

[VERSIÓN PRELIMINAR – NO CITAR]

La Epidemiología, el SIDA y la Sexualidad: Las persistentes brechas entre la policía
sanitaria y la promoción de la ciudadanía en salud sexual

Carlos F. Cáceres

Introducción

Lo sexual constituye un área de la experiencia humana controlada socialmente por valores tradicionales referidos a significados transmitidos de forma oral, así como por normas formales sustentadas en fuentes relativamente legítimas de conocimiento en sociedades y momentos específicos. Aunque es posible que los valores tradicionales en una cultura tengan un impacto más predecible en la cotidianeidad de lo sexual, las normas formales (v.g. las leyes) probablemente tienen un impacto político mayor al definir el curso de situaciones especiales, y en el espacio de lo público. La suposición de que están basadas en un conocimiento superior y objetivo (v.g. el conocimiento científico) les otorga una legitimidad que les permite definir situaciones específicas como mejores o peores, e incluso como totalmente inaceptables, bajo la etiqueta de *ilegales*.

Desde la consolidación de las disciplinas científicas modernas, lo sexual ha sido objeto de atención de varias de ellas, como ciertamente lo ha sido también del derecho contemporáneo. Foucault (1982) nos hizo ver con claridad que la modernidad instalada en occidente a partir de fines del siglo XVIII implicó el reemplazo del orden religioso por el orden racional establecido por el derecho consuetudinario y por el conocimiento científico para la regulación de la vida en sociedad. Y lo sexual proporciona un ejemplo ilustrativo de esta transición, pues las prácticas sexuales que en el viejo orden eran vistas como inmorales o blasfemas comenzaron a ser vistas, en el nuevo orden, como criminales o patológicas.

Desde el lado de las ciencias biomédicas, las primeras aproximaciones a la 'sexualidad' en el siglo XIX provinieron de la psiquiatría y, en cierta medida, de la urología. Weeks (1985) nos ha mostrado que el discurso de las ciencias biomédicas sobre lo sexual recibió

influencia, además de las perspectivas de la psicopatología, de las del psicoanálisis, de marxistas neofreudianos como Reich, Fromm y Marcuse, de sexólogos como los del grupo de Kinsey y como Masters y Johnson, e inclusive de tributarios de la psicobiología. La mayor parte de estos discursos estuvo centrada en definir la normalidad de lo sexual: sus motivaciones, características, variantes, y los márgenes que, para cada uno de estos atributos, separaban lo individual y socialmente saludable de lo patológico o anormal.

Es interesante tener en cuenta, también, que desde finales de la década de 1950 reverdecen las preocupaciones malthusianas respecto a una explosión demográfica (particularmente en países pobres), la cual no marcharía paralela al crecimiento de los recursos globales. Las políticas de asistencia a países menos desarrollados a partir de los años sesenta, entonces, adquirieron como prioridad el establecimiento de programas de control demográfico. Estos programas de apoyo dieron lugar al diseño de servicios de planificación familiar, los que se transformaron, a fines de la década de 1980, en programas de ‘salud reproductiva’. Pese a que su acción estuvo centrada en la regulación de la fecundidad, no sintieron la necesidad de trabajar propiamente con sexualidad humana, y no abordaron los detalles de lo sexual en el contenido programático. Su objetivo era simple: el uso de tecnologías contraceptivas, que en lo posible no interferirían con la práctica sexual de los usuarios; por ello, la referencia a lo sexual en estos programas fue absolutamente lateral. Fue sólo la aparición del SIDA y la visibilización de otros problemas lo que dio lugar a la perspectiva de salud sexual, la cual de hecho integró una referencia más concreta a lo sexual.

De otro lado, una perspectiva disciplinaria que no abordó cuestiones relativas a lo sexual hasta inicios de los ochenta fue la de la epidemiología y, por extensión, la de la salud pública (a excepción, tal vez, de lo que había comenzado a hacer en el estudio de la etiología de la neoplasia cérvico-uterina, que ya entonces asociaba con ‘promiscuidad’, y luego asociaría con virus papiloma humano). La epidemiología es considerada por muchos como la “ciencia básica” de la salud pública, en el sentido de que identifica problemas y define un espacio de acciones necesarias a nivel comunitario para preservar la salud colectiva. Esta tarea es asumida por la “salud pública” tanto en su dimensión de disciplina práctica asentada en espacios académico-profesionales como en su dimensión burocrática

