

▪ YESICA YOLANDA RANGEL FLORES

Narrativas del riesgo respecto del VIH/sida en México. De letal a crónica y del estigma a los derechos humanos

RESUMEN

Este artículo recopila las narrativas respecto del riesgo de VIH/sida que se han construido en México, argumentaciones y retóricas que han guiado sobremedida la respuesta social y política que se ha dado al riesgo en nuestro país. La revisión acota los distintos sexenios presidenciales en los que la enfermedad ha formado parte de la agenda como problema de salud pública, conscientes de que la respuesta institucional en la comunicación y gestión del riesgo ha mantenido un vínculo estrecho con la corriente ideológica de quienes asumen el poder, organizaciones civiles y medios que se involucran activamente en la comunicación y gestión del riesgo. Los discursos recuperados permiten evidenciar que el VIH/sida y el riesgo asociado a éste se han perfilado en función de una multiplicidad de intereses políticos y sociales que buscan legitimar ideologías y valores de grupos religiosos o políticos en momentos históricos específicos.

PALABRAS CLAVE: NARRATIVAS DE RIESGO, VIH/SIDA, VIH/SIDA EN MÉXICO

ABSTRACT

This article is a compilation of narratives about the risk of HIV/AIDS that have been produced in Mexico, arguments and rhetorical that has guided greatly, social and political response that has occurred in our country regarding risk. The review allude the distinct presidential sexenios where the disease has been part of the agenda as a public health problem, being aware of the institutional response on communication and risk management, maintaining close ties with the ideological trend of power holders, civil organizations and media industry that are actively involved in the communication and risk management. Speeches retrieved let show how HIV/AIDS and the risk associated with it, has emerged based on a multiplicity of social and political interests that seek to legitimize ideologies and values of religious or political groups in specific historical moments.

KEYWORDS: RISK NARRATIVES, HIV/AIDS, HIV/AIDS IN MEXICO

Recepción: 24 de enero de 2013.
Dictamen 1: 21 de marzo de 2013.
Dictamen 2: 22 de abril de 2013.

NARRATIVAS DEL RIESGO RESPECTO DEL VIH/SIDA EN MÉXICO. DE LETAL A CRÓNICA Y DEL ESTIGMA A LOS DERECHOS HUMANOS

YESICA YOLANDA RANGEL FLORES*

El interés por realizar esta revisión obedece a la necesidad de reflexionar sobre la enfermedad como un proceso social que al tener lugar en contextos históricos y sociales específicos se sostiene en representaciones sociales y simbólicas que cuando son confrontadas en los distintos campos sociales (Iglesia, Estado, sociedad) complejizan tanto la construcción social respecto del padecimiento como las respuestas de la sociedad y el Estado en relación con ella.

Analizar los discursos institucionales que a lo largo de la historia han surgido acerca del riesgo de VIH/sida resulta imprescindible, debido principalmente a que dichos discursos tienen tres implicaciones relevantes: 1) poseen el potencial para favorecer u obstaculizar la construcción que del riesgo puede elaborar un grupo específico, 2) tienen la fuerza para determinar las directrices que dan pauta a la gestión del riesgo, lo que, en consecuencia, impacta en las narrativas que la sociedad adopta respecto de una amenaza específica y 3) muestran las posturas que el Estado e instituciones han privilegiado en los diferentes contextos históricos, dado que las instituciones funcionan como dispositivos instrumentales para legitimar determinado orden social (Foucault, 2006: 359).¹

La decisión metodológica de abordar este asunto conforme a sexenios presidenciales se ha considerado pertinente tras identificar que la respuesta institucional para la comunicación y gestión del riesgo ha mantenido históricamente un vínculo estrecho con la corriente ideológica de quienes asumen el poder, las relaciones

* Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Enfermería. Correo electrónico: yrangelmaestria@hotmail.com

¹ Foucault (2007: 359) desarrolla el concepto de *biopolítica* para abordar la manera en que desde el siglo XVIII se ha procurado atender desde la gubernamentalidad las problemáticas de una población específica (salud, higiene, longevidad, etc.).

Estado-Iglesia y Estado-educación, e incluso con la voz que se dé o se quite a medios de comunicación y organizaciones civiles que se involucran activamente en la comunicación y gestión del riesgo.

1982-1988. DE JOTOS Y PUTAS, UNA ENFERMEDAD QUE CALLA EL ESTADO, CONDENA LA IGLESIA Y MINIMIZA EL SISTEMA DE SALUD

Aunque los primeros datos de la epidemia se registraron hacia 1981 en Estados Unidos, no fue hasta septiembre de 1983 cuando México reportó los primeros casos coincidentes con los diagnosticados como sida en Estados Unidos y París; se trataba de catorce sujetos, de los cuales cuatro referían prácticas homosexuales y cinco confirmaban el antecedente de movilidad migratoria hacia esos países (Alarcón, 2003).

Pese a la identificación de casos, el Estado se mostró cauteloso en aceptar la llegada de la epidemia a México. No fue hasta el 22 de julio de 1984 cuando Martín Campuzano, director del Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán (INNSZ), confirmó la existencia de casos. En este contexto, mientras los Servicios Estatales de Salud mostraban una actitud ambigua con respecto de la comunicación y la gestión del riesgo, la Iglesia aludía a la enfermedad como consecuencia del ejercicio de conductas satanizadas (homosexualismo, bisexualismo y toda práctica sexual que no persiguiera la reproducción) a lo largo de la historia, lo que impulsó la construcción de un estigma sobre la enfermedad y los afectados.

El 31 de agosto de 1984, Girolamo Prigione, delegado apostólico del Vaticano en México, en su discurso se refirió al VIH como un “castigo divino”: “La naturaleza toma venganza y esto es la prueba evidente, no se puede justificar el vicio, y el homosexualismo es uno de los vicios más grandes que sanciona la Iglesia” (*Excelsior*, 1984, agosto 31, cit. por Aguirre y Rendón, 2008).

