



UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA IZTAPALAPA
DIVISION DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA
LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

“Tendrás que vivir,
o de algunas implicaciones de un sobre con una ELISA positiva para VIH”

Trabajo terminal
que para acreditar las unidades de enseñanza aprendizaje de
Seminario de Investigación e Investigación de Campo
y obtener el título de
LICENCIADO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL
presenta

Carlos Soto Dávila

Matrícula No. 201330743

Comité de Investigación:

Director: Dr. Raúl Nieto Calleja

Asesores: Mtra. Laura Raquel Valladares de la Cruz

Lic. Jimena Turrent Cortés

Índice

Página

- 4 Introducción
¿Y nuestros muertos?
- 13 I. Del miedo a la naturalización del peligro
Tensiones en la formación del campo del sida en México.
- 33 II. Huir de un fantasma.
Sida, miedo, lugares comunes, estigma.
- 63 III. *Tu bendito trabajo ha terminado*
La muerte y el sida.
- 77 IV. *Tendrás que vivir*
Vida + sida.
- 115 Epílogo
Sombra y luz
- 120 Fuentes

A los que se fueron

A los que seguimos aquí

*Te ponen una manguerita en las manos,
y cuando te ponen el bactrim, sientes frío,
sientes como baja el ese por tus venas,
sientes como arde hasta la madre el bactrim
cuando entra por la venoclisis a tus venas.*

*Si te tomas el chocho [de efavirenz] antes de dormir,
casi ni se siente; pero como no sabes nada de chochos,
te lo tomas antes de cenar. Por mientras que te acostumbras,
vomitas o te caes de mareado que estás,
en la noche sueñas que vuelas o que te come una aceituna.*

*Ese viejito...míralo, ese [...] Cuando me tocó venir a lo de la farmacia,
me dijo que eso se ganaban los jotos por sidosos. El muy hijo de puta...*

*¿En serio? Yo también, ¿crees? Cuando me veo al espejo, me da tristeza
y me pongo a llorar, solo yo y mi alma. Luego me da hasta risa.
En unos añitos a lo mejor llego a ser una calavera muy sonriente,
pero ahora, mírame, como que no soy ni humano ni calavera.*

*Diles que esto no es lo peor, o diles que sí es lo peor,
y a lo mejor y a ti sí te hacen caso, pero lo peor de lo peor
es estar solo así, porque es estar sin nadie;
diles que morirse por ahí en un rincón es lo más peor.*

Pues seguir viviendo, como dijo mi jefa.

*Dijo esto: que llamara al pinche antropólogo,
que quiere hablar contigo; por eso te llamé.*

Pues sí, se murió; ¿a poco no te enteraste?

Introducción

¿Y nuestros muertos?

¿Y nuestros muertos? ¿Quién nos devuelve a nuestros muertos? Esto fue lo que dijo un joven activista *gay* en el Foro Nacional por los Derechos Sexuales de los Jóvenes que se realizó en Tlaxcala en el año 2000. El origen de su bien justificada explosión emocional era la discusión acerca de los derechos de los seropositivos: derechos humanos, derecho a una vida plena, derecho al acceso a terapias antirretrovirales. La frase, enunciada fuerte y claro en medio del escándalo de susurros de los asistentes, quedó estampada en mi memoria, aunque cada vez recuerdo menos lo que se discutía en ese momento y pienso más en mis propios muertos de sida cuando espontáneamente la memoria se entorna adentro y retrocede, atrás, a esos tiempos en que era estudiante de la Escuela Nacional de Artes Plásticas y no tenía la menor idea de que, en vez de graduarme como diseñador visual, terminaría convirtiéndome a la antropología. Recuerdo esta frase y pienso en Alejandro, que murió de una diarrea y sida. Pienso en José, a quien siempre le dio vergüenza hablar de su virus aunque todos los amigos sospechábamos que era seropositivo y finalmente falleció sin que nadie supiera oficialmente por qué, aunque luego todos supimos que las sospechas no eran erradas. Pienso en Polo, el panadero que murió de sida y antes llevaba sus panes dulces en una canasta sobre un triciclo por las calles de mi colonia; entonces su familia tuvo que abandonar la barriada, por vergüenza, supongo, y de ellos no volvimos a saber nada más.

Cuando recuerdo a ese joven reclamando el regreso de los muertos en medio de un tumulto en Tlaxcala, recuerdo una tarde en la plaza de Santa Catarina Yecahuízotl, donde comía un helado al lado de Ariel, que estaba acostado en la banca frente a la parroquia. Era el tiempo en que caían las flores amarillas de los árboles del parque, y Ariel me hablaba del modo en que se contagió, del modo en que murió su pareja y se quedó solo, porque en las historias de amor de los seropositivos no hay final feliz... o por lo menos eso es lo que cuentan los relatos de la gente que ve el asunto desde la lejanía. Ariel preguntó *quién soy yo*, y le respondí que él era él porque respuesta más boba no encontré en ese momento. Sonrió y me contó del modo en que aprendió a convivir con el virus, y fue así que supe que el *mal del siglo* no era tan malo después de todo, porque a pesar de la muerte inminente, las personas siguen viviendo hasta que, cansados, no desean o no tienen posibilidad de seguir más allá y nos dejan solos a los que nos quedamos aquí para guardarse ellos mismos en la soledad de su silencio de muerte. (Años después, vi a Ariel

dejarse morir, renunciar a los antirretrovirales, renunciar a cualquier esperanza cuando su madre hubo fallecido de cáncer).

Si aquél que lanzó al aire su demanda en Tlaxcala me preguntara en este momento lo mismo, le respondería que nadie que conozca puede devolvernos ya nuestros muertos, aunque quizá en nuestras manos, mortales también, esté la posibilidad de dar valor a todos estos muertos, nuestros muertos y los de los otros que no conocimos pero que también son nuestros muertos. Creo que él pensaba lo mismo, o de lo contrario no se hubiese dedicado al activismo *seropositivo-simpatizante*. Así pues, razones para emprender una investigación sobre el VIH y el sida me sobran, porque son demasiadas las muertes que el asunto ha dejado por mi camino. Ellos son las razones por las que decidí hacer una tesis sobre el sida, aunque sobre él se hayan escrito cientos de miles de páginas. Esto debe tenerse en cuenta al leer este trabajo, porque obviamente escribo desde el lado de las personas que de algún modo han sido tocadas por la epidemia, directa o indirectamente.

Incluso si en mi biografía personal el VIH-sida no estuviera presente, dudo que la magnitud de los problemas que enfrentan los seropositivos o sus redes pasaran ante mí sin dejarme una huella emocional que influya en el modo en que veo las cosas. La diferencia fundamental entre un investigador social y un médico ante la epidemia radica en que los primeros nos hallamos inevitablemente cerca de las personas, convivimos con ellos, de su mesa comemos, en situaciones gozosas o dolorosas estamos juntos. Tristemente, el sistema de salud estatal en México acepta que la mayoría de los médicos que atienden a seropositivos en el país no se interesan por la calidad de vida de sus pacientes, por múltiples razones, que van desde los tiempos impuestos por apretadas agendas en las bitácoras de los virólogos hasta un juicio erróneo sobre la pertinencia de esta relación (*La Jornada*, 1 de diciembre de 2007). Claro que, en honor a la verdad puedo decir que no todos los médicos son así, aunque no son pocos los pacientes que entrevisté que se quejaban de la frialdad de su relación con el médico. En la sala de espera del CIENI¹ se puede ver a los infectólogos entrando y saliendo de sus espacios de trabajo, saludando con una sonrisa enorme a sus pacientes al tiempo que dicen un *Cómo estás* y les estrechan la mano. La cortesía, sin embargo, no es igual a interés por las personas y tampoco anula todas las asimetrías que hay detrás del lazo médico-paciente.

Ingenuamente, cuando pensé en el proyecto de investigación por primera vez, pensaba que el sida podía ser tratado sin centrar la reflexión en temas que casi son lugares comunes como la homosexualidad, la muerte y el estigma. Lo que no esperaba es que cuando por fin pude hacer

¹ Centro de Investigación de Enfermedades Infecciosas del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

campo de verdad, una de las primeras experiencias que tuve que afrontar fue la muerte de dos pacientes en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), lo que terminó por plantarme de una buena vez los pies en la tierra y recordarme que, mal que le pese al inocente aspirante a “científico social”, los prejuicios sociales y prácticas ostracistas se reproducen hasta en los pasillos de los hospitales, que el sida es mortal y que en este país la mayor parte de los seropositivos son precisamente homosexuales u hombres que en alguna ocasión han sostenido relaciones sexuales con otros hombres. De este modo, estas páginas hablan de lo mismo que siempre han hablado los textos sobre las implicaciones sociales del sida: relaciones de poder, imaginarios del sida, exclusión de los enfermos, muerte y la vida misma, la de los seropositivos, pero también la de las personas que se encuentran cerca de ellos. Todos estos lugares comunes, relativos a la dimensión social de la pandemia del VIH-sida y denunciados por autores de disciplinas diversas son entonces abordados aquí.

Por tanto, el objetivo de este trabajo no es tanto descubrir hilos negros como dar un panorama del estado de la epidemia en la Ciudad de México, poniendo especial interés en dos cuestiones que me parecen fundamentales: por una parte, el tema de los imaginarios sobre la enfermedad y las concepciones más profundas que subyacen a este dominio de las representaciones sociales; y por otro, las prácticas de las personas de carne y hueso. Como decía Castoriadis (2002: 219), *Hablamos de imaginario cuando queremos hablar de algo "inventado" —ya se trate de un "invento absoluto" ("una historia inventada de cabo a rabo"), o de un deslizamiento o desplazamiento de sentido, en el que unos símbolos ya disponibles están investidos con otras significaciones que las suyas "normales o canónicas"*. En ese sentido, el dominio de los imaginarios del sida, tema de esta investigación, no es meramente reflejo de la enfermedad padecida por una persona, condición compartida por un colectivo y manipulada por instituciones sociales. Se trata de una red de significaciones construidas que no necesariamente tienen qué ver con la enfermedad en sí, sino que van integrando un nodo simbólico en el que confluyen otros elementos distintos del conocimiento “objetivo” que se produce sobre la misma epidemia. Esta red no es un cúmulo desordenado, sus elementos se articulan mediante vínculos causales o asociativos, por lo que indagar en los imaginarios —definidos entonces como sistemas de representaciones— es indagar en las relaciones simbólicas que se establecen en los elementos de un mismo campo semántico y las relaciones que este campo tiene con otros.

Las representaciones —sociales, culturales, públicas— forman parte de este dominio: se trata de formas simbólicas que los hechos del mundo adquieren en el proceso de decodificación de los mensajes culturales. Las representaciones se construyen en las mentes de las personas, pero no trascienden al imaginario social más que por medio de la comunicación, de otro modo se quedan

atrapadas en el dominio de lo psicológico. Como dice Sperber, en su propuesta de una *epidemiología de las creencias*:

Una representación involucra una relación entre tres términos: un objeto es la representación *de* algo, *para* algún dispositivo de procesamiento de información. Aquí sólo consideraremos las representaciones *para* individuos humanos, ignorando otros procesadores de información [...] Podemos hablar de representaciones como objetos físicos y concretos, localizados en el tiempo y el espacio. En ese nivel concreto, debemos distinguir entre dos niveles de representación: hay representaciones internas en el dispositivo de información—*representaciones mentales*—; y hay representaciones externas al dispositivo que éste puede procesar como *inputs* —*representaciones públicas* (Sperber, 1996: 61).

No existe una disociación entre el mundo imaginado y el mundo de los objetos. Ambos dominios no están en diálogo constante; las prácticas y los imaginarios se modifican unos a otros y a sí mismos a través de los procesos de interacción de las personas. La producción del sentido común —el conjunto de creencias que dominan los imaginarios sociales— es un proceso en el que participamos todos los miembros de una sociedad, no sólo los grandes actores con capitales culturales, económicos, políticos y sociales que aparecen en la obra de Bourdieu. Si bien las instituciones de salud —ya volviendo al campo del sida— son capaces de imponer su propia agenda legitimada por el conocimiento biomédico en la construcción del imaginario social sobre la epidemia de VIH, las representaciones sobre este asunto producidas por la ciencia son reelaboradas todos los días en la vida cotidiana de los trabajadores de la salud, de los pacientes seropositivos y sus familias, en la cama donde una pareja se dispone a tener un encuentro o en una escuela donde un grupo de adolescentes escucha a su profesor de educación sexual. El poder con que se imponen las representaciones científicas sobre el sida —aquí tratadas como una clase que domina el campo por motivos históricos y culturales— tiene una impronta variable en las relaciones sociales de los sujetos y en los procesos de decodificación de estos *inputs* que se realizan en la mente de cada uno de nosotros, donde intervienen no sólo esta información, sino otros factores que condicionan lo que finalmente se interpreta y comprende, y luego vuelve a ser socializado en nuestras microrredes sociales. Por ello, el modo en que cada persona contagiada con el virus de inmunodeficiencia humana enfrenta su nueva identidad —a veces, casi siempre, secreta o de alcance restringido en el mapa de sus redes sociales— y su vivir con sida; el modo en que se imagina y se mira a sí mismo, y mira al mundo y vive en él después de hallarse ante una ELISA²

² ELISA es el acrónimo para *Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay*, una técnica bioquímica que se emplea para la detección de antígenos o anticuerpos en la sangre. En tanto que técnica especializada, la prueba ELISA no sólo se emplea en la detección del virus de inmunodeficiencia humana, sino de otros agentes patógenos; incluso tiene aplicaciones en la industria alimentario, donde permite evaluar los alérgenos presentes en algunos productos agrícolas como la leche y las oleaginosas.

positiva es resultado de largos procesos inacabables de resignificación de la crisis que no se realizan en una aséptica burbuja que lo mantiene aislado de la corriente de la vida social.

Este trabajo está basado sobre todo en la escucha y la observación de las prácticas de las personas que están de algún modo relacionadas con la epidemia, sea porque son portadores del virus, forman parte de las redes sociales de estos o de algún modo se encuentran involucrados en la constelación de instancias que tienen como propósito la manipulación social de la enfermedad. Renuncié rápidamente al empleo de técnicas cuantitativas de investigación, por cuestiones prácticas. Dadas las complicaciones que implica poder obtener un permiso de investigación en las instituciones médicas del Estado que se encargan de atender a los seropositivos en la Ciudad de México —complicaciones que, entre otras cosas, son sinónimo de trámites burocráticos para obtener la aprobación para los proyectos de investigación por parte de los comités de bioética locales, que seguramente no iba a obtener, porque, como me dijera el entonces subdirector de información del Programa de VIH-sida de la Ciudad de México, lo que sobra en el campo son investigaciones sociales sobre el sida y un estudiante de antropología, *por muy brillante que sea*, no va a ayudar en nada a *eliminar el estigma* que recae sobre *nuestros pacientes*—, decidí echar mano de mi propia red y penetrar en el campo por la vía de las organizaciones sociales. Fue a través de un grupo de autoapoyo del centro de la ciudad, Génesis, que pude establecer contacto con el colectivo de hombres seropositivos de esta capital. A través de este grupo me fue posible penetrar en el INER, como *cuidador* de un joven seropositivo recién diagnosticado que no tenía familia en la Ciudad de México y estaba en un estado tal que prácticamente no podía hacer nada por sí mismo cuando aparecí por ahí para apoyar a otros dos amigos suyos en la labor de atender al paciente.

En el INER fui testigo de la manipulación institucional de la epidemia, encarnada en ese contexto en los cuerpos de cada uno de los pacientes del hospital. Durante esos días, conversé lo mismo con los pacientes que con las enfermeras, escuché los diálogos de los médicos en sus rondines y alguna vez pude cruzar palabras con ellos, especialmente con Falcón, el relativamente joven y siempre sonriente neumólogo del Pabellón 4 donde, en el fondo de las secciones masculina y femenina, se encuentran las camas destinadas a los *pacientes especiales*, como eufemísticamente se refería una enfermera a los pacientes seropositivos con sida declarado que eran atendidos en el lugar. Teniendo en cuenta las condiciones de investigación, debe entenderse que no pude realizar ninguna entrevista formal en el lugar. Sin embargo, todo lo que escuché, observé o me fue contado por trabajadores, pacientes o las *visitas* de otros pacientes quedó registrado en el diario de campo, siguiendo algunas anotaciones que eran una especie de recordatorio. Al final de cada jornada de campo, estas notas sirvieron para reconstruir los relatos y las situaciones vividas en el

hospital.

El contacto con el grupo de autoapoyo también me permitió establecer contactos con otras personas que llevaban más tiempo viviendo con el virus. De esta manera, la investigación comprende tanto las visiones de personas que se encuentran en plena crisis como las de aquellas para las que el momento en que fueron declarados seropositivos se encontraba más lejano, en ocasiones más de diez años de convivencia con el virus, con todo lo que ello implica. A diferencia de las condiciones de investigación en el hospital, con los miembros del grupo fue posible realizar entrevistas más formales, aunque varios de ellos se negaron en primera instancia a hablar frente a una grabadora y tuve que conformarme con tomar notas sobre lo que iban diciendo.

Debo decir que las primeras veces que asistí al grupo, los compañeros suponían que yo era uno más de *La Gran Familia Mexicana* —un nuevo miembro del conjunto de personas que viven con el VIH—, razón por la que me acogieron como acostumbraban hacerlo con el resto de *los nuevos*: abrazos, palabras de aliento, preguntas y alguna mirada inquisitiva o expectante. Cuando Pedro, mi contacto, les dio a conocer mi identidad, no entendieron muy bien qué podía hacer un antropólogo en el campo del sida —*O sea, tú desentierras cadáveres o vas a las pirámides, ¿no?, entonces, ¿qué haces aquí?*; *Investigo mis propias ruinas*, le dije a mi interlocutor y soltó tremenda carcajada— pero casi siempre se mostraron muy cooperativos y hasta protectores, especialmente después que supieron toda la historia que había detrás de la investigación, que quien esto escribe en realidad no tenía la menor idea de cómo comenzar a indagar en el tema, y que, por casualidad, también estaba al pendiente de un paciente seropositivo en el hospital. En la medida que fui ganando su confianza, me invitaban a sus casas o a convivencias entre los miembros del grupo fuera del espacio de reunión oficial, o simplemente a conversar —*¿Puedes venir para acá? Es que necesito hablar contigo*—. Los testimonios registrados textualmente en este texto han sido normalizados.

Intenté establecer relaciones igualmente fuertes con los participantes de otros tres grupos de autoapoyo de la ciudad: Albergues de México, Clínica Condesa y el Centro de Atención Profesional a Personas con SIDA, A.C. (CAPPSIDA). Sin embargo, por cuestiones de tiempo, esto no fue posible. De cualquier forma, algunos de los miembros de Génesis asistían ocasionalmente a alguno de estos otros grupos que, además de servir de espacio de encuentro con *los iguales*, *las comadres*, *los hermanitos* —es decir, con los otros que comparten la condición clínica de una persona seropositiva al VIH—, son lugares que forman parte de una geografía *gay* subterránea de la capital mexicana.

Los datos recogidos durante el trabajo de campo y el modo en que fueron recogidos limita en buena medida el alcance de las propuestas incluidas en estas páginas. La intención nunca fue la elaboración de una complicada teoría antropológica sobre el sida, porque el tiempo y mis propias limitaciones no lo hubiesen permitido. Como se verá al revisar las páginas siguientes, el trabajo está centrado en la visión de los usuarios de los servicios médicos públicos para las personas que fueron contagiadas con VIH. De entrada, ello deja fuera de mi investigación a aquellas personas que por su condición socio-económica o por decisión personal no forman parte de la población que tiene acceso a tratamiento médico especializado; esa categoría de portadores del virus son el hoyo negro de la investigación sobre la pandemia en México. Por otra parte, nunca pude extender la investigación al dominio femenino o al de los niños que nacen siendo seropositivos por contagio perinatal; de esta forma, otros cortes importantes aquí son los relativos al género y la edad. En estas páginas hablan principalmente hombres seropositivos que se identifican como homosexuales o *gays* y que además son usuarios de los servicios de salud públicos. Las mujeres seropositivas son más invisibles todavía, porque la epidemia de VIH-sida sigue siendo imaginada como un asunto exclusivo (casi) de los homosexuales. Más subterráneas que los hombres, los espacios y las redes de las mujeres seropositivas en México son más reducidos, y por tanto, las complicaciones para engancharse a ellas son mayores. De los niños ni hablar, porque a pesar de que La Casa de la Sal suele recurrir a la propaganda televisiva para invitar a posibles donadores a colaborar con su albergue de niños seropositivos, en realidad es poca la atención que se presta al asunto ante las dimensiones de la población masculina que ha adquirido el virus.

El trabajo está organizado en cuatro secciones, que corresponden a cuatro de las múltiples dimensiones de un mundo en donde el sida ha llegado para quedarse (a menos que se encuentre el modo de erradicarlo de una vez y para siempre, lo cual está muy lejos de ocurrir), hechos que se encuentran escondidos tras un papel donde se confirma el diagnóstico positivo al VIH de una persona. Cuando la noticia le es comunicada en la sala de espera de un centro de diagnóstico o en la cama de un hospital donde se encuentra internado, una persona entra en un mundo marcado por la exclusión, el miedo, los procesos fisiológicos que se desarrollan debido al virus. Pero también se incorpora en un mundo donde debe aprender a moverse en la maraña institucional si desea seguir un tratamiento, una dimensión donde las cosas se miran desde otro punto de vista: el que se toma desde la certeza de la muerte.

En la primera parte, se expone una breve historia de la epidemia, tanto sus conocidos inicios en San Francisco como el modo en que se tomaron estos sucesos en México. Para ello, retomo las pistas dejadas por un ensayo de Max Mejía, publicado en *El sida: los efectos sociales*, libro

coordinado por Francisco Galván Ochoa, este último uno de los mexicanos que primero se ocuparon de abordar el tema desde el punto de vista de las ciencias sociales. El propósito de este apartado es mostrar el modo en que la aparición del sida en realidad reactualizó luchas inconclusas entre visiones del mundo que son históricamente antagónicas en México: la ideología eclesiástica y la estatal de orientación secularizante. El sida es alimento de un conjunto de discusiones acerca del modo en que la sociedad debe encarar el peligro, cuya fuente se identificó desde una época muy temprana exclusivamente en la sexualidad —a diferencia de lo que ocurría en países como Estados Unidos o Francia, donde los chivos expiatorios fueron pintados con el color de la piel de los afrodescendientes—. En esta disputa se encuentra el origen de muchos de los contenidos que aparecen asociados en el imaginario social a la epidemia, incluida la estereotipificación de la misma como un asunto que afecta principalmente a los homosexuales y la representación de la enfermedad como un castigo.

La segunda parte aborda con más detalle las representaciones de la enfermedad. La cuestión de la legitimidad de las prácticas sexuales, los simbolismos de la sangre y la muerte forman parte de un conjunto de fantasmas que, con la aparición del sida en la escena pública, tomaron cuerpo en el conjunto de los temores —cada vez más desdibujados en la medida que el sida aparece menos amenazador por ser más invisibilizado— de esta sociedad. Lo que se haya en el fondo del miedo al sida, y por tanto a las personas en que este fantasma se torna tangible, parece ser el miedo al desorden. El sida, como se verá allí, es el gran desorganizador de sistemas clasificatorios relativos a las oposiciones entre la enfermedad y la salud, lo que es característico de nuestra sociedad y lo que sería mejor callar, lo masculino y lo femenino, lo puro y lo impuro. Todas estas oposiciones pueden resumirse en la muy arraigada idea de que el orden del mundo está dado de una vez y para siempre, que *las cosas son así porque así han sido siempre*. La aparición del sida es un golpe que atenta contra estas concepciones que funcionan como piso firme de nuestro devenir como sociedad en el mundo.

La muerte, como uno de los grandes contenidos culturales de la epidemia, es tratada en el tercer apartado. La muerte parece ser el origen del gran miedo en el que hunde sus raíces el complejo de representaciones sobre el sida. Es el vacío, el silencio, la oscuridad; tras la muerte se encuentra el gran caos que es el desconocimiento de lo que hay más allá de ella, en aquello que Louis Vincent-Thomas llama la ultra-muerte. Sin embargo, el hecho de que sea el carácter mortal de la enfermedad una de las características que más se señalan en el caso del sida también es revelador de que la muerte de los seropositivos —la biológica, que se consume paulatinamente, y la social que se realiza en ciertos dominios de las redes sociales del seropositivo y en otras no se consume nunca— es primordialmente un asunto social. El problema es qué hacemos los que aún seguimos

vivos con la muerte de los otros, como la significamos.

Finalmente, dado que vivir con el virus de inmunodeficiencia humana es mucho más que una condena de muerte, el último apartado de este trabajo es una ventana a las prácticas cotidianas de las personas que se encuentran en esa situación; sea porque son portadores o porque están involucrados con ellos. La vida de los seropositivos, como la vida de las otras personas, es como una onda sinoidal con crestas y valles, crisis y restablecimientos del un orden que nunca va a ser el mismo que antes de la crisis. Es cierto que en lugar de estar organizada por el vivir mismo, en muchos casos, la vida de los seropositivos gira en torno a la certeza de que están muriendo. Esta certeza se revela en las miradas que sobre sí realizan los seropositivos, en la contemplación de los imperceptibles cambios físicos que se realizan en su cuerpo y que pasan inadvertidos hasta que sus efectos son ya dolorosamente visibles para los sujetos contagiados y las personas que, después de todo, continúan alrededor de ellos. Con todo, vivir con sida no es vivir en una depresión permanente, como podría imaginarse. Cuando se sabe seropositivo y decide seguir viviendo, un sujeto echa mano de lo que esté a su alcance para dar un nuevo sentido a su vida, aunque la frase esté tan gastada a fuerza de repeticiones en sesiones de terapias psicológicas de apoyo.

Agradezco, desde luego, a los que hicieron posible este trabajo: a los amigos del Grupo Génesis y a otros compañeros que amablemente accedieron a darme su testimonio y a abrirme la puerta de sus vidas; a las enfermeras del INER, tan cuerdas en todo momento, incluso ante la muerte a la que no terminan de acostumbrarse; a los médicos que cooperaron como informantes de modo consciente o involuntario. Gracias a mi familia, que me apoyó en todo momento en la empresa antropológica; y también a mis amigos, que incluso me retiraron el habla para que no cesara en el trabajo de redacción.

Esta tesis es resultado del proyecto de trabajo de campo *Imaginario urbanos* del Departamento de Antropología de la Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa, proyecto dirigido por Raúl Nieto Calleja, a quien agradezco la orientación a lo largo del proceso de investigación y la elaboración de este trabajo. El reconocimiento es extensivo a mis asesoras Laura Valladares de la Cruz y Jimena Turrent Cortés, por sus consejos teóricos y la mirada crítica sobre estas páginas.

Parte I

Del pánico a la naturalización del peligro

Tensiones en la formación del campo del sida en México

Imaginariamente, parecería que nuestro devenir por el mundo se realiza sobre terrenos seguros. La estabilidad de las relaciones sociales, de la estructura social, de la naturaleza misma parecería estar dada de una vez y para siempre. El orden de las cosas se aproxima en el imaginario a lo natural: rara vez se le cuestiona, los cambios que se verifican en dimensiones más extensas que la dimensión de cada uno de los sujetos suelen pasar inadvertidos en la mayoría de las ocasiones. Incluso en este tiempo en que los científicos llaman la atención a un cambio climático que podría poner bajo el agua ciudades tan importantes como Londres o Nueva York; en este tiempo en que las reservas de petróleo están a punto de agotarse sin que hayamos resuelto cómo sustituir el importante papel de este hidrocarburo en la vida cotidiana de miles de millones de personas; incluso con estos cambios que presenciamos todos los que vivimos en esta transición de un milenio a otro, parecería que la mayor parte de las personas sigue impasible su vida aunque los cambios que afectarán la vida humana como la conocemos están ocurriendo.

