

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Una mirada desde la promoción de la salud a la subjetividad
entorno a las campañas de prevención del VIH-SIDA: El caso de un
grupo de hombres gays que han practicado bareback**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

P R E S E N T A :

JORGE LUIS MONTECINOS HERRERA

DIRECTORA

LIC. MARÍA DEL CARMEN RODRÍGUEZ SÁNCHEZ

Ciudad de México, julio de 2022.

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

DEDICATORIA

A mis padres, **Rosalina Herrera Montecinos**
y **Maurilio Montecinos Sánchez**, siendo un
ejemplo de honestidad, responsabilidad y
dedicación, y que gracias a su respaldo la meta
fue alcanzada.

A mis tías, **Marcelina Herrera** y **Aida**
Montecinos, por su cariño y atención cuando
los momentos de la vida se ven difíciles,
brindándome siempre una sonrisa, apoyo y
alegría diaria en mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Por medio de las presentes líneas quiero expresar mis más profundos agradecimientos a todos los que han sido parte de mi formación profesional.

Agradezco a mis padres por el apoyo incondicional que me han brindado a lo largo de mi formación académica y profesional, por ser siempre los principales motivadores y formadores de lo que ahora soy como persona, por brindarme sus consejos, por aceptar y apoyar cada una de mis decisiones y porque gracias a sus esfuerzos ahora he llegado hasta donde estoy.

Le agradezco a la **Lic. María del Carmen Rodríguez Sánchez** por guiarme y confiar en mis capacidades para realizar esta investigación, por su tiempo, sus conocimientos y reflexiones que me aportó. También quiero darle gracias al **Mtro. Omar Alejandro Olvera Muñoz**, por sus comentarios, observaciones y apoyo que fueron claves para la elaboración de este proyecto de investigación.

De la misma manera agradezco a la **Mtra. María Cristina Ortega Kanoussi**, al **Mtro. José Luis Fernández Silva** y al **Dr. Javier Gutiérrez Marmolejo**, por haber contribuido a la revisión de este trabajo.

Expreso mi gratitud a mi casa de estudios la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, Plantel Casa Libertad por brindarme la oportunidad de estudiar una Licenciatura y proveerme de conocimientos para un pensamiento crítico y social.

No puedo dejar a un lado a cada uno de mis amigos y participantes de este estudio que me brindaron parte de su tiempo para conocer sus pensamientos, ideas y reflexiones, además de su apoyo, ya que sin su colaboración no hubiera sido posible la presente investigación.

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN | 7 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 11 |
| OBJETIVOS | 13 |
| Objetivo general | 13 |
| Objetivos específicos | 13 |
| JUSTIFICACIÓN | 14 |
| MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL | 17 |
| Salud y promoción de la salud: definición, Conferencias Internacionales, usos del concepto y la propuesta de promoción de la salud emancipadora. | 17 |
| a. Conferencias internacionales sobre promoción de la salud y la definición de la OMS/OPS | 17 |
| b. Diferentes usos del concepto de promoción de la salud..... | 21 |
| c. Promoción de la salud emancipadora | 29 |
| d. A manera de resumen..... | 43 |
| Acercamiento teórico a la definición de subjetividad, biopoder y biopolítica | 45 |
| a. Un acercamiento a la definición de subjetividad | 45 |
| b. El biopoder y la biopolítica | 53 |
| c. A manera de resumen..... | 57 |
| Las campañas de prevención del VIH-SIDA y el bareback | 58 |
| a. Misión y propósitos de las campañas de prevención del VIH-SIDA..... | 60 |
| b. Definición de la práctica de bareback..... | 63 |
| c. A manera de resumen | 64 |
| MARCO METODOLÓGICO | 66 |
| Tipo de investigación | 66 |

| | |
|---|------------|
| De los participantes..... | 66 |
| Técnica e instrumento de obtención de datos..... | 67 |
| Procesamiento de la información y cuestiones éticas..... | 67 |
| Eje de investigación, variables, conceptos y categorías de análisis | 68 |
| Descripción de pasos metodológicos..... | 69 |
| Descripción de problemas a los que me enfrente | 70 |
| CAPÍTULO I. LAS CAMPAÑAS OFICIALES DE PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA COMO BIOPOLÍTICAS IMPOSITIVAS | 72 |
| 1.1 Contexto histórico de las campañas de prevención del VIH-SIDA en México ... | 73 |
| 1.2 La alineación de comportamientos por medio de los mensajes e imágenes en las campañas de prevención del VIH-SIDA | 84 |
| 1.3 A manera de resumen..... | 95 |
| CAPÍTULO II. LA SUBJETIVIDAD IMPUESTA EN LA SALUD SEXUAL DE LOS VARONES HOMOSEXUALES. | 98 |
| 2.1 La producción subjetiva en la salud sexual de varones homosexuales | 99 |
| 2.2 La manipulación de la vida por la biomedicina | 105 |
| 2. 3 A manera de resumen..... | 108 |
| CAPÍTULO III. EL BAREBACK COMO ACCIÓN EMANCIPADORA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD FRENTE A LA IMPOSICIÓN DEL SEXO SEGURO EN LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA..... | 111 |
| 3.1 El sexo seguro como limitante de la salud sexual de los varones gays | 112 |
| 3.2 La repolitización del bareback como acción emancipadora de promoción de la salud | 120 |
| 3.3 A manera de resumen..... | 130 |
| CONCLUSIONES GENERALES | 133 |
| Análisis de resultados específicos | 135 |

| | |
|---|------------|
| ANEXOS | 140 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 144 |

INTRODUCCIÓN

En la presente tesis se aborda el tema de la manifestación de subjetividad de un grupo de hombres gays frente a las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón referente a las prácticas sexuales de este grupo (como es el bareback) mediante el uso del cuerpo. Se demuestra como una promoción de la salud centrada en la prevención de la enfermedad limita las capacidades humanas y discrimina al colectivo gay mediante el uso del discurso biomédico normativo representado en las campañas de prevención del VIH-SIDA.

Los casos de contagio del VIH-SIDA se presentan con mayor frecuencia en los hombres de edad joven y siguen en aumento a nivel mundial, nacional y en la Ciudad de México. El VIH-SIDA es una infección que se le ha atribuido históricamente al colectivo gay generando un discurso discriminatorio y prejuicioso sobre estas personas y sus prácticas a nivel sociedad. Por tanto, la sinergia de la infección del VIH, con el probable desarrollo del SIDA, y ser homosexual genera niveles de discriminación muy altos en comparación con la población heterosexual lo que provoca brechas en el acceso de sus derechos como lo es la salud.

Las campañas de prevención de esta infección son muy generales y no toman en cuenta la particularidad de los colectivos, como la subjetividad de los varones homosexuales en cuanto a sus prácticas sexuales, por ejemplo, con el bareback, lo que genera que fracasen y se sigan presentando niveles altos de contagios. Derivado de lo anterior, la presente tesis responde a la pregunta ¿Cómo se manifiesta la subjetividad referente a las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón que tiene un grupo de hombres gays entre 18 a 30 años de edad de la Ciudad de México y Zona Metropolitana que han practicado bareback?

Se pretende que este trabajo sirva como un referente para encaminar las acciones de protección de contagios por parte de los profesionales de la salud de manera integral y no discriminatoria, asimismo para generar material didáctico íntegro y no estigmatizaste, y particularmente puede contribuir al abordaje de problemas de salud más crítica y para generar intervenciones que permitan el desarrollo de capacidades del colectivo varonil gay

encaminándonos hacia la erradicación de prejuicios sobre las prácticas sexuales de estos. Para esto tenemos como objetivo conocer desde la promoción de la salud emancipadora las diversas maneras en las que se manifiesta la subjetividad en torno a las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón que tienen un grupo de hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y Zona Metropolitana que han practicado bareback.

Para cumplir con dicho objetivo primeramente se hace una revisión teórica sobre el desarrollo histórico y conceptual de la promoción de la salud para lo cual hacemos referencia a autores como la Dra. Chapela, el Observatorio de Biopolítica, entre otros. Dentro de este apartado encontramos que la concepción de promoción de la salud y sus acciones han cambiado con el desarrollo histórico humano haciendo que se piensen desde el ámbito biológico o socio-estructural. Desde el ámbito biológico se piensan acciones que son identificadas con la higiene, cambios de comportamientos, los virus, las bacterias, etcétera, por ejemplo, el lavado de manos para prevenir alguna enfermedad; y desde el ámbito socio-estructural se piensa en acciones relacionadas con la forma de vida es decir con aquellas cuestiones que determinan la forma de enfermar o vivir pero que no son manipuladas por la persona, sino que recaen en el Estado, por ejemplo, el saneamiento ambiental. No obstante, ambas posturas contemplan a la salud como ausencia de enfermedad, empero rescatamos el enfoque desarrollado por la Dra. Chapela sobre promoción de la salud emancipadora argumentando que la salud es la capacidad humana corporeizada y por ende el problema de salud no recae solo en la enfermedad sino en la limitación de las capacidades humanas, desde esta postura las acciones de promoción de la salud apuntan al desarrollo de capacidades y al carácter social y político.

Consecutivamente desarrollamos teórica y conceptualmente la subjetividad retomando autores como Gonzáles, Foucault y otros quienes mencionan que esta no se desarrolla/impone de manera individual sino socialmente y que para esto intervienen cuestiones culturales, experiencias y símbolos discursivos. El discurso verbal cobra un papel importante en la imposición de la subjetividad social pues en todo discurso hay un componente de poder, esto mismo sucede con el caso del discurso biomédico sobre la subjetividad de los varones homosexuales, lo que nos llevó a desarrollar las categorías de

biopoder y biopolíticas, entendiendo que el biopoder es el poder ejercido sobre cuestiones de nuestra vida y las biopolíticas una forma sutil del biopoder.

Posteriormente hacemos una revisión teórica sobre la misión y el propósito de las campañas de prevención del VIH-SIDA entendidas como biopolíticas sobre la sexualidad de los varones homosexuales citando autores como Sepulveda, Estrada y otros detectando que la finalidad de estas es el cambio de comportamientos y la imposición de la idea de sexo seguro, pero también hacemos referencia teórica-conceptual a la práctica de bareback entendida como sexo anal sin condón culturalmente apropiado del idioma inglés como montar a pelo pero que no necesariamente tiene la finalidad de contagiar el VIH-SIDA.

Ahora bien, para poder dar respuesta a la pregunta de investigación y cumplimiento al objetivo de la presente tesis se trabajó con un grupo de hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y Zona Metropolitana que han practicado bareback haciéndoles una entrevista con consentimiento informado y obteniendo la información suficiente para poder desarrollar la tesis que se encuentra estructurada en tres capítulos.

El primer capítulo lleva por título **“Las campañas oficiales de prevención del VIH-SIDA como biopolíticas impositivas”** en donde discutimos cómo es que, por lo general, las campañas realizadas por las instituciones oficiales y no oficiales funcionan como biopolíticas sobre la sexualidad homosexual imponiendo una subjetividad específica en razón de moldear un cuerpo y mente (en este caso del colectivo varonil gay) para mantener su control, esto a través de las imágenes y los mensajes presentados en los materiales de estas campañas imponiendo la etiqueta de grupo de riesgo a este colectivo y haciendo pensar en la *a-normalidad* de sus prácticas sexuales obligando el uso del condón en cada una de ellas como dispositivo de control.

En el segundo capítulo con nombre **“La subjetividad impuesta en la salud sexual de los varones homosexuales”** argumentamos que los discursos de los dispositivos se han instaurado en nuestra subjetividad por medio de medidas disciplinarias haciendo que la salud y la salud sexual de los varones homosexuales, en este caso, sea limitada y entendida en relación con evitar la enfermedad o contagios, promoviendo así la idea de que la única protección ante la infección es el uso del condón, haciéndose una verdad absoluta

consensuada socialmente y provocando que otras prácticas sexuales que desarrollen los varones homosexuales sean dictaminadas como prácticas de riesgo por salirse de la *norma* o de lo *normal*, lo que coadyuva a mantener el control sobre este colectivo.

Finalmente en el tercer capítulo intitulado **“El bareback como acción emancipadora de promoción de la salud frente a la imposición del sexo seguro en las campañas de prevención del VIH-SIDA”** analizamos cómo estas campañas promueven la idea de sexo seguro haciendo hegemónico el uso del condón así como el discurso biomédico y utilizando el término bareback de manera despectiva ante las prácticas sexuales de los hombres homosexuales, sin embargo criticamos estas ideas por ser generalizadoras pues dan por sentado la posible infección por VIH-SIDA aunque no necesariamente debe de ser así ya que para que suceda esto alguno de los participantes debe de estar infectado, por tanto para esta tesis argumentamos que el bareback es una práctica de liberación de la sexualidad homosexual (emancipación sexual) de los discursos normativos-controladores, apoderante del cuerpo-territorio (y de la subjetividad misma) y reconocemos que los practicantes llevan a cabo acciones propias de protección de contagios por ejemplo conocer el estado serológico de la pareja sexual.

Finalmente, se presentan las conclusiones generales en donde destacamos lo encontrado en la investigación, ahora bien, no quiere decir que sea un tema terminado sino que existen líneas de investigación a realizar afines, por este motivo planteamos algunas propuestas para continuar con el estudio teórico de este tema y recomendamos algunas acciones prácticas para el abordaje del mismo en la colectividad, y por último presentamos un análisis de resultados de manera sintética de cada uno de los capítulos desarrollados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México, datos de la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles (2021) enuncian que para el 4to trimestre de 2020 se tenía registro de un total de 331,437 personas con VIH, de los cuales la Ciudad de México presenta un total de 43,398, entre estos 40,693 son hombres y 4,705 son mujeres. De la misma manera, este informe menciona que en México entre las edades de 20 a 29 años un total de 112,699 personas presentan VIH, de los cuales 93,360 son hombres y 19,339 son mujeres.

Es notorio en los datos que la cantidad de hombres de la Ciudad de México con VIH es mayor que las mujeres y de igual manera son los jóvenes varones entre los 20 y 29 años de edad quienes tienen mayor cantidad de infección por VIH en México en comparación con las mujeres de la misma edad, de acuerdo al Instituto Nacional de Salud Pública (2020) dentro de estos varones podemos encontrar a los hombres homosexuales, hombres trabajadores sexuales, mujeres trans, personas que se inyectan drogas y reclusos.

A lo largo de la historia los hombres homosexuales o gays en la sociedad han sufrido de discriminación, desde la edad media donde a la homosexualidad se le atribuían cuestiones demoniacas o antinaturales, y en su momento el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana clasifico hasta el año 1973 a la homosexualidad como trastorno mental, y es hasta el 17 de mayo de 1990 cuando la OMS lo elimina de la Clasificación Internacional de Enfermedades según la Organización Panamericana de la Salud (2015); no ha pasado mucho tiempo desde entonces y se siguen enfrentando problemas de discriminación en todo el mundo y México no es la excepción como lo mostramos en los siguientes datos.

La Encuesta Nacional Sobre Discriminación en México (ENADIS) del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017) menciona que de una muestra nacional de 102, 245 personas el 30.1% de la población no heterosexual de 18 y más años declaró haber sido discriminada por su orientación sexual en el año, el 41.8% de hombres no heterosexuales mayores de 18 años declararon la negación de sus derechos por su orientación sexual en los últimos 5 años, además el 66% de las personas gays o lesbianas mayores de edad opinan que en el país se respetan poco o nada sus derechos.

Por otra parte la sociedad en México muestra un mayor rechazo en convivir en el ámbito privado con quienes viven con VIH-SIDA ya que los resultados de esta encuesta mencionan que el 72% de las personas no le rentarían un cuarto de vivienda a una persona con VIH-SIDA y el 65% no lo haría a una persona gay o lesbiana; de igual manera 64.4% de la población mexicana, y 40.5% en Ciudad de México, considera poco o nada justificante que dos personas del mismo sexo vivan como pareja mientras que el 86% de la población no estaría de acuerdo en que su hijo(a) se casara con una persona del mismo sexo, por último el 70% de la población mexicana está de acuerdo con el prejuicio de que convivir con una persona con VIH-SIDA siempre es un riesgo.

Por lo anterior, para el caso de los varones la sinergia de la infección del VIH, con el probable desarrollo del SIDA, y ser homosexual genera niveles de discriminación más altos en comparación con la población heterosexual, generando brechas en el acceso a sus derechos como es el caso de la salud.

Los comportamientos en las prácticas sexuales de los gays han sido estudiados en diversos artículos y con diferentes perspectivas que han dado información importante al sector salud para generar campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón. Sin embargo, los casos de infección por VIH-SIDA siguen siendo altos. Entre los motivos del fracaso de las campañas podemos encontrar u observar que la información que emiten es muy general y no toman en cuenta la particularidad de la población, como lo es con la subjetividad de algunos hombres gays que practican bareback no como un simple acto sexual sino como una práctica de resistencia frente a los mensajes discriminatorios y peyorativos en dichas campañas.

Es con base en lo anterior es que la presente investigación busca dar respuesta a la siguiente pregunta:

¿Cómo se manifiesta la subjetividad referente a las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón que tiene un grupo de hombres gays entre 18 a 30 años de edad de la CDMX y Zona Metropolitana que han practicado bareback?

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer desde la promoción de la salud emancipadora las diversas maneras en las que se manifiesta la subjetividad en torno a las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón que tienen un grupo de hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y Zona Metropolitana que han practicado bareback.

Objetivos específicos

Indagar la percepción y la valorización personal sobre las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón de un grupo de hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y Zona Metropolitana que han practicado bareback y cómo éstas han impactado en el control de su salud sexual

Identificar las acciones protectoras de contagios de VIH-SIDA (alternativas al condón) que utilizan un grupo de hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y Zona Metropolitana que han practicado bareback en sus prácticas sexuales.

Proponer acciones desde la promoción de la salud emancipadora para generar campañas de prevención del VIH-SIDA incluyentes y no discriminatorias de las prácticas sexuales y que respeten el derecho a la sexualidad sin etiquetas.

JUSTIFICACIÓN

Los hombres gays se enfrenten a diversas situaciones dentro del contexto social y la discriminación es una de estas. De acuerdo a autores como Contreras (2012), las campañas de prevención y salud pública se han utilizado para acentuar o reproducir la discriminación por VIH-SIDA, especialmente en la población gay. Aunado a esto, Luna (2017) dice que el rechazo social expresado en estigmas, prejuicios y discriminación puede generar una autovaloración negativa provocando una menor capacidad individual para realizar conductas protectoras a la salud como el uso de condón, sin embargo, a nuestro parecer estas acciones podrían ser reconocidas como protectoras ante el contagio de VIH-SIDA.

En ese sentido, aunque los hombres gays tengan una historia individual sobre la realización de conductas protectoras ante el contagio de VIH-SIDA, sobre ellas, pesan componentes comunes a los que se enfrentan los varones homosexuales como el rechazo, la exclusión, la discriminación y la violencia explícita que determinan socialmente los riesgos al contagio de esta infección para esta población.

Ampliando lo anterior, Ávila y Montenegro (2011) en su estudio mencionan que el saber biomédico, a través de la biopolítica y en particular sexopolítica, se encargó de patologizar la homosexualidad, mediante la asociación de este colectivo con el VIH-SIDA generando una valoración peyorativa hacia las prácticas sexuales de este grupo humano, pues la farmacéutica y la burocracia estigmatizó la enfermedad a personas de la población menos protegida y con más carencias como por ejemplo las trabajadoras sexuales, las personas que consumen sustancias psicoactivas y los homosexuales dejando de lado la investigación y asistencia de las causas y consecuencias del SIDA en los primeros años hasta la llegada del activismo de la comunidad gay, por tanto el cuerpo con VIH se homosexualizó.

Ante esta situación, nuevamente Ávila y Montenegro (2011) mencionan la necesidad de realizar estudios de alcance mayor que den cuenta de la forma en que los discursos de prevención del VIH-SIDA están participando en la generación de una clasificación antagónica de buenos o malos homosexuales en relación al posicionamiento

del uso o no de medidas de protección como es el condón, esto puede identificarse por ejemplo en la práctica del bareback.

Desde el contexto anteriormente descrito, la presente investigación puede aportar en la reflexión de los profesionales de la salud pública (médicos, enfermeros, psicólogos, promotores de la salud, educadores de salud, etc.) para encaminar sus acciones de protección de contagios y prevención de la infección y enfermedad de manera integral y no discriminatoria o estigmatizante con los hombres gay referente al tema del VIH-SIDA y sus prácticas sexuales.

Asimismo, la investigación puede generar información para los creadores y encargados de las campañas de prevención del VIH-SIDA como un referente para la realización de materiales didácticos íntegros y no estigmatizantes, y de igual manera, para que los educadores de la salud pueden utilizar la investigación para reconocer qué estrategias de prevención de contagios se pueden usar en las prácticas de bareback para prevenir el contagio de VIH-SIDA y trabajarlos en talleres, conferencias, etc.

Particularmente en el área de promoción de la salud esta investigación puede servir como un referente de análisis de un forma crítica de abordar los problemas de salud, entendiendo que estos no solo se presentan en relación con la característica biológica del cuerpo sino limitando las capacidades que tienen los individuos y las colectividades en cuanto a imaginar proyectos propios ya que estos se encuentran delimitados y/o condicionados por el discurso de la medicina hegemónica haciendo que la práctica de bareback sea entendida peyorativamente en las relaciones sexuales de los homosexuales por esta última característica más que por la infección del VIH-SIDA.

De la misma manera la investigación puede ser de utilidad en el ámbito de la promoción de la salud para que se implementen acciones que puedan abordar la salud desde una manera crítica y holística pudiendo generar intervenciones con la comunidad de hombres gays que viven en la Ciudad de México y Zona Metropolitana que permitan el desarrollo de sus capacidades y no la limitación de estas con relación a la protección de su propia salud sexual, evitando caer en prejuicios, estereotipos, discriminación, y el uso despectivo del termino bareback para referirse a las prácticas sexuales de estos.

Por último, el estudio puede coadyuvar al abordaje de la salud sexual de los hombres gays que practican bareback con una mirada no estigmatizante que se ha generado desde el saber biomédico o del estudio de los estilos de vida y que se encamine a la erradicación de los prejuicios sobre las prácticas sexuales de placer y erotismo de la población mencionada. Por ello, se pretende aproximarse al tema desde la exploración de la subjetividad referente a las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón de algunos hombres gays que practican bareback para que se apoderen del control de su propia salud y se tenga información descriptiva y no valorativa de este tema.

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Salud y promoción de la salud: definición, Conferencias Internacionales, usos del concepto y la propuesta de promoción de la salud emancipadora.

En las últimas décadas, diferentes autores han intentado exponer sus ideas, opiniones, críticas y reflexiones frente al campo profesional de la promoción de la salud. En ese sentido, se tiene una amplia gama de abordajes y definiciones sobre este campo de conocimiento. Vale decir, desde visiones muy hegemónicas relacionadas con la enfermedad hasta miradas más amplias y abiertas relacionadas con las capacidades humanas.

A partir de ello, como parte del marco teórico de la presente investigación, se hará un breve recorrido sobre los orígenes de la promoción de la salud desde el abordaje de las diferentes Conferencias Internacionales en Promoción de la Salud realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y reconociendo el aporte de cada una de ellas a este ámbito, además se presenta un abordaje teórico de los diferentes usos del concepto de promoción de la salud y formas de hacer esta, y al final se enfatiza en la propuesta de la Dra. María del Consuelo Chapela en cuanto a la promoción de la salud emancipadora mencionando las principales características y su metodología.

a. Conferencias internacionales sobre promoción de la salud y la definición de la OMS/OPS

Han existido diferentes conferencias sobre promoción de la salud a nivel mundial realizadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) junto con los países integrantes de esta. Según Restrepo (2001) hubo dos informes antecedentes para la realización de dichas conferencias, el primero de ellos es el informe Ladonde¹ de 1974 que fue realizado por el ministro de salud de Canadá mencionando que los factores condicionantes de las enfermedades, el ambiente y los estilos de vida o comportamentales no tenían la misma

¹ Según Restrepo (2001) este informe propuesto por el Ministro de Salud de Canadá cuestiona las políticas de salud en este país argumentando que los mayores recursos se dedicaban a la asistencia y atención de la enfermedad, y muy pocos eran para incidir en los condicionantes de las enfermedades prevalentes y mortales. Este informe fue un incentivo para que se pensara en darle prioridad a la prevención de enfermedades y mitigación de los factores de riesgo.

prioridad que se les daba a los servicios de asistencia de salud y la Declaración de Alma-Ata² en 1978 con el objetivo de “Salud para todos en el año 2000” presentándose como una inspiración para iniciativas en cada país del mundo en pro de mejorar las condiciones de salud de los más desprotegidos.

Sin embargo reconocemos que ambos informes conciben a la salud como la ausencia de enfermedad o afecciones y por ello las acciones que presentan tienen como finalidad la prevención de contagios de infecciones y enfermedades, sea por una mayor atención a los comportamientos o estilos de vida o en su caso por la asistencia clínica de la enfermedad, lo que para esta investigación sería algo diferente a la salud ya que desde una mirada más crítica de promoción de la salud se concibe a esta por ejemplo como capacidad humana, por ende reconocemos que las reflexiones que se proponen en dichos informes están más relacionadas con la prevención de la enfermedad o contagios de infecciones que con una promoción de la salud más crítica.

Pero aun con estas diferencias y limitaciones importantes descritas, los informes dieron origen a una discusión mundial sobre promoción de la salud (PS) para alcanzar el objetivo planteado en la Declaración de Alma-Ata generando así las diferentes conferencias de promoción de la salud. El Observatorio de Biopolítica³ (2017) analiza cada una de ellas y a continuación presentamos las generalidades de estas:

Primera conferencia de Promoción de la salud en Ottawa (1986) “Hacia un nuevo concepto de salud pública”: Aquí se dio una definición a la PS y se le consideró como una estrategia para aumentar la salud de la población mediante el control por parte de las personas para mejorarla, estableciéndose cinco líneas de acción: formulación de políticas

² Según Torres (2018) la Declaración de Alma-Ata destacó elementos esenciales de la Atención Primaria en Salud como una serie de valores rectores para el desarrollo sanitario, un conjunto de principios para la organización de servicios de salud y una variedad de criterios para abordar las necesidades sanitarias prioritarias y sus determinantes.

³ El Observatorio de Biopolítica es una organización no gubernamental. Según su página de internet es un grupo de sanidad y biopolítica conformado por Profesionales por el Bien común (PBC). Para consultar su página web se puede ingresar con la siguiente dirección electrónica <https://biopolitica.net/>

públicas saludables, creación de ambientes saludables, reforzar la acción comunitaria, desarrollar actitudes personales y la reorientación de los servicios de salud.

Segunda conferencia de Promoción de la salud en Adelaida (1988) “Políticas públicas saludables”: En ella se dio énfasis en establecer políticas públicas en pro de la salud y se destacó que los gobiernos tienen un control en los recursos y por ende son responsables ante la existencia o falta de políticas públicas que mejoren la salud.

Tercera conferencia de Promoción de la salud en Sundsvall (1991) “Entornos o ambientes saludables”: En este caso se puso de relieve la necesidad de crear ambientes que favorezcan la salud, y que pudieran ser utilizados por la población en general, con la finalidad de que los ambientes apoyen a la salud en lugar de dañarla.

Cuarta conferencia de Promoción de la salud en Jakarta (1997) “Nuevos representantes de una nueva era. La promoción de la salud hacia el siglo XXI”: Aquí se destacó el abordaje de la PS sobre los Determinantes de la salud, la ampliación de las capacidades comunitarias, el empoderamiento individual y la consolidación de infraestructura para el trabajo de PS.

Quinta conferencia de Promoción de la salud en México (2000) “Declaración ministerial de México para la Promoción de la salud. De las ideas a la acción”: Se persiguió asegurar un progreso constante en PS entendida como estrategia fundamental para el desarrollo de los países.

Sexta conferencia de Promoción de la salud en Bangkok (2005) “La carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado”: Se identifican retos, acciones y compromisos para el abordaje de los Determinantes de la salud en el mundo de la globalización y se hizo énfasis en la necesidad de abordar los problemas de manera mundial.

Séptima conferencia de Promoción de la salud en Nairobi (2009) “La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en promoción de la salud”: Identifica a la PS como elemento clave para subsanar las deficiencias en la atención a la salud y el desarrollo.

Octava conferencia de Promoción de la salud en Helsinki (2013) “Salud en todas las políticas”: Se hizo énfasis en que la salud se determina por factores externos al ámbito sanitario promoviendo una salud en todas las políticas.

Novena conferencia de Promoción de la salud en Shanghai (2016) “La promoción de salud en los objetivos de desarrollo sostenibles”: Se centró en la relación de la salud con los determinantes de estas y el empoderamiento de las personas, y priorizó actividades de PS en tres esferas: reforzar la buena gobernanza en pro de la salud; mejorar la salud en entornos urbanos y promover las ciudades y las comunidades saludables; y reforzar los conocimientos sobre la salud.

Reflexionando los acontecimientos antes descritos podemos reconocer que efectivamente la salud, que para nosotros no se reduce a la ausencia de la enfermedad, es concebida desde una mirada médico hegemónica, esto en razón de que a pesar de la existencia de nueve conferencias internacionales de promoción de la salud esta se sigue pensando como una acción o estrategia de prevención de enfermedades o contagios de infecciones pues en dichas conferencias se hace hincapié en cambiar ambientes y comportamientos, superar determinantes o factores de riesgo, evitar la desigualdad social y la deficiencia de atención y pensar en políticas públicas pero siempre en razón de evitar la enfermedad.

Después de revisar cada una de las conferencias sobre promoción de la salud, cobra relevancia enunciar la definición de PS que se encuentra en la Carta de Ottawa, Restrepo (2001) la retoma diciendo que “la Promoción de la salud consiste en proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma” (p. 29). De igual manera, en este texto se encuentra una definición que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS en 1990 usan para conceptuar a la promoción de la salud:

La promoción de la salud es concebida, cada vez en mayor grado, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. (p. 29)

La Carta de Ottawa fue un parteaguas para entender el amplio espectro que tiene la promoción de la salud en la sociedad y como un aspecto importante que el Estado o gobierno debe de tomar en cuenta como parte del derecho a la salud. En ella se habla de tomar en cuenta la acción comunitaria y las políticas públicas para mejorar la salud, sin embargo, aun cuando en ambas definiciones de promoción de la salud anteriormente citadas no se hace alusión de manera explícita a la enfermedad se puede reconocer que de manera implícita se sigue entendiendo a la salud como la ausencia de esta.

Por lo descrito anteriormente en esta investigación reconocemos que la salud va más allá de la ausencia de la enfermedad y que debe de ser concebida fuera de esta dicotomía o proceso, es decir de otra manera. Para poder realizar una verdadera promoción de la salud más crítica es necesario reconocer que la salud no es lo mismo que evitar la enfermedad o los contagios, desalineándonos de las concepciones institucionales oficiales como las de la OMS y la OPS, por lo que a continuación presentamos una clasificación menos institucional u oficial de diferentes formas de entender promoción de la salud.

b. Diferentes usos del concepto de promoción de la salud

Las definiciones de promoción de la salud y las acciones que se ejercen desde esta se han ido construyendo y realizando en una sociedad de acuerdo al contexto cultural e histórico de cada época, esta razón es por la cual existen diferentes formas de hacer y entender la PS.

Chapela (2013) menciona la división de dos tipos de estudio y acción de la PS, el primero de ellos en el ámbito médico-biológico-ecológico encaminando sus prácticas hacia el mantenimiento del equilibrio entre el cuerpo y el medio ambiente; el segundo de la medicina social conservadora y crítica apoyando las prácticas de promoción de la salud desde las clases subordinadas y la lucha de clases pero en vista también de la prevención de enfermedades y contagios, y de evitar daños, lesiones o incidencias negativas que puedan afectar el cuerpo en su carácter biológico, psicológico y social.

Desde la mirada tradicional biomédica el modelo de Leavell y Clark en 1965 (citado por Quintero, De la Mella y Gómez, 2017) sobre la Historia Natural de la Enfermedad propone a la promoción de la salud en el nivel de prevención primaria. La prevención

primaria se encarga de evitar la enfermedad suprimiendo o evitando los diferentes factores de riesgo (entre los que encontramos los comportamientos o estilos de vida) e identifica a los grupos en riesgo para evitar esos factores y por ende el desarrollo de enfermedades (Sánchez y Velasco, 2017).

La propuesta de lo que se entiende por una buena salud en la medicina moderna se centró en el equilibrio del cuerpo, mente y medio ambiente, es por esta razón que los factores que pueden incidir en la persona para que esta cuente o pierda su salud, en la concepción relacionada con la enfermedad, radican en diferentes áreas encargadas de diversas especialidades por ejemplo la genética. Los estilos de vida forman parte de esta mirada de factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades de la medicina moderna, al respecto Carmona, Rozo y Mogollón (2005) mencionan que:

La promoción de la salud, de acuerdo con esta visión [de estilos de vida saludables], tenía que ver con el fortalecimiento de la resistencia del huésped hacia los agentes de enfermedad, con la disminución o eliminación del contacto con el agente y con acciones generales sobre el ambiente (el ambiente incluye lo social). (p. 69)

Sin embargo, esta forma de entender la salud a nuestro parecer resulta reduccionista y es por ello que en su momento se realizaron diversas críticas para incrementar los alcances de la definición de salud y por ende las prácticas de promoción de la salud, que son concebidas de manera exclusiva en relación con la ausencia de enfermedad. López, *et al* (2017) dicen que estas prácticas son reduccionistas ya que se aborda casi exclusivamente aspectos biológicos y físicos-patológicos, en otras palabras, se pretende dar prevención a la enfermedad y generar acciones de protección de contagios e infecciones, dejando las intervenciones en manos de los profesionales de la salud y el sistema de salud pues se cree que son exclusivamente ellos quienes cuentan con los conocimientos para poder hacer eficientes esas acciones.

En cambio, en la mirada socio-histórica se piensa que esos factores de riesgo son dictaminados por la forma de la estructura social (reparto de la riqueza y el trabajo) y que la salud pública es la encargada de estudiarlos y cambiarlos a través de una promoción de la

salud de cambios estructurales. Al respecto Coronel y Marzo (2017), mencionan lo siguiente:

Con Sigerist, uno de los más brillantes salubristas de todos los tiempos, se inició la construcción teórico-práctica de la promoción de salud, pues concibió las 4 funciones de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación. (p. 2)

En la medicina social tradicional se sustenta que las acciones que se implementen en el ambiente, como el uso de agua potable en los hogares, ayudará a mejorar las condiciones para evitar la enfermedad y los contagios de infecciones de cada una de las colectividades mientras que para la medicina social crítica además de esto son las condiciones laborales o la forma de trabajo las que determinan el proceso de salud-enfermedad de los sujetos y las colectividades, que para esta investigación sería la determinación de cómo se llega a la enfermedad o los contagios y la prevención-atención de estos.

Se puede reconocer que, aunque las acciones y conocimientos de la medicina social hayan profundizado en la crítica a la medicina tradicional, las propuestas de intervención en promoción de la salud siguen una ruta que pretende prevenir las enfermedades y evitar contagios o problemas del cuerpo físico, biológico, psicológico y social de la población desde la intervención en el sistema político-social.

Con base en lo anterior, podemos clasificar el uso del concepto de promoción de la salud en dos maneras de estudio: por un lado, tenemos la mirada tradicional biomédica y por otro la socio-histórica, pero ambas con énfasis en la prevención y control de las enfermedades ya sean por acciones higiénico-ambientales o en su caso acciones socio-estructurales.

Chapela (2007) en su artículo, *¿Qué promoción de la salud ha fracasado?*, desarrolla puntos de vista referentes a una clasificación sobre las diferentes formas de hacer promoción de la salud. En esta clasificación, encontramos la promoción de la salud del mercado (PSM), promoción de la salud oficial (PSO), promoción de la salud popular (PSP), Promoción de la salud empoderante (PSEp), y la propuesta por ella: la promoción de la salud emancipadora (PSE). Teniendo en cuenta lo anterior a continuación se presentan las

características más sobresalientes de cada una de las diferentes formas de hacer promoción de la salud y se analiza a mayor profundidad, en el siguiente subtema, la propuesta de la Dra. María del Consuelo Chapela sobre promoción de la salud emancipadora.