Estos discursos encontraron respaldo en el ámbito científico. El Centro de Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) publicó que el patrón de transmisión por vía sexual del VIH ocurría sólo en relaciones de tipo homosexual, afirmación que fortalecía el imaginario de una enfermedad de sujetos con comportamientos sexuales “anormales” (Ponce *et al.*, 1998).

Los servicios de salud asumían una postura ambigua respecto de la enfermedad: por un lado, preferían guardar silencio para no desencadenar pánico en la población y, por otro, hacían declaraciones que, pretendiendo apaciguar la inquietud, sólo

confundían más la construcción de un riesgo incipiente. Ejemplo de lo anterior son las declaraciones emitidas el 3 de septiembre de 1985 por actores del ámbito sanitario: “Con 50 casos de sida en el país o 100 si se quiere pensar en los que escapan al diagnóstico, no tiene sentido distraer grandes recursos económicos o humanos como ocurre en Estados Unidos para combatir e investigar el mal, hay otros padecimientos que son prioridad” (Guillermo Ruiz Palacios, INNEZ. *El Universal*, 1985, agosto 12, cit. por Juárez y Fernández, 2002). “La enfermedad se presenta en homosexuales, promiscuos y drogadictos en un 92%” (doctor Cipriano Borges Cordero, *Siempre*, 1985, agosto 21, cit. por Juárez y Fernández, 2002).

En este sentido, pese a que la epidemia surgió y se ha desarrollado con un número importante de víctimas, Miguel de la Madrid, entonces presidente de México, continuaba renuente a incorporar la palabra “sida” en su discurso, medida que algunos creían que era necesaria para no desatar pánico en la ciudadanía y otros mencionan que derivaba de su personalidad arraigadamente católica (Blancarte, 2004: 72).

En agosto de 1985, la Secretaría de Salud decidía tomar medidas acerca de la gestión del riesgo; el infectólogo Juan Antonio Román publicó un comunicado que legitimaría un estigma ya bastante consolidado: “Hemos decidido llevar a cabo un plan de emergencia tanto en la Zona Rosa como en los principales centros turísticos, se harán redadas en los lugares de reunión gay, se exigirán en ellos severas medidas de higiene y se someterá a los homosexuales a los estudios médicos necesarios” (*Cuestión*, 1985, agosto 21, cit. por Juárez y Fernández, 2002).

Posicionar a homosexuales como grupo “de riesgo” desató una serie de circunstancias que violentaron los derechos humanos de los no heterosexuales, y empresas privadas obligaron a sus empleados a realizarse exámenes de sangre, con libertad plena para prescindir de los servicios de personas infectadas; todo ello frente a la impotencia de una sociedad y de un Estado carente de sustento jurídico para emprender medidas al respecto (Núñez, 2007: 38).

En un contexto en extremo intrincado por acontecimientos sociales, las estrategias en materia de contención de la enfermedad tuvieron que esperar hasta 1986, año en que se propuso la obligatoriedad del estudio de VIH en todo disponente de sangre, se impulsaron campañas para la donación altruista, se agregó el sida en la lista de enfermedades sujetas a vigilancia epidemiológica (artículo 134) y se conformó el Comité Nacional para la Prevención y el Control del Sida (Soberón, 1988).

Entre las medidas necesarias para confrontar la epidemia, se exigía la promoción y la distribución gratuita de condones, dos estrategias que desencadenaron conflictos importantes entre el poder eclesiástico y grupos conservadores y el

Estado. Los monopolios empresariales, con sus ideologías conservadoras, boicotearon las campañas del uso del condón en televisión abierta argumentando que incitaban a la relajación de la moral, y opinaron que la eficacia del condón no sustituía la virginidad y la abstinencia sexual como únicos medios para evitar la enfermedad (Rico, Bronfman y Del Río, 1995). La indignación por esta promoción hizo que la Iglesia y grupos conservadores renombraran “preservativo” al condón y lo conceptualizaran un “adminículo, que arrastra a los jóvenes por el lodo” (Monsiváis, 2007: 37).

El riesgo era contemplado en sus inicios como un asunto meramente individual, lo que justificó que en 1987 se impulsara el primer modelo de exploración epidemiológica, el CACP, importado de Estados Unidos, que, sin evaluar su pertinencia en nuestro contexto cultural, buscaba comunicar y gestionar el riesgo clasificando a la población según su comportamiento en grupos con distintos niveles de riesgo.

El Consejo Nacional para Prevención y Control del Sida (CONASIDA) enfocó su esfuerzo en mujeres y varones dedicados al sexo comercial, medida que sería rechazada por la Iglesia y grupos conservadores aludiendo que la regulación y la vigilancia del ejercicio de la prostitución equiparaban la “tolerancia” del Estado y la de la sociedad con actividades “altamente inmorales” y amenazantes de las “buenas costumbres”.

En este contexto social, pese a la resistencia de los grupos más conservadores, ese mismo año salieron a luz pública las dos primeras campañas preventivas de la enfermedad; una dirigida a la población general, “Disfruta del amor, hazlo con responsabilidad”, y otra dirigida a la población gay. Se impulsó también la creación del servicio TELSIDA y se organizó el primer congreso nacional sobre VIH/sida (Rico, Bronfman y Del Río, 1995).

1988-1994. LA SUSTITUCIÓN DE “SUJETOS DE RIESGO” POR “PRÁCTICAS DE RIESGO” Y LA CONSTRUCCIÓN SIMBÓLICA DEL CONDÓN

Durante el sexenio de Salinas de Gortari ocurrieron dos hechos relevantes que confrontaron la postura del Estado respecto al VIH/sida. Por un lado, las prácticas neoliberales fortalecieron el comportamiento epidemiológico de la enfermedad; por otro, la respuesta incipiente que se había dado frente a la enfermedad en el sexenio anterior se fortalecería promoviendo la institucionalización de la enfermedad en México.