El orden imaginario de las cosas parece dado de una vez y para siempre, parece casi natural, ahistórico, atemporal, indiferente ante la muerte de sujetos, instituciones, culturas, pueblos completos. Sin embargo, las crisis se suceden en escalas y dominios distintos: crisis provocadas por desastres naturales que sepultan miles de personas, crisis económicas que depauperan a los pueblos, crisis políticas que desembocan en guerras interminables. Con todo y que estos hechos revelan que la estabilidad es más bien imaginaria, la idea de la trascendencia en el tiempo organiza imaginarios de vida en los que el futuro aparece como un punto distinto —más próximo o más cercano— al que se llega por un camino construido por las certezas del presente que encuentran su soporte principal en el hecho de que las cosas no cambian demasiado en el paso de unas décadas, de unos cuantos años. En el caso de que una crisis ponga en entredicho la seguridad que proviene de lo estable, de una u otra manera es posible reconstruir el orden, aunque por casualidad este orden reconstituido sea también un orden distinto del anterior. Pero orden al fin, el paso del tiempo lo acerca siempre a la naturaleza, de modo que los hechos que desencadenan nuevas prácticas e imaginarios sobre ciertos fenómenos de la vida parecen desdibujarse en las profundidades de la memoria histórica de las sociedades. Este es el caso del sida. Para quienes nacieron a principios de la década de 1990, aquéllos que ahora mismo tienen

menos de dieciocho años, el sida es otra enfermedad de transmisión sexual, quizá como para personas de mayor edad lo fue el sífilis o la gonorrea, de la que es necesario andar precavidos para no contagiarse. Cuando la historia —o el mito— del origen de esta epidemia se reelabora en ciertos espacios de la vida de las personas, aparece como algo que es casi imposible creer. Incluso, ni los mismos portadores del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) tienen por qué conocer la historia, quizá lo más que saben de este relato es que ellos se convierten en anónimos protagonistas del drama en el momento en que son declarados seropositivos y socialmente se les recuerda que en su misma condición se encuentran millones de personas alrededor de todo el mundo. Pero el relato es real, por más que en ocasiones parezca el guión de una película de suspenso o la reescenificación de un drama que pudo haber tenido lugar hace siglos, cuando la medicina occidental no disponía de métodos eficaces para contener las epidemias mortales.

El sida nació en un momento y lugar propicios para que en torno a él se haya articulado un complejo de terrores sociales del que no han terminado de librarse los propios portadores del VIH, convertidos en símbolo de la enfermedad. El sida nació siendo un fantasma hecho de fantasmas. Este espectro de nuestro tiempo, este *mal de nuestro siglo* —como se le llama con frecuencia— posee la fuerza suficiente para modificar los hábitos sexuales de muchas personas desde que apareció en la escena social; ha sido motivo de la apertura social a otros fantasmas que conforman el complejo sidático como la sexualidad en general y la homosexualidad en específico; el sida ha sido motor de la emergencia de grupos que, como los homosexuales, habían quedado relegados a la penumbra de la sociedad.³

Por supuesto, la aparición de la epidemia de VIH-sida activó a ciertos agentes que “naturalmente” tenían que participar en la manipulación de la epidemia debido a las características que tuvo esta en su origen. Un peligro como el que implica la aparición de una epidemia como el sida, de gran alcance y cuya difusión corre a cuenta de ciertas prácticas que se consideran privadas, *íntimas*, siempre será causa de la movilización de distintos actores en la escena pública. Los primeros interesados son los miembros de la comunidad científica, pero en la medida que la epidemia toca otras estructuras sociales, también moviliza a los agentes de la política, a los representantes de las religiones, y desde luego a la sociedad civil.

En las siguientes páginas se retoma el tema de la historia de la epidemia, especialmente la historia de los primeros años después de su aparición. Esta revisión puede ayudar a comprender tanto las

³ En el caso de México, han sido especialmente los hombres homosexuales los que han cargado con el estigma del VIH. Cosa distinta ocurrió en los Estados Unidos o en Europa, donde la culpabilización por la difusión de la epidemia fue compartida también por los migrantes, especialmente los de origen africano o caribeño.

relaciones en el campo de la manipulación de la epidemia como las implicaciones de esta manipulación temprana de la epidemia en la conformación de un complejo de representaciones sobre el sida que permanece hasta la actualidad —aunque quizá cada vez más diluido— en el sentido común sobre la enfermedad. El punto central es que, a pesar de los grandes avances en la terapéutica de los seropositivos y las estrategias de control de la epidemia, el sida permanece y sigue creciendo silenciosamente en la sociedad, a pesar de que durante buena parte de la década de 1980 llamó poderosamente la atención de los reflectores de los medios masivos de comunicación. Desde mi punto de vista, toda la manipulación simbólica de que ha sido objeto el sida en los más de veinticinco años —que se sepa, claro, porque hay numerosas voces que afirman la existencia de la epidemia desde hace más tiempo— que los humanos llevamos conviviendo con el virus.

Una breve historia del origen de la epidemia

Durante el período de octubre de 1980 a mayo de 1981, cinco hombres jóvenes, todos ellos homosexuales activos, fueron atendidos a causa de una neumonía por *Pneumocystis carinii* confirmada a través de una biopsia en 3 hospitales distintos de Los Ángeles (California). Dos de los pacientes murieron. Los cinco pacientes habían padecido o presentaban en ese momento una infección por citomegalovirus (CMV) confirmada por pruebas de laboratorio así como una infección mucosal por *Candida* (*Morbidity and Mortality Weekly Report*, 5 de junio de 1981, traducción libre).⁴

De esta manera inicia la nota de junio de 1981 aparecida en el *Morbidity and Mortality Weekly Report* del Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por sus siglas en inglés) que es considerada como el primer reporte oficial de casos de sida en todo el mundo. Aunque en un primer momento se llegaron a plantear hipótesis acerca de la naturaleza de esta enfermedad, pronto fueron detectados otros casos similares en otras partes de Estados Unidos y en Europa. La mayor parte de estos primeros casos correspondían a hombres homosexuales. Ello motivó a que la enfermedad, de la que nada se sabía antes de 1981, fuera llamada como *pink cancer* o *gay peste*, nombres que pasaron a otros idiomas incluidos el español, donde los medios repitieron *cáncer rosa* o *peste gay*. Con todo, el primer nombre propuesto por algunos científicos para esta enfermedad fue GRID (*Gay Related Immune Deficiency*, que puede traducirse aproximadamente como «inmunodeficiencia asociada a la homosexualidad»), sobre la creencia

⁴ *Pneumocystis carinii* es el nombre de un hongo que se aloja en los pulmones humanos, aunque rara vez llega a ocasionar cuadros neumónicos. Un hongo relacionado con *P. carinii* es *P. jirovecii*. Ambos son los causantes de neumonías por *Pneumocystis* (PcP), que es una de las enfermedades oportunistas relacionadas con la infección crónica por VIH y también uno de los criterios que permiten la declaración del sida en pacientes seropositivos.

en que el complejo de síntomas descritos en los reportes médicos tenía origen en ciertas prácticas de los homosexuales con una vida sexual activa. Entre estos hábitos se señalaba el uso de *poppers*,⁵ unos altos índices de promiscuidad⁶ y el empleo de drogas intravenosas.

Bien pronto se observó cómo la epidemia salía de los límites del grupo de personas con prácticas homosexuales, para afectar también a pacientes hemofílicos, usuarios de drogas intravenosas, trabajadores sexuales (hombres y mujeres, homosexuales o no), inmigrantes caribeños o africanos, los hijos de personas contagiadas... La lista de grupos entre los que la epidemia se hizo presente dejaba inutilizado un concepto que definía a una enfermedad relacionada con los homosexuales y sus prácticas, de modo que fue necesario redefinirla. El 27 de julio de 1982 fue propuesto el nombre *acquired immune deficiency syndrome* (traducido al español como *síndrome de inmunodeficiencia adquirida*) para denominar a la enfermedad, nombre que tomó desde entonces y hasta nuestros días.

Muchas hipótesis se adelantaron sobre el origen de la enfermedad y desde las más diversas posiciones. Correspondió a Luc Montagnier (en Francia) y Robert Gallo (en Estados Unidos) pasar a la historia como los primeros en determinar el agente etiológico del síndrome, cada uno por su lado y aproximadamente al mismo tiempo. Este hecho provocó disputas entre Francia y Estados Unidos que fueron dirimidas en tribunales, y concluyó con el reconocimiento de Montagnier y Gallo como los descubridores del virus, que fue llamado *virus de la inmunodeficiencia humana* (VIH),⁷ por encima de los propuestos por los descubridores: *virus asociado a la linfadenopatía* (LAV, propuesto por Montagnier y su equipo) y *virus T-linfotrópico humano* (HTLV-III, propuesto por Gallo).

Por un lado, como ya hemos mencionado, estaban aquéllos que relacionaban directamente el origen de la epidemia en ciertas prácticas comunes de los homosexuales. También hay quien

⁵ *Poppers* es el nombre común de varios nitritos alquílicos que son empleados con propósitos recreativos. Su inhalación provoca el relajamiento de los músculos y de los esfínteres, notablemente el ano y la vagina; amén de producir un aumento en el pulso cardíaco. Estos y otros efectos de esta sustancia en el cuerpo estimulan el deseo sexual, por lo que son muy socorridos por personas que desean aumentar su actividad sexual. Fueron muy populares entre los homosexuales estadounidenses entre la década de 1970 y 1980. En México estas sustancias —conocidas con el nombre de *popersa*, aunque cada vez parece más común el uso del término en inglés— se comercializan clandestinamente. Varios países han prohibido su venta o mantienen bajo control médico el uso de esta sustancia, que también se emplea en el tratamiento de algunas enfermedades de las vías respiratorias.

⁶ Varios de los primeros casos declarados de sida eran homosexuales que frecuentaban lugares como los baños públicos, donde sostenían relaciones sexuales con varias personas.

⁷ En numerosos textos médicos aparecen siempre las siglas en inglés HIV, aunque parece más común el uso de las siglas en español en México, principalmente porque son las que se emplean en los programas de prevención y en los medios de comunicación. En cualquier caso, no es muy común en el habla popular la distinción entre el sida y su agente etiológico, el VIH.

sostiene que el virus se ha encontrado históricamente entre algunas poblaciones humanas, lo que no se descarta sobre todo con base en el descubrimiento de cepas del virus en personas de varias partes del mundo que murieron décadas antes de la aparición de los casos de California reportados en 1981.⁸ Por otro lado, estaban los que creían que la epidemia tenía un origen externo a los centros en los que se detectó por primera vez la epidemia (especialmente los Estados Unidos y Europa). La hipótesis más aceptada por la mayor parte de los virólogos sostiene que el virus es originario del África ecuatorial, puesto que el virus de inmunodeficiencia simia (VIS) que ataca a algunos primates de aquella región es sumamente similar al VIH. El modo en que pasó a los seres humanos fue y sigue siendo objeto de especulaciones científicas. Hay quienes sostenían que pasó a través de cópulas zoológicas de los habitantes de las regiones selváticas del centro de África; otros sostienen que fue a través de la ingesta de carne contaminada de algunas especies de monos.

Estas teorías sobre el origen de la enfermedad, que comparten en mayor o menor grado el origen africano del sida, la alta probabilidad de que el virus se encontrara presente entre los humanos desde hace algún tiempo, y que el VIH sea una mutación del virus de inmunodeficiencia simia; estas teorías, decía, no poseen el monopolio de los productos del aparato científico sobre el origen de la epidemia. No son pocos los científicos que sostienen que el virus de inmunodeficiencia humana no existe, aunque casi todos aceptan la existencia del sida. Sin embargo, para algunos la inmunosupresión asociada al sida declarado tiene su origen en hábitos en los malos hábitos alimenticios de las personas, el estrés o cualquiera otra causa relacionada con el modo de vida de los seropositivos (Girardo, 2002). También se llegó a plantear una teoría del complot, según la cual, el virus de inmunodeficiencia humana podría haber sido producido en los laboratorios de la Unión Soviética (*The New York Times*, 11 de septiembre de 1985), cada uno con el propósito de provocar una catástrofe en esas potencias mutuamente hostiles, en el marco de la Guerra Fría. De acuerdo con algunas encuestas realizadas en Francia, los hombres homosexuales de aquel país sostenían que el sida era un invento para desalentar la asunción de una orientación homosexual (Pollak y Schiltz, 1991).

La historia de la epidemia no es ajena a una serie de cambios en las posturas oficiales sobre la definición del sida. Pero el conocimiento científico no puede entenderse como un monolito, y las instituciones oficiales están lejos de tener el monopolio sobre la producción científica. Por ello, muchas de las tensiones básicas que se encuentran en las distintas posturas que asumen los agentes involucrados en el campo tienen un argumento científico que, cuando contradice

⁸ Entre estos casos se encuentran Robert R., joven afroamericano fallecido en 1969 (*Time*, 9 de noviembre de 1987); Arvid Noe, marinero noruego fallecido en 1976 (*British Medical Journal*, 20 de diciembre de 1997); y Marghret Rask, cirujana fallecida en Zaire (la actual República Democrática del Congo) en 1977 (Shilts, 1987).

abiertamente la visión oficial sobre el sida, suelen ser llamadas *pseudocientíficas*. La historia muestra que los argumentos científicos han sido empleados en muchas ocasiones para respaldar posturas que poca relación guardan con la discusión puramente teórica sobre la epidemia. Sobre todo en los primeros años después de la aparición del sida, florecieron un conjunto de visiones encontradas muchas de las cuales han pasado al imaginario “popular” —y entendemos *popular* por más extendido, no necesariamente en una condición subordinada— sobre la enfermedad. Es notable que muchos de los contenidos simbólicos del sida tengan su origen en discursos más antiguos, algunos sobre otras enfermedades y muchos sobre los fantasmas asociados al sida, pero estas manipulaciones simbólicas tuvieron lugar en un tiempo y espacio determinado, en el que no es la permanencia de una memoria “colectiva” la que garantiza la permanencia de imaginarios posteriores que se reactualizaron en tiempos del sida. Las disputas públicas al interior del mismo aparato científico internacional por la producción de una definición única del sida, aunada a las disputas entre esta esfera y la esfera religiosa, y los asuntos de orden político, jurídico y social que se desencadenaron con la epidemia tuvieron como una de sus arenas principales a los medios masivos de comunicación, que no sólo fueron espacios sino agentes en este debate. Así, la pandemia del sida se convirtió en una de las enfermedades que ha contado con mayor publicidad en la historia del mundo.

El sida en México

Es la nueva enfermedad que está matando a la gente,
que no respeta la edad ni tampoco se detiene.
El sida, el sida, el sida, el sida...

Isaac Villanueva Mendoza: *La cumbia del sida* (1986).

En México, los primeros casos conocidos de sida corresponden al año 1983. Al igual que estaba ocurriendo en otras partes del mundo, los primeros casos conocidos correspondieron a homosexuales, usuarios de drogas intravenosas, pacientes hemofílicos y los compañeros sexuales de algunos casos confirmados. En buena parte, el complejo fantasmagórico del sida en su versión mexicana parece ser un producto de la adecuación de los contenidos simbólicos de la epidemia directamente desde los Estados Unidos. Esto fue posible porque ya desde antes que se rompiera el silencio sobre la presencia de la epidemia en el país,⁹ los medios habían hecho públicos los

⁹ México no fue el único país en el que se ocultó la información sobre los primeros casos de sida en el mundo. De acuerdo con una investigación de *Deutsche Welle*, en Rumania ocurrió una circunstancia similar bajo el régimen de Nicolae Ceaușescu. Otro caso documentado de ocultamiento de la información sobre la epidemia es el de Cuba, donde, además, se implementó una política de segregación de los pacientes seropositivos, que fueron confinados en el Hospital Territorial Cárdenas.

acontecimientos en Estados Unidos y Europa, y fueron la tribuna desde la que representantes de las partes que comenzaban a configurar el campo del sida en México hicieron públicas sus agendas, posturas y creencias acerca de la enfermedad.

El silencio del sistema estatal mexicano de salud pública sobre la epidemia fue roto en agosto de 1985, cuando varias personas dieron a conocer la cifra de pacientes infectados con VIH en México hasta agosto de 1985.¹⁰ Para ese momento, el sida ya había sido bautizado en Estados Unidos con el nombre que lleva actualmente, pero la tensión que provocaba la presencia de la epidemia era todavía palpable, aunque fuera sólo por los medios de comunicación. A pesar, pues, de todo el conocimiento que sobre la epidemia se había producido en un tiempo relativamente breve, la discusión social no estaba centrada únicamente en la cuestión de la amenaza sanitaria que representaba el sida, sino en un conjunto de discusiones que produjeron el imaginario que sostiene ciertas prácticas segregacionistas de los pacientes hasta nuestros días, a más de veinte años (Mejía, 1989: 31-33).

Por ejemplo, para Girolammo Prigione —que tras la reforma que dio reconocimiento a las asociaciones religiosas en México fue nombrado nuncio apostólico en el país—, el sida se reducía a una actualización de la Sodoma y Gomorra de la mitología judeo-cristiana: *¡Sodoma y Gomorra...! En el fondo es eso. Es el símbolo de este vicio que ha tomado más auge en el pasado. El SIDA me hace pensar en esas oleadas de apestados que hace siglos aterrorizaban y asolaban a las comunidades* (citado en Mejía: 30). En el mismo tenor se manifestaba el jefe del Departamento de Gastroenterología de la UNAM, el doctor Cipriano Borges Cordero. En sus palabras, el sida podía explicarse como un mal que había estado presente desde los tiempos bíblicos, puesto que *buscando en la literatura, y sobre todo en el mejor libro que existe, la Biblia, hallé en los capítulos I y II del Génesis el castigo que se abatió sobre cuatro de las ciudades de la primitiva Pentápolis a causa del pecado de la sodomía [...] Quizá debido a este antecedente bíblico se llame Pentápolis estadounidense a Nueva York, San Francisco, Los Ángeles, Miami y Newark, donde se concentra el 70% de los casos de SIDA ocurridos en Estados Unidos* (en *Siempre!*, 24 de agosto de 1985). Menos afines a la teología cristiana, el secretario de Salubridad, Guillermo Soberón; así como el presidente de la Asociación de Médicos Mexicanos, Manuel Cervantes; llamaban a la población a guardar la calma ante la enfermedad. El primero afirmaba

¹⁰ Es más propio decir *las cifras*, en plural, porque en el caos informativo cada fuente daba un número distinto. Para el Instituto Nacional de Nutrición, eran 50 casos; para la Asociación de Médicos Mexicanos, 85; el cálculo de una periodista de *Excélsior*, basada en los conteos del IMSS, ISSSTE y la Secretaría de Salubridad y Asistencia era de 90; Guillermo Soberón, titular de Salubridad, declaró que el número oficial era de 63 casos, de los que sólo 17 estaban comprobados (Mejía, 1989: 31). De acuerdo con datos del Censida (2006), los primeros casos de VIH en el país datan de 1983.

que de los 63 casos reportados a la secretaría a su cargo, sólo 17 habían sido confirmados, razón por la que los mexicanos deberían estar tranquilos; el segundo se mostraba ingenuamente confiado en que la epidemia causaría menos estragos en México que en los países más desarrollados, puesto que *nuestra población tiene mayores defensas naturales al estar expuesta desde temprana edad a una gran gama de gérmenes* (en Mejía, 1988: 31).

El sida se presenta en una situación de crisis. No debe olvidarse que en México, 1984 fue un año en el que ocurrió uno de los peores desastres industriales que se recuerden en el país —las legendarias explosiones de San Juan Ixhuatepec (estado de México). Menos de un mes después que Soberón hubiese aceptado la existencia de 63 casos de sida —aunque los mexicanos teníamos por qué preocuparnos demasiado, porque *sólo habían sido confirmados 17*— ocurrió el sismo del 19 de septiembre de 1985 que dejó devastada buena parte de la Ciudad de México y otras ciudades de la república, como Ciudad Guzmán (Jalisco) y Lázaro Cárdenas (Michoacán). Por estos hechos, es probable que los miedos derivados de la presencia del sida en el país formaran, en aquél tiempo, parte de un complejo mayor de circunstancias críticas a las que los mexicanos debían enfrentar —incendios, crisis económica, inflación, terremotos y sida—. A ello súmese la incapacidad de las instituciones oficiales para brindar certezas sobre la seguridad sanitaria de la población ante el sida —fenómeno que se repitió alrededor de todo el mundo— y la muy desmejorada imagen pública de las instituciones estatales de salud. Todo se configuraba para enfrentar una crisis social de grandes dimensiones, como aseguraba *La Jornada* en una nota periodística de 1986, a propósito de las discusiones políticas relativas a la manipulación de la epidemia.

Turner (1957: 93; traducción libre) decía que los dramas sociales son *una zona de transparencia en la superficie por lo demás opaca de la vida social ordinaria [...] A través de ellos podemos observar cómo operan los principios fundamentales de la estructura social*. Los dramas sociales son aquéllos momentos críticos en el devenir histórico de una sociedad en los que un hecho es capaz de poner en tela de juicio las estructuras sociales. Propongo que el sida es un drama social, y lo que muestran los interminables debates sobre el manejo oficial de la epidemia es la tensión entre dos grandes sistemas de creencias que se disputan la *producción del sentido común* (Bourdieu, 2000). Se trata de una reactualización de la lucha simbólica entre la ciencia y la religión. La primera, desde mediados del siglo XIX fue elevada por decreto a la categoría de ideología del Estado liberal surgido de la Guerra de Reforma, y la segunda goza de una clientela importante de mexicanos, un pueblo cuyo 80% de sus miembros se declaran católicos. Lo que ponen de manifiesto las primeras disputas derivadas del sida es que, contra lo que pareciera por el respaldo oficial al pensamiento racional y científico —imaginariamente opuesto a lo “irracional”,

representado por algunas creencias religiosas—, el imaginario social no está organizado alrededor del discurso biomédico oficial. Esto también se manifiesta en el hecho de que los sistemas alternativos de salud emergen como auténticas opciones para de salud para una parte importante de la población de este país.

El florecimiento de opiniones médicas que más se acercaban a las posiciones de los religiosos no puede entenderse únicamente como expresión del desconocimiento de la epidemia por parte de los científicos mexicanos. De hecho, supongo que al menos los operadores de las instituciones médicas y de investigación científica en el país estaban al tanto en los avances que hasta 1985 presentaban las investigaciones sobre el sida en otras partes del globo terráqueo, donde se había bautizado a la enfermedad —poniendo punto final al nombre popular *cáncer rosa o lila; peste gay* que se habían empleado en los medios de comunicación y en el habla popular, y que pasaron desde entonces a formar parte del conjunto de expresiones incorrectas sobre la epidemia, junto con la palabra *sidoso*— y estaba por descubrirse el agente etiológico del sida. Más bien, parece que el discurso judeo-cristiano que sobre la enfermedad que sostienen tanto la iglesia católica como otras denominaciones cristianas comenzó a organizar el sentido común sobre el sida desde el principio hasta la actualidad. De esta organización religiosa del campo, no pueden escapar ni los propios científicos, en especial cuando su ciencia se muestra insuficiente para explicar los hechos de la vida real.

En contraste con el tardío consenso científico sobre la índole de la epidemia, sus causas y la manera en que se transmite, la iglesia católica y otras religiones cristianas disponían de una postura oficial desde antes de la aparición de esta “nueva” enfermedad, posición que no requería mayor investigación en la medida que, para la teología cristiana, la enfermedad es uno de los muchos males que cayeron sobre los seres humanos tras la comisión del pecado original, que es la primera desobediencia mostrada al dios creador. Este pecado original es una marca que arrostran los seres humanos desde entonces y para siempre, por lo que, siempre según la teología judeo-cristiana, serán pecadores por la eternidad. El pecado, como desobediencia a la ley divina, conlleva un castigo, al menos en la religión católica. Imágenes sobre los castigos que recayeron sobre los que atentaron contra las leyes naturales (divinas) de la sexualidad son de sobra conocidas, como aquellas a las que recurrió Priggione para homologar el sida con una nueva Sodoma y Gomorra ubicua. Sodoma y Gomorra como metáforas del sida, o el sida como metáfora moderna de ellas, representan la desaprobación no sólo hacia las prácticas homosexuales, sino a toda aquella práctica que implique el ejercicio de la sexualidad con otros fines ilegítimos —aquellos que no tengan como propósito la procreación dentro de la institución matrimonial—: la prostitución, la promiscuidad, la infidelidad...

La ciencia había comenzado, pues, la disputa por la hegemonización del sentido común sobre el sida, porque su contraparte imaginaria, la religión, ya le llevaba ventaja tanto en la velocidad con que propuso respuestas a las preguntas sobre el origen de la epidemia como por su alcance social, en el contexto de una crisis social más amplia en el caso de los mexicanos. La aparición del sida *reveló los límites de la autoridad médica respecto a las enfermedades infecciosas y crónicas. El sida era infeccioso, pero no podía ser curado con facilidad, ni siquiera era controlable* (Toumey, 1997: 482; traducción libre). Ante una enfermedad de tales características, la ciencia biomédica no podía ser garantía de seguridad para nadie, incluidos los propios médicos y otros trabajadores técnicos de la salud. Una enfermera del INER recuerda de este modo el trato hacia los pacientes.

Nadie entraba a los cuartos de los seropositivos. Decían que estaban *sidosos*, que les iban a *pegar* el sida. En las puertas de los cuartos había unas marcas que nos avisaban de dónde estaban los pacientes con sida, y era muy feo porque la gente pensaba que se podía contagiar nomás de entrar allí, y nadie entraba sin miedo, ni menos los familiares, que a veces estaban muy asustados. Los encargados de llevar la comida a los pacientes dejaban las charolas en la entrada de los cuartos, porque les daba miedo entrar. Las otras enfermeras se cubrían completitas, porque pensaban que el sida estaba en el aire y que podían contagiarse. Los médicos *no se medían* con los pacientes, algunos hacían cara de *fuchi*, y no les gustaba mucho entrar en los cuartos. Si uno de los pacientes quería ir al baño, le pasaban un *cómodo* o un *pato*, pero no los dejaban entrar a los baños porque decían que podían dejar el sida por ahí; y luego no recogían [el personal de limpieza] la suciedad, la dejaban ahí, y eso era una peste que no se aguantaba (Belina, enfermera, 13 de mayo de 2006).

En México, la investigación científica sobre la epidemia no hizo grandes aportes en los primeros años de la epidemia. Parece que ocurrió, mirando los hechos con varios años de por medio, que los ecos de las discusiones que tenían lugar en otros países se trasladaron a la discusión local. Pero estas discusiones no encontraban las fuentes de sus argumentaciones exclusivamente en los conocimientos científicos, como lo muestra el caso de Borges Cordero. Es cierto que la ciencia goza de un gran prestigio social, capital que fue movilizad posteriormente para definir políticas oficiales para la manipulación institucionalizada de la epidemia, pero por lo menos hasta antes de la definición de una postura oficial, las interpretaciones de la epidemia y las respuestas a preguntas trascendentales como el origen y el por qué de la epidemia de sida tuvieron amplios márgenes para su elaboración, incluso elaboraciones basadas en una realidad de los mexicanos, como la proporcionada por Manuel Cervantes, para quien el sida no llegaría a tener la misma dimensión en México que aquella que estaba teniendo en los países desarrollados debido a las condiciones insalubres de la vida de buena parte de los mexicanos.