1. Promoción de la salud del mercado

La promoción de la salud del mercado (PSM) está presente en la mayoría de las prácticas de esta, se presentan en los anuncios comerciales de agua, de cremas y toda una variedad de productos industriales dedicados supuestamente a mejorar lo que se entiende por salud desde la mirada médico hegemónica, es decir la ausencia de la enfermedad. Esta forma de hacer PS está limitada a la capacidad de adquisición individual y al respecto Chapela (2007) menciona que sigue el mismo principio que cualquier práctica del mercado, es decir, se crea el concepto de salud como una necesidad imponiendo etiquetas a toda la población como consumidores o clientes de la industria de salud para consumir sus productos.

La mirada de este tipo de hacer PS en cuanto a la población con la que se trabaja, es de prevenir enfermedades y problemas del cuerpo físico, biológico, psicológico, social, etcétera, con el consumo de “productos saludables” y con el cambio de actitudes y comportamientos, las acciones se plantean desde una mirada biomédica y el acceso a estas son limitadas por la capacidad de compra. En ese sentido:

Es a través de la Promoción de la Salud y su Servicio Integrado de Promoción de la Salud, donde la Mercadotecnia Social en Salud funge como componente transversal que busca motivar actitudes y comportamientos tanto individuales como sociales encaminados a promover la salud del público objetivo. (Secretaría de salud, 2010, p. 18)

La PSM trabaja junto con la Mercadotecnia Social en Salud y cada uno de nosotros accede a ella siempre y cuando tengamos la capacidad de adquirir lo que la industria saludable ofrezca en el mercado. La promoción de la salud del mercado se rige por cambios en los estilos de vida y el consumismo.

Este tipo de hacer PS, al encontrarse en el ámbito mercantil (privado) tiene una forma de evaluación fuera de las oficiales, al respecto Chapela (2007) comenta:

Esta forma de PS no se encuentra sujeta a las exigencias de demostración de su efectividad ante las instancias de salud, médicas u oficiales ya que su éxito depende de los significados ganados, de la mercancía vendida, necesidades creadas y el consumo de la mercancía. (p. 4)

2. Promoción de la salud oficial

La promoción de la salud oficial (PSO), es reconocida por la mayoría de las instancias gubernamentales de salud en todo el mundo como la OMS. Es dominante en el discurso y su objetivo es prevenir enfermedades a nivel colectivo, seleccionadas y clasificadas por la ciencia médica oficial y avalada por las normas institucionales, y reparar las relaciones de la población con el Estado quien da el significado de salud como relevante para las instituciones oficiales (como la Secretaría de salud) más que para la misma población quien solo se presenta como una cifra más desapareciendo como agente social y de cambio (Chapela, 2007).

Nuevamente las acciones de esta forma de hacer promoción de la salud recaen en el cambio de comportamientos de la población con la finalidad de prevenir enfermedades y tomando los conocimientos para esto desde una mirada biomédica, sentando sus bases en la salud pública tradicional. México no es la diferencia, pues la Secretaría de Salud (2010) menciona lo siguiente:

El propósito de la Mercadotecnia Social es generar cambios de comportamiento y actitudes, apoyada en técnicas de comunicación y aprendizaje, que directamente la posicionen en el entorno de la promoción de la salud. Es un planteamiento integral que responde a los objetivos y a la investigación de necesidades sociales en desarrollo político, económico, social y cultural para producir o reforzar hábitos y conductas saludables. (p. 44)

Las instituciones oficiales de salud pública de cada gobierno son las indicadas para realizar este tipo de PS, pero con la transversalidad mercantil, como se mencionó en el caso de México con la Mercadotecnia Social de Salud. Es por eso que Chapela (2007) sostiene que la PSO tiene una raíz médica en busca de cambios de estilo de vida de la población desde el conocimiento de la medicina para prevenir la enfermedad, y otra en relación al gobierno y las instituciones como una estrategia de evaluación de eficiencia de los

programas para presentar evidencia sólida de la capacidad de la PS para disminuir enfermedades y ambas son vinculadas al mercado por la industria farmacéutica y productos saludables.

3. Promoción de la salud popular

La promoción de la salud popular (PSP) es una “práctica cotidiana de las personas en sus redes sociales primarias, como la familia y el barrio, tendiente al sostenimiento de la vida biológica y social, al alivio del sufrimiento, y la formulación y alcance de sus proyectos” (Chapela, 2007, p. 8). Este tipo de promoción de la salud puede ser encontrada en las actividades diarias de cada comunidad y está presente en nuestras relaciones sociales y menos institucionalizadas por el gobierno, es decir fuera del contexto de la PSO, pero con la finalidad de prevenir y atender la enfermedad.

Ahora bien, las acciones que se plantean en la promoción de la salud popular tienden a solucionar problemas del cuerpo biológico, psicológico, social o atender enfermedades que la comunidad reconozca, no solo desde el cambio de comportamientos o estilos de vida, pero si tiene una cierta mirada biomédica de la salud. Cerqueira (1996) nos dice que la promoción de la salud comunitaria (o popular) aboga por las siguientes estrategias: ampliar la definición de salud para abarcar aspectos sociales y económicos, ir más allá del enfoque de estilos de vida y atender los fenómenos sociales y políticos a fin de generar estrategias de mayor alcance, e incorporar y fomentar la capacidad individual y colectiva de participación para el reconocimiento de sus problemas y formular posibles soluciones.

La PSP llama a la participación de cada comunidad (como la participación de las parteras en los hospitales) para que mejoren sus modos de vida con el afán de prevenir enfermedades y atender problemas que afecten el cuerpo biológico de la persona, y que reconozcan en su mismo entorno, esto no quiere decir que se alejen de la atención y conceptualización biomédica que se le da a la salud sino que integran a cada individuo-comunidad a sus acciones a manera de subrogarlos al sistema hegemónico de atención a la enfermedad y por tanto las evaluaciones que se le den tendrán que ser de manera local.

Sin embargo, para López, *et al* (2017) los procesos de participación se reducen a campañas de información o consultas sobre los planes que ya están diseñados y que en

realidad no cuentan con la participación de la comunidad en la toma de decisiones y además no se cuenta con la implicación de la ciudadanía en estos procesos, en otras palabras se puede decir que la participación del individuo y la comunidad se reduce a una escucha activa de los conocimientos de los expertos médicos o representantes comunitarios de la medicina.

Entonces la promoción de la salud popular:

Mira al individuo como una parte del colectivo, realiza prácticas con mayor o menor grado de especialización, puede incorporar parcialmente los discursos y prácticas de las medicinas dominantes y presentarse más o menos organizada... La evidencia y parámetros de la eficiencia de la PSP son construidos localmente y en tanto devuelven identidad y resuelven los problemas de las personas de acuerdo con los valores y significados locales (Chapela, 2007, p. 8).

Esta forma de hacer promoción de la salud tiene que ver con la cultura local de cada comunidad y con su propia forma de atender las enfermedades o los problemas del cuerpo biológico de las personas, es decir la comunidad incorpora su conocimiento pero de igual manera (o mayormente) piensa en acciones de la medicina, por ejemplo el uso de diferentes plantas medicinales para aliviar enfermedades del estómago o acudir con el curandero, chaman, etc. (especialista en atención de la enfermedad) para tratar algún asunto relacionado con la infección, los contagios o la enfermedad en sí.

4. Promoción de la salud empoderante (PSEp)

Este tipo de promoción de la salud está vinculada con el concepto de la carta de Ottawa de PS, se dice que se deben de brindar los medios necesarios para que las personas gocen de salud y tengan un control sobre esta. Al respecto Beltrán (2009), menciona que esta definición de la OMS implica al empoderamiento como herramienta para que las personas controlen factores que determinan la salud de manera individual o colectiva, lo cual para esta investigación recae en la determinación de la enfermedad pensando en que la salud es algo muy distinto a lo que se plantea implícitamente en esta afirmación.

Nutbeam (1998, citado en Beltrán, 2009) da la siguiente definición de empoderamiento individual y colectivo:

El empoderamiento individual se refiere principalmente a la habilidad del individuo para tomar decisiones y tener control sobre su vida personal. El empoderamiento comunitario involucra a los individuos que actúan colectivamente para ganar una mayor influencia y control sobre los determinantes de salud y la calidad de vida en su comunidad y es una meta importante en la acción de la comunidad para la salud (p. 23-24).

En ese sentido, la salud en la visión de la promoción de la salud empoderante es concebida nuevamente en relación con los problemas del cuerpo biológico, físico, psicológico, social, etcétera y de la enfermedad. Se trata de brindar las condiciones suficientes y necesarias para que cada uno de nosotros tenga la capacidad de elegir entre “lo bueno y lo malo”, según lo que los especialistas proponen, y así llegar o no a la enfermedad. Por eso Blanco (2016) sostiene que la PSEp inculca una forma ética, por medio de la provisión y valorización personal de nuestros deseos, actitudes y conductas en relación con los que les ofrecen los promotores de la salud.

Bajo estos hechos tenemos diferentes asociaciones o grupos que brindan a las personas su apoyo para reducir los determinantes de la enfermedad o para poder decidir una mejor calidad de vida, por ejemplo, asociaciones en contra de la violencia hacia las mujeres donde un experto se dedica a aconsejar y brindar atención al problema que él mismo piensa que tienen un grupo de mujeres que sufren violencia para que con ello estas tomen la mejor decisión y cambien su forma de vivir.

Se dice entonces que la promoción de la salud empoderante “...aparece principalmente como una práctica de organizaciones civiles críticas y usualmente se encuentra vinculada a concepciones de salud hegemónicas enfocadas a la enfermedad, dentro de discursos críticos, y está organizada por expertos con clasificaciones y agendas específicas” (Chapela, 2007, p. 9).

Esto quiere decir que aunque las acciones en pro de lo que se maneja como salud desde la medicina hegemónica, es decir la ausencia de enfermedad, no sean desde las instituciones gubernamentales, como es el caso de la PSO, sino por Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) serán encaminadas a la prevención de enfermedades y problemas del cuerpo de las personas, pero en un sentido de responsabilizar a la persona y

la comunidad de sus acciones ya que estas la determinan al tener la posibilidad de elección y al contar con los medios necesarios para su control.

Al ser una promoción de la salud en que los expertos plantean los problemas y acciones específicos de atención a la enfermedad y problemas corporales, la forma de evaluarla también tiende a ser propia de cada organización y del tema que se atienda, “la evidencia y parámetros de evaluación de la PSEp varían de acuerdo con las clasificaciones de los expertos, desde indicadores de modificación de enfermedad hasta apropiación y control de los contenidos de los programas por parte de los usuarios” (Chapela, 2007, p. 9).

Finalizando este apartado podemos mencionar que las diferentes formas de promoción de la salud discutidas hasta el momento tienen la finalidad de prevenir enfermedades, cambiar comportamientos o estilos de vida, atender problemas que se pueden presentar en el cuerpo biológico, social, psicológico, etcétera o brindar los medios suficientes para que cada uno de nosotros, y por ende el colectivo, pueda elegir entre la ruta hacia desarrollar o no la enfermedad, los contagios, las infecciones entre otros.

En general, estas formas de hacer promoción de la salud tienen una definición biomédica de la salud, reducida a la ausencia de la enfermedad muy distante a lo que esta investigación pretende reconocer como salud, pues se mira a esta como una meta a alcanzar en una dicotomía donde se presenta en un extremo la evitación de la enfermedad en semejanza con lo que entienden por salud y en el otro la enfermedad misma, con razón de esto se presentan acciones que nos lleven hacia el extremo de evitar la enfermedad tratando al individuo como un objeto en mayor o menor medida.

c. Promoción de la salud emancipadora

La promoción de la salud emancipadora (PSE) es una propuesta reciente de la Dra. María del Consuelo Chapela Mendoza surgida en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X). Como líneas de investigación de la Dra. Chapela encontramos la metodología cualitativa, formación de recursos humanos para la salud, políticas en salud y la promoción de la salud crítico emancipadora, ha tenido diferentes artículos y publicaciones en relación a su propuesta y en general en el área de la salud y sociedad.

1. Referencia histórica de la promoción de la salud emancipadora

La promoción de la salud emancipadora es una propuesta reciente con una mirada crítica sobre las formas de hacer promoción de la salud antepasadas entendiendo las capacidades que las personas y los colectivos tenemos para imaginar y generar proyectos futuros, García (s.f.) menciona que:

Esta corriente, surgida en los años noventa al interior del Diplomado en Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, es sin lugar a dudas la que más se aparta de lo que tradicionalmente se conoce como promoción de la salud. (p. 1)

Entendemos por ello que la PSE no se dirige exclusivamente a la prevención de enfermedades o problemas corporales de la persona mediante el abordaje de los cambios comportamentales o la distribución de la riqueza y la estructura social como en las visiones más médico hegemónico o de la medicina social crítica y conservadora, sino que es más abierta y se reconoce el poder individual y comunitario para generar proyectos. Al respecto García (s.f) dice que:

La corriente emancipadora de la promoción de la salud surge como respuesta a una lectura crítica de las prácticas más convencionales de la promoción de la salud. Desde la perspectiva de la fundadora de esta corriente la promoción de la salud, lejos de lo que se maneja en la mayoría de los espacios oficiales, es un espacio en disputa en el que conviven, compiten, se mezclan y evolucionan diversas maneras de entender la salud y su promoción. Más aún este debate está influenciado por discusiones en los planos de la ciencia, la política y la economía entre otros. A su vez, de acuerdo con la autora, las prácticas diversas de promoción de la salud tienen consecuencias políticas y económicas para la población. (p. 2).

Las acciones que plantea este tipo de promoción de la salud pueden inclusive quedar fuera de lo que oficialmente se reconoce como ámbito de la salud y es que esta práctica conlleva a entender de una manera distinta la definición oficial de salud, ya no se puede entender como una dicotomía con la enfermedad o afecciones, además las acciones de la PSE conllevan no solo a la participación del individuo-colectivo sino a la acción por medio de sus propias habilidades y capacidades.

2. Definición de salud, la resignificación de la salud en la corriente emancipadora de la promoción de la salud y la noción de problema de salud.

La salud es un concepto que ha estado en constante problematización buscando una definición que abarque su profundidad y extendiéndose a diferentes ámbitos, sin embargo las características que se le han implantado siempre están asociadas a categorías de uso en la biomedicina, como por ejemplo sucede con la definición que presenta la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946 retomada en el artículo de Vergara (2007) diciendo que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (pág. 43) y aunque sea una definición de las más conocidas por su institucionalización por esta organización mundial carece de complejidad ya que obviamente el completo estado de bienestar no es posible de alcanzar puesto que el ser humano está en constante cambio lo que no permite una estabilidad.

Esta crítica se hizo presente en la década de los 90’s haciendo que se repensara la definición de salud y que se hicieran aportes en cuanto a incluir situaciones sociales que también determinan la enfermedad, sin embargo, los aportes dados no cambiaban la referencia al ámbito biológico de la salud. El argumento crítico de los autores de la corriente de la medicina social sienta como base un proceso salud-enfermedad-atención que es determinado y entendido por cuestiones sociales que subsumen los problemas del cuerpo biológico, pero, aunque haya tenido aportes importantes para el estudio de la salud todavía mantienen el ojo puesto en la enfermedad.

Laurell (1982/1986) citada por Pagnamento, Weingast, Caneva, Castrillo, Hasicic y Specogna (2016) propone la categoría de proceso salud-enfermedad para que funcione como una herramienta de análisis situando a lo social en primer plano frente a los fenómenos biomédicos que se pudieran reconocer en el “mundo natural” del ser humano, subrayando que este está incorporado en lo social y biológico.

He de aquí que las intervenciones en promoción de la salud, desde el ámbito más clínico, se han encaminado a acciones referentes a la prevención de enfermedades ya sea actuando desde el nivel biológico o en situaciones estructurales que generan la enfermedad, pero ambas teniendo en común el objetivo de evitar esta última. En razón de esto

reconocemos que la salud va más allá de la ausencia de enfermedad o afecciones y es por eso que se pretende reconocer una definición de salud distinta y alejada de la PS clásica.

Al ser la promoción de la salud emancipadora una corriente alejada de las acciones y características oficiales y tradicionales de promoción de la salud, que en general es encaminada a la prevención de enfermedades o cambios de estilos de vida, se contempla la salud fuera de la dicotomía con la enfermedad. García (s.f.) dice que por su característica crítica en la promoción de la salud emancipadora se propone una nueva definición de salud que permita superar la asociación de la enfermedad con esta, como no lo es en la definición de la OMS, y que genere una alternativa para superar los problemas en la práctica de la promoción de la salud tradicional.

La definición de PS de la Carta de Ottawa retoma la salud como algo positivo e involucra, ya no solo al ámbito biomédico o al sector salud en esta, sino que presenta a la persona y a la colectividad como sujetos que regulan su forma de vivir a partir de su participación. “Considerando la definición de promoción de la salud de la Carta de Ottawa, definí la salud como la capacidad humana corporeizada para decidir y construir futuros viables y realizarlos”. (Chapela, 2013). En la definición anterior de la salud podemos reconocer que la enfermedad ya no forma parte de esta, sino que se reconocen las capacidades de las personas mediante el uso del cuerpo para la construcción de su vida propia, siendo la enfermedad solo un resultado de esos proyectos o imaginarios, entre muchos otros.

Al ver la enfermedad no como un extremo del cual queremos alejarnos sino como una posibilidad de tantas muchas que existen en un proyecto, entendemos que la promoción de la salud emancipadora se puede presentar en muchas formas para que los individuos y los colectivos puedan desarrollar sus capacidades y alcanzar esas metas y proyectos, no necesaria y exclusivamente con la prevención de enfermedades o la atención a los problemas de salud. Esta razón la sustenta García (s.f.) diciendo que:

...esta corriente propone que el ser humano es saludable en la medida en la que imagina sus aspiraciones cumplidas en una idea de futuro y en la medida en la que ejerce sus capacidades para ver ese futuro realizado. En concordancia con el espíritu de Ottawa la salud, desde esta perspectiva no es más una meta sino un

recurso para el ser humano. No es un estado que se cumple o no sino el grado de ejercicio de las capacidades humanas en un momento determinado de la vida de un sujeto individual o colectivo. Las capacidades humanas de las que se habló son la del razonamiento (sapiens), de imaginar (ludens), de motivarse o apasionarse (erótica), de trabajar (faber) y de tomar decisiones (política). (p. 4)

Reconocemos entonces que la salud en esta corriente crítica de PS está relacionada con las capacidades de cada uno de nosotros y del colectivo o comunidad en general distinguiendo la autenticidad de los sujetos, su ética, su valoración personal de la vida, sus conocimientos y habilidades, entre otras, es decir, la integridad de la persona biológica, psicológica, social, etcétera como uno mismo.

En razón de entender a la salud fuera de lo que institucionalmente es definida, los problemas de salud ya no son referenciados exclusivamente a la enfermedad o al ámbito exclusivo de la biomedicina sino a la limitación de las capacidades que tenemos como individuos y colectivos para lograr futuros deseados. García (s.f) menciona que hay condiciones que pueden limitar las capacidades para alcanzar proyectos futuros y así disminuir los niveles de salud pero además de esto también nos encontramos en la necesidad de considerar situaciones que pueden afectar de manera negativa la capacidad para imaginar e inventar futuros pudiéndose clasificar en dos tipos: afectación de las capacidades humanas, especialmente de la capacidad de imaginar y el condicionamiento del proyecto futuro por medio de desear un determinado proyecto, valga la redundancia, que no necesariamente sea producto de nuestro ser íntegro.

Lo anterior tiene una relación con la categoría de poder ya que este puede ser utilizado para mantener la hegemonía de las diferentes instituciones, sus elementos y componentes, es decir se trata de generar una idea o influir en la subjetividad de cada uno de nosotros y del colectivo en general para desear alcanzar proyectos que no necesariamente son personales habida cuenta de ser íntegro, sino que están influidos por las instituciones, el mercado, las políticas, etc.

De conformidad con lo anterior García (s.f) menciona lo siguiente:

[El sujeto y/o la colectividad] Ya no decide lo que desea sino lo que aprendió a desear y al no estar consciente de esto se crea la ilusión de que decide. Es cuando se dice que su proyecto está condicionado y por lo tanto su capacidad de inventar futuros está afectada. Más aún las relaciones de poder influyen en lo que se enseña y lo que se aprende inconscientemente de tal manera que quiénes están en posiciones de mayor poder tienen más posibilidades de definir arbitrariamente lo que se enseña. (p.9)

Las características anteriores que forman parte de las nociones de salud y problema de salud hacen que esta nueva corriente crítica de promoción de la salud tenga otra forma de entender a qué se refiere esta y por ende otras características y elementos en comparación con las miradas clásicas y tradicionales de la PS desde el ámbito biomédico que a continuación se retomaran.

3. Definición de promoción de la salud emancipadora

Después de describir la definición de salud desde esta mirada crítica de promoción de la salud emancipadora y puntualizando en que esta ya no es una dicotomía con la enfermedad sino el ejercicio de las capacidades humanas para imaginar y alcanzar un proyecto futuro, es necesario reconocer a qué se refiere este tipo de hacer promoción de la salud, por ello a continuación se presenta una caracterización de lo que se puede entender por PSE según García (s.f.):

De forma general es un conjunto de prácticas encaminadas a generar las condiciones para que los sujetos individuales y colectivos desarrollen su capacidad de inventar futuros y alcanzarlos. Lo anterior incluye el desarrollo de las capacidades humanas y la generación de capitales que permitan la modificación de las condiciones presentes para el logro de los proyectos (prácticas apoderantes) y la recuperación del control del cuerpo para la invención del proyecto (prácticas emancipadoras). (p. 12)

Este autor reconoce que en la práctica emancipadora de la promoción de la salud es necesario apoderarse del desarrollo de capacidades humanas y recursos, junto con la recuperación del cuerpo de las características impuestas por las diferentes instituciones a partir de la emancipación para su intervención en los proyectos, es decir tener los medios

para realizar los proyectos imaginados mediante el uso del cuerpo como un territorio propio.

Además es una “intervención que se sustenta en la búsqueda de emancipación del conocimiento, la palabra y las capacidades humanas teniendo como resultado cambios en las inscripciones de los cuerpos, entre otras, en las enfermedades” (Alfaro, 2017), se puede entender que nuestras acciones, conocimientos, capacidades y nuestros cuerpos son invadidos por los mensajes en los discursos del mercado, de las instituciones gubernamentales o no gubernamentales e incluso de la misma sociedad y por eso la PSE busca que las personas accedan a un estado de autonomía frente a todos estos discursos que limitan la salud y que la enfermedad (como uno de tantos resultados) cambie a partir de esto.

Para generar promoción de la salud emancipadora tenemos que reconocer los mensajes en los discursos que nos presentan todos los actores e instituciones antes mencionados, la reflexión es necesaria en todo momento, García (s.f.) opina que esta promoción de la salud se organiza en general en círculos de reflexión y acción para transformar el contexto con el objetivo de alcanzar proyectos individuales y colectivos.

Por último, esta promoción de la salud reconoce a la persona como un ser íntegro y con capacidades, ya no solo como un objeto en donde su participación es de escuchar y cambiar comportamientos o elegir entre dos caminos: “la buena y la mala salud”, sino que al tener capacidad de transformación puede accionar intervenciones propias que generen una mejora en su vida diaria y lograr sus imaginarios, es decir se reconoce como un sujeto saludable.

4. El sujeto saludable

Como hemos venido mencionando la PSE considera al individuo no solo como un objeto o una maquinaria en la cual pueden estar o no funcionando sus partes, es decir afectaciones de la enfermedad o afecciones, sino que es un ser íntegro física, emocional y socialmente, pero además está inserto en una cultura conllevándolo a un proceso de culturalización a partir de simbolismos, habilidades, capacidades, valores, etcétera. De acuerdo con esto Chapela (2007) dice que la promoción de la salud emancipadora:

Considera a la persona como sujeto ético, buscando que en el ejercicio de su poder el sujeto individual y el colectivo sean quienes signifiquen, den contenido, formulen, decidan y logren sus futuros; buscando que esta manera de ejercer su poder se exprese como corporeizaciones, como inscripciones en sus cuerpos físicos y en el medio ambiente mostrando cambios favorables en el desarrollo de su salud. (p. 9)

A este individuo-colectivo con poder de significar su mundo, desarrollar sus capacidades e imaginar y lograr sus proyectos futuros, la fundadora de la corriente emancipadora de la promoción de la salud lo reconoce y nombra como sujeto saludable. “El sujeto saludable es un sujeto auto-sujetado, íntegro en sus dimensiones subjetivas y material capaz de plasmar su salud en su cuerpo-territorio y en su entorno material, simbólico y social.” (Chapela, 2013 citado por Alfaro, 2017)

Un sujeto saludable entonces puede ser reconocido como una persona o un colectivo autónomo capaz de desarrollar conocimiento y prácticas propias para alcanzar sus proyectos, además de vincular su propia subjetividad con su objetividad presentada en su cuerpo y su contexto, es decir un ser íntegro que es libre en la medida de lo posible de los mensajes del discurso oficial, mercantil, etcétera y de las inscripciones de estos en su cuerpo y su vida en general.

Chapela (2013, citada en Alfaro, 2017) comenta que el sujeto saludable cuenta con cuatro dimensiones. La primera se refiere a la dimensión ontológica donde da significado y conocimiento del mundo material, la segunda es la epistemológica, referente a los valores y las prácticas que puede ejercer, el tercero tiene una relación con la pedagogía, es decir el proceso de enseñanza y aprendizaje y por último una dimensión biológica referente al cuerpo material. Pero también la misma autora sostiene que “el ser humano, ...con una anatomía particular que le permite tener determinadas capacidades... construye un mundo simbólico cargado de subjetividad y toma de decisiones con respecto a su vivir en el mundo” (Chapela, s.f., p. 10-11).

El sujeto saludable por tanto integra conocimientos de diferentes áreas y además realiza acciones que reconoce como propias para alcanzar sus proyectos en un proceso de enseñanza-aprendizaje colectivo que recae en su medio ambiente y su cuerpo.

El sujeto saludable combina los intereses técnico, práctico y emancipatorio para la construcción de noema y noesis. El conocimiento que domina es el sentido común, los saberes populares y expertos. El cuerpo se usa de manera integral y satisfaciendo las necesidades generadas como resultado de sus procesos de auto-sujeción (Chapela, 2013 citado por Alfaro, 2017)

En general se trata de reflexionar los pensamientos (noema) que se obtengan del pensar (noesis) y con base en ello tomar decisiones que influirán en sus cuerpos y su medio ambiente en un ciclo repetitivo que permita alcanzar sus deseos e imaginarios. Chapela (2007) dice que para lograr un cambio de manera efectiva en la salud de los individuos sociales y de la comunidad o colectivo es necesario considerar a las personas como sujetos éticos e íntegros.

5. ¿Cómo realizar promoción de la salud emancipadora?

Con lo anterior se puede decir que el trabajo de la PSE se realiza mediante la reflexión sobre los pensamientos que se tienen y que se generan, por eso García (s.f.) menciona que el diálogo cobra una vital importancia en el proceso de reflexión al ser el principal facilitador en la toma de conciencia sobre los factores influyentes en la concepción de proyectos, además este diálogo se ejerce entre el promotor de la salud y las personas con las que se trabaja así como también con las personas que están promoviendo la salud.

El diálogo pedagógico a diferencia de la enseñanza, como oficialmente la conocemos, no pretende inculcar conocimiento institucional o cambiar los conocimientos y pensamientos del otro sino compartirlos para alcanzar una proyección colectiva e individual, por ello García (s.f.) dice que:

El trabajo de promover la salud está basado en una pedagogía de autoconstrucción y de autocrecimiento. El promotor de la salud no empodera, no da poder sino genera las condiciones que faciliten el fortalecimiento del otro. De la misma manera el promotor de la salud no emancipa, genera las condiciones para que el otro tome conciencia de los discursos de dominación que ha corporeizado en su historia y que lo influyen en la formulación de sus proyectos. (p. 12)

Este tipo de promoción de la salud reconoce y valora los conocimientos y pensamientos del otro, es por eso que el promotor de la salud desde esta corriente tiene que reconocer y aceptar la integridad, historicidad e ideales de los sujetos y sus contextos, no quiere decir que el promotor de la salud no puede dar sus conocimientos u opiniones, pero tampoco se dedica a influenciar a los otros o imponerles sus ideas. García (s.f.) sostiene que el promotor de la salud trabaja con sujetos no con objetos y que cada uno tiene su punto de vista individual, que debe ser reconocido y reconociendo que estos están determinados por sus contextos históricos, culturales y sociales utilizando como herramienta el diálogo y la observación de elementos relevantes en los contextos que forman parte de las vivencias de los sujetos y colectividades.

La PSE tiene dos momentos en su ejecución, la reflexión y la puesta en acción para una transformación. García (s.f.) trata de explicar estos momentos de la promoción de la salud emancipadora y menciona que:

En los momentos de reflexión se dialoga sobre el mundo, el actuar de los sujetos en él y sus intenciones. En estos momentos, y gracias a la reflexión los sujetos construyen nuevos significados que les permiten reformular sus proyectos y ganar control sobre su cuerpo. En la acción transformadora se desarrollan las capacidades humanas y se incrementan los capitales. Se modifica el entorno para que sea más favorable a los sujetos y al ejercicio de sus capacidades humanas. La acción transformadora también aporta elementos de experiencia para ser analizados en los momentos de reflexión. (p. 13)

Se puede decir que la primera etapa de la PSE es la reunión y el diálogo entre los sujetos en colectivo para reflexionar en torno a su mundo y los proyectos que desean alcanzar construyendo nuevos significados en cuanto a un tema que repercute en su cuerpo, recuperándolo, llegando así a reformular sus proyectos. Como segundo momento tenemos la acción transformadora encaminada por las capacidades de los sujetos y el incremento de los recursos para poder realizar el proyecto, generando una experiencia que se vuelve a analizar en las reflexiones y el diálogo haciéndose un trabajo de pensamiento en espiral ascendente.

En esta acción transformadora, y posterior reflexión de esta, es el mismo sujeto y la colectividad quien reconoce cuáles son los asuntos que se quieren trabajar, pues como mencionamos consideramos al sujeto como íntegro y ético, por eso García (s.f.) menciona que la acción transformadora se realiza con base en los problemas mencionados por el sujeto y la colectividad y no por el promotor de la salud, siendo obtenidos de un proceso de reflexión llamado “problematización” que analiza críticamente las condiciones del vivir de los sujetos y las colectividades.

“Se considera que una PS eficiente es aquella que construye ciudadanos y ciudadanía expresada objetivamente en las condiciones del cuerpo físico, del entorno material y en la modificación del sufrimiento humano” (Chapela, 2007, p. 9-10), es decir una promoción de la salud que genere cambios en la colectividad y en los sujetos es aquella que se implementa desde estos como sujetos autónomos, libres y capaces de mejorar sus condiciones de vida y sus inscripciones en el cuerpo material.

En una colectividad donde se ponga en práctica la PSE el trabajo del promotor de la salud no tendrá que ser por y para siempre como en el caso de las anteriores formas de hacer PS ya que se genera la emancipación de cada individuo y de dicha colectividad para que alcancen sus proyectos mediante la implementación y prácticas de sus capacidades propias. En ese orden argumentativo:

El promotor de la salud trabaja facilitando los procesos, primero de manera importante e intensiva y posteriormente de forma más marginal, en la medida en la que los sujetos con los que trabaja van desarrollando sus capacidades, hasta que su trabajo se vuelva innecesario. (García, s.f., p. 13)

No solo se puede trabajar la PSE desde la intervención con y en la colectividad. Se puede generar también conocimiento de esta corriente crítica de PS a partir de la realización de diferentes estudios ya que al ser una propuesta muy reciente las investigaciones en esta son pocas, por eso a continuación presentamos las rutas de estudio que se pueden seguir en la promoción de la salud emancipadora.

6. Rutas de estudio de la promoción de la salud emancipadora

El hecho de que la PSE sea una corriente crítica de PS reciente no quiere decir que no se puedan realizar estudios de esta, sino por el contrario deberían de ser promovidos para poder entender la salud y la PS desde otra mirada fuera de las tradicionales y oficiales, además existe una metodología y rutas específicas de estudio desde la promoción de la salud emancipadora que se exponen a continuación.

Según Alfaro (2017) existen tres rutas para el estudio en promoción de la salud emancipadora las cuales son: el estudio desde la corporeización, la capacidad humana, y el diseño y la decisión de futuros viables. Para comenzar, el autor mencionado dice que desde la corporeización se puede estudiar:

Los vínculos entre el mundo material y simbólico, las formas de inscripción de los procesos saludables en el cuerpo-territorio, los aprendizajes y necesidades del cuerpo en las distintas circunstancias y momentos del desarrollo del sujeto y las inscripciones de la acción del cuerpo en el mundo material y en el mundo social.

Es decir, se menciona que la persona como ser íntegro tiene una parte subjetiva (simbolismo) y otra objetiva o material (cuerpo) pero ambas conviven en un mismo sujeto y esa persona al mismo tiempo es parte de una colectividad o sociedad que también tiene las características antes mencionadas por tanto las acciones que puedan realizar de manera individual o colectiva estarán reflejadas en un contexto social y en el cuerpo propio, lo que se estudia en esta categoría es como esos simbolismos o inscripciones recaen en el cuerpo y el contexto comunitario.

Ahora bien, esta PS se basa en el concepto de salud como las capacidades que tenemos para alcanzar un imaginario o proyecto por eso la segunda ruta de estudio es desde las capacidades humanas y como lo menciona Alfaro (2017), se refiere al estudio de la dependencia de los sujetos (en conocimientos y apreciaciones institucionalizados) que obstaculizan la salud y que etiquetan a la persona como cliente o sujeto saludable, los procesos de acción y apoderamiento en los campos del mercado o de proyectos de sujetos saludables y por último el proceso del diálogo pedagógico en la creación de conciencia común u opinión popular.

Hasta el momento se enunciaron dos rutas de estudio: por un lado, las inscripciones de los mensajes de los diversos discursos oficiales, institucionales o sociales en el cuerpo y la capacidad que tienen los individuos y la colectividad frente a la realización de sus imaginarios o proyectos. Recordando que la forma de hacer promoción de la salud emancipadora se puede conjeturar en dos momentos, la reflexión y la puesta en acción, en esta tercera ruta de estudio se tratan de diseñar y decidir futuros viables, al respecto Alfaro (2017) argumenta lo siguiente:

Desde el diseño y decisión de futuros viables se estudian los procesos que los clientes y sujetos saludables llevan a cabo para la evaluación de su realidad de salud y su necesidad, los procesos de construcción de proyectos de los sujetos y de los campos, los procesos políticos, de administración y de gestión en las acciones y los recursos de clientes y sujetos saludables, las alternativas para lograr la reapropiación y desarrollo de la salud, la modificación de las condiciones de acceso a la riqueza y las inscripciones en el cuerpo como producto de las acciones de promoción de la salud.

Estas tres rutas de estudio se encuentran ligadas a la forma de hacer promoción de la salud emancipadora y se ha descrito como se puede realizar cada una de estas. Por último, al igual que las formas de hacer PS antes mencionas, la promoción de la salud emancipadora también tiene que ser evaluada en cuanto a sus acciones y es la misma fundadora de la corriente quien propone cómo se tiene que hacer.

