological and biological emphasis to a constructionist perspective of gender and sexuality. Third, to revise the cultural context of the studies done about the sexuality of MSM in Latin America. The sexual transmission of HIV among men has very special characteristics, linked to specific sexual practices such as anal intercourse and oral sex and to a large diversity of psychological, social, cultural and political situations that determine the conditions in which such practices are done. This study shows that the specific risks of MSM demand specific policies of prevention for such population. An intervention strategy in MSM must involve a discourse that promotes respect and gender fairness, revalues sexuality and allows the spontaneous expression and practice of different sexual orientations.

Key words

Homosexuality, male; HIV; AIDS; epidemiology

Introducción

La epidemia de infección por el VIH en hombres *gays* y otros *hombres que tienen sexo con hombres* (HSH) se ha configurado bajo el paradigma del estigma, la discriminación y la exclusión social. Esto no solo ha respondido a posturas ideológicas, sino también al proceso histórico de desarrollo y madurez de la comunidad gay y lesbica en los años 80 —en particular en los países del primer mundo—, que consolidó una agenda política centrada en el reconocimiento de sus derechos civiles y humanos fundamentales. La infección por el VIH apareció en Estados Unidos precisamente cuando el movimiento gay alcanzaba su madurez política, momento aprovechado por el ultraconservador gobierno de Ronald Reagan para implementar estrategias de vigilancia epidemiológica que condujeron a reforzar el discurso moral y jurídico y a la exclusión y discriminación de las personas que viven con VIH/sida. Más adelante surgieron las pruebas diagnósticas obligatorias para el VIH, la persecución y el acoso a la comunidad gay que vio disminuidas sus conquistas políticas y sociales.

Posteriormente, la preeminencia del discurso “*el sida es problema de todos*” trajo aparejados problemas, ya que se dejó de hacer intervenciones focalizadas en grupos específicos y por esto muchas personas empezaron a considerar el VIH como problema ajeno o de “otros”. Las políticas implementadas podrían calificarse de heterocentras y adultocéntricas, lo cual dejó por fuera a numerosos hombres de diferentes edades y orientaciones sexuales. A partir de este momento, la infección del VIH/sida ha continuado devastando a los grupos de HSH y la falta y/o la inoperancia de las acciones gubernamentales han causado que los indicadores epidemiológicos de prevalencia en este subgrupo poblacional se disparen en toda América latina y el Caribe hasta valores que fluctúan entre 5 y 20% en algunas ciudades de la región.

Los objetivos de este artículo son tres. El primero, exponer las consideraciones epidemiológicas en relación con la infección con el VIH/sida, haciendo énfasis particular en la situación actual de los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH). El segundo, hacer referencia a los

factores sociales que determinan el tránsito de las políticas de prevención en VIH, de un enfoque epidemiológico y biologicista a una perspectiva contruccionista del género y la sexualidad. El tercer objetivo, revisar el contexto cultural de los estudios de sexualidad entre hombres en América latina.

Consideraciones epidemiológicas en relación con la infección por el VIH/sida

Se estima por parte del programa de sida de las Naciones Unidas (ONUSIDA) que para diciembre de 2002 se habían reportado más de 62 millones de personas infectadas por el VIH desde el inicio de la pandemia, de los cuales 5 millones contrajeron la infección durante el último año, entre ellas 800.000 niños y niñas. Un total de 42 millones de personas viven actualmente con el VIH/sida que, de no recibir tratamiento adecuado, pasarán a engrosar las filas de defunciones por causa de la enfermedad.¹

En América latina y el Caribe la epidemia está bien consolidada y asume muchas facetas, dada la diversidad en los patrones de desarrollo y demográficos de los países de la región, por lo cual existe el peligro de que se propague de forma rápida en ausencia de respuestas nacionales eficaces. Se calcula que en la región viven con el VIH cerca de dos millones de personas, entre las que se incluyen las 200.000 personas que se infectaron el año pasado. En algunos países de la región (Haití, Guyana, Belice y República Dominicana) la prevalencia estimada de VIH en mujeres embarazadas es igual o superior a 1%. En estas zonas la epidemia está muy arraigada en la población general y se propaga principalmente a través del coito heterosexual, mientras que en Colombia, México, Perú y el Cono Sur se producen más infecciones en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), categoría que sigue siendo arbitraria epidemiológicamente, pero que sirve para agrupar todas las prácticas sexuales entre varones, tengan o no una identidad sexual de tipo homosexual. Para algunos de estos países, el VIH/sida es la primera causa de mortalidad, superados solo por los países del África subsahariana. En la región se combinan los factores

de desarrollo socioeconómico desigual (en términos de necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de analfabetismo y concentración de la riqueza y de la tierra en pocas manos), la gran movilidad de la población y la situación de estigma y discriminación que experimentan grupos poblacionales (en particular los hombres que tienen sexo con hombres) como situaciones que favorecen la propagación del VIH.²

La infección por VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América latina y el Caribe

A pesar de que 75% de las nuevas infecciones en el planeta se producen entre hombres heterosexuales, en nuestro continente se presentan simultáneamente aumentos en las tasas de incidencia en hombres homosexuales y otros HSH y heterosexuales, pero dado el menor tamaño poblacional de la comunidad de HSH frente a la de hombres hetero-