Los avances en las investigaciones sobre el sida en otros países habían provisto de conocimiento sobre los modos de transmisión de la enfermedad desde 1983 (Shilts, 1988: 301), y aunque en ese mismo año había adelantos sobre el descubrimiento del VIH —el aislamiento del virus LAV en el Instituto Pasteur de Francia, publicado en mayo de 1983—, el sentido común en el contexto del *destape* de la epidemia en México seguía dominado por las metáforas de la peste y el castigo a los homosexuales, como lo siguió hasta bien entrada la década de 1990 y no ha podido ser hegemonizado por el discurso científico hasta el momento. Notas periodísticas sobre actos de odio contra los homosexuales —hombres y mujeres, porque básicamente se creía que la conducta sexual era la que determinaba el contagio de la enfermedad¹¹— en esos años abundan. En medio del estupor causado por la aceptación de la presencia de la epidemia en México, voces de distintos actores clamaban por tomar acciones expeditas para poner punto final a la sucursal mexicana del sida. Desde luego que no quedaron descartadas nunca las peticiones de reclusión obligatoria para todos los seropositivos y personas sospechosas de serlo.¹²

Sobre este punto en particular, hay que señalar que el caso de México no es el único en el mundo donde las representaciones del sida se encontraban en una tensión entre el conocimiento producido por los investigadores especializados y las ideas importadas de otros sistemas de representaciones. Uno de los casos mejor documentados de este tipo es la campaña de Lyndon LaRouche¹³ y su grupo PANIC (siglas en inglés de *Prevent AIDS Now Initiative Committee*) en torno al referéndum de 1986 para la aprobación de una política sobre VIH-sida —de corte radicalmente conservador y segregacionista— en California (Estados Unidos). LaRouche y otros personajes afines a él y a su ideología conservadora habían profetizado en 1973 el advenimiento de una epidemia catastrófica que destruiría a los Estados Unidos. Cuando el sida hizo su aparición en la escena pública, el antecedente de 1973 le colocaba en una posición de prestigio desde la que le fue posible difundir con relativo éxito una *contrateoría* sobre el sida. De acuerdo con LaRouche, la infección por VIH era causal del sida —punto de acuerdo con el conocimiento científico contemporáneo—, aunque se mostraba en oposición en otros temas. Para los

¹¹ Uno de mis entrevistados recordaba que cuando estaba en secundaria (a principios de la década de 1990), un compañero suyo le dijo que los *jotos* hacían el virus, que éste nacía de la cópula homosexual entre dos hombres y dos mujeres, y que no importaba que los dos estuvieran sanos: si una pareja de hombres o mujeres tenía relaciones sexuales, seguro quedarían infectados por el VIH.

¹² En la República Federal Alemana las cárceles del Estado estaban siendo empleadas para recluir a los pacientes con sida (*La Jornada*, 28 de agosto de 1985). En Cuba se creó una Prisión Regional del SIDA en Santa Clara. En México, también en agosto de 1985, la Asociación Nacional de Padres de Familia solicitó al gobierno la reclusión de los homosexuales en cavernas *para evitar que propaguen el cáncer lila* (Mejía, 1988: 31).

¹³ Lyndon LaRouche fue un activista identificado con el marxismo en los Estados Unidos entre las décadas de 1950 a 1970. En este último decenio, LaRouche inició un cambio en su orientación política y llegó a ser uno de los principales defensores de la iniciativa de defensa nacional estadounidense propuesta por el presidente Ronald Reagan en 1980. Posteriormente fue encarcelado bajo cargo de corrupción. Salió libre en 1994, y desde entonces, parece que su carrera política ha vuelto a la oposición hacia el gobierno de Estados Unidos.

larouchistas, el virus la causalidad del sida podía transmitirse por contacto causal o por picaduras de mosquitos, y como medida preventiva se desechaba el sexo seguro. LaRouche apelaba a la reclusión de los seropositivos y la obligatoriedad de las pruebas ELISA para las personas sospechosas de portar el virus, en especial ciertos grupos históricamente marginados de la sociedad estadounidense (Freeman, 2006).¹⁴

La campaña mediática emprendida por LaRouche y su grupo PANIC con miras a obtener el apoyo popular a la Propuesta 64 estaba centrada en tres puntos: en primer lugar, la crítica al aparato científico internacional, que se había mostrado incapaz de controlar la epidemia y brindar una cura para la enfermedad; en segundo lugar, el carisma de Lyndon LaRouche; y en tercer lugar, la reivindicación de las competencias científicas de los disidentes a la teoría oficial biomédica sobre la epidemia. *No cabe duda que la Proposición 64 apelaba a la homofobia, a los miedos al contagio, y otros sentimientos, de tal manera que el voto en noviembre de 1986 reflejó múltiples capas de significados que era imposible separar y cuantificar* (Toumey, 1997: 492).

Los ecos de la contrateoría larouchista retumbaron en los sectores conservadores de varias partes del mundo, incluido México, donde posturas como la de la Asociación Nacional de Padres de Familia o Provida —ambas de filiación católica conservadora— estaban montadas en torno a la duda razonable sobre las certezas que proporcionaba el conocimiento científico y a ciertos imaginarios del miedo que se encontraban ya arraigados en la cultura del país para legitimar socialmente una posible reclusión de los seropositivos para librar a la sociedad de la epidemia. En México, como hemos señalado, en torno a 1985 la ANPF había solicitado la reclusión de los homosexuales y, posteriormente, tanto esta organización como Provida y el propio clero eclesiástico han combatido las campañas de prevención de contagios de VIH basadas en la promoción del condón. Las ideas preconizadas por LaRouche no eran del todo originales —el ostracismo era pan de cada día para los seropositivos y otros grupos marginados desde la aparición de los primeros casos de sida en cada país—, como sí lo fueron algunas de sus estrategias mercadotécnicas que le permitieron obtener 2 millones de votos en el referéndum de 1986, cantidad significativa aunque no suficiente para promover a rango de ley su propuesta. El programa larouchista y el que han seguido varias organizaciones conservadoras en México

¹⁴ El artículo de Freeman al que se hace referencia arriba apareció en la revista larouchista *EIR* de octubre de 2006. Entre otras cosas, afirma que existe un número desproporcionado de casos de sida entre la población afroestadounidense en comparación con la población caucásica de ese país, y presenta una tabla que contiene los porcentajes de seropositivos negros en las ciudades con las más elevadas tasas de incidencia de VIH-sida en los Estados Unidos. Con más del 80% del total de los seropositivos negros en cada urbe aparecen Jackson (Virginia), Baltimore (Maryland) y Baton Rouge (Luisiana). En otras palabras, la manipulación de datos epidemiológicos sirve de sustento a un argumento claramente racista y simplificador de la realidad del sida en esas ciudades estadounidenses.

respecto al sida alimenta a los miedos de la sociedad y se alimenta de ellos, y el paso de los años ha convertido a todas estas ideas radicales —por opuestas al sistema— en una suerte de mitos modernos que continúan en circulación bajo cuerda entre algunos sectores de la población.

En este marco global de la crisis sanitaria provocada por el sida, terreno fértil para el florecimiento de ideas segregacionistas como las expuestas arriba, la Organización Mundial de la Salud hizo un llamado a establecer comités de lucha contra el sida en todos los países (Magis y Parrini, 2006: 16). La respuesta mexicana llegó en febrero de 1986 con la creación del Comité Nacional para la Investigación y Control del SIDA. Este hecho marca el inicio de una estrategia oficial para posicionar al Estado como el agente hegemónico en el naciente campo mexicano del sida. A diferencia de lo ocurrido en los Estados Unidos, donde los mecanismos jurídicos permiten la participación popular en la definición de las políticas públicas, en México la imposición de las definiciones científicas se llevó a cabo por decisión del Estado, y desde entonces es el Estado el que coordina las acciones sociales relacionadas con la manipulación de la epidemia. Entre las primeras acciones tomadas de modo oficial por las instituciones gubernamentales mexicanas en lo relativo al control de la epidemia se encuentra la supresión del comercio sanguíneo y la obligatoriedad de la prueba ELISA para la sangre empleada en transfusiones en 1987.¹⁵ Asimismo, correspondió al comité iniciar la primera campaña de difusión sobre la epidemia en ese mismo año, con folletos y algunos anuncios publicitarios en televisión y radio (Rico *et al*, 1995: 645).

La creación de agencias especializadas en la epidemia, tanto a nivel mundial como en el ámbito local mexicano constituye un parteaguas en la historia de la epidemia de sida. Los gobiernos y organismos internacionales buscaron mediante este tipo de acciones organizar la arena de discusión social en torno a los productos de la ciencia, de modo que ésta pasó a convertirse en discurso dominante en la discusión. De hecho, ya lo había sido desde la aparición de los primeros casos, pero la floración de ideas anti-científicas y conductas sociales orientadas por representaciones distanciadas del conocimiento producido por la ciencia hasta mediados de la década de 1980 es una señal de la liminalidad que produjo el sida en todo lugar donde fue apareciendo. Recordemos con Turner que la liminalidad es aquella situación social en la que las jerarquías se trastocan, las estructuras se truecan en relaciones antiestructurales donde las distinciones sociales anteriores pierden sentido para los sujetos que se convierten en *personae liminale*. Estos períodos de liminalidad no son resultado únicamente de momentos rituales en su sentido restringido del tejido entre el mundo de lo profano y lo sagrado-divino. Ante todo,

¹⁵ La investigadora Patricia Wolkow, del Instituto Nacional de Cancerología, sostiene que una parte importante de la responsabilidad de la expansión de la epidemia de VIH se debió al comercio de sangre y las medidas tardías que sobre éste se tomaron en todo el mundo.

debemos entenderla como resultado de un proceso en el que un sujeto o un colectivo están transitando de un estado a otro, de un proceso mediante el cual una sociedad resuelve una crisis que detona el movimiento de múltiples esferas de la estructura social. Vista en la distancia, la aparición del sida provocó este trastocamiento de la estructura y dio lugar a la formación de una red de relaciones antiestructurales entre los agentes que intervinieron en el campo, donde los temas religiosos, políticos y científicos se mezclaron unos con otros, produciendo un conjunto de ideas y discursos sobre la enfermedad que en muchas ocasiones tenían poco qué ver con los productos de la ciencia y en otros casos eran resultado de un *collage* de ideas tomadas de distintos sistemas de pensamiento que actuaban sinérgicamente como dadores de sentido a la crisis. En este contexto, cada uno de los agentes invirtió una cantidad considerable de recursos, pero no necesariamente con el propósito de poner fin a una situación más o menos peligrosa según el punto de vista que se tomara —el secretario de salud Jaime Sepúlveda Amor y su parsimonia ante los 63 casos reportados; la iglesia alarmada por esta enfermedad vista como una plaga más que anunciaba una catástrofe social mayor; los homosexuales y lesbianas perseguidos con saña por gente de carne y hueso, pero también por medios de comunicación e instituciones—, sino también como parte de una lucha histórica entre dos visiones del mundo antagónicas: la del Estado laico y la de la iglesia católica.

La lucha entre dos visiones como la ideología laica y la religión, que en nuestro país se dicen opuestas por razones históricas aunque con frecuencia una no actúa sin la anuencia de la otra, se escenifica en cada oportunidad donde la eficacia de la ideología dominante —la de un poder político moderno que se vende a sí mismo a la sociedad como un poder independiente del poder religioso identificado como símbolo del pasado— es puesta en duda por los hechos de la vida social, y la aparición del sida fue una de estas oportunidades. En momentos de crisis, cada persona, cada institución echa mano de los recursos que tiene a su alcance, sin importar etiquetas, puesto que lo importante es evitar que el orden social amenazado permanezca en estado de indefinición por un tiempo demasiado prolongado. En aquél momento, encontrar a los médicos hablando como religiosos y al alto clero católico hablando como religiosos ponía de manifiesto lo mismo que estaba ocurriendo en Estados Unidos en torno a la propuesta larouchista: la recurrencia social a las seguridades que brinda el muy estable sistema de creencias religioso, en contraste con una ciencia en constante movimiento, cuyos capitales simbólicos estaban disminuyendo en todo el mundo occidental ante su incapacidad de dar respuestas satisfactorias al cómo y por qué de la epidemia y la ineficacia de los tratamientos para las personas que ya estaban infectadas.

El problema de fondo es que, mientras la ciencia y las agencias oficiales que la toman como base

en su concepción de la epidemia se han visto precisadas a transformar sus primeras hipótesis sobre la naturaleza de la enfermedad —hipótesis que aproximaron al sida más al antiguo y persistente imaginario de la peste que a la imagen que se tiene hoy de él, y fueron también legitimadoras de la asociación del sida con grupos marginados de la sociedad y el consecuente linchamiento de homosexuales, trabajadores sexuales, drogadictos, inmigrantes originarios de países pobres...— en la medida que las indagaciones en el tema han arrojando nueva luz, el discurso religioso ha modificado su posición sobre la enfermedad de forma, pero no en los contenidos profundos que se encuentran en la llamada *pastoral del sida*. Un panfleto católico sobre el tema hace 16 años afirmaba *El SIDA es la dolorosa punta de un iceberg que nos advierte que la sociedad, alejada de Dios, está profundamente corrompida y va ciegame a la muerte y si no reacciona, a la extinción* (Herrasti, 2002). Este material sigue siendo ofrecido como fuente de consulta para los católicos, aunque la posición oficial de la jerarquía católica es clara: la Iglesia debe apoyar a los portadores de VIH dándoles consuelo y ofreciéndoles el cuidado que los enfermos merecen de acuerdo con la pastoral de los enfermos; y debe ayudar a la prevención mediante los métodos que sean pertinentes siempre que no contravengan otros dogmas básicos. Juan Pablo II —al que uno puede recordar lloroso y abrazado a un niño seropositivo en un templo de San Francisco (Estados Unidos), aunque siempre se negó a que la iglesia a su cargo aceptara y promoviera el uso del condón entre sus feligreses—, pretendiendo la unificación de las posturas eclesiásticas ante la epidemia, emitía este mensaje en 1989.

Ante todo me dirijo, con afligida solicitud, a los enfermos de SIDA. Hermanos en Cristo, conocéis toda la esperanza del camino de la cruz, no os sintáis solos. Con vosotros está la Iglesia, sacramento de salvación, para sosteneros en vuestro difícil camino. Ella recibe mucho de vuestro sufrimiento, afrontado en la fe; está cerca de vosotros con el consuelo de la solidaridad activa de sus miembros, a fin de que no perdáis nunca la esperanza.

De este modo puede entenderse el silenciamiento posterior que eran abiertamente condenatorias de los portadores del virus como la de Girolammo Priggione, aunque, como muestra la historia posterior, en el fondo la iglesia católica sigue considerando como “*ilegítimas*” o “*antinaturales*” a la sexualidad premarital, la homosexualidad, el uso del condón, el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos... De hecho, en México son las representaciones de origen católico sobre el cuerpo, la sexualidad, la enfermedad y la culpa las que parecen organizar el imaginario popular sobre el sida en tanto que epidemia; mientras que la representación sobre el sida como enfermedad de los individuos aparenta ser organizada por temas impuestos desde las instituciones estatales de salud, en la medida que son sujetos de control sanitario por parte del Estado.

Visto de esta forma, parecería que los miembros de una sociedad carecen de cualquier margen de decisión en lo que toca a la producción de sus discursos sobre la epidemia. No es esa la intención, puesto que reconozco que los sujetos son capaces de tomar decisiones independientes y formar una opinión particular. Pero en la medida que cada uno de nosotros forma parte de un dominio social, pensar que la producción de opiniones es un acto de competencia exclusiva de los individuos es igualmente ingenuo. Sin embargo, llamemos la atención a que la formación de la opinión particular de cada individuo se realiza desde unas coordenadas sociales que condicionan la percepción de los problemas de la sociedad. En un contexto como el que se estaba viviendo en la década de 1980, con una indefinición oficial sobre la postura del Estado respecto a la epidemia de sida, el margen para que los representantes de las instancias que se estaban involucrando en el campo expresaran opiniones cercanas o no a las definiciones científicas sobre la epidemia eran demasiado amplias, especialmente en el caso de los miembros de las instituciones de salud, precisamente porque los límites de las competencias oficiales al respecto no estaban claras.

En esta naciente arena política,¹⁶ la aparición de un comité nacional para combatir la epidemia marca el camino que habría de seguir en el futuro la relación entre las agencias del Estado involucradas de una u otra manera en la manipulación de la epidemia. El comité nacional fue reflejo de la delegación del poder político del Estado al campo de la salud, con el propósito de reforzar la legitimidad social de la biomedicina, en crisis ante la ineficacia demostrada. La institucionalización de la agencia estatal en lo relativo a la epidemia del sida tiene su momento fundacional en la creación del Consejo Nacional para la Prevención y el Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Conasida) en 1988. Ambos hechos ocurrieron después del reconocimiento de la existencia del VIH en México, como declara el mismo decreto de creación del Conasida. En este documento legal, el Estado mexicano reconoce *Que la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana se ha constituido en un problema grave para la salud de la población, en virtud de su vertiginosa y fácil diseminación, por lo que es necesario llevar a cabo acciones decisivas para su prevención y control* y concede al Conasida amplias facultades que la convierten en una institución que centralizaría las acciones oficiales de los distintos niveles del gobierno mexicano en lo que respecta a la manipulación de la epidemia, desde la prevención hasta el tratamiento de los enfermos, pasando por la investigación científica en el tema (*Decreto por el que se crea el Conasida*, 19 de agosto de 1988).

¹⁶ Entendemos como *arena* el concepto adoptado por Varela (1984), a propósito de la propuesta de Víctor Turner en *Dramas, Fields and Metaphors* (1974). Varela afirmaba que la sociedad implica fluidos y mareas que pueden desbordar las relaciones entre sus actores. La dinámica de la sociedad a su vez es causa de tensiones entre estos actores, y las arenas son herederas de estos lazos que se encuentran en un constante tira y afloja. En el momento en que se rompe el equilibrio, cuando las tensiones desbordan el campo —en este caso, el campo político—, aparece el drama social.

La centralidad del discurso científico en la arena de discusión mexicana sobre el sida no es resultado, entonces, de un proceso de hegemonización, sino de una decisión tomada desde el campo del poder político, que según Bourdieu, organiza las relaciones en el resto de los campos de la vida social (Bourdieu, 1988). En realidad, aunque la formulación de las disposiciones legales que dieron origen al Conasida —y las posteriores decisiones jurídicas en materia— incluyó la participación de una parte de la sociedad civil organizada, de los partidos políticos y a los propios especialistas en materia de salud pública, las decisiones tomadas respecto a la orientación que tomaría el manejo de la epidemia desde 1988 a la fecha, con algunos cambios, se realizaron a costa de una parte de la sociedad. La biomedicina, jugando desde entonces un papel de ideología del Estado respecto a la crisis del sida, comenzó a organizar la actuación de otros agentes en el campo y su influencia se trasminó a otros dominios de la vida social que de una u otra manera fueron incorporados al campo.

En el campo jurídico mexicano se observa el modo en que la tensión entre las posturas emergentes respecto al sida se fue resolviendo a favor del discurso científico. Los acontecimientos en el dominio jurídico de la vida social mexicana que han tenido lugar respecto a la epidemia que nos ocupa todos estaban orientados a dotar de respaldo jurídico a las nacientes instituciones relacionadas con el sida. En ese sentido, es importante señalar que el conocimiento biomédico fue elevado al carácter de norma jurídica no sólo a través del decreto de creación del Conasida sino por medio de una constelación de disposiciones vinculantes como la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (NOM-010-SSA2-1993, adoptada en 1994). El preámbulo de esta norma justifica su existencia de esta forma:

Las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios del CONASIDA, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.

El texto de esta norma oficial está constituido prácticamente por conceptos importados desde la biomedicina que llegan a fungir como disposiciones jurídicas que pretenden homogeneizar la actuación de las instituciones de salud privadas y públicas en torno a los productos culturales del aparato científico internacional, en consonancia con disposiciones internacionales igualmente basadas en una definición biomédica de la epidemia. Entre otras cosas, la NOM-010-SSA2-1993 adopta de modo oficial los conocimientos científicos sobre el VIH-sida y define como competencia exclusiva de las agencias oficiales del Estado el control epidemiológico de la enfermedad, mediante la notificación obligatoria de nuevos casos detectados de VIH positivo a *la*

autoridad sanitaria más cercana. Incluso, esta norma establece el protocolo unificado del modo en que debe ser comunicado el resultado de una ELISA positiva a un paciente: *La notificación de caso de SIDA o infectado por VIH, se hará en sobre cerrado con sello de confidencial y se dirigirá al titular de la unidad de vigilancia epidemiológica del nivel técnico-administrativo que corresponda, para su manejo en forma confidencial y bajo su más estricta responsabilidad.* Otro dispositivo que regula la actuación de las instituciones públicas de salubridad en el país son la *Guía para el manejo antirretroviral de personas que viven con VIH-sida* (Secretaría de Salud, 2007), en la que se establece la obligatoriedad de un protocolo y ciertas estrategias terapéuticas para encarar los padecimientos que presentan los usuarios seropositivos de los servicios sanitarios del Estado mexicano.

El debate legislativo previo a la aprobación de las primeras disposiciones oficiales adoptadas en el campo jurídico respecto a la enfermedad no tomó, por otra parte, en cuenta las implicaciones sociales de la epidemia. El decreto de creación del Conasida únicamente contempla la adopción de medidas epidemiológicas pero dejó vacíos legales que favorecieron el ostracismo social hacia los seropositivos. De acuerdo con Mejía (1990), sólo por voz de dos diputadas se abordaron otras cuestiones que ya eran bastante claras en el debate público sobre la epidemia: por un lado, que la creación de un programa de prevención de la epidemia basado en la vigilancia estricta de los pacientes podría derivar en un instrumento legítimo de vulneración de los derechos humanos de la población afectada, y por el otro, desde una postura más conservadora, la bancarrota de la moral social, al dejar de lado la promoción de cuestiones como la abstinencia y la fidelidad. De acuerdo con las minutas de las sesiones en el congreso mexicano, la mayoría optó por concentrarse en una discusión bajo *criterios científicos* respecto al carácter de los reglamentos relativos al tratamiento y control de la epidemia, así como a los dispositivos de atención médica de los pacientes. La historia posterior de la epidemia en México ha puesto de manifiesto que las disposiciones jurídicas respaldan el papel hegemónico de la ciencia en la sociedad pero no ponen punto final a las discusiones sobre cómo llevar al nivel de práctica social este conocimiento ni a las disputas históricas entre los actores involucrados en el campo.

La aparición del sida ha puesto en la mesa de discusión no sólo el debate sobre la creación de instituciones públicas, sino otros temas que se han ido asociando en estos años al sida, especialmente en lo que toca a la construcción cultural de la sexualidad, la relación entre las minorías sexuales y el resto de la sociedad, y el derecho a los servicios de salud pública. Como una de las primeras medidas precautorias ante la epidemia, el sistema de salud en México optó por la adopción de una estrategia de promoción de la información sobre el sexo seguro y el uso del condón en toda la población mexicana. Estos programas sacaron a la luz un tema que había

estado invisibilizado por mucho tiempo en la sociedad: la dimensión sexual de las relaciones sociales. Desde la primera campaña de difusión oficial sobre el sida en México, emprendida en 1987, el uso del condón ha aparecido siempre como el único método que puede ayudar a reducir el riesgo de contraer el virus de inmunodeficiencia humana. La introducción del uso del condón entre los mexicanos no ha sido universal, aunque de acuerdo con la Secretaría de Salud, cada año el número de condones distribuidos en el país va en aumento. A pesar de todas las ventajas con las que se presenta al condón en los programas de educación sexual en el país, la estrategia siempre ha sido atacada por la iglesia católica, mayoritaria en México, y otras organizaciones afines a ella.

En nuestra Patria el CONASIDA se ha encargado de anunciar el uso de condones y los ha llegado a repartir en el metro, en las escuelas secundarias, etc. Lástima que todo ello no haya detenido la plaga.

Al banalizar las relaciones sexuales, separándolas absolutamente de su fin propio procreativo, al repartir preservativos al por mayor, al presentar por la televisión los encuentros sexuales sin la más mínima relación con el matrimonio, sin la menor trascendencia, lo que se ha logrado es la promiscuidad en todos los niveles sociales y dado que los condones o no se usan o no son 100% seguros, la pandemia del sida sigue difundándose (Herrasti, 2002).

El centro de la crítica conservadora a la promoción del condón se encuentra en que este método de prevención de nuevos contagios no es completamente seguro. Un condón empleado adecuadamente puede reducir en más de 99% la probabilidad de contraer el VIH, y es también muy eficaz para evitar embarazos no deseados. Pero ese mínimo porcentaje probabilístico comprobado científicamente es el que sirve de base al argumento anti-condón que domina la postura eclesiástica sobre las campañas de prevención del sida en México. Imposible saber hasta qué punto la agenda de la Iglesia condiciona el hecho de que el condón no sea empleado en todas las relaciones sexuales que tienen lugar en el país, puesto que no hay estudios sobre el tema. Sin embargo, es interesante que, como la propia postura oficial, la postura antagónica en el campo del sida en México encarnada imaginariamente por la iglesia católica —aunque en el antagonismo se encuentren otros actores que son menos conocidos, menos públicos, como la disidencia científica y otras denominaciones religiosas— se ha modificado al pasar de los años, tomando incluso como respaldo el propio discurso de las instituciones oficiales de salud. Si hemos visto cómo al principio de la epidemia, la voz de la iglesia se mostró abiertamente condenatoria de los seropositivos y otros fantasmas que ya existían en la sociedad —la sodomía, la licenciosidad sexual del mundo moderno—, la creación de normas oficiales sobre la epidemia y la presión que numerosos actores de la sociedad civil ejercieron contra ella la han obligado a modificar su

discurso —incluso desde la voz Juan Pablo II, que dio a conocer en 1989 el documento *La Iglesia ante el SIDA*¹⁷—, haciendo pasar por discusión científica lo que en realidad parece ser una disputa por la hegemonía en el tema de la sexualidad y sus representaciones sociales.

La falibilidad de la ciencia, incapaz de encontrar un método que reduzca a cero la posibilidad de contraer el sida, se enfrenta nuevamente con la certidumbre de la postura eclesiástica, para los únicos métodos legítimos —por ser cien por ciento eficaces— para combatir la epidemia son la abstinencia sexual y la fidelidad de pareja, temas que, por lo demás, están ligados con la representación histórica de la sexualidad: ésta no se realiza por puro hedonismo, sino con fines procreativos, de donde se deriva, además, la condena a la homosexualidad y a las relaciones coitales fuera del matrimonio. Porque *mientras que algunas personas argumentan peregrinamente que la moral de la iglesia dificulta la prevención del SIDA, la experiencia demuestra lo contrario, ya que las personas fieles a la moral están más protegidas que nadie* (Aciprensa, 2007). Colocada ante sus propios límites, la ciencia está desarmada por el discurso religioso, y a las instituciones de salud sólo les queda argumentar, ya fuera del conocimiento biomédico, que las personas no suelen ser abstemias o fieles.

¹⁷ En este documento, Juan Pablo II llama a los miembros de la iglesia católica a actuar en los campos que competen a la propia institución: la prevención de nuevos contagios y el tratamiento de las personas que ya están contagiadas con el VIH. La solidaridad y comprensión hacia los seropositivos, y las estrategias de la Iglesia ante la epidemia no deberían, por otra parte, oponerse a la moral cristiana porque *no se está lejos de la verdad si se afirma que paralelamente a la difusión del SIDA, se ha venido manifestando una especie de **inmunodeficiencia en el plano de los valores existenciales**, que no puede menos de reconocerse como una verdadera patología del espíritu* (Juan Pablo II, 1989: 12, negritas en el original).

Parte II

Huir de un fantasma

Sida, miedo, lugares comunes, estigma

Hemos visto cómo la enfermedad deja de ser un asunto meramente biológico para convertirse en asunto de interés de los actores de una sociedad, razón de ser de también una arena de disputas ideológicas en la que se enfrentan los participantes desde sus propias posiciones estructurales, en una competencia por la producción del sentido común. Las disputas, como se puede inferir a partir de la mitad puesta sobre el campo, incorporan elementos discursivos que no necesariamente tienen qué ver con la cuestión de cómo se maneja una epidemia desde un punto de vista biomédico, sino que remiten a un conjunto de ideas que ya se encontraban en el imaginario social desde antes de la aparición del sida.