7. Evaluaciones de la promoción de la salud emancipadora

Las diferentes formas de hacer promoción de la salud, al intervenir para generar cambios en la salud del individuo y la comunidad, tienen que tener una forma de evaluación que nos indique qué tanto funcionan o no dichas actividades. Estas formas de evaluar sientan su base en función de la definición de salud que estemos proyectando es así que por ejemplo en la promoción de la salud oficial la evaluación de las intervenciones son referentes a la disminución de enfermedades, en el caso de la PSM su evaluación recae en el nivel de consumo, la PSP tiene sus propias formas de evaluación dentro de los colectivos y la promoción de la salud empoderante se evalúa por medio de los indicadores específicos

que proponen los expertos y que se refieren en general a la apropiación del conocimiento experto para evitar enfermedades.

La promoción de la salud emancipadora también tiene su propia forma de evaluación que es propuesta por la fundadora de esta corriente y al respecto menciona lo siguiente:

La evaluación de esta forma de promoción de la salud es incompatible con las exigencias de la PSO y la PSM. Sin embargo, de acuerdo con sus propios significados, valores y clasificaciones, generan parámetros de evaluación que permiten observarlas desde los mismos sujetos que la practican. La evaluación de esta PS mira al proyecto viable de las personas, su posibilidad de imaginarlo en el contexto ecológico, socio-histórico, económico y político; formularlo, gestionarlo, desarrollarlo, modificarlo, en pleno ejercicio de sus posibilidades humanas. (Chapela, 2007, p. 9)

Se propone entonces que la evaluación de la PSE no recaee en los niveles de enfermedad presentes en la comunidad o individuo y tampoco en el consumismo, es decir no se pretende que sean los indicadores oficiales quienes evalúen el funcionamiento de esta PS sino que sean los propios sujetos, a partir de sus reflexiones, quienes evalúen con sus propios ideales, significados, valores y parámetros las acciones y el alcance de sus proyectos o imaginarios, o sea, reconociendo que las acciones generadas realizaron un verdadero cambio en sus vidas.

Esta última forma de hacer promoción de la salud es propuesta por la autora antes mencionada y en general se reconoce una definición de salud fuera de la enfermedad, como una capacidad corporeizada para imaginar y alcanzar un proyecto deseado, y bajo esta definición la autora propone que una persona y la colectividad pensada en una forma ética y capaz, como un sujeto saludable, puede emanciparse o ser libre de las connotaciones o inscripciones que tengan en su cuerpo-material y lograr sus metas-imaginarios.

En esta investigación, la perspectiva antes mencionada nos permitirá explicar cómo los hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y área metropolitana pueden retomar al bareback como una práctica apoderante de su ser en tanto sujeto saludable integro en su dimensión material, a través de su propio cuerpo, y subjetivo por medio de su propia subjetividad, es decir como la resistencia a través del sexo anal sin condón de este grupo

frente a la imposición subjetiva de las biopolíticas por medio de campañas oficiales de prevención del VIH-SIDA para el uso del condón en toda relación sexual puede ser entendida como una práctica emancipadora en defensa al desarrollo de la salud sexual de estos hombres gays alejándonos de la concepción tradicional de ausencia de enfermedad.

En general, para esta investigación interesa el estudio desde la corporeización del vínculo de un mundo simbólico, representado por la subjetividad de un grupo de hombres gays referente a las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón, y el material, referente a las prácticas sexuales de este grupo (como es el bareback) mediante el uso del cuerpo. Es decir, cómo esta actividad puede verse desde una posición de la salud como capacidad humana y de resistencia para con ello proponer acciones de promoción de la salud emancipadora.

d. A manera de resumen

Durante este aparatado se hizo un recorrido histórico a lo largo de las diferentes Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud realizadas por la OMS y mencionando los aportes que hicieron cada una de ellas para el ámbito de la promoción de la salud. Se destacó el cambio en la forma de entender la salud debido a los procesos socio-históricos del contexto político y cómo repercutió en las propuestas para las acciones en promoción de la salud, sin embargo, se llegó a la conclusión que los avances se reducen a la integración de cuestiones sociales que determinan la forma de enfermar y por tanto implícitamente reducen la definición de salud a la ausencia de la enfermedad, mientras que para esta investigación va más allá de solo esto.

Posteriormente, se presentó el análisis teórico de las diferentes formas de entender y hacer promoción de la salud, cabe destacar que estas propuestas están sujetas a los cambios en la forma de atención que se le da a la enfermedad y podemos notarlo en cuanto a la clasificación de sus intervenciones, por ejemplo las que recaen en el cambio de estilos de vida como una propuesta más médico hegemónica versus el cambio en la estructura social y económica desde una mirada de la medicina social clásica y crítica, sin embargo ambas visiones tienen presente la prevención de enfermedades o evitar esta última.

A lo largo de este apartado también se presentó una clasificación de la Dra. Chapela en cuanto a las diferentes formas de hacer promoción de la salud encontrándonos con la promoción de la salud mercantil o del mercado (PSM) con una propuesta de entender la salud a partir del consumismo; la promoción de la salud oficial (PSO) entendida desde las acciones institucionales o gubernamentales para el cambio de estilos de vida y prevención de enfermedades; la promoción de la salud popular (PSP) que incluye conocimientos de la vida diaria y comunitaria en un proceso médico, por ejemplo con la participación de las parteras en los hospitales; la promoción de la salud empoderante (PSEp) que está a cargo de personas que conocen de un tema y son expertos para mejorar las condiciones que piensan producen la enfermedad o los problemas del cuerpo material-biológico de los sujetos; y la promoción de la salud emancipadora (PSE) propuesta por la misma doctora.

La promoción de la salud emancipadora reconoce a las personas y el colectivo como un sujeto saludable a partir de que éste reflexiona y pone en práctica acciones políticas que generan autonomía y su propia emancipación frente a la imposición subjetiva de proyectos que ha aprendido a desear. Para esta corriente de promoción de la salud el sujeto saludable es integro en todas sus dimensiones incluidas la subjetiva y material, en razón de esto es que la subjetividad cobra un papel relevante en relación con esta forma de hacer promoción de la salud ya que es a partir de esa forma de ser, pensar, actuar, conocer, sentir y todo lo que conlleva esta dimensión del ser humano a que cada uno de nosotros damos contenido y significado y con ello formulemos, decidamos, deseemos y logremos nuestros proyectos futuros. En cuanto a la noción de problema de salud este ya no solo refiere a las cuestiones biológicas encaminadas a la enfermedad, como lo es en la promoción de la salud clásica.

El trabajo de promoción de la salud no es empoderar o emancipar a las personas, se dice que busca problematizar un asunto de importancia para el sujeto y la colectividad, y mediante el diálogo y la reflexión de manera más horizontal y abierta reconocer la capacidad de transformación de los sujetos y las colectividades con apoyo del mejoramiento de los ambientes y contextos como condicionantes para el desarrollo de las capacidades humanas y así alcanzar un imaginario o proyecto. Las rutas de estudio en la promoción de la salud emancipadora son tres: el estudio desde la corporeización, la capacidad humana, y el diseño y decisión de futuros viables.

Por lo anteriormente descrito es que a continuación presentamos un acercamiento teórico a la conceptualización de subjetividad, pero ponemos a relieve que esta, en ocasiones, es condicionada e impuesta por dispositivos institucionales a partir del manejo de cuestiones de la vida diaria, lo que podemos nombrar como biopoder, y accionándose de manera sutil a través de las biopolíticas, por ello también hacemos referencia teórica a estos dos últimos términos.

Acercamiento teórico a la definición de subjetividad, biopoder y biopolítica.

La subjetividad forma parte de cada uno de nosotros como seres reflexivos, sociales, culturales e históricos, y en un su momento, fue la psicología clásica la que permitió reconocer esto al mencionar la dicotomía existente entre lo objetivo-subjetivo. De alguna manera también se llegó a reconocer que la subjetividad tenía un acercamiento con la personalidad y con asuntos de cuestiones individuales con referencia a las pulsiones sexuales, las formas de aprendizaje, el conocimiento entre otras más.

Posteriormente, con la aparición de la psicología social, se pone en crítica los pensamientos y argumentos de la psicología clásica tratando de separar la subjetividad de las cuestiones individuales y proponiendo que esta se desarrolla mediante la cultura, las emociones y la relación con los otros hablándose entonces de diferentes subjetividades. Es en la época moderna donde se desarrolla un análisis que sostiene que la subjetividad es creada desde un poder y que se accionan procesos de subjetivación que repercuten en nuestra vida diaria a partir del biopoder y las biopolíticas.

a. Un acercamiento a la definición de subjetividad

Comúnmente, se ha estudiado la dicotomía objetividad-subjetividad o viceversa y en relación a esto han surgido varios comentarios sobre qué es lo que determina a una o a la otra, o sea si la objetividad determina la subjetividad o se determinan contrariamente. Como lo menciona Corral (2004), no es hasta la separación de lo objetivo de lo subjetivo, del ser del pensar que posibilita conocer por separado el conocimiento objetivo y posteriormente la visión de que lo objetivo es una producción de lo subjetivo.

Posteriormente con el surgimiento de la psicología social se produce un cambio en la forma de entender la subjetividad, sin embargo, se insiste en que el tema ha sido pobremente estudiado en las ciencias humanas y sociales, al respecto González (2012) dice que “el tema de la subjetividad ha sido insuficientemente estudiado en las ciencias humanas y sociales, en las que su significado ha estado asociado a la definición de procesos y dinámicas internas de la persona” (p.11).

Con base en lo anterior es que a continuación presentamos un acercamiento teórico a lo que se puede entender por subjetividad desde diferentes miradas de los autores, ámbitos en su estudio y aplicación de dicho elemento, o sea un acercamiento desde la perspectiva histórico-cultural, simbólico-emocional, subjetividad social y finalmente desde la perspectiva acción verbal-discursiva.

1. Subjetividad desde la perspectiva histórico-cultural

Toda población humana, y por ende el mismo individuo, tiene un contexto histórico y cultural que nosotros mismos hemos forjado, al ser parte de nuestra cosmovisión la cultura y la historia forman parte de nuestra identidad social, por eso desde esta perspectiva la subjetividad “...abre nuevas opciones para el desarrollo de las representaciones sociales y, sobre todo, permite una integración entre lo individual y lo social.” (González, 2008, p. 227).

Desde esta perspectiva, la cosmovisión o la forma en que como sociedad entendemos nuestro mundo son parte fundamental para el desarrollo de la subjetividad y, como antes lo mencionamos, está ya no es una cuestión individual de cada mente sino una integración de lo social e individual. La experiencia cobra un papel importante en la definición de subjetividad en esta perspectiva, como bien lo menciona Aquino (2013) citando a Brah (1996) diciendo que la cultura se presenta como un sitio que forma la subjetividad poniendo énfasis en la experiencia entendida esta como un proceso de significación e interpretación de nuestras vivencias individuales y sociales y de igual manera como un espacio de discursos donde se reiteran, inscriben o repudian subjetividades.

La cultura es entonces parte formadora de subjetividad y viceversa, que junto con la experiencia vivida dentro de esa cultura, los significados y como los interpretamos son

acordes a aquello que se ha establecido en cada colectivo en particular pero siempre abierto a cambios, por ello Gonzáles (2012) menciona que:

La subjetividad es una cualidad constituyente de la cultura, el hombre y sus diversas prácticas, es precisamente la expresión de la experiencia vivida en sentidos diferentes para quienes la comparten, constituyendo esos sentidos la realidad de la experiencia vivida para el hombre. (p.13)

En ese orden de ideas, no porque todos los individuos de una colectividad tengan la misma formación cultural quiere decir que la subjetividad será la misma, por el contrario, la experiencia de cada uno de los integrantes de esa colectividad generará un cambio en la subjetividad individual y colectiva, resignificando e interpretando esos nuevos cambios plasmándolos en la cultura.

Desde la perspectiva histórico-cultural se reconoce el cambio que se puede dar en la subjetividad colectiva y según Aquino (2013) citando a Brah (1996) para los investigadores de estudios culturales la subjetividad sería un espacio en donde se desarrollan procesos de significación de la relación entre nosotros con el mundo y la identidad sería la forma en que el sujeto en acción se significa o experimenta.

Entonces para resumir la definición de subjetividad propuesta desde la perspectiva histórico-cultural se puede decir que se encuentra integrada por la cultura, pero al mismo tiempo es abierta a cambios que se pueden generar en la colectividad y los individuos; además, la experiencia juega un papel importante en esto, por tanto la subjetividad tiene que ver con el sentido que damos a nuestra relación con el mundo a partir de una cosmovisión compartida más no única en relación con la experiencia.

2. Subjetividad desde la perspectiva simbólico-emocional

En esta perspectiva se retoma la experiencia para reconocer lo que se entiende por subjetividad, pero se hace un análisis en cuanto a que estas experiencias producen emociones y símbolos los cuales recaen en lo que se entiende por subjetividad. Gonzáles (2008) menciona que “es precisamente esa unidad simbólico-emocional, producida en el curso de la experiencia, la base ontológica de lo que definimos como subjetividad.” (p.228)

En este sentido se da significado a cada una de las experiencias vividas a partir de las emociones y símbolos que se tengan de dichas experiencias, por ejemplo, al tener una sensación o emoción desagradable de alguna actividad que no se disfrute, la subjetividad con base a esa actividad, será negativa, de desprecio e igualmente desagradable; en cambio, si la sensación producida es positiva y agradable, la subjetividad lo será de la misma manera.

Las experiencias compartidas y las emociones y símbolos que se generan en esas experiencias hacen que la subjetividad no sea una cuestión individual. “La definición de subjetividad como las producciones simbólico-emocionales de la experiencia vivida, tanto por personas, como por las formas y prácticas que se definen dentro de una organización social, hace que lo subjetivo sea irreductible a lo individual.” (González, 2012, p. 14)

Por tanto, desde esta perspectiva la subjetividad puede ser definida según González (2012) como una producción simbólico-emocional de las experiencias vividas que repercuten al mismo tiempo en las experiencias, es decir las emociones y los símbolos que se obtienen al experimentar la vida en relación con las experiencias pasadas. En general la subjetividad desde esta perspectiva se reconoce como los símbolos y las emociones que se generan con base a la experiencia vivida, pero con relación a las experiencias pasadas desde un ámbito colectivo que al mismo tiempo es individual.

3. Subjetividad desde la perspectiva social

Anteriormente se había discutido una forma de subjetividad colectiva, pero ahondando en que esta es determinada por cada individuo que la conforma. Empero, desde la perspectiva histórico-cultural se sostiene que la experiencia es la formadora de subjetividad en relación con la cultura, pero abierta a ciertos cambios, en la perspectiva simbólico-emocional se dice que la subjetividad es el conjunto de emociones y símbolos que se generan a partir de una experiencia vivida y con relación a las experiencias pasadas.

No obstante, desde la perspectiva social de la subjetividad esta se forma a partir de la integración de diferentes esferas sociales. Como menciona Aquino (2013), en el campo de la sociología la subjetividad se ha abordado como un proceso de producción de significados de los individuos en interacción con otros dentro de espacios sociales, es decir la

subjetividad de cada uno de nosotros se establece en relación a las relaciones sociales y los espacios donde se estén llevando a cabo estas.

A modo de ejemplificar lo anterior, podemos pensar que la producción de significados es diferente en relación al espacio y a las personas con las que nos encontremos, por ejemplo, no podemos dar significados iguales en un iglesia con la familia que al estar en una discoteca con los amigos, las relaciones y los espacios determinan que es lo que se significa pero a manera individual esos significados dentro de cada uno confluyen. Martínez (2012) hace alusión a esto mencionando que una posible definición de subjetividad, más no la única, sería un campo de acción y representación establecida en condiciones históricas, culturales, religiosas, políticas, entre otras y como capacidad de interacción y negociación con el otro, y de construcción de sí mismo a partir del lenguaje, la interpretación y la interacción.

En una sociedad con una diversidad de espacios y de relaciones personales podemos encontrar también una diversidad de subjetividades, por ello Gonzáles (2008) menciona que:

En la subjetividad social toman forma subjetiva una multiplicidad de efectos y de contradicciones de todas las esferas de la vida social, que resultan inaccesibles en su apariencia social. Sin embargo, esa producción subjetiva no se formó apenas por la forma en que espontáneamente esas relaciones se organizaron en el curso del tiempo, sino en torno a sentidos subjetivos, los cuales, a su vez, están configurados en torno a relaciones de poder, códigos y valores dominantes en esos espacios sociales, que penetran de diferentes formas en los sistemas de relaciones. (p. 235)

Se menciona en esta cita las relaciones de poder, códigos y valores dominantes que existen en la sociedad y que son aceptados por esta, y, por tanto, determinando la subjetividad de cada individuo integrante de la sociedad o colectividad. Desde esta perspectiva existe un gran sistema macrosocial de subjetividades que son configuradas y que configuran los sistemas microsociales.

En este sentido la subjetividad desde la perspectiva social según Gonzáles (2008) integra sentidos y configuraciones subjetivas de diversos espacios sociales formando un sistema en

el cual lo que ocurre en un espacio social concreto como la familia, la escuela u otros está sustentado por las producciones subjetivas de otros espacios sociales más amplios, en relación con esto se puede entender que la subjetividad social puede ser muy similar entre cada individuo que componen la colectividad pues como se menciona en la cita anterior las producciones desde el nivel macrosocial se ven reflejadas en el nivel microsociales como por ejemplo en la familia.

La subjetividad desde esta perspectiva es una construcción social y que en muchas ocasiones puede ser compartida, pero al ser compartida tiende a moldear nuestra persona de una manera singular, en razón de esto Briuoli (2007) hace mención que:

La subjetividad desde lo social se construye y deconstruye permanentemente, moldea nuestros cuerpos, mentes y relaciones sociales. Entonces, el modo en que se construya la subjetividad de cada individuo, así como el modo en que se transita este proceso, es resultado de un proceso de construcción social. (p. 83)

En general, se trata de pensar y significar aquellas cuestiones que se comparten en cada una de nuestras esferas sociales pero que al mismo tiempo son determinadas por una estructura social más amplia, en el asunto particular se puede tener cierta postura subjetiva, pero a nivel macrosocial esa forma de significar el mundo se encuentra en una similitud conforme a lo que la mayoría dice-piensa, moldeando nuestras mentes, cuerpos y relaciones sociales.

4. Perspectiva acción verbal-discursiva

Desde la perspectiva social se da un acercamiento a que la subjetividad a nivel macrosocial tiene cierto poder de conformar una mentalidad, formar ciertos tipos de cuerpos y relaciones sociales, sin embargo, es en la perspectiva acción verbal-discursiva que se realiza un análisis crítico sobre esta situación, desde esta perspectiva son las palabras y los discursos los que promueven cierta formación de subjetividad en cada individuo y en general en la sociedad.

Corral (2004) citando a Foucault menciona que la subjetividad se encuentra determinada por la acción de los verbos ya que todo verbo como representación de la realidad se origina de una expresión subjetiva, esto quiere decir que las palabras y los

discursos que utilizamos tienen cierta postura ante alguna situación lo que genera que sean una representación propia de la subjetividad.

Las palabras que emitimos están configuradas por la subjetividad misma, en razón de esto es que en las relaciones sociales y en especial en el discurso y el diálogo se intercambian nuestras posturas subjetivas referentes a un tema especial con cierto nivel de poder, algunas veces llegamos a un consenso por tener la misma formación subjetiva emanada desde un poder macrosocial pero en otros momentos podemos encontrarnos en un disenso/resistencia por tener cierta postura diferente.

Aquino (2013) citando a Foucault dice que:

Desde esta perspectiva la subjetividad es resultado de los mecanismos de normalización en el individuo, es decir, de la forma en que los dispositivos disciplinarios se articulan entre sí y producen un tipo de mentalidad congruente con las condiciones culturales existentes. (p.261)

En esta perspectiva se toman en cuenta las condiciones que la cultura particular propone y que además se imponen mediante la disciplina para producir un tipo de mentalidad que es identificada como “*normal*” al ser aceptada por la mayoría de la sociedad generando una subjetividad social hegemónica, sin embargo la postura de los autores es criticar esta forma de subjetivación como ellos lo mencionan y dicen que no solo existe una subjetividad sino un conjunto de diferentes subjetividades generadas a partir de la subjetividad impuesta.

Los discursos y las palabras emitidas también tienen una contextualización histórica que precisa lo que se dice, pero emergida desde las cuestiones sentimentales, eróticas e interpersonales del sujeto. Por ello Valero, Cáceres y Moreno (2020) sostienen que la subjetividad establecida en los hombres promueve una serie de relaciones de poder consecuencia de momentos históricos transversos por pensamientos, deseos y sentimientos personales y que las discursividades como práctica de lenguaje están delimitadas por ciertas relaciones de poder y éstas determinan la forma de ver el mundo.

Por tanto, se dice que la subjetividad de cada uno de nosotros y de la sociedad está delimitada por cuestiones de poder que históricamente se han instaurado a partir de normas

(en relación con la “*normalidad*”) disciplinarias ejercidas por la relación de diferentes elementos y componentes institucionales, es decir por cuestiones discursivas, arquitectónicas, administrativas, reglamentarias, etcétera en cada una de nuestras esferas sociales y que generan una forma particular de ser y pensar.

Al respecto Valero, Cáceres y Moreno (2020) hacen alusión a la siguiente definición de subjetividad:

La subjetividad, entonces, es el resultado de la forma en como dichos dispositivos se articulan entre sí, a manera de formas de control, marcos de comportamiento y mecanismos de normalización, que le generan un tipo de mentalidad congruente con las condiciones culturales existentes a partir de las prácticas que se aplican, como la exclusión, el internamiento, observación, examen, entre otros, que tienen un impacto directo en el comportamiento (juicio moral y ethos), el autoconcepto y la imagen de sí mismo. (p. 257)

En ese orden argumentativo, la subjetividad de los individuos y la colectividad en general puede ser manipulada con el poder disciplinario de las diferentes instituciones, sus elementos y componentes a partir de los discursos, que de alguna manera limitan la libertad que cada uno de nosotros debería tener en relación a las cuestiones de su vida y por ende de su cuerpo y su propia subjetividad. Sin embargo el poder hegemónico a lo largo del tiempo se ha ingeniado diferentes formas de llegar y alcanzar cada vez mayor cantidad de sujetos para manipular su subjetividad mediante diferentes medios de comunicación, Aquino (2013) citando a Tudela (2001) menciona que los instrumentos que el sistema utiliza para la producción masiva de subjetividad son los medios de comunicación en masa, publicidad, sondeos, estadísticas, encuestas, que generan opiniones a gran escala y al mismo tiempo estereotipos y narrativas de autodestrucción.

Estos estereotipos y/o narrativas autodestructivas pueden ser impuestos subjetivamente mediante el poder de los discursos médico científicos que se tiene sobre aspectos de la vida etiquetando a cada uno de los individuos que conforman el colectivo a manera de clasificarlos como enfermos o “sanos”, *normales* o *anormales*, entre otros, es decir se implementa el biopoder mediante las biopolíticas para mantener el control de comportamientos que salen fuera de los límites establecidos o de lo que ellos mencionan

como *normalidad*, por ende a continuación hacemos un acercamiento teórico a lo que se entiende por biopoder y biopolíticas como acciones de imposición subjetiva.

b. El biopoder y la biopolítica

Para que se puedan dar las relaciones de poder, que generan subjetividad a partir del discurso, deben de existir tres componentes esenciales: el sujeto, el poder y el saber. Martínez (2012) dice al respecto que las relaciones de poder dan pauta a la interacción compleja entre el saber, el poder y el sujeto que se ha expresado a lo largo de la historia en la categoría de biopoder en dos formas: la individualización del cuerpo y la regulación de la población.

El biopoder se encuentra presente en todas partes puesto que el ser humano vive en sociedad y todo aquello que transforma se convierte en parte de su vida, por ello Martínez (2012) menciona que “el ejercicio del biopoder se da en un juego de relaciones entre instituciones, técnicas gubernamentales y saberes económicos, al interior del Estado y en las diversas instituciones que pretenden regular o normalizar a los individuos”. (p. 82)

Una institución tradicional para normalizar a los individuos a través del biopoder ha sido la clínica pues esta nació como una institución en la cual se debería de volver a la *normalidad* al “enfermo”, Estrada (2015) lo menciona al sustentar que “...con el nacimiento de la clínica la mirada médica no reduce, sino que constituye al individuo como escenario legítimo en el cual se posa la enfermedad.” (p. 338)

El biopoder se puede identificar de manera más sencilla en las instituciones encargadas de regular los comportamientos de las personas, como por ejemplo las clínicas o los hospitales psiquiátricos donde el objetivo general es que quienes ingresen puedan llegar a ser igual de “*normales*” que las personas que se encuentran fuera de estos sitios empero al no poder disciplinar a toda lo sociedad mediante las instituciones se utilizan elementos y componentes de estos fuera de la misma institución manipulando la subjetividad mediante las biopolíticas.

Díaz, Salamanca y Carmona (2012) proponen que la biopolítica a diferencia del biopoder regula a los sujetos a través de dispositivos de control y vigilancia explícitos y

formados desde la institucionalidad del Estado. La salud pública como institución oficial gubernamental del Estado y sus diferentes indicadores de prevención de enfermedad o de la enfermedad misma da pauta a la regulación de la vida fuera de las instituciones, pero utilizando sus elementos y componentes imponiendo acciones reconocidas por los individuos y el colectivo como “buenas o malas, responsables e irresponsables, etc.”, en relación con la prevención de contagios imponiendo así una subjetividad específica colectiva.

Sin embargo, no es posible separar la acción del biopoder en las biopolíticas como lo sustenta Bru (2016) diciendo que:

Un concepto inherente a los estudios de biopolítica es el biopoder. Este se desarrolló en dos formas (que no son antitéticas). La primera, se denomina *anatomopolítica* del cuerpo humano, centrada en la administración y regulación del cuerpo, con su correlato de técnicas disciplinarias e individuales (educación, aumento de sus aptitudes, integración en sistemas de control). La segunda, la *biopolítica* de la población, como instancia de regulación de la especie, con su correlato de gestión de la vida mediante controles poblacionales (prácticas políticas y observaciones de los problemas de natalidad, longevidad, salud pública, vivienda, migración). (p. 41)

La salud pública generó que las condiciones del biopoder fueran trasladadas fuera de la institución a partir de la subjetivación de elementos y componentes de esta por medio de indicadores que “miden” el nivel de prevención de enfermedades o la enfermedad misma. Díaz, Salamanca y Carmona (2012) dicen que:

La biopolítica entendida por Foucault (2007) como una expresión del biopoder en el marco de la modernidad o por Agamben (2010) como un proceso plasmado en toda la historia occidental se muestra como administración de la vida biológica que es necesaria para el control y la vigilancia de los sujetos, tanto de manera individual, como colectiva, en cuanto individuo biológico o en tanto especie en su conjunto. (p.51)

Los problemas del cuerpo biológico, la enfermedad, y la vida misma han sido estudiados por mucho tiempo y desde diferentes perspectivas, la biopolítica es un término

acuñado por Michel Foucault para explicar cómo se manipula la vida a partir de un poder sutil. Según López (2014) el término de biopolítica hace su aparición en 1974 en un ciclo de conferencias en la Universidad Estadual de Rio de Janeiro en un marco de sociedad capitalista a quien solo le importa lo biológico, lo somático y corporal, en palabras de Michel Foucault.

Di Leo (2009) citando a Michel Foucault menciona que la biopolítica puede ser entendida como el modo en que desde el siglo XVII los gobiernos han intentado racionalizar fenómenos propuestos por una sociedad en relación a problemas de salud (que para esta investigación serían problemas de enfermedad), higiene, crecimiento y desarrollo, raza, etc., es decir la fragmentación de la vida humana y la especialización en el estudio de los acontecimientos vividos generados por los mandatarios y sus diversas instituciones.

La biopolítica se forja como herramienta de simplificación de las cuestiones de la vida social e individual haciendo que los problemas que se enfrentan a diario sean resueltos a partir de presupuestos que según las ciencias pueden ayudar, no siendo siempre así en la vida real pues los modelos de representación social no siempre funcionan en una realidad compleja en donde la integración del sujeto con su mundo no se puede separar, es decir mirar por separado el cosmos del cuerpo como materia.

La biopolítica no trata de disciplinar como un modelo conductista sino se trata de tomar en cuenta los procesos sociales para incidir en ellos de manera indirecta, López (2014) comenta que el gobierno utiliza agentes y técnicas de transformación actuando a distancia incidiendo en la población para moldearla acorde a lo establecido por estos dispositivos, por ejemplo:

“...si se trata de promover la natalidad se abogará a través de campañas, subsidios, en definitiva, regulaciones que no inciden directamente ni sobre la capacidad ni sobre la voluntad reproductiva pero que producen los efectos esperados sobre la vida de la población.” (López, 2014, p. 124)

La propuesta de Michel Foucault es planteada en un momento histórico paralelo al establecimiento del modelo económico neoliberal y por tanto las herramientas utilizadas por la biopolítica tienen relación con disciplinas de la economía como la estadística y el

cálculo, López (2014) argumenta que desde el ámbito económico se gestan medidas y diseñan campañas que actúan a distancia regulando la conducta de las poblaciones con criterio economista y se toman decisiones políticas que trazan lineamientos de proyectos científicos, en razón de esto es que desde la medicina se ha promovido la idea del autocuidado y de la inversión en salud (o mejor dicho en la enfermedad para esta tesis) para vivir mejor.

Para finalizar se puede decir que la biopolítica ha generado que la medicina hegemónica mantenga su poder sobre nuestros cuerpos, haciendo uso de disciplinas del área de la economía como la estadística para justificar sus intervenciones en aspectos de la vida natural promoviendo la idea de *normalidad* mediante la cual se trata de establecer mecanismos reguladores. López (2014) menciona lo siguiente en cuanto a la *normalización* por parte de las biopolíticas:

La normalización biopolítica toma en consideración la media general que se obtiene de medir estadísticamente el comportamiento biológico de la población, la normalización también atañe a las opiniones, elecciones, decisiones, consumos, esto es, el comportamiento de la población considerada como público. (p. 129)

En esta investigación aceptamos la idea de que la subjetividad es creada a partir del intercambio de las diferentes cosmovisiones en las esferas sociales pero que de igual manera los dispositivos imponen una subjetividad específica-común mediante el discurso generando así procesos de subjetivación que puede estar inmiscuidos de poder, entendemos entonces que en la subjetividad individual y colectiva se puede encontrar la mezcla de una postura particular referida a la propia cosmovisión del ser holístico de resistencia y una postura instaurada macrosocialmente por medio del poder (biopoder-biopolíticas) en el cuerpo.

El poder ejercido por los dispositivos en nuestra vida (biopoder) que tienen las biopolíticas para imponer cierta subjetividad en favor de *normalizar* comportamientos conforme a las condiciones culturales existentes en el ahora y en el aquí nos darán a entender en esta tesis cómo es que el colectivo de hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y Zona Metropolitana han sido subjetivados impositivamente en razón de usar el condón en todas las relaciones sexuales cumpliendo objetivos institucionales y

mercantiles más que propios del sujeto y así categorizar de manera peyorativa la práctica de bareback con estigmas, prejuicios y estereotipos.

Sin embargo de la misma manera retomaremos las biopolíticas (representadas por las campañas de prevención del VIH-SIDA) repolitizándolas en congruencia con la propuesta de Di Leo del paradigma de promoción de la salud democrática y la propuesta de la Dra. Chapela de promoción de la salud emancipadora con el afán de generar cambios y libertad de subjetividades (emancipación) para desarrollar capacidades, sirviéndonos como elemento desencadenante de la problematización-reflexión en relación a la práctica de bareback como acción emancipadora de salud sexual del colectivo de hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y Zona Metropolitana.

c. A manera de resumen

Durante el presente apartado se desarrolló un acercamiento teórico a la definición de subjetividad, reconociendo que se ha llegado a separar de la dicotomía con la objetividad. Se mencionaron cuatro perspectivas desde las cuales se intenta explicar lo que se puede entender como subjetividad: La perspectiva histórico-cultural, la simbólico-emocional, la perspectiva social y la perspectiva acción verbal-discursiva.

Posteriormente reconocimos conceptualmente que el biopoder hace alusión al poder ejercido sobre cuestiones de la propia vida y que es representado principalmente por la clínica o las instituciones que han sido encargadas de volver a la *normalidad* a los sujetos “enfermos”. La relación que tiene el biopoder con la biopolítica, una propuesta de análisis por Michael Foucault, es que esta última es una forma más sutil de presentación de este, es decir ya no se regulan los sujetos o poblaciones mediante la institución física sino por dispositivos de control y vigilancia de la población mediante medidas disciplinarias implícitas.

La aparición de la biopolítica sucede en un momento histórico paralelo a la implementación del modelo económico neoliberal, por tanto, se relaciona con este. Su principal autor menciona que esta forma de ejercer poder tiene estrategias basadas en herramientas económicas como la estadística y el cálculo para promover ideas de autocuidado y de inversión en la salud (lo que para esta tesis entendemos por enfermedad).

Finalmente se mencionó que se utiliza la idea de *normalidad* y *normalización* como medio de vigilancia y control haciendo de los comportamientos biológicos poblacionales una norma, alineando opiniones, elecciones, decisiones, o consumo conforme al comportamiento público.

Teniendo en cuenta lo anterior es necesario reconocer el poder que tienen los dispositivos disciplinarios sobre nuestras vidas y que ha pasado a una manera de control y vigilancia más sutil fuera de las mismas instituciones por medio de las biopolíticas que son expuestas y promovidas en diferentes campañas de prevención de enfermedades como lo es con el VIH-SIDA subjetivando a cada uno de nosotros en razón de imponer la idea de sexo seguro (a través del uso del condón) como forma de protección ante la infección, y al mismo tiempo limitando nuestras capacidades de imaginar y lograr proyectos, es decir lo que reconocemos por salud para esta Tesis.

Por lo tanto, cabe hacer un acercamiento teórico al surgimiento de las campañas de prevención y su misión frente a la infección por VIH-SIDA que presentaremos a continuación y además también daremos un acercamiento a la definición de bareback en razón de práctica de resistencia o emancipación de la salud, y específicamente de la salud sexual de los varones gays.

Las campañas de prevención del VIH-SIDA y el bareback.

Desde el punto de vista biomédico el VIH hace referencia al Virus de Inmunodeficiencia Humana y el SIDA al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, a manera de que el VIH-SIDA se reduce, desde esta mirada, a un proceso infeccioso cuya fase más avanzada es este último síndrome. Sin embargo, con el paso del tiempo y gracias a las investigaciones de la medicina científica la infección por VIH se ha convertido en un estado crónico sin que se llegue al SIDA. No obstante, a pesar de los avances importantes que se han tenido aún no se cuenta con una vacuna que pueda prevenir los contagios

aunque existen algunos medicamentos que pueden ayudar a evitarlo, por ejemplo, la profilaxis previa a la exposición (PrEP) y profilaxis posexposición (PEP).⁴

Los avances de la medicina científica que se han tenido para enfrentar el VIH-SIDA son grandes y han ayudado a que las personas que viven esta situación tengan una mejor calidad de vida en comparación con épocas anteriores, sin embargo desde nuestra visión el problema es mucho más amplio y complejo, no solo se reduce al ámbito biomédico o infeccioso pues algunos sectores conservadores o incluso muchas personas de la sociedad en general siguen presentando un discurso de discriminación hacia las personas que viven con VIH-SIDA y específicamente hacia los varones gays por conferirles este problema en sus inicios en sinergia con su propia orientación sexual.

En ese orden de ideas, al no tener una vacuna que pueda evitarnos el contagio del virus del VIH, las acciones de atención a los contagios se han encaminado a la prevención de estos principalmente a través de campañas para que las personas cambien sus comportamientos y optando por el uso del condón como el único método para evitar ser infectado, por ello, las campañas de prevención del VIH-SIDA han sido promovidas y realizadas por los diferentes gobiernos y sus instituciones incluyendo en sus discursos saberes de la biomedicina.

A continuación presentamos la misión y los propósitos generales de las campañas de prevención del VIH-SIDA y los modelos utilizados y adoptados para enfrentar esta infección y enfermedad en América latina teniendo presente que se trata de generar cambios de comportamientos, por tanto también presentamos la definición de bareback como una práctica que ha sido incluida en discurso peyorativo y de resistencia ante estos cambios comportamentales que limitan la salud y específicamente la salud sexual de los varones gays.