Tabla 1. Prevalencia de infección por VIH entre HSH en América latina

<i>Región</i>	<i>País</i>	<i>Población</i>	<i>Prevalencia %</i>	<i>Año</i>
Área andina	Bolivia	HSH	14,6	1999
	Colombia	HSH	20,4	1999/2000
	Colombia	Bisexuales	15,8	1994
	Perú	Homosexuales / bisexuales	11,2	1985
	Perú	HSH	13,3	2000
	Perú	HSH	14,2	1999
	Perú	HSH	5,5	2000
	Perú	HSH	4,9	1999
	Ecuador	HSH	10,7	1999/2000
	Ecuador	HSH	28,4	1999/2000
	Venezuela	Hombres gays	25,0	1994
	Venezuela	Homosexuales	30,8	1992
	Brasil	Brasil	Homosexuales	8,9
Brasil		Homosexuales/bisexuales	10,0	1990
Brasil		Homosexuales/bisexuales	9,2	1994
Brasil		Homosexuales	13,9	1990/1994
Brasil		Homosexuales/ UDE*	32,2	1996
Brasil		Homosexuales/bisexuales	10,8	1994
Brasil		Homosexuales/bisexuales	11,0	1995/1997
Cono Sur		Argentina	Homosexuales/bisexuales	11,2
	Argentina	Homosexuales/bisexuales	12,8	1991
	Argentina	HSH	13,3	1999/2000
	Argentina	HSH	13,8	2003
	Paraguay	Homosexuales	8,8	1987/1990
	Uruguay	Bisexuales	3,2	1996
	Uruguay	Homosexuales	2,6	1996
	Uruguay	TSM**	13,4	2000
	Uruguay	TSM	17,8	1999

* UDE: Usuarios de drogas endovenosas

** TSM: Trabajadores sexuales masculinos

sexuales, las repercusiones en este grupo son de mayor proporción e impacto y requieren acciones inmediatas y contundentes.

La prevalencia de la infección por el VIH en HSH en algunas ciudades de América latina y Centroamérica oscilan entre 5 y 20%, valores muy por encima del observado en estudios realizados en la población general de las mismas ciudades o países, lo cual permite afirmar que en muchos de nuestros países (y Colombia no es la excepción) la epidemia se encuentra concentrada en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres. Según los reportes de ONUSIDA, América latina aporta el mayor número de infecciones nuevas de VIH en HSH, después de los Estados Unidos de América.

El hecho de que se asumiera durante años una postura de cierta naturalidad frente a la mayor afectación de grupos de HSH, sumado a la ya mencionada situación de estigma y discriminación que experimentan estos hombres en la mayor parte de nuestro países, podría explicar en parte por qué, pese al paso del tiempo y a los esfuerzos de ONG y otros colectivos que agrupan a hombres gays o de diversas orientaciones sexuales no se ha logrado controlar la infección y, por el contrario, parecería que ello está lejos de lograrse.

De los estudios de prevalencia o incidencia entre HSH disponibles en América latina, Centroamérica y el Caribe (tablas 1 y 2) puede colegirse que el porcentaje de las personas que viven con VIH que son

Tabla 2. Prevalencia de infección por VIH entre HSH en América Central y el Caribe

<i>Región</i>	<i>País</i>	<i>Población</i>	<i>Prevalencia %</i>	<i>Año</i>
Caribe	Cuba	Contactos de HIV+	5,2	1988
	República Dominicana	Bisexuales	7,7	1994
	República Dominicana	Homosexuales	11,7	1994
	Jamaica	Homosexuales/bisexuales	15,0	1986
	Jamaica	Homosexuales/bisexuales	9,6	1986
	Martinica	Homosexuales/bisexuales	39,1	1988
	Trinidad y Tobago	Homosexuales/bisexuales	40,0	1993/1994
México	México	Homosexuales/bisexuales	15,5	1991/1996
	México	Bisexuales	2,6	1993/1995
	México	Homosexuales	31,6	1993/1995
	México	Homosexuales	29,2	1990
	México	TSM *	13,6	1996
América Central	Costa Rica	Homosexuales/bisexuales	4,9	1994
	El Salvador	HSH	17,8	2001
	El Salvador	HSH	17,7	2003
	Guatemala	HSH	11,5	2001
	Guatemala	HSH	11,5	2003
	Honduras	HSH	8,2	2001
	Honduras	HSH	16,1	2001
	Honduras	HSH	13,0	2003
	Panamá	HSH	11,3	2001
	Panamá	HSH	10,6	2003
	Nicaragua	HSH	10,5	2003

* TSM: trabajadores sexuales masculinos

HSH oscila en valores que van desde 10 a 15% en países del Caribe no latino, Caribe latino y Centroamérica; de 30 a 35% en Brasil y el Cono Sur; hasta 48% en el área andina y 54% en México, con lo cual el promedio para la región estaría cercano al 35%, cifra elevada si se considera el tamaño relativo de la población de HSH frente a la población heterosexual en dichos países.^{3, 4}

Si bien la información disponible es escasa y en algunos países precaria, se puede suponer que en muchos de los países se produce un subregistro de los casos de VIH asociados a conductas homosexuales, toda vez que en muchas ocasiones por no realizar adecuadas historias clínicas con los pacientes o por el estigma asociado a las prácticas homosexuales, se presume una transmisión de tipo heterosexual. En la mayor parte de nuestros países estas infecciones se notifican en el grupo de jóvenes de 25 a 34 años, lo cual nos permite inferir que las infecciones están ocurriendo cinco o más años antes de su diagnóstico, es decir, en los límites de la adolescencia. Esta situación es crucial al enfrentar los desafíos del diseño de programas de prevención, ya que se encuentra arraigada una idea sobre la juventud como periodo eminentemente heterosexual, lo que deja por fuera de las acciones educativas y de prevención a los jóvenes HSH.