asentada en oficinas gubernamentales. La tradición epidemiológica se inicia con el control de las enfermedades transmisibles (recuérdese el episodio de John Snow y la epidemia de cólera en Londres, para muchos elemento fundacional de dicha tradición) e incluye paulatinamente la búsqueda de distribución y determinantes de problemas de salud en las áreas de nutrición, enfermedades crónicas no transmisibles, enfermedades genéticas, y otras. En muchos lugares del mundo la salud pública, y también la epidemiología, son disciplinas de post-graduación, estudiadas como maestrías, residentados y doctorados por profesionales con otros estudios previos. Por lo general, quienes se han dedicado a la epidemiología de las enfermedades transmisibles han tenido estudios previos en ciencias de la salud, y sobre todo en medicina humana.

Pues bien, la identificación pública de la epidemia de SIDA, ocurrida en 1981 en Estados Unidos, desencadena, como era esperable, un gigantesco programa de investigación de campo en el Centro para el Control de Enfermedades, así como investigación académica financiada por los Institutos Nacionales de Salud en las universidades de investigación. Dicho momento marca el inicio de una atención importante de la epidemiología, y en un sentido más amplio de la salud pública en su conjunto, por el SIDA y, más inclusivamente, por la sexualidad.

En lo que resta del presente texto esbozo reflexiones sobre las consecuencias del ingreso de la epidemiología y la salud pública al conjunto de disciplinas que, interesadas en la sexualidad, mostraban producciones discursivas que terminaban, en algunos casos, influyendo en el “discurso científico” sobre ésta. Trataré particularmente de analizar si la incursión de estas disciplinas en este campo de producción explícita o implícita de discurso sobre sexualidad ha tenido un impacto liberador o, por el contrario, un impacto deletéreo en la salud sexual y el ejercicio de los derechos sexuales de las personas.

La Epidemiología “descubre” el SIDA

La descripción inicial de la extraña epidemia de un aparente síndrome de inmunodeficiencia adquirida en poblaciones de hombres homosexuales en Los Angeles y Nueva York hizo presumir desde muy temprano que se trataba de una epidemia vinculada a sus prácticas sexuales o a prácticas relacionadas a la subcultura homosexual. Así, desde 1981 se habló de GRID, o *gay-related immune deficiency*, que en la prensa amarilla se reprodujo como “peste rosa”, o simplemente “peste gay”.

Algunos meses después se fue encontrando el mismo cuadro de inmunodeficiencia en otras poblaciones: hemofílicos, usuarios de heroína, e inmigrantes haitianos. Inicialmente estas poblaciones no tenían más en común que la letra H como letra inicial de sus denominaciones en inglés (es decir, *homosexuals, hemophiliacs, heroin users, Haitians*). Se les consideró “grupos de alto riesgo”, aunque desde un inicio la transposición del concepto epidemiológico fundamental de “riesgo” (probabilidad de adquirir una condición) para etiquetar a estos grupos más vulnerables a la epidemia terminó convirtiéndose en metáfora de riesgo social, consolidándose así como estigma. La identificación adicional de casos post-transfusionales iba definiendo que la epidemia probablemente se transmitía por vía sanguínea, aunque la vía sexual estuvo menos clara en un inicio. Es decir, la presencia de la epidemia en hombres homosexuales sugería transmisión homosexual, aunque la fuente podía estar relacionada a una práctica o actividad no necesariamente de índole sexual, pero común entre los homosexuales.

Y es así que comienza un conjunto de investigaciones en comunidades homosexuales en varias ciudades de Estados Unidos, y también en Canadá, Holanda, Inglaterra y Australia. Los estudios iniciales, anteriores al descubrimiento del VIH, comparaban hombres homosexuales con y sin diagnóstico de SIDA. Los estudios posteriores al descubrimiento del VIH y a la disponibilidad de la prueba de anticuerpos comparaban, en cambio, personas con pruebas positivas y pruebas negativas. Pues bien, para los epidemiólogos de enfermedades infecciosas, pertenecientes a un *establishment* bastante conservador en cuanto a moral sexual, la cultura y las prácticas sexuales de la comunidad gay masculina

resultaron un exótico descubrimiento que abordaron en algunos casos con humor y en otros con disgusto.