⁴ Según Vargas (2020) el PrEP es un medicamento que se toma antes del contacto con el virus del VIH y el PEP es un medicamento que se toma después del contacto y ambos tienen la finalidad de prevenir contagios del virus. También se menciona que el PEP es un medicamento antirretroviral y que se utiliza en situaciones de emergencia, y que existen dos tipos de PrEP, el primero es el que se toma una pastilla diaria durante el tiempo que dure el tratamiento y el segundo consiste en tomar una pastilla antes del contacto con el virus y otra durante los dos días posteriores a la exposición.

a. Misión y propósitos de las campañas de prevención del VIH-SIDA

La presencia del VIH-SIDA en la población en general ha provocado como respuesta la elaboración y difusión de diferentes campañas de prevención de este problema en todo el mundo incluido México pues no se cuenta con una vacuna que genere inmunidad ante este problema. Sepúlveda (2010) reconoce que las autoridades sanitarias de cada época buscaban darle fuerza a la dicotomía entre las campañas de prevención y la educación higiénica como una fórmula ideal para que los individuos y la colectividad pudieran alcanzar el completo estado de bienestar siendo una meta de la salud pública, sin embargo las autoridades sanitarias reducen la conceptualización de la salud a la ausencia de la enfermedad o infección, como ya lo discutimos en el primer apartado, mientras que para esta investigación la salud va más allá de esto.

Las campañas de prevención de enfermedades o infecciones han sido utilizadas a lo largo del tiempo, en su mayoría, para “concientizar” a la población sobre los riesgos que se pueden presentar y que promueven la enfermedad o afectaciones del cuerpo individual y colectivo, en el caso del VIH-SIDA los comportamientos (y especialmente los sexuales) son los que se tratan de controlar generando una postura subjetiva de lo que moralmente es aceptable, bueno o responsable y de lo rechazado, malo o irresponsable.

Para Sepúlveda (2010) la misión de las campañas es la prevención de enfermedades transmisibles mediante la educación higiénica, vacunación y el cambio de hábitos que el individuo tiene que incluir en su vida con la finalidad de combatir epidemias y erradicar enfermedades, por ello los materiales propagandísticos han tenido un vínculo entre el discurso biomédico y epidemiológico con las culturas receptoras. Vale decir, se trata de involucrar el discurso de la medicina hegemónica por medio de un lenguaje que las culturas puedan interpretar como propio.

Estrada (2014) menciona que existen tres modelos utilizados para afrontar la prevención del VIH en estos años en América Latina, el primero es el modelo epidemiológico-conductual, el segundo el modelo antropológico-cultural y el tercero el modelo político-económico que a continuación trataremos de explicarlos con los argumentos del autor antes citado.

1. Modelo epidemiológico-conductual:

Este modelo se centra en las conductas de riesgo individuales y parte del supuesto de que las personas son sujetos racionales que consideran costos y beneficios de las diferentes maneras de actuar en un momento determinado con la información que tienen a su alcance. Su contribución es permitir el diseño de programas con estrategias particulares de prevención y la adaptación de las intervenciones de acuerdo con las singularidades y el entorno social, sin embargo, no toma en cuenta los significados implicados en las prácticas sexuales de las personas.

Las políticas normativas y prescriptivas promovieron la relación entre la transmisión del VIH y las identidades homosexuales, retrocediendo en el entendimiento de la sexualidad y el erotismo que propicio el establecimiento de ideas de comportamiento normativos en la sexualidad. Además, el discurso médico no era únicamente de contrarrestar los factores de riesgo sino de distinguir por medio de parámetros el ejercicio de una sexualidad *normal* y una *anormal*, a finales de 1989 las políticas y campañas de prevención tenían dos objetivos, el primero consolidar un componente educativo y el segundo fortalecer acciones de comunicación.

Por ejemplo en el caso del VIH-SIDA a las personas se les pide que se informen sobre sus creencias, actitudes y prácticas individuales para que ellos mismos, con la idea de sexo seguro, midan el riesgo presente en determinada relación sexual y juzguen la eficacia y costo de las medidas de protección para tomar decisiones como acto voluntario y así protegerse del contagio, siendo este comportamiento el *adecuado* o *normal* ante la infección por VIH-SIDA mientras que otros comportamientos serían lo contrario.

2. Modelo antropológico-cultural:

Este modelo se basa en los significados, normas y valores que los sujetos le dan a las prácticas preventivas y de riesgo específicamente en relación con su cultura o subculturas por tanto los programas abandonan la categoría de grupo de riesgo por ser estrecha, prescriptiva, segregacionista y se adopta el término de comportamientos de riesgo pero de manera negativa se generalizan los comportamientos sin reconocer las situaciones

particulares de la personas enumerando prácticas y conductas que constituyen factores de riesgo de transmisión de VIH.

Las propuestas desde este modelo consideraron comportamientos de riesgo desde diversos sentidos, escenarios y grupos de socialización donde interactúan personas, intentando modificar normas y valores que potencian el riesgo e impiden los comportamientos preventivos y a la vez promoviendo estos últimos. Por ejemplo, con las personas consumidoras de alguna sustancia (drogas o alcohol) a través de la información presente en los materiales propagandísticos promueven la idea que las personas que con estos comportamientos tienen mayor probabilidad de contraer el virus del VIH que quienes no tienen estos comportamientos y que además utilizan el condón en sus prácticas sexuales.

3. Modelo político-económico:

Este modelo sostiene que la base de la epidemia del VIH-SIDA se sitúa en las desigualdades económicas que impiden la adopción de comportamientos de protección de contagios desplazando así la idea de riesgo individual por el término de vulnerabilidad social e individual y exclusión social por tanto las acciones preventivas se constituyen por la defensa de los derechos de las minorías y personas afectadas, los mensajes de prevención pierden de vista las emociones y motivaciones que llevan a las personas a tener relaciones sexuales y el sexo no protegido se entiende como facilitador de una cercanía e intimidad con la pareja “estable” y se asume como práctica normal y libre de riesgo.

En este modelo la reacción social tiene una fuerte presencia, por ejemplo, se debe apuntar a transformar las relaciones de género que hacen más vulnerables a las mujeres, reformar la estructura económica que liga al VIH-SIDA con la pobreza y con los grupos marginales, revertir la exclusión de los usuarios de drogas y de los trabajadores y trabajadoras sexuales y superar la estigmatización de la homosexualidad.

Sin embargo, aun reconociendo estos tres modelos que se han utilizado en las diferentes campañas de prevención de VIH-SIDA la mayoría se sustenta en el primer modelo queriendo generar cambios de comportamiento mediante procesos educativos y “homosexualizando” dicha infección a partir del discurso médico generado desde los inicios de la epidemia. Ahora bien, también se puede entender que en los otros dos modelos

a pesar de que se quieren ver como más holísticos recaen en la concepción de salud como ausencia de enfermedad enfatizando en medidas de prevención de contagios.

En razón de pensar que la finalidad de las campañas de prevención del VIH-SIDA han sido cambiar hábitos propiciando el establecimiento de ideas de comportamiento normativas en la sexualidad como sanos o enfermos, buenos o malos, responsables e irresponsables o *normales* y *anormales*, el bareback como practica homosexual de resistencia ante la imposición del uso del condón como único método de prevención y control de las relaciones sexuales de este colectivo cobra protagonismo en cuanto a acción de emancipación del discurso de estas campañas y de la propia salud sexual, por ende a continuación presentamos un acercamiento teórico a su concepción desde el ámbito científico.

b. Definición de la práctica de bareback

La homosexualidad, especialmente en varones, y sus prácticas, específicamente sexuales, han sido utilizadas histórica y culturalmente para construir un discurso discriminatorio, peyorativo y prejuicioso haciendo que el colectivo en general sea controlado y vigilado. El bareback como práctica sexual de varones homosexuales también ha entrado en una categoría de análisis y por tanto una manera específica de definirlo, pero de igual manera en un discurso con noción negativa de la práctica como lo podemos observar en las siguientes definiciones.

El bareback es un término asociado a una práctica sexual de los homosexuales que tiene relación con el no uso del condón, Bastida (2015) lo define como una práctica sexual que consiste en el sexo anal consentido entre hombres sin uso del condón de manera deliberada al igual que Granados (2016) quien lo denomina de la misma manera añadiendo que cobró relevancia en las últimas décadas y que algunos autores lo asocian con el uso de internet. Sin embargo, Rodrigues y Coelho (2012) dan una definición más amplia diciendo que el bareback tiene sus orígenes del idioma inglés referente a un estilo de montar a caballo sin uso de silla de montar por tanto es referido al sexo anal desprotegido, o sea sin uso de condones entre personas homosexuales específicamente.

Son pocos los estudios científicos en relación con este tema sin embargo los existentes han etiquetado a los practicantes del sexo anal sin uso del condón en relación con la infección del VIH-SIDA, Bonfil (2015) Cita a Dean (2009) para clasificar a los diferentes tipos de barebackers proponiendo lo siguiente:

a) el que no desea transmitir el virus, b) aquél a quien le resulta indiferente hacerlo, y c) el que opta por transmitirlo deliberadamente, constituyendo este último, estadísticamente, una minoría que por lo demás no se esconde. Señala también Dean que por lo general existe en el *barebacking* una seguridad negociada cuando en una pareja ambos son seronegativos y asumen el compromiso de la fidelidad; o un acuerdo tácito de compartir el riesgo en lo que llama *serosorting*, cuando los dos miembros de la pareja son seropositivos, y también un posicionamiento estratégico frente al riesgo cuando la pareja es serodiscordante (uno VIH positivo, el otro negativo). En los dos últimos casos existe un cálculo de reducción de posibles daños. (p. 7)

Para esta investigación tomaremos las campañas de prevención del VIH-SIDA en razón de representación de las biopolíticas que imponen subjetivamente comportamientos, acciones de prevención de contagios y la idea de sexo seguro haciendo de otros comportamientos como el bareback un elemento y término peyorativo y despectivo del colectivo varonil homosexual lo que nos ayudara a explicar la imposición subjetiva de acciones protectoras de contagios y términos más que acciones de promoción de la salud de manera crítica.

c. A manera de resumen

En este apartado mencionamos la misión de las campañas de prevención de enfermedades transmisibles o infecciones como el VIH-SIDA, se distinguieron tres modelos de presentación de campañas: el epidemiológico-conductual, el modelo antropológico-cultural, y por último el modelo político-económico.

Finalmente revisamos la definición que se le da al bareback haciendo alusión a que este término es asociado a una práctica sexual de varones homosexuales con la característica del no uso del condón durante esta de manera deliberada y que es retomado del idioma inglés en razón de montar a caballo sin silla de montar, haciéndolo de la apropiación cultural

como montar a pelo pero manteniendo la relación de noción negativa de la práctica en cuanto al cambio comportamental impuesto por las campañas de prevención del VIH-SIDA, y por último también presentamos una clasificación de los practicantes de bareback que también ha sido impulsada e impuesta desde el saber de la biomedicina.

MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

La presente investigación es de corte cualitativo entre los meses de Agosto de 2021 a Marzo de 2022. La investigación cualitativa es utilizada para reconocer aspectos de la vida real más contextualizados que en el caso de las investigaciones cuantitativas y se puede definir según Quecedo y Castaño (2002) como una investigación que produce datos descriptivos, es decir las propias palabras de las personas ya sean habladas o escritas y sus conductas observables, además de que recogen una diversa y amplia información en relación a un periodo de tiempo.

De los participantes

Como mencionamos al principio se trata de trabajar con hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y Zona Metropolitana que han practicado bareback. Primero que nada en los estudios en relación con este colectivo en particular se menciona la imposibilidad de tener un universo definido como lo afirma Ortiz y García (2005) al decir que es prácticamente imposible hacer una muestra representativa de la población bisexual u homosexual por que no se cuenta con un marco muestral definido por el estigma de su orientación sexual, y es que aunque muchos hombres tengan relaciones sexuales o eróticas-sentimentales con otros hombres no se catalogan así mismos como homosexuales o gays, por tanto se llevará a cabo un muestreo no probabilístico de tipo intencional en combinación con la técnica de “bola de nieve”.

Como característica principal de los participantes se trata de quienes hayan practicado bareback, sin embargo sostenemos de manera crítica que el bareback se ha configurado como una palabra despectiva y diferenciadora del coito anal entre homosexuales y heterosexuales con una carga negativa repleta de estigmas y prejuicios que está asociada en relación con el VIH-SIDA, pero sea cualquier orientación sexual la penetración anal para esta investigación sería equivalente a practicar bareback a modo de no distinguir entre “lo *normal* y *anormal*”, además independientemente de las ocasiones en que se practique o de la autocategorización como barebacker entenderemos para esta

investigación que los sujetos homosexuales que hayan tenido por mínimo una relación de penetración anal sin condón se tomaran en cuenta para este estudio.

Técnica e instrumento de obtención de datos

Para obtener los datos que se requieren en esta investigación utilizaremos como técnica la entrevista cualitativa y como instrumento de obtención de datos la entrevista semiestructurada (Ver anexo 1) con los siguientes ejes: postura referente a las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón; pensamientos referentes al bareback, uso del condón y la re-significación del término; y por ultimo las propuestas de medidas protectoras de contagios y abordaje del bareback.

La entrevista cualitativa es definida por Hernández, Fernández y Baptista (2014) como una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona denominada entrevistador y otra (entrevistado) o varias (entrevistados), la entrevista se realiza por medio de cuestionamientos y respuestas entablando un proceso de comunicación y construcción de significados en relación con un tema.

Las entrevistas se pueden dividir en tres: estructurada, semiestructurada y no estructurada o abierta. Como lo mencionamos en párrafos anteriores en esta investigación utilizaremos la entrevista semiestructurada como instrumento de obtención de datos. Hernández, Fernández y Baptista (2014) mencionan que “las entrevistas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información” (p. 403).

Procesamiento de la información y cuestiones éticas

Para el procesamiento de la información obtenida por medio de las entrevistas semiestructuradas como primer paso se realizó la transcripción de las grabaciones que se permitieron con el consentimiento de los participantes para analizar el lenguaje de primera mano, posteriormente se categorizaron los datos para una descripción más completa resumiendo y eliminando información irrelevante para entender mejor el material y finalmente se presenta por escrito el análisis de datos para cada una de las categorías encontradas en la revisión de los resultados.

Durante la investigación el trato hacia las personas participantes fue acorde a los principios éticos planteadas por el Informe Belmont (1979) y la Resolución No. 008430 de 1993 considerando las siguientes:

1. El respeto a su dignidad y protección de sus derechos y bienestar, ser tratados como sujetos autónomos y consientes. Los individuos no estuvieron obligados a participar sino lo deseaban.
2. Se informó a los participantes de manera clara los fines y objetivos de la investigación y se respondieron las dudas que se suscitaron a lo largo del estudio.
3. Se contó con un consentimiento informado escrito (Ver anexo 2) del tratamiento de información que firmaron los participantes incluyendo el permiso de grabar la voz y transcribir las respuestas dadas en la entrevista.
4. El participante no estuvo obligado a brindar datos de su identidad como nombre, género, dirección, etc., siempre se respetó su derecho a la confidencialidad del manejo de datos.
5. Se reconocieron las prácticas protectoras de contagios de VIH-SIDA mencionadas por ellos mismos respetando su autenticidad sin generar enunciados peyorativos a estas.

Eje de investigación, variables, conceptos y categorías de análisis

Como principal eje de investigación se utilizará la promoción de la salud emancipadora y las biopolíticas resultando como variables la subjetividad y el sujeto saludable, y como conceptos el bareback y las campañas de prevención, todos ellos abordados teórica y conceptualmente en el marco teórico.

En razón de lo anterior, para el análisis de resultados se proponen las siguientes categorías de análisis:

Categoría I. Las campañas oficiales de prevención del VIH-SIDA como biopolíticas impositivas.

Categoría II. La subjetividad impuesta en la salud sexual de los varones homosexuales.

Categoría III. El bareback como práctica apoderante y emancipadora del sujeto saludable.

Descripción de pasos metodológicos

Paso 1. Elección del tema.

Paso 2. Delimitación del tema.

Paso 3. Problematización del tema: se planteó la pregunta de investigación, los objetivos y se justificó el por qué realizar esta investigación.

Paso 4. Investigación en artículos: lectura de artículos científicos en relación con el tema para poder realizar el marco teórico acorde a la línea de investigación.

Paso 5. Delimitar el marco metodológico: se plantearon los pasos y las especificaciones de la forma de la investigación, incluyendo las personas con las que se trabajó.

Paso 6. Realizar la guía de entrevista y el consentimiento informado: como su nombre lo indica se realizó una guía con los cuestionamientos a aplicar y un consentimiento especificando cuestiones del estudio para el respeto a los derechos de los participantes.

Paso 7. Reunión con los participantes y aplicación de la entrevista: primero se entrevistó a dos amigos personales que posteriormente nos contactaron con otras personas de las mismas características para poder realizar las entrevistas, con estas últimas acordamos la fecha, la hora y el lugar por aplicaciones como Facebook y WhatsApp. Finalmente se llegó a la saturación de datos con la participación 7 varones homosexuales en total.

Paso 8. Transcripción de las entrevistas: con el consentimiento de los participantes se transcribieron a computadora cada una de las entrevistas en el procesador de textos Word.

Paso 9. Diseño de tabla categórica: para un mejor análisis se elaboró una tabla con categorías analíticas para colocar los argumentos de los participantes y excluir cuestiones no relevantes para esta investigación.

Paso 10. Escribir los resultados y su análisis: después de realizar la tabla se escribió el análisis de resultados para cada categoría colocando los argumentos que los participantes mencionaron.

Paso 11. Redacción de la tesis.

Descripción de problemas a los que me enfrente

En general con la elección y delimitación del tema no hubo problemas ya que para comenzar es un tema que se encuentra presente en la comunidad LGBT+ siendo yo también un integrante de esta. De manera personal conozco varios chicos gays que viven con VIH y se han enfrentado a los estigmas y prejuicios que se les atribuyen socialmente por esta condición crónica sumándose a esto la discriminación por la propia orientación sexual, provocando violencia y obstáculos en el desarrollo de la sexualidad homosexual y otros proyectos futuros que se desean alcanzar como individuos y colectivo en general para ser reconocidos como seres de Derechos ante la sociedad.

Reconocemos que la comunidad LGBT+ constituye parte importante de los movimientos sociales en el mundo, y que históricamente ha tenido algunos logros en cuanto a la exigencia del reconocimiento de sus Derechos, de la equidad, de la igualdad, de la justicia y de ser reconocidos como personas, como seres humanos o como *normales* sin ser etiquetados solo por su orientación sexual, sin embargo, el movimiento sigue presente porque aún no se alcanzan las metas deseadas como colectivo. El poder y la resistencia como colectivo organizado está presente en el arte, los deportes, la investigación, la política y algunos otros espacios socialmente reconocidos que me incitaron a realizar esta investigación desde una mirada diferente a la prevención de la enfermedad o infección.

En cuanto a la recolección de la información tuve que leer bastante y algunos artículos estaban escritos en portugués o inglés ya que la investigación en el idioma español era referenciada al cambio de estilos de vida; en relación con el abordaje histórico de las

campañas de prevención no pude obtener información amplia y reciente de cómo se está abordando este tema que fue un problema que se me presentó.

Los pasos metodológicos fueron resultando de la misma investigación teórica y como referencia de los abordajes que los diferentes autores fueron haciendo en sus trabajos, el guion de entrevista se realizó dividiéndola en tres apartados lo que facilitó generar las preguntas. Para aplicar la entrevista primero acordé tiempos y lugares con dos amigos informantes, con el primero de ellos fue un poco más sencillo ya que se realizó en su lugar de trabajo lo que permitió que se sintiera más cómodo, posteriormente con la segunda persona fue en un lugar público, aunque de igual manera no limitativo, ellos dos ayudaron a contactar otras personas que accedieron a ayudarme acordando fechas y lugares por Facebook y WhatsApp generando una amistad.

Se pudo observar que al utilizar la palabra *bareback* veía en las expresiones de algunos de los participantes sentimiento de vergüenza, timidez y angustia pero que no representaba un problema ya que siempre hubo respeto en el diálogo sin hacerlos participar de manera obligatoria, esto me hace reflexionar como la sexualidad de los varones gays y la práctica sexual de penetración anal sin condón se ha impuesto como un tema tabú y estigmatizador que no permite sentirse libre al momento de querer dar una opinión pública.

Sin embargo, los chicos gays participaban con toda la actitud y tomando la confianza necesaria podían expresarse de manera libre dando sus opiniones y comentarios e incluso mencionando algunas cuestiones más personales que relacionaban con el tema, si hubo algún problema sería de manera técnica por los espacios ya que eran públicos y el ruido del ambiente en ocasiones llegaba a interrumpir nuestro diálogo, pero sin comprometer la investigación.

Finalmente, con la transcripción de las entrevistas no hubo problema ya que los avances en la tecnología hicieron un poco más fácil dicha transcripción. En el caso del análisis categórico y presentación de resultados, se pudieron identificar en el momento de la transcripción y releendo cada uno de los comentarios de los participantes.

CAPÍTULO I. LAS CAMPAÑAS OFICIALES DE PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA COMO BIOPOLÍTICAS IMPOSITIVAS

La atención a los contagios del VIH-SIDA desde la salud pública se ha hecho a partir de diferentes campañas de prevención que se han propuesto como objetivo el cambio de comportamientos, el uso de pruebas de detección del virus y la adopción del uso del condón como las medidas más efectivas para hacerle frente a este problema. Los avances de la medicina científica han hecho que este problema se convierta en un estado crónico mejorando la calidad de vida de las personas que viven con VIH, sin embargo, hablando de contagios las estadísticas muestran que no se ha generado un cambio epidemiológico significativo haciéndonos pensar que algo no está funcionando como debería de ser.

Los datos de ONUSIDA (2022) mencionan que a nivel mundial hasta el 2020 se tenían un total de 36 millones de personas adultas contagiadas con VIH y que 1.5 millones de personas contrajeron la infección en ese año. En México la Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles (2021) enuncian que para el 4to trimestre de 2021 se tenía registro de un total de 331,437 personas con VIH, de las cuales la Ciudad de México presenta un total de 43,398, y también hacen alusión a que los casos nuevos diagnosticados de VIH durante 2021 en México fueron de un total de 14,274.

En pláticas informales que se tuvieron con personas de la comunidad LGBTQ+ y en específico con hombres homosexuales comentan que no han sido consultados para generar las campañas de prevención del VIH-SIDA, mencionan que no han tomado en cuenta los sentimientos, saberes, conocimientos ni la propia subjetividad en relación con este problema. Más bien por medio de ellas se han puesto en marcha mecanismos de control a través de lo que Michel Foucault denomina biopolíticas (término abordado en el marco teórico de esta tesis) en comportamientos de la vida sexual de los varones gays en razón de presentarlos como un grupo de riesgo ante el posible contagio imponiendo cierta subjetividad y forma de ser y actuar.

A continuación, contextualizamos históricamente las campañas de prevención del VIH-SIDA en México y como es que se ha abordado el problema, después hacemos un análisis en cuanto a qué proponen las campañas de prevención de este problema y cómo es

que los mensajes que se presentan en ellas moldean los cuerpos, los saberes, los sentimientos y la subjetividad en general de las personas a partir de las imágenes y los textos presentados en los materiales propagandísticos.

Para poder contextualizar históricamente las campañas de prevención del VIH-SIDA en México y realizar un análisis de estas retomaremos las ideas y argumentos de algunos autores citados en el marco teórico para poner a discusión sus argumentos y lo encontrado con las entrevistas del grupo de varones gays, sin embargo otros autores como Rico, Brofman y Del Rio (1995), Magis y Parrini (2003), Rangel (2015), Ávila y Gras (2014), Mc Manus y Mercado (2016), entre otros también son citados durante este capítulo ya que nos ayudaran a comprender de manera más profunda los hechos históricos suscitados en México con la llegada del VIH-SIDA y como este fenómeno repercutió en la vida del colectivo gay.

Además, sus argumentos contribuirán a entender como fueron diseñadas cada una de las campañas de prevención de esta infección por ejemplo las diseñadas por instituciones oficiales gubernamentales como las cajas de cerillos con leyendas como “*yo no juego con fuego*” o los videos con personajes emblemáticos del medio público como la actriz Lucia Méndez y el Futbolista Hugo Sánchez, entre otros para poner en discusión sus argumentos con los resultados encontrados en las entrevistas.

1.1 Contexto histórico de las campañas de prevención del VIH-SIDA en México

El VIH-SIDA ha sido un problema que se ha tratado de enfrentar en México a lo largo de los años por medio de diferentes campañas y la creación de comités y consejos especializados en este tema y a los que se les ha encargado la intervención en el “control” de la epidemia. El primer caso de SIDA en México se diagnosticó, según Rico, Bronfman y Del Río (1995), en personas homosexuales en el año de 1983, desde entonces se ha cargado con grandes prejuicios y estigmas a este grupo de personas, sin embargo, no es hasta 1985 cuando se tienen los primeros registros sobre la intervención del gobierno y sus instituciones en el trabajo sobre la epidemia.

Diez (2011) sostiene que:

La llegada del vih/sida a México (a fines de 1983) desató un gran pánico social, dada la ignorancia sobre el virus, y dio lugar a la emergencia de un discurso que culpabilizó a homosexuales, relacionando la enfermedad con sus supuestas prácticas sexuales promiscuas. (p. 701)

Desde sus inicios esta infección en particular tiene componentes políticos muy relacionados con la orientación sexual de la persona (homosexual) y sus prácticas sexuales (“promiscuidad”) más que con el mismo proceso infeccioso, en otras palabras, el énfasis de atención discursiva-informativa no se colocó en la misma infección sino en un cuerpo y sus prácticas que se requieren vigilar y controlar: el homosexual y el ejercicio de su sexualidad.

La culpabilización de las personas homosexuales respecto a esta nueva infección no se hizo esperar como lo sostiene Diez (2011) al mencionar que este discurso culpabilizó a las víctimas, es decir a los homosexuales por la existencia y propagación del virus del VIH-SIDA, refiriéndose popularmente a este problema como “cáncer rosa” o “plaga gay”, teniendo como resultado la persecución de homosexuales y provocando que en un momento, con la llegada del VIH-SIDA, se debilitara el movimiento social gay como lo menciona el autor antes citado al decir que con la aparición del VIH-SIDA en México y la reacción de grupos conservadores tuvo un impacto significativo en la identidad homosexual mexicana que fue culpabilizada por la infección y que generó pánico social por la ignorancia sobre el virus en los años 80.

Las personas homosexuales en México y el mundo sufren de discriminación y por ende muchas veces también son excluidos por ser diferentes o ser considerados *anormales*. En los inicios de la epidemia del VIH-SIDA en México no se le prestó la atención suficiente por ser una infección de carácter estigmatizador, Magis y Parrini (2003) mencionan que es hasta 1985 cuando se empieza con el monitoreo de la pandemia mediante la realización de encuestas serológicas en las poblaciones y culminando con los registros de las personas con SIDA en 1986.

La falta de información acerca de lo que era el VIH-SIDA, su forma de contagio y el estigma que el grupo homosexual varonil ha tenido por siempre generó que los discursos presentados en la sociedad fueran contribuyendo a generar pánico y aberración por el grupo y la infección antes mencionada sin siquiera darse la oportunidad de entender que sucedía,

Sidibé (2011) menciona que durante los primeros años se sabía poco del VIH dando lugar a nociones falsas de su transmisión y a medidas de salud pública inadecuadas, y al mismo tiempo se crearon pre-supuestos que dieron alas a la homofobia, el miedo y discriminación a las personas con VIH, esto dio lugar a acciones en “pro de la salud” justificadas que se implementaron con violencia hacia el colectivo homosexual.

Como hemos mencionado al inicio, los registros indican una tendencia a que esta infección era referida a hombres homosexuales provocando diferentes discursos sobre las personas y sus comportamientos, ya no necesariamente sobre la infección, como lo sustenta Rangel (2015) al describirnos que en 1985 el infectólogo Juan Antonio Román de la Secretaría de Salud dio a conocer un comunicado donde se exhortaba a llevar un plan de emergencia en la Zona Rosa y centros turísticos haciendo redadas en los lugares de reunión de las personas gays para exigir las medidas de higiene y someter a estas personas a estudios médicos.

Años antes de la llegada del VIH-SIDA a México el colectivo gay había ejercido su poder como movimiento social para su reconocimiento y libertad, como lo menciona Diez (2011) diciendo que el movimiento gay en México hace su aparición en 1978 siempre con avances desde hacerse visible en espacios públicos hasta su entrada en la agenda de debates por medio de candidaturas políticas, sin embargo con la aparición de la epidemia del VIH-SIDA aunado con reacciones de grupos conservadores impactaron en la identidad colectiva de este grupo ya que la homosexualidad fue culpabilizada de la infección, un prejuicio que es hasta hoy en día es sostenido por algunas familias mexicanas conservadoras al reconocer que los primeros casos de la epidemia se generaron en este grupo, llamándola la enfermedad de los gays o castigo de Dios.

La discriminación hacia la homosexualidad no desapareció ni antes ni después de la llegada del VIH-SIDA, no obstante, la sinergia de la homosexualidad y el problema del VIH-SIDA produjo una realza en la discriminación del colectivo gay por pensar que estos eran la base de los contagios. Con esto se trató de poner freno a los avances en cuanto a reconocer la homosexualidad, y específicamente la homosexualidad varonil, como una orientación sexual y no como una enfermedad, sin embargo, los movimientos de la diversidad sexual han resistido a esto hasta nuestros días logrando el reconocimiento de

algunos de sus derechos por ello el movimiento sigue en pie. Sepúlveda (2010) menciona que la pandemia a principios de los ochenta fue un desafío para las autoridades de salud ya que por un lado se tenía que tener atención al desarrollo de la infección y por otro atender el estigma que adquirieron las personas por este nuevo mal.

Magis y Parrini (2003) mencionan que para 1986 México creó el Comité Nacional para la Investigación y Control del SIDA, en esta etapa inicial y con esta institución se logra establecer la realización obligatoria de pruebas de detección de VIH en sangre en todo el país, la vigilancia epidemiológica y se producen los primeros materiales educativos; en cuanto al tratamiento de la sangre se promueve la donación y se prepara la iniciativa de ley para prohibir el comercio de esta. La nueva pandemia del SIDA genera que se mantenga una vigilancia en las personas y sus comportamientos principalmente sexuales y en los hombres gays, sin embargo, sus acciones de prevención se van involucrando en cuestiones fuera de las prácticas sexuales, por ejemplo, en la donación de sangre, en el discurso político, en la economía, etc.

Parecería que, al involucrar el tema de la donación de sangre, la relación entre el SIDA y las personas gays se va disociando, pero no es así ya que Magis y Parrini (2003) mencionan que el Comité Nacional para la Investigación y Control del SIDA en ese mismo año recomendó la promoción de intervenciones educativas en grupos que desarrollaban prácticas de riesgo con énfasis en personas homosexuales, bisexuales y sus organizaciones. Es decir, se mantenía la relación de la infección con las personas gays en particular, de algún modo se podría entender que la base de vigilancia era el comportamiento de este grupo de personas, pero al mismo tiempo se daba a conocer a la población en general que la infección iba más allá de las relaciones sexuales.

En ese año se comenzó con la propaganda para prevenir la infección por VIH y el desarrollo del SIDA, Rico, Bronfman y Del Río (1995) dan cuenta de esto mencionando que se distribuyeron cajas de cerillos con un condón y la leyenda “*yo no juego con fuego*” además también se presentaron imágenes macabras como un cadáver con la leyenda “*murió de SIDA*”, se trataba de generar miedo y pánico en las personas para que estén cambiando sus comportamientos sexuales, introduciendo el uso del condón como único método para prevenir la infección logrando mitigar los contagios pero se seguían presentando.

Después de este primer acontecimiento como campaña de prevención en donde la información y los mensajes eran necesarios para generar comportamientos “saludables” se comenzaron a elaborar mayor cantidad de folletería y mensajería para toda la población en general, pero también se mantuvo un énfasis especial en los llamados “grupos de riesgo” integrados según los datos epidemiológicos del modelo biomédico por los homosexuales, las trabajadoras sexuales y los usuarios de drogas inyectables.

En 1987 se elaboraron mensajes preventivos dirigidos a toda la población y se pusieron en marcha servicios de apoyo a la comunidad, se promovieron servicios de detección y consejería tales como: una red nacional de laboratorios de detección del VIH y el primer centro de información para atender al público en la Ciudad de México. En este año inició actividades TELSIDA, espacio telefónico en el que es posible obtener orientación respecto al VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), además de información y referencias. También se llevó a cabo el Primer Congreso Nacional sobre SIDA, se lanzó la primera campaña de información masiva bajo el lema “Disfruta del amor. Hazlo con responsabilidad” y se realizó la primera campaña del Sector Salud con iconos de la cultura *gay*. Además, se realizaron las primeras encuestas de comportamientos, actitudes y prácticas y el monitoreo e investigación epidemiológica de trabajadoras sexuales, que se extendió a otras ITS en 1992. (Magis y Parrini, 2003, p. 16)

En este año se reconoce que la infección ya no solo está presente en el grupo de riesgo homosexual, sino que se ha esparcido y que ahora se debe tener una campaña de información masiva. Lo importante para las personas que no pertenecen a los llamados grupos de riesgo es tener la información suficiente para mantener su estado de negatividad ante la infección mientras que para los que sí pertenecen a estos grupos es controlar los comportamientos, actitudes y prácticas mediante la vigilancia epidemiológica. Se puede entender que el riesgo se encuentra en grupos específicos de población y que los otros deben de cuidarse para no entrar en esta clasificación.

Por esta razón es que Rico, Bronfman y Del Río (1995) mencionan que en este año las campañas en los medios de comunicación se centraron en informar sobre los mecanismos de transmisión y medidas preventivas adecuadas combatiendo mitos y promoviendo la monogamia como la mejor herramienta de prevención y el uso de condones

como una alternativa, pero consideran que se puso un énfasis exagerado en la importancia de estar informado.

Posteriormente, se crea una nueva institución para hacer frente a la epidemia del SIDA en 1988, Magis y Parrini (2003) dan cuenta de esto al decir que:

En agosto de 1988 se creó el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CONASIDA) como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud y con el objetivo fundamental de “promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia del SIDA, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan”. (p. 16)

Rangel (2015) menciona que los esfuerzos de esta institución fueron enfocados a los trabajadores sexuales pero que los grupos conservadores y la Iglesia aludían a que la vigilancia y regulación de la prostitución era una tolerancia del Estado y la sociedad altamente inmorales y amenazantes de las buenas costumbres, es decir se sigue manteniendo en los discursos el estigma que se generó por ser una “enfermedad de los gays”, por tanto según esa visión algo “fuera de lo *normal*”, algo no natural, un pecado por comportamientos extraños, etc.

Después de reconocer que el SIDA ya no era solo una infección de homosexuales, pero manteniéndolos siempre bajo vigilancia en razón de que los contagios prevalecían en este grupo, se decidió realizar más campañas de prevención para generar cambios de comportamientos en su mayoría, Magis y Parrini (2003) narran como para 1989 se realizaron tres campañas en medios masivos de comunicación, una señalando datos epidemiológicos, otra invitando a la sociedad para unirse a los esfuerzos de prevención y una última, utilizando la lotería como un instrumento cultural para emitir mensajes preventivos.

Como si fueran mensajes comerciales, las campañas de ese tiempo utilizaban frases o eslogans que tuvieran relación con la información que se presentaba, Rico, Bronfman y Del Río (1995) lo mencionan al citar los lemas que se utilizaron en las campañas. En la primera en relación con la información epidemiológica se utilizó el lema “¿*No cree que debería informarse?*”, mientras que para la invitación a la sociedad a unirse con los

esfuerzos preventivos se utilizó el lema “*Esto es lo que yo estoy haciendo, y tu ¿qué estás haciendo?*”, en cuanto al juego de lotería mexicana estos autores mencionan que se instauraron los panfletos en el metro de la Ciudad de México aludiendo a que la información es la mejor arma contra el SIDA.