Desde la nueva lógica que opera para la vigilancia epidemiológica de segunda generación (en particular los estudios de comportamiento), se hace necesario: estimar de la manera más precisa posible el tamaño real de la población de HSH; continuar con estudios de seroprevalencia en grupos clave; profundizar en la implementación de metodologías cualitativas con informantes clave de estos grupos; caracterizar la variedad y diversidad de conductas sexuales asociadas a esta población (esto porque no en todas las relaciones sexuales entre varones se producen relaciones anales de penetración o inserción, que si no son protegidas tienen el mayor riesgo de transmisión del VIH); estimar la frecuencia y calidad de la utilización de preservativos y evaluar el impacto comportamental de las estrategias educativas y de prevención orientadas a esta población. Igualmente, se debe tener siempre presente la protección de los derechos humanos y la aten-

ción a los HSH particularmente vulnerables, como son los prisioneros, los travestis, los transexuales, los trabajadores del sexo, los migrantes y los usuarios de drogas endovenosas.

Carlos Cáceres, uno de los más reconocidos investigadores del tema del VIH entre hombres en América latina, concluye que la pandemia de VIH en el grupo de HSH puede calificarse de devastadora, considerando que este continúa siendo el grupo más vulnerable y que, por ende, requiere una respuesta social clara, efectiva y bien establecida. No hacerlo puede tener como efecto la sinergia de la epidemia de este grupo con las epidemias de VIH existentes en nuestra región, como la asociada a las compañeras sexuales de algunos HSH.⁵

Lecciones aprendidas

En la actualidad se ha hecho conciencia de que la infección se encuentra en una fase temprana de desarrollo y sigue sin estar claro cómo evolucionará en el largo plazo. Se han identificado y probado muchos enfoques eficaces para la prevención del VIH y se ha reconocido la necesidad de hacer particular hincapié en las poblaciones en situación de vulnerabilidad, en particular los HSH pero, dado que la distribución del riesgo y la vulnerabilidad varía mucho de una sociedad a otra —al igual que la capacidad de localizar y trabajar con la población vulnerable—, no hay por tanto un enfoque único de prevención que resulte eficaz en todas partes y con todas las personas. Para producir y mantener cambios de comportamiento eficaces a gran escala, es menester que los programas específicos de prevención abarquen muchos elementos, elaborados a partir de las propuestas de cada una de las poblaciones destinatarias, para tratar sus necesidades específicas y los factores que influyen sobre los cambios de comportamiento.⁶

La inversión en la prevención del VIH evita un incalculable sufrimiento humano y también sus consecuencias sociales y en el desarrollo, independientemente de las tasas de prevalencia de cada país. El aumento de la incidencia del VIH solo podrá detenerse con una expansión masiva de los esfuerzos de promoción y prevención. Es en este sentido en el que los programas para HSH se tornan fundamenta-

les y deben continuarse con cada generación de hombres que se aproximan a la madurez sexual y que la alcanzan, y que necesitan aprender a vivir satisfactoriamente con el panorama de la infección VIH /sida en sus vidas.⁷

Modelos de promoción y prevención empleados en la lucha contra el VIH/sida: transición del enfoque epidemiológico-conductual a una perspectiva político-económica

La transmisión sexual del VIH entre hombres tiene características muy particulares, ligadas a prácticas sexuales específicas, como son la penetración anal y el sexo oral (Guajardo estimaba en 2002 que por cada relación anal de penetración con protección se producen casi tres relaciones no protegidas, y que por cada episodio de sexo oral protegido, se producen 18 episodios no protegidos) como también a diversidad de situaciones psicológicas, sociales, culturales y políticas, que determinan las condiciones en que se realizan dichas prácticas. Esto pone de presente que los riesgos específicos de los HSH exigen políticas de prevención específicas para esta población.

El concepto de prevención no corresponde a una categoría única, sino que por el contrario, refleja las diferentes visiones de la realidad social imperantes en un momento determinado y se considera con carácter provisional en ausencia de una herramienta definitiva para controlar la transmisión del virus. La prevención de la infección se torna insuficiente y requiere de una lógica de anticipación mayor que en cualquier situación conocida anteriormente. Ante una epidemia tan cambiante, con tantos perfiles en coexistencia y frente a tantas situaciones de inequidad y estigmatización, ¿cómo brindar una perspectiva de prevención homogénea y transparente?

Esquemáticamente —y con fines didácticos— podemos describir tres modelos teóricos que se han utilizado para afrontar la prevención de la transmisión del VIH en estos años. Estos se han desarrolla-

do de manera secuencial, responden a distintas ópticas de la prevención, representan cada uno un mayor nivel de inclusión con relación al anterior y son utilizados en ocasiones de manera ecléctica, sin responder a las necesidades particulares de las poblaciones sujeto de las acciones.

Modelo epidemiológico-conductual

En la década de los años ochenta, la aparición de la epidemia del VIH/sida se consideró como un hecho social y de salud pública que tuvo efectos negativos sobre las representaciones y valoraciones de la sexualidad y el erotismo. El surgimiento de la epidemia determinó un retroceso en relación con las formas de entender la sexualidad y el erotismo que propició el restablecimiento de las ideas esencialistas y normativas sobre los comportamientos sexuales.*

La respuesta de los diferentes gobiernos, para contrarrestar los efectos nefastos de la epidemia, se tradujo en el diseño e implementación de políticas públicas por parte de sus sistemas nacionales o locales de salud. El examen de estas políticas gubernamentales iniciales permite comprender por qué las primeras acciones de prevención estuvieron signadas por un enfoque que denominamos epidemiológico-conductual. Debemos reconocer que fueron estas políticas, desde sus miradas normativas y prescriptivas, las principales promotoras de las ideas que relacionaron la transmisión del VIH con las identidades homosexuales. La finalidad de los discursos médicos no era únicamente contrarrestar los factores de riesgo, sino marcar los parámetros que distinguirían el ejercicio de una sexualidad normal de una sexualidad anormal.