En relación con el primer punto, es necesario referir tres decisiones tomadas desde el Estado que complejizaron el perfil epidemiológico de la enfermedad: 1) la privatización de empresas estatales, que redundó en tasas más altas de desempleo, 2) la reforma del artículo 27, que impulsó una crisis del campo como consecuencia del desmantelamiento del ejido y el retiro de apoyos agropecuarios, y 3) la modificación del artículo 3° constitucional, que otorgaba reconocimiento a la Iglesia para participar en la educación del pueblo (Ortega, 2004).

Con la privatización de empresas estatales se agudizó el problema del desempleo, situación que, aunada a la crisis del campo, impulsó la emigración internacional, un proceso con el que se ha vinculado históricamente el crecimiento exponencial de la epidemia y en particular su llegada a las localidades rurales (Martínez *et al.*, 2005; Rangel *et al.*, 2006). Con el incremento de la emigración a Estados Unidos, los migrantes se instituyeron como un nuevo grupo “de riesgo”. Las prácticas sexuales promiscuas y desprotegidas, el consumo de sexo comercial y la administración de drogas con jeringuillas compartidas fueron sólo algunas de las prácticas “de riesgo” que se les adjudicaron.

La llegada de la epidemia a espacios rurales brindó elementos para que el discurso legítimo incluyera nuevos “sujetos” y “prácticas de riesgo”, con lo cual se hizo compleja la noción de la enfermedad que epidemiológicamente se había logrado. La heterosexualidad, que se identificaba como la principal forma de contagio en el ámbito rural, dejaba al descubierto tanto la recurrencia de prácticas bisexuales en varones rurales como la vulnerabilidad de las mujeres que los esperaban en sus localidades de origen (Magis *et al.*, 1995).

En un contexto en el que Carlos Salinas de Gortari no incorporó el término VIH/sida en su discurso de toma de posesión como presidente en 1988 (Carlos Monsiváis, cit. por Brito, 2010), la Secretaría de Salud realizaba campañas de promoción del uso del condón, con el apoyo de personajes de la televisión. Esta estrategia fue boicoteada por la Iglesia y grupos conservadores, postura intransigente que encontró respaldo en discursos científicos como los del doctor Willian Blattner, director del Departamento de Epidemiología viral de Bethesda, Estados Unidos.

Favorecer el uso del preservativo revelaría un error, puesto que sólo hace aumentar los comportamientos arriesgados, exactamente como poner jeringuillas a disposición de los tóxico-dependientes [...] difundir el uso de profilácticos es un gran error, porque contribuye estadísticamente a aumentar las relaciones sexuales de todo tipo, y en consecuencia, aumentan también las posibilidades de contraer el sida (Blattner, 1989).

El reconocido catedrático de psicopatología Aquilino Polaino aseguraba:

Yo he tratado a muchos pacientes con sida que habían utilizado preservativos y puedo decirles que es un error combatir la difusión del sida mediante el uso de preservativos, el resultado final es que por la multiplicación de contactos sexuales, aumenta el riesgo de contraer el sida. El uso del condón genera un hábito de comportamiento, y a través de éste, una mayor facilidad para obrar con mayor frecuencia, así [...] propiciar su uso multiplica la probabilidad de que en un futuro los usuarios establezcan más relaciones sexuales (Polaino, 1994).

Las posturas ideológicas de confrontación con respecto del riesgo serían claves para que la manera de abordar el riesgo por los Servicios de Salud comenzara a transformarse en 1989. Tímidamente se empezó a reconocer las bondades de la aproximación cualitativa (Valdespino e Isazola, 1993). Los investigadores sociales abogaban por el reconocimiento de los “sujetos en riesgo”, es decir, personas que, con independencia de que participasen o no en los denominados “comportamientos de riesgo”, resultaban infectadas, ya sea por transfusiones sanguíneas o por el encuentro heterosexual con parejas “estables”.

Para 1989, el grupo de sujetos vulnerables se había reconfigurado y nuevos actores se colocaban en escena, lo cual se evidenciaba en un artículo publicado en la *Revista Salud Pública de México*: “Los grupos de riesgo para desarrollar sida incluyen a homosexuales, bisexuales, multitransfundidos, adictos a drogas por vía intravenosa, parejas sexuales de cualquiera de estos grupos, así como los hijos de madres portadoras de VIH” (Álvarez *et al.*, 1989).

Reafirmando el interés por vigilar el respeto de los derechos humanos de los infectados, en 1992 se instituyó en el CONASIDA el Departamento de Orientación Social y Derechos Humanos, cuya función era asesorar las demandas sociales y de derechos humanos de las personas que vivían con el padecimiento, considerando que en el periodo 1992-1994 se había dado respuesta a 2 551 demandas sociales y de violación de los derechos humanos, de las cuales entre 49 y 50 por ciento correspondieron a violaciones por parte del personal de salud (CONASIDA, 1994).

1994-2000. DE MORTAL A CRÓNICA. EL RECONOCIMIENTO DE QUE EL RIESGO SE COMPLEJIZA DESDE LA CULTURA

En el sexenio de Ernesto Zedillo continuaron fortaleciéndose las acciones dirigidas a frenar el desarrollo de una epidemia que se hacía cada vez más compleja, no sólo desde lo biológico, sino incluso desde lo político. El llamado “error de diciembre” trajo consigo una reducción importante del presupuesto para salud y educación, dos sectores a los que la Organización Mundial de la Salud (OMS) apostaba para confrontar de manera eficiente la epidemia.

La limitación económica en el país se haría aún más compleja con la declaración de la United States Agency Development (USAID) acerca de la imposibilidad de continuar la donación a México de cuatro millones de condones al año, condición que implicaba un reto monetario exorbitante para un Sistema de Salud Mexicano carente de recursos por hallarse en una de las crisis económicas más aguda de la historia (Murillo, 1996).