Una investigación epidemiológica normalmente compara la frecuencia de una posible práctica asociada a mayor riesgo entre el grupo con la condición y el grupo sin la condición. Así, en estas investigaciones fue preciso identificar y evaluar en cada grupo la presencia de un amplio conjunto de prácticas ajenas a la cotidianeidad de la mayor parte de estos investigadores: sexo oral y sexo anal (en ambos casos, ya sea insertivo o receptivo, y ya sea con o sin condón); uso de enemas y duchas rectales, *'rimming'* (o sexo oroanal), *'fisting'* (o sexo braquiorectal), 'duchas doradas' (sexo que involucraba la orina), juegos sadomasoquistas, y prácticas no sexuales propiamente dichas como el uso de nitritos de amilo (*'poppers'*, un compuesto vasodilatador que se inhala durante una relación sexual), los tatuajes y el *'piercing'*. La variedad de estas prácticas fue asombrosa para esta mirada epidemiológica, como lo fue también lo que devino en otra 'variable' de estos estudios: el número de compañeros sexuales. Las investigaciones fueron definiendo, poco a poco, que la práctica de claro mayor riesgo era el coito anal, y que el empleo de condones disminuía dicho riesgo. También demostraron que por lo general un mayor número de parejas se asociaba a un mayor riesgo, aunque esto era cierto si se había dado sexo anal desprotegido con la mayoría de ellas, lo que simplemente indicaba que un mayor número de parejas había aumentado la probabilidad de encontrar a alguien que portase el virus (como se vería oportunamente para el cáncer cérvico-uterino, debido a la mediación causal de la infección por virus papiloma humano). No se identificó riesgo independiente para prácticas que bajo esta óptica sugerían mayor 'depravación', como el *rimming*, el *fisting*, las *duchas doradas* o el sadomasoquismo (Cáceres y van Griensven, 1994).

Así como la aproximación de la comunidad epidemiológica a la cultura gay y a los grupos vulnerables al SIDA contribuyó, simultáneamente, a confirmar las presunciones generales acerca de los homosexuales como depravados, y a construir el SIDA como una epidemia generada por la depravación, la información inicial sobre una epidemia explosiva en Africa, de naturaleza heterosexual, contribuyó curiosamente a visiones en la misma dirección. Sostiene Grover (1987) que el uso de la expresión "población general" para connotar

“heterosexuales” es una manera de reforzar la norma heterosexual en Estados Unidos, pues referirse a “heterosexuales” sería sólo común en círculos gay y sugeriría que es posible ser algo distinto de los heterosexuales. Asimismo, “población general” aludiría a heterosexuales, occidentales, blancos, por lo que no cualquier heterosexual calificaría. Así, los africanos no podían ser considerados parte de la “población general”, sino que se caracterizaban también por prácticas “diferentes”, probablemente también “depravadas” (más oscuras, quizás, que las de los homosexuales, en tanto se presumía un pacto de secreto que ocultaba muchas de ellas).

La creciente epidemia africana revivió, desde la epidemiología y la salud pública en occidente, la visión colonial de la antropología de fines del siglo XIX acerca de los exóticos nativos. Comenzó a gestarse un discurso sobre una epidemia galopante debido a prácticas sexuales descontroladas, con gran intercambio de parejas; la inclusión de las mujeres se vio como resultado de la prostitución como práctica generalizada; y se presumió además un papel para ritos sexuales y otras prácticas mágicas. No obstante, las investigaciones no encontraron necesariamente una epidemia vinculada a números exorbitantes de parejas sexuales, ni a prostitución generalizada, ni a ritos oscuros. Encontraron, en cambio, una epidemia relacionada a otras enfermedades de transmisión sexual, a frecuentes migraciones producidas por situaciones de crisis económica, y a patrones de sexo compensado entre mujeres jóvenes y hombres mayores que no correspondían exactamente a prostitución. Pese a ello, la alteridad, la *otridad* de la experiencia africana ya estaba escrita como resultado de la interacción entre los epidemiólogos y los medios de comunicación.

La Salud Pública en Acción: Intervenciones Comportamentales

La identificación del VIH como agente etiológico del SIDA, y un mejor entendimiento de sus formas de transmisión (es decir, sexo vaginal o anal no protegido, contacto sangre-sangre, y perinatal), paralelos a una estrategia de la OMS (que a mediados de la década de 1980 establece su Programa Global sobre SIDA) para deshomosexualizar y desestigmatizar el SIDA, permitiendo una mejor prevención de la infección, llevaron a reemplazar de manera “oficial” el discurso sobre “grupos de riesgo” por el de “conductas de riesgo”. Así,