La asociación entre sida y homosexualidad produjo como consecuencia inevitable que los programas de prevención y las acciones educativas se dirigieran, casi en su totalidad, a la población de hombres homosexuales (denominados en su momento “grupos de riesgo”). Esta homologación fue decisiva para configurar un discurso moralista sobre

* Esta situación trajo consigo la intolerancia y la marginación de las minorías sexuales y la estigmatización de las identidades sexuales y de las prácticas eróticas que difieren del paradigma heterosexual.

dichas orientaciones y para considerar la propagación de la infección como resultado de comportamientos sexuales desviados. Este hecho se confirma con la no inclusión de las conductas heterosexuales en la caracterización de los factores de riesgo; es decir no reconociendo a los hombres heterosexuales como sujetos que de igual manera están expuestos al contagio y que pueden ser transmisores del VIH.

Este modelo centrado en las conductas de riesgo individuales parte del supuesto de que las personas son sujetos racionales que consideran los costos y los beneficios de las diferentes alternativas de actuación en un momento dado, con la información que tienen a su alcance. Por esto, inicialmente los programas se concentraron en identificar los factores individuales que influyen en la transmisión del VIH. A las personas se les pedía que informaran sobre sus *creencias, sus actitudes y prácticas individuales*, y del conjunto de respuestas, mediante análisis verticales, se sacaban conclusiones y se agrupaban y categorizaban los denominados *factores de riesgo*.⁸

Se pasaba luego a la atribución de dichos factores a las personas, a la definición de las características epidemiológicas que eran relevantes para constituir los denominados *grupos de riesgo*. En lo que se refería a sexo más seguro, el modelo consideraba que una persona mide el riesgo presente de una determinada relación sexual, juzga sobre la eficacia y costo de las medidas de protección y toma decisiones acordes con qué hacer en dicha situación, como un acto voluntario para proteger la propia salud; el énfasis se centraba en procesos mentales individuales subyacentes a la toma de decisiones.

La metodología de los estudios epidemiológicos basados en CACP (conocimientos, actitudes, creencias y prácticas) permitía configurar procesos educativos y de difusión de información que se constituyeron en la finalidad de sus estrategias. Para sus gestores e impulsores, los aspectos evidenciados en las encuestas eran indispensables para lograr cambios conductuales individuales mediante la intervención de corte cognitivo sobre la información, la percepción del riesgo, la percepción sobre el control del propio comportamiento, la confianza en sí mismo y las actitudes de las distintas personas. El

énfasis estaba en la percepción o falta de percepción de los individuos, lo cual actuaba como disparador de un cambio hacia conductas saludables.⁹

Podemos afirmar que hasta finales de 1989 las políticas de información pública y las campañas de prevención tenían dos objetivos: el primero, consolidar el componente educativo y el segundo, fortalecer las acciones en comunicación. Estos serían los criterios principales a través de los cuales se podría conseguir un cambio y lograr respuestas adecuadas de los diferentes actores sociales. Con el transcurrir del tiempo se evidenció la poca efectividad de sus estrategias, motivo por el cual se llegó a considerar que los modelos basados en factores ligados a la percepción y comportamiento del individuo eran insuficientes en la lucha mundial contra el sida.¹⁰

Modelo antropológico-cultural

Ya hacia 1991 se puede percibir la superación de la perspectiva biologicista y biomédica fundamentada en el enfoque de riesgo. Por esta razón, las nuevas reflexiones tuvieron en cuenta los contextos ambientales y socioculturales donde se inscriben las personas. Este modelo hace hincapié en los significados que los sujetos les dan a las prácticas preventivas y de riesgo, a partir de su pertenencia a contextos culturales específicos. El cambio de paradigma se fundamentó en la insuficiencia del modelo anterior y en el examen del entorno personal y social de los individuos, lo cual permitió la inclusión de los diversos sentidos, escenarios y grupos de población en los diseños de programas. En este modelo se toman en cuenta las normas y valores sociales y se analiza su configuración específica en las diferentes culturas o subculturas.

Es decir, se consideró que la vulnerabilidad no era equiparable con una mera probabilidad (riesgo epidemiológico) sino que se encontraba también determinada por una combinación de factores culturales y sociales que influyen en la conducta de los individuos. Este cambio de perspectiva se tradujo en un replanteamiento de los factores de riesgo, que modificó la comprensión de la epidemia y la dimensionó como un problema social. En consecuencia, los programas abandonaron la categoría

de *grupo de riesgo* por ser estrecha, prescriptiva y segregacionista para cambiarla por la de *comportamiento de riesgo*.¹¹

Con esta nueva categoría se pretendía acabar con los prejuicios y la discriminación social hacia la orientación homosexual. La transmisión de la infección por VIH se convirtió en un acontecimiento que competía a todos los tipos de orientación y prácticas sexuales; de esta manera, se logró orientar las estrategias preventivas hacia la inclusión de las relaciones sociales y eróticas “para llegar a hombres que podrían no responder a los mensajes y programas dirigidos a la comunidad homosexual”. Esto permitió caracterizar el papel que desempeñan las personas en el control del VIH, toda vez que para lograr el éxito de las campañas se requiere la aceptación de una definición pública de riesgo y peligro y que los individuos consientan en el control de su propio comportamiento.^{12, 13}

El empleo de la categoría *comportamiento de riesgo* presenta al mismo tiempo un aspecto positivo y uno negativo. En relación con el aspecto positivo, hablar de comportamiento de riesgo es incorporar los peligros relacionados con el VIH a la realidad social dentro del universo móvil, dinámico e incierto del erotismo. El elemento negativo está asociado a la reducción del comportamiento de riesgo a la enumeración de las prácticas y conductas que se constituyen en factores predisponentes de transmisión del VIH, ocasionando la generalización de los comportamientos al no relacionarlos con las situaciones particulares de las personas. La taxonomía de los comportamientos de riesgo no ofrece una explicación de las relaciones entre estos y los contextos en que los individuos discuten y negocian sus experiencias eróticas. Tampoco logra dar cuenta de las decisiones —riesgosas o no— presentes en las situaciones reales y mucho menos delinear las características del grupo social al que pertenecen los individuos y desde donde ellos interactúan.