En 1995 se formalizó la vinculación entre el Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Sida (CONASIDA), la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), una estrategia necesaria para potenciar el éxito en el control de la epidemia. Con la incorporación de las dos últimas instituciones, terminaba por aceptarse que la complejidad de la contención de la epidemia derivaba tanto de una deficiente educación sexual como del estigma que se había construido alrededor de la enfermedad, con la alusión constante a “grupos” y “prácticas de riesgo” (De la Fuente, 1996).

La postura del doctor De la Fuente respecto de la epidemia resultaba distinta a la de sus antecesores; parecía reconocer que la complejidad de la epidemia no radicaba únicamente en lo biológico y viral, sino también en el marco cultural y social. Con la inclusión de nuevos marcos disciplinarios se planteaba asimismo una reconfiguración de la epidemia, se posibilitaba la inserción de nuevos discursos respecto de la enfermedad, politizarla y, finalmente, problematizarla en entornos sociales reales.

Hemos aprendido una enorme cantidad de cosas acerca del virus y del padecimiento, sabemos con precisión cómo se transmite y tenemos en nuestro haber un gran acervo de conocimiento biomédico, sin embargo, nos faltan aún aquellos que permitan diseñar mecanismos preventivos más eficientes [...] es necesario profundizar en aquellas investigaciones que generen conocimientos y herramientas para lograr conductas y

comportamientos de menor riesgo, pues no tenemos, hasta el momento, estrategias preventivas suficientemente eficaces como para modificar este tipo de comportamientos (De la Fuente, 1996).

Pese al reconocimiento de la necesidad de incidir desde la educación en la prevención de la enfermedad, persistían actitudes conservadoras, como la observada en Guadalajara el 13 de agosto de 1996, cuando agentes de la policía invadieron oficinas de la organización no gubernamental Ser Humano, dedicada a la lucha contra el sida, con “la finalidad de realizar una redada, puesto que se iban a reunir homosexuales en un curso sobre sexo protegido, en el cual seguramente se iban a realizar orgías” (González, 1991).

Pero la lucha Estado-Iglesia y conservadores no era absoluta. Políticos del ala conservadora (del Partido Acción Nacional) se unieron a la indignación de la Iglesia católica y respaldaron al obispo Rafael Muñoz Núñez en cuanto a su oposición a los contenidos de educación sexual en los libros de texto gratuito del Instituto de Educación de Aguascalientes (IEA).

Los libros no tienen los criterios morales, humanos y básicos para educar sexualmente, por lo que se caerá en un desgarrate que va a llevar a la corrupción [...] se ha desarrollado una campaña de educación sexual supuestamente para prevenir el sida, pero con base en anticonceptivos y condones, lo que sólo conduce a un fracaso y a promover que haya un incremento de hijos fuera del matrimonio (Vargas, 1996).

En un contexto de resistencia a la comunicación y gestión del riesgo, en 1998 el Sistema Nacional de Salud, en conjunción con organizaciones civiles, lanzó la campaña “Lazo rojo”, cuyo objetivo era sensibilizar a la población para el uso del condón, así como favorecer la apertura de los actores a la información preventiva de la enfermedad (Engle, 2000).

Los argumentos que buscaban desalentar la utilización del condón se producían desde todos los ámbitos, incluso desde la ecología; baste recordar el artículo que Carlos Castillo Peraza publicó en marzo de 1997 en *Proceso*, “Reflexiones condecológicas”: “Los mil y pico de millones de condones desechados obstruyen los sistemas de drenaje [...] si cada condón usado mide dos milímetros de alto, con los 1,040 millones de condones anuales se podría hacer una torre de 2,080 kilómetros de alto”.

Una nueva polémica mundial cimbraría el conocimiento alcanzado en materia de VIH/sida. En junio de 1999, Mark Pierpoint hizo pública su renuncia a la coordinación del programa de prevención de VIH/sida en Florida, Estados Unidos, por la imposibilidad moral para continuar una promoción de la salud “impertinente” para la realidad del sida. Argumentó que grandes empresas ocultaban información relevante para el control y la prevención de la enfermedad con la finalidad de continuar obteniendo ganancias de la situación de los afectados (Sánchez, 2001).

2000-2006. EL RECONOCIMIENTO DEL ESTIGMA EN EL CONTROL DE LA EPIDEMIA. LA LUCHA POR EL RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS

La llegada de Vicente Fox a la presidencia de México rompió con la hegemonía que durante setenta y dos años había sostenido el Partido Revolucionario Institucional (PRI); en dicho sentido, sembraba expectativas en todos los ámbitos del desarrollo social. Sin embargo, también se generaba ansiedad por la respuesta que tendría el representante de un partido conservador (Partido Acción Nacional) ante un padecimiento estigmatizado desde lo moral.

La respuesta de Vicente Fox ante la enfermedad fue notoriamente distinta a la de sus antecesores, lo cual se atribuyó a la consejería de Julio Frenk Mora, secretario de Salud durante ese periodo. Entre los aciertos que se reconocieron en relación con la enfermedad durante este sexenio estaba el incremento del presupuesto para la prevención del VIH/sida, la protección social en salud a población infectada mediante la figura del Seguro Popular y el énfasis en el combate a la discriminación y estigma de los afectados por el VIH/sida.

Pese a los esfuerzos realizados por el respeto a los derechos humanos de los enfermos de VIH/sida, los eventos de discriminación y violencia institucional continuaban evidenciándose; sirva para ejemplificarlos la declaración del entonces ombudsman de Yucatán, Omar Ancona Capetillo: “A los enfermos de Sida se les debe disparar a matar, si pasan la línea. El gobierno tiene el derecho de hacer esto, además es su obligación velar por el bienestar de los ciudadanos” (Reim, 2001). Esta declaración generaría polémica y obligaría a la cohesión de organizaciones civiles, intelectuales y representantes de programas estatales y de organismos internacionales, que exigieron al Congreso no ratificar a Ancona Capetillo como

titular de la Comisión de Derechos Humanos en Yucatán. Fue obligado a dejar el cargo en agosto del mismo año.