“cualquiera” podía ser afectado, y la probabilidad de que ello ocurriese dependía de su participación en “prácticas de riesgo”, de la asunción de “conductas de riesgo”. La misión de la salud pública era, entonces, la persuasión de la comunidad para el cambio de sus “conductas sexuales de riesgo” por otras más “seguras” (el llamado “sexo más seguro”, o *safer sex*). Este mensaje, sin embargo, se presumía natural para adultos gay varones o adultos heterosexuales no unidos. Para grupos como los de jóvenes y parejas heterosexuales “estables”, sin embargo, se dio una larga controversia en cuanto a la posibilidad de recomendar “sexo seguro” y no hablar simplemente de abstinencia, postergación del inicio sexual, o fidelidad al compañero. Esta controversia nunca se cerró, pues de cuando en cuando se publicó estudios que parecían haber encontrado que la promoción del sexo seguro entre los jóvenes (o incluso la educación sexual en general) aceleraba su inicio sexual o incrementaba su actividad sexual.

Una buena parte de los estudios de evaluación de intervenciones preventivas del VIH entre mediados de la década de 1980 e inicios de los noventa fueron realizados desde la perspectiva de la psicología neoconductista norteamericana, y asumieron una perspectiva fundamentalmente individual de lo sexual. No es este el espacio apropiado para referirme extensamente a la ya bien descrita transición de los enfoques adoptados por la salud pública en las intervenciones preventivas del VIH, desde este primer momento neoconductista y enfocado en el individuo, pasando por un momento culturalista, enfocado en normas sociales a cambiarse, y promovido por antropólogos, comunicadores y psicólogos, y llegando luego a una perspectiva estructural, enfocada en la vulnerabilidad diferencial de distintos grupos de la población, y en la necesidad de disminuir dicha vulnerabilidad, visión promovida sobre todo por científicos sociales, politólogos y economistas. Corresponde aquí, sin embargo, una reflexión sobre los efectos de la aproximación epidemiológica a la sexualidad desde el SIDA, y al etiquetamiento de ciertas prácticas sexuales (que desde ya se convertían en objeto legítimo de acción de la salud pública) como negativas no sólo para el individuo sino también para la sociedad en su conjunto.

Inevitablemente, en cierta medida el discurso moralista sobre “promiscuidad” se recicló adquiriendo ropajes técnicos, y se comenzó a promover la “reducción del número de

parejas sexuales”, fuera de, ciertamente, la práctica de “sexo más seguro”, cuando no eran posibles la abstinencia o la monogamia. Las investigaciones de los psicólogos de la salud se enfocaron sobre todo en el diseño de programas que, siguiendo lo planteado en modelos teóricos de cambio de comportamiento, podían lograr un cambio de conducta sostenido en el tiempo. Las modalidades de intervención más frecuentes incluyeron la implementación de talleres educativos de varias sesiones, la entrega de información en lugares públicos, las líneas telefónicas de ayuda, y la consejería y prueba VIH voluntarias.

Adicionalmente, ciertas políticas represivas justificadas por el discurso sobre moral y buenas costumbres fueron intensificadas. En muchos países de América Latina, por ejemplo, la tradicional represión policial de trabajadoras/es sexuales y de hombres gay en las calles se incrementó, y se desarrollaron operativos en los cuales, en nombre de la salud pública, miembros de estos grupos eran detenidos, llevados a laboratorios públicos, y sometidos al examen VIH. La metáfora de una “policía sanitaria” moderna, con elementos en común pero también elementos distintos a los de la policía sanitaria de los albores de la salud pública en Europa, tiene un excelente ejemplo en esta experiencia.

La salud pública, la sexualidad y el *establishment* del SIDA en los noventas

Hacia inicios y, sobre todo, hacia mediados de los años noventa, muchos años de trabajo sostenido en la lucha contra la epidemia en América, Europa, África y parte de Asia asistieron a la consolidación de una nueva configuración política de esta lucha a nivel internacional. El viejo GPA de la OMS es cerrado para dar lugar a ONUSIDA, el Programa Conjunto de Naciones Unidas contra el SIDA, un programa llamado al trabajo frente a la epidemia desde 6 agencias de NNUU (ahora son ya 8). Se comienza a imponer una visión sobre vulnerabilidad y exclusión social como fuerza central en el desarrollo de la epidemia, aunque la epidemiología clásica no fue el espacio disciplinario desde el cual esta visión se impuso; es posible que más bien hayan sido la demografía, la economía y las ciencias sociales y políticas las que la fueron imponiendo, en el marco de un discurso emergente sobre equidad, desarrollo humano sostenible y derechos.