El miedo y lo fantasmagórico

De acuerdo con los estudiosos del comportamiento humano, el miedo es una reacción común a todos los seres humanos, que compartimos también con los animales. El miedo es resultado de una reacción del sistema límbico, donde según los expertos en el tema, se encuentran localizados los sistemas neuronales relacionados con las emociones básicas de los seres humanos, como el afecto o el miedo mismo. Ante el peligro, el sistema límbico queda fijado en la potencial amenaza. Entonces, el cerebro libera una gran cantidad de adrenalina y se alteran varias funciones fisiológicas de nuestros cuerpos. Nuestros sentidos se aguzan, con el propósito de percibir de una mejor manera los sucesos en el entorno: las pupilas se dilatan y nuestros ojos se abren más; el oído se vuelve más sensible y nuestra piel *se pone como de gallina*, como se dice popularmente, lo que es resultado de una mayor irrigación sanguínea que pone enhiestos nuestros vellos. Este aumento del ritmo cardíaco está relacionado con la necesidad de llevar adrenalina a las células del cuerpo para elevar el metabolismo, así como para concentrar la fuerza física en donde es más necesario: los músculos, especialmente los músculos de las piernas, que se aprestan para huir en caso necesario. Si bien se supone que el miedo debería permitirnos responder de manera rápida y eficaz ante una amenaza, en ocasiones ocurre exactamente lo contrario: las personas *se quedan de una pieza* ante situaciones extremas, que no es otra forma de decir que se muestran incapaces de cualquier reacción.

Los psiquiatras hacen una distinción clara entre el miedo y la angustia. Para ellos, el primero es originado por una causa conocida: una persona tiene miedo a las arañas o a los espacios cerrados, pero conoce la fuente de su miedo. En oposición con el miedo, los psiquiatras y psicólogos conciben a la angustia como la reacción psíquica ante un peligro desconocido o impreciso. Sin embargo, en el habla popular ambos términos suelen confundirse: *estaba angustiado cuando iba recibí el resultado de la ELISA*, decía Roberto —actor de 34 años y entrenador de un equipo de niños con síndrome de Down, potosino, miembro del grupo de autoapoyo de Albergues de México— cuando me comentaba su experiencia en el consultorio donde lo declararon seropositivo al VIH; *tengo miedo, pero no sé por qué*, decía César cuando estaba esperando que lo dieran *de alta* en el hospital. De esta manera, la diferencia que las disciplinas psicológicas han establecido con propósitos terapéuticos queda borrada en la cultura, y no parece formar parte del sentido común. La razón de esto es que tanto el miedo como la angustia son originados por hechos, datos u objetos que tienen la capacidad de representar un peligro potencial al estado de cosas que se concibe como normal. Si miedo y angustia se encuentran hermanados como términos descriptivos de la reacción ante el peligro en el discurso popular, quizá la distinción pierde sentido en el momento en que se intenta abordar el tema desde las ciencias sociales, por lo que aquí se emplearán los términos indistintamente.

Cada uno de nosotros sabe lo que es el miedo, y las variadas expresiones populares relacionadas con esta sensación incómoda revelan que culturalmente lo conocemos muy bien. Sin negar la importancia de los fenómenos psíquicos y fisiológicos que se activan en nuestros cuerpos ante un peligro, el miedo entendido como una categoría de análisis cultural no puede tratarse con los conceptos importados de las ciencias de la mente humana porque, a pesar del intensivo empleo de las metáforas del cuerpo social en la teoría de las ciencias sociales, los colectivos humanos no poseen un sistema límbico que produzca adrenalina para ser distribuida por un sobreestimulado torrente sanguíneo entre los órganos de la sociedad. En contraste, es cierto que para cada uno de nosotros como individuos, lo que se concibe como peligroso es definido desde la cultura, por lo que no puede esperarse que un habitante de la Sierra Madre del Sur tenga la misma reacción al escuchar el crótalo de una serpiente de cascabel que un habitante de Nueva York ante el mismo hecho. Mientras que es posible que el primero esté familiarizado con el sonido y haya sido instruido sobre como actuar ante una serpiente de cascabel; también es posible que un urbanita nunca haya escuchado el sonido —aunque sepa de la existencia de estos animales y la efectividad de una dentellada ponzoñosa— y mucho menos sepa qué hacer en el improbable caso de encontrarse frente estos reptiles rastreros. Los comportamientos humanos ante una misma situación no son resultado mecánico de los instintos de conservación que se encuentran en el

fondo de nuestros sistemas neuronales, sino que están mediados por la cultura. Es ésta la que provee de los recursos necesarios para enfrentar un peligro, y estos capitales son resultado de la definición social de lo peligroso.

El peligro es entonces también una categoría cultural, aunque sus efectos en los seres humanos tengan al mismo tiempo un soporte fisiológico. Si se tiene en cuenta la propuesta estructuralista de Lévi-Strauss, según la cual el mundo es organizado por las personas sobre la base de pares de oposiciones mediante las que se clasifican las cosas de acuerdo con significados atribuidos culturalmente, es necesario abordar el problema del peligro en conjunto con su par opuesto, es decir, el dominio de las cosas que son consideradas seguras. En tanto que el miedo es común a todas las culturas, parece que la oposición entre peligro y seguridad es una preocupación constante sobre la que se montan otras categorías que constituyen el edificio imaginario de una sociedad. Pero hay que hacer una pausa en este punto: las categorías no poseen contenidos equivalentes: del mismo modo en que la díada día/noche es significada de modos distintos en culturas distintas, lo peligroso y lo seguro son también resultado de un proceso social de simbolización en el que carecen de importancia quién fue el ser humano que primero expresó que tal cosa es peligrosa. Lo que importa es que la categoría de lo peligroso funciona socialmente como un potente organizador del resto de la cultura, en la medida que permite a un colectivo tomar decisiones —concientes o inconcientes, razonables o no (y esto, juzgado siempre desde un punto de vista externo: supongo que para los talibanes es perfectamente razonable que las mujeres anden de pies a cabeza cubiertas con la *burka*, aunque para un occidental esto pueda parecer aberrante)— sobre la mejor manera de enfrentarse al peligro.

Si el miedo es una reacción ante el peligro, deberíamos considerar que el miedo y su manipulación también tienen carácter natural. Como expone Delumeau, los miedos cambian a través del tiempo y de un espacio geográfico a otro. Existen, sin embargo, algunos miedos cuya extensión es casi universal entre las sociedades alrededor del mundo y desde una perspectiva histórica. *Pero al lado de las prevenciones venidas del fondo de nosotros mismos —miedo al mar o a la noche— y de los causados por peligros concretos, terremotos, incendios, epidemias, etc., se deben tener en cuenta los miedos culturales que pueden, ellos también invadir al individuo y a las colectividades y debilitarles* (Delumeau, 2002: 16). De acuerdo con Delumeau, los miedos —cualquiera que sea el origen de cada tipo de miedo— debilitan a los sujetos y a los grupos, porque ponen en evidencia su vulnerabilidad, con lo que la seguridad imaginaria se rompe, aunque sea sólo transitoriamente. Para Delumeau los miedos aparecen clasificados en tipos distintos: los miedos instintivos, como el miedo a la muerte; los miedos provenientes de *fuentes concretas*, como el pánico que desatan los sismos entre las personas que vivieron el sismo de 1985 en la

Ciudad de México; y otros miedos culturales, que son provocados por los fenómenos, cosas o sujetos que son clasificados socialmente como peligrosos. Sin embargo, ni el mismo miedo a la muerte, expresión irracional e inconsciente del instinto de supervivencia de los seres humanos, aparece del todo librado de contenidos culturales. El vacío que representa el desconocimiento de lo que hay en la ultra-muerte es sustituido por las certidumbres de la cultura. En esto radica una característica importante de los miedos instintivos de los seres humanos: la información sobre el peligro se transmite socialmente, por lo que la socialización nos hace conscientes y nos equipa de un aparato simbólico para manipular el miedo. Sistemas religiosos hay que profesan en la resurrección de los difuntos como hay los que opinan que la muerte es un viaje por los dominios de ultratumba y otros que suponen que las almas van trasmigrando de cuerpo en cuerpo hasta llegar al descanso final. Lo innegable es la muerte, y la conciencia de la mortalidad es algo que caracteriza a los seres humanos y a un puñado de otros animales. La diferencia es que nosotros extendemos las certezas de nuestra cultura sobre la oscuridad de la ultra-muerte desconocida — ambas categorías que también suelen ser concebidas como peligrosas en distintas culturas— para conjurar en cierto modo el peligro que representan y evitar que el vacío simbólico de una existencia que concluye inexplicablemente destruya la vida misma.

En la antropología, Mary Douglas abordó el tema del riesgo y el miedo con mayor profundidad. Uno de los primeros trabajos que realizó la autora sobre el tema fue *Pureza y peligro* (1973). En este libro, Douglas sostiene que la preocupación por la pureza es una de las principales preocupaciones de toda sociedad. La contaminación, la suciedad, de acuerdo con Douglas, es todo aquello que se encuentra *fuera de lugar*, es decir, en contextos donde culturalmente no debería encontrarse. Hallarse ante la suciedad —que puede entenderse como la categoría de los hechos que se consideran amenazadores para la estabilidad de una cultura o de una sociedad— produce en los seres humanos reacciones tendientes al restablecimiento del orden, pero también induce ciertas prácticas mediante las que se rehuye de las fuentes de contaminación o se conjura su peligrosidad.

Posteriormente, en *Risk and Culture*, Douglas y Wildavsky hacen una reflexión acerca del carácter cultural de los peligros, y lanzan una de las preguntas que motiva su teoría: *¿Realmente los peligros van en incremento o nosotros somos más temerosos?* (Douglas y Wildavsky, 1982: 1). Ambos autores señalan que en realidad, de todos los peligros posibles que rodean la vida de los seres humanos en las sociedades contemporáneas, sólo algunos son realmente significativos para las personas y ponen particular atención en las amenazas derivadas del desarrollo tecnológico, amenazas que suelen ser pasadas por alto por la mayor parte de los miembros de estas sociedades desarrolladas. De esta forma, se llega a la conclusión de que los peligros son

seleccionados por la sociedad —o quizá, por una parte muy pequeña de la sociedad: aquella a la que identifica como la comunidad central, que tiene el poder suficiente para hegemonizar a la sociedad bajo su particular punto de vista (Douglas, 1992: 107), mismos que se encuentran en el más cerca del extremo superior derecho del diagrama de *cuadrícula y grupo* (Douglas, 1988: cap. 4). El modo en que las sociedades enfrentan los riesgos, reacción que es un resultado de la percepción del riesgo y el miedo social a las amenazas contra el orden, es condicionado también por las formas de organización social de las que forman parte los individuos. Douglas sostenía que los individuos están dispuestos a aceptar riesgos a partir de su adhesión a una determinada forma de sociedad. De este modo, en *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales* (1996), la autora afirma que las políticas encaminadas a contener los peligros sociales están condicionadas por concepciones morales, que están emparentadas con los conceptos de la justicia (cap.1) y, por tanto, implica la necesidad de buscar chivos expiatorios causantes de los peligros que enfrenta la sociedad.¹⁸ Los individuos que se encuentran en las márgenes de las estructuras sociales suelen ser señalados como causantes de los peligros que aquejan al resto de la sociedad. Por ello puede entenderse que el advenimiento del VIH-sida haya sido motivo de señalamiento, persecución y ostracismo hacia homosexuales, inmigrantes —especialmente de origen africano, tanto en Estados Unidos como en Europa—, enfermos, trabajadores del sexo... Sobre las reacciones sociales ante los peligros que amenazan las estructuras, Douglas señala que:

Los sociólogos están muy impresionados por la ferocidad con que una comunidad construye sus límites y oprime a sus miembros marginales. Reconocen unánimemente que las acusaciones de conducta inmoral son una técnica de control contra los débiles y los desposeídos de poder [...] La historia de la definición de la enfermedad llama a pensar que la comunidad se constituye a sí misma también en medio de las disputas de sus miembros por el poder (Douglas, 1992: 99).

El hecho es que, con el paso del tiempo, los peligros aparecen cada vez más desdibujados en la medida que los miembros y las instituciones de una sociedad han aprendido a convivir con ellos, a manejarlos o simplemente a poner punto final a cada una de estas amenazas. *El individuo* — dice Douglas (1996: 58)— *parece cortar la percepción de los riesgos altamente probables de manera que su mundo inmediato parece más seguro de lo que es en realidad*. De este modo, los seres humanos operamos con un *sentido de la inmunidad* que nos lleva a reducir la importancia de aquellos riesgos que se encuentran en la cotidianidad, sentido que desde el punto de vista de la

¹⁸ En *Risk and Blame* (1992: 83-101), Douglas aborda la cuestión de las acusaciones de brujería para ejemplificar el modo en que la creencia en esta actividad fue el motor que desencadenó la persecución de las brujas en varios países de Europa Occidental. Igualmente en persecución resultó la imputación de la lepra a algunas personas, acto que tuvo como consecuencia la segregación de estos enfermos de los núcleos de población con el propósito de alejar las fuentes de contaminación que amenazaban a los poblados.

teoría del riesgo es *adaptativo*.

Una revisión a los trabajos históricos sobre el miedo permitirá a los lectores notar que los peligros nunca son los mismos de una sociedad a otra. El miedo es un arma poderosa, porque encuentra las raíces de su eficacia en la destrucción de las certezas. No en vano los miedos resucitan o son enterrados, lo que en un momento parece ser tan benéfico en otro tiempo pasará a ser encarnación de las peores aberraciones que puedan concebirse —o por lo menos así son presentados los añejos miedos—. Los imaginarios se convierten en materia de disputa de los actores por mantener u obtener una posición hegemónica en la producción de sentido común y, con el resto del sistema simbólico de cada cultura, las categorías de lo peligroso y lo seguro no escapan de ninguna manera a los intereses de los agentes en competencia. Como se vio en la parte anterior, la historia del sida en México ha sido dominada por el enfrentamiento de diversas maneras de ver el mundo, aunque el debate es especialmente visible en la oposición entre la ideología laica y el pensamiento religioso. Por ello podemos entender que en este proceso de adopción de estrategias para mantener la epidemia de VIH bajo control —por lo menos ese es el propósito declarado—, las instancias estatales de salud hayan siempre medido el costo en términos políticos que podría acarrear alguna táctica específica, como el *destape* social del debate sobre la sexualidad, que ocurrió de modo más bien tardío (Rico *et al.*, 1995). De igual manera se pueden tomar todas las tentativas de los sectores conservadores de la sociedad mexicana tendientes a impedir la apertura social hacia la sexualidad, ya sea mediante su oposición sistemática a los programas de educación sexual, a la difusión del condón o a la aceptación de ciertas prácticas sexuales invisibilizadas, implícito en el debate en torno a la legalización del aborto y la Ley de Sociedades de Convivencia en el Distrito Federal desde el inicio de este siglo XXI.¹⁹

¹⁹ Sobre este particular, es necesario recordar que la despenalización del aborto es un tema que se discutió desde la llegada del PRD al gobierno capitalino. En medio de agrias críticas, la gestión interina de Rosario Robles se despidió con la aprobación de una modificación al Código Penal del Distrito Federal por la que se eliminó la punibilidad del aborto por eugenesia. La reforma —conocida como *Ley Robles*— fue impugnada por los panistas apenas un mes después de haber sido aprobada por la mayoría de los diputados en la Asamblea Legislativa el 18 de agosto de 2000, aunque en 2002 se resolvió la controversia constitucional de modo favorable a la ALDF (*La Jornada*, 30 de enero de 2002). A cinco años, la ALDF emitió una nueva reforma, por la que se despenalizó el aborto por decisión de la madre antes de las doce semanas de embarazo, nuevamente con la protesta del PAN (*Noticieros Televisa*, 29 de marzo de 2007). El caso de la Ley de Sociedades de Convivencia —que, entre otras cosas, permitía la unión civil entre dos personas del mismo sexo, razón por la que los medios la retrataron erróneamente como *matrimonio gay*— también tiene su propia larga historia, que se remonta a la propuesta de la entonces diputada Enoé Uranga (*Anodis*, 21 de febrero de 2003), congelada por la ALDF durante el período de gobierno de López Obrador y retomada en 2006, no sin la protesta de grupos cristianos —católicos y protestantes— y de la fracción parlamentaria del PAN en la Asamblea (*La Jornada*, 10 de noviembre de 2006). En otros estados con gobiernos panistas, como Nuevo León, se rechazaron propuestas similares (*La Jornada*, 28 de noviembre de 2007); mientras que Coahuila aprobó una ley en el mismo camino que la capitalina.

Los peligros se reciclan, y lo que en algún momento de la historia apareció, siguiendo el ejemplo anterior, como un “acto antinatural” —el aborto, la homosexualidad— puede aparecer después como una forma más de ejercer la sexualidad o el derecho a decidir sobre los cuerpos. Sin embargo, en la realidad, el asunto es bastante complicado, porque ningún hecho del mundo tiene un significado unívoco, y es por ello que debemos entender que mientras es posible que las leyes mexicanas recojan una demanda de reconocimiento a los derechos de las minorías, al mismo tiempo haya quienes apelen a otros derechos como el derecho a la vida para hacer prevalecer su propio punto de vista. Subestimar la agencia de cada uno de los individuos en su interacción con los contenidos culturales es un error en el que se puede incurrir si se considera que los elementos del imaginario social son unívocos. No lo son de ninguna manera: la seguridad de unos es el peligro de otros. De esto da cuenta Geertz en la *Interpretación de las culturas*, haciendo uso del muy conocido ejemplo del guiño del ojo que probablemente sea un tic, un movimiento sin intención o realmente un guiño, dependiendo de la posición en la que una persona se encuentre en el circuito de la comunicación. Los signos, los símbolos, todo es susceptible de ser interpretado de modos diversos, aunque esta interpretación no se realiza en blanco. Lo que hay detrás de todo el debate suscitado en torno a la capacidad de los ciudadanos a decidir sobre sus propios cuerpos es un terror no sólo a aquellos peligros que la cultura nos hereda —el orden de las categorías de clasificación sexual, la capacidad del ser humano a decidir sobre la vida (lo que le pone en el mismo plano que a la divinidad en la religión católica)— sino a asuntos que nos son profundamente desconocidos.

De acuerdo con la tesis de Sperber (1996), los significados culturales de las cosas son resultado de un proceso en el que intervienen no sólo las informaciones provenientes de la corriente del sentido común social: a ellos se añaden elementos provenientes de la biografía de cada una de las personas y los procesos psíquicos de los sujetos. De este modo, un sujeto que se encuentra expuesto a la cultura activa mecanismos en los que la información proveniente desde el exterior es decodificada, resignificada y luego devuelta a la corriente mayor de la cultura del colectivo. Por ello es que los peligros no son enfrentados de la misma manera por todos los sujetos, ni siquiera por aquéllos que comparten la misma cultura: el elemento subjetivo es importante para comprender la diversidad de percepciones de los riesgos a los que se enfrentan las personas.

La activación de niveles de interpretación subjetivos en los momentos en los que cada persona enfrenta el riesgo no implica la negación de la importancia de las construcciones sociales sobre el peligro. La agenda la imponen los agentes que han obtenido alguna ventaja en la disputa por la legitimidad de la producción del sentido común, y la misma exposición a estas disputas forma parte de los *insights* sobre los que actúan los procesos psíquicos. Como hemos visto en la parte

anterior, en las sociedades que, como la nuestra, se encuentran expuestas de modo intensivo a los medios masivos de comunicación, este conjunto de tecnologías permiten amplificar la difusión de las posturas ideológicas de los contrincantes en un campo; la arena queda expuesta al público y los discursos de cada agente entran al circuito de la cultura —entendida como un circuito de comunicación—. Aunque las personas decidan no hacer caso de la exposición directa a los medios, probablemente las ondas expansivas ocasionadas por la incorporación de una agenda particular al circuito de la cultura les alcanzarán en una segunda, tercera o enésima socialización, ya cargadas de otros contenidos y de interpretaciones.

En las sociedades globalizadas y con un equipamiento tecnológico en la rama de las comunicaciones, no se puede soslayar la importancia de los medios de comunicación en la definición de las categorías sociales. Ellos son una tribuna del sentido común o de enfrentamientos ideológicos, aunque por casualidad posean también una agenda que ponen en movimiento en los momentos que así lo precisan sus intereses —o, mejor dicho, los intereses de quienes operan los medios—. Los medios, como tribuna de opinión, reflejan también los miedos de la sociedad, y los riesgos que se deciden correr en el momento de enfrentar el peligro. Todas estas categorías son elaboradas socialmente, pero además de este obvio proceso, los peligros y los riesgos significativos en una cultura son elegidos socialmente

Los fantasmas sociales, debe entenderse, son abundantes: se encarnan en miedos que recorren la vivencia cotidiana, que se van nutriendo de los relatos de las personas que participan de un circuito y que a su vez nutren la imaginación sobre el peligro constante que acecha a cada uno de nosotros. Hay fantasmas que son más tangibles que otros. Los fantasmas que aparecen diariamente en la televisión o que se transmiten de boca en boca entre los habitantes de esta enorme congregación humana son fantasmas de carne y hueso. Hay otros fantasmas que circulan con frecuencia en ciertos espacios, pero que en otros sólo emergen a la luz unas veces por año. El fantasma de la epidemia del sida es uno de estos fantasmas. Vive agazapado en la penumbra de los bordes de la sociedad, y de vez en cuando sale a pasear por el centro, en días en que es necesario recordar que existe, ya como recordatorio a un centro olvidadizo o para garantizar que su amenazante halo no alterará el orden de las otras regiones de la topología social. *La elección de riesgos y la elección de cómo vivirlos se toman juntas. Cada forma de vida social tiene un portafolio propio de rasgos típicos. Valores comunes conducen a miedos comunes (y, por tanto, a un acuerdo común de no temer a otras cosas)* (Douglas y Wildavsky, 1980: 8).

La percepción del peligro está permeada por juicios de valor, decíamos con Douglas. En tanto que las operaciones clasificatorias no se realizan de modo neutral, sino atribuyendo valores

negativos o positivos a los términos de un sistema clasificatorio, el concepto de justicia penetra en la dicotomía entre lo impuro : lo peligroso : : lo puro : lo seguro, estableciendo una base simbólica sobre la que se operan estrategias tendientes a mantener contenidas las amenazas, de modo que su impureza no alcance el dominio de lo puro. Cuando los responsables putativos de un peligro social son individuos de carne y hueso, una de las maneras más recurrentes de mantener contenido ese peligro es el ostracismo. De este modo, como seres estigmatizados, los contaminados entran en una categoría suprahumana que legitima su control, reclusión e incluso, en casos muy extremos, su eliminación física.

Imaginando el sida

He comentado en varios círculos de mi investigación sobre el VIH-sida, y para mi sorpresa, he encontrado que, sin interés de ninguna categoría de clasificación social, en general la enunciación de la palabra *sida* es suficiente para que muchas personas se sientan incómodas. Entre mohines, expresiones de sorpresa o ademanes nerviosos, pareciera que cuando comenté de este tema, mis interlocutores se hubieran encontrado ante un fantasma. Este carácter fantasmagórico del sida ha sido señalado por numerosos autores (Platts, 1996; Sontag, 2002; Stephenson, 1991; Weiss, 1997), por lo que entiendo que en muchas ocasiones las personas no estén preparadas para hablar sobre el tema del mismo modo que se habla de una gripe o de las flores del jardín. Más extraño es que, lejos de rehuir el tema, algunas de estas personas me inquietan sobre qué ocurre con la vida de los seropositivos y sus afines, la relación que hay entre el sida y la antropología social; o bien, sobre los resultados de las campañas de prevención de nuevos contagios o la imprudencia de los jóvenes y “*lo natural*” que resulta el hecho de que la mayor parte de las personas infectadas con el virus sean homosexuales.

Contra el enorme cúmulo de información científica sobre la epidemia que circula socialmente bajo la forma de programas de educación sexual en educación secundaria, folletos informativos, páginas *web*, campañas de promoción del condón o cartelitos en los lugares más inesperados de la ciudad, el sida es bastante mal conocido por el grueso de la población... por lo menos desde el punto de vista del discurso hegemónico sobre la enfermedad. Porque más allá de la imposibilidad de la ciencia y las instituciones de salud para hegemonizar el imaginario social del sida, importa la constelación de ideas que se entrelazan unas con otras para formar la red de significados que permiten encarar a la sociedad una enfermedad de la que, verdaderamente, poco es lo que se sabe. De hecho, el sida no es uno de esos miedos sociales que aparecen cotidianamente en las primeras planas de los periódicos o en las pantallas de la televisión. El sida es un fantasma incluso más

etéreo y más ajeno para muchas personas que la posibilidad de una crisis económica o las *tienditas* donde se expende droga. El sida no es en la actualidad uno de estos miedos sociales selectos de los que hablan Douglas y Wildavsky en *Risk and Culture* (1982), como si lo fue durante algunos años en la década de 1980: el alcance de su aura se fue desdibujando cuando ya no fue novedad que decenas de nuevos casos se habían reportado en San Francisco —aunque en este año cada día sean centenas los que se reportan en todo el mundo— y se convirtió en un hecho cotidiano más (aunque no cotidiano para todas las personas) con el que fue necesario aprender a convivir. Lo interesante es que de cuando en cuando, el sida resucita y nos recuerda su existencia en momentos estelares.

La constelación de significados que se han adherido a la palabra *sida* no tiene ni de lejos sus orígenes en la década de 1980. Una revisión histórica de las epidemias en Occidente pone en manifiesto una cadena que conecta y homologa las representaciones sociales de enfermedades como la lepra, la peste bubónica, la sífilis, el cólera, el cáncer y el sida (Sontag, 2005; Stephenson, 1991). Sin embargo, también es bien sabido que no son siempre las enfermedades más mortíferas las que se convierten en los representantes de la peor de las amenazas en el campo de la salud. Se trata de un conjunto de padecimientos que de una u otra manera movilizan otras representaciones más básicas. Enfermedades como la sífilis o el sida están relacionadas tanto en su transmisión como en su incidencia con ciertos grupos que tienen ciertas conductas que no son legítimamente permitidas por los códigos sociales, especialmente en lo que toca a los usos permitidos del cuerpo.

Las enfermedades epidémicas son especialmente interesantes porque, mientras que es posible asignar la responsabilidad individual en el caso de padecimientos individuales, en el caso de los trastornos en la salud de las poblaciones no es posible encontrar claramente un causante del mal que aqueja a todo un colectivo. Las labores de asignación simbólica de la culpa por el riesgo en el que se encuentra una sociedad ante una epidemia de grandes alcances, como lo es el sida, suelen incurrir siempre en el señalamiento de la otredad como el dominio en el que han tenido origen las epidemias: una alteridad externa, encarnada por todo lo que se encuentra espacialmente fuera de los límites del grupo; pero también se culpabiliza a la alteridad en casa, es decir, a aquéllos que son distintos de los estereotipos de la comunidad central. Uno de los grandes aciertos de Sontag es haber pensado a las epidemias no sólo como *enfermedades soportadas*, sino como *enfermedades infligidas*. Las enfermedades son padecidas por los enfermos, es cierto, pero las epidemias se convierten en un asunto de especial importancia social por la necesidad de explicar el motivo de la aparición de una morbi-mortalidad en un grupo de personas. Las epidemias son enfermedades infligidas, porque son concebidas como castigos hacia personas que incurren en

conductas culturalmente indeseables, pero también porque se trata de un mal infligido al colectivo por una parte de él o desde fuera.

Llegamos pues a este punto, en el que es necesario reflexionar sobre la enfermedad como un asunto imaginario. Bryan Turner establece una distinción tajante entre las enfermedades y los padecimientos físicos de las personas.

Si bien las afecciones pueden definirse mediante criterios biológicos neutrales, la enfermedad es esencialmente social, debido a que ella se refiere a la desviación indeseable con respecto a las normas aceptables de salud y conducta apropiada [...] Los seres humanos, en de que se encuentran ambiguamente ubicados tanto en la naturaleza como en la cultura, están sujetos, a la vez, a afecciones y enfermedades (B. Turner, 1989: 251).