Uno de los logros durante el sexenio fue la consolidación exitosa de las principales asociaciones civiles, que se evidenció, por ejemplo, en la audiencia con el presidente Vicente Fox que éstas organizaron en noviembre de 2003, cuando quince representantes de la sociedad civil y enfermos de VIH/sida hablaron de la necesidad de combatir la discriminación, el estigma y, en particular, de impulsar reformas en la legislación laboral que garantizaran seguridad y oportunidades para el empleo en los sujetos infectados.

En diciembre de 2003, autoridades de CONASIDA, en colaboración con otros especialistas, problematizaban la feminización de la epidemia reconociendo el papel de variables sociales y culturales en la práctica sexual de mujeres mexicanas.

Las condiciones estructurales de desigualdad en las que viven las mujeres son el principal factor de su vulnerabilidad [...] sus vulnerabilidades son biológicas, epidemiológicas, sociales y culturales [...] las mujeres continúan teniendo menos acceso a la educación y al trabajo asalariado, lo que las hace más dependientes y con menor acceso a servicios de salud [...] en la sexualidad se evidencian relaciones de poder culturalmente determinadas que inciden en las representaciones, valores y discursos socialmente construidos que orientan la práctica de la sexualidad.

El 22 de septiembre de 2004 es una fecha que trascendería por la carga simbólica que implicó: Vicente Fox se convertía en el primer presidente que dirigió una reunión de CONASIDA. Este hecho evidenció por primera vez el reconocimiento del Estado respecto de su responsabilidad en la contención y el control de la epidemia. Los compromisos establecidos en reuniones entre la Presidencia y organizaciones civiles pronto serían atendidos; para octubre de 2004, Frenk Mora anunciaba la incorporación del VIH/sida en el fondo de gastos catastróficos, medida con la que se reconocía de manera oficial la transformación del sida de enfermedad mortal a crónica (Redacción Notiese, 2004). Infortunadamente, en breve la intención del Estado se vería empañada cuando el 3 de febrero de 2005 el diario *La Jornada* publicó:

Obligatorio, que aspirantes a ingresar al Ejército se sometan a prueba de VIH: Fox convalidó la disposición, la cual busca filtrar a portadores de sida [...] El Reglamento de Reclutamiento de Personal para el Ejército y la Fuerza Aérea Mexicana, suscrito por el presidente Vicente Fox, enfatiza —en sus artículos 18, 20 y 21— que para el ingreso de

nuevos conscriptos será obligatorio que la institución castrense les practique la prueba del VIH para constatar que se encuentran sanos y útiles para el servicio de las armas (Medina, 2005).

Así, el discurso del Estado en relación con la epidemia cayó en ambigüedad y restó legitimidad al discurso institucional evidenciando la participación del Estado en prácticas estigmatizadoras y discriminatorias. Esta percepción se hizo más compleja en abril de 2005, cuando se hizo público el desvío de recursos por el entonces presidente de la Comisión de Presupuesto y Cuenta Pública de la Cámara de Diputados, Luis Pazos, quien reasignó una partida presupuestal federal del programa contra el VIH/sida, por 30 millones de pesos, a Provida, grupo ultraconservador que en su propuesta atentaba contra los principios que sostenían la prevención de la epidemia, renunciaba a la educación sexual abierta y a la promoción del uso del condón (Gozzo, 2006: 15).

2006-2012. EL FORTALECIMIENTO DE LAS ONG. EL RECONOCIMIENTO DE QUE LA CONFRONTACIÓN DE LA EPIDEMIA ES UN ASUNTO SOCIAL Y NO DE ESTADO

Felipe Calderón llegó al poder en un contexto saturado de conflictos por el fraude electoral del que se le acusaba a él y a su partido, el PAN (López, 2006). Lo mínimo que esperaban las organizaciones civiles e instituciones especializadas en materia de VIH/sida era una respuesta política de apertura; pero pronto sería puesta en duda, cuando decidió nombrar secretario de Salud a José Ángel Córdova Villalobos, reconocido por su visión en extremo conservadora.

El nombramiento produjo opiniones confrontadas entre la ciudadanía. Si bien se trataba de un médico con importante formación tanto en lo disciplinar como en lo administrativo, también se le identificaba con una faceta política fuertemente enmarcada en la ideología de derecha (PAN). Una de las controversias más grandes en relación con Córdova Villalobos tuvo origen en su discurso del 11 de enero de 2007, en el que expresó su negación de promover el uso del condón y las campañas contra la homofobia argumentando:

La Secretaría de Salud prepara una nueva estrategia que estará basada principalmente en promover la educación por medio de la familia [...] la promoción para el uso del condón

dejará de ser prioridad en las campañas de prevención del sida, se impulsará con mayor fuerza el que las familias asuman su participación en el fomento de valores como la abstinencia y la fidelidad [...] De repente hay acciones que más que prevención parecían hacer promoción de prácticas de mayor riesgo, por ejemplo, dentro de las campañas de no discriminación había algunas que parecían más promover el homosexualismo que evitar la discriminación a los homosexuales y dices, bueno, ¿quién hizo estos spots?, ¿se trata de no discriminar o se trata de promover algo? Creo que en este sentido hay que ser muy críticos (D'Artigues, 2007).

Estas declaraciones fueron respaldadas por actores ya reconocidos como opositores a las medidas de promoción para la prevención de la enfermedad: “El giro de 180 grados, pero positivo, es muy distinto, los padres somos los primeros responsables de la educación sexual de nuestros hijos, un secretario como el anterior ignoraba por completo a la familia” (G. Bustamante, dirigente de la Unión de Padres de Familia, cit. por Monsiváis en *El Universal*, 2007).