Así, lo ‘políticamente correcto’ en el trabajo burocrático en SIDA ha ido variando. Uno de las más sorprendentes transformaciones es la consolidación de la denominación de los hombres homo/bisexuales como ‘hombres que tienen sexo con hombres’ (HSH, ó MSM en inglés). Este fenómeno es sorprendente por varias razones: (1) correctamente alude a que es su conducta homosexual, y no su identidad sexual u otra asignación externa de “naturaleza homosexual” esencial, la que sirve para definir al grupo desde el punto de vista de la salud pública, en principio; (2) resulta un término inclusivo para muchos tipos de ‘hsh’ con distintas experiencias personales; y (3) se posiciona como una denominación técnica totalmente asimilable por los programas gubernamentales de lucha contra el SIDA. Esta práctica ha generado, sin embargo, críticas de la sociedad civil desde el punto de vista político, particularmente por quienes sostenían que la organización homosexual era un elemento central en la lucha contra la epidemia, y que la opción de los programas gubernamentales por la desabrida denominación de ‘HSH’ era más bien una muestra de homofobia.

Un fenómeno similar ocurrió con las y los “prostitutos”. El término en este caso fue el de “trabajadoras/es sexuales” (y la sigla, *TS*, ó *SW* en inglés). Aquí la diferencia estuvo tal vez en que el término “prostituta” era considerado ofensivo, y ya existía cierta experiencia de reivindicación de b que comenzaba a llamarse “trabajo sexual” desde una experiencia política no relacionada al SIDA ni a la salud. Por supuesto, a estas alturas ya estaba bien establecida la sigla ‘PVVS’ (Persona viviendo con VIH/SIDA), que desde temprano reemplazó a referencias genéricas como “enfermos” o “víctimas” del SIDA, así como a originales creaciones como “sidáticos” o el más pedestre “sidosos”. *PVVS* enfatizaba la naturaleza de *personas* de quienes estaban afectados por la epidemia. Igualmente, “drogadicto” había sido proscrito hacía tiempo, reemplazándosele por “usuario de drogas inyectables” (*UDI*, ó *injection drug user*, en inglés).

En cualquier caso, los noventas se caracterizaron hasta cierto punto por una epidemia normalizada, y por una respuesta burocrática estandarizada en sub-poblaciones específicas, denominadas con siglas asépticamente técnicas, de modo de no permitir dudas acerca de la profesionalidad del trabajo.

Los programas de SIDA, por otro lado, se habían mayormente convertido en “Programas de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual”. Aunque la conexión entre SIDA y otras ETS era natural e incluso de índole causal, la comunidad científica que trabajaba en ETS tuvo la habilidad política de lograr una integración que le permitió acceder a recursos para la investigación que antes le habían sido negados, tratándose por mucho tiempo con cierto desdén.

Un último fenómeno de este período es, sin duda, el avance de las concepciones sobre Salud Sexual en foros internacionales como los de Cairo y Beijing. Aunque “salud sexual” no fue aceptado de modo general en Cairo, permaneciendo entre paréntesis en la declaración final (Correa, 2001), su consolidación integrando “salud reproductiva” con otras preocupaciones sobre la salud y la sexualidad (particularmente el SIDA, pero también las ETS, los cánceres genitales, e incluso el sexo no consensual, y yendo más allá, hacia verse no como ausencia de enfermedad, sino como concepto propositivo) se fue dando durante los noventas, lo que se tradujo, al menos en América Latina, en cierta integración de los programas de SIDA y ETS a programas de salud sexual y reproductiva y de salud de jóvenes y adolescentes.

De cara al Siglo XXI: Nuevos contextos y nuevos fenómenos

Hacia fines de los noventas, próximos a la vuelta del siglo, es cada vez más claro que se han dado suficientes cambios en el mundo como para que la epidemia luzca distinta. Primero, se ha dado más de un cambio generacional, y de hecho las personas actualmente en riesgo de infectarse probablemente no tuvieron la experiencia catastrófica del brote pandémico. Segundo, en buena parte del mundo occidental, incluyendo América Latina, parece estarse llegando a un cierto nivel de estabilización de la epidemia, con su consecuente normalización cultural. En tercer lugar, la aparición de la terapia antirretroviral de gran actividad (*HAART*, en inglés) ha cambiado el panorama tanto para las PVVS como para las personas que pueden adquirir la infección.