Las enfermedades son en realidad construcciones que resultan de una lectura mediada culturalmente de los hechos que son desatados por la acción de un agente que culturalmente tiene el poder de provocar afecciones en el bienestar físico de las personas. El complejo de conceptos que están ligados a la enfermedad también es definido culturalmente. Los azande, por ejemplo, pensaban que todas las desgracias personales tenían su origen en la voluntad de un hechicero que podía ser descubierto mediante la consulta de los oráculos. En el caso de la teología cristiana, la enfermedad y la mortalidad es una condición derivada del pecado original de la pareja primigenia. Por su parte, la ciencia biomédica desarrollada en Occidente, que ha venido a erigirse en una parte importante del mundo como la fuente legítima del conocimiento de la causalidad de las enfermedades, proclama que son pequeños microorganismos los detonadores de los padecimientos de las personas. Pero la biomedicina cuenta con el respaldo del método científico, su alta eficiencia y, desde luego, la misma ideología de los Estados modernos; de modo que ha sido concebida como *la* medicina por excelencia, en detrimento de otros saberes sanitarios con los que tiene que enfrentarse por el control del campo en cada sociedad y a los que no ha podido hegemonizar del todo.²⁰

En la medida que los contenidos culturales de la enfermedad son variables, los del dominio

²⁰ La biomedicina tiene un alto prestigio en casi todas las sociedades contemporáneas, a veces más por decisión de Estado que por convencimiento social. Las formas de medicina tradicionales son objeto de proscripción por parte de los códigos jurídicos en varios países. En México, por ejemplo, la legislación en materia ha reconocido que el modelo hegemónico de salud convive con otros sistemas alternativos, pero estos quedan supeditados a los dictados de la biomedicina, que tiene la facultad de calificar la eficacia de las prácticas sanitarias tradicionales. En un caso extremo, la Secretaría de Salud ha prohibido el uso de ciertas plantas de gran popularidad entre los herbolarios mexicanos, argumentando que son tóxicas. Entre estas se encuentran plantas como el ajenjo (*Artemisia absinthium*) o el epazote (*Chenopodium ambrosioides*). Las disposiciones legales no obstan para que estas plantas sigan siendo comercializadas, incluso en núcleos urbanos como la Ciudad de México, a despecho de las autoridades de salud.

opuesto también lo son. La enfermedad, entendida de acuerdo con Turner como una *desviación indeseable de las normas de salud*, o, en otras palabras, como la ausencia de afecciones en el funcionamiento “normal” del cuerpo, pone un elemento dinámico en la categoría de lo saludable, cuyas permutaciones están en diálogo con aquéllas que experimentan las concepciones de la enfermedad. Si la esencia del dominio de lo patológico es la “anormalidad”, el “funcionamiento inadecuado” de un organismo, entonces lo saludable es lo “normal”, lo “adecuado”, lo “natural”. Lo que se entienda por un concepto no puede ser entendido sin tener como referencia su par contrario y opuesto. En el caso de Occidente, y específicamente en el caso de una ciudad como México donde los procesos de secularización de la sociedad no están completos aún, el interés social por la salud ha venido incrementándose paulatinamente desde hace no más de una década. Pero se trata de un interés por una condición saludable que tiene unas ligas demasiado fuertes con la cuestión de la estética del cuerpo humano.

Como ocurre en el caso de la enfermedad, la salud es un dominio en el que numerosos agentes se disputan el control, en ocasiones incluyendo en la discusión un conjunto de ideas que no necesariamente están relacionadas con el campo. Si la necesidad de encontrar explicaciones para las epidemias es un asunto que está lejos de ser de exclusiva incumbencia de las instituciones sanitarias, la procuración de la salud no se encuentra muy lejos de esa situación. En lo que toca a las prácticas sanitarias de las personas, cada uno opta por aquéllas que mejor le convienen, de acuerdo con su situación económica, su formación cultural o la posición que ocupan en la estructura global de relaciones de una sociedad compleja como la nuestra. En el caso del sida, Douglas (1992) demuestra que en el Reino Unido, los grupos disidentes del discurso oficial han desarrollado teorías muy complejas que no sólo les permiten explicar de modos diametralmente opuestos el origen de la epidemia, sino el desarrollo de métodos de disciplinas sanitarias en los que el tratamiento de los síntomas relacionados con el sida no requiere siquiera la incorporación de las personas al sistema de salud oficial. En el caso de México no he encontrado texto literatura a propósito, pero los datos que obtuve en el campo me llevan a pensar que la situación no es esencialmente distinta.

Salud y enfermedad son conceptos que están directamente relacionados con uno mayor: el cuerpo de las personas. Por antonomasia, la salud/enfermedad que tiene un significado cultural es la salud de los cuerpos humanos, puesto que la de los animales sólo toma relevancia en el momento que la enfermedad animal amenaza la salud de los humanos.²¹ La enfermedad y la salud son

²¹ Sobre este punto, es paradigmático el relativamente reciente brote de la gripe aviar, desencadenado por el virus H5N1 en varios países de Asia Oriental. La epidemia se extendió rápidamente por Indonesia, China e Indochina, haciendo necesario el sacrificio de millares de aves de corral para evitar que el virus siguiera avanzando o se extendiera a los seres humanos, que era lo realmente aterrador: a pesar de las varias víctimas mortales por la

imaginarios que encarnan en la carne de los humanos, en cada uno de nuestros cuerpos, y es esta relación entre cuerpo y padecimientos patológicos indisoluble la que de modo significativo condiciona las representaciones sobre la enfermedad. Las enfermedades están asociadas a ciertas partes del cuerpo, y a su vez los órganos del cuerpo son cargadores de contenidos semánticos que, metonímicamente, son asociados a las enfermedades.

El sida, el cuerpo

Si hemos dicho que las epidemias son homologadas como castigos infligidos y males que se atraen sobre la sociedad, un paso necesario para comprender las implicaciones de la transferencia histórica de contenidos simbólicos de una peste epocal a otra —como la que los historiadores ponen en la mesa de discusión en el caso de la sífilis, el cáncer y el sida— es revisar los contenidos simbólicos de las regiones del cuerpo en las que una enfermedad cobra tangibilidad. De la misma manera en que salud y enfermedad son conceptos culturales, aunque tienen un soporte biológico tan fuerte que prevalece sobre la agenda cultural, los cuerpos de los seres humanos son también objeto del interés de la cultura. Como Héritier señalaba (1978: 23) , *la reflexión de los hombres, desde la emergencia del pensamiento, no ha podido dirigirse más que a aquello que le era dado observar más de cerca: el cuerpo y el medio en que está inmerso*. El cuerpo humano es metáfora de la sociedad, por lo que cada una de sus partes es objeto de una elaboración en la que se refleja la cosmogonía cultural. Siendo básicamente un sistema binario, el cuerpo humano es un complejo simbólico en el que las oposiciones principales rondan los contenidos de lo positivo y lo negativo; lo moral y lo inmoral; lo público y lo privado. En Occidente, regiones enteras del cuerpo han pasado a la clandestinidad cultural, invisibilizadas por la agenda de una moral que tiene sus raíces en la moral cristiana en la que el cuerpo —o la carne, siendo más exactos— es considerado como un espacio dominado por las potencias de la maldad que es en realidad un lastre para la esencia de la persona: el alma.

A pesar de la secularización del pensamiento occidental, la “*racionalidad*” del conocimiento moderno y científico sobre los fenómenos del mundo se entremezcla con otros relatos sobre el cuerpo. Como metáfora de la sociedad —metáfora empleada incluso por científicos sociales como Durkheim o Radcliffe-Brown—, el cuerpo humano es objeto de un control que refleja el

epidemia, el virus inicialmente no se transmitía de modo directo de persona a persona; meses después, los científicos informaron sobre una mutación del H5N1 que afectaba directamente a los humanos (BBC mundo, 23 de agosto de 2007, http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_6960000/6960440.stm). Otro caso de enfermedades animales que se vuelven relevantes culturalmente fue la epidemia de las *vacas locas*, nombre popular con que se conoce a la encefalopatía espongiforme bovina. La enfermedad de las *vacas locas* puede ser adquirida por la ingestión de carne de vacunos infectados, razón por la que millares de cabezas de bovinos fueron sacrificadas en el Canadá, el Reino Unido, Irlanda, Francia y otros países con importantes participaciones en el mercado de la carne de res.

interés de la cultura en los límites del cuerpo social, es decir, del tejido social.

El interés por las aperturas del cuerpo dependerá de la preocupación por las salidas y entradas sociales, las rutas de escape e invasión. Donde no exista una preocupación por preservar los límites sociales no surgirá tampoco una preocupación por mantener los límites corporales. La relación de los pies con la cabeza, el cerebro con los órganos sexuales, la boca con el ano, expresa esquemas básicos de la jerarquía. En consecuencia, adelanto la hipótesis de que el control corporal constituye una expresión del control social (Douglas, 1988: 94).

A diferencia de Foucault, para quien los cuerpos de los individuos son relevantes porque son campo de la dominación de un poder ejercido por medio de un conjunto de tecnologías que tienen como propósito hacer más eficiente el control social, Douglas enfatiza la dimensión simbólica del cuerpo y sus límites. En *Símbolos naturales* (1973), Douglas planteaba que los usos del cuerpo de los humanos son controlados socialmente mediante un conjunto de códigos en el que tienen especial importancia las oposiciones semánticas entre los órganos humanos. Una codificación más estricta sobre el cuerpo humano, sus límites, sus orificios y sus fluidos es el reflejo de una sociedad en la que es especialmente importante el interés por controlar los límites de la sociedad.

El cuerpo de las personas es una de las dimensiones sociales que se supondrían más alejadas del dominio de las estructuras de poder. En esta díada de cuerpo-mente (carne-alma, materia-espíritu...) que culturalmente es lo que constituye a cada una de las personas, el cuerpo aparece como una fortaleza en la que radica el último refugio inexpugnable de las personas, o mejor dicho, de su esencia; y la seguridad imaginaria de los cuerpos parece incluir también una invulnerabilidad incluso ante los designios de los niveles más altos del poder. La trasgresión de los límites del cuerpo es concebida socialmente como uno de los peores crímenes, tanto por el sistema judicial como por el resto de la sociedad: implica la vulneración de lo invulnerable, o lo que debería ser invulnerable: la vida humana y la esencia de la persona. No es gratuito que entre los crímenes más castigados en el código penal mexicano se encuentre el abuso sexual contra los infantes:²² la violación sexual es un atentado contra la integridad de una persona, pero es todavía peor en el caso de las víctimas inocentes que son los niños, puesto que, además de ser un acto de

²² Desde hace aproximadamente tres años, algunos estados han venido endureciendo sus códigos penales para aplicar castigos más severos contra los pederastas. De sobra conocido es el caso de Mario Marín Torres, gobernador de Puebla, al que se le expuso mediáticamente como cómplice de una red de pornógrafos y abusadores de niños. A pesar de la indignación de amplios sectores de la sociedad, el gobernador Marín sigue impune. Otro caso paradigmático es el de las frecuentes denuncias de abuso sexual por parte de sacerdotes católicos, que ha involucrado al arzobispo Norberto Rivera como protector de un sacerdote estadounidense al que se le seguía una indagación judicial en su país de origen. No obstante ser un caso público, la curia mexicana le cobijó en las parroquias de este lugar. Al denunciarse la actitud de la mitra de México sobre el caso, la Iglesia lo ha negado todo, y se dice dispuesta a cooperar con las investigaciones.

violencia en el que se cosifica sexualmente a la víctima, los niños son símbolo de la pureza en esta sociedad a la que el discurso ideológico presenta como una sociedad cada vez más descompuesta y moralmente corrompida.

De esta manera, el cuerpo es un espacio en el que entran en tensión lo público y lo privado. Los cuerpos de los humanos son la mínima dimensión social, y como todos los dominios de la sociedad, es normado por un código convenido histórica y socialmente, que pone de manifiesto ideas que una sobre otra como capas de cebolla se van montando sobre la materialidad de los seres humanos. La concomitancia de distintos discursos en los códigos de conductas corporales, de los usos del cuerpo revela tensiones que tienen lugar en otros dominios ideológicos de la vida social. Por ejemplo, la pugna derivada por el reconocimiento de derechos jurídicos a parejas de homosexuales en muchos países, incluido México, pone de manifiesto no sólo la inequidad de los códigos jurídicos, sino que en la formulación de estos priva una razón no equiparable en todos los casos a lo razonable, sino a conceptos sobre la legitimidad de ciertas conductas sexuales que tienen origen no en el discurso científico que pretende ser hegemónico en las sociedades contemporáneas, sino en los sistemas de creencias anteriores. La condena en Occidente de la homosexualidad —y principalmente la homosexualidad masculina— tiene sus orígenes en la proscripción bíblica de esta orientación sexual, por considerarse *abominable, contra natura*. Hasta hace relativamente pocos años, la homosexualidad seguía siendo considerada una enfermedad que podría curarse con la intervención de psicólogos.

Existe en occidente una larga historia de negación de la corporeidad del humano derivada de la tradición cristiana. Se identifica el cuerpo con el pecado, con lo natural, por oposición con el espíritu y la razón, esencia de la humanidad. Apenas hasta el siglo XX, la sociedad occidental viene saliendo del conflicto simbólico por la liberación de las representaciones del cuerpo de su vínculo con las cuestiones morales. Aunque más abiertas que hace unas décadas, las sociedades occidentales se siguen mostrando reacias a abandonar las concepciones sobre la sexualidad, que se hallan en el fondo de muchas otras representaciones, incluida la del cuerpo, la de las relaciones entre los géneros, etc. Por ello, la relación entre el sida-cuerpo y sexualidad (y en especial sexualidad proscrita) es una de las piedras angulares sobre las que se levantó el estigma que sigue pesando sobre los seropositivos y los sidosos.

Pero mientras la díada sida-cuerpo y sexualidad es inevitable por cuestiones de índole objetiva, no lo es el lazo que maniqueamente se establece entre muchos grupos periféricos y la enfermedad. Esta asociación viene a reforzar la condición como seres liminares de quienes integran estos grupos, sobre los que caía una estrategia de discriminación:

La estrategia de *hipercorporalización*, como una en que se vincula al cuerpo con identidades colectivas sojuzgadas sean indios, negros o mujeres. En esta estrategia los individuos son ante todo cuerpo: no son, por ejemplo, ciudadanos con derecho a voz y voto, tampoco pueden ser hijos de Dios, y a veces incluso no se les considera hombres. Los negros, los esclavos [...] los homosexuales (que evidencian el placer inmoderado, promiscuidad, instintos) aluden a categorías hipercorporalizadas, y al ser demasiado cuerpo, padecen déficit de humanidad. La hipercorporalización en suma responde a diversos principios de sujeción: las personas muy encarnadas están sujetas a mecanismos de discriminación, de explotación u opresión (Díaz, s/f: 9-10).

Como dice Bryan Turner (1989: 63-64) a propósito del enfoque foucaultiano del cuerpo y su relación con el poder, éste es producido con el fin de ser controlado, identificado y reproducido; a través de dos mecanismos diferentes, separadas y no obstante, relacionadas: las *disciplinas del cuerpo* y las *regulaciones de la población*. Las primeras son *esos métodos que permiten el control minucioso del cuerpo, que garantizan la sujeción constante de sus fuerzas y les imponen una relación de docilidad-utilidad* (Foucault, 1996: 141). Las regulaciones de las poblaciones, permiten, por otro lado, hacer extensivas estas disciplinas a todos los cuerpos de una sociedad. Se valen de una insistente vigilancia (que Foucault ilustra con ejemplos de la vida carcelaria y escolar) para formar el comportamiento de los sujetos en el sentido que el poder desea.

Por ello, en la actualidad, las instituciones han tenido que responder ante la omnipresencia y magnitud catastrófica de la epidemia de VIH-sida. Si ya hemos dicho que de primera mano fueron los grupos de homosexuales y prostitutas los que iniciaron ese proceso de re-educación de sus propios cuerpos, las instituciones de salud tuvieron que sumarse a esos esfuerzos cuando la enfermedad se extendió por todos los grupos sociales de todos los estratos socioeconómicos. Por medio de campañas preventivas de amplio alcance, las instituciones sanitarias intentan modificar las costumbres sexuales de las personas. El punto es que los cuerpos deben someterse a un nuevo código disciplinario acorde con el discurso de disminuir el número de infecciones por VIH. Las nuevas disciplinas sexuales consideran el uso del condón como la única estrategia efectiva para evitar el contagio.

Hagamos hincapié en que, en estos tiempos de sida, *todos* los seres humanos somos esencialmente cuerpos a los ojos de las instituciones públicas. Somos todos una fuente potencial de contaminación —uno no puede saber quién sí y quién no está positivamente infectado por el virus, pues el hecho no es como para pregonarse a los cuatro vientos, so pena de ser víctima del ostracismo social. La disciplina y la vigilancia del aparato de salud no están del todo desvinculadas de la moralización sobre los usos lícitos del cuerpo y la sexualidad. ¿O cómo explicamos

que cuando cualquiera de nosotros acude a hacerse una prueba ELISA, el cuestionario para decidir si uno es candidato o no al examen incluya preguntas sobre la preferencia sexual, número de parejas sexuales, última situación de riesgo —es decir, la última vez que un hombre copuló con otro hombre, la última vez que uno se alejó del código de uso del condón, la última vez que uno hizo uso de los favores sexuales de una prostituta...—, etcétera? En estas circunstancias, todos los seres humanos nos convertimos en cuerpos destinatarios de los discursos sanitarios.

Cuánto más no es posible decir en el caso de quienes ya padecen la enfermedad. Las normas oficiales en este país obligan a los enfermos a someterse a una vigilancia médica estricta. Algunos protocolos de investigación —que permiten a muchos infectados con VIH obtener los antirretrovirales que necesitan para vivir— exigen la realización mensual de una prueba sexológica de carga viral y conteos de linfocitos T-CD4. Aunque el paciente no forme parte de ningún protocolo, debe estar bajo la supervisión de un equipo formado por especialistas en cada uno de los puntos más susceptibles del cuerpo a desarrollar alguna infección asociada al VIH: la piel, los pulmones, el estómago, los ojos, el cerebro. El cuerpo, por lo tanto, termina fragmentándose en órganos. Para el infectólogo, el sidoso es contaminante sangre contaminada; para el neumólogo, perforados pulmones asfixiados.

Se habla insistentemente de la atención integral, pero el aspecto social de la enfermedad se reduce a la experiencia individual del cuerpo, a la asunción de la muerte del paciente en el seno de la familia, al confortamiento espiritual. Cuando el paciente rebasa ciertos límites ambiguos entre lo normal y lo psicopatológico, es sometido a tratamientos médicos con el fin de evitar que caiga en una depresión que lo arrastre a una crisis. La psicología es el vehículo por el que la medicina institucional intenta imponer su propia perspectiva de la enfermedad a los enfermos. Se la presenta como una oportunidad para empezar una nueva vida. Nada menos cierto, pero en vez de aludir al efectivo estigma que pesa sobre la enfermedad, se ocupan de maquillarla y presentarla en términos positivos. Esta nueva vida será una donde el seropositivo podrá ocuparse mejor de su persona, la cual se identifica en esta perspectiva con la existencia en el plano físico: hacer más ejercicio, comer mejor...

No escapan los portadores del virus de las nuevas disciplinas sexuales para el control de la enfermedad. Se insiste en que para los seropositivos *lo correcto* es no tener relaciones sexuales sin protección, y que en todo caso, siempre es más *ético* comunicar a la pareja de que se halla infectado por el VIH. En ese sentido, las políticas públicas siguen considerando al enfermo más en su calidad de foco de infección ambulante que como un ser humano complejo, que además siente y percibe, piensa e interpreta, y sobre todo es un ser que no se halla aislado en el mundo, sino que

forma parte de una red complicada de relaciones y que vive en un contexto sociocultural determinado.

Sin embargo, los cuerpos no son todos iguales o, lo que es igual, ante los ojos del aparato médico existen cuerpos más cuerpos que otros, y cuerpos con significados diferentes. Los cuerpos “normales” tienen una valoración positiva, porque son cuerpos completos, cuerpos humanos. Contra los buenos propósitos de las instituciones sanitarias o de las instancias encargadas de atender la problemática del estigma social, la exclusión de las personas cuyos cuerpos no cumplen con los términos de la normalidad es un hecho real que está lejos de desaparecer. La hipercorporización de los estigmatizados pone un acento en los aspectos de la anatomía de la persona que cargan con el estigma, y convierten el “defecto físico” —definido culturalmente— en un símbolo de la persona. El sistema de salud define un número bastante amplio de categorías cuyos miembros son reclutados mediante ciertas características sanitarias que no concuerdan con el concepto cultural de lo saludable: paralíticos, tuberculosos, cancerosos, catarrientos o neuróticos. En el caso de las enfermedades como el sida, en la definición del individuo seropositivo juega un papel importante el ejercicio de la sexualidad y los hábitos sexuales de las personas puesto que la relación entre el contagio y el sexo es innegable. Pero más allá de esta obvia relación, trataremos a continuación el vínculo entre el sida y los fluidos del cuerpo, especialmente la sangre y los líquidos provenientes de la región genital de la anatomía humana. Este lazo parece esencial porque estos líquidos y sus significados parecen cargar con los significados profundos en los que se basan los códigos restrictivos y prescriptivos sobre el uso del cuerpo.

El sida y los fluidos corporales

Poco fue lo que pude conversar con *María de los Ángeles*, la única seropositiva del pabellón de mujeres del INER que habló conmigo abiertamente de su condición seropositiva.²³ La relación con ella se dio gracias a que una vez le llevé una coca cola de contrabando el día de su cumpleaños: en el INER, la dieta de los pacientes no incluye refresco; en cambio, se sirven huevos con jamón sin sal y leche desabrida; de vez en cuando, una media naranja dulce o una manzana cocida con canela y sin azúcar. Decía *Uy, con esto te vas a ganar el cielo, pero ándale y no seas malito, deberías traerme unos dulcecitos de allá afuera; estos doctorcitos no lo dejan a uno vivir.*

De origen humilde, era usuaria del INER de modo gratuito: la trabajadora social la había

²³ Fueron pocas las ocasiones en que pude conversar con mujeres seropositivas en el trabajo de campo. En general, creo que mi presencia les parecía hostil, sea por mi comportamiento o por que soy hombre.

clasificado como parte del estrato más vulnerable económica y socialmente. María tenía una hija de cinco años. Fue precisamente en ocasión de ese embarazo que ella supo de su seropositividad: igual en ese momento como en estos más de dos meses que llevaba internada, María perdió mucho peso y empezó a desarrollar enfermedades oportunistas: *Me salieron unas verrugas alrededor de los ojos y no podía ni abrirlos*. Igual antes como ahora, María estaba embarazada, sólo que ahora fue su malestar físico el que la llevó a darse cuenta que estaba embarazada. Cuando la internaron, María pesaba menos de treinta kilos, con una estatura de aproximadamente 1,50 m. Relata que cuando por fin llegó al hospital, en Urgencias le quisieron conectar una venoclisis, pero como tenía *ponchadas* (es decir, inservibles para cualquier manipulación subcutánea por medio de una aguja) las venas de los brazos, no fue posible hacerlo. Entonces, para administrar el medicamento (sulfametoxazol con trimetoprima, mejor conocida con la sigla SFX/TMP, o simplemente *bactrim*) le clavaron las agujas para aplicarle la conexión en las venas del cuello.

Aunque no lo sabía, su embarazo estaba provocando un síndrome de emaciación que le hizo perder peso. La emaciación de los seropositivos es un proceso muy común cuando la infección ha evolucionado a sida, pero de cualquier manera, el protocolo indica que deben buscarse las causas de ese desgaste físico. Fue de esta manera que los médicos dieron cuenta que María estaba embarazada. María no me supo decir cuanto tiempo podría haber pasado en ese estado, por lo que le quedaba la duda de qué tanto problema podría causar el tratamiento antirretroviral en la salud del feto. Una vez que le informaron que estaba embarazada, María decidió dejar el tratamiento antirretroviral para no causar daños en el ser que estaba formándose en su vientre.

Con todo y que los padres no solían visitarla, una de las pocas veces que los vi en hospital tuvieron una riña muy fuerte con María. Según me contó ella, sus padres le dijeron que ya no podían mantener a la hija mayor y que tampoco estaban dispuestos a alimentar *otra boca*. En el extremo, los padres de María le dijeron que *gente como tú no debería reproducirse*, y la reprendieron por no haberse cuidado y por *traer hijos a este mundo nomás a sufrir*. Cuando me contó esto, María estaba preocupada por lo que sería de su vida una vez que abandonara el hospital, donde, mínimamente, tenía seguro techo y alimento.

Después de llorar (mucho) conmigo y con otra de las mujeres del pabellón —de la que supe por las enfermeras que estaba infectada también, aunque nunca habló conmigo de eso—, María hizo una serie de reflexiones acerca de ella, su nuevo bebé y la maternidad. Entre lágrimas comentaba lo que sus padres le habían dicho, sobre la incapacitación para la maternidad que es inherente a las mujeres en su condición. Por otra parte, pensaba también en *lo chistoso* de la vida: porque del

mismo modo que estaba criando una nueva vida en su seno, María pensaba que ese niño que daría a luz, en realidad nacería *sin luz*. Intenté reconfortarla, recordándole que el riesgo de contagio del virus de madre a recién nacido puede reducirse mediante una cesárea. Me dijo que eso ya lo sabía, pero que el bebé podría infectarse de todos modos, y que *qué clase de madre sería si no alimento a mi propio hijo*, si no lo criaba con su propia *sustancia*. En resumen, lo que María quería decir es que, al mismo tiempo que estaba creando, su sangre infectada estaba dando muerte de antemano al niño que estaba por venir.

Esta breve viñeta etnográfica sirve para introducir una discusión acerca de los fluidos sexuales, que son uno de los nodos simbólicos más importantes de la dimensión corporal humana. De este repertorio, el simbolismo de la sangre es uno de los más complejos, y está fuertemente emparentado con los contenidos de otros fluidos como el semen, los líquidos vaginales y la leche materna. Por excelencia, la sangre es metáfora de la vida, y culturalmente se la concibe como la materia que sustenta la existencia de los organismos vivientes. De sangre son los lazos que unen a las personas que pertenecen a un mismo grupo de parentesco en nuestra sociedad —*es sangre de mi sangre* dicen los padres de los hijos, los hermanos de los hermanos...—. La sangre es considerada como un líquido fértil, precisamente por su asociación con la existencia de la vida. Los héroes dan su sangre por la Patria o por las causas nobles. Las guerras derraman la sangre de los inocentes, y esta sangre pura es a su vez la semilla de futuros de paz, en los que la muerte del mártir es resignificada como sacrificio en aras de un mañana mejor. Estas metáforas de la sangre derramada por una causa justa, y con un sentido eminentemente positivo tienen, en el imaginario mexicano, su gran fuente en el relato de la muerte del cristo, que es sacrificado para que su sangre purifique el pecado del mundo.

El caso de la mujer seropositiva y embarazada es revelador. El médico tiene como tarea *salvar* al nuevo ser del peligro de ser infectado por la madre. Por ello, la mujer es sometida a una cesárea al momento del parto. El neonato no puede ser amamantado por la madre, pues también la leche es capaz de transmitir el virus. Lo recomendable, en cualquier caso, es que la mujer seropositiva no se embarace nunca. Ante estas situaciones, el sistema de representaciones sobre el cuerpo de la mujer se encuentra ante una paradoja que resuelve de dos posibles maneras. La paradoja es que la mujer, en una situación de este tipo, es tanto dadora de la vida como victimaria del nuevo ser. Pero en primer caso, la mujer es más útero que sangre infectada: se la considera en su función reproductora. En el segundo (el de una seropositiva que deseara concebir), la mujer es más sangre que útero: aquí es una fuente potencial de contaminación.

La exclusión por estar ser portador del VIH, se suma en muchas ocasiones a la exclusión por ser

homosexual, por ser mujer. En este último caso, por ser prostituta o por ser madre. En todos estos casos, hablamos de sujetos que antes de contraer el virus ya eran más cuerpo que el humano promedio.