Posteriormente Magis y Parrini (2003) dicen que en 1990 las campañas estuvieron dirigidas a las mujeres y el SIDA, pero también se diseñó material impreso de medidas preventivas dirigidas a trabajadoras sexuales y se promovieron talleres basados en la experiencia de líderes comunitarios para adquirir habilidades de negociación y uso de medidas preventivas, entre ellas el condón. Se entiende que la responsabilidad de que en una relación sexual heterosexual se desarrolle la infección recae en el uso o no del condón y que este hecho está delimitado por una decisión que requiere de negociación con la pareja.

Rico, Bronfman y Del Río (1995) dicen que para 1991 se realizó un spot de televisión mostrando a un niño y su papá vendados de los ojos en donde el niño realiza la pregunta sobre *¿qué es el SIDA?*, mientras que el padre se incomoda y no sabe responder, finalizando con la frase “*Quítate la venda de los ojos y quítasela a tus seres queridos*”. Por una parte, se puede reconocer que se hace énfasis en que las personas no infectadas deben de tener toda información necesaria para evitar entrar en el grupo de infectados y también se demuestra que el tema del SIDA sigue siendo incomodo al relacionarse con aspectos de la sexualidad en general y la homosexualidad en particular.

Los hechos descritos indican que a pesar de los esfuerzos de contrarrestar el estigma generado por el VIH-SIDA tienen poco efecto, se sigue pensando que el principal foco de infección o grupo de riesgo son las personas homosexuales por sus prácticas sexuales de alto riesgo. Por ello entre 1992 y 1993 según Magis y Parrini (2003) se organizó un seminario para desarrollar un plan de atención por medio de campañas masivas para la población en general pero con énfasis en población de mayor riesgo como los adolescentes, sin embargo entre 1988 a 1992 se desarrolló una investigación para identificar factores de riesgo de transmisión en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y evaluación de estrategias de prevención, lo que culminó en el desarrollo de talleres para esta población sobre sexo seguro y un video del mismo tema y en 1993 se elaboró otro video dirigido a la población homosexual y bisexual titulado “*de chile, de dulce y de manteca*”.

La educación o el fomento de comportamientos saludables, a través de la idea de sexo seguro, se instauró como una acción permanente para prevenir contagios de VIH-SIDA mediante el uso del condón, independientemente, de las relaciones homosexuales o heterosexuales, Magis y Parrini (2003) mencionan que la principal estrategia de CONASIDA entre 1994 y 1996 para prevenir VIH-SIDA fue la distribución de condones, carteles y trípticos, en 1995 se coordina con la Secretaria de Educación Pública (SEP) la integración de contenidos sobre el SIDA a los libros de texto de 6to grado y secundaria así como guías para militares y capacitación de Educación Sexual para maestros.

Cada vez son más las áreas que abarca el tema de la prevención de la infección por VIH y el SIDA, en un principio se delimitaban acciones con los llamados “grupos de riesgo” y sus comportamientos, después se instauraron acciones para prevenir la infección en la sangre, posteriormente se refirió a que la infección ya no estaba situada en un grupo especial sino en la población en general hegemonizando el uso del condón como práctica de sexo seguro, y en esta etapa de desarrollo de las campañas se pudo referir a que las acciones de educación para la salud o cambio de comportamientos se institucionalizaron también mediante la escuela y los libros de texto.

Ahora bien, Magis y Parrini (2003) refieren a que para el año 1997 se publican los resultados de un estudio en usuarios de drogas inyectables en Tijuana y posteriormente CONASIDA realizó una estrategia de prevención y reducción de riesgos específicos para este grupo de población mediante materiales como carteles, trípticos e historietas. Como podemos reconocer ahora el tema del control de la pandemia, declarada así por las Naciones Unidas en 1981 con la evidencia clínica de la enfermedad del SIDA (Naciones Unidas, 2022), se amplifica insertando al grupo de usuarios de drogas inyectables también en el ámbito de la infección por VIH-SIDA.

En ese mismo año, los autores antes mencionados dicen que se realizaron mejoras en las políticas públicas en relación con el VIH-SIDA fortaleciendo la participación de organizaciones públicas, privadas y la sociedad civil de Estados seleccionados del país, además se integró un comité conformado por especialistas en el tema y organizaciones no gubernamentales para la realización de una campaña de prevención que fue dirigida a

adolescentes con el objetivo de sensibilizar y concientizarlos sobre su responsabilidad para la prevención de la infección.

Empero, la relación entre el VIH-SIDA con los homosexuales sigue presentándose en los discursos de las diferentes campañas siendo explícito o implícito puesto que la vigilancia epidemiológica que se ha implantado a este grupo ha estado presente desde el inicio de la pandemia y con frecuencia se encuentra que el mayor porcentaje de infectados pertenece a este grupo denominado de riesgo. Es por ello que Magis y Parrini (2003) sustentan que para el año de 1998 se inician algunas campañas para los lugares de encuentro de las personas homosexuales y en especial los gays como los Cuartos oscuros⁵ en la Ciudad de México consistiendo en una evaluación diagnóstica y la elaboración de un video con mensajes preventivos, también se impulsó un concurso de elaboración de carteles alusivo a mensajes de prevención para Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y otro de historietas. En este mismo año se inicia el programa Lazo Rojo con el objetivo de convertir en lugares de información sobre el VIH-SIDA a salones de belleza, estéticas, peluquerías y farmacias.

Para finalizar, con la entrada del milenio las campañas en los medios de comunicación masivos (por ejemplo, radio y televisión) ya no se transmitían con frecuencia y se prefirió enfatizar en trabajar de manera específica, es decir en los lugares concurridos con mayor frecuencia y además por personas de la comunidad LGBT+ por ejemplo, los cuartos oscuros o los salones de belleza donde sabemos que muchos empleados y usuarios pertenecen a este grupo.

Magis y Parrini (2003) mencionan que la prevención del VIH-SIDA en adolescentes inicio en 2001 y concluyó en 2002 con los objetivos de informar y persuadir a los jóvenes y su familia sobre la importancia de que el SIDA no hace distinción alguna, en 2003 con el fin de reforzar el programa Lazo Rojo se hace una campaña en medios masivos para

⁵ Según la página de internet “El cuarto oscuro” (2022) se denomina cuarto oscuro a ciertas salas de algunos locales públicos (discotecas, saunas o bares, especialmente los destinados a un público gay) en las que, con una iluminación muy baja o nula, los clientes mantienen encuentros sexuales de forma anónima con desconocidos.

contrarrestar la discriminación y estigmatización hacia personas infectadas por VIH-SIDA. Estos autores concluyen su análisis en esta fecha y mencionan que existió un plan de comunicación entre 2002 y 2006 para continuar con los aspectos de las campañas anteriores y destacar problemas para la adopción del uso del condón y el derecho a tener buenos servicios de atención a la enfermedad con calidad.

Los artículos encontrados en referencia al análisis de las diferentes campañas de prevención de VIH-SIDA en México tienen como fecha más reciente este último acontecimiento, se piensa que no se pudieron obtener datos de análisis de campañas en cercanía de la fecha presente porque se han dejado por un lado las campañas de prevención oficiales en relación a este tema y se han centrado en solo impulsar el uso de condones como la mejor medida de prevención⁶. Como lo menciona Sepúlveda (2010):

Desde la primera campaña de 1987 se promovió uso del condón y las autoridades sanitarias han realizado esfuerzos notables para brindar información sobre la prevención del vih/sida y combatir el estigma asociado a esta enfermedad. Principalmente lo han hecho a través de folletos informativos, carteles, spots de radio y televisión. (p. 211)

⁶ Rangel (2015) menciona que entre 2006 y 2012 el gobierno de México, con una política enmarcada en una ideología fuertemente derechista, fortalece las ONG's en relación con el asunto de la prevención del VIH-SIDA y reconoce que la confrontación de la epidemia es un asunto social y no del Estado generando que no existan análisis en relación con el tema de las campañas oficiales. Entre 2013 y 2018 se puede reconocer un Programa de Acción Específico (Secretaría de Salud, 2014) generado por el gobierno de México y la Secretaria de Salud nombrado Respuesta al VIH, SIDA e ITS 2013-2018 donde se presentan las estrategias para hacer frente a este problema sin embargo son relacionadas con la educación preventiva y el cambio de conductas, además no se describen ni analizan las campañas de prevención de esta infección. Finalmente, en el presente sexenio, 2019-2024, se proponen estrategias de intervención comunitaria en el Programa Sectorial de Salud 2019-2024 (Secretaría de Salud, 2020), se menciona que se implementaran campañas educativas en salud sexual y reproductiva que sean incluyentes y no discriminatorias, pero nuevamente tienen énfasis en el cambio de comportamientos o generar estilos de vida "saludables" con la idea de que la información ayudará a prevenir la infección.

El uso del condón en las relaciones sexuales, principalmente de los hombres homosexuales, se implantó como el único y mejor recurso para que se previniera el VIH-SIDA, como lo hacen denotar los entrevistados al mencionar que:

“...a la persona no se le puede prohibir tener relaciones sexuales entonces... te voy a dar una opción, un método anticonceptivo, un método de barrera que puede ayudar si es que lo usas de una manera adecuada a reducir el nivel de contagios”. (Carlos, 27 años)

“...al menos para la prevención de enfermedades es como el que más fácil ya los demás sirven más que nada para prevenir embarazos...”. (Diego, 25 años)

“...yo considero que sí ha de haber algunos otros sin embargo creo que es como el más común, el que siempre nos han dado a conocer...” (Nahur, 26 años)

“...a lo mejor no es 100% eficaz, pero es la primera vista entonces se van más por el condón porque es el que más se utiliza”. (Oscar, 26 años)

Además de lo anterior cada una de las campañas a lo largo de este recorrido histórico han tratado de adaptarse a los cambios que se han generado en la realidad social pero siempre con un énfasis en que la información genera cambios de comportamientos siendo una herramienta para hacer frente a la infección. Los hombres gays entrevistados concuerdan con este argumento mencionando que una campaña de prevención del VIH-SIDA tiene como finalidad informar a las personas como lo demuestran sus comentarios al decir lo siguiente:

“Pues ¿cómo definiría? pues una muy buena información pues ya que es muy importante ¿no? más a, este, ahorita que, pues bueno es muy importante, la defino como muy importante y pues sí o sea si visto muchas, en la clínica de la Condesa hay muchas campañas de este, de este tema...Pues que están bien, tienen cierta información y al igual cierto valor para que se tome en cuenta”. (Fernando, 24 años)

“...más que nada está chido eso qué empiecen a informarle a toda la ciudadanía los riesgos que puede haber si se tienen relaciones sexuales sin responsabilidad. Como que está todo muy padre. Que se empiecen a preocupar más que nada por su salud”. (Diego, 25 años)

“...Una campaña de prevención sería prácticamente en donde tenemos que dar, antes que nada, información general sobre el VIH-SIDA posteriormente a eso tendríamos que abarcar lo que sería la prevención del mismo y cuáles serían los métodos para prevenir... se trata... de información, trípticos informativos sobre VIH para que, pues las personas conozcan el tema de, qué es, cómo se transmite, por qué y... después de esto hay que darles a conocer cuáles son... los métodos de protección”. (Ruperto, 25 años)

“...te hacen pensar de oye sí, y si voy a informarme o hasta no sé un principio hasta te puedes ir a checar desde ese mismo momento si la invitación te está haciendo... si tienes una vida sexual activa pues obviamente tienes que recurrir a ese tipo de campañas o tipo de salud para que te mantengas sano, te des información, te asesores, te cuides y todo”. (Juan, 24 años)

1.2 La alineación de comportamientos por medio de los mensajes e imágenes en las campañas de prevención del VIH-SIDA

Las campañas de prevención del VIH-SIDA han construido un discurso y mensaje de poder simbólico y social que refiere a un estigma en los cuerpos de las personas infectadas por el VIH-SIDA y que en general por ser una infección presente en los homosexuales se “homosexualiza” mencionando que los comportamientos sexuales de estas personas podrían ser un factor condicionante de la infección y promoviendo así un discurso sobre el sexo seguro donde el principal actor de protección es el condón, Rico, Bronfman y Del Río (1995) sostienen que el SIDA se sigue viendo como una enfermedad propia de los homosexuales y otros individuos considerados sexualmente promiscuos o socialmente indeseables.

Por otra parte, Rangel (2015) menciona 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. (p.215)

Por tanto, es necesario hacer un análisis sobre las características generales de las campañas de prevención del VIH-SIDA y como los mensajes y el discurso que están presentes en cada una de ellas condicionan una subjetividad en cuanto a que es moralmente bueno o malo, o simplemente desde una mirada biomédica, cuáles son las medidas preventivas adecuadas, responsabilizando así mediante la toma de decisiones individuales a cada uno de los individuos de una colectividad y constituyendo al homosexual negativamente frente a sus prácticas sexuales. Al respecto Ávila y Gras (2014) sostienen que en la prevención del VIH se participa en un proceso de construcción de comportamientos correctos o incorrectos de la persona al elegir entre responder si se protege o no.

La idea de comportamientos “sanos”, correctos o *normales* es impuesta subjetivamente en cada uno de nosotros responsabilizándonos en cuanto al contagio de infecciones o enfermedades, los participantes de esta investigación dan cuenta de ello al mencionar que las campañas de prevención del VIH-SIDA:

“... más que nada son para promover la salud, las relaciones sexuales responsablemente para que ya no haya más contagios y enfermedades de transmisión sexual...te hablan de tantas cosas... que te pueden pasar o sea de la responsabilidad de tener relaciones sin protección... Me pone a pensar muchas cosas, más que nada para que te cuides, lo hacen para que te cuides y cuides a los demás porque cuidándote tú evitas una cadenita...Tener relaciones sexuales responsablemente protegiéndonos y todo eso... El uso responsable de anticonceptivos, tener relaciones sexuales responsablemente y pues ya.” (Diego, 25 años)

“Después de una campaña de estas pues lo que se te puede venir en mente es así como que no pues sí es muy riesgoso para mi salud, tengo que cuidarme... muy en general creo que la mayoría se va con esa idea.” (Ruperto, 25 años)

“... o sea te dan mucho a entender que o sea sobre tu responsabilidad entonces pues en lo personal a mí sí me genera mucho...cuidado a tu vida sexual... es eso la responsabilidad del cómo cuidarte, el cómo protegerte.” (Fernando, 24 años)

“...la definiría como la forma en que...busca el gobierno o alguna dependencia..., la concientización acerca del uso del condón y bueno obviamente evitar los contagios en este caso de VIH... es una buena forma de buscar la concientización de las personas aunque no

sea para todos, pero pues si para algunos lo sea... pues tenía imágenes y texto, era tanto visual como escrita y pues hacía, trataba de hacer como conciencia de que debías de usar el condón para la prevención... de las enfermedades de transmisión sexual y bueno específicamente el VIH". (Carlos, 27 años)

"... bueno eh visto más bien las que son de la clínica Condesa y bueno más que nada hace el consentimiento para que uses el condón, este, y la manera de prevenir este tipo de enfermedades... debemos de ser conscientes ya que pues de alguna forma nos están ayudando a prevenir, no solamente lo que es la transmisión del VIH, sino de otros tipos de enfermedades de transmisión sexual...me hace más consciente a qué debo de usarlo cada vez que voy a tener... algún tipo de relación sexual ya sea con mi pareja o con alguna otra persona...digo que crean un ambiente de conciencia hacia las personas para que tengan una mejor protección hacia su salud ...hacen promoción para que puedas tener una vida sexual, ¿cómo te diré? con responsabilidad siempre... estar consciente de todos los tipos de métodos que pueden llegar a existir, tanto personas homosexuales como personas heterosexuales." (Oscar, 26 años)

Cáceres (2003) menciona que los programas implementados en la región de América Latina y el Caribe en relación con el VIH -SIDA cuenta con tres elementos: individuales, estructurales y culturales, aunque la mayoría sienta sus bases en el primero arraigándose a una concepción médica sobre las conductas relativas a la protección de contagios y prevención de enfermedad.

Al concebir a este colectivo como un grupo de riesgo la mayoría del material propagandístico cuenta con imágenes y texto dirigido de manera particular a ellos implícita o explícitamente, Mc Manus y Mercado (2016) dicen que las campañas de prevención se plantearon con base en la homofobia y por tanto las campañas de salud pública, aun sin saberlo, validan la asociación popular de que el SIDA es una infección de los varones homosexuales.

Ávila y Gras (2014) también argumentan al respecto diciendo que a pesar de que en textos escritos se hace referencia a hombres que tienen sexo con hombres (HSH)⁷ las imágenes gráficas presentes en los folletos y carteles refieren a la homosexualidad, se hace un intento por no dirigir las campañas únicamente a este grupo de población pero el diseño construye un destinatario homosexual y además los enunciados en cuanto a las personas con VIH suelen incluir mensajes de alerta acerca del riesgo de infección para otras personas.

Tenemos entonces dos formas de presentar los mensajes y las imágenes en los diferentes materiales propagandísticos, en el primero se hace referencia a las personas no infectadas y en el segundo se refiere a las personas infectadas, pero sea como sea, ambos son dirigidos en especial a la población homosexual varonil colocando elementos que hacen pensar que este grupo es la base de la infección.

Tomando la primer forma de presentar la información que es referida a las personas que no tienen o no están infectadas con VIH-SIDA estas se presentan como personas viriles, fuertes y “sanas” pero en relación con el colectivo homosexual como lo menciona Ávila y Gras (2014) al decir que las campañas de prevención construyen un sujeto a partir del alineamiento con los locutores de las campañas que se presentan como hombres homosexuales, “sanos” y atractivos, además definen quienes son los agentes en quienes recae la responsabilidad de prevenir la infección siempre en relación con el uso de condón en las relaciones sexuales y cuidado de la salud sexual, entiendo a la salud nuevamente como la ausencia de la enfermedad y no como para esta investigación la entendemos.

La prevención por medio de comportamientos para evitar contagios y enfermedad va dirigida en exclusiva a las personas que viven sin VIH representadas en los diferentes materiales propagandísticos por medios gráficos como mencionan Mc Manus y Mercado (2016) al decir que las representaciones ya sean en dibujos o fotografías representan y abordan personas negativas de VIH o al menos quienes se identifican dentro de este grupo,

⁷ Según Ávila y Montenegro (2011) el termino Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) no es un grupo homogéneo de personas, sino que se refiere a cualquier hombre que haya reportado prácticas sexuales con otros hombres independientemente de su orientación sexual.

generando así la división entre sujetos y sus formas de cuidarse de contagios a partir de una diferenciación en las acciones pero al mismo tiempo etiquetando a las personas con VIH como quienes propagan la infección y a los que viven sin el como los que corren el riesgo de contraerlo.

A modo de ejemplificar lo anterior a continuación haremos el análisis de un material propagandístico elaborado por el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el SIDA (CENSIDA) (Ver imagen 1) colocado el día 24 de marzo de 2016 en la Ciudad de Aguascalientes, México. Sin embargo, es destacable que el material colocado en un anuncio espectacular fue revocado de su lugar por algunas quejas de grupos conservadores y homofóbicos haciéndose presente así los argumentos del colectivo gay en razón de que la acción era discriminatoria según el reporte de Cruz (2016), empero este asunto no lo abordaremos en esta ocasión, solo analizaremos los gráficos mostrados en este material de una institución oficial.

Comenzando con las imágenes notamos que es una pareja de hombres homosexuales que están recostados en una cama y a punto de darse un beso, estos varones homosexuales se encuentran en contraste blanco y negro pero se puede distinguir un tipo de cuerpo ejercitado y viril muy relacionado con los estereotipos de modelos masculinos de belleza presentados por los diferentes medios de comunicación y se muestra debajo de ellos el dibujo del empaque del condón masculino, lo que nos da a entender que los cuerpos “bellos y sanos” tienen que tener cuidado y protección para seguir conservándose así. El texto tiene la siguiente leyenda: *MIL FORMAS DE AMAR, UNA SOLA DE PROTEGERSE ¡USA CONDÓN!*, al inicio hace alusión a la diversidad de orientaciones sexuales pero en la imagen solo propone la homosexualidad varonil, ahora bien subjetivamente se puede llegar a pensar que la única forma de protección es el condón como lo dice el texto en la siguiente parte, es decir se impone subjetivamente la idea de que el condón protege los cuerpos “sanos y bellos” y que los hombres homosexuales son los más propensos para la infección.

Imagen 1. Material propagandístico de CENSIDA.



Fuente: Imagen obtenida de

https://verne.elpais.com/verne/2016/03/31/mexico/1459384664_992960.html

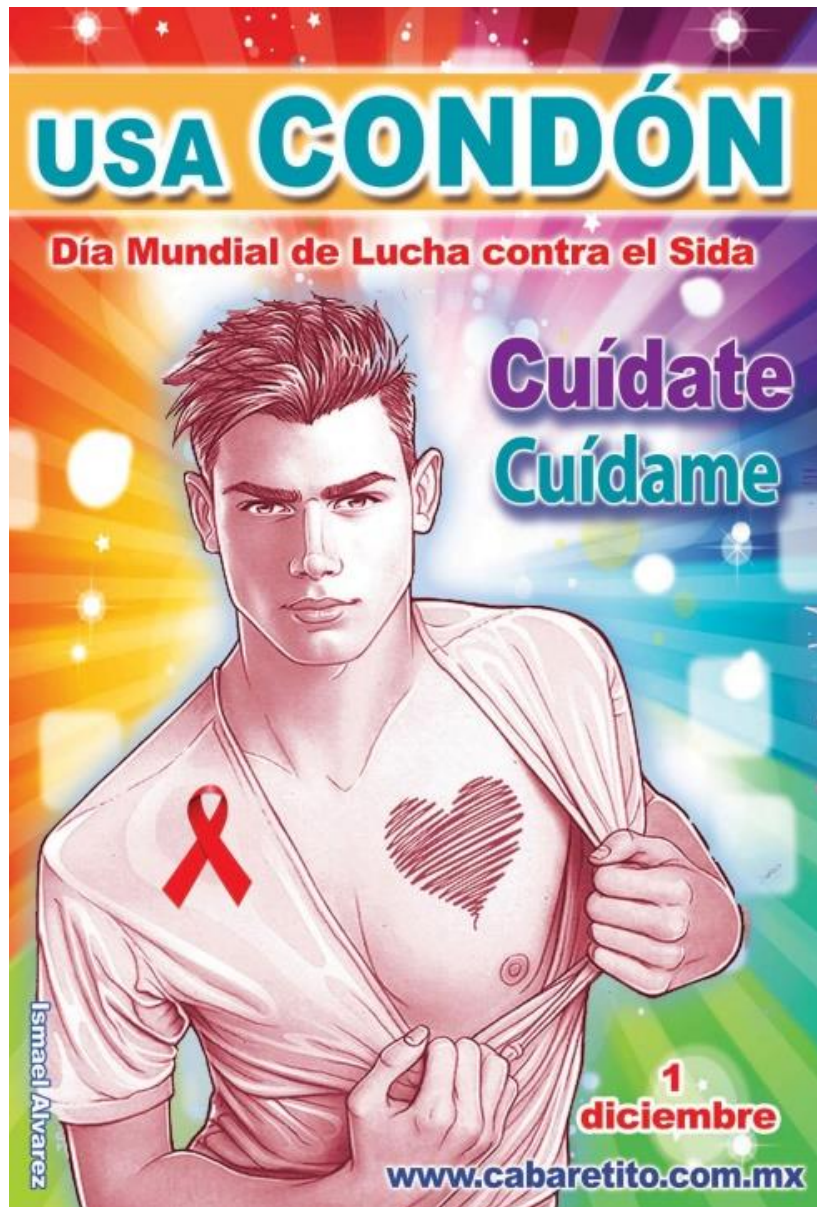
Ahora bien, analizamos un material propagandístico de una institución oficial encargada de la prevención y “control” de la infección del VIH-SIDA en México, pero también analizaremos el material de una institución no oficial (Ver imagen 2) pero que hace alusión a la prevención del VIH-SIDA como una acción de responsabilidad social por parte del corporativo Cabaretito presentado en su página de Facebook. Esta empresa es un conjunto de lugares de entretenimiento nocturno de la Ciudad de México para personas de la comunidad LGBT+.

La imagen muestra el dibujo de un hombre de cuerpo musculoso y nuevamente en relación con el estereotipo de belleza y virilidad masculina, este sostiene su playera con las dos manos y muestra el pecho desnudo con un corazón en él del lado izquierdo, del otro

lado se muestra el típico listón rojo que hace alusión al VIH-SIDA, los colores utilizados en el fondo son los del arcoíris, este último elemento subjetivamente hace referencia a la bandera del arcoíris utilizada como símbolo por el colectivo gay generando la idea de que el chico del dibujo es homosexual y aludiendo a lo mismo que el material analizado anteriormente, el “cuerpo sano y bello” que tiene que ser protegido de la infección.

El texto muestra la siguiente leyenda: *USA CONDÓN. Día Mundial De Lucha Contra el Sida. Cuídate, cuídame. 1 diciembre* y posteriormente se presenta la página web del lugar, primeramente se da la orden de usar el condón imponiéndose como la única acción protectora que pueden realizar los varones homosexuales para evitar la infección y se insita a la responsabilización de quienes tendrán la acción de penetrar en la relación sexual, es decir de quien lleva el rol activo al mencionar el mensaje *cuídate, cuídame*, las otras partes del texto hacen alusión a la fecha propuesta por la OMS como reconocimiento a la infección y la lucha contra esta.

Imagen 2. Material propagandístico de Corporativo Cabaretito.



Fuente: Imagen obtenida de

<https://www.facebook.com/cabaretitopuntoyaparte/photos/pcb.1954622511376828/1954619771377>

[102/](#)

Ávila y Gras (2014) hacen alusión a esto mencionando que:

Sí la prevención está dirigida casi exclusivamente a personas VIH-, es lógico que estas se representen como pacientes en el proceso de infección y que, por el

contrario, las personas con VIH se presentan como agentes o causas de este proceso. (p. 152)

Lo anterior ínsita a la estigmatización y discriminación de las personas que viven con VIH, y en particular a los homosexuales, ya que se plantea la propuesta de que estos son vectores que pueden propagar la enfermedad. En ocasiones, las campañas no pretenden dar este mensaje, pero el receptor lo puede interpretar así, por ello se generaron movimientos sociales para defender los derechos de las personas que viven con VIH, independientemente de su orientación sexual, y que deben ser respetados, lo que conlleva a que las campañas dirigidas a este grupo en especial tengan como base el respeto a los derechos humanos.

Guerrero y Mercado (2017) mencionan que la folletería dedicada a la prevención esta evidentemente dirigida a personas que viven sin VIH y por ende no tendrían por qué incluirse en los discursos de las personas que, si viven con el virus, en cambio la evolución histórica de la folletería ha puesto en marcha discursos antidiscriminatorios basados en los derechos humanos que si tienen como principal actor a la persona que vive con VIH. La distinción y separación de los individuos generan un control en los comportamientos que las personas tienen que tener, por un lado las personas seronegativas tienen que tener acciones de protección de contagios de VIH como el uso del condón y por el otro las personas seropositivas tienen que defender sus derechos por ser un agente infeccioso, Ávila y Gras (2014) sostienen que con los mensajes en los materiales de las campañas se alerta sobre el peligro y la gravedad de la infección por VIH y así se sostiene la creencia social de que la infección es mortal y por tanto que las personas que viven con VIH son enfermos graves y peligrosos.

Las imágenes y los mensajes presentados en los materiales de las campañas de prevención del VIH-SIDA han llegado a una población específica etiquetada como de alto riesgo, pero al mismo tiempo ampliando su poder a otros colectivos como lo hacen constar los comentarios de los participantes de la investigación al decir que:

“...a veces siento que van dirigidas a personas con cierto grado de escolaridad, porque bueno hay personas que no conocen lo que significa un condón, no conocen lo que es un condón físicamente ni tampoco la palabra, entonces creo que solo se refieren a cierta

población en general...creo que deben de abrirse más las campañas y buscar concientizar a esa población porque son también importantes”. (Carlos, 27 años)

“Pues las imágenes más que nada yo he visto muchas que son así como que animadas, el condón con los ojitos, bueno con manos y todo eso, creo que también es para que los jovencitos de 12 años en adelante pues pueden a comprender más todo eso”. (Diego, 25 años)

“...por una parte también está bien que se pongan en un sentido que hagan una invitación o sea digamos que global..., no hacen una invitación solamente a ciertas personas sino en total”. (Juan, 24 años)

Por tanto, las campañas dirigidas a las personas que viven sin VIH tienden a crear un sujeto que debe de estar alineado a los mensajes y las prácticas que se presentan como las adecuadas en relación a la de protección de contagios y que además hegemonizan el uso del preservativo o condón. Como lo menciona Ávila y Gras (2014) se construye un escenario discursivo al que el destinatario debe de alinearse con el comportamiento descrito o bien rechazarlo, sin embargo, la obligatoriedad de los comportamientos refleja que no se presentan conductas alternativas pues generalmente las campañas indican cuál es el comportamiento adecuado en una determinada situación.

Las campañas de prevención del VIH-SIDA han delimitado y subjetivado a los cuerpos y limitado sus capacidades de imaginar y hacer posible sus proyectos, haciéndolos dependientes del deseo de un proyecto ajeno mediante el uso de los discursos sobre lo que se puede o debe hacer y lo que no se debe o puede hacer tomando como dispositivo biopolítico la sexualidad. En términos generales las campañas construyen a los cuerpos en una dicotomía entre el sexo seguro y las prácticas de riesgo como lo sustentan Ávila y Gras (2014) mencionando que los discursos de las campañas privilegian una dicotomía en las prácticas sexuales como seguras o no seguras y que contribuyen a la formación de sujetos etiquetándolos como los que se protegen y seguirán sin enfermarse, los que no se protegen y se infectarán o los que no lo han hecho y se infectaron, estableciendo así parámetros de comportamientos limitando lo correcto o *normal* y en contra parte lo incorrecto o *anormal*.

Aunque pareciera que la folletería dirigida al público general abarca la misma información que la dirigida a públicos específicos o los llamados “grupos de riesgo” no

necesariamente es así ya que por un lado se hace énfasis en brindar información específica de la infección y en el otro caso se refiere a aspectos de la sexualidad. Guerrero y Mercado (2016) mencionan que:

...en general pareciera que en la folletería dedicada al “público en general”, la educación sexual termina por colapsar en la enseñanza de la anatomía y la fisiología de los órganos reproductivos y en información sobre vías de transmisión y prevención, y solo en los folletos dedicados a grupos especializados se discuten aspectos eróticos y prácticas específicas. (p. 60)

Se puede decir entonces que hay dos formas de abordaje en las campañas de prevención del VIH-SIDA, además de las dirigidas a las personas VIH positivas o negativas, en referencia a las orientaciones sexuales. Por un lado, se da a entender que en la población en general donde prevalecen las personas heterosexuales solo necesitan información de la infección y la forma de evitar contagiarse, y por otro lado existen “grupos de riesgo”, incluyendo los varones gays, que requiere de un cuidado y vigilancia más específica procurando generar campañas en relación a sus prácticas sexuales y erotismo.

Como ejemplo de lo anterior podemos pensar como se ha impuesto el uso del condón por medio de las campañas de prevención del VIH-SIDA en las prácticas sexuales de los homosexuales (como práctica de sexo seguro) porque no tienen como finalidad la reproducción sino más bien el disfrute y el placer haciendo que este último se presente como algo moralmente malo y colocando las acciones placenteras como anormales o *sodomitas*, y aunque el uso del condón ha ayudado a evitar contagios se piensa a la sexualidad homosexual como un tema tabú con prejuicios negativos.

Las campañas de prevención crean una subjetividad a partir del discurso presentado en ellas y ese discurso está inmiscuido de poder que es avalado por las instituciones ya sean gubernamentales o no como lo menciona Ávila y Gras (2014) al decir que la aparición de estas instituciones, como la Secretaría de Salud o las Organizaciones No Gubernamentales, tienen una doble función en las campañas, la primera es de legitimar el discurso avalado por las máximas instituciones e incluso por la propia comunidad LGBT+ y por otra parte contribuye a definir la identidad del destinatario en tanto que es homosexual o bisexual.

Para finalizar podemos mencionar que efectivamente las campañas de prevención del VIH-SIDA se caracterizan por hacer un énfasis en que la mejor manera de prevenirlo es mediante el cambio de comportamientos o estilos de vida adoptando el uso del condón como una acción primordial y única, y que las personas que se encuentran en mayor riesgo por sus comportamientos sexuales son los llamados “grupos de riesgo” donde encontramos los varones homosexuales subjetivando impositivamente que sus prácticas sexuales como el bareback son inapropiadas, inadecuadas, irresponsables, etc.

1.3 A manera de resumen

Al comienzo de este apartado se inició con un breve recorrido histórico de las diferentes campañas de prevención del VIH-SIDA en México, se reconoció que los primeros casos se dieron en homosexuales, lo que confirió estigma a la enfermedad y al grupo de personas mencionadas, esto para el año de 1983 sin embargo no es hasta 1985 que el gobierno y las instituciones médicas intervienen en el manejo de la epidemia.

Para 1986 se crea el Comité Nacional para la Investigación y Control del SIDA, para 1987 las campañas son dirigidas a toda la población y se ponen a disposición servicios como TelSIDA; en 1988 se crea CONASIDA para promover, apoyar y coordinar las acciones del sector público, social y privado en relación al tema del VIH-SIDA. En 1990 las campañas son dirigidas a las mujeres; entre 1991 y 1996 siguen en auge materiales propagandísticos mencionando medidas preventivas que deberían ser adoptadas por los diferentes grupos de riesgo; en el año de 1995 se coordinan acciones con la SEP para integrar cuestiones de educación sexual con el propósito de prevenir la enfermedad; en 1997 se hace un estudio en Tijuana y se nombra un nuevo grupo de riesgo, el llamado Usuario de Drogas Inyectables con quienes se trabaja; en 1998 las campañas recaen en lugares de encuentro gay en particular.

Entre el 2001 y el 2003 se pone en marcha el programa Lazo Rojo, entre 2002 y 2006 las campañas se basan en el uso del condón, como la mayoría, y en el respeto al derecho de atención a la salud (esta siempre entendida más como el derecho a la atención de la enfermedad desde la perspectiva de este estudio) de manera integral para las personas que viven con VIH-SIDA. Entre 2006 y 2012 se fortalecen las ONG´s en razón con el asunto de

la prevención del VIH-SIDA y reconociendo que es un asunto de la sociedad más que del Estado. Entre 2013 y 2018 existe un Programa de Acción Específico frente al problema, y finalmente en la actualidad se han propuesto intervenciones comunitarias en el Programa Sectorial de Salud.

Al finalizar este análisis histórico mencionamos que se han dejado por un lado las campañas de prevención del VIH-SIDA de manera intersectorial para solo impulsar el uso de condones como herramienta de prevención de la enfermedad y que estas campañas se sustentan en que la información es la mejor manera para poder atender el problema de contagios de la infección y por tanto haciendo hegemónico el saber y conocimiento de la biomedicina.

Después analizamos las características de estas campañas, en la parte final comentamos que las imágenes y los textos en los materiales de las campañas de prevención del VIH-SIDA hacen alusión a un determinado segmento de población presentando características particulares de quienes se protegen o no frente a la infección.

Para concluir este capítulo podemos mencionar que efectivamente las campañas de prevención del VIH-SIDA funcionan como biopolíticas sobre la sexualidad homosexual varonil que imponen una subjetividad específica con el objetivo de moldear el cuerpo, la razón, los sentimientos, etcétera, en este sentido es que las campañas de prevención del VIH-SIDA primeramente se imponen como el único saber para enfrentar el problema del VIH-SIDA por medio de la información científica que generalmente es emanada desde las instituciones biomédicas y por ende también imponiendo el uso del condón como la medida eficaz para la protección de la infección, acción que ha ayudado a atender el problema, sin embargo al reducir la atención a solo promover el uso del condón otras campañas en relación al tema van desapareciendo.