Reconocer el aspecto positivo y negativo de estas campañas de prevención sirvió de referente para transitar a otra fase del modelo, que exigía apreciar al riesgo no como un dato epidemiológico sino como un fenómeno social y psíquico que debía caracterizarse desde los elementos socioculturales y

contextuales, para entender que la aparición del riesgo y las percepciones que los individuos tienen de él se construyen en el seno de las situaciones en las cuales los sujetos valoran y desarrollan sus prácticas sexuales. En consecuencia, las nuevas propuestas de intervención desde este modelo consideraron los comportamientos de riesgo desde los diversos sentidos, escenarios y grupos de socialización en los cuales se inscriben e interactúan las personas e intentó modificar las normas y los valores que potencian los riesgos e impiden los comportamientos preventivos, a la vez que alentaba la promoción de aquellas normas y valores que hacen viables los comportamientos saludables.

La transformación de las percepciones se debió en parte a los aportes de los trabajos e investigaciones realizados desde las ciencias sociales, que se constituyeron en los elementos claves para caracterizar la complejidad de las conductas sexuales y exponer que las normas racionales para el control de los riesgos eran infructuosas. Su gran contribución fue integrar una mirada constructorista del diseño de los programas de prevención, permitiendo particularizar las estrategias y asimismo, adaptar las intervenciones de acuerdo con las singularidades, las particularidades y el entorno social de los individuos; pero al igual que en el modelo anterior, se pueden señalar algunas críticas. Dos de ellas se refieren a la tendencia culturalista y/o psicologista en las explicaciones de la pandemia, es decir, que representan una disociación de los significados atribuidos a las interacciones implicadas en las prácticas sexuales de las personas. Esto hizo necesario avanzar a una concepción que incluyera los aspectos estructurales como elementos clave para comprender y trabajar frente a la infección por el VIH.¹⁴⁻¹⁶

Modelo político-económico

Al final de la década de los noventa y al inicio del siglo XXI surge el modelo político-económico. Este modelo parte de la idea de que las desigualdades económicas y sociales están en la base de la epidemia y sostiene que estas constituyen importantes obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento hacia conductas saludables. Este

modelo desplaza la idea de riesgo individual por los conceptos de vulnerabilidad social e individual y de exclusión social. Las intervenciones preventivas están dirigidas hacia el activismo de base comunitaria movilizado para la defensa de los derechos de las minorías y de las personas afectadas. Se deja de analizar el riesgo percibido en términos de comportamiento individual para centrarse en la vulnerabilidad estructurada y condicionada socialmente.

Este modelo parte de la evidencia de que los sujetos se conducen no solo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de los recursos estructurales capitales y simbólicos con los que cuentan. Como lo señala Pierre Bourdieu, estos recursos se encuentran distribuidos de manera desigual en las personas y están atravesados profundamente por diferencias de clase.¹⁷

Las intervenciones estructurales, la movilización comunitaria y el empoderamiento colectivo derivados del modelo tienen en común su enfoque crítico sobre las causas económicas, políticas, culturales y sociales que determinan la dinámica de la epidemia por el VIH/sida. El riesgo individual se encuentra inscrito en una estructura que hace que algunos grupos sean más vulnerables que otros; por lo tanto, las acciones propuestas desde este modelo son necesariamente de largo alcance y más amplias que aquellas que solo buscan cambios de comportamiento individuales y que están dirigidas a cambiar incluso políticas que favorezcan la desigualdad y la injusticia.

El modelo político-económico de prevención, al desplazar el riesgo individual hacia el de vulnerabilidad social, lleva a una reacción frente a la epidemia del VIH/sida, incentivando un cambio social que posibilite la reforma de las estructuras de desigualdad. Según esta perspectiva, la reacción social debe apuntar a transformar las relaciones de género que hacen más vulnerables a las mujeres, a reformar una estructura económica que liga cada vez más al sida con la pobreza y los grupos marginales, a revertir la exclusión de la que son víctimas los usuarios de drogas y a superar la estigmatización de la homosexualidad que hace que los HSH continúen siendo víctimas preferenciales de la epidemia. El modelo

propone además que la prevención debe integrarse a la atención a las personas, no solo por razones humanitarias sino también de salud pública, lo cual trae como consecuencia la propuesta de integralidad en los programas de prevención-atención.

Los riesgos de este modelo pueden ser: el determinismo económico y social dado a la problemática del VIH/sida y el poco margen de maniobra que puede otorgar a los individuos, que a pesar del peso de las categorías estructurales, siempre tienen la posibilidad de ejercer ciertos niveles de resistencia frente a estas.