Posturas retrógradas, tanto institucionales como del ala conservadora, desestimaban la fortaleza, cohesión y congruencia que habían desarrollado las ONG que salieron en defensa de los derechos sexuales y reproductivos exigiendo una política de salud congruente. Lo anterior se hizo patente en una carta abierta a Córdova Villalobos fechada el 19 de enero de 2007: “La postura de Córdova Villalobos ignora la experiencia nacional que ha evidenciado un gradual pero constante aumento del conocimiento y uso del condón entre la población adolescente [...] También va en contra de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, basadas en evidencias científicas internacionales”.

El conflicto de posturas ideológicas se recrudecería cuando, el 17 de enero de 2007, la agencia Cimac Noticias dio a conocer que Córdova Villalobos había nombrado director de asuntos jurídicos de la Secretaría de Salud a Bernardo Fernández del Castillo, abogado de extrema derecha y reconocido por su papel como abogado del cardenal Norberto Rivera, así como por haber desarrollado litigios en contra de programas y acciones de salud sexual y reproductiva, tales como la anticoncepción de emergencia y la despenalización del aborto por cuestiones de salud.

Como si pretendiera legitimar su imagen en relación con la promoción del condón y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, el 28 de noviembre de 2007, en el marco del X Congreso Nacional sobre VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, celebrado en León, Guanajuato, Córdova refirió: “Para 2008 la inversión del sistema nacional de salud para la prevención y control de la

epidemia alcanzará los 2 mil 200 millones de pesos”, cifra que el mismo Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida (CENSIDA) reconoció como la más grande de todos los tiempos, considerando que el presupuesto para 2003 había alcanzado apenas los cien millones de pesos (PMFARMA, 2007).

Pero la asignación y distribución de dicho presupuesto volvió a evidenciar un secretario de Salud opositor a las medidas recomendadas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y otros organismos internacionales, incluyendo los Derechos Humanos (educación sexual y promoción del condón); del total de tan considerable presupuesto, la mayor parte, 580 millones de pesos, fue destinada a la compra de pruebas rápidas de detección; 455 millones, a la compra de medicamentos, y apenas 211 millones, a los programas de prevención. No conforme con haberlo invertido fuera de los lineamientos sugeridos por organismo internacionales, Córdova propuso volver obligatoria la prueba de VIH como garantía del derecho a la salud de las mujeres:

En algunos casos, las pruebas de detección del VIH/sida deberían ser obligatorias para garantizar el derecho a la salud principalmente de las mujeres, entre quienes se registra un aumento constante en el número de casos de la enfermedad [...] hacernos la prueba de detección cuando sabemos que podemos estar infectados es una cuestión de responsabilidad, porque entonces uno mismo va propagando la infección por no saber que la podemos tener [...] la obligatoriedad de la prueba sería un avance en ciertas situaciones, en los casos donde se pueda tener esa certeza para evitar el riesgo de infección a otros individuos (Cruz, 2007).

Esta propuesta contradecía tanto las directrices internacionales como la Norma Oficial Mexicana, instrumentos que propugnan que la prueba no puede ni debe ser obligada (Cruz, 2007). Los comentarios que desacreditaban la propuesta de Córdova Villalobos no tardaron en hacerse públicos: el 30 de noviembre de 2007, Asa Cristina Laurell mencionaba:

El sida es una enfermedad que desde sus inicios ha causado discriminación y estigmatización de los enfermos y de los grupos vulnerables, por ello existe un gran temor en la población general de hacerse la prueba para no ser víctima de estos prejuicios [...] la única manera de combatir esta carga social y psicológica negativa, es promover la prueba y garantizar que se realice voluntariamente, que los resultados se manejen con confidencialidad y sólo para fines de salud y que sea acompañada de consejería que convierte la

prueba en una poderosa arma de prevención y de atención oportuna [...] El gasto de 580 millones de pesos para pruebas rápidas es a todas luces excesivo y una muestra del uso ineficiente de recursos públicos (Laurell, 2007).

Los argumentos sobre lo inapropiado de las pruebas obligatorias tendrían eco también en la ciudadanía activista: “Las mujeres no estamos de acuerdo que a nuestro nombre se implementen políticas de cacería de brujas, México no debe retroceder, con ello se genera más miedo, exclusión y clandestinidad” (H. Pérez, del Colectivo Sol, cit. por Rea, 2007).

Durante ese sexenio, la dinámica en la respuesta política ante el VIH/sida fue inestable, considerando que fue en julio de 2011 y en plena inauguración del XII Congreso Nacional de VIH/Sida cuando Córdoba Villalobos informó que renunciaría a la Secretaría de Salud para aspirar a la gubernatura del estado de Guanajuato, y fue sustituido por Salomón Chertorivski, quien debió enfrentar la crisis en la institucionalización de CONASIDA.

Dicha crisis, desencadenada en noviembre de 2012 cuando la senadora Mónica Arriola Gordillo (del Partido Nueva Alianza) llevó ante pleno la exigencia de sustituir a José Antonio Izazola Licea como director general del CENSIDA señalando que implementaba una política restrictiva del suministro de medicamentos antirretrovirales en institutos de salud y en programas estatales de combate de la epidemia, señalamiento que se agravaría con la afirmación de la misma senadora respecto a un subejercicio de 47.2 por ciento del presupuesto asignado (*La Verdad*, Yucatán, 2012, nov. 29).