Estas campañas, como biopolíticas, también moldean el cuerpo y los comportamientos haciendo pensar a través de las imágenes y los textos, es decir a través de los mensajes, que el cuerpo de una persona es distinto en cuanto a si vive o no con VIH. Proponen que el contagio de este virus hará de nuestro cuerpo algo aterrador y diferente a los otros en cuanto a mostrar un cuerpo viril, musculoso, atlético, etcétera, y por otra parte imponen el

cambio de comportamientos, específicamente sexuales, haciendo alusión a la responsabilidad en cuanto al uso del condón como medio de protección de la infección y comportamiento de sexo seguro proponiendo una noción negativa de otras prácticas sexuales como el sexo sin condón etiquetando a la población con el nombre de “grupo de riesgo” y dirigiendo sus mensajes casi de manera exclusiva a ellos con la finalidad de controlarlos y vigilarlos.

CAPÍTULO II. LA SUBJETIVIDAD IMPUESTA EN LA SALUD SEXUAL DE LOS VARONES HOMOSEXUALES.

La salud sexual de los varones homosexuales, al igual que la salud misma, ha sido reducida a la ausencia de enfermedad permitiendo el control y la manipulación de cuestiones de la vida, como la sexualidad, por parte de la biomedicina instaurando subjetivamente comportamientos moralmente aceptados por la colectividad que han sido llevados a un consenso social permitiéndose así la creación de verdades absolutas que discriminan, prejuician y estereotipan peyorativamente las diversidades.

Por consecuencia de lo anterior las políticas gubernamentales responden a crear un sentido subjetivo que permita que la sociedad adquiera una significación particular que responde a objetivos institucionales más que a proyectos personales. Las biopolíticas han sido una herramienta útil para lograr los objetivos de los dispositivos disciplinarios presentándose como acciones de protección ante contagios de VIH-SIDA, pero al mismo tiempo teniendo como finalidad el control de los varones homosexuales y sus prácticas.

En los siguientes párrafos analizamos como el discurso de las instituciones oficiales han ido creando una subjetividad impositiva para dominar la salud y la salud sexual de los varones homosexuales, también analizamos como la democracia y sus políticas son parte metodológica de la subjetivación disciplinaria y finalmente aludimos a cómo la biomedicina a manipulado la vida a partir de las biopolíticas.

Para poder realizar dicho análisis y generar la discusión en relación con lo encontrado en las entrevistas al grupo de varones gays participes de este estudio retomaremos autores citados en el marco teórico como Gonzáles (2008) y Bru (2016) quienes nos ayudaran a comprender como mediante la subjetividad se puede ir moldeando una forma de ser, pensar y actuar que ha sido aprobado por la misma sociedad y los dispositivos disciplinarios, también retomamos a Martínez (2012) y Estrada (2015) quienes nos ayudaran a comprender como las instituciones mediante la salud pública y a su vez por medio de las biopolíticas han manipulado la vida de cada uno de nosotros y finalmente también citamos a Fernández (2013) y Piedrehita (2012) para poder explicar cómo la

subjetividad tiene un componente político que puede ser de resistencia o bien como política de rebaño.

2.1 La producción subjetiva en la salud sexual de varones homosexuales

La subjetividad individual y colectiva desde una mirada social es producida y compartida en un nivel macrosocial que posteriormente se implementa en el nivel microsociales (en la familia, la escuela, el trabajo, etc.). Desde la perspectiva acción verbal-discursiva se plantea la idea de que la subjetividad es construida a partir de los discursos dotados de poder que promueven los dispositivos disciplinarios en cada una de nuestras esferas sociales.

Los símbolos y las emociones que se presentan en las relaciones con los otros van creando un sentido subjetivo, como lo menciona Gonzáles (2008):

El sentido subjetivo expresa las producciones simbólicas y emocionales, configuradas en las dimensiones histórica y social de las actividades humanas; sin embargo, éstas no expresan apenas el momento actual de un sistema de relaciones, sino la historia, tanto de las personas implicadas en un espacio social, como de ese espacio social en su articulación con otros. (p.233)

Vale decir, el sentido subjetivo no se va a presentar de la noche a la mañana, sino que tiene todo un devenir histórico que va planteando la forma en que significamos el mundo y el espacio en donde estamos en el ahora, por tanto, la creación del sentido subjetivo tiene sus bases en hechos históricos.

Los hechos históricos también influyen en la creación de subjetividad de cada individuo y colectivo, recordemos pues que el ser humano es un ser histórico-social en donde las acciones que realiza generan cambios y marcan la subjetividad de cada uno de nosotros y de todos juntos en un momento y contexto determinado, Gonzáles (2008) nos dice al respecto que el sentido subjetivo fundamenta una definición de subjetividad que no se circunscribe al proceso y organización de la subjetividad individual sino más bien implica una definición de subjetividad social.

En este orden de ideas podemos mencionar que la subjetividad tiene un carácter social al encontrarse sujeta a hechos históricos y contextos que marcan a cada uno de nosotros que formamos la sociedad. Sin embargo, los distintos componentes o elementos institucionales pueden crear una subjetividad colectiva y unánime con base en los conocimientos científicos, culturales, sociales, etcétera, aceptados mediante medidas disciplinarias por la mayoría de quienes conforman las sociedades y utilizando la historia como un eje para demostrar los “cambios” en la vida humana y en la subjetividad misma haciéndose de cierto poder a partir de esto.

Retomando las ideas de la corriente acción verbal-discursiva presentes en el marco teórico se dice que la subjetividad es producida desde el nivel macrosocial mediante el uso de las palabras. Al ser el discurso y el diálogo la forma en que nos relacionamos como personas dentro de una sociedad siempre hay una postura de poder en dicho argumento, lo que puede generar la imposición de una subjetividad sobre otra, por ende, la subjetividad que se presenta en cada uno de nosotros está asociada con el poder de imposición de diferentes instituciones, sus elementos y sus componentes mediante medidas disciplinarias.

Dichas medidas disciplinarias tienen efectos en la subjetividad de cada individuo y Bru (2016) lo sustenta al decir que “cuando mencionamos los efectos en la subjetividad, nos referimos a las diversas instancias o formas de gobierno a partir de las cuales se moldea una forma de actuar-comprender-desear el mundo.” (p.38), esto quiere decir que, aunque aparentemente tenemos ciertas libertades estas son condicionadas por los discursos que los diferentes gobiernos nos hacen llegar y que son avalados por la cultura dominante teniendo como resultado la aprobación y *normalización* de dichas alocuciones.

El discurso que moldea nuestra forma de actuar, comprender y desear el mundo se ha visto reflejado con el dominio de la salud y en particular de la salud sexual de los varones gays haciendo que las concepciones teóricas impuestas por organizaciones, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), sean adoptadas por las instituciones de los gobiernos, como la Secretaría de Salud en México, e impuestas subjetivamente en los grupos sociales. La salud es retomada institucionalmente como ausencia de enfermedad y por ende se genera la imposición subjetiva de este término dentro de la colectividad gay como lo demuestran los comentarios de los participantes:

“... buscar la forma de estar en un equilibrio, que todo sea saludable, que todo sea positivo en el buen sentido de la palabra para que exista una buena salud sexual... es un equilibrio tanto en lo emocional como en lo sexual o sea en las relaciones sexuales, un equilibrio también en todo.” (Carlos, 27 años)

“...es como conocer todo lo que nos podría pasar en una relación sexual, o sea todos los tipos de transmisión sexual... que podríamos tener si no nos cuidamos o si no nos podríamos cuidar más bien... Tener la prevención o sea cuidarnos.” (Nahur, 26 años)

“...salud sexual estamos hablando desde que debemos de tener conocimiento de hombre-mujer, aparato reproductor masculino o femenino, la función de cada uno de estos y las formas... de practicar el sexo seguro... salud sexual es tener conocimiento de los riesgos que puedo tener al momento de realizar dicha práctica y saber la forma en la que me tengo que cuidar para evitar contraer infecciones.” (Ruperto, 25 años)

Este abordaje de producción de subjetividad propone que se trata de moldear a la persona en cuestiones de la mente, del cuerpo, de las relaciones personales y de la vida en general a manera de que se tenga un poder no “objetivo” sobre las masas, los colectivos y la sociedad. Bru (2016) hace alusión a esto al mencionar que:

...una primera aproximación al término producción de subjetividad [sería] como el proceso de modelización de lo social, de la forma de ser y actuar por excelencia en una época histórica determinada, de acuerdo a un “patrón” (lo esperado, la expectativa) resultante de cada construcción social. (p. 40)

A lo que vamos es que existe cierta tendencia a crear modelos para la explicación de los fenómenos sociales y que estos al ser asumidos desde una postura científica se simplifican a una sola explicación de los hechos generando que la información conocida desde estos modelos configure las formas de ser y actuar de cada individuo con respecto al momento histórico y contexto en el que se encuentran inmersos, es decir se genera un modelo o patrón a seguir subjetivamente, o lo que es imponer un proyecto como lo demuestran los comentarios de los participantes al decir lo siguiente en relación a los comportamientos que deben de seguir/tener para evitar el contagio de VIH-SIDA:

“...cada persona es libre de decidir y hacer lo que quiera con su cuerpo y pues bueno en cuestión mía creo que pues ya entra en mi decisión si me quiero o no quiero usar condón, ya sea con mi pareja o con alguna persona extraña”. (Carlos, 27 años)

“...pienso más que nada que son muchas cosas que dices no manches en serio por cualquier cosita te puedes dar SIDA, a veces por la borrachera y... más que nada en algún ratito pues te puede dar alguna enfermedad que dure toda tu vida, en un ratito de calentura”. (Diego, 25 años)

“...es más como algo que ya sabemos o qué ya he visto anteriormente, yo creo que ya es más que llegue a la mente cuando estés apunto de hacer algo referente a este tema...es algo que, desde la escuela, desde los inicios te van enseñando... ya más adelante cuando ya estás haciendo algo es cuando te llega la información a la cabeza...”. (Nahur, 26 años)

Los patrones o modelos que se utilizan para la explicación de los fenómenos sociales se expresan en políticas que son implementadas en muchas ocasiones desde los órganos gubernamentales imponiendo con ello cierta subjetividad en las sociedades. Piedrahita (2012) dice que “la subjetividad agenciada surge de la forma singular como cada persona entrelaza sus acontecimientos y en este movimiento hay un claro componente político que se juega entre la resistencia y la creación.” (p. 43-44)

Desde este punto de vista una verdadera y democrática política social sería la aparición de diversas acciones que tengan diferentes formas de subjetividad. Como se dice, la política daría pautas de resistencia y creación de diferentes formas de atender cuestiones de la vida humana y desarrollo de proyectos imaginados, sin embargo, en una política donde el consenso es impuesto subjetivamente como lo que todos deseamos, las diversidades se ven con estereotipos y fuera de esa *normalidad* existente en un momento histórico y contexto particular.

Las políticas que se implementan desde esta mirada giran en torno a generar una subjetividad de rebaño en donde existe solamente un pastor quien es el dominante, el que sabe, el que conoce o el que guía a los demás perdiendo así ciertas libertades de una manera sutil, Fernández (2013) da un argumento en relación a esto mencionando que la única subjetividad política es la desarrollada por un dirigente (en tanto institución) quien aprovecha los recursos biopolíticos para que la sociedad adquiriera una significación, por

tanto la tarea específica es la construcción de subjetividades sobre las que pueda asentarse el ejercicio ético-político que da sentido a la democracia.

Lo que entendemos por democracia entonces simplifica las diferentes subjetividades creativas y de resistencia y las encaja en un consenso sobre lo que es, lo que debe de ser, sobre lo que está bien y sobre lo que está mal, o en otras palabras el consenso genera un poder mediante la imposición de cierta subjetividad por parte de los dispositivos institucionales. Los dispositivos disciplinarios institucionales para evitar la dispersión del rebaño o la capacidad de creación y desarrollo de habilidades de las personas manipulan la subjetividad social o colectiva como lo demuestran los comentarios de los entrevistados al mencionar lo siguiente en relación al uso del condón como el método mayormente promovido desde las instituciones oficiales de salud para la prevención del VIH-SIDA:

*“... no solamente es para un solo grupo de heterosexual/ homosexual, no lo sé, regalando condones no creo que sea buena idea, pero pues puede funcionar...me protejo usando condón, abstinencia y autocomplacencia...La abstinencia es la única que utilizó, trato de evitar... el contagio de alguna enfermedad sexual.... El autocomplaceme podría ser el otra técnica, otra forma y pues hacerme estudios periódicos para saber mi estado de salud”.
(Carlos, 27 años)*

“... Es más efectivo el uso del condón... es más responsable e incluso te hace sentir bien contigo mismo porque si tú tienes relaciones sin condón entonces pues empieza como la preocupación... ¿Cómo me protejo?, teniendo relaciones responsablemente y pues obviamente tampoco acostándome con uno, y con otro, y con otro, y con otro.” (Diego, 25 años)

“...yo en alguna ocasión me tocó ver una campaña donde te regalaban los condones, creo que también muchas veces lo hacen porque no pueden traer como que el condón o sea pueden estar como regalando los condones... faltan más campañas de publicidad en lugares, en antros o en lugares de encuentro...tengo entendido que hay como unas pastillas, no me acuerdo cómo se llama pero si no me equivoco PrEP o algo así y ayudan como a prevenir, no estoy muy informado todavía de este tema y pues pruebas nada más de sangre que te puedes hacer...” (Nahur, 26 años)

“... se han promocionado lo que es el PrEP... bueno a lo que sea es una pastilla que puedes tener relaciones sin condón ... para que en caso de que tú estés expuesto a una infección por VIH pues ya no seas contagiado... lo que deben de promocionar es no solamente el uso del condón sino todo... aquellos tipos de métodos anticonceptivos que pueden llegar a existir tanto desde una pastilla, condones bueno en fin todo, todo lo relacionado que puedan hacer uso para que no pueden llegarse a contagiar...yo por lo regular cuando llegó tener relaciones sexuales pues sí lo único que utilizo es el condón... el uso del condón siempre va a estar... en una promoción para que puedas ser consciente de que debes de utilizarlo y cómo lo debes de utilizar.” (Oscar, 26 años)

“...si hay una campaña que se está haciendo para poder apoyar o ayudar a ciertas personas, en este caso de la campaña de SIDA o VIH, pues tendrían que tener de primordial pues sus condones, posteriormente pues la información y decirte... cómo se utiliza, cómo se hace y ...obviamente si vas a tener relaciones sexuales no es como que te metas y le preguntes ¿oye tienes VIH?, pues no, obviamente pues con tu condón... te favorece porque ya tienes algo un respaldo literal una protección porque pues solamente, digamos que el condón no te está protegiendo no solamente de esta enfermedad sino que te protege de muchas cosas.” (Juan, 24 años)

“...ahorita también acaba de salir el... PrEP que es pues un método para evitar alguna infección, más que nada el VIH entonces pues también es buena opción, pero, o sea, pero sí con responsabilidad... con condón y... con la prueba de VIH.” (Fernando, 24 años)

“... evitar tener múltiples parejas o mínimo conocer un poco a la otra pareja con la que se vayan a tener la práctica y pues creo que para contraer infecciones pues sería pues más que eso... utilizando los preservativos que vienen siendo los condones... tienden a disminuir los riesgos de contraer algo.” (Ruperto, 25 años)

Con base en lo anterior reconocemos que el manejo o la manipulación de las subjetividades a partir de la política en acciones sociales y de la vida moldean los cuerpos y las mentes de cada individuo e inclusive de la misma sociedad limitando la capacidad de imaginar proyectos, pues según Martínez (2012):

Los flujos de producción subjetiva no se ocupan solamente de fabricar un cuerpo dócil y útil, sino además del control de los flujos poblacionales, sus fluctuaciones,

sus características genéticas y los peligros asociados a lo que hoy se llama “salud pública”. (p.81)

En ese sentido, la salud pública se ha encargado de generar indicadores de contagios de infecciones y enfermedades que permiten medir que tan “saludable o no saludable” es una población y con ello generar políticas que permitan “mejorar” la prevención de enfermedades o problemas del cuerpo de las colectividades con la atención a los problemas que según los especialistas repercuten en la vida de estas personas. Sin embargo, el manejo de la enfermedad o la prevención de esta tiene cierto poder en la formación de subjetividad por ejemplo al etiquetar a una comunidad o persona como enfermo y estereotipar y prejuiciar comportamientos que están fuera de lo impuesto como *normalidad*.

2.2 La manipulación de la vida por la biomedicina

Los dispositivos disciplinarios han impulsado la subjetivación de las personas y la sociedad en general; el cuerpo-mente y la vida en general han quedado relegados a lo que los mandatos disciplinarios proponen en particular desde las biopolíticas. Desde la aparición de la biomedicina en la sociedad occidental los procesos de la vida han quedado a su disposición hegemonizando su conocimiento en cuanto a entender/atender estos, y es mediante los diferentes discursos y biopolíticas que se han impuesto en la sociedad dichos discursos normativos (de la palabra “*normalidad*”).

Bru (2016) menciona que la visión moderna que se tiene del cuerpo expresada por el saber biomédico por medio de la anatomía y la fisiología implica la separación del hombre en cuerpo biológico y del universo donde se encuentra inmerso, ya no se explica toda la cosmovisión de la persona en conjunto sino por separado, individualizando la colectividad, pasando de una sociedad comunitaria a una sociedad individualista, utilizando el cuerpo como frontera y planteándolo como algo diferente al ser.

Toda sociedad simboliza y significa las acciones de la vida a partir de la relación entre el cuerpo y el universo donde se encuentra inmerso, lo que conforma la cosmovisión de las personas, sin embargo, con los avances de la ciencia y la tecnología cada vez es más común que se separen estos dos. En las llamadas épocas modernas y hasta la fecha cada vez son

más los avances que permiten manipular el cuerpo y separarlo del universo donde se encuentra inmerso por medio de lo que llamamos conocimiento científico.

La manipulación de la vida se ha dado a partir de la aparición de la biomedicina; en una mirada tradicional podemos pensar que esta nació como una ciencia encargada de proteger al cuerpo de infecciones y enfermedades en una comunidad, pero si analizamos críticamente como se ha desenvuelto a lo largo de la historia podemos reconocer que ha llegado a forjarse de un poder sobre nuestros cuerpos-mentes y los avances en la tecnología han sido la herramienta para este hecho, pues como menciona Estrada (2015), es por las nuevas tecnologías que se permite analizar, manipular, anatomizar y separar molecularmente el cuerpo humano que resulta en comprensiones cada vez más distantes a las holísticas del pasado, es decir con los avances históricos de la biomedicina y la tecnología se ha tratado de separar y especializar las intervenciones en el cuerpo humano como materia biológica dejando de lado todo el entramado con el universo donde está inmerso provocando que la atención a los problemas de la vida diaria de manera integral e interrelacionar se dejen de lado y solo enfocándose en atender la enfermedad o las infecciones.

Los complejos procesos históricos en el desarrollo de la medicina hegemónica han logrado importantes avances para poder solucionar problemas relacionados con la enfermedad y con el cuerpo como materia biológica, sin embargo la especialización médica para intervenir en los problemas de las personas ha provocado que la forma integral e interrelacionar de atenderlos se separen haciendo que el entramado entre el cuerpo y su relación con el universo vaya construyéndose por intereses que no son propios de la persona. La biomedicina ha sustentado sus intervenciones con el argumento de que mientras más conocemos el cuerpo mejor serán los tratamientos que se le pueden dar a ese cuerpo en particular, pero éste entendido ya no como un ser integro sino como una maquinaria en la cual se pueden modificar o restaurar sus partes y sus funciones, enfocándose en la enfermedad más que en el desarrollo de las capacidades humanas, en otras palabras, en la salud para esta tesis.

La medicina hegemónica impulso la subjetivación de la sociedad moderna a partir de sus discursos biopolíticos en intervenciones de la vida diaria, Estrada (2015) menciona que

para entender como sucedió esto pueden visualizarse tres campos: biopolítica-medicina, biopolítica-racismo y biopolítica-gubernamentalidad que a continuación y con base en los argumentos del autor mencionado se explicaran brevemente:

1. Biopolítica-medicina. La medicalización de la sociedad comienza a configurarse a partir del siglo XVIII por ejemplo con la institución familiar y las reformas en los hospitales; la higiene es utilizada como un medio de control social y de moralización de costumbres; finalmente la existencia de un régimen de desaparición de epidemias y el aumento de la media de vida también formo parte de este proceso de medicalización.
2. Biopolítica-racismo. Por medio de la puesta en marcha de procesos para mejorar en términos biológicos la persona, provocando la desaparición de especies inferiores consideradas desde esas visiones como seres degenerados o *anormales*, etcétera, garantizando cuerpos fuertes y vigorosos.
3. Biopolítica-gubernamentalidad. La importancia de las acciones gubernamentales ahora ya no son de potenciar la vida o nutrir la existencia biológica sino que recaen en emplear mecanismos para conducir el cuerpo social y crear una subjetividad para que los individuos trabajen en sí mismos al hacerse cada vez más activos y responsables de su existencia corporal, por tanto los riesgos de la vida ya no son asumidos por el Estado, el sujeto es quien se responsabiliza por sus propias fuerzas para mejorarse, optimizarse y asesorarse.

Se puede decir que la subjetivación social por medio de las biopolíticas utiliza las categorías de medicina, racismo y gubernamentalidad. Mediante la medicina la medicalización de las personas cobra relevancia representada por las tecnologías en el área de tratamiento para enfermedades y problemas del cuerpo, el uso de medicamentos y la subordinación de los sujetos a las técnicas médicas profesionales hegemónicas. En razón del racismo se ha tratado de ocultar o cambiar las diferencias que se presentan en los cuerpos para mantener una “*normalidad*” en cuerpos y mentes fuertes y viriles mediante la exclusión y discriminación de lo diferente. Por último, la gubernamentalidad se ha quitado el peso de encima de proteger los riesgos para la vida o potenciarla designando estas responsabilidades a cada uno de los sujetos dentro de la sociedad.

La biomedicina a promovido y comercializado productos como fármacos, equipo médico, aparatos para discapacitados, productos “saludables”, entre otros que toman como base la ausencia de la enfermedad, la prevención de esta o la recuperación de la persona que ha pasado por un problema del cuerpo biológico. En el caso del condón u otros fármacos de prevención del VIH-SIDA han pasado exactamente por lo mismo, se han integrado como un producto comercial de protección ante una infección por VIH-SIDA como lo dicen los entrevistados:

“...obviamente pues a evolucionando todo esto entonces ya hay, no tal como que una cura, pero hay un medicamento que te ayuda a reducir ese tipo de bacteria para que no pase algo mayor... están comercializando, o sea tienen como que algo, como un consumo cuando en realidad es una necesidad”. (Juan, 24 años)

“...las campañas que conozco serían... las campañas que usan los condones como SICO, TROYAN y todas esas marcas”. (Diego, 25 años)

“Las puedo definir con anuncios comerciales y posiblemente gente haciendo como entrevistas en la calle... también obsequian condones y cosas así”. (Nahur, 26 años)

“...se supone que el condón es como que lo más económico que pudieran llegar a conseguir y... es lo más fácil de conseguir una farmacia también”. (Oscar, 26 años)

2.3 A manera de resumen

Al inicio de este capítulo se mencionó que la creación del sentido subjetivo se genera a partir de las producciones simbólico-emocional y tiene su base en hechos históricos y del contexto cultural particular, pero mencionamos que los dispositivos disciplinarios han retomado los hechos históricos como sustento a las medidas disciplinarias actuales en relación con la forma de ser, actuar, pensar, comprender, etc. La producción subjetiva moldea los comportamientos sociales de acuerdo a un patrón determinando por las instituciones gubernamentales haciéndose presente también en cuestiones de la sexualidad y prácticas sexuales.

Los patrones o modelos a seguir socialmente son expresados en políticas que son consensadas por la misma sociedad en un determinado momento histórico y contexto cultural generando la aprobación de estas, lo que entendemos por democracia, pero de

manera crítica lo que este consenso promueve son prejuicios y estereotipos negativos de las diversidades por ser “diferentes” a lo que establece la *norma*.

Posteriormente discutimos como el saber de la biomedicina ha separado al hombre en cuerpo biológico y del universo donde se encuentra inmerso, transformando la cosmovisión acorde al contexto histórico y cultural presente en ese momento, sin embargo, respondiendo a intereses que no necesariamente son propios del mismo sujeto. Los avances en la ciencia y tecnología también han ayudado a potenciar el poder de la biomedicina sobre nuestros cuerpos y mentes enfocándose en el tratamiento de la enfermedad y comprendiendo al cuerpo como una maquinaria de la cual se deben de arreglar sus partes siendo cada vez más distantes las concepciones holistas de la persona.

La biopolítica ha ayudado a mantener el poder de la biomedicina y analizamos que son tres las formas en que se ha mantenido el control y la subjetivación impositiva de las normas disciplinarias a partir de esta por medio de la medicalización, el racismo y la gubernamentalidad. Finalmente terminamos el capítulo mencionando como la medicalización de las prácticas sexuales de los hombres gays a partir del uso del condón tiene que ver también con cuestiones comerciales y de negocio.

Para concluir este capítulo podemos decir que efectivamente el discurso de los dispositivos disciplinarios se ha instaurado en nuestra subjetividad por medio de las llamadas biopolíticas en razón de ser aprobados y *normalizados*, la salud ha sido agenciada teóricamente como lo sustentan las instituciones oficiales, es decir como ausencia de la enfermedad limitando el desarrollo de capacidades humanas y solamente dedicándose a prevenir contagios o enfermedades.

El discurso higiénico-preventivista, la homofobia y el biopoder ejercido sobre la sexualidad de los varones homosexuales ha sido interiorizado en algunos de nosotros, en ocasiones con gran presencia y en otras con una mirada de resistencia, esto ha provocado que un sector conservador de la sociedad tenga ciertos prejuicios discriminatorios del colectivo gay por salirse de la *norma* dictaminada por el modelo higiénico-preventivista, es decir al mantener como regla el usar el condón como único medio de prevención ante el VIH-SIDA, y el adjudicar esta infección al colectivo gay, aquellas personas que no realicen

los actos sexuales de la manera dictaminada serán los que salgan de la *normalidad* (de *norma*) haciéndolos ver como a las personas como irresponsables, incorrectas, inadaptadas, etc.

Ahora bien las políticas en relación con la sexualidad han sido consensadas haciendo de ellas una verdad absoluta y por tanto si las políticas de prevención del VIH-SIDA tienen relación con el colectivo homosexual varonil como grupo de riesgo y sus prácticas sexuales como prácticas de riesgo, las acciones de protección de contagios que son impuestas a este grupo en particular son rigurosas en cuanto a disfrutar su vida sexual, manteniendo el control de esta y promoviendo técnicas de protección que deben de ser adoptadas por este grupo.

Por último podemos decir que la promoción del uso del condón, particularmente masculino, ha contribuido a la prevención de los contagios de la infección por VIH-SIDA sin embargo el discurso presentado en las campañas de prevención de esta infección funciona como una manera de control subjetiva sutil al utilizar la infección por VIH-SIDA como consecuencia de un acto diferente a lo consensado, es decir a la idea de sexo seguro como biopolítica en la sexualidad homosexual, y al mismo tiempo fomentando el consumo de este producto ya no entendiéndolo como un método de prevención sino como un negocio empresarial de productos saludables.

CAPÍTULO III. EL BAREBACK COMO ACCIÓN EMANCIPADORA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD FRENTE A LA IMPOSICIÓN DEL SEXO SEGURO EN LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DEL VIH-SIDA

La medicina hegemónica, con todo y los grandes avances que ha logrado en relación al problema del VIH-SIDA, manipula y controla los cuerpos, pensamientos, ideas, prácticas, etcétera de cada uno de nosotros a partir de biopolíticas que son consensuadas por la sociedad como una verdad temporal argumentando su validez con la información científica. En el caso del VIH-SIDA sucede lo mismo, las campañas de prevención han puesto a relieve que esta infección solo puede ser combatida con el uso del condón haciendo que otras prácticas sexuales como el bareback sea un asunto de irresponsabilidad, transgresión, etc.

El sexo seguro, “saludable” o protegido moldea una forma de ser, pensar y actuar en relación con la propia sexualidad y la salud sexual, y para el caso del colectivo homosexual varonil esto se puede observar frente a la lucha contra el VIH-SIDA. Sin embargo, el colectivo LGBT+ en su lucha histórica por el respeto a sus derechos como personas y por la igualdad y equidad en oportunidades han retomado el sexo anal sin protección o bareback como una práctica de resistencia ante la imposición del uso del condón, y aunque este ha ayudado a enfrentar el problema de contagios de VIH-SIDA positivamente, el discurso sobre sexo seguro limita el desarrollo de la salud sexual y sexualidad en general de este colectivo.

A continuación en el primer subtema del presente capítulo desarrollamos ideas y argumentos en relación con el sexo seguro, protegido o “saludable” y cómo esta biopolítica representada en los mensajes de las campañas de prevención del VIH-SIDA, en relación con la sexualidad y las prácticas sexuales, ha limitado la salud sexual del colectivo gay, sin embargo reconocemos que la resistencia de este colectivo ante el control, las imposiciones y manipulación del cuerpo homosexual y sus deseos se ha expresado en el sexo anal sin protección o bareback siendo una práctica de resistencia ante la normatividad (*normalidad*) sexual.

En el siguiente subtema generamos una discusión en cuanto a cómo la repolitización de los mensajes de las campañas de prevención del VIH-SIDA se pueden retomar como una verdadera práctica democrática reflexiva, en donde no se limita al consenso y a la aceptación de una sola forma de pensar, ser, actuar, etc., sino que se mantienen en contaste reflexión para cambiar aspectos de la vida de manera positiva para cada uno de nosotros; y retomando las ideas de la propuesta de promoción de la salud emancipadora proponemos al bareback como una práctica de emancipación frente a los discursos normativos del sexo seguro, protegido o “saludable” haciendo del sujeto un sujeto saludable o auto-sujetado que desarrolla su propia salud sexual.

Para lo anterior en este capítulo retomamos las ideas desarrolladas por Chapela (2007; 2013), y a García (s.f.) expuestas en el marco teórico de esta investigación pero para ahondar más en el tema citamos autores como Ovando y Vásquez (2020), Lázaro (2014), Parrini y Amuchástegui (2009), entre otros quienes nos ayudaran a entender con sus argumentos como el sexo seguro se ha implementado como una biopolítica de control y manipulación de las personas gays en cuanto a su salud sexual y sexualidad en general. Finalmente, para una discusión más profunda en cuanto a retomar el bareback como acción política de promoción de la salud emancipadora y democrática reflexiva retomamos autores como Rodríguez y Cohelo (2012), Bonfil (2015) Granados (2016) y Di Leo (2009).

3.1 El sexo seguro como limitante de la salud sexual de los varones gays

ONUSIDA (1998) sostiene que las relaciones sexuales entre hombres muchas veces han sido y son condenadas por los dirigentes cívicos o religiosos y en ocasiones entendiéndolo como un delito por las leyes, con ello podemos reconocer que los varones gays son personas que históricamente han sido violentados, discriminados, prejuiciados y estigmatizados por sus comportamientos incluyendo los sexuales y que la pandemia del VIH-SIDA al colocarse en este grupo al inicio de su propagación contribuyo a esto generando así el nombramiento de esta como “epidemia rosa”, la “enfermedad de los maricas”, “el mal de los jotos”, etc.

En un inicio el discurso propagado por los medios de comunicación y algunas campañas de prevención del VIH-SIDA realizadas con base en el conocimiento biomédico

género que nuevamente se pusiera en discusión que tan “*normal*” podrían ser los comportamientos de los varones gays juzgados socialmente como negativos, Obando y Vásquez (2020) dan cuenta de esto mencionando que:

...se trata de personas que debido a la particularidad de cada uno de estos estigmas ya portaban un peso negativo -social y culturalmente construido-, que favoreció la cimentación de la culpa y el estigma. El cuerpo del SIDA vino a sumarse a una discriminación que ya los marcaba y que operaba en distintas prácticas sociales. (p.88)

Al quitarse como enfermedad, la homosexualidad se encaminaba a desarrollar fuerzas sociales para la defensa y exigencia de los derechos y oportunidades que se tienen como personas y varios de esos objetivos se lograron, sin embargo los avances obtenidos por los movimientos sociales de reconocimiento y liberación del colectivo gay se pusieron en duda social con la llegada del VIH-SIDA y el estigma generado en la sociedad por esta nueva infección repensando a la homosexualidad como una enfermedad, Lázaro (2014) menciona que el discurso clínico-médico de estigmatización socio-sexual de los homosexuales se reforzó por medio de los órganos de poder al relacionar el VIH-SIDA como cáncer propiamente homosexual, siendo la prensa nacional e internacional quien difundía esta nueva forma de estigma y prejuicio a estos individuos y el colectivo gay en general.

La investigación alrededor del VIH-SIDA en sus inicios no tenía los planteamientos que hoy reconocemos puesto que apenas se estaban desarrollando, sin embargo los pocos conocimientos biomédicos fueron propiciando un criterio social como lo mencionan Obando y Vásquez (2020) diciendo que la información entregada a la comunidad médica tenía como finalidad señalar cuestiones sobre el nuevo virus, y mientras tanto, los medios de comunicación producían información sobre el cuerpo que debía ser excluido por las marcas en consecuencia de sus conductas y que sin conocer la forma de contagio puede representar un peligro social por su forma no aceptada de vivir su sexualidad definida como rara al igual que la infección que el sujeto está viviendo.

Lázaro (2014) menciona que esta caracterización con base en la infección por VIH-SIDA se sumó al conjunto de prejuicios adhiriéndose como característica negativa a la

identidad cultural LGBT+ a nivel mundial pues desde entonces se les ha nombrado a este colectivo como “grupo de alto riesgo”, el mal llamado “cáncer rosa” se suma al conjunto de prejuicios y opiniones peyorativas de la comunidad LGBT+ generando que se les vea como una plaga de contagio en donde la vigilancia y el control de sus comportamientos sexuales será la mejor solución para evitar mayores contagios.

El discurso biomédico presentado ante la sociedad genera una opinión que al estar en consenso se convierte en una verdad temporal, en este caso las opiniones hacia el VIH-SIDA, los comportamientos sexuales y en general hacia los varones homosexuales han sido negativos por tanto existe esta misma connotación en torno a todo lo involucrado con la comunidad LGBT+, y aunque existan organizaciones civiles, no gubernamentales o incluso oficiales que tengan por objetivo eliminar prejuicios o estigmas, el discurso peyorativo sobre la comunidad LGBT+ tiene mayor peso en la sociedad en general. Obando y Vásquez (2020) dicen que hay una fuerza predominante del discurso biomédico en las opiniones o verdades sociales hegemónicas respecto al cuerpo con VIH-SIDA, empezando a operarse desde sus inicios y en su patologización lo que condujo a interpretarla de diversas y equivocadas maneras generando estereotipos y procesos de estigmatización que criminalizan a los sujetos afectados.

No se trata entonces de tener temor ante la posible infección, ya que la información nos ha servido para conocer su desarrollo y tratamiento, se trata entonces de la homofobia internalizada presente en la sociedad lo que genera que los comportamientos de los homosexuales sean vistos como raros y que por ende siempre tendrán cosas raras como la misma infección. “No se trata entonces sólo del temor a la transmisión del VIH, sino al *deseo homosexual* mismo que operaría por contagio” (Parrini y Amuchástegui, 2009, p. 878), es decir que a los homosexuales se les puede ver como vectores transmisores de esta infección y que el deseo de los –heterosexuales– por experimentar puede provocar que se infecten, no siendo culpables ellos sino por el contrario los mismos homosexuales al no protegerse. En palabras de Parrini y Amuchástegui (2009) las conductas desviadas son una amenaza para la institución (la heterosexualidad) dada su enfermedad infecciosa.