Nuevos elementos caracterizan la vida sexual y la cultura del entretenimiento de las grandes urbes. Por ejemplo, una proliferación de nuevas drogas recreativas de síntesis (o la repotenciación de otras) da lugar a una fiebre de “party drugs” (por ejemplo, la meta-anfetamina o ‘cristal’ en Norteamérica), que los jóvenes comenzaron a usar en noches de música y, generalmente, sexo. Entre éstas, sorprendentemente, se comenzó a contar el ‘Viagra’ (sildenafil), compuesto revolucionario en el tratamiento de la disfunción eréctil que se incorporó en el arsenal farmacológico de las *party nights* porque contrarrestaba los efectos negativos sobre la erección peniana que algunas de las otras drogas producían. Así, nuevas generaciones de epidemiólogos comenzaron a investigar lo que veían como una asociación entre uso de Viagra y mayores riesgos sexuales, en tanto la combinación de dicho uso y el de otras drogas que afectaban la conducta sexual podía llevar, supuestamente, a mayor actividad sexual o a actividad menos ‘controlada’ (Kim y col., 2002).

Otro novedoso fenómeno de los noventa es la aparición de una enorme oferta de servicios y oportunidades sexuales a través del internet. Estos servicios han ido derivando progresivamente hacia la interacción en tiempo real, particularmente en la modalidad de *chat-rooms* (salones de conversación), en los cuales los participantes se anuncian, usualmente acompañando un apelativo a una descripción física, una descripción de sus intereses (usualmente sexuales) y una fotografía. Con frecuencia, entre personas ubicadas en un área geográfica limitada, la conversación lleva a encuentros rápidos, que pueden ser sexuales. Pues bien, estos mismos epidemiólogos han rastreado brotes de sífilis entre participantes de una red de compañeros sexuales ocasionales estructurada a partir de contactos en el internet (Klausner y col, 2000).

Otra de las producciones culturales de una epidemia de sida entrando en su tercera década ha sido, sin duda, la aparición del movimiento de *barebacking* (espalda desnuda), un movimiento que propone entre sus seguidores la práctica del sexo anal desprotegido. El movimiento de *barebacking* surge como una propuesta de retorno a los tiempos de sexo “al natural”, en los setenta e inicios de los ochenta, el cual es considerado más placentero y espontáneo. Dada la presencia del VIH, sin embargo, el *barebacking* significa cosas

distintas según se plantee en el marco de una relación de pareja con serostatus conocido de sus participantes, o en el sexo anónimo; tiene diferentes implicancias según la presencia del VIH en los participantes. En realidad el movimiento va más allá de la tesis del sexo sin condón en el marco de relaciones de pareja seroconcordantes, y es casi una propuesta ética y estética (en tanto transgresora) de asunción de riesgo en relaciones desprotegidas entre personas de status serodiscordante o desconocido. El riesgo de infectarse es erotizado, y el virus se convierte en un ‘regalo’ (gift). Sin duda, el barebacking es una respuesta contracultural radical al régimen de ‘conducta sexual saludable’ propugnado por la salud pública:

No debería sorprender que un fenómeno cultural de resistencia consciente y a veces desafiante al sexo seguro haya emergido entre algunos hombres gay, tanto seronegativos como seropositivos. Algunos barebackers se refieren a los promotores de la prevención del VIH como “maniáticos del látex” o “nazis de los condones”. Tal vez aún más interesante es una comparación transcultural: En países como Australia en los que la reducción de daños y la ‘seguridad negociada’ fueron instituidos tempranamente en la epidemia, parece que no ha surgido ninguna cultura de barebacking en el sentido de que los hombres gay no han creado movimientos sociales basados en su práctica sexual desprotegida.

(Scarce, 1998 – nuestra traducción).

Ciertamente, la disponibilidad de la terapia antirretroviral de gran actividad ha sido tomada como explicación de esta tendencia (aunque lo es sólo en parte). De hecho, más allá del fenómeno específico del *barebacking* (que como movimiento organizado es ciertamente minoritario), los epidemiólogos del SIDA han venido describiendo una tendencia al incremento de la incidencia de infección por VIH en las grandes ciudades occidentales, particularmente entre jóvenes varones *gay*, que estaría vinculado a una menor prevalencia de prácticas protegidas en una generación que no vivió la trágica epidemia de los ochentas. Esta observación epidemiológica, considerada una “recaída” (*relapse*) en el sexo inseguro, ha sido utilizada por algunos para atacar a los programas de acceso extendido al tratamiento antirretroviral.