El conflicto alcanzaría tal proyección que el 12 de diciembre de 2012 Izazola hizo pública su renuncia como director del CENSIDA alegando diferencias irreconciliables con el recién ratificado subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, Pablo Kuri Morales. El conflicto entre ambos funcionarios tenía origen en la divergencia de opiniones que sostuvieron acerca de condicionar la dotación de antirretrovirales a la aplicación estricta de la Guía Clínica de Atención, así como por la discusión que habían sostenido meses antes, cuando Izazola planteó la necesidad de que la guía de atención clínica del sida se rigiera por aspectos económicos, y no por las condiciones de salud de los pacientes (Cruz, 2012, dic.13).

El conflicto político con que cerró ese sexenio obligaba a examinar la diversidad de intereses, ideologías y miradas que sostenía la política de salud encaminada al control de la epidemia en México, incluso cuando apenas en septiembre de 2011 este país había recibido un reconocimiento por ONUSIDA por su liderazgo y logros

en las políticas implementadas para el control y tratamiento de la epidemia. Sin embargo, para diciembre de 2012 continuaba argumentándose:

Las nuevas infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y las muertes por sida disminuyeron casi en una tercera parte de 2005 a 2011, sin embargo la transmisión del mal entre las mujeres de 15 a 24 años va en aumento, sin que ellas sean atendidas [...] no hay acciones encaminadas a la prevención del VIH, su detección oportuna y tampoco acceso al tratamiento para las jóvenes, porque “desafortunadamente” no son consideradas poblaciones clave (Cruz, 2012, nov. 30).

CONCLUSIONES

Con la recuperación de estas narrativas puede darse cuenta de la manera en que el VIH/sida, desde su llegada a México, se ha configurado como enfermedad, no sólo a través de la epidemiología, sino principalmente a partir de una serie de construcciones y deconstrucciones simbólicas y sociales, derivadas de las matrices narrativas que alrededor de ella se producen y que obedecen por igual a una verdadera intención de favorecer una conciencia del riesgo, en la búsqueda de legitimar representaciones que sostienen instituciones sociales en nuestro contexto.

Las matrices narrativas que se han configurado en la sociedad mexicana respecto del VIH/sida han dotado a la construcción del riesgo de una complejidad relevante, dada en función de la multiplicidad de intereses que convergen en ella, donde por igual se identifica la participación del clero que de oligarquías sociales, del Estado, con sus propios marcos político-económicos y, desde hace menos tiempo, de asociaciones civiles que han desarrollado una cohesión suficiente para funcionar como actores con un poder no muy lejano al de las instituciones.

Matrices narrativas que han dejado de concentrar el riesgo de homosexuales, transgénero y sexoservidoras para hacer evidente el marco de vulnerabilidad que sostiene la vida sexual y reproductiva de las mujeres heterosexuales, de renunciar a un riesgo que se calla por el Estado, para reconocerle, agendarle y atenderle desde la política pública, no únicamente en función del “interés genuino” de los representantes del Estado, sino también en función de la exigencia de organizaciones civiles que se dan el tiempo para vigilar de cerca cómo se estructuran las políticas en salud, el manejo y la distribución del presupuesto.

REFERENCIAS

- AGUIRRE MARTÍNEZ, J., y Rendón Salazar, A. E. (2008). *Aproximación a una masculinidad estigmatizada: Hombres que tienen sexo con otros hombres* [en línea]. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas (Documento de Trabajo E-13-2008). Disponible en: http://conapred.org.mx/documentos_cedoc/E13-2008_final.pdf [consultado: 2011, abril 11].
- ALARCÓN, D. (2003). *Primeras descripciones e investigaciones sobre el SIDA en México* [en línea]. Disponible en: <http://bvssida.insp.mx/articulos/4287.pdf> [consultado: 2011, nov. 25]
- ÁLVAREZ, Y. *et al.* (1989). “Donadores sanguíneos reenumerados: Un nuevo grupo de riesgo para desarrollar SIDA en México”. *Salud Pública de México*, 31: 642-644.
- BLANCARTE, R. (2004). *Entre la fe y el poder*. México: Grijalbo.
- BLATTNER, W. (director del Departamento de Epidemiología viral de Bethesda) (s/f). “Aspectos epidemiológicos del sida”. Actas de la IV Conferencia Internacional del Sida, Roma, 1989.
- BRITO, A. (2010, julio 1). “La indignación permanece. Legado de Carlos Monsiváis” [en línea]. *La Jornada*. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/07/01/ls-opinion.html> [consultado: 2011, nov. 27].
- CASTILLO, C. (1997, marzo). “Reflexiones condoeológicas”. *Proceso*, 13.
- CONASIDA (2010). *Indicadores y noticias de salud: Informe de actividades 1988-1994*. México: CONASIDA.
- CRUZ, A. (2012, dic. 13). “Ratificado Kuri Morales, renuncia José Antonio Izazola a Censida” [en línea]. *La Jornada*. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2012/12/13/sociedad/042n2soc> [consultado: 2012, dic. 20].
- CRUZ, A. (2007, nov. 29). “Debe ser obligatoria la prueba del sida, afirma Córdova Villalobos” [en línea]. *La Jornada*. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2007/11/29/index.php?section=sociedad&article=048n1soc> [consultado: 2012, dic. 20].
- CRUZ, G. (2012, nov. 30) “En ascenso, transmisión de VIH entre mujeres de 15 a 24 años” [en línea]. Cimac Noticias. Disponible en: <http://www.cimacnoticias.com.mx/node/62082> [consultado: 2012, dic. 20].
- D’ARTIGUES, K. (2007, enero 17). “Que renuncie José Córdova Villalobos” [en línea]. *El Universal*. Disponible en: http://blogs.eluniversal.com.mx/weblogs_detalle2901.html [consultado: 2011, dic. 15].