El SIDA por tanto es la infección de las personas que disfrutaban libremente de su sexualidad, plasmando esa libertad en las prácticas sexuales que han sido desvaloradas y

despreciadas por los dispositivos disciplinarios como lo mencionan Obando y Vásquez (2020) al decir que el SIDA es una infección de los homosexuales promiscuos en donde el riesgo solo es de ellos y no de la heterosexualidad, colocando a la homosexualidad en peligro de infectar e infectarse y por ende en constante vigilancia y control a través de herramientas de las instituciones de prevención de enfermedades y contagios. Y entonces “Al extender a todos los individuos sexualmente activos el concepto de población de riesgo, se vuelve imperativo el control de todos los cuerpos de dicho territorio” (Maira y Repetto, 2013, p.8)

ONUSIDA (1998) menciona que todas las campañas de prevención del VIH-SIDA deben de tener suministros de preservativos, lubricantes y las instrucciones para su correcto uso, y además fomentar alternativas en las relaciones sexuales como la no penetración, en comportamientos de alto riesgo, y generalizando estas medidas preventivas como sexo seguro o protegido. Sin embargo, se de-limitan las prácticas sexuales utilizando este criterio, ya que al no utilizar condón y permitir la penetración se corre el riesgo de infectarse o se transgrede lo biomédicamente correcto. Por esto Rodrigues y Coelho (2012) señalan que:

Esto implica que, a pesar de inversiones e intervenciones realizadas por profesionales de la salud, agencias gubernamentales, organizaciones no gubernamentales (ONG), activistas homosexuales, etc., para que la prevención sea adoptada efectivamente por todos los sectores de la población, estas prácticas muestran que los enfoques preventivos obtienen sólo resultados parciales y algo se les escapa. (p. 46)

La simplificación a la idea sexo seguro de los actos sexuales o de la salud sexual y la sexualidad en general no permite la adopción total de medidas preventivas que son impuestas como lo correcto, se trata pues de hegemonizar el uso del condón como la única alternativa que se tiene para disfrutar de la sexualidad por ser parte del grupo de riesgo nombrado homosexual, Rodrigues y Coelho (2012) dicen que en materia de prevención el uso del condón se convierte en la única forma eficaz de evitar infecciones y reducir la transmisión del virus, es decir se convierte en una norma generando así que la penetración

anal sin condón entre homosexuales se forje como tabú, reconociendo que antes del descubrimiento del VIH-SIDA no existía distinción entre el sexo anal con o sin condón.

El sexo seguro se ha impuesto como una norma en el colectivo homosexual y cualquiera que transgreda esta norma será reconocido como un mal, alguien incorrecto y/o enfermo, los discursos son los que promueven estas etiquetas con base en conocimientos biomédicos representados en las campañas de prevención como lo sustentan Rodrigues y Coelho (2012) al decir que las campañas de prevención no mencionan que para que ocurra una infección por VIH es necesario que uno de los participantes en la relación sexual este infectado sino que prevalece la idea de sexo seguro mediante el uso de condones como la única forma de prevención, lo que conlleva a entender que las prácticas sexuales de los homosexuales siempre estarán impregnadas por el virus y la infección.

Ahora bien, podemos rescatar que las campañas tienen un énfasis en brindar información dirigida a grupos específicos nombrados de riesgo, como lo pueden ser los homosexuales, y que es imperante la idea de sexo seguro con el uso de condones como la única manera de protegerse ante una infección, propia de este grupo, y aunque el uso del condón ha servido para frenar los contagios de VIH-SIDA, en el discurso de las campañas no se menciona que para que suceda la infección alguno debe de tenerla. Los discursos biomédicos, como lo mencionan Rodrigues y Coelho (2012), regulan la sexualidad, castigándola y conduciéndola a la muerte muy rápidamente diciendo que sin el uso del condón se puede infectar de VIH-SIDA; sin mencionar que el sexo no causa esta sino un virus, haciendo por tanto que cuando se habla de sexo sin condón entre heterosexuales se le nombre como sexo inseguro mientras que cuando se trata de relaciones homosexuales se le conozca como bareback añadiéndole cuestiones penales o patológicas.

El bareback ha sido una etiqueta impuesta al sexo anal sin condón ente varones homosexuales para mantener latente la idea de que sus prácticas sexuales son raras y riesgosas con el afán de controlar y manipular su cuerpo. Lo anterior se puede demostrar con los comentarios de los entrevistados sobre el término bareback aludiendo a lo siguiente:

“...la defino como la práctica sexual sin ningún método de protección, en específico un método de barrera... entonces se podría decir que las relaciones sexuales sin condón... principalmente sino estoy mal este tipo de terminología se da en la comunidad

LGBT.....debe de ser una terminología en inglés, como todo lo que se utiliza actualmente... cada quien es libre de decidir con su sexualidad lo que quiera hacer, es decir si ambas personas o un grupo de personas está de acuerdo en practicar relaciones sexuales sin condón es correcto mientras todos estén de acuerdo y no dañen a terceros está bien”. (Carlos, 27 años)

“...tener relaciones sexuales sin protección, tener relaciones a pelo cómo se dice... Pues es que es un término que empezó a usar la comunidad, al igual que chacales, maduros, osos y todo eso. Son como que términos que ya empezó a inventar la comunidad... En campañas yo no lo he visto que lo lleguen a sacar, yo siento que ese término nació más que nada por la comunidad que en campañas nunca he visto esa palabra... Yo siento que todo eso está mal porque pues a la primera hacerlo así pues es de no manches qué riesgos puede tener o que te puedes contagiar”. (Diego, 25 años)

“Pues es aquella, bueno, actividad sexual que se desarrolla sin condón... Bueno pues aquí depende también varios factores porque en primera pues sí lo vas a hacer con una persona que acabas de conocer o desconocida pues obvio tienes que estar consciente que debes de usar siempre ya sea el condón o cualquier otro tipo de método...ya si en su momento llegó, me llegó encontrar con alguien que obvio... bueno sea la primera o la última vez que lo voy a ver pues sí, sí este, sí usaría siempre condón”. (Oscar, 26 años)

“Sinceramente... no sé ni de donde venga la palabra, porque se le llama así, sé cuál es la definición, pues porque así lo conocemos más bien en el ambiente, pero sin embargo no sé por qué se conozca así...un momento de sexo sin razonamiento, sin seguridad y no sé algo así yo lo definiría...pues yo creo que, pienso pues está mal, considero que si está mal...”. (Nahur, 26 años)

“...después de, realmente que, si llega como un pensamiento de, ¿cómo te lo explico?, de qué estás en riesgo ¿no? porque a final de cuentas no tenemos conocimiento al 100% de la otra persona... al final de cuentas pues sí es muy riesgoso...”. (Ruperto, 25 años)

Simplemente podríamos decir que el bareback se configura en el imaginario como una palabra despectiva y diferenciadora de las prácticas sexuales de coito anal entre los homosexuales y los heterosexuales, pero que su divulgación y uso también está repleto de estigmas y prejuicios en relación con el VIH-SIDA por su connotación negativa referente al sexo seguro. Bonfil (2015) citando a Dean (2009) menciona que el bareback rechaza la

normatividad impuesta y asume la transgresión construyendo una subcultura entre la identidad y conducta reivindicando la fantasía aludiendo a que el discurso médico tiene como meta la cancelación de toda consideración sobre las fantasías, la intimidad e incluso el placer.

Según el análisis de los argumentos anteriores el bareback sale a luz cuando se hace una distinción no solamente de las prácticas sexuales “inseguras” sino en diferentes grupos de personas, por un lado los homosexuales propensos a infectarse e infectar a los demás y los heterosexuales por el otro quienes podrían sufrir las consecuencias de los “malos actos” de los homosexuales, pero el sexo a pelo, sexo sin condón, bareback o simplemente la penetración anal homosexual no tendría por qué ser connotada con etiquetas como estas pues simplemente se trata de vivir el placer de la sexualidad y el desarrollo de la salud sexual.

Sin embargo Rodrigues y Coelho, (2012) mencionan que los discursos tratan de asociar el sexo a pelo con la homosexualidad entrando en categoría de pánico moral, es decir se trata de estigmatizar el sexo anal entre homosexuales, no porque sea una práctica exclusiva de ellos, sino porque es su orientación sexual la que enmarca el mal comportamiento y según los mismos autores esto genera que el análisis de la conducta, los biotipos y su patologización categoricen las prácticas homosexuales y a sus practicantes como *anormales* o en otras palabras se establece la homosexualización patológica al sexo sin condón.

A lo que vamos con esto es que el bareback solo ha sido utilizado como una etiqueta para asociar comportamientos “inadecuados” exclusivos de varones gays en relación con practicar sexo sin condón y que no se ha tenido la profundidad suficiente para comprender el término y su práctica, como lo comentan los varones gays entrevistados al mencionar lo siguiente:

“...no está bien abordado porque simple y sencillamente cuando las campañas te dicen mantener relaciones sexuales con hombres no te dicen en ningún momento practicar relaciones sexuales sin condón con hombres...” (Carlos, 27 años)

“...no es un tema que se puede hablar explícitamente con letreros, anuncios, en comerciales, o sea es como un tema muy de cuidado ...” (Nahur, 26 años)

“...más bien ese término por lo regular no lo ocupan o sea las campañas, las campañas ocupan por lo regular la penetración anal o sexo anal pero no ocupan ese término... es como te digo yo como tal no la había escuchado mucho más bien tiene poco que lo llegué a escuchar.” (Oscar, 26 años)

“...no se tiene conocimiento de esta práctica como tal, ¿por qué? porque como lo mencionábamos... si dices sexo anal lo único... si escuchan esa palabra seguramente están hablando de homosexualidad... siento que esto se debe de explicar desde... que tiene uno conocimiento... de la salud sexual que es secundaria-preparatoria pues todo esto se debe de tocar ¿para qué? pues para evitar etiquetas posteriormente y... no juzgar a únicamente a cierto grupo de personas.” (Ruperto, 25 años)

Empero, este grupo de personas y especialmente los que se definen como practicantes de bareback tienen sus propias formas de autoprotección de contagios sin necesidad de que alguien más les haga implementarlas, y tal vez no tengan valoración científica biomédica pero sí merecen el reconocimiento que no se les ha brindado, Granados (2016) menciona una de ellas diciendo que aunque pareciera que en esta práctica no hay precaución alguna en su estudio se reconoció que eyacular fuera del ano podría disminuir el riesgo de contraer VIH-SIDA y por otra parte Rodríguez y Coelho (2012) dicen que algunas personas tienen comportamientos sexuales en razones que ellos juzgan como racionales buscando así reducir el daño como pueden ser comprobar el estado serológico de las parejas potenciales, los tipos de posiciones (activo o pasivo) en las relaciones sexuales sin condón, etc.

Al final se entiende que la práctica de penetración anal sin condón tiene sus prejuicios y tabús, pero en el caso de los homosexuales estos son mayores no por la práctica en sí sino por el tipo de persona que lo está realizando, separándolo incluso en el mismo discurso aludiendo a la palabra bareback para definirlo. Los practicantes tratan de vivir su sexualidad de manera libre tanto corporalmente como para des-subjetivarse de lo que se entiende como sexo “saludable”, seguro o protegido unificando las acciones de prevención de contagios al uso del condón y omitiendo acciones específicas que este grupo puede

reconocer e implementar para su propio cuidado y prevención de contagios limitando al mismo tiempo su propia salud sexual.

3.2 La repolitización del bareback como acción emancipadora de promoción de la salud

Los discursos de las instituciones oficiales de salud representados por los materiales de las campañas de prevención de enfermedad en relación con el VIH-SIDA, han moldeado una forma de ser, pensar, actuar, imaginar, etcétera en cada uno de nosotros y en especial en los varones homosexuales con respecto a sus comportamientos sexuales y limitando así el desarrollo de su salud sexual por medio de lo que hoy conocemos como sexo “saludable”, seguro o protegido.

Estos discursos representados como biopolíticas en la sexualidad son pensados en razón de mantener la hegemonía de la biomedicina y el control de los cuerpos mediante la imposición subjetiva de la idea de lo *normal* o la *normalización* y lo esperado o lo consensuado en sociedad como lo correcto. Sin embargo existen diversos colectivos que han estado resistiendo históricamente a estas “disposiciones” (imposiciones), luchando por sus derechos y por sus proyectos imaginados, haciéndole frente a las ideas impositivas de lo *normal* como es el colectivo LGBTQ+ quien por ser *-diverso y contradictorio-* ha sido colocado en un discurso de discriminación lleno de prejuicios y estereotipos que han aunado a la criminalización de los varones gays en razón de pensarlos como los transmisores de una infección crónica que es el SIDA.

Las instituciones oficiales de salud han promovido prácticas de sexo seguro limitando la salud sexual a la prevención de enfermedades o infecciones, como lo es con el VIH-SIDA, y por ende las acciones de promoción de la salud en el discurso biomédico tradicional se han reducido a promover el uso del condón como el único método eficaz para prevenir esta infección, acción que ha ayudado a contrarrestar el problema de contagios a lo largo de la historia sin embargo los contagios del virus del VIH se siguen presentado aún con la promoción del uso del condón.

El bareback o sexo sin condón al ser una práctica de resistencia en oposición a la imposición del uso del condón mantiene la idea de *rareza, anormalidad o enfermedad* que

se les ha adjudicado al colectivo gay desde el ámbito biomédico y aunado a que la salud pública con sus indicadores promueve la idea de que los casos por VIH-SIDA aumentan por este tipo de prácticas, el bareback se ha convertido en un término despectivo en la salud sexual del colectivo gay.

Lo anteriormente descrito proviene desde el ámbito y contexto biomédico hegemónico, sin embargo desde una mirada de promoción de la salud más crítica como la presentada por la Dra. Chapela (2013) en su texto de *Promoción de la salud y emancipación* con su propuesta de promoción de la salud emancipadora, el abordaje del término y la práctica cambia ya que se trata de generar la reflexión en torno al suceso y así promover, reconocer y desarrollar las capacidades que el colectivo, en este caso homosexual varonil, tiene para alcanzar sus proyectos imaginados o lo que es lo mismo desarrollar su salud y en específico su salud sexual. Se trata pues de poner a disposición las llamas biopolíticas para que estas se repoliticen, se pongan en discusión o se reflexionen para generar un cambio más que una homogeneidad.

Di Leo (2009) con base en los argumentos de Jensen (1997) realiza una división paradigmática sobre la biopolítica en relación a las actividades de Educación para la salud (EpS) y Promoción de la salud (PS); los paradigmas que proponen son el moralista y el democrático que a continuación se presentaran.

1. Paradigma moralista

El paradigma moralista en relación a las actividades de EpS y PS tiene un acercamiento a las cuestiones monopolizadas de estas áreas, es decir dentro de este paradigma encontramos el consenso y una única forma de entender y atender los problemas del cuerpo y la prevención de enfermedades no permitiendo el desarrollo personal de cada individuo de la sociedad.

Se dice que este paradigma tiene cierta hegemonía frente a otras formas de subjetividad puesto que son acciones que se implementan desde las instituciones y los dispositivos gubernamentales, Di Leo (2009) sostiene que:

Desde el hegemónico *paradigma moralista* se contribuye a la reproducción de concepciones reificadas de las instituciones y las identidades, contribuyendo a la despolitización de las normas y saberes en torno a la salud y, en general, a la naturalización de las actuales condiciones económico-sociales de desigualdad y/o exclusión de muchos jóvenes en el acceso al derecho a la subjetividad. (p. 379)

La especialización de la medicina en el área de prevención de contagios, enfermedades y problemas del cuerpo genera conocimiento unívoco. Por ejemplo, mediante la genética conocemos cada uno de los genes que conforman a la persona, y aunque haya algunos que diferencien a cada uno de nosotros, en su mayoría tienden a ser iguales, por lo que cada vez se hace menos discutible las acciones que se presenten en el cuerpo, generando mayor finitud en los argumentos y la subjetividad de cada uno de nosotros.

Si los estudios de la biomedicina generan un conocimiento unánime en cuanto a las cuestiones de prevención de enfermedades, contagios y problemas del cuerpo, definidos también desde los dispositivos disciplinarios, las actividades y acciones de EpS y PS desde esta índole serán enfocadas con base en esto, Di Leo (2009) lo sustenta diciendo que en el paradigma moralista las biopolíticas de PS y prevención de enfermedades se subordinan a normas técnicas que son validadas por el saber y poder biomédico hegemónico haciendo una contribución al empobrecimiento y la *cosificación* de cada uno de nosotros y de nuestra subjetividad.

2. Paradigma democrático

El paradigma democrático, al contrario del paradigma moralista, alude a una PS y EpS más holística, en donde hay un desarrollo más amplio de las acciones politizándolas (de política), es decir se trata de reflexionar en torno a lo que se observa en el mundo y la relación del cuerpo con este, permitiendo la creación y recreación de subjetividades que no necesariamente tienden a ser únicas. Se trata de evitar el monopolio y la hegemonía de un solo pensar y permitir la discusión-reflexión de los diferentes entramados de la vida.

Por lo tanto, se permite la participación más profunda de las personas, no etiquetándolas como pacientes (de paciencia) sino como una persona activa en su propia vida y subjetivación. Di Leo (2009) menciona que este paradigma se posiciona en un proceso que

es necesariamente teórico, práctico, filosófico y político desplazando los sentidos que en la actualidad son hegemónicos hacia una (re)conceptualización de la subjetividad como proceso dialéctico y abierto de identificación del sí mismo con los otros que también es político y nunca cerrado, son los sujetos y colectivos quienes se van apropiando reflexivamente de los saberes que necesitan y resignifican y/o transforman sus condiciones objetivas y subjetivas de la vida.

Desde este paradigma no se trata de manipular, establecer o reemplazar la subjetividad de las personas y colectivos a manera de tener solamente una visión en cuanto a las acciones que se pueden realizar en EpS y PS, sino que se da en un contexto de reflexión dialéctica abierta donde se encuentra en constante cambio producido por las significaciones personales en relación con su mundo y los saberes que se tienen y resignifican para las acciones tanto de EpS como de PS.

Como se puede observar los paradigmas planteados son dos polos diferentes, por un lado el paradigma moralista coloca la institucionalidad, sus elementos y componentes como el principal actor creador de subjetividad y saber hegemónico representado por la medicina occidental que en acciones de Promoción de la salud y Educación para la salud proponen *cosificar* el cuerpo de las personas interviniendo de manera especializada y generando una única forma de subjetividad con base en esos saberes biopolíticos hegemónicos.

Por otro lado, tenemos el paradigma democrático en donde se pone a relieve la repolitización de las biopolíticas, es decir la discusión-reflexión-resignificación de estas y de las acciones de EpS y PS para generar libertad de subjetividades (emancipación) que puedan fomentar el desarrollo de las capacidades humanas en relación con su propio mundo y el entramado con su cuerpo desde una mirada más holística por medio del trato como una persona activa y no como un paciente.

El paradigma democrático reconoce de forma más holística al sujeto y la colectividad como un agente de acción, cambio y reflexión con base en sus procesos de subjetivación continua resignificando su entorno y sus vivencias, es decir sus saberes, Di Leo (2009) menciona que se establece una ruptura en cuanto a concepciones individualistas de acciones de EpS y PS reflejadas solo desde la adquisición de información y cambios de

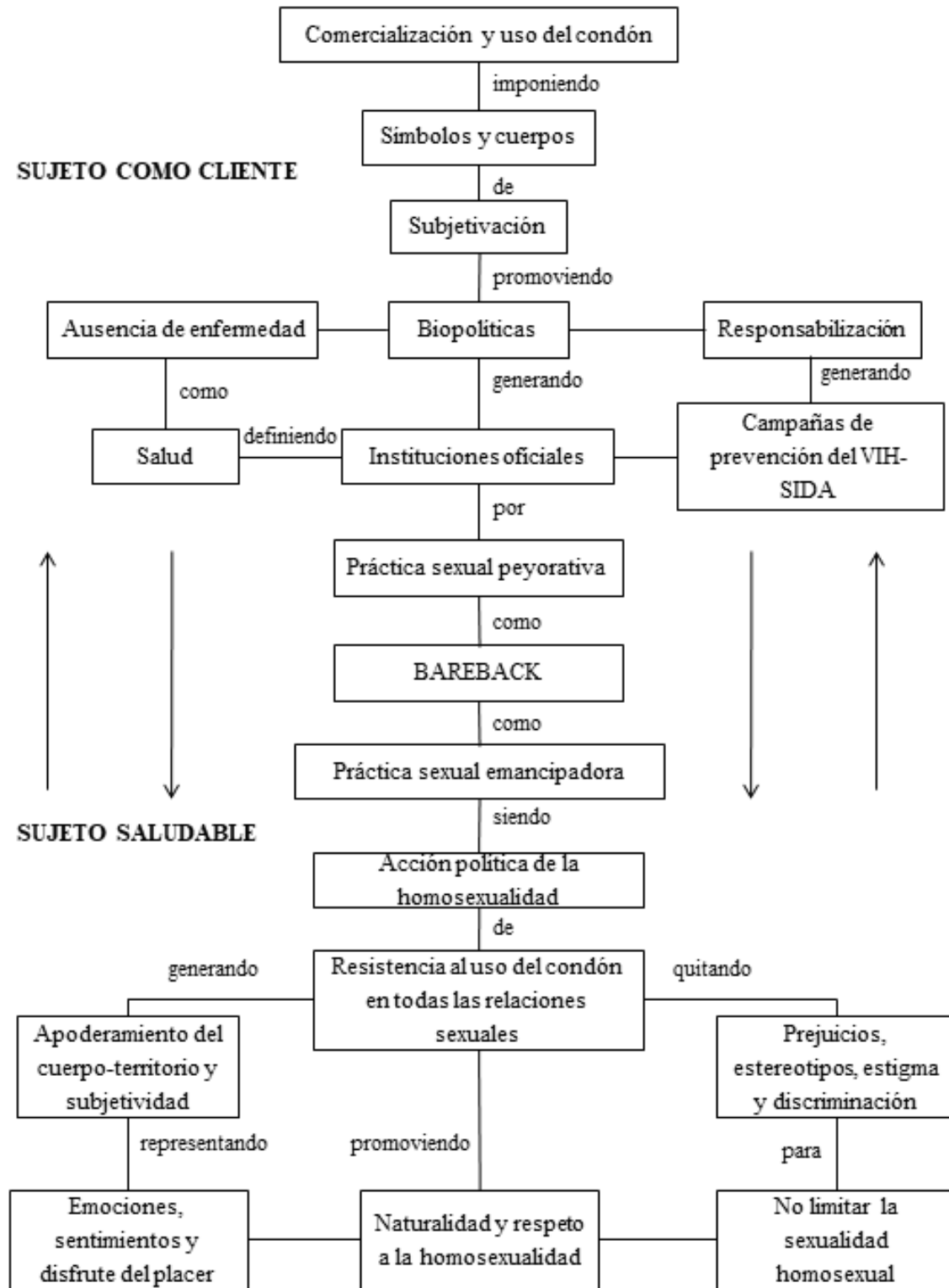
comportamientos o estilos de vida siendo evidente la importancia fundamental que tienen los diferentes dispositivos en la constitución de identidad colectiva e individual y por ende en la promoción de subjetividades democráticas, reflexivas y críticas en relación consigo mismo, con los otros y sus condiciones sociopolíticas de vida.

Una vez señaladas las diferencias entre el paradigma moralista y democrático de las biopolíticas nos enfocamos en el argumento del paradigma democrático porque es congruente con los argumentos teóricos expuestos por la Dra. María del Consuelo Chapela en cuanto a su propuesta de promoción de la salud emancipadora y del sujeto saludable. La Dra. Chapela (2007; 2013) reconoce al sujeto saludable como un sujeto autosujeto, ético, crítico, reflexivo y capaz en busca siempre del ejercicio de su poder, dando contenido y significado a las cuestiones de su propia vida a manera de construir *noema* y *noesis*, es decir reflexión-acción-reflexión en forma de espiral ascendente para el desarrollo de sus proyectos y que estos se vean reflejados en sus cuerpos siendo favorables para el desarrollo de su salud, y el paradigma democrático de las biopolíticas de las acciones de PS y EpS defiende la idea del derecho a una subjetividad propia que ayude a entender/atender los entramados de la vida y sus significados repolitizando las biopolíticas en lugar de solo aceptarlas.

Por ende, tomando las campañas de prevención del VIH-SIDA como biopolíticas de control a través de la imposición de la idea de sexo seguro y de subjetivación unánime, y utilizando en congruencia con los argumentos de la promoción de la salud emancipadora y el sujeto saludable el paradigma democrático de las biopolíticas en las actividades de PS y EpS, se ponen a disposición de acción repolitizante estas campañas de prevención y se retoma el bareback como una acción emancipadora, crítica y política de resistencia.

A continuación, considerando como referencia el diagrama 2.2 del texto *Promoción de la salud y emancipación* de la Dra. María del Consuelo Chapela y para sintetizar la información anteriormente descrita proponemos el siguiente diagrama de título Concepción del sujeto saludable para la práctica de bareback de hombres gays (ver figura 1).

Figura 1. Concepción del sujeto saludable para la práctica de bareback de hombres gays.



Fuente: Elaboración propia a partir del diagrama 2.2. Concepción de sujeto saludable de Chapela (2013).

Por tanto, las biopolíticas ya no son impuestas sino por el contrario son puestas a disposición para la existencia de una discusión-reflexión-acción alrededor de estas creando significación y apropiación reflexiva de saberes que generen subjetividades y resignificación constante en las personas y los colectivos ayudando en el desarrollo de la vida y las capacidades de las personas para imaginar y alcanzar futuros deseados. Di Leo (2009) menciona que “desde el paradigma democrático se abre la posibilidad a una *repolitización de las biopolíticas* en los campos de la salud y la educación, redefiniéndolas como *prácticas de libertad* que, según Arendt, solo pueden emerger en un *espacio público*.” (p. 386)

Promoviendo una forma más crítica y democrática de hacer promoción de la salud retomamos el bareback como una acción emancipadora de los discursos hegemónicos de la biomedicina en relación con la salud sexual del colectivo varonil homosexual y en su caso repolitizamos las biopolíticas en cuanto al sexo seguro con la imposición del uso del condón como único método para evitar el VIH-SIDA ya que aunque este método de barrera ha ayudado para mitigar contagios estos se siguen presentando aún con la promoción de este.

Desde esta mirada el bareback no trata de propagar el virus o la infección sino simplemente de disfrutar de manera libre, al igual que los heterosexuales, de la sexualidad homosexual que ha sido fuertemente estigmatizada; entonces se trata de liberarse de los discursos normativos que no permiten el desarrollo personal de cada uno de los individuos y el grupo homosexual en general, como hace alusión Granados (2016) al decir que, el contradecir o ignorar la normatividad sexual, entendida como el conjunto de proposiciones y prescripciones de determinantes de las prácticas desde el mandato social, supone la liberación del sujeto, en este sentido el bareback no sólo implica una mayor satisfacción del deseo sexual sino una liberación de un discurso fuertemente normativo sobre el uso del cuerpo para el placer sexual, como es el caso del discurso médico frente a las conductas sexuales “saludables” desde la existencia del SIDA con el uso del condón.

Por tanto, el bareback puede ser retomado como una práctica sexual política-emancipadora que libera el cuerpo de los varones homosexuales del discurso biomédico *normativo* en relación con la imposición de conductas sexuales de prevención de

enfermedad y la clasificación peyorativa de prácticas sexuales entre homosexuales y heterosexuales. Recordando las ideas planteadas en el marco teórico por García (s.f.) y Chapela (2013) en razón de que el promotor de la salud no emancipa sino que genera condiciones para que la otra persona tome conciencia de los discursos de dominación corporal que influyen en la formulación de sus proyectos; el poner a discusión y dialogar la (a)normalidad del bareback con el grupo de varones gays entrevistados se puede retomar como una acción de promoción de la salud emancipadora obteniendo como resultado los siguientes argumentos:

“...considero que es lo mismo porque se refiere a la práctica sexual de hacerlo sin condón simple y sencillamente no define a un grupo en específico, se debería de llamar igual, pero creo que se le ha acuñado, o sea apropiado más a la comunidad LGBT”. (Carlos, 27 años)

“...lo defino como algo rico, pero pues no con cualquiera jajajaja... es que es rico cuando tienes a una persona estable o sea y lo disfrutas pues no se de una manera muy bien...no sé, no sabría yo por que se denomina así, pero pues es rico jajaja... es normal o sea yo lo conozco como sexo anal y ya no sé qué otro nombre se podría definir y ni siquiera sé de dónde salió el bareback, pero pues si es sexo anal.” (Fernando, 24 años)

“...si es tu pareja... en este caso pues no le veo como que mucha importancia porque pues ya como tal ya tienen relaciones de varios tiempos... bueno se siente otro tipo de, ¿cómo te podré decir? se siente diferente al momento de estar en el acto sexual...es prácticamente lo mismo independientemente, pues lo que hace el hombre hacia la mujer es introducir su pene hacia lo que es el ano de la mujer. Pues yo nada más lo llamaría sexo anal o sea no tiene como tal otro término.” (Oscar, 26 años)

“...siento que más que nada fue como qué un acto de confianza con tu pareja más que otra cosa”. (Diego, 25 años)

“...yo creo que es como un placer, yo creo que es como algo que todos conocemos lo que es, y pues el fin es como el placer y ya...creo que podría ser incluso la misma palabra para no estar como etiquetando a heterosexuales con comunidad gay.” (Nahur, 26 años)

“...más que nada es un estereotipo, es como que una clasificación para decirte directamente a lo que vas, por lo que yo veo... debería ser como que normal, sexo anal directamente tanto para heterosexuales como homosexuales... porque simplemente es algo

que es placentero, si placentero y pues es sexo, es sexualidad ante cada persona y ante ti mismo...una parte está bien porque pues es algo que es natural...en ese momento pues lo sentí bien...” (Juan, 24 años)

“...realmente pues lo desconozco en sí porque precisamente se vincule únicamente... a la homosexualidad cuando en sí... el término es pues tener sexo sin protección... podría ser tal vez por la ideología de la gente ¿no? que normalmente la homosexualidad la tachan como que es la más perversa y la más este, no sé cómo te lo diré... es como etiquetas y realmente no necesitamos una etiqueta como tal, bueno actualmente estamos muy acostumbrados a utilizar etiquetas para todo que sí gay, que sí bisexual, que sí heterosexual, que no sé hay muchas etiquetas para todo, para infinidad de cosas no únicamente hablando de sexualidad pero bueno en mi punto de vista no habría porque ponerle como tal un nombre o algo así...estando emocionalmente en ese momento pues se te es como muy placentero...” (Ruperto, 25 años)

La práctica del bareback en el discurso oficial y hegemónico de la salud pública lo coloca como una de las principales acciones de los homosexuales que genera el acumulo de casos de infección por VIH-SIDA y que además lo cataloga como inadecuado, responsabilizando a las personas por su mal comportamiento, como lo menciona Rodrigues y Coelho (2012) citando a De Paula (2010) aludiendo a que en la práctica de bareback, considerada como práctica de alto riesgo, se da por sentada la posibilidad de infección por VIH, convirtiendo a sus practicantes en personas irresponsables y/o criminales, sujeto a diagnóstico, clasificaciones e intervenciones resultado de los discursos *verdaderos*, y es en este contexto que el uso de condones para evitar la muerte por SIDA se convirtió en regla para mantenerse alejado del virus y mantener la disciplina.

Sin embargo, el bareback se puede entender, y debería entenderse, como una práctica natural como lo sugiere Bonfil (2015) citando a Dean (2009) diciendo que:

En realidad, sugiere Dean, la conducta no es tan anómala o infrecuente como pudiera pensarse, pues la gran mayoría de la población practica el *bareback* al no sentirse realmente en riesgo epidemiológico, y dicha práctica sólo se estigmatiza cuando surge en una comunidad gay considerada de alto riesgo. (p.7)

Entonces en la lucha por sus derechos, por el desarrollo de sus capacidades, el reconocimiento de su identidad, entre otras acciones de salud del colectivo LGBT+, y de los varones homosexuales en particular, se retoma el bareback como una acción política emancipadora del discurso controlador y manipulador de los dispositivos disciplinarios que en forma de resistencia alude a una persona ética y capaz que lucha por la igualdad y la equidad en oportunidades siendo llamado sujeto saludable. Saliendo fuera del discurso relacionado con el VIH-SIDA como lo muestran las campañas de prevención, el bareback no es una práctica negativa, irresponsable, rara, etcétera sino el desarrollo de la salud sexual de los varones homosexuales.

Por ende en esta tesis (a partir de la información recabada) reconocemos que el bareback es una práctica apoderante y emancipadora de las inscripciones en los cuerpos de los hombres gays dadas por las biopolíticas representadas en las campañas de prevención del VIH-SIDA en relación con el sexo seguro, “saludable” o protegido, en donde participa tanto materia (cuerpo) como la propia subjetividad conllevando a la idea de un sujeto-autosujeto o saludable y así generando una verdadera promoción de la salud crítica más que solamente prevenir enfermedades. El bareback por tanto debe de ser reconocido como natural y/o *normal* para el desarrollo de la salud sexual gay como lo refieren los varones gays entrevistados:

“Salud sexual, pues para mi es conocimiento hacia a mí mismo de lo que me gusta y no me gusta.... es una, saber lo que uno posee, lo que tiene, lo que le gusta, lo que siente, que no siente ... que se hable bien en el sentido de lo que es, o sea primero a lo mejor sabemos que tiene varios términos de que un ejemplo el bareback... solamente dejarlo definido lo que es ... explicarlo de manera natural porque a veces ahorita mucha gente, pues la verdad la sexualidad y el sexo es normal, y muchos todavía lo siguen tomando como muy íntimamente, o a lo mejor sí está íntimamente pues... en dos personas, pero es una información que todos debemos de tener conocimiento.” (Juan, 24 años)

“...una posible campaña de información enfocada en explicar lo que es el bareback... o sea lejos de que se enfoque en el condón como hasta ahora hacen que se enfoquen hacia explicar lo que se refiere tener relaciones sexuales a pelo vulgarmente dicho en México... sería una buena opción explicar a la sociedad, a las personas a qué se refiere esto, qué no

sea un término extraño porque considero que muchas personas, no consideran o no conocen la terminología.” (Carlos, 27 años)

“...bueno para que sea abordado de la forma adecuada había que dar a conocer que en primera no es una... sola práctica de homosexuales como se tiene etiquetado...retomar los elementos básicos que se han presentado hasta ahorita y diría que bueno sí desde las escuelas, que sería secundaria, pues dar a conocer estos temas naturalmente pues ya se vienen dando, pero también para abrir más la mente de las personas...” (Ruperto, 25 años)

3.3 A manera de resumen

Al inicio de este capítulo se hizo alusión a como los avances obtenidos por el colectivo gay en el ejercicio de sus derechos se fueron limitando con la llegada del VIH-SIDA ya que la información promovida desde el ámbito biomédico en sus inicios generó pánico social colocando a la homosexualidad varonil en un discurso peyorativo de prejuicios y estigmas. Abordamos el bareback presentando argumentos que permiten identificar como las relaciones sexuales de los gays son controladas y vigiladas con la idea de sexo seguro contribuyendo al mantenimiento del estigma, prejuicio, violencia y discriminación con base en la infección del VIH-SIDA.

La salud pública retoma el sexo seguro para imponer ideales subjetivamente, es decir impone el uso del condón como el único método de protección frente al VIH-SIDA y así reduce la salud sexual a la prevención de la infección, sin embargo, el colectivo LGBT+ ha estado resistiendo históricamente ante los discursos impositivos y manipuladores de las instituciones oficiales de salud generando así prácticas de resistencia que generan identidad y promueven sus capacidades como lo es el bareback.

Posteriormente se distinguieron dos paradigmas en relación a las acciones de Educación para la salud y Promoción de la salud: el moralista y el democrático. Las ideas planteadas en el paradigma democrático de promoción de la salud son congruentes con los argumentos de la Dra. Chapela en cuanto a la promoción de la salud emancipadora y por ello realizamos una argumentación sobre la repolitización de las campañas de prevención del VIH-SIDA o biopolíticas y de como el bareback puede ser una práctica emancipadora de

promoción de la salud por medio de la reflexión-acción-reflexión de los varones homosexuales como sujetos saludables en cuanto a este tema.