Desde el lado de las respuestas más políticas, y en un sentido positivo, la segunda mitad de los noventas se caracteriza por un resurgimiento de un discurso *gay* activista en la prevención. Hay creciente resistencia a la asepsia del término ‘HSH’, y en todo caso se

propone la expresión ‘hombres gay y otros HSH’, para connotar el valor agregado del matiz político en el marco de la definición basada en la conducta. Asimismo, como recuerda Scarce en el párrafo arriba citado, la comunidad gay de un país culturalmente libertario como Australia propone, en la educación para la prevención, la política de la ‘seguridad negociada’ (*negotiated safety*), que no sólo reconoce como valor la posibilidad del sexo sin condón, bajo ciertas condiciones de seguridad (serostatus concordante) sino que enfatiza la posibilidad de los hombres gay de (1) reconocer que a veces ceden a la tentación de tener experiencias fuera de la pareja estable; y (2) plantear como valor el compromiso por mantener sólo prácticas seguras, llegado el caso, fuera de la relación.

También desde este lado, los noventas son el escenario de la difusión de los ‘clubes de sexo’, y del resurgimiento de una versión moderna de los clásicos saunas gay de los setentas y ochentas. Pero, al menos en las grandes ciudades de occidente, y bajo mayor o menor presión de las autoridades sanitarias, estos establecimientos se plantean en el marco de una política de prevención. Dentro del horario de atención se suelen programar talleres educativos, entrega de condones, y sesiones de consejería y prueba voluntarias y gratuitas. En algunos establecimientos se advierte que las prácticas inseguras pueden ameritar la expulsión, e incluso se prohíbe la venta de alcohol y se eliminan los espacios que permiten las prácticas privadas, convirtiendo a todos los clientes en potenciales agentes de control social de sus pares. Es posible que este modelo de clubes sexuales ‘intervenidos’ por el discurso de salud pública sea puesto en práctica con niveles distintos de autonomía por parte de sus dueños, en tanto arquitectos de espacios de entretenimiento muy importantes en la subcultura. Los mensajes policiales o la vigilancia entre clientes pueden revelar la exitosa implantación de un panóptico sanitarista en estos espacios históricamente clandestinos, lo que de un lado los incorpora definitivamente al sistema, mientras del otro les imprime un sello sanitario que termina colonizándolos. Distinta, por otro lado, es la experiencia de locales en los cuales la iniciativa de mensajes y facilidades para la prevención proviene de los propios dueños o de los clientes, y no impone, sino que promueve, prácticas de autoprotección.

En el marco mayor de los debates sobre salud, la segunda mitad de los noventa ha ofrecido el espacio para un trabajo ampliado en derechos humanos, y para el afianzamiento de una perspectiva sobre la salud como derecho ciudadano. Asimismo, en el plano de los servicios de salud en relación con la sexualidad y la reproducción, este período permite un desarrollo ulterior de la perspectiva de salud sexual, que se concreta en un discurso persuasivo sobre *derechos sexuales*. Más allá de los conceptos incorporados en ‘salud sexual’, la perspectiva de ‘derechos sexuales’ reivindica el espacio del placer, la diversidad de opciones sexuales e identidades de género, y el acceso a la salud sexual y reproductiva, pero no planteados desde la perspectiva técnico-descriptiva de ‘salud’ sino desde la perspectiva prescriptiva de ‘derecho’. En este marco, se va concretando la visión de ‘ciudadanía sexual’ justamente como el ejercicio de los derechos sexuales de las personas. Obviamente, el término es particularmente útil para reivindicar los derechos de quienes fueron históricamente impedidos del ejercicio de los mismos.

Por si no estuviese claro, debe decirse que la historia de la incorporación de una perspectiva de derechos humanos en las políticas, programas y servicios de salud (y análogamente de una perspectiva de derechos sexuales en las políticas, programas y servicios de salud sexual y reproductiva) es aún una historia en ciernes, que enfrenta en este momento grandes obstáculos en un mundo de persistentes inequidades y de nuevos, o renovados, fundamentalismos. Hay muchas luchas por ser libradas, y de hecho el camino hacia una salud equitativa, y hacia una salud sexual democrática, tiene que ser construido todavía.

Conclusión: ¿Hacia una salud sexual democrática?

Las reflexiones reunidas en este texto tuvieron la intención de analizar el papel de la epidemiología y la salud pública en el ‘discurso científico’ sobre sexualidad a partir de inicios de la década de 1980. No es posible decir que su papel haya sido unitariamente progresista (libertario) ni reaccionario en el camino hacia una salud sexual democrática. Tampoco es fácil definir sus consecuencias en un sentido o en el otro en muchos de los eventos comentados. Es posible que las raíces de esta ambigüedad estén en la tradición de

la salud pública clásica, una tradición que combina un compromiso con el rigor científico y el bien social con un posicionamiento paternalista y autoritario.