El sida y la homosexualidad

Hablar con algunos jóvenes acerca de la existencia del VIH es encontrarse con un rosario de posturas que varían desde la aceptación de esta enfermedad como *un problema más al que hay que enfrentarse* o bien, como *lo peor que te puede pasar (sic)*. Los programas de educación sexual —criticados por ser demasiado escuetos para algunos o demasiado explícitos para otros— tratan el tema de los contagios de enfermedades de transmisión sexual siguiendo la premisa de que todos los individuos toman decisiones con base en información sobre los riesgos y beneficios de las conductas. Desde esta perspectiva, se considera que la responsabilidad estatal en la propagación de la epidemia termina en el momento en que se pone a la población al tanto de un peligro inminente.

Algunas entrevistas realizadas con personas de edades y géneros diversos no aportan nada nuevo en algo que es siempre obvio: la relación entre las enfermedades y el cuerpo. Pero en el caso del sida, dos cuestiones parecen constantes: la relación de este padecimiento no con el cuerpo en general, sino con el cuerpo de los homosexuales; amén de ser un peligro más o menos homologado con el ejercicio de una preferencia homosexual entre los hombres o en la promiscuidad sexual, tanto en varones como entre mujeres.

En la historia de vida de varios hombres homosexuales, especialmente entre aquéllos a quienes la aparición de la epidemia antecedió el momento en que hicieron pública su orientación sexual, el sida aparece con frecuencia como un hecho que es inherente a *ser gay en estos tiempos*. Si bien la idea parece estar más o menos extendida en la comunidad homosexual, parece que es compartida también por otras personas.

Pues esto de escucharlos hablando de cómo se enteraron sus familiares, o el momento en que se animaron a *soltar la sopa* es algo complejo. Lo que no deja de llamarme la atención es que no son pocos los hombres de este grupo que declaran que cuando sus familiares conocieron que ellos eran homosexuales, aparte de las variopintas reacciones —ser desterrados de sus casas, la aceptación incondicional (los menos) o, de plano, ocultar en el silencio el hecho, *haciendo como que no pasa nada*—, digo, que no deja de llamarme la atención que la palabra *Cuídate* está presente en las respuestas de los familiares: uno dice: *Cuídate de las personas, cuídate de la gente*, y por último, *cuídate del sida* (DC, 3 de mayo de 2007).

La homosexualidad es una anomia en la definición de lo que caracteriza a la sociedad mexicana, hecho que ha sido señalado por autores de todo tipo.²⁴ En términos simbólicos, la condena social de la homosexualidad es una condena hacia una infracción al código de usos del cuerpo. Aunque cada vez parece que es menos fuerte, pero la legitimación social de la sexualidad activa en la cultura mexicana estaba relacionada con la reproducción. Indudablemente, el ejercicio de la homosexualidad pone en crisis este contenido, puesto que la cópula entre dos personas del mismo sexo nunca podría tener como propósito otro que el mero placer de los participantes.

Cuando empecé en *este ambiente* [es decir, a relacionarse con otros hombres homosexuales], hubo una vez en la que unos camioneros me gritaron que era un puto, porque me iba abrazando con un chavo que conocí una noche que salí al *antro*. El otro día, un mono me venía provocando en el metro, serían como las seis, y es una la mera hora en la que el metro para acá [en dirección a Pantitlán] viene bien lleno. El cuate este me venía tocando acá [las nalgas], y entonces me dejé, y yo también le toqué ahí [el pene]. Cuando llegamos a Pantitlán, nos bajamos del metro y el *culero* me hizo señas de que lo siguiera y fuimos a parar algo lejos, por donde está un como camellón que creo que lleva un río abajo. Como estaba más o menos oscuro, ahí me hizo señas, y le seguí la corriente, y entonces me empezó a pegar, me pateó y me dejó todo sangrado; se llevó mi dinero y me quitó una chamarra... *Eso te pasa por andar de caliente*, pensé; pero pues... Lo que sí fue muy gacho fue un día que un mono me gritó así nomás que *El ano no es vagina, pinche puñal*; así me lo gritó; no sé que pensó el *culero* ese... (Israel, 30 de mayo de 2006).

La condena social a la homosexualidad tiene sus fuentes en el hecho de que esta orientación sexual pone en tela de juicio las categorías de género de hombres y mujeres. En los chistes mexicanos, los homosexuales aparecen como *cachagranizos*, *manitacaídas*, o con timbres de voz chillantes. Culturalmente, la homosexualidad de los hombres se parece más a una especie de feminidad fuera de lugar: lo femenino es por antonomasia una característica de las mujeres, aunque en algunas ocasiones se hable del *lado femenino* de un hombre que llora y por ello es más hombre que los machos que no lloran: tiene el valor suficiente para exponer en público una faceta de la humanidad que por definición es privada: el sentimentalismo. En la cultura popular, las

²⁴ En *El laberinto de la soledad*, Octavio Paz hace una reflexión sobre el lugar que juegan los homosexuales en la mitología mexicana. Este escritor afirmaba que, del mismo modo en que en la cultura mexicana la mujer es concebida como *una puta o una santa*, tampoco había lugar en el discurso popular para un hombre que no fuera *un macho o un homosexual*. Sobre este punto, abunda Roger Bartra en *La jaula de la melancolía*, donde matiza las afirmaciones de Paz sobre la homosexualidad, comparando algunos casos de hombres abiertamente homosexuales que son aceptados por la sociedad, e incluso ensalzados. En otros textos se pone de manifiesto la fuerte dosis de homosexualidad que priva en algunos juegos lingüísticos mexicanos, como el albur, donde se pretende someter al oponente mediante el uso de metáforas sexuales ingeniosas donde la victoria es para aquél que tiene la capacidad de contestar todas las interpelaciones del interlocutor, interpelaciones donde la cópula homosexual masculina es el contenido esencial.

imágenes de los homosexuales hipermasculinos no tienen sentido: el exceso de masculinidad que encarnan ciertos estereotipos como el del *leather* o el *oso* está más cercano al del macho: un hombre rudo, de ruda apariencia, que tiene una vida sexual muy activa. Ciertamente es que a los homosexuales se les suele señalar como personas *promiscuas* —que no es sino una manera grosera de decir que tienen una sexualidad muy activa—, pero imaginariamente la homosexualidad es ante todo un tipo de sexualidad sometida. Por ello es que los homosexuales son representados en la iconografía popular como hombres cercanos a lo femenino. Hablando con algunos trabajadores sexuales de la Alameda Central, encontré que varios de ellos no se consideran homosexuales, *jotos* o *gays* porque nunca han sido penetrados por otros hombres. Incluso, en la jerga de varios grupos homosexuales, hay palabras que pulverizan a la “comunidad *gay*” de acuerdo con los roles sexuales que desempeñan en la cópula.²⁵

Lo homosexual, lo *gay*, es una categoría en la que se tocan varios límites de la sociedad. Obviamente, el más importante de ellos es el que compete a los límites entre femenino y masculino. Si, con Douglas concedemos que la contaminación tiene sus fuentes en lo que está fuera de lugar, entenderemos que este trastocamiento del simbolismo del cuerpo masculino por una orientación sexual es concebido como un peligro porque atenta contra la solidez del sistema clasificatorio y sus eficacia en el mantenimiento del orden social. De modo que, cuando se convierte a los homosexuales en símbolo de la epidemia, y al sida en un símbolo de la homosexualidad, la relación profunda que se está estableciendo es la causalidad de la epidemia en la realización de prácticas que atentan contra la integridad del imaginario social del orden. No se trata sólo de la mortalidad desatada por la epidemia el gran temor social que es capaz de invocar la palabra sida y su sola enunciación en ciertos contextos. Lo peligroso está en la emergencia de un grupo asociado a la epidemia que históricamente ha sido invisibilizado y excluido por la comunidad central. Traer a la luz el sida en un país como México —en el que estadísticamente el mayor número de casos de sida reportados corresponde a hombres homosexuales (de tiempo completo o de ocasión), lo que no es sinónimo de una epidemia contenida, porque las murallas que contienen a la epidemia entre los homosexuales de la capital mexicana no existen: son imaginarios— es dar espacio a la expresión de un tipo de sexualidad inaceptable, por atentar contra el orden natural de las cosas —el dominio masculino, la reproducción biológica de la

²⁵ De esta manera, los hombres que tienen sexo con otros hombres sin asumirse como homosexuales son llamados *chacales*; los pasivos son *pastoras* o *tuercas*; los activos, *machines* o *tornillos*. Hay definiciones para los que gustan de cierto tipo de sujetos —*sardineros* o *adelitas* (y este último fue el sobrenombre de un bar *gay* en Garibaldi) son los que persiguen a los soldados— o hábitos de contacto con otros hombres —*bañeras* son aquéllos que frecuentan los baños públicos con servicio de *vapor general*, en los que normalmente el homoerotismo es tolerado por los trabajadores y los asistentes—. Los términos que establecen clasificaciones al interior de la “comunidad *gay*” son numerosos; junto con un amplio repertorio de gestos corporales constituyen un verdadero lenguaje que en muchas ocasiones sólo es comprensible para los iniciados.

sociedad, las estructuras de alianza relacionadas con el establecimiento de matrimonios—.

Invisibilización de la epidemia

El Caminito Verde es un conjunto de espacios baldíos abiertos que se localiza en las inmediaciones de la Facultad de Contaduría y la Escuela Nacional de Trabajo Social en la Ciudad Universitaria (sur de la Ciudad de México). Se caracteriza por ser un punto donde acuden personas en busca de encuentros sexuales, especialmente homosexuales. Se ha hecho famoso entre la “comunidad *gay*” porque, a diferencia de otras partes de la zona metropolitana, las personas que trabajan o estudian en la Ciudad Universitaria se muestran tolerantes a la exhibición pública de las preferencias sexuales de las personas. No vi, ni en aquellas ocasiones, ni en otras que regresé posteriormente durante el período de campo, las muy frecuentes burlas —más o menos abiertas— de que son objeto las parejas de hombres cuando se besan en, digamos, los vagones o los andenes del metro —quede constancia de que el metro de la ciudad también es imaginado como un espacio de alta tolerancia a la homosexualidad, a pesar de la conducta algo homofóbica de las autoridades del sistema. De no ser porque llegó el punto en que, a decir de algunas personas que frecuentan este lugar y testificaron el fenómeno, se convirtió también en una zona donde se ejercía de modo velado la prostitución, quizá las autoridades universitarias no hubiesen optado por podar los árboles del área para hacer más visibles los recovecos donde a cualquier hora del día, pero principalmente después de la puesta del sol, las personas sostenían relaciones sexuales en pleno descampado. No importa: *El cogedero se fue para allá* —[para allá es al otro lado de la avenida] me dijo *Arturo*, que me acompañó en mis andanzas por estos caminos al principio del trabajo de campo— y ya creció.

Un día de marzo de 2007, iluminados por la luz del sol de las cuatro de la tarde, *Ángel*, un activista *gay*, y quien esto escribe recorrimos el camellón entre la avenida de los Insurgentes y el Circuito Escolar de CU. Si fuera arqueólogo del sexo, podría haber encontrado aquí el paraíso o la piedra filosofal. Latas vacías de cerveza, envases de refresco; los fragmentos de un inodoro de porcelana que fue abandonado, seguro cascajo. En una hondonada, el tronco seco de un eucalipto caído formaba parte de un espacio donde unos basaltos y varias llantas de automóvil seguro servían como asiento; *Un espacio de convivencia*, llegué a pensar, porque también aquí había latas, envases PET, botellas de bebidas alcohólicas —incluyendo los famosos *panalitos* del *Tonayita*, alcohol propio de situaciones en que el bolsillo no puede sufragar los gastos de un destilado de mejor calidad—, colillas de cigarrillos, *bachitas* de marihuana..., revistas y videos pornográficos abandonados —supongo ahora que estos últimos bienes estaban ahí, destinados a

cambiar anónimamente de mano, o qué otra cosa podrían estar haciendo en ese lugar—... y papel higiénico y condones... muchos condones usados. Me sorprendió la cantidad de condones usados que, como fuimos caminando por esos andurriales, descubrimos en el caminito.

Me imagino las caras que debí poner yo, porque Ángel me preguntó si estaba espantado. Desde luego que no, no lo estaba: estaba anonadado. Una cosa era haber venido en la noche, igualmente acompañado, pero en aquella ocasión por Arturo, Jesús y *la Bip-bip*, quienes me presentaron a Ángel, y no ver nada más que lo que supuse debería estar pasando; y otra muy distinta estaba resultando el encontrarme con los indicios de esas actividades al día siguiente, en una escala que no me imaginé. *Por lo menos usan condón*, dije. Ángel, desternillándose de la risa, repuso: *Qué güey eres*, y enfatizó: *¡Mocho persignado!* Salimos de ahí.

Ángel reparte —repartía, algunas veces, porque hasta donde sé, ya no va al Caminito Verde— condones gratuitamente a los visitantes del lugar. Con una bolsa enorme de condones de distribución gratuita que normalmente son distribuidos por las instituciones públicas de salud. Dice que no son pocas las personas que sostienen relaciones sexuales sin protección en este lugar, aun cuando se supone que por la misma escolaridad de los universitarios, ellos deberían ser un grupo que siempre se cuida en sus encuentros sexuales. Para él, si no hubiese condones gratis, quizá serían muchos más. Este asunto de que el Camino Verde es un espacio donde se sostienen relaciones sexuales sin protección es bien conocido por todos los usuarios, quizá porque lo han testificado o han participado de ellas, pero la reacción que muchos tienen ante el asunto es distinta. Arturo me comentó alguna vez que, para él, no vale la pena arriesgarse: *Yo nada más vengo a platicar con mis amigas, para desaburrirme, pero nunca he cogido ahí adentro; no se ve nada, no sabes ni con quién te estás metiendo, que tal si te pasan un chancro, un sida o una gonorrea, te pueden hasta matar; no vale la pena*. Pero Arturo es un hombre mayor, atribuye este comportamiento a que ya pasó por la edad de la punzada, lo mismo que algunos de sus amigos. También es de dominio público entre muchos de los visitantes que hay personas que han contraído el VIH frecuentan el Caminito Verde. En una de las ocasiones en que acompañé a Arturo a este lugar, al principio del trabajo de campo (4 de junio 2006), escuché la conversación de un grupo de muchachos acerca de la noticia del momento: uno de los asiduos visitantes había caído en cama, y se suponía que la causa era un sida declarado. Uno decía que era de suponerse, porque *se mete con Juan y Abraham*, y porque otros hombres con los que había sostenido relaciones sexuales y que también habían venido, ya estaban contagiados: *Te acuerdas de Fulanito, pues ese también: ya ves que cuando venía estaba muy bien el tipo, y luego empezó a enflacar, y ahora ya no viene. A ver si así aprenden*, dijo otro de los jóvenes.

No es la primera vez que escucho una conversación de este tipo. En muchas de estas

conversaciones acerca de cómo las personas adquieren el VIH, el asunto aparece como algo inevitable. Saúl, a sus veintinueve años, seronegativo, piensa que es cuestión de tiempo antes de que llegue a adquirir el virus: *Estando en este ambiente [el ambiente gay] es natural que te contagies, porque la gente es promiscua*. Le repuse que la promiscuidad no es un asunto necesariamente relacionado con una preferencia sexual determinada. *Y entonces cómo me explicas que no haya parejas estables; cualquiera de los que andan por aquí [estábamos en el metro] viene a buscar ligue. No conozco a ningún gay que no sea promiscuo*. De ahí a declarar la promiscuidad como una característica asociada a la preferencia homosexual masculina —regular o transitoria, entre *gays* u hombres que solo tienen relaciones homosexuales para *cotorrear*—, y específicamente la masculina —porque estos mismos hombres que se piensan a sí mismos como “naturalmente” promiscuos creen que es “normal” que las mujeres sean más fieles, y que las parejas lésbicas duren más que las parejas de hombres *gays*— no hay mucha distancia. En este sentido, ni los mismos activistas homosexuales son capaces de liberarse del todo de este estereotipo, de concebir a su comunidad como un grupo en peligro constante por el tipo de vida que llevan. El 22 de agosto de 2007, se presentó una nueva campaña para combatir la discriminación hacia personas que viven con VIH-sida en el Distrito Federal. *Sé como nadie*, que tal es el nombre de la campaña, se enfocará en espacios como el metro de la ciudad y los lugares de *convivencia gay*, según declararon los participantes. En una entrevista sobre el asunto que se transmitió en el noticiero *Ventana 22* de Canal 22, Alejandro Brito²⁶ afirmó que la campaña se hace necesaria en los espacios de convivencia frecuentados por hombres con preferencias homosexuales, puesto que *ahí acuden las personas que está en mayor riesgo de contraer el VIH*.

En el papel, se supone que son las prácticas de riesgo, y no los espacios en sí o las personas que los frecuentan, las que representan un peligro potencial de adquisición del virus. Sin embargo, lo que parece revelar esta campaña —y otras similares que se han puesto en marcha en otros tiempos o en otros espacios de este país y del resto del mundo— es que persiste la creencia de que son los hombres que sostienen encuentros con otros hombres los que pueden contagiarse de sida, y, lo que es aún peor, que son ellos los que más actos de discriminación cometen contra los seropositivos. Lo primero —es decir, la tendencia a caracterizar a la epidemia como un asunto que pone en potencial peligro a los hombres que tienen prácticas homosexuales— se entiende, porque de acuerdo con la estadística, el VIH-sida en México sigue siendo una epidemia contenida en el grupo de hombres que participan de relaciones sexuales con otros hombres —*gays*, homosexuales declarados o no, bisexuales...—. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que esta

²⁶ Alejandro Brito es uno de los dirigentes de la Agencia NotieSe, cuyo enfoque son los asuntos relacionados con la sexualidad y el sida. Uno de los productos más conocidos de este colectivo es *Letra S*, publicación mensual sobre salud, sida, y sexualidad, como su propio eslogan proclama.

nueva campaña no es una campaña de prevención de la epidemia, sino de prevención de la discriminación, por lo que una declaración como la de Brito está sobrando en ese contexto. Además, en caso de que fuera una campaña de prevención de nuevos contagios, una decisión de enfocarla a la *comunidad gay* estaría dejando del lado el duro dato de que desde hace por lo menos cinco años, los nuevos contagios están ocurriendo en un número importante entre mujeres casadas. Las consecuencias de unas campañas de difusión centradas en los grupos que epidemiológicamente aparecen como *los más afectados* por la epidemia es que se deja del lado a todos los demás, y ocurren cosas como la feminización de los nuevos contagios de sida. Las omisiones en el imaginario no carecen de consecuencias en la vida real.

Marginalización de los seropositivos

El conjunto de ideas que se han asociado al sida en nuestra sociedad —incluidos aquellos producidos por la epidemiología, que oculta entre sus números el hecho de que el VIH-sida en México está afectando cada vez más a las mujeres casadas, lo que no debería pasarse por alto a la hora de planear, por ejemplo, las estrategias de prevención y las poblaciones a las que estas se dirigen— provoca que socialmente se recurra a estrategias de exclusión hacia los portadores del virus. En los primeros años posteriores al advenimiento de la epidemia, fueron prácticas comunes el negar a los seropositivos derechos tan elementales como los servicios médicos o a hacer uso de los panteones en algunas ciudades. Estas prácticas no han desaparecido del todo y los casos de seropositivos que ven violentados sus derechos son numerosos: son despedidos de sus empleos, en ocasiones sin explicación ninguna; en otras, las propias instituciones hospitalarias que se especializan en la atención a aquéllos que adquirieron el virus violan el derecho al secreto médico, poniendo a los familiares del paciente al tanto del padecimiento, en contra de las normas oficiales que prohíben que esto se haga sin consentimiento del usuario de los servicios médicos del Estado. La presión llega a tal grado que algunos de ellos piensan en quitarse la vida, aunque sólo algunos de ellos llegan a consumar este acto. Privarse de la vida a sí mismo es un acto desesperado que en muchas maneras es una manera de consumir los procesos que van rasgando las redes sociales de los portadores de VIH-sida.

Uno de los casos más conocidos de este tipo de prácticas en México es el correspondiente a las fuerzas armadas del país —ejército, marina, fuerza aérea—, donde, con la anuencia del marco jurídico se permitía la separación de los miembros seropositivos de sus puestos como trabajadores de las instituciones castrenses mexicanas. Conocí durante el trabajo de campo el caso de *Marco*, que había ingresado al Ejército a la edad de 20 años; al pasar el tiempo obtuvo el

grado de teniente. Unos años después de este ascenso comenzó a presentar infecciones respiratorias recurrentes. En las pruebas serológicas “*de rutina*” que se aplican a algunos trabajadores del ejército fue descubierto como portador del VIH. Acto seguido, fue degradado de su cargo y despedido por incapacidad física de las fuerzas armadas, lo que le dejó sin posibilidad de volver a integrarse a su trabajo. Despedido *deshonrosamente*, Marco quedó sin derecho a hacer uso de los servicios del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas de México (ISSFAM), cuya ley validaba la posibilidad de que los trabajadores del ejército, marina y fuerza aérea de este país que hubieren sido declarados incapacitados por más de seis meses sean separados de sus cargos. El derecho a pensión de retiro para los trabajadores de las fuerzas armadas de México sólo es válido para aquéllos que tienen más de veinte años en servicio; por lo que a *Marco*, con apenas diez años, sólo le fue posible obtener una cuota única por su retiro forzoso —a aquéllos trabajadores seropositivos de las instituciones militares con menos de cinco años se les retiraba sin derecho a hacer uso de los servicios del ISSFAM ni derecho a pensión. En tales condiciones, a *Marco* no le quedó otra alternativa que acudir a los servicios de hospitales dependientes de la Secretaría de Salud cuando desarrolló su primera crisis de sida, meses después de ser despedido del Ejército, un verdadero sacrificio económico si se tiene en cuenta que después de ser retirado no pudo conseguir un empleo en el mercado laboral civil. Cuando le inquirí si había seguido un proceso legal en contra del Ejército por su despido —contrario a la Ley General de Salud y a la norma oficial para el manejo de los pacientes de VIH-sida—, *Marco* respondió que no:

No es tan sencillo, ¿sabes?, y como que la batalla está perdida. O bueno, como que eso es lo que piensas porque conoces a otros que también fueron del Ejército y hicieron demandas y toda la cosa, entonces no, o sea... ya sabes que es difícil pelearse con eso. Pero ya ves, no tiene ni meses que les dieron la razón y pienso que debí haberme *movido* [interpuesto una demanda penal], pero no lo hice y no sé si vaya a haber beneficio para mí.

El caso de los seropositivos despedidos del Ejército y la Marina pone de manifiesto el modo en que el discurso oficial puede andar por un camino, aunque el modo en que se realizan las políticas de salud o de derechos humanos no siempre vayan de la mano. Por años, los miembros de las fuerzas armadas que denunciaron este tipo de atropellos por parte de estas instituciones del Estado no fueron atendidos más que en el discurso. No fue sino hasta el año 2006 cuando se resolvió el litigio legal entre los seropositivos despedidos y las fuerzas armadas, favorable a los primeros, aun cuando se argumentaba que la decisión de separar a aquéllas personas que dieran positivo en las pruebas ELISA tenía como objetivo la protección al resto de los trabajadores. Sin embargo, no puede pasarse en alto que la discusión en torno al particular fue bastante larga, y

concluyó con la declaratoria de constitucionalidad para la ley del ISSFAM —*aunque sus beneficios son menores* a los que prestan el ISSSTE o el IMSS (*La Jornada*, 2 de marzo de 2007)—, aunque, en cambio, fue admitido el recurso de amparo para los cuatro militares que presentaron la demanda (*La Jornada*, 1 de marzo de 2007). Como quiera que sea, el Ejército continúa realizando prácticas segregacionistas, argumentando ahora que los militares seropositivos son *reubicados* para *proteger su salud* (*La Jornada*, 30 de mayo de 2007).

El sida es bastante distinto por todo lo que implica: enunciar su presencia en el cuerpo de una persona implica cambios en la identidad social de una persona, de su valor en la sociedad; callarlo permite mantener una vida *normal* pero tiene como consecuencia la autosegregación, puesto que el conocimiento de los efectos sociales negativos que tiene la enfermedad condiciona la introspección del enfermo, que parece andar por la vida con el temor de ponerse en evidencia ante el resto de las personas.

Por mucho que la enfermedad se haya diseminado entre un espectro amplio de la población, esta sigue siendo circunscrita por el discurso oficial a ciertos grupos que habían sido tradicionalmente marginales. A estos grupos, por lo tanto, se los consideraba más como una fuente potencial de contaminación que como miembros plenos de la sociedad, una especie de enemigo en casa. Todo este discurso biomédico sobre el sida revela que en general, en la cultura occidental, la enfermedad se entiende como una entidad que se encuentra siempre fuera del individuo, un fenómeno de la vida, pero que siempre es ajeno al cuerpo del individuo, entidad aséptica por excelencia. Pero la pureza del cuerpo, amenazada por la enfermedad, es sumamente vulnerable. La pureza del cuerpo requiere protección, una protección que proviene de los hábitos corporales que se establecen socialmente, a los que se les concibe como un modo natural de comportamiento y de los que pocas veces reflexionamos sobre las implicaciones que tienen estos hábitos en la salud de las personas. La manera más eficaz de mantener las amenazas conjuradas. Esta protección puede ser física, pero también simbólica.

Para aprehender el mundo que se le presenta como un caos, la mente humana clasifica las cosas en un sistema binario del tipo “para toda x , si x pertenece a N , entonces x no puede pertenecer a $\neg N$ ”. Lo mismo ocurre para el universo de los seres humanos. Entre nosotros existen diferencias dadas por la naturaleza (como la genitalidad, el color de la piel, el tipo de cabello...), así que con base en esas características físicas construimos una identidad. Dicha identidad implica la pertenencia a un grupo que se atribuye a sí mismo ciertos caracteres que definen *su normalidad*, que evidentemente no es natural, sino resultado de una arbitraria asociación convencionalizada de los rasgos físicos con las características y comportamientos sociales.

Los normales (N), en este caso, son las personas que reúnen *todas* las características que socialmente se aceptan como características de esa condición: ciudadanos heterosexuales con una posición en la escala social que les permita vivir ‘decorosamente’, leales a sus parejas sexuales o célibes, y así por el estilo. Los anormales ($-N$) son sus opuestos. Si hiciéramos un diagrama del entramado de relaciones entre los grupos de una sociedad, encontraríamos que los grupos N ocupan una posición central, en tanto que los grupos $-N$ mantienen posiciones periféricas, y por lo tanto sus cuerpos se convierten en los elementos contaminantes por antonomasia de una sociedad. Son y no son.

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos explicar la gran aceptación y la permanencia de la teoría de los grupos de riesgo, por lo menos entre aquellos sujetos que consideraban no estar incluidos en esa clasificación. Al establecer límites *bien claros* con quienes están *objetivamente* —y todo esto es relativo— expuestos al contagio por VIH-sida, los miembros de los grupos centrales de la sociedad encontraron cierta seguridad en la pertenencia a un grupo que, por lo menos en *su versión* de la estructura social, no guarda ninguna relación con los grupos afectados. De esta forma se construye una *inmunidad* ante el contagio posible derivado de la en teoría inexistente relación entre la comunidad central N y los grupos $-N$, en este caso, los grupos de riesgo; y se preserva, por otro lado, la pureza de la comunidad central.

El gran peligro imaginario que representa el sida parece resumirse entonces en un temor al rompimiento del orden social, orden que está reflejado en las relaciones entre los distintos grupos de la sociedad, y que se resume en la oposición entre lo que pertenece y no pertenece, las conductas adecuadas y las que no lo son. La bancarrota de la confiabilidad de este orden que aparece como dado por la naturaleza está emparentada con el universal miedo a la muerte, que el sida, por su propia característica de enfermedad mortal, atrae con su sola mención.