Los elementos propuestos en los dos primeros modelos se han incorporado en mayor o menor medida en la formulación de las campañas realizadas en el ámbito internacional en los últimos años, como lo ilustran las campañas de prevención lideradas por ONUSIDA en los años 2000-2001 (*Los hombres marcan la diferencia*) y 2002-2003 (*Viva y deje vivir*). En la primera de ellas se señaló que los hombres —tanto homosexuales como heterosexuales y bisexuales— son determinantes en la transmisión del VIH y en la segunda, que se debe superar la estigmatización y el rechazo a las personas que viven con VIH/sida para lograr un control adecuado de la epidemia.¹⁸

En particular, la campaña *Los hombres marcan la diferencia* consideró que las relaciones sexuales entre hombres son una realidad presente en nuestra sociedad y que las prácticas homosexuales se pueden experimentar entre dos homosexuales, entre un homosexual y un heterosexual, entre un bisexual y un homosexual y entre dos heterosexuales. Igualmente, que estas relaciones se pueden dar o no con el reconocimiento de una identidad homoerótica por parte de los participantes. Se sugiere entonces hablar de una *homosexualidad permanente* y de una *homosexualidad circunstancial* y se prefiere utilizar el concepto de *hombres que tienen sexo con hombres* (HSH). Al respecto, es pertinente señalar que para que la categoría HSH sea útil y válida dentro de un programa de prevención deberá estar sustentada desde una perspectiva constructorista del género y la sexualidad y llenarse de contenidos socioculturales alejados de los discursos esencialistas. Para que las acciones y políticas públicas

puedan hacerse cargo de estas nociones de sexualidad, deben dar cuenta de la naturaleza compleja de su objeto (ligado a prácticas subjetivas sociales) que escapa a las definiciones clásicas de la epidemiología y la salud pública. Está en construcción la incorporación de los elementos del tercer modelo a las acciones encaminadas a disminuir la epidemia.¹⁹

El contexto cultural de los estudios de sexualidad entre hombres

En América latina, son diversas y desiguales las publicaciones que dan cuenta del diagnóstico de la situación frente a la sexualidad masculina y las relaciones sexuales entre hombres. A finales del siglo XX se abrieron espacios ligados a la globalización que propiciaron intercambios y encuentros entre los representantes de las organizaciones de base comunitaria, las personas que viven con VIH/sida y los y las activistas de organizaciones que trabajan en torno a las identidades sexuales. Estos intercambios fortalecieron la capacidad de respuesta y propuesta de estos grupos locales.

Los desarrollos académicos que surgieron en este momento acompañaron las transformaciones sociales, políticas, económicas y culturales que se han dado en la región en las últimas décadas y que han contribuido a una relativa democratización de las relaciones entre hombres y mujeres y al cuestionamiento de los discursos vigentes sobre masculinidad. Muchas de las instituciones que respaldaban el predominio masculino en el campo de la política, la economía y el control de la reproducción sufrieron cuestionamientos que repercutieron sobre las representaciones de género y por ende, sobre la masculinidad.

Si bien, las representaciones de la masculinidad están cambiando, en el ámbito de la sexualidad se sigue esperando que los hombres sean activos, tengan más de una pareja y tiendan a controlar la frecuencia y la forma en que mantienen relaciones sexuales. Muchos grupos sociales continúan propiciando que los hombres adopten actitudes frente al riesgo que los llevan a rechazar los preservativos por considerarlos “poco masculinos”, a probar y a volverse adictos a las drogas inyectables y a ser

negligentes con la prevención y el tratamientos de las enfermedades de transmisión sexual. Pese a las transformaciones, a los desarrollos investigativos y a los intercambios ya mencionados, la homosexualidad continuó siendo tratada como una desviación de las prácticas e identidades sexuales “normales”, utilizando para ello argumentos de tipo jurídico, legal y biomédico. Teniendo en cuenta la extensión del VIH, se plantea la necesidad de enseñar que el autocuidado y el cuidado de los otros también es “cuestión de hombres”. En un período de aumento de los índices de infección por VIH—sobre todo entre los jóvenes—, se hace indispensable trabajar para cambiar los patrones culturales que aseguran que “los hombres de verdad” son aquellos que corren riesgos, incluidos los que afectan su salud.

Estos estudios muestran que ganar una comprensión más compleja de la sexualidad masculina exige estudiar no solo las prácticas sexuales de los varones sino también los contextos sociales, culturales, económicos y políticos en los cuales se producen estas prácticas, los sistemas sociales y culturales en los cuales adquieren significados y las redes de poder en las cuales están imbricadas. Sin embargo, existe una tendencia a asociar la masculinidad con la heterosexualidad y la actividad y la homosexualidad con la feminidad y la pasividad.²⁰

En gran parte de América latina, un hombre que penetra a otro hombre no deja de ser considerado viril (por el contrario confirma su hombría) y un hombre que es penetrado, casi siempre es estigmatizado como afeminado. Este esquema explica por qué muchos hombres declarados heterosexuales no admiten o no perciben haber tenido relaciones homosexuales. Su condición de penetradores les garantiza a sus ojos y socialmente su virilidad. Por otra parte, la discriminación y la hostilidad que existe en nuestra sociedad frente a la homosexualidad los induce a ser reacios en admitir su comportamiento. Y aunque el sexo entre hombres ocurre en todas las sociedades, las políticas gubernamentales y de salud colombianas no han tenido suficientemente en cuenta hasta el momento la necesidad de proteger a los hombres que tienen sexo con hombres y a sus parejas mujeres.