En conclusión, podemos decir que las campañas de prevención del VIH-SIDA como biopolíticas sientan su base en el discurso biomédico promoviendo la idea de sexo seguro, protegido o “saludable” haciendo hegemónico el uso del condón como la única práctica protectora frente a el VIH-SIDA y aludiendo a otras, como el bareback, como una conducta inadecuada.

El uso del término bareback desde la biomedicina da por sentada la posible infección por VIH, pero recordamos que para que se dé esta alguno de los dos participantes deben de estar infectados, por tanto la práctica de sexo sin condón no necesariamente conlleva a la infección por VIH-SIDA, más bien se trata de una liberación de la sexualidad homosexual de los discursos normativos (emancipación sexual) que no permiten el desarrollo personal y colectivo, es decir que no permiten el desarrollo de la capacidad de imaginar y lograr proyectos propios, no se trata de una transgresión como lo permiten entender los discursos biomédicos que tratan de imponer de manera subjetiva esto generando así el llamado cuerpo del SIDA, sino más bien se trata de una práctica apoderante de promoción de la salud.

Reconocemos que los practicantes de bareback tienen acciones propias en relación con la protección de contagios de VIH-SIDA durante las prácticas sexuales nombradas de “alto riesgo” como por ejemplo comprobar el estado serológico de la pareja, los tipos de posición (pasivo o activo) y eyacular fuera del recto, sin embargo por ser acciones específicas de los homosexuales y que no cuentan con una valoración positiva biomédica no son presentados ni reconocidos en las campañas de prevención de la infección, además de que nuevamente se reconoce la práctica de sexo sin condón como moralmente inadecuado, irresponsable, raro o *anormal*.

Para finalizar es necesario destacar que el bareback es una práctica de emancipación del discurso biomédico manipulador y controlador de la sexualidad y salud sexual homosexual mediante el uso del condón en toda relación sexual anal, aunque reconocemos que su uso ha mitigado los contagios. Sin embargo el reflexionar en cuanto a la (*a*)normalidad del

bareback lleva implícita una acción de promoción de la salud de manera crítica y holística, entendiendo a la salud no como la ausencia de la enfermedad o infección sino como las capacidades que tienen las personas para imaginar y realizar sus proyectos deseados, y al sujeto no como un paciente en espera de ser atendido sino como un sujeto auto-sujetado capaz y ético en cuanto a sus conocimientos y saberes que pone a reflexión cada uno de estos para transformar su vida diaria a su favor.

CONCLUSIONES GENERALES

Para concluir la presente tesis consideramos que el objetivo general de esta investigación fue conocer desde la promoción de la salud emancipadora las diversas maneras en las que se manifiesta la subjetividad en torno a las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón que tienen un grupo de hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y Zona Metropolitana que han practicado bareback, para ello en un principio realizamos un análisis teórico tomando como principales ejes de investigación la promoción de la salud emancipadora y las biopolíticas.

Rescatamos que la salud puede ser entendida de manera más crítica y holística como la capacidad humana de imaginar y alcanzar proyectos, y que bajo este hecho el problema de salud no hace referencia a la enfermedad sino a la limitación de las capacidades; por ende, un sujeto ético, capaz y autónomo que desarrolla sus proyectos puede ser nombrado como sujeto saludable. La promoción de la salud emancipadora no emancipa a los sujetos sino genera procesos de reflexión-acción-reflexión para que los individuos y colectivos puedan liberarse de connotaciones inscritas en sus cuerpos-territorios que limitan su salud.

Sin embargo, un problema con el que nos pudimos enfrentar al realizar la investigación es que el concepto de salud que tiene la mayoría de los varones homosexuales entrevistados tiene que ver con la ausencia de la enfermedad siendo la respuesta más mencionada limitando el diálogo entablado y sus respuestas al ámbito biológico, es decir de alguna manera las respuestas otorgadas por ellos eran bastante predecibles. Por lo anteriormente descrito encontramos la necesidad de desarrollar actividades que permitan poner a discusión y reflexión que tanto nos sirve o limita el concepto de salud que tengamos para poder desarrollar nuestros objetivos de la vida diaria con base en nuestros propios intereses.

En este orden de ideas se presentan las biopolíticas como limitantes del desarrollo de las capacidades humanas. Las biopolíticas son la representación sutil del biopoder, es decir el poder que tienen las instituciones oficiales sobre aspectos de nuestra vida y que se les ha dado a partir del desarrollo de la ciencia biológica y biomédica promoviendo un consenso sociocultural de lo que se debe ser, hacer, pensar y creer en un momento y lugar

determinado, en otras palabras se encarga de *normalizar* (de *normas*) pensamientos y comportamientos mediante acciones consensadas socialmente o lo que es lo mismo subjetivar en una sola razón institucional disciplinaria a los individuos y colectivos.

Ahora bien las campañas actuales de prevención del VIH-SIDA y uso del condón como biopolíticas han promovido el cambio de hábitos propiciando el establecimiento de ideas de comportamientos *normativos* en la sexualidad, y especialmente en los varones gays por ser etiquetados como un “grupo de riesgo”, haciendo que sus prácticas sexuales como el bareback sean reconocidas peyorativamente ante la idea de sexo seguro a modo que las expresiones hacia el colectivo varonil homosexual sean de prejuicios y discriminación que incitan a la homofobia.

Desde la perspectiva anterior podemos mencionar que el aspecto de *normalizar* las propuestas, acciones y argumentos de las instituciones o dispositivos disciplinarios como un régimen de verdad repercutió en las respuestas otorgadas por los entrevistados, por ejemplo al discutir y reflexionar en torno a las propuestas de prevención de contagios la mayoría se encaminaban a mencionar el uso del condón o realizarse pruebas de sangre no obstante aunque estas acciones han ayudado a mitigar los contagios de VIH proponemos que se tiene que profundizar en el tema de reconocer y promover otras técnicas de protección ante la infección del VIH-SIDA.

Por lo anteriormente expuesto, la subjetividad de un grupo de hombres gays que practican bareback está determinada a lo que las instituciones oficiales de salud promueven como comportamientos “sanos” haciendo que sus prácticas sexuales sean perjudicadas negativamente ante la idea de sexo seguro que se inscribe en el cuerpo y mente de los varones homosexuales y que al mismo tiempo limitan el desarrollo de la salud sexual de este colectivo. Una dificultad con la que nos encontramos al ir discutiendo asuntos relacionados con el bareback es que por un lado los entrevistados sentían cierta timidez, tal vez por ser un tema tabú, por tanto, nos hizo falta trabajar este tema, tal vez en un taller, pero invitamos a que posteriores investigaciones trabajen durante más tiempo el tema del bareback para que sea tratado como un tema natural.

Por otro lado al repolitizar el bareback se presentó un dilema puesto que por un momento los varones homosexuales entrevistados encontraban que este se podría entender como una práctica que no necesariamente conlleva el contagio del VIH-SIDA sino que tiene que ver con otras cosas como el placer, las emociones o el propio desarrollo de su sexualidad pero por otro lado al cuestionarlos sobre sus pensamientos entorno a la misma práctica comentaban que tenía cierto grado de irresponsabilidad o que preferían alinearse al uso del condón haciendo alusión a que el practicar bareback puede ser peligroso. Desde nuestro punto de vista nos faltó seguir trabajando aún más en el abordaje de esta práctica sexual en razón de responder a prejuicios sociales como acción de promoción de la salud, por lo que invitamos a realizar más investigaciones e intervenciones sobre este tema.

Finalmente podemos comentar que se dio respuesta a la pregunta de investigación y cumplimiento a los objetivos específicos planteados en la presente tesis. Pero para profundizar más en los resultados obtenidos, a continuación, detallaremos éstos acorde a cada uno de los objetivos específicos y propondremos algunas recomendaciones para llevar a cabo acciones prácticas y de desarrollo teórico en relación con lo encontrado en la presente tesis.

Análisis de resultados específicos

El primer objetivo específico fue indagar la percepción y la valorización personal sobre las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón de un grupo de hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y Zona Metropolitana que han practicado bareback y cómo éstas han impactado en el control de su salud sexual.

Con el desarrollo de la presente tesis lo que se pudo apreciar es que las campañas de prevención del VIH-SIDA funcionan como biopolíticas sobre la salud sexual de los varones homosexuales porque como lo mencionan los entrevistados generan la idea de una responsabilización frente a sus comportamientos sexuales por medio de la información presentada y al mismo tiempo promueven la idea de autocuidado con el uso del condón haciendo de este el método más eficaz y común. Ahora bien, al analizar algunos materiales de las campañas de prevención del VIH-SIDA de CENSIDA y Corporativo Cabaretito los consideramos como biopolíticas porque en ellos muestran cómo la población de hombres

gays son más susceptibles a la infección y enfermedad por medio de los discursos simbólicos allí presentes, es decir tanto texto, color e imágenes.

Por lo tanto a partir de los datos arrojados en las entrevistas junto con el análisis de los materiales de las campañas de prevención del VIH-SIDA se concluye que se tratan de biopolíticas que construyen una subjetividad específica en razón de no contagiarse de esta infección mediante la práctica de sexo seguro con el uso del condón, moldeando y vulnerando un cuerpo en razón de mantener la vigilancia y el control de una colectividad que sale de la *normalidad* y que atenta contra las *normas* establecidas públicamente, es decir la comunidad LGBT+ y concretamente los varones homosexuales, por medio de la información presentada en ellos.

Para poder profundizar en el estudio del proceso de subjetivación y control de la salud sexual de los hombres gays que han practicado bareback se recomienda desarrollar una investigación a mayor profundidad sobre el sexo seguro como biopolítica de estigma y prejuicio que limita la salud sexual de la comunidad LGBT+ y especialmente de los varones homosexuales. Metodológicamente podríamos recomendar realizar más estudios de corte cualitativo en lugar de cuantitativos, esto porque los estudios de corte cuantitativo limitan la percepción y valoración personal que tienen los varones gays en cuanto a la lucha frente al VIH-SIDA haciendo que las acciones, como las campañas de prevención de esta infección promovidas por instituciones de salud pública, carezcan de sentido ante la colectividad varonil gay al solo sentirse como un número estadístico.

También se puede comenzar a promover el termino de salud fuera del ámbito biomédico o exclusivo en relación con la enfermedad para trabajar de manera íntegra y que haya una verdadera participación colectiva que permita el desarrollo de capacidades y el alcance de proyectos relacionados con una cultura de respeto y cumplimiento de los derechos humanos sin discriminación y prejuicios. De igual manera se recomienda el respeto y la valorización a la autonomía de la propia subjetividad, es decir no se trata de imponer una forma de ser, pensar, actuar, etcétera de manera exclusiva sino por el contrario se trata de reconocer la diversidad y proponer el dialogo-reflexión para alcanzar las metas deseadas sin etiquetar a las personas y colectivos de manera peyorativa.

De igual manera recomendamos realizar y reflexionar los materiales de las campañas de prevención del VIH-SIDA de manera inclusiva sin etiquetar a una población específica como “grupo de riesgo” para no delimitar la infección solo al colectivo LGBT+ y específicamente a los varones homosexuales sino más bien promover la información en cuanto a que la infección del VIH-SIDA puede ser contraída y desarrollada por cualquier persona independientemente de su orientación sexual.

Para el caso del segundo objetivo específico que fue identificar las acciones protectoras de contagios de VIH-SIDA (alternativas al condón) que utilizan un grupo de hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y Zona Metropolitana que han practicado bareback en sus prácticas sexuales se pudo identificar con los datos arrojados por las entrevistas y los datos encontrados en los documentos revisados que las acciones que llevan a cabo son: la abstinencia ante las relaciones sexuales, la autocomplacencia o masturbación, eyacular fuera del recto, conocer el estatus serológico de la pareja sexual, el uso de lubricantes, el rol que se realice en la práctica sexual (pasivo o activo), la realización de estudios periódicos y la administración de medicamentos preventivos como el PrEP, sin embargo por ser acciones específicas de los hombres homosexuales y que algunos casos no cuentan con valoración biomédica no son presentados ni reconocidos en las campañas de prevención de esta infección, además de que se identifica la práctica de sexo sin condón como moralmente inadecuado, irresponsable, raro o *anormal*.

Todas estas formas de atender la prevención de contagios de VIH-SIDA responden a la concepción hegemónica impuesta en la subjetividad de los entrevistados pues estos mencionan que la salud es un equilibrio biológico entre mente y cuerpo o la ausencia de la enfermedad primordialmente, por esta razón los entrevistados comentan que las campañas de prevención del VIH-SIDA nos enseñan a usar el condón de manera “libre” pero siempre con motivos de responsabilización personal y al mismo tiempo mencionan que estas campañas están inmiscuidas en el consumo de este producto.

En esta tesis reconocemos que los hombres gays practicantes de bareback o sexo anal sin condón tienen acciones protectoras de contagios que son alternativas al uso exclusivo del condón, pero recomendamos promoverlas abiertamente al público sin ser prejuiciadas peyorativamente en las campañas de prevención del VIH-SIDA. También

recomendamos que al realizar los materiales de las campañas de prevención de esta infección se incluyan las acciones de protección de contagios mencionadas por el colectivo de varones homosexuales que practican bareback sin dar por sentado que al no utilizar el condón se pueda contraer la infección, esto último de manera inclusiva sin etiquetar a una población específica para no delimitar la infección solo al colectivo LGBT+ y específicamente a los varones homosexuales.

Y para finalizar con el tercer objetivo específico sobre proponer acciones desde la promoción de la salud emancipadora para generar campañas de prevención del VIH-SIDA incluyentes y no discriminatorias de las prácticas sexuales y que respeten el derecho a la sexualidad sin etiquetas lo que se pudo apreciar es que la práctica de sexo anal sin condón o bareback es una acción política emancipadora de los discursos normativos pues durante los encuentros con los entrevistados mencionaron que se requiere de campañas enfocadas en explicar el bareback desde una perspectiva no prejuiciosa o peyorativa, sino argumentando en razón de la naturalidad de la práctica y promoviendo el término sin etiquetas entre heterosexuales y homosexuales.

Además también se pudo identificar implícitamente en los discursos de los hombres homosexuales entrevistados que esta práctica sexual no se trata de una transgresión o irresponsabilidad ante los contagios como lo hacen ver los discursos biomédicos, sino que es una práctica apoderante del cuerpo-territorio de los varones homosexuales para disfrutar del placer sexual, erótico y sentimental como ellos lo mencionan al preguntarles sobre lo que sienten en razón de tener relaciones sexuales sin condón.

El bareback es una práctica de resistencia enmarcada en la perspectiva de promoción de la salud emancipadora frente al material propagandístico de las campañas de prevención del VIH-SIDA ante la *norma* del uso del condón y del sexo seguro, o mejor dicho, los practicantes resisten a las *normas* de la heterosexualidad con la finalidad de emanciparse de los discursos peyorativos y estereotipos que se han implantado en la comunidad LGBT+ por ser diferentes a los propios heterosexuales y para resistir ante el control institucional de su sexualidad, salud sexual y la homosexualidad en general. Como lo hacen notar implícitamente los comentarios de los entrevistados el reconocer el bareback como algo natural, *normal*, cotidiano y de lo que se pueda hablar explícitamente en un

público general y que sea adoptado por todos sin generar etiquetas hará que la lucha por el reconocimiento de la homosexualidad y de sus derechos como seres humanos sea más sencilla y menos violenta, y por consecuencia mejorar su salud.

Para quitar los prejuicios peyorativos impuestos por el discurso biomédico a la práctica de bareback o sexo anal sin condón se recomienda desarrollar una investigación a mayor profundidad de cómo esta práctica puede ser retomada como una acción emancipadora del discurso biomédico y apoderante del cuerpo-territorio de los varones homosexuales, y, por ende, mejorar su salud sexual. De igual manera se recomienda realizar campañas en donde se reconozca la práctica de bareback como una práctica sexual de la población en general y no solo de los varones homosexuales y hacer énfasis en que no necesariamente tiene relación con la infección del VIH-SIDA sino con el disfrute del placer y de la sexualidad en general.

Implícitamente la resistencia al uso exclusivo del condón en todas las relaciones sexuales por parte de los varones homosexuales es reflejo de la resistencia ante la idea de sexo seguro promovida por el discurso biomédico y heteronormativo, es decir, es la lucha histórica que ha tenido el colectivo gay para exigir el respeto a sus derechos como seres humanos, incluyendo el derecho al disfrute de una libre sexualidad. Por tanto, como acción de promoción de la salud emancipadora recomendamos realizar material propagandístico donde no se incite a prejuicios peyorativos de la comunidad LGBT+ por sus prácticas sexuales y evitar ponerles etiquetas tanto a sus prácticas como al mismo colectivo, y además trabajar con la homofobia en razón de evitar y contrarrestar los prejuicios y estereotipos despectivos y la violencia que limitan el desarrollo de la salud de los varones homosexuales.

ANEXOS

Anexo 1. Guía de entrevista

Postura referente a las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón

1. ¿Cómo definirías una campaña de prevención del VIH-SIDA y menciona si conoces alguna y de que trata?
2. ¿Qué piensas de los mensajes e imágenes que presentan los materiales de las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón?
3. ¿Cómo te sientes después de observar los materiales de las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón?
4. ¿Cuáles son los pensamientos o reflexiones que te generan los materiales de las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón?
5. Algunas campañas de prevención del VIH-SIDA muestran el uso del condón como único método de prevención frente al VIH-SIDA ¿Qué piensas sobre ello y por qué crees que es así?
6. ¿Crees que las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón generan una identidad y configuración sobre tu propia salud sexual? ¿Por qué?

Pensamientos referentes al bareback, uso del condón y la re-significación del término

1. ¿Has escuchado hablar de bareback?
2. ¿Cómo definirías bareback y que piensas al respecto de esta práctica?
3. Teniendo presente la finalidad de las campañas de uso del condón ¿Cómo te sientes sobre practicar sexo anal sin condón o bareback?
4. Las relaciones sexuales anales se presentan tanto en heterosexuales como en homosexuales, sin embargo, la práctica homosexual de este tipo de relación sexual se denomina bareback ¿por qué crees que se ha denominado de esta manera?
5. ¿Qué termino se debería de usar para la práctica de penetración anal en heterosexuales? ¿Por qué?
6. ¿Piensas que el bareback ha sido abordado de manera adecuada? ¿Por qué?
7. ¿Cuál crees que es la connotación con la que se usa el término bareback?

Propuestas de medidas protectoras de contagios y abordaje del bareback

1. ¿Qué entiendes por salud sexual?
2. ¿Qué piensas que es tener salud sexual?
3. ¿Crees que el uso del condón limita tus capacidades en relación con tu propia salud sexual? ¿Por qué?
4. Además del uso del condón, ¿Qué otras medidas llevas a cabo para la protección y/o promoción de tu salud sexual?
5. ¿Cómo te proteges ante la infección por VIH-SIDA?
6. Retomando tu definición de bareback ¿qué acciones puedes proponer para que este término sea abordado de manera adecuada frente a la infección por VIH-SIDA?
7. Desde tu perspectiva, ¿qué elementos debe de tener una campaña de prevención del VIH-SIDA?

Anexo 2. Consentimiento informado

Universidad Autónoma de la Ciudad de México **UACM**
Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES **Lic. En Promoción de la salud**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ciudad de México, _____.

Este consentimiento informado es para los participantes de la investigación con título: **Una mirada desde la promoción de la salud a la subjetividad en torno a las campañas de prevención del VIH-SIDA: El caso de un grupo de hombres gays que han practicado bareback**, la cual tiene por objetivo conocer desde la promoción de la salud emancipadora las diversas maneras en las que se manifiesta la subjetividad en torno a las campañas de prevención del VIH-SIDA y uso del condón que tienen un grupo de hombres gays de 18 a 30 años de la Ciudad de México y Zona Metropolitana que han practicado bareback.

Queremos reconocer que para esta investigación se entiende por bareback la práctica de sexo anal sin condón independientemente de las ocasiones en que se haya suscitado. Los participantes fueron seleccionados por un muestreo intencional en combinación con la técnica “bola de nieve” y con las características especificadas en el objetivo. El instrumento de obtención de datos será una entrevista semiestructurada que puede llevar un tiempo estimado de 1 hora máximo y se efectuará en una ocasión quedando abierta la posibilidad de una nueva reunión cuando se requieran datos de mayor profundidad y será acorde a los tiempos establecidos por el investigador y los participantes, la manera en que se realice la entrevista podrá ser virtual o presencial siempre en mutuo acuerdo con los participantes.

La participación de los sujetos es completamente voluntaria, es decir no se dará ninguna compensación económica por su participación. Los participantes siempre serán tratados con respeto a su dignidad, protegiendo sus derechos y bienestar además de que no serán

obligados a participar tratándolos como sujetos autónomos y conscientes. Además se reconocerán sus prácticas protectoras en salud sexual respetando su autenticidad sin generar discursos peyorativos a estas.

Los participantes pueden retirarse en cualquier momento de la investigación si así lo deciden y no serán penalizados. Además no están obligados a brindar datos de su identidad como nombre, género, dirección, etcétera pues siempre se respetara su derecho a la confidencialidad del manejo de datos, en cuanto a la información recolectada en la entrevista se pide el permiso de grabar voz y transcribir sus respuestas solo con fines de investigación, los datos obtenidos solo serán tratados por el investigador y los participantes tienen el derecho a enunciar partes de la entrevista que no quieran que se presenten en el estudio. Siempre habrá respuestas a las dudas que presenten los participantes y que se vayan suscitando a lo largo del estudio por parte del investigador Jorge Luis Montecinos Herrera al correo electrónico lmontecinos60@gmail.com y al Tel. 5511296228.

Att. Jorge Luis Montecinos Herrera

He leído el procedimiento descrito arriba. El Investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar y que mi voz sea grabada y transcrita con los fines descritos arriba en el estudio de Jorge Luis Montecinos Herrera sobre: **Una mirada desde la promoción de la salud a la subjetividad en torno a las campañas de prevención del VIH-SIDA: El caso de un grupo de hombres gays que han practicado bareback.** He recibido copia de este consentimiento.

Nombre y firma del participante

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro P. E. (20 de Julio 2017). Lectura emancipadora de la promoción de la salud. [Presentación en página web]. Recuperado de <https://docplayer.es/60612517-Lectura-emancipadora-de-la-promocion-de-la-salud-eyleen-alfaro-porras-m-sc-estudiante-programa-lideres-en-salud-internacional-20-de-julio-2017.html>
2. Aquino M. A. (2013). La subjetividad a debate. *Sociológica*, (80). 259-278.
3. Ávila R. y Montenegro M. (2011). Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la salud sexual. *Athenea Digital: Revista de Pensamiento e Investigacion Social*, 11(3). 27-49.
4. Ávila R. y Gras P. (2014). “No sin él”: análisis crítico del discurso de las campañas de prevención del VIH dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres en España (2006–2011). *Discurso y Sociedad*, 8(2). Pp. 137-181.
5. Bastida L. (Abril de 2015). ¿A pelo y sin riesgos? Bareback y prevención. *La Jornada*, pp. 6-7.
6. Beltrán M. (2009). Empoderamiento y promoción de la salud. *Red de Salud* 14. Pp. 20-31.
7. Blanco G. G. (2016). Reflexiones sobre la promoción de la salud en el trabajo. *Salud de los trabajadores*. 24(2). Pp. 139-143.
8. Bonfil C. (Abril de 2015). Una intimidad sin barreras. *La Jornada*, pp. 7.
9. Briuoli N. M. (2007). La construcción de la subjetividad. El impacto de las políticas sociales. *Historia Actual Online*, (13). 81-88.
10. Bru G. (2016). Subjetividad, biopolítica y cuerpo: reflexiones acerca de las prácticas de atención en el campo salud mental. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 8(21). 37-51.
11. Cáceres C. (2003). *La prevención del VIH/SIDA en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C., E.U: Banco Interamericano de Desarrollo. Serie de informes técnicos del Departamento de Desarrollo Sostenible.
12. Carmona M. L., Rozo R. C. y Mogollón P. A. (2005). La salud y la promoción de la salud: una aproximación a su desarrollo histórico y social. *Revista ciencia salud*. 3(1). Pp. 62-77.

13. Chapela M. (2007). Quinto aspecto ¿Qué promoción de la salud ha fracasado?. UAM-X. Pp.1-11.
14. Chapela M. (2013). Capítulo2. Promoción de la salud emancipadora. En Chapela M. (Ed.), *Promoción de la salud y emancipación* (pp. 55-93). Ciudad de México, México: UAM-X.
15. Chapela M. (s.f.). Una utopía emancipadora de promoción de la salud. *Investigación y servicio, Enlaces Xochimilco. Información que vincula*. 10-17.
16. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. (1979). *Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Recuperado de http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_I_nforme_Belmont.pdf
17. Contreras L. (2012). Bareback: apología y manifiesto de un movimiento homosexual. (Tesis no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.
18. Coronel C. J. y Marzo P. N. (2017). La promoción de la salud: evolución y retos en América Latina. *Medisan*. 21(7). Pp. 926-932.
19. Corral Q. R. (2004). Qué es la subjetividad. *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, 1(4). 185-199.
20. Cruz M. (31 de marzo de 2016). Aguascalientes retira una campaña para prevenir el Sida entre gays y la vuelve hetero. *El País*. Recuperado de https://verne.elpais.com/verne/2016/03/31/mexico/1459384664_992960.html
21. Di Leo P. F. (2009). La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. *Salud colectiva*, 5(3). 377-389.
22. Díaz G. A., Salamanca A. L. y Carmona O. L. (2012). Biopolítica, subjetividad política y “Falsos Positivos”. En Piedrahita E.C., Díaz G. A. y Vommaro P. (Ed.), *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos* (pp. 47-62). Bogotá, Colombia: Editorial Biblioteca Latinoamericana de Subjetividades Políticas.
23. Diez J. (2011). La trayectoria política del movimiento Lésbico-Gay en México. *Estudios sociológicos*, 29(86). 687-712.

24. Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles. (2021). Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH, Informe Histórico de VIH 4to trimestre 2021. Secretaría de salud. Pp. 1-18.
25. El cuarto oscuro. (26 de abril de 2022). ¿Qué es el cuarto oscuro? Obtenido de <https://elcuartooscuro.com.mx/que-es-el-cuarto-oscuro/>
26. Estrada J. (2014). La infección por VIH/Sida entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en América latina. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 32(1). 127-137.
27. Estrada M. D. (2015). La medicina como producción de subjetividad. Una aproximación a Michel Foucault. *Escritos*, 23(51). 331-355.
28. Fernández A. D. (2013). Biopolítica y subjetividad. *Dilemita*, (12). 15-25.
29. García C. D. (s.f.). Introducción al enfoque emancipador de la promoción de la salud. Academia de promoción de la salud UACM. Pp. 1-15.
30. Gonzáles R. F. (2008). Subjetividad social, sujeto y representaciones sociales. *Revista Diversitas-Perspectivas en psicología*, 4(2). 225-243.
31. Gonzáles R. F. (2012). La subjetivación y su significación para el estudio de los procesos políticos: sujeto, sociedad y política. En Piedrahita E.C., Díaz G. A. y Vommaro P. (Ed.), *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos* (pp. 11-29). Bogotá, Colombia: Editorial Biblioteca Latinoamericana de Subjetividades Políticas.
32. Granados J. (2016). Asociaciones subjetivas al bareback y sus practicantes en usuarios de redes sociales virtuales en la Ciudad de México. *Cuicuilco Revista de Ciencias Antropológicas*, 23(67). 75-97.
33. Guerrero F. y Mercado A. (2017). Vidas inimaginadas: gubernamentalidad y medialidad en la prevención del VIH/sida. *Debate feminista*, 54. 34-62.
34. Hernández S. R., Fernández C. C. y Baptista L. P. (2014). *Metodología de la investigación*. Distrito Federal, México: Mc Graw Hill Education.
35. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2017). Encuesta Nacional Sobre Discriminación (ENADIS): Principales resultados. CONAPRED, CNDH, UNAM Y CONACYT. Pp. 1-39

36. Instituto Nacional de Salud Pública. (26 de agosto de 2020). Día Mundial del Sida 2019. Obtenido de <https://www.insp.mx/avisos/5154-dia-mundial-sida-2019.html#:~:text=De%20acuerdo%20con%20datos%20del,el%205%25%20se%20desconoce%20su>
37. Lázaro Ch. (2014). La conformación del movimiento LGBT en Guadalajara, Jalisco. *Argumentos, UAM-Xochimilco*, 27(76). 241-273.
38. López C. (2014). La biopolítica según la óptica de Michel Foucault: alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis. *El banquete de los dioses. Revista de filosofía y teoría política contemporáneas*. 1(1). Pp. 111- 137.
39. López D. O., Canga A. N., Mujika A., Pardavila B. M., Belintxon M., Serrano M. I. y Pumar M. M. (2017). Cinco paradojas de la promoción de la salud. *Gac Sanit*. 31(3). Pp.269-272.
40. Luna C. (2017). Actitudes y percepción de riesgo de Hombres que tienen Sexo con Hombres frente a la transmisión del VIH. (Tesis no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México.
41. Magis C. y Parrini R. (2003). Nuestra epidemia, el SIDA en México 1983-2002. *SIDA: Aspectos de Salud Pública*. 15-25.
42. Maira O. y Repetto B. (2013). La salud de la población como dispositivo biopolítico: distintas construcciones de sujeto entorno a políticas de VIH. *VII Jornadas de jóvenes Investigadores*. Simposio llevado a cabo en Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
43. Martínez P. J. (2012). Transiciones en la subjetividad: trazos para pensar las acciones institucionales, la biopolítica y la intimidad. En Piedrahita E.C., Díaz G. A. y Vommaro P. (Ed.), *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos* (pp. 77-94). Bogotá, Colombia: Editorial Biblioteca Latinoamericana de Subjetividades Políticas.
44. Mc Manus F. y Mercado A. (2016). Constructing publics, preventing diseases and medicalizing bodies: HIV, AIDS, and its visual cultures. *Sexualidad, Salud y Sociedad Revista Latinoamericana*, (24). 69-102.

45. Ministerio de Salud. (1993). *Resolución N° 008430 de 1993 (4 De octubre de 1993)*. Recuperado de https://www.urosario.edu.co/Escuela-Medicina/Investigacion/Documentos-de-interes/Files/resolucion_008430_1993.pdf
46. Naciones Unidas. (22 de abril de 2022). SIDA. Obtenido de [https://www.un.org/es/global-issues/aids#:~:text=En%20junio%20de%201981%2C%20cient%C3%ADficos,\)%2C%20se%20identific%C3%B3%20en%201983](https://www.un.org/es/global-issues/aids#:~:text=En%20junio%20de%201981%2C%20cient%C3%ADficos,)%2C%20se%20identific%C3%B3%20en%201983)
47. Obando A. y Vásquez O. (2020). La construcción del cuerpo del SIDA y sus estigmas. *Polis, Revista Latinoamericana*, (55). 86-99.
48. Observatorio de Biopolítica (2017). *Conferencias mundiales de promoción de la salud*. Grupo de sanidad y biopolítica – Profesionales por el Bien Común (PBC). Obtenido de <https://biopolitica.net/2017/05/10/conferencias-mundiales-de-promocion-de-la-salud/#:~:text=Las%20posteriores%20conferencias%20mundiales%2C%20celebradas,la%20creaci%C3%B3n%20de%20ambientes%20favorecedores>
49. ONUSIDA. (1998). El SIDA y las relaciones sexuales entre varones. *Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA*. 1-8.
50. Organización Panamericana de la Salud (PAHO). (15 de mayo de 2015). La salud LGBT ve avances y desafíos 15 años después de que la homosexualidad dejara de ser considerada una enfermedad. Obtenido de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10964:2015-lgbt-health-sees-progress-and-challenges&Itemid=1926&lang=en
51. Ortiz L. y García M. (2005). Opresión internalizada y prácticas sexuales de riesgo en varones homo- y bi-sexuales de México. *Rev. Saúde Pública*, 39(6). 956-964.
52. Pagnamento L. V., Weingast D. B., Caneva H., Castrillo B., Hasicic C. y Specogna M. (2016). Proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva de género: una propuesta conceptual para su análisis. En IX Jornadas de Sociología de la Universidad Nacional de La Plata. *Mesa 44. El nacimiento de la clínica. Ciencias sociales y de la salud*. Simposio llevado a cabo en la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

53. Parrini R. y Amuchástegui A. (2009). Sujeto, sexualidad y biopoder: la defensa de los militares con VIH y los derechos sexuales en México. *Estudios sociológicos*, 27(81). 861-884.
54. Piedrahita E. C. (2012). Una perspectiva en investigación social: el pensar crítico, el acontecimiento y las emergencias subjetivas. En Piedrahita E.C., Díaz G. A. y Vommaro P. (Ed.), *Subjetividades políticas: desafíos y debates latinoamericanos* (pp. 31-45). Bogotá, Colombia: Editorial Biblioteca Latinoamericana de Subjetividades Políticas.
55. Quecedo R. y Castaño C. (2002). Introducción a la metodología de la investigación cualitativa. *Revista de psicodidáctica*, (14). 5-39.
56. Quintero F. J., De la Mella Q. S. y Gómez L. L. (2017). La promoción de la salud y su vínculo con la prevención primaria. *Revista científica villa clara*. 21(2). Pp. 101-111.
57. Rangel Y. (2015). Narrativas de riesgo respecto del VIH/sida en México. De letal a crónica y del estigma a los derechos humanos. *Revista de El Colegio de San Luis, Nueva época*, 5(9). 200-2019.
58. Restrepo E. H. (2001). Conceptos y definiciones. En Restrepo E. H. y Málaga H (Ed.), *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable* (pp.24-33). Bogotá, Colombia: Editorial Médica Internacional.
59. 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 en México*, 37(6). 643-653.
60. Rodrigues P. y Coelho M. (2012). Da peste gay ao barebacking sex: AIDS, biopolítica e risco em saúde. *Ciencias Sociales y de la Educación*, 2(4). 43-67.
61. Secretaría de Salud (2010). Manual de mercadotecnia social en salud. Ciudad de México, México. Secretaría de Salud. Dirección general de promoción de la salud.
62. Secretaría de Salud. (2014). Programa de Acción Específico. Respuesta al VIH, SIDA e ITS 2013-2018. D.F., México: Gobierno de México.
63. Secretaría de Salud. (2020). Programa Sectorial de Salud 2019-2024. Ciudad de México, México: Gobierno de México.

64. Sepúlveda J. (2010). Campañas de salud contemporáneas: El SIDA en México. En Secretaría de Salud. (Ed.), *Cien años de prevención y promoción de la Salud Pública en México. 1910-2010. Historia en imágenes*. (pp. 210-212). España: Brizzolis, S.A
65. Sidibé M. (2011). 30 años de sida: la lucha permanente por la justicia social. *Actualizaciones en SIDA, buenos aires*, 19(73). 67-78.
66. Torres M. (2018). La Atención Primaria de Salud de Alma-Ata a Astaná, hacia la Cobertura Universal. *Enfermería Universitaria*, 15(4). 329-331.
67. Valero O. C., Cáceres M. L. y Moreno T. J. (2020). Los modos de subjetivación de profesores investigadores de una universidad pública. Una mirada a partir de la caja de herramientas del Michel Foucault. *Universidad y sociedad*, 12(2). 256-261.
68. Vargas E. (08 de diciembre de 2020). ¿Cuál es la diferencia entre PrEP y PEP? Las diferencias más importantes entre los tratamientos para prevenir la transmisión de VIH. Time Out México. Obtenido de <https://www.timeoutmexico.mx/ciudad-de-mexico/gay-y-lesbico/cual-es-la-diferencia-entre-prep-y-pep>
69. Vergara Q. M. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la promoción de la Salud*. 12(s.n.). Pp. 41-50.