Parte III

Tu bendito trabajo ha terminado

La muerte y el sida

En una de sus múltiples visitas al hospital, Miguel se halló en una situación complicada. Fue asignado a un dormitorio de tres camas. A los tres días de haber ingresado al hospital, el vecino de la cama junto a la puerta murió de sida y una insuficiencia pulmonar. Era un señor cuyo cadáver nadie fue a reclamar y del que Miguel sólo supo que se llamaba Fernando. El médico le dijo a Miguel que la muerte de este hombre se debía a que no había seguido las indicaciones del tratamiento y que, en pocas palabras, Fernando había muerto por decisión propia.

Cuando Miguel llegó al hospital, Héctor, el muchacho de la cama de en medio, era un paciente “estable”: podía caminar para ir al baño y, de vez en cuando, se daba ánimos para ir a caminar por los pasillos del pabellón o para tomar sus alimentos en el comedor. Esto era algo que Miguel no podía hacer recién ingresado, pues necesitaba estar conectado a las mangueras de las llaves de oxígeno: la neumonía lo sofocaba al menor esfuerzo.

El día que murió Fernando, Héctor estaba bastante preocupado. Aquella tarde, Gloria, la hermana de Héctor, llegó a la visita. Yo también estaba allí, con Miguel, y le decía que la muerte es parte de la vida, y que en cierto modo, vamos muriendo un poco cada día. Gloria dijo *Pero no debes llamarla, porque el problema no es tuyo, sino de los que se quedan aquí: no se habla del puñal en la casa del difunto*. Entonces se levantó de la cama y despidió al difunto según es costumbre en su pueblo: *Anda, ve al lugar en donde vas a descansar, tu bendito trabajo se ha terminado, y pide por nosotros*. Abrió las ventanas, y con la mano dijo *adiós*. Luego abrió una botellita de agua que llevaba y lavó la cara de su hermano y la de Miguel.

Al siguiente viernes, Héctor entró en crisis. Ya no podía caminar; lo poco que comía, lo vomitaba, y no era capaz siquiera de darse una ducha. Durante tres días, Miguel vio y oyó cómo se deterioraba la salud de su vecino. Hasta que:

Ayer murió por fin Héctor. Pasó el fin de semana escupiendo las entrañas, aferrado hasta el final en conservar la vida. En la tarde del sábado me dijo *ya no puedo más, se me colapsaron los pulmones*. No tengo palabras para describir esa cara, la manera en que retorció los dedos de su mano huesuda. *Tápame que tengo frío, por favor, y esto*

se lo dijo a su hermano, que estaba de pie al lado de la cabecera. Y el hermano decía: *no puedo, es peor para ti, ya oíste a los doctores*. Los dos debieron sufrir mucho. Y yo qué hacía: no podía sino estar ahí. La madrugada del lunes, cuando el médico de guardia se dignó aparecer, él [Héctor] dijo *De esta ya no salí*. Y le metieron más medicina por vía intravenosa, digo yo que más bien le estaban envenenando el cuerpo. No podía dormir, porque tenía miedo de no despertar... Igual que Bruno, quien falleció en otra ocasión que Héctor estuvo internado. Bruno, que estaba tan lleno de salud y tan guapo que era el hombre²⁷... Decía Héctor *Tengo miedo de que me pase lo mismo que a Bruno*, y también tenía las uñas moradas.

Ya había dicho [Héctor] que le faltaba el oxígeno, [y que] *No puedo respirar*, y viene la doctora a decir que *Estás muy bien Héctor, no hay nada en tus pulmones*. En la mañana —siguió Miguel— vinieron al cuarto, Belina trajo un biombo, y supe que estaba todo perdido... Vi que la vida estaba amenazada por todos lados, y me puse a sollozar como idiota, porque otra cosa no podía hacer. Me pasaron a otra cama en otro cuarto. Vinieron los médicos y me revisaron hasta las patitas y me dijeron que tengo un sarcoma de Kaposi de monumentales dimensiones, que bueno, pus ya está ahí, y qué le voy a hacer. Falcón [el neumólogo] me dijo *Vas progresando* y cosas similares. Le conté cómo fue esa noche, y que muy mal la tuve, porque pus uno no es de palo. Entonces, Falcón dijo [que Héctor] *Ya no va a sufrir, con lo que le pusimos va a estar mejor*... Fui a mi cama, la 30, Héctor me miraba y dijo *Me metieron paracetamol, estoy sudando mucho*. Y no se piense que esto lo dijo de corrido, porque apenas podía articular palabra de tan fatigado que estaba, así que imaginemos el esfuerzo y el timbre de su voz al emitir estas palabras. No dije nada, empecé a recoger mis cosas. Dijo *Estoy cansado*. Y yo *Te estamos echando porras*. Le acaricié la mano, le toqué el hombro. Sólo asintió, cerrando los ojos...

Le quería decir que todo iba a estar mejor, pero ya no estoy seguro, ¿qué es eso de estar mejor? Y Héctor, ¿no sufriría de estar ahí, con la sangre llena de VIH y sustancias químicas que no sirven para un carajo? Todavía esta mañana alcanzó a tomarse un coctelito de medicinas..., seguramente con la esperanza de ponerse mejor, de que seguramente en sus pulmones no había nada de malo, como dijo en la mañana la doctora. Lo más seguro, y de eso estoy bien cierto, es que para esas alturas ya no había nada de malo en los pulmones de Héctor porque, a las buenas llanas, ni pulmones tenía. El también lo sabía, o no me habría dicho *Ya me colapsaron los pulmones*; pero la esperanza está en el fondo de la caja de Pandora y por eso se dio ánimos para echarse unos gramos de medicina/veneno, que uno sin otro no hay, y finalmente echarlo por fuera con lo poco que aún le quedaba de estómago en una convulsión violenta.

Comí al lado de Héctor, que estaba todo madreado, ya tenía los dedos amoratados,

²⁷ Los comentarios de Miguel sobre Bruno tienen qué ver con las conversaciones que sostuvo con Héctor. Según Héctor, la penúltima vez que estuvo internado en este mismo pabellón, Bruno ocupaba la misma cama que donde lo habían asignado a él, y Héctor estaba en la cama que tenía Miguel en el tiempo que yo los conocí. Héctor comentó en alguna ocasión que Bruno era un hombre *muy alto, muy sano, muy guapo y fuerte*, pero que repentinamente fue empeorando su estado hasta morir inesperadamente. A Héctor no le gustaba estar en la cama que le asignaron, porque sabía que en esa misma cama, unos meses atrás, había muerto Bruno.

estaba temblando, y yo bien gracias comiendo —allá siembran en la arena la vida, acá cosechan dolor—, con los ojos fijos ante la presencia de esa muerte que es mía también, tan absorto que terminé por voltear la charola de la comida. Me levanté, la máscara de oxígeno estaba en su pecho, respiraba con gran dificultad, le acomodé la máscara en la nariz y tomé su mano, pero estaba yerta, no respondió...

Miguel estaba limpiando el sudor de la cara de Héctor cuando llegaron los inhaloterapistas y *entubaron* a Héctor. Salió del cuarto, y cuando volvió, un médico estaba intentando sacar sangre del brazo de Héctor. No pudo, aunque sí le clavó la aguja en varias ocasiones. Miguel se fue del cuarto en cuanto llegó Gloria, que iba al informe médico. A la media hora, Gloria le comunicó a Miguel que Héctor había recién fallecido, y le preguntaba en medio de un mar de lágrimas si su hermano no había dejado un recado para ella. Miguel la acompañó al cuarto, donde vio que Héctor estaba en la cama con las piernas abiertas, tenía puesto un pañal. La boca la tenía abierta, porque le metieron una jeringa para *entubarlo*. Aunque ya había fallecido, no le habían quitado la venoclisis ni lo habían desconectado de los aparatos ni le habían cerrado los ojos. Gloria lloraba. Miguel la abrazó. En eso iban entrando los psiquiatras a buscar a Miguel: le iban a administrar fármacos para controlar la crisis nerviosa. Pero Miguel dijo que ya no era necesario, que ya estaba tranquilo.

Como las enfermeras le dijeron que iban a *hacer un procedimiento* —preparar el cadáver de Héctor para llevarlo a Patología y luego entregarlo a sus familiares—, Miguel se fue a la sala de espera del pabellón. Allí lo encontré yo cuando llegué a la hora de la visita, sentado en la sala de espera frente a un pequeño altar donde lo mismo hay una efigie de Buda que imágenes del Santo Niño Doctor. Me dijo *ya terminó su bendito trabajo*. Abracé a Miguel, que se soltó llorando. Entonces no pude hacer otra cosa que llorar también.

+ + +

La muerte se dice en plural, como señalaba Thomas (1993: 195), porque como todos los otros fenómenos de la vida social, la muerte es vivida de formas diversas por los actores envueltos en el hecho: no hay una sola muerte, hay varias muertes, varias maneras de morir y varias maneras de experimentar la muerte. Muertes estériles y muertes fértiles, muertes súbitas y muertes que se elaboran a lo largo de días o de años; buenas muertes y malas muertes, muertes merecidas y muertes que se equivocan de víctima y se llevan a quien *no debió morir*: un niño, un hijo, un prócer. La muerte se halla en cierta forma en el principio y en el final de muchas construcciones imaginarias: la muerte del cuerpo como re-nacimiento en otra vida, ésta espiritual; muerte inicio de una larga espera por el regreso de un salvador; muerte umbral de algo que se desconoce, de

ese Más Allá del que nadie puede dar testimonio porque nadie ha podido volver de él. Pero, como pone en evidencia la experiencia de Miguel relatada en las páginas anteriores, la muerte se presenta a lo largo de la vida, ya previsiblemente, ya de repente, materializada en la muerte de los otros que, entre otras cosas, nos pone frente a frente con la certidumbre por antonomasia: que todos vamos a morir.²⁸

Densa como la misma muerte es la narración de Miguel sobre la muerte de su compañero de cuarto, Héctor. En esta historia se esbozan algunas de las cuestiones más básicas relacionadas con la experiencia de la muerte: las desigualdades sociales que se revelan en el hecho; la relación entre el paciente y el médico, entre el moribundo y sus significativos sociales, entre el moribundo que *se adelanta un poco en el viaje*, como se dice popularmente, y el moribundo que va unos pasos atrás, pero siguiendo el camino. Pero antes de abordar las múltiples dimensiones sociales de la muerte *por* sida —¿o *con* sida?—, detengámonos en la dimensión fenomenológica de la muerte y algunas paradojas que pueden inferirse del relato de Miguel.

Como tantos otros fenómenos del mundo real, la muerte no escapa de la manipulación simbólica por parte de los miembros de una cultura. Lomnitz, en *Idea de la muerte en México* (2006) analiza el modo en que la sociedad mexicana ha elaborado la idea de la muerte, presente no sólo como hecho relacionado con la vida de las personas, sino con la finitud de la sociedad misma. Llena de lugares comunes que van desde suponer que los mexicanos no tienen miedo a la muerte —por lo que algunos sesudos extranjeros llegaron a la conclusión de que ésta era una de las características del arcaico modo de ver el mundo que caracteriza a los mexicanos— hasta el privilegiado lugar que merece el elaborado culto a los muertos en (algunas partes de) el país —convertido, como diría Brandes (2000), en un asunto de orden principal en la formación de una identidad mexicana—, la muerte parece emerger con frecuencia en el discurso popular de los mexicanos como un hecho inevitable ante el que es necesario tener resignación. En estas páginas, nos alejaremos un poco de los estudios antropológicos sobre la muerte en México, puesto que la intención es comprenderla en la dimensión más íntima, es decir, la del moribundo y sus afines.

En contra de lo que pudiera desprenderse de la obra de Thomas (1993: capítulo VI), la muerte no aparece claramente como un conjunto de oposiciones tipológicas de la muerte. Me parece que la muerte, en tanto que símbolo tiene un carácter polisémico, de significados variables. El imaginario no es un conjunto de elementos que los individuos adopten automáticamente como si fueran una suerte de computadoras: las representaciones que constituyen la red de significados que es la cultura (Geertz: 1987) no se incorporan en la experiencia personal de modo acrítico y

²⁸ *Lo único seguro es la muerte y todo tiene remedio, menos la muerte*, dice el refranero popular.

automático; lo que ocurre es que la cultura media la experiencia, con lo que a través de mecanismos casi siempre inconscientes, los hechos son reelaborados y adquieren un significado en la experiencia personal. De aquí que si bien es cierto que *la muerte se dice en plural*, esta pluralidad debe entenderse como una constelación de significaciones distintas para los distintos actores del drama que representa la muerte de una persona.

La muerte puede ser uno de los hechos más solitarios en el tránsito de un individuo por la vida pero, paradójicamente, el hecho mismo de *morirse* no es un asunto de importancia para el difunto. Como se puede observar en los hechos que ocurrieron después de la muerte de Héctor en el hospital, la carga de la muerte recae sobre los que se quedan. Para el sistema hospitalario, existe un *protocolo* que determina los dispositivos de manipulación del cadáver. Otra es la situación de Gloria, la hermana doliente de Héctor, y la de Miguel, que sólo conoció a Héctor durante su estancia en el hospital, aunque entre ellos nacieran lazos afectivos derivados de la afinidad metonímica que nace de compartir la condición de seropositivos sintomáticos. En ambos casos, hay una activación del capital cultural con el propósito de enfrentar la crisis de la muerte de una persona. Pero mientras que —retomando la comparación hecha por Lévi-Strauss (2001) entre el ingeniero y el *bricoleur*— los médicos, que poseen —o dicen poseer— el conocimiento de la ciencia moderna, emplean *materias primas e instrumentos especiales* para manipular la muerte; las personas de a pie como Gloria y Miguel echan mano de lo que pueden, de esos *fragmentos de cultura* que condicionan de modo inconsciente el comportamiento y median entre los hechos del mundo real y sus actores.

Antes de continuar con mi argumentación, quiero hacer un pequeño rodeo etnográfico. En otra ocasión, aunque en el mismo hospital, fui testigo de una muerte de un paciente a causa de la infección crónica por VIH. Esa vez, después de declararlo muerto, uno de los médicos salió llorando del cuarto donde estaba el cadáver; cuando pasé frente a la estación de los médicos, me dio la impresión de que estaba muy conmovido por la muerte de su paciente. Después, conversando con una de las enfermeras, ella comentó que no entendía muy bien la razón de que Akio Murakami llorara por la muerte de su paciente, porque *A nosotros no nos va bien eso, pero quizá fue que se hizo amigo de Luis, o le dio pena, yo qué sé* (DC, 12 de mayo de 2006). Nunca pude hablar con el doctor Murakami sobre el suceso, pero verlo llorar por su paciente me dejó una sensación de irrealidad que fue desapareciendo con el paso del tiempo y un poco de reflexión sobre el asunto. Imaginamos a los médicos como máquinas de frío hierro, personas de sangre fría deshumanizadas. A veces pensamos que los médicos están acostumbrados a ver morir a la gente sin detenerse mucho en la contemplación, y pareciera que la gran cantidad de series televisivas que toman al campo hospitalario como protagonista de sus relatos no hablan de cosas que

realmente suceden. No falta tampoco quien imagine o sostenga, por poner un solo ejemplo, que en las escuelas de medicina los estudiantes comen una torta de jamón junto a los cadáveres del anfiteatro a los que van a realizar una autopsia.

Aunque existe una diferencia fundamental e inobjetable en la índole de los capitales culturales que se hayan a la disposición de un médico y aquéllos que posee el resto de la sociedad en lo que respecta al campo de la manipulación de los enfermos —y de las enfermedades—; aunque el médico es agente de una institución que se presenta a sí misma como la única capaz de manipular a enfermos y moribundos de modo objetivo y racional; a pesar de todo ello, los médicos no dejan de ser personas que participan también de los procesos de manipulación cultural de los hechos del mundo real. Cualquiera que haya sido el motor que desencadenó la reacción emotiva de Murakami aquélla ocasión, es resultado del enfrentamiento de una realidad con ciertos estímulos provenientes de la biografía personal y de la socialización de la cultura. Como muestra este pasaje, la fuerza del conocimiento “racional” proveniente de la ciencia no es suficiente para afrontar de un modo sereno la muerte de una persona.

Las premisas en las que se apoya la manipulación *post mortem* de un paciente por parte del sistema médico son distintas a aquéllas que subyacen la manipulación de otros agentes sociales. Para el sistema médico, la manipulación del cadáver implica el establecimiento de una barrera emocional entre el cuerpo muerto y los agentes del sistema. Al cosificar a la persona —reducirla a un número de expediente, pulverizarla en órganos huéspedes de agentes etiológicos— el sistema médico hegemónico pretende construir una suerte de muralla basada en la racionalización del peligro que pueda contener el peligro en el que se encuentra la sociedad, especialmente en casos como el del VIH-sida, cuya mortífera presencia alcanza a contaminar como miasma a varios círculos sociales en los que discurren las personas infectadas.

La dimensión subjetiva de los médicos, enfermeras y demás personal de las instituciones sanitarias es omitida de hecho en los documentos oficiales que definen el manejo de los enfermos. Esta omisión habla, en su silencio, del modo en que la institución pretende imponerse incluso a sus agentes, y los convierte en una especie de instrumentos en los que se materializa el discurso político sobre la salud. Como afirmaba Douglas (1986), *las instituciones no tienen mentes propias*, pero es bien cierto que ellas son una especie de resumidero de las convenciones sociales. Las instituciones, por cierto, tienen una capacidad de imponer ciertas condiciones a las personas en que se encarnan, poder que proviene de un código que regula la acción de estos sujetos y que debe seguirse con el propósito de no verse separado de estas instituciones por negligencia, omisiones o rebeliones abiertas a las disposiciones oficiales. Por ello, si en una

sociedad como la nuestra hemos convenido que el modo más eficaz de manipulación de las enfermedades es la activación del conocimiento científico y racional mediante un conjunto de tecnologías que permiten alejar un poco la presencia de la muerte, resulta comprensible que en el discurso institucional no hayan demasiados resquicios en los cuales quede lugar a la subjetividad de sus agentes: del mismo modo ninguno de ellos como personas es absolutamente indispensable —decía también Douglas— porque pueden ser sustituidos por otros que posean las habilidades necesarias para el propósito, tampoco hay espacio para normar sobre la idiosincrasia de los individuos, dominio que parece considerarse privado y sin importancia mientras no amenace el buen funcionamiento de las instituciones de salud. El biologicismo en que se basa la acción de los agentes del sistema médico hegemónico reduce en la práctica, del mismo modo que los documentos protocolarios del propio sistema, la dimensión de los espacios en los que estos agentes pueden expresar su subjetividad. Parece, además, que la institución solicita al resto de la sociedad un comportamiento similar al que se espera de la institución, es decir, un enfrentar la enfermedad de modo desapasionado, racional. El contacto entre la institución de salud y su público produce una interacción en la que entran en juego el discurso oficial hegemónico por un lado y las creencias de la clientela.

Pero no nos llamemos al engaño: el discurso hegemónico del sistema de salud no es sostenido punto por punto por el personal de salud, del mismo modo en que los recursos culturales del público usuario no son del todo contrarios a la institución. El discurso hegemónico es más como un modelo ideal, como un concepto eidético que se reelabora en cada enunciación por parte de los médicos, los psicólogos, los enfermeros. Los agentes de las instituciones de salud tienen la necesidad de modular su lenguaje —a veces más eficazmente, a veces menos— con el propósito de establecer una relación con su público. En la medida en que los agentes permanecen más ensimismados en su propio discurso, la relación entre el médico y el paciente se vuelve más lejana y viceversa. El discurso médico sobre la muerte, supuestamente racional, se toca en algunos puntos con el imaginario popular, especialmente en el propósito de la institución médica, que es el de la administración de la salud —entiéndase administración de la curación de las enfermedades— y la contención de ciertos peligros sanitarios para que los agentes contaminantes no ocasionen un desastre epidemiológico y una gran mortandad por enfermedades contagiosas y mortales. De acuerdo con la teoría de Lévi-Strauss en *El pensamiento salvaje*, los dispositivos prescritos por el sistema médico hegemónico para la manipulación de los muertos y los moribundos sólo están opuestos a los mecanismos de la cultura popular en la naturaleza de sus procedimientos.

Hintermeyer, en *Politiques de la Mort*, hace una reflexión acerca de las disposiciones oficiales

que se tomaron en Francia después del triunfo de la Revolución, cuya ideología —no está de más señalarlo— estaba basada en el *imperio de la racionalización* sobre las supercherías de los regímenes pasados.

Para evitar los desdoblamientos de la muerte, así como la confusión, el desorden y los problemas que provoca, los defensores de la política buscaron poner a la muerte en su lugar, asignándole un lugar determinado. La localización de la muerte debía permitir conjurar las amenazas. Debía permitir, por otra parte, acercar a la muerte de modo decisivo a la política por la elaboración de una verdadera política de la muerte, a la vez general, sistemática y exhaustiva (Hintermeyer, 1981:13).

Esta localización de la muerte incluyó a los establecimientos sanitarios, por lo que puede ubicarse en ese hito el momento en el que la medicina *científica* occidental sustituyó a las antiguas creencias sobre el origen de las enfermedades. A lo largo de la historia de Occidente, la muerte se ha tornado cada vez más un campo muy especializado en el que intervienen intereses económicos, políticos y culturales, como lo muestra el auge de las empresas de servicios funerarios (Vélez Zapata, 2006). Pero la biologización del discurso de los sistemas de salud occidentales no excluye necesariamente otras maneras alternativas de manipulación de las enfermedades mortales. Hasta hace unos años, yo no imaginaba la existencia de aquello que encontré en el hospital donde realicé una parte sustantiva de mi trabajo de campo. Muy sorprendido quedé cuando vi en las cabeceras de varias camas estampitas que lo mismo eran representaciones del Santo Niño Doctor que de cualquier otro santo predilecto de los usuarios del hospital. Algunas de estas imágenes llevaban mucho tiempo en el lugar, tanto que ni las enfermeras recordaban quién las había dejado, ni se animaban a quitarlas. Las visitas de algunos pacientes llevaban más imágenes sagradas, fotos de los familiares —muchas veces niños—, frascos con agua de un pozo de la que se dice *Es muy milagrosa*, ramos de flores, dulces. Miguel, quien relata la muerte de Héctor que aparece en el principio de esta sección, me pidió una guitarra, y aunque sólo le pude prestar mi tiple colombiano, ese instrumento fue suficiente para que se pusiera a hacer música dentro del hospital.²⁹ Ni médicos ni enfermeras parecían mostrarse particularmente disgustados por la música de Miguel —a algunos hasta les agradaba—, del mismo modo que tampoco lo estaban por el altar de la sala de espera del pabellón, dominado por objetos de culto católico pero que igual recibió un Buda y una efigie de la Santa Muerte. Una enfermera me dijo una vez que *Estando al borde de la muerte, te agarras de lo que se puede*, a propósito de las numerosas estampitas en las cabeceras de las camas del hospital. También un paciente me contó que cuando uno de los jefes del hospital lo fue a visitar, se quedó viendo una

²⁹ Las enfermeras me dijeron que cuando Héctor falleció, Miguel estaba tocando junto a Héctor cuando llegó el último médico a tomarle los signos vitales. Yo lo encontré tocando una canción muy melancólica en la sala de espera del pabellón.

estampita del Señor de la Salud que le llevó una amiga y le preguntó si era su devoto, a lo que el paciente respondió que no, pero que de todos modos la tenía porque era un modo de estar afuera. Entonces el médico le respondió que debería creer, que siempre era bueno creer en algo y que él sí creía en Dios, en la sanación de los enfermos y en la resurrección.

No se debe suponer que los procedimientos de la biomedicina —para emplear el término de Menéndez— están siempre opuestos a la lógica de los sistemas alternativos de atención de los enfermos y de contención de la muerte. De hecho, como hemos visto en los párrafos anteriores, en ocasiones se traslapan, aún cuando pudiera parecer que la parafernalia devocional de los usuarios de las instituciones de salud está en el polo opuesto de la ciencia positiva. Ésta brinda certezas, puesto que con su acción pretende borrar la amenaza de la muerte. Sin embargo, en el momento en que la biomedicina se encuentra con un mal para el que no posee formas de curación, la certeza que provee el sistema de salud va en un camino contrario: la enfermedad se prolonga, y en algunos casos que dependen de la naturaleza del agente etiológico que ha vulnerado el cuerpo del paciente, el sistema médico confirma lo que todo el mundo sabe pero que, paradójicamente, la propia institución sanitaria tiene como propósito alejar de su público: la mortalidad inherente a todos los seres humanos que, mediante el aplazamiento de su llegada por causa de la intervención de las instituciones médicas, queda prácticamente borrada del imaginario social.

Si nos quedásemos exclusivamente con la dimensión religiosa de los dispositivos culturales populares que se integran dentro de las formas alternativas de tratamiento de los enfermos, veremos que el propósito es similar, aunque como afirma Lévi-Strauss en *El pensamiento salvaje*, la *ciencia de lo concreto* opera mediante metonimias. Rodeando con símbolos de vida al enfermo, parece que sus afines pretenden hacer más plausible la recuperación del enfermo. Con la recuperación de la salud, se espera alejar la muerte del ambiente, incluso en casos como el del sida, que pone al descubierto la falibilidad de la biomedicina en nuestros días, al menos en lo que respecta a ciertos padecimientos. Si una persona decide hacer uso de los servicios del sector salud lo hace con la esperanza de conjurar una amenaza de caos inherente a la condición de los enfermos graves; nunca sobre la premisa de que en los hospitales la muerte también es posible, aunque ello se sepa de antemano. A pesar de la suciedad que se encuentra en el interior de estos establecimientos, los hospitales se conciben esencialmente como un espacio de pureza. Los hospitales funcionan como un filtro donde la enfermedad se contiene, puesto que representan el saber especializado al que es posible recurrir cuando otros recursos han quedado rebasados. A pesar de la muy mala imagen que tienen los hospitales públicos en México, a los que se fustiga por la mala calidad de los servicios que prestan, también funcionan en el imaginario como un

espacio capaz de contener la contaminación y la suciedad que representan las enfermedades con su aureola de dominio de la ciencia infalible.

Desde un punto de vista científico, la muerte no puede ser transmitida de un ser vivo a otro. Aunque en sociedades secularizadas que la mexicana, esto forma ya parte del sentido común, en otras partes del mundo *occidental*, esta aseveración científica convive con otros imaginarios que sostienen prácticas como las que he descrito para cierto hospital de la Ciudad de México. Como dije líneas arriba, es cierto que los usuarios del sistema sanitario confían en que la ciencia moderna pueda devolver —aunque sea de manera transitoria, paliativa— la salud al enfermo, aunque también es cierto que se sabe de la posibilidad de encontrar la muerte postrado en la cama de un hospital, especialmente en el caso de enfermedades crónicas y mortales como el sida.

Pero incluso en el mismo hospital, dominio de la racionalidad vuelta curación, las *irracionales* por no científicas prácticas y creencias sobre la muerte que sostiene la cultura popular se convierten en una especie de apoyo de la ciencia del médico. Cierta día, Falcón, el neumólogo del hospital, me dijo que *Toda verdad viene del Espíritu Santo, no importa quien la haya dicho; y entonces, toda curación viene de algo que ni tú ni yo conocemos*. Belina, la enfermera, se encomendaba a la Virgen para que le *echara la mano* en su trabajo, y es ferviente creyente de las propiedades de la aromaterapia y de la música como medio terapéutico. De estos *retazos de cultura*, las personas van reelaborando los imaginarios sobre los hechos de la vida real, y la eficacia de estos recursos culturales para enfrentar la muerte y guardar la compostura —en el caso de los agentes del sistema sanitario—, o bien, de los recursos de que se echa mano para enfrentar la muerte y evitar que ella contamine a todo lo que metonímicamente ha sido tocado por la muerte actuando como *bricoleurs* —como Gloria, la hermana de Héctor, que lavaba con agua a los testigos de la muerte de Fernando; o los anónimos usuarios del hospital que dejaron las huellas de sus creencias entre los muros de este hospital; incluso aquéllos pacientes que se entregan por entero al tratamiento médico, despreciando la eficacia de las formas alternativas de obtener salud—; la eficacia de estos dispositivos —*mágicos* podríamos decir de ellos, y en cierto modo, creo que también en el caso de algunos procedimientos *científicos*, como se desprende de las discusiones médicas sobre el efecto placebo—, está condicionada por la credibilidad que oficiante y destinatario de estas prácticas les confieran a los dichos procedimientos (Lévi-Strauss, 1977: cap X).