- DE LA FUENTE, R. (1996). “El sida en México y en el mundo. Una visión integral” [en línea]. *Sida-ETS02*, 2: 45-46. Disponible en: <http://bvssida.insp.mx/articulos/2094.pdf> [consultado: 2012, nov. 15].
- ENGLE, L. (2000). “¿Where Have All the Ribbons Gone? AIDS Symbols – Compassion or Fashion?” [en línea]. Disponible en: <http://www.thebody.com/content/art30945.html> [consultado: 2011, enero 2].
- FOUCAULT, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- GONZÁLEZ, M. (1991). “Sida: La callada amenaza a la seguridad binacional”. *Salud Pública de México*, 33(4): 360-370.
- GOZZO, G. (2006). *El caso Provida: Cuentas pendientes en la transparencia y la justicia* [en línea]. México: Fundar, Centro de Análisis e Investigación. Disponible en: <http://www.fundar.org.mx/pdf/CasoProvida.pdf> [consultado: 2011 febrero, 13].
- MAGIS, C. *et al.* (1995). “Casos de sida en el área rural de México”. *Salud Pública de México*, 7(6): 615-623.
- La Verdad Yucatán* (2012, nov. 29). “Piden la sustitución de Izazola como titular del Censida” [en línea]. Disponible en: <http://www.laverdadyucatan.com/piden-lasustitucion-de-jose-antonio-izazola-como-titular-del-censida/152801/> [consultado: 2012, dic. 20].
- LÓPEZ, J. (2006). *¿Fraude electoral? Estudios de las anomalías de la elección presidencial*. México: Doble Hélice.
- MARTÍNEZ, A. *et al.* (2005). “HIV Infection in Mobile Populations: The Case of Mexico Migrants to the United States”. *Rev Panamericana de Salud Publica*, 17(1): 26-29.
- MEDINA, A. (2005, feb. 3). “Obligatorio, que aspirantes a ingresar al ejército se sometan a prueba de VIH” [en línea]. *La Jornada*. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2005/02/03/index.php?section=sociedad&article=044n1soc> [consultado: 2012, nov. 16].
- MONSIVÁIS, C. (2007). “De las variedades de la experiencia homoerótica”. En: G. Núñez. *Masculinidad e intimidad: Identidad, sexualidad y sida*. México: PUEG/UNAM/El Colegio de Sonora/Porrúa.
- MONSIVÁIS, C. (2007, enero 14). “Gobernar desde el prejuicio” [en línea]. *El Universal*. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/editoriales/36494.html> [consultado: 2012, dic. 10].
- MURILLO, D. A. (1996). “Entrevista al Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud en México” [en línea]. Amigos Contra el Sida. Disponible en: <http://www.aids-sida.org/entrevis.htm> [consultado: 2012, abril 1].

- NÚÑEZ, G. (2007). *Masculinidad e identidad: Identidad, sexualidad y sida*. México: PUEG/UNAM/El Colegio de Sonora.
- ORTEGA HERNÁNDEZ, A. (2004). “Análisis de los avances y perspectivas de las reformas al artículo 27 constitucional: Estudio de caso en dos ejidos del estado de Puebla”. Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias, Colegio de Posgraduados, Institución de Enseñanza e Investigación en Ciencias Agrícolas, Compus Puebla.
- PMFARMA (2007, nov. 30). “Córdova Villalobos: En ciertos casos, la prueba debe ser obligatoria” [en línea]. Portal Iberoamericano de Marketing farmacéutico. Disponible en: <http://www.pmfarma.com.mx/noticias/1843-cordova-villalobos-en-ciertos-casos-la-prueba-del-sida-debe-ser-obligatoria.html> [consultado: 2012, nov. 17].
- POLAINO, L. (1994). “Implicaciones éticas de la educación para la salud”. En: L. Polaino (ed.). *Manual de bioética general*. Madrid: Rialp. 362-377.
- PONCE, S. *et al.* (1998). “Los primeros cinco años de la epidemia del sida en México”. *Salud Pública de México*, 30: 544-554.
- RANGEL, G. *et al.* (2006). “Prevalence Risk Factors for HIV Infection Among Mexican Migrants and Immigrants: Probability Survey in the North Border of Mexico”. *Salud Pública de México*, 48 (1): 3-12.
- REA, C. (2007, nov. 30). “Activistas reprobaban declaraciones del secretario de Salud” [en línea]. Agencia Especializada de Noticias Notiese. Disponible en: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=2124 [consultado: 2012, nov. 17].
- REIM, K. (2001, jul. 19). “Exigen organizaciones de derechos humanos el despido del ombudsman de Yucatán” [en línea]. CIMAC Noticias. Disponible en: <http://www.cimac.org.mx/noticias/01jul/01071902.html> [consultado: 2012 dic. 14].
- Redacción Notiese (2004, nov. 21). “Colocan un gran lazo rojo, símbolo en la lucha contra el sida, en la Secretaría de Salud” [en línea]. Agencia Especializada de Noticias Notiese. Disponible en: http://www.notiese.org/notiese.php?ctn_id=486 [consultado: 2012, dic. 16].
- RICO, B.; Bronfman, M., y Del Río, C. (1995). “Las campañas contra el sida en México: ¿Los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas?” *Salud Pública de México*, 37(6): 643-653.
- SÁNCHEZ, G. *VIH=SIDA*, una gran mentira. Create Space Independent Publishing Platform. (2001)
- SOBERÓN, G. (1988). “Sida: Características de un problema de Salud pública”. *Salud Pública de México*, 30(4): 504-512.

- VALDESPINO, J., e Izazola, J. (1993). "Definición y medición de prácticas. Concepto de riesgo". En: M. L. García., J. L. Valdespino y C. Cruz (eds.). *Enfermedades de transmisión sexual y sida. Clínica, laboratorio, psicología y sociología*. México: INDRE/SSA. 154-158.
- VARGAS, L. (2003). "El laberinto de la sexualidad femenina en un grupo de mujeres jóvenes de la ciudad de Bogotá". Ponencia en la V Reunión de Antropología de Mercosur. Antropología en Perspectivas. Florianópolis.