Paralelamente con esto, podemos apreciar en la región una expansión de las formas de representación de identidades en el campo de la diversidad sexual, situación que pone en evidencia la estrechez de las categorías homosexualidad, heterosexualidad y bisexualidad para dar cuenta de las diferentes identidades y prácticas homoeróticas en determinados contextos locales, económicos y lingüísticos. Por esto, se suele poner en duda la asociación casual y directa entre deseo sexual, comportamiento sexual e identidad sexual, observándose que existen aquí diversidad, complejidad y discontinuidades entre un determinado comportamiento y un sentido diferenciado de identidad sexual. Las investigaciones destacan la complejidad de la relación entre papeles sexuales, papeles de género e identidad, encontrando en ocasiones disidencias de la identidad, como en el caso de los travestis y otros HSH, en quienes la identidad no se genera solo a partir de elementos unívocos masculinos o femeninos.²¹

Una serie de trabajos realizados en Colombia y América latina señalan que la adopción de rasgos o comportamientos identificados como masculinos o femeninos, o de un papel pasivo o activo en las relaciones sexuales, es independiente de la orientación sexual.* En ese sentido se ha buscado mostrar que el comportamiento homosexual o heterosexual no está necesariamente asociado con un sentido diferenciado de identidad sexual. José Fernando Serrano, investigador de la Universidad Central, plantea que la “homosexualidad” es una categoría construida para referirse a ciertos aspectos de la vida de los seres humanos, que rebasa los componentes sexuales e implica toda una expectativa de vida y una forma de entender y sentir el mundo.²²

A partir de sus entrevistas con varones homosexuales de sectores medios urbanos colombianos, el autor concluye que no existe una sola homosexualidad sino una diversidad de situaciones, múlti-

ples géneros homosexuales donde interactuarían componentes femeninos y masculinos, variando de acuerdo con la vida de los individuos. Por otra parte, a través de sus prácticas, los homosexuales les otorgan nuevos significados a las categorías y papeles que la sociedad les impone. De esta manera resuelven la tensión entre la identidad que se les propone socialmente y la identidad que ellos elaboran y recrean. Otra situación interesante es aquella donde los hombres se encuentran en situación de confinamiento sin posibilidades de intercambio afectivo o sexual con mujeres (cárceles, fuerzas armadas, órdenes religiosas), escenarios donde se configuran unas complejas experiencias homoeróticas que dificultan particularmente las acciones de prevención del VIH/sida.²³

Las representaciones sociales dominantes del homoerotismo, así como la forma en que estas interactúan con las prácticas sexuales específicas son fundamentales. En un entorno machista, el estatus masculino debe reafirmarse constantemente y lo que simbólicamente lo amenaza se estigmatiza con crudeza. La exclusión social de lo homosexual compartida por la sociedad en su conjunto apenas empieza a subvertirse por la creciente difusión de valores acerca del respeto a la diferencia y la diversidad sexual, que cambian el discurso oficial, aunque no las prácticas más arraigadas.

Con base en los estudios revisados podemos concluir que la relación entre comportamiento sexual e identidad de género es de una gran complejidad y que las formas a través de las cuales se construyen las identidades sexuales —en este caso “homosexuales”—, en distintos contextos, dependen en gran parte de las categorías y clasificaciones disponibles en cada sociedad y cultura para abordar la sexualidad. El foco de los estudios se ha desplazado del comportamiento sexual en sí mismo hacia las situaciones sociales en las cuales se produce dicho comportamiento y hacia las normas culturales que lo organizan. Se ha hecho evidente que categorías como homosexualidad o heterosexualidad no reflejan la diversidad y complejidad de las experiencias sexuales vividas y se ha disociado el comportamiento homosexual o heterosexual de un sentido diferenciado de identidad de género.^{24, 25}

* Esta síntesis retoma elementos publicados en el segundo capítulo del libro de Mara Viveros, *De quebradores y cumplidores sobre hombres, masculinidades y relaciones de género en Colombia*, edición a cargo de Profamilia, Fundación Ford y el Centro de Estudios Sociales (CES) de la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Nacional de Colombia.

En lo concerniente a las acciones educativas dirigidas a HSH en América latina, diversas investigaciones producidas en los últimos años han evidenciado problemas de diferente índole, entre los cuales podemos identificar los siguientes:

- Los mensajes de prevención pierden de vista la complejidad de las motivaciones de los hombres para tener relaciones sexuales, así como los sentidos emocionales que se asignan a estas.
- Los planteamientos del sexo protegido o del uso del condón pueden resultar ofensivos por los supuestos que connota (de infidelidad, de tener infecciones de transmisión sexual, de desconfianza en la pareja) o por la complejidad de las interpretaciones que genera.
- El sexo no protegido se ve como facilitador de una mayor cercanía e intimidad con la pareja “estable” y se asumiría como una práctica normal, libre de riesgo.
- El cálculo del riesgo de los compañeros sexuales se sigue haciendo a partir de su apariencia de persona “sana” o “enferma” y esto induciría a tener sexo sin protección con muchos de estos compañeros que lucen aparentemente sanos.
- La baja autoestima, así como la clandestinidad de las experiencias sexuales (facilitadas por alcohol o drogas) a las que se enfrentan muchos hombres afectan la capacidad cognitiva y emocional de los sujetos para adoptar conductas preventivas.
- La dificultad de la incorporación del uso del condón en muchos de los escenarios de la sexualidad homoerótica, ya que otros riesgos estarían presentes en dichos escenarios y se valorarían como más importantes (como la integridad física, el riesgo de ser detenidos y encarcelados, el riesgo de perder la oportunidad del encuentro sexual).
- No todos los HSH están preparados para mensajes directos y contundentes, y por tanto, muchos de ellos requieren mensajes o aproximaciones elípticas.

En relación con los anteriores planteamientos, se establece que una estrategia de intervención en HSH debería estar constituida por un discurso que promueva el respeto y la equidad de género, revalore

la sexualidad y permita la libre expresión y ejercicio de las diversas orientaciones sexuales. Igualmente, se pretende cuestionar aquellos factores que reproducen actitudes y conductas negativas e intolerantes hacia las identidades homosexuales y se apunta a la desestigmatización de la orientación homosexual.²⁶

En consecuencia, se dejarán de plantear generalizaciones sobre la identidad homosexual y se abordará a los hombres homosexuales como un grupo heterogéneo, con diferentes estilos de vida y distintas representaciones.*

La construcción de comunidades gays y de espacios culturales que permitan el desarrollo de identidades homosexuales desde más temprano contribuirá a que los HSH desarrollen mejores percepciones sobre el valor de su vida y, por ende, se esfuercen más en conservarla.