La ciencia médica niega que la muerte se transmita. La muerte no es concebida como una entidad tangible, como una *cosa*: la muerte es *un proceso, un suceso*; morir es un acto que cada uno realiza en el momento en el que la declinación del cuerpo es inevitable. Pero desde otros puntos de vista, la muerte tiene cuerpo, que es el cuerpo del *muertito*, que ha dejado de ser persona para

convertirse en una revelación de los misterios de la ultra-muerte, una revelación del vacío y la soledad que significa estar muerto. Para la ciencia, para las sociedades altamente secularizadas, morir es un acto que se realiza en solitario, en la topología de la muerte que paradójicamente abarca, entre otros espacios, a los hospitales. Pero polisémica como todo símbolo, la muerte adquiere otras connotaciones que dependen en cierto modo de la posición desde que se la experimenta: para el muerto, es el acto de *morirse*; pero para quienes se quedan, es un ente de la más trabajosa manipulación. La muerte encadena a los enfermos: una muerte en un hospital contagia a los otros enfermos, como costra dolorosa se adhiere a las sábanas del recién fallecido que no termina de irse si no se lo despiden; la muerte en los hospitales se impone como una imagen permanente en otros pacientes, se convierte en el recordatorio de un destino probable.

[N]o solamente la muerte del otro me recuerda que *yo debo morir*, sino que en un sentido *es también mi propia muerte*. Será tanto más mi muerte en la medida en el otro fuera para mí único e irremplazable. También lloro por mí mismo cuando lloro a otro. O más exactamente: yo vivo la muerte del otro como ausencia radical; “veo también, no mi muerte, sino mi morir”; sé desde ahora que he comenzado a morir-mi-vida, viviendo-la-muerte que me toca (Thomas, 1993: 283).

Miguel vivía, en efecto, la muerte de Héctor un poco como la muerte propia, una muerte ante la que el saber médico queda desarmado por impotente. En otro momento, hablando de este suceso de su vida, Miguel me dijo que si por algo se acomió a limpiarle el sudor a Héctor, a tocar música y comer con él fue porque *Está mal eso de dejar los muertos solos*, y dijo que si él hubiera estado en la posición de Héctor, le hubiera gustado que alguien hiciera lo mismo por él. La compasión de Miguel para con Héctor en realidad es una compasión reflexiva: de acuerdo con la teoría del intercambio de dones, todo don obliga, establece un circuito de intercambios entre donador y receptor; y en el caso de esta muerte, lo que Miguel espera es que a él tampoco lo dejen solo en la hora de su muerte, por más que el hecho de morir sea uno de los actos más solitarios de la vida de un ser humano; Miguel espera que en la hora de su muerte, otro le devuelva el don que cedió a Héctor.

La muerte es una amenaza para el orden social, porque rompe sus tejidos y coloca a cada sujeto ante el vacío de lo desconocido. Es innegable que en cierto modo, la aversión social hacia el sida tenga origen en su carácter de enfermedad mortal. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida y el virus de inmunodeficiencia humana han sido protagonistas de una larga historia de manipulaciones simbólicas que los ha llevado a convertirse en rostro de la muerte para mucha gente, seropositiva o no. Poco importa si, como dicen los especialistas, recibir un diagnóstico positivo al VIH después de la realización de la prueba ELISA no es equivalente a una sentencia de muerte. Esta pareja —y especialmente el sida— es imaginada como sinónimo de muerte, una de

las peores que pueda experimentar el ser humano.

Susan Sontag (2005) argumentaba que el sida es depositario de los estigmas que anteriormente recayeron en otras enfermedades igualmente incurables como la sífilis, la tuberculosis y, en tiempos más recientes, el cáncer. Llama la atención que en contraste con la sífilis y la tuberculosis, el cáncer sigue siendo incurable en algunos casos. También es significativo que en un momento dado de los veintiséis años de historia de la epidemia, haya brotado en África el ébola —enfermedad igual de desconocida que el sida en su momento, cuya rápida difusión y la gran mortandad asociada lo hacen aparecer como un virus más terrible que el sida— sin que ello haya implicado una modificación mayor en las representaciones culturales de la epidemia de VIH, por lo menos en nuestra sociedad.

Por tanto, ¿es el hálito de muerte que les rodea lo que hace del sida y el VIH el símbolo de la peor de las muertes posibles en nuestra sociedad? Como hipótesis planteo que sí lo es, aunque el VIH-sida no debe su reputación social únicamente a su carácter de padecimiento incurable: la díada es depositaria de varios de los fantasmas de la sociedad, que por el contexto en el que apareció en 1981 en California (Estados Unidos) llevaron al VIH-sida a convertirse en nuestro tiempo y en nuestro contexto social en la peor de las muertes posibles, la más indeseable.³⁰

Morirse de sida es cargar con una muerte deshonrosa en la mayor parte de los contextos. Es una muerte estéril, inútil, para quienes, como el doctor Reyes Terán, jefe de los infectólogos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, sostienen que no es posible que *Los jóvenes sigan contagiándose de VIH en estos tiempos*, en que hay tanta información y tantos modos de cuidarse —en realidad dos: abstenerse de las relaciones sexuales o usar condones en todas ellas—. Es una muerte sin sentido para la madre que ve morir a sus hijos: *Porque los hijos deben morir después de los padres, es lo natural*, dijo una vez la madre de César. En la medida en la que las personas se encuentran menos cerca de los seropositivos, la carga emotiva que puede producir el padecer sida, hay opiniones aun más radicales. El sida sigue siendo concebido como un *castigo*, como un merecido castigo a la conducta de quienes están contagiados con VIH. Las diferencias de las historias de vida de los pacientes son pasadas por alto y se mete a todos en el cajón de *los sidosos*, gente de la que es necesario cuidarse, porque normalmente se trata de homosexuales — en el caso de los hombres— o de prostitutas —en el caso de las mujeres—. No importa el modo en que una persona llegó a adquirir el VIH: incluso para el sistema médico, lo que importa es la

³⁰ Estando en la sala de espera del INER a la hora de la visita, dos mujeres comentaban que dentro del hospital atendían a *sidosos*. Una de ellas dijo que prefería morir de cualquier cosa, menos de sida. Lo mismo he escuchado en otras ocasiones; cuando en una conversación cualquiera una alusión a la muerte de los pacientes seropositivos, no falta quien haga un mohín o exclame *Qué horror*.

condición seropositiva, por más que pretenda brindar una atención *integral* al paciente que incluya sus necesidades en el campo de lo social —que se reduce al proceso individual y a lo sumo, familiar, de asunción de la seropositividad—. No importa el modo en que cada uno de los seropositivos se contagió porque culturalmente resulta más sencillo operar con grandes categorías que son depositarias de los prejuicios y operan como clasificadores de la continuidad que es el tejido de las relaciones sociales.

En palabras de los psicólogos que atienden a las personas en medio de la crisis por el descubrimiento de su seropositividad, *el sida no es la muerte*. El sida no es la muerte no sólo porque en la actualidad se dispone de una amplia gama de medicamentos que permiten prolongar la vida del paciente, sino porque, además, es una muerte que va acompañada de todos los estigmas que carga la enfermedad que la provoca. Vista desde la cultura popular, la muerte con sida, el *morir con sida*, es un hecho anómico, como diría Durkheim, porque se trata de una muerte entre personas que no deberían morir, porque se contrae —por lo menos en la imagen que parece predominar de ella como una ETS— mediante un acto que debería producir vida, porque es una muerte deshonrosa. La muerte siempre ha estado rondando a la vida, pero la muerte por sida pone en evidencia las limitaciones del saber biomédico: el punto donde queda desarmado y sin posibilidad de ofrecer opciones a sus usuarios. Si concedemos que la muerte es metáfora de la soledad y del rompimiento de relaciones con la sociedad, entonces es necesario llamar la atención a que, de hecho, el comunicar a una persona que es portadora del VIH es el momento en el que comienza la muerte social del paciente. Guardar el secreto médico, guardar el secreto personalmente, ambos son dispositivos que protegen a los seropositivos de una muerte social que existe en potencia y no puede ser negada, en la medida que es de dominio público que los portadores del VIH son víctimas de ostracismo en muchos contextos sociales, incluido el mismo sistema de salud. Pero al guardar su secreto, los seropositivos se quedan atrapados en una cárcel de silencio, solitarios.

Me sentí morir —dijo *Carlos*, un médico seropositivo de 27 años— cuando el doctor me sentó y me pasó el papelito [con los resultados]. Estaba encerrado el lugar, yo estaba solo, y me dijo que tenía que ser muy fuerte porque ya había salido con *el premio* [el VIH]. No lloré, pero lo primero que pensé es que todo se había acabado, imagínate: yo, el médico, con sida. ¿Cómo se lo iba a decir a mis pacientes? ¿Con qué cara voy a decirles que van a curarse si yo mismo no puedo hacer nada por mí? ¿Cómo se lo iba a decir a mi mamá y a mi hermana? No me queda otra que cargar con esto yo solo.

La muerte social que causa el VIH no siempre implica una acción desde el exterior hacia un sujeto: en muchas ocasiones, como ocurrió con Carlos Marín, es actuada sólo por el sujeto. Salvo

en los casos muy evidentes de deterioro corporal por causa de las enfermedades oportunistas relacionadas con el sida —y a veces, ni siquiera en estos casos porque la mayoría de las personas no están familiarizadas con ellas—, si una persona decide controlar férreamente la información sobre su condición seropositiva, es muy difícil que las personas con las que convive puedan excluirlo de los circuitos sociales en los que se mueve. La estigmatización, pues, es vivida y se vive, y en ocasiones, la víctima es el victimario.

La muerte causada por las enfermedades oportunistas asociadas al sida no es, por tanto, una muerte inesperada. Es una muerte anunciada, en ocasiones, muchos años antes de su ocurrencia. Pero sus efectos en lo individual y en lo social se viven anticipadamente, desde el momento en que una persona se sabe seropositiva. El gran problema con la muerte de personas con VIH no es, por tanto, el momento en que las personas dejan este mundo, sino el modo en que ellas y las personas que lo rodean van viviendo la muerte paso a paso del paciente, proceso en el que, como ocurrió con Miguel en el hospital, en ocasiones la muerte del otro se presenta como recordatorio del futuro potencial.

Parte IV

Tendrás que vivir

Vida + sida

Más allá de ser una enfermedad mortal, el sida se encuentra presente en múltiples formas en la vida de muchas personas. En ocasiones, como se ha dicho antes, aparece en horario estelar en los noticieros de televisión o se convierte en una reseña histórica que año con año nos recuerda que, a pesar de nuestro silencio, la pandemia sigue ahí. En otras, el sida se convierte en una causa de la muerte de personas, como hemos visto en el capítulo anterior. Aunque el número de defunciones ocasionadas por la epidemia es importante, y nunca se debería dejar de llevar en mente el detalle, es importante señalar que a pesar de las implicaciones sociales de la muerte por sida no son los muertos *en sí* —los anónimos muertos que se cuentan por millones y los muertos de oropel que por su notoriedad pública causan conmoción con sus muertes con sida³¹— los que resultan especialmente relevantes en la comprensión del sida: ya habíamos dicho que el problema de la muerte para el difunto concluye en el momento en que se consuma el proceso que pone fin a su vida, a partir de donde se torna un problema para los que le sobreviven. Precisamente porque la muerte por sida tiene algún costo para las personas que quedan vivas —seropositivos o no—, es hacia estas últimas a quienes debemos volver la mirada.

Si un seropositivo se levanta, debe ingerir su dosis de cualquier antirretroviral para refrendar su propia vida. De no hacerlo, morirá —y morirá de cualquier modo, todos vamos a morir, pero la muerte nunca está presente en nuestra agenda: nadie se pone una fecha para morir, salvo que haya decidido suicidarse³²—. En alguna ocasión, *Marco* —el ex piloto del ejército sobre el que había hablado antes— me comentó que cuando tomaba su pastilla no solía recordar por qué lo hacía, aunque de vez en cuando le *entraba una tristeza infinita* cuando tenía las tabletas antirretrovirales en la palma de su mano. *Dinámica de inhibición*, se diría desde el psicoanálisis; *naturalización* de

³¹ No es lo mismo enterarse de la seropositividad de un vecino o un compañero de trabajo que enterarse de la muerte de una personalidad por sida. Gran conmoción causaron en su momento los casos del clavadista Greg Louganis, el cantante Freddie Mercury, el anuncio público del ex presidente Nelson Mandela sobre la muerte de su hijo a causa de una infección por este virus, e incluso, la especulación en torno a la verdadera causa del premier palestino Yasser Arafat.

³² Aresti de la Torre (2001: 39) recuerda que alguna vez escuchó *en el radio a un comentarista en relación con el regreso del Magic Johnson al deporte que lo hizo famoso. Este reportero estaba entusiasmado por el hecho de que el Magic aún no hubiese muerto y estuviese regresando al deporte. Y en un exceso de entusiasmo y tristeza, comentó: “pobre, pobre Magic Johnson, va a morir” Yo me pregunté, al escucharlo, si el reportero tenía la menor idea que él también iba a morir.*

lo extraordinario, diríamos en antropología. Si bien la incorporación de las personas a un grupo estigmatizado de la sociedad implica la modificación de sus vidas cotidianas, también implica, en el mediano plazo, una adaptación a las nuevas condiciones de la realidad. De esta forma, lo que comienza siendo novedad, termina trocándose en rutina. Así, podemos entender que al paso de los años, el sida se haya convertido en la nota fugaz y tímida en un periódico, o en la enfermedad de alguien a quien conocemos o no. El sida, presente en la vida de todos los que compartimos esta sociedad, es uno más de los fantasmas contemporáneos con los que hemos aprendido a convivir, aunque haya quienes, además, tengan la necesidad de aprender a convivir con (y la necesidad de sobrevivir a) él.

Del condón, o de cómo encarnan riesgo y peligro de contagio en la vida real

El año 2006 fue aleccionador para los mexicanos por muchas cuestiones de orden político. Además de corresponder a la dimensión temporal de una elección federal bastante discutida, fue el momento del relevo de los poderes en este país. Uno de los cambios que más atrajo la atención fue el que ocurrió en la Secretaría de Salud, a cuya titularidad fue asignado José Córdova Villalobos en sustitución de Julio Frenk. Uno de los primeros actos de Córdova³³ fue señalar que era necesario revisar la política de prevención del sida que el Estado mexicano ha venido promoviendo desde la aparición de la epidemia. Posteriormente, sin embargo, se vio precisado a modificar su postura —*el uso del condón es una de las estrategias probadas y prioritarias*, declaró en Culiacán en un acto con Felipe Calderón (*La Jornada*, 15 de febrero de 2007). El propio Calderón —acusado él mismo de ser también un moralista— ha señalado que cada persona debe tomar la responsabilidad del cuidado de su propia vida, aunque en ese acto en Culiacán, no hizo ninguna alusión al empleo del condón (*El Universal*, 15 de febrero de 2007). Por la misma época, había venido presentándose en televisión abierta y en diversos horarios una cápsula publicitaria del uso del preservativo. La campaña salió del aire hacia abril del año 2007. Añádase al contexto temporal la aparición en el programa *Animal nocturno* de Azteca 13 de una serie de foros conducidos por el periodista Ricardo Rocha en el que dio voz a una postura bastante radical de entender la naturaleza de la epidemia del VIH, a la que se ha dado en llamar “*negacionismo*”.³⁴ Tanto el nombramiento de Córdova Villalobos como los publicitados foros de opinión organizados por Rocha motivaron la indignación de numerosas organizaciones civiles

³³ Carlos Monsiváis (2006), en una nota en línea de NotieSe hace un recuento del discurso homofóbico y conservador de Córdova Villalobos.

³⁴ Término un tanto inexacto porque *negacionismo* refiere por antonomasia a cierta corriente histórica que desconoce el genocidio de los judíos en Alemania; por otra parte, no todos los que son encajonados en esta postura radical niegan la existencia de la epidemia, aunque dan explicaciones bastante heterodoxas sobre el origen de la epidemia.

que están involucradas en el campo de la salud sexual y reproductiva, así como en el de los derechos de las minorías sexuales.³⁵

El condón, como indicador cultural de la existencia de una epidemia cuyo agente etiológico se transmite por la vía sexual, es también un símbolo de hasta dónde las personas son capaces de tomar en sus propias manos decisiones sobre su propia seguridad. El manejo del riesgo que implica la presencia del VIH-sida es uno de los insumos que alimentan la existencia de un campo especializado en el que confluyen instituciones estatales y civiles, cada una con sus propias agendas y con motivos que no necesariamente tienen qué ver con la preservación de la seguridad de la gente de a pie. La disputa por la promoción del condón como política de Estado para la prevención de nuevos contagios de VIH revela las tensiones que existen en el interior del campo, pero también ponen sobre la mesa el hecho de que las instituciones de las sociedades “modernas” no necesariamente actúan de acuerdo con la razón, como en muchas ocasiones se proclama. Nuestras instituciones, y la constelación de colectivos menos institucionalizados como las organizaciones sociales que han surgido como sus satélites, revelan la elección de ciertos riesgos que son relevantes para nuestra cultura (Douglas y Wildavsky, 1982), en la medida que ellas mismas fueron creadas para garantizar el orden de la sociedad y en tanto en funcionan como una barrera que contiene los peligros que amenazan a la sociedad.

Las instituciones de salud encarnan el modo en que cada sociedad enfrenta y resuelve sus preocupaciones por la salud de las personas. Por ello, en situaciones tan delicadas que tienen qué ver con el modo en que se maneja políticamente el riesgo sanitario, el campo de la salud se revela con todas sus tensiones y limitaciones. Recordemos que las instituciones no tienen pensamiento propio, ellas no son entidades pensantes, pero están encabezadas por sujetos que tienen una posición ideológica que, cuando se encuentra opuesta a los intereses de una sección de la población y organiza la actividad de las instituciones, produce conflictos con los agentes a los que se encuentra en oposición dentro del campo. Si bien la promoción del condón —con todas las debilidades que han mostrado las campañas institucionales en México a lo largo de más de cinco lustros de VIH-sida pandémico— es entendida por una parte importante de la población como el mejor método para prevenir nuevos contagios, no puede entenderse como una decisión tomada

³⁵ Sobre el caso de Ricardo Rocha, hay una contestación del equipo de infectología del CIENI del INER, encabezado por Gustavo Reyes Terán en la sección “El Correo Ilustrado” de *La Jornada* (9 de enero de 2007). La respuesta oficial se dio a través del Censida, dirigido aún por Jorge Saavedra —que fue entrevistado por Rocha sobre el sida, y cuyas escasa habilidad para manejarse mediáticamente le llevó prácticamente a darle la razón a los radicales que anticiparon en el foro de televisión— mediante un comunicado de prensa. Sobre las protestas de organizaciones civiles contra Córdova Villalobos hay notas en *La Jornada* (27 de enero de 2007, correspondiente a la marcha juvenil *gay*; 1 de febrero de 2007 sobre la reunión del secretario con representantes de las ONGs), y no encontré ninguna alusión en ningún otro periódico.

para siempre. Las decisiones que las instituciones estatales toman respecto al manejo de la epidemia son decisiones que pueden ser cambiadas, dependiendo del momento. Un ejemplo de cómo las políticas de Estado relacionadas con el manejo del VIH puede ser el caso de Uganda.

Siendo una nación entre las que poseen las mayores tasas de incidencia de VIH-sida a nivel mundial, el gobierno desarrolló una exitosa campaña de prevención que llevó los ojos de todo el mundo hacia ese país africano. La campaña, conocida como ABC —*Abstinence, Be faithful and Condom*³⁶—redujo las tasas de nuevos contagios en el país, y alejó la posibilidad de panoramas futuros de la epidemia, que auguraban un desastre similar al de Botsuana —donde el 90% de los menores de quince años podrían morir en pocos años a causa del sida— o Sudáfrica —donde no hay prácticamente familia que no tenga un miembro seropositivo—. ³⁷ Incluso teniendo en cuenta que se trataba de una campaña a tres pistas, el pilar principal era la promoción del condón, provisto de forma gratuita por el gobierno ugandés. Sin embargo, en parte por las presiones del gobierno de los Estados Unidos, encabezado por George W. Bush, el Estado ugandés ha tenido que modificar su exitosa política, reduciendo el número de condones disponibles para un público al que adquirir un condón en el comercio corriente resulta un lujo. Las presiones estadounidenses sobre Uganda han sido señaladas como un acto inmoral por muchos agentes implicados a nivel mundial en el campo sidático, entre ellos, el Onusida. Otros señalan que el gobierno estadounidense pretende montarse en el éxito de la campaña ugandesa para legitimar su política conservadora basada en la abstinencia y la fidelidad, y desalentar de este modo el uso del condón entre los propios estadounidenses.

Visto desde este ángulo, puede entenderse que en las decisiones que un Estado toma sobre la salud de su sociedad no necesariamente tienen origen en cuestiones legítimamente sanitarias. Intervienen en estas decisiones las filias y fobias de quines de modo transitorio ocupan los puestos donde se toman las decisiones importantes, y también están relacionadas con contextos globales y condiciones económicas. Pero, como muestra el reciente debate en México por el condón como instrumento privilegiado por la política estatal para prevenir el crecimiento de la epidemia, cualquier decisión que se pretenda tomar en esta materia debe pasar por la negociación con los demás agentes en el campo, puesto que la sociedad no es monolítica, y el Estado —

³⁶ Esta campaña, como su nombre lo indica, está apoyada en la promoción de tres conductas entre los ugandeses: la fidelidad, la abstinencia y el uso del condón. Este último es el núcleo de la campaña, y consiste en distribuir condones a bajo costo entre la población y educar a la gente en el uso adecuado del preservativo de látex. Para garantizar el abasto de condones en el país, el gobierno ugandés debe recurrir a financiamientos internacionales.

³⁷ El desastre demográfico y social ocasionado por el sida en Sudáfrica ha motivado a que la versión local de Plaza Sésamo haya incorporado entre sus personajes a Kami, una marioneta que encarna a la seropositividad. El motivo es *ayudar a reducir el estigma* del sida entre los niños sudafricanos (Nota de la BBC [en línea] http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/misc/newsid_2264000/2264698.stm, consultada el 25 de julio de 2007).

aunque tenga el poder para imponerse— no tiene el monopolio de la opinión pública.

Precisamente la pluralidad de posturas respecto al problema, sostenidas en representaciones preexistentes de temas que están relacionados —como la sexualidad, el cuerpo, la procreación, la discriminación— es un síntoma que nos habla de la pluralidad de actitudes sociales respecto al problema. A pesar de los debates sobre el asunto, que no pasaron de ser notas segundonas en los noticieros de TV y un poco menos en la prensa escrita, el grueso de la población es ajeno a estas decisiones. A pesar de que se trata de un asunto que puede poner en peligro la salud de cualquier persona —léase *una epidemia que es problema de todos*—, se sigue considerando al sida como problema de unos pocos. Si concedemos, como Calderón, que *La única actitud responsable por parte de cualquier gobierno y de la sociedad es **proveer información objetiva y necesaria para que cada persona tome sus propias decisiones sobre su vida sexual** y la lleve adelante, no sólo de manera libre sino de manera segura* (Sala de Prensa [en línea], 14 de febrero de 2007, negritas mías), estamos basándonos en la idea de que todo acto de las personas se realiza sobre decisiones informadas y “racionales”. Sin embargo, concediendo que todo acto humano es racional, este poner en la balanza los hechos implica mucho más que el puro saber sobre la mortalidad del sida y la forma de uso de un preservativo.

Las personas deciden tomar riesgos por las razones más diversas, razones que en muchas ocasiones ni incluyen la probabilidad estadística ni se basan en la *información objetiva y necesaria* que el Estado a través de sus campañas de prevención puedan proveer. Tómese por ejemplo el caso de los llamados *barebacks*. Se trata de personas que juegan en la orilla del riesgo de contraer el sida y obtienen de ello algún placer, en este tiempo donde la mejor opción para reducir la posibilidad de un contagio de VIH es precisamente el uso del condón. A pesar de pasar desapercibidos para una buena parte de la sociedad e, incluso, para el discurso predominante sobre el modo en que las personas contraen el virus de inmunodeficiencia humana que no puede entender que las personas estén dispuestas a correr este tipo de riesgos por puro hedonismo, los *barebacks* existen, y son protagonistas de encuentros sexuales donde el condón está estrictamente prohibido: en esta prohibición radica la esencia de la “identidad” de los *barebacks* y sus encuentros sexuales.

Cualquiera puede echarse un clavado al mundo de la pornografía para darse cuenta que este tipo de conductas sexuales son clasificadas claramente en la categoría de las llamadas parafilias, junto con la zoofilia, el *bondage* y una lista de muy variadas maneras de obtener placer a través del ejercicio de la sexualidad que rompen con los parámetros de lo que se considera “normal”, en tanto que se valen de prácticas heterodoxas para producir un aumento en la cantidad de placer

que afirman sentir quienes participan de estas prácticas. Las prácticas de los *barebacks*, como decíamos, ponen en peligro la salud de las personas, exponiéndolos no sólo al contagio por VIH, sino a la adquisición de cualquiera otra infección de transmisión sexual. La pregunta importante sería por qué, en otros contextos —como el de los llamados deportes extremos—, exponer la vida no es necesariamente reprobable: en otras palabras; la pregunta es por qué una conducta sexual que claramente expone la salud de sus practicantes es socialmente concebida como una desviación sexual —verdadero contenido del concepto de parafilia—, y no se califica de igual manera a los deportistas extremos como unos “desviados deportivos”.

En torno a los *barebacks* —esos fantasmas negros que son capaces de espantar a otros fantasmas de la sexualidad que a su lado parecerían inocentes ositos de felpa— gira todo un conjunto de percepciones acerca de los contextos donde el riesgo puede ser tenido como algo positivo o como algo negativo. Es positivo, por ejemplo, arriesgar la vida por la Patria, de acuerdo con lo que los niños mexicanos aprenden en el mes de septiembre, cuando se honra no sólo a los héroes de la Independencia, sino a los *heroicos cadetes del Colegio Militar* que ofrendaron su vida durante la intervención estadounidense de 1847 —uno de ellos, incluso cobijado en la bandera nacional, acto extremo del heroísmo patrio. Se trata, en ese caso, de un sacrificio, un riesgo que vale la pena correr porque se trata de una ofrenda de vida que permitió garantizar la supervivencia de una nación que estaba amenazada por la presencia de un invasor; en suma, un acto donde la renuncia a la vida por parte del sujeto es el germen del que brota la vida del colectivo.

Sin embargo, si mueren a consecuencia de sus actos, ni los deportistas extremos ni los *barebacks* se están sacrificando más que por su propio placer. Ambos grupos de personas, hedonistas por definición, son valorados de distinta forma por el papel distinto que juega el cuerpo en ambos casos. El deporte, en sí, es positivo, porque implica salud. En cambio, el ejercicio de la sexualidad nunca ha sido bien visto, más que al interior de ciertos sectores de la población— como los estigmatizados e hipercorpóreos varones homosexuales, o bien, los hombres heterosexuales que son imaginados como hipermasculinos por tener una mayor experiencia sexual—, mucho menos en casos donde se realiza por el puro placer y, en el peor de los casos, exponiendo la vida en un coito estéril por no estar ligado a la reproducción. Hay además otras cuestiones que pueden ayudar a comprender la diferencia entre las representaciones del deporte extremo y del sexo extremo, mismas que a su vez darían luz sobre la mala imagen que podrían tener las prácticas sexuales que exponen a las personas a la posibilidad de contraer el VIH. Por una parte, el deporte es cosa pública, y vuelve a sus practicantes sujetos públicos. La sexualidad, por otra parte, es un asunto privado y la reputación de una persona en estos asuntos no puede producir prestigio más que en ciertos circuitos que tampoco tienen una buena imagen, en tanto que