Ahora bien, desde el punto de vista específico de su aproximación a lo sexual (y a lo moral en general), la salud pública (como las ciencias biomédicas en general) es positivista, aunque fluctúa entre el moralismo y el pragmatismo (v.g. puede asumir políticas que privilegian la ‘reducción de daños’ frente a la inhibición ‘por principio’, por ejemplo al abordarse la prevención de SIDA entre usuarios de drogas ilegales).

Es posible, entonces, que el mayor potencial libertario de las prácticas hegemónicas de epidemiología y salud pública estén en esa tradición de pragmatismo benefactor. Porque al abrirse a lo socialmente excluido, y al definir fórmulas para su abordaje, la epidemiología contribuye a su legitimación. Los ‘HSH’, ‘UDI’, ‘TS’ y otros depositarios de siglas tuvieron, en parte gracias a esta salud pública, un lugar en documentos burocráticos que no tenía que ver solamente con leyes y partes policiales. Sin lugar a dudas, la respuesta burocrática a la epidemia ha permitido una visibilización y, lo que es más significativo aún, una incorporación insólita de muchas categorías social y sexualmente excluidas en las políticas y programas sociales, de modos que crecientemente implican una legitimación y una visión en un marco de derechos. No es gratuito que el reciente fortalecimiento del fundamentalismo religioso en altas esferas del gobierno norteamericano haya tenido como consecuencia un desestímulo de la investigación sanitaria y social en “trabajadoras/es sexuales” y “HSH”, así como, ciertamente, en “usuarios de drogas” y aborto (The New York Times, 2003). La prescripción de referirse más bien a “mujeres y hombres de alto riesgo” se deriva, con claridad, de la presunción de que la simple denominación de la ‘prostitución’ como trabajo sexual, o de la homosexualidad como ‘sexo entre hombres’, viabiliza y promueve estas prácticas.

Es necesario, sin embargo, un cambio en la formación de epidemiólogos y sanitaristas que cuestione la tradición paternalista aristocrática y permita la renovación de estas disciplinas en el sentido de su asunción de una perspectiva democrática que vea la salud como un derecho, y también la salud sexual desde una perspectiva de derechos sexuales. Con una

formación renovada, es muy posible que epidemiólogos y sanitaristas, desde ya comprometidos con ideales altruistas, puedan contribuir mejor a la construcción de una salud pública que, según la visión de Ayres (2002), no esté centrada en la noción en la enfermedad, sino en las de solidaridad y promoción de la felicidad.

Referencias

- Ayres, J. (2002). Repensando conceitos y práticas em saúde pública. Anais do Seminario Prevenção à AIDS: limites e possibilidades na terceira década. Rio de Janeiro: ABIA.
- Cáceres, C, van Griensven, G. (1994). Male Homosexual Transmission of HIV-1: Editorial Review. AIDS 8:1061-1071.
- Corrêa, S. (2001). Salud Pública, Género y Sexualidad – Legitimación y nuevos interrogantes. En: Stern C y Figueroa J (Eds). Sexualidad y Salud Reproductiva – Avances y Retos en la Investigación. Ciudad de México: El Colegio de México.
- Foucault, M. (1977). Historia de la Sexualidad, Volumen I: La voluntad de saber. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Grover, Jan Zita (1987). “AIDS Keywords”. In Douglas Crimp (Ed). “AIDS: Cultural Analysis / Cultural Activism”. Cambridge, MA: MIT Press.
- Kim A, Kent C, Klausner D (2002). Increased risk of HIV and sexually transmitted disease transmission among gay and bisexual men who use Viagra, San Francisco 2000-2001. AIDS 16:1425-1428.
- Klausner J, Wolf W, Fischer-Ponce L y col (2000). Tracing a syphilis outbreak through cyberspace. JAMA 284 (4): 447-9.
- Scarce, M. (1998). Back to Barebacking. www.managingdesire.org/scarcebtb.html (revisado el 5 de mayo).
- The New York Times (2003). Certain drugs can trip up AIDS grants, scientists say. Headlines, Abril 18. <http://www.nytimes.com/2003/04/18/national/18GRAN.html>
- Weeks, J. (1985). Sexuality and its discontents. Londres y New York: Routledge.