Referencias

1. UNAIDS. Report on the global HIV/aids epidemic. Geneve: UNAIDS; 2003.
2. Calleja JM, Walker N, Cuchi P, Lazzari S, Ghys PD, Zacarias F. Status of the HIV/aids epidemic and methods to monitor it in the Latin America and Caribbean region. *AIDS* 2002; 16 (suppl 3): S3-12.
3. Scwartlander B, Coutinho R, Loures L. The HIV / aids epidemic in the Latin America and Caribbean region. *AIDS* 2002; 16 (Suppl 3): S1-2.
4. Pando MA, Maulen S, Weissenbacher M, Marone R, Duranti R, Salomón H, et al. High human immunodeficiency virus type 1 seroprevalence in men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina: risk factors for infection. *Int J Epidemiol* 2003; 32(5):735-740.
5. Cáceres C. HIV among gay and other men who have sex with men in Latin America and the Ca-

* Dentro del grupo homosexual, se presentan otros subgrupos con algunas circunstancias únicas que les son propias; sin embargo, la caracterización de este grupo se dificulta debido fundamentalmente a que no existe una personalidad homosexual como tal, ni características psicológicas específicas de homosexuales, ni tampoco características físicas que permitan diferenciar homosexual de heterosexual.

- ribbean: a hidden epidemic? *AIDS* 2002; 16 (Suppl 3): S23-S33.
6. Cáceres C, Pecheny M, Terto V, eds. Sida y sexo entre hombres en América latina: vulnerabilidades, fortalezas, y propuestas para la acción - perspectivas y reflexiones desde la salud pública, las ciencias sociales y el activismo. Lima : UPCH; 2002.
 7. Castro A. Determinantes sociopolíticos de la infección por VIH: violencia estructural y culpabilización de la víctima [Conferencia]. En: Segundo Foro Latinoamericano de VIH / sida; La Habana, abril 10 de 2003.
 8. Sevilla E. Modelos analíticos de las ciencias sociales para prevención de infección por VIH. En: Cinco estudios antropológicos sobre el mal de amores en la ciudad de Cali. Cali: CIDSE, Universidad del Valle; 1999. (Documento de Trabajo Cidse, 44). Disponible en: <http://socioeconomia.univalle.edu.co/cidse/documentos/download/pdf/doc44.PDF>.
 9. Calvez M. Los usos sociales del riesgo. Elementos de análisis cultural del sida. Posadas (Arg.): Universidad Nacional de Misiones; 1998.
 10. Sevilla E. Dueños de sí y de sus deseos: Estudio sobre la sexualidad de los colombianos y su vulnerabilidad al VIH. Cali: CIDSE. Facultad de Ciencias Sociales y Económicas. Universidad del Valle; 1995.
 11. Sevilla E. Perfiles de la sexualidad: a propósito de las diferencias entre hombres y mujeres en Colombia. *Estudios Demográficos y Urbanos* 1997; 34/35: 261-306.
 12. Lamas M. Explicar la homofobia. *Rev Letra S* 1996; 2. Disponible en: <http://www.orgullogay.cl/arti3.htm>
 13. Kimmel M. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En: Valdés T, Olavarría J. (eds). *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, FLACSO; 1997.
 14. Finkielkraut A, Bruckner P. El nuevo desorden amoroso. Barcelona: Anagrama; 1979.
 15. Fuller N. No uno si no muchos rostros. Identidad masculina del Perú urbano. En: Viveros M, Olavaria J, Fuller N. (eds). *Hombres e identida-*
 - des de género. Investigaciones desde América latina. Bogotá: Centro de Estudios Sociales, Universidad Nacional; 2001.
 16. Viveros M. Género y salud reproductiva en Colombia. En: Franco S. (ed). *La salud pública hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 481-493.
 17. Téllez G. Pierre Bourdieu: conceptos básicos y construcción socioeducativa. Claves para su lectura. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional; 2002.
 18. ONUSIDA. El sida y las relaciones sexuales entre varones. Ginebra: ONUSIDA; 2000.
 19. Giddens A. La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas. Madrid.: Cátedra; 2000.
 20. Castañeda I, Astrain ME, Martínez V, Sarduy C, Alfonso A. Algunas reflexiones sobre el género. *Rev Cubana Salud Pública* 1999; 25(2): 129-142. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol25_2_99/spu04299.pdf
 21. Parker R. Hacia una economía política del cuerpo: construcción de la masculinidad y la homosexualidad masculina en Brasil. En: Valdés T, Olavaria J. (eds). *Masculinidades y equidad de género en América latina*. Santiago de Chile: Ed. Flacso. FNUAP; 1998.
 22. Serrano J. La organización social de la masculinidad. En: Valdés T, Olavaria J. (eds). *Masculinidad/es. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional, FLACSO; 1997. p. 31-48.
 23. Serrano J, Corredor A. Diversidad cultural y homosexualidades [Ponencia]. En: Simposio Sexualidad y Construcción de Identidad de Género. VII Congreso de Antropología en Colombia; Universidad de Antioquia, Medellín, 1994.
 24. Scott J. El género como categoría útil para un análisis histórico. En: Lamas M. (comp.). 2ª ed. *La construcción de la diferencia sexual*. México: PUEG / UNAM; 2001.
 25. Viveros M. El término “género” y sus avatares. [Manuscrito inédito]. 2003.
 26. ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia de VIH /sida: Diciembre de 2002. Ginebra: ONUSIDA; 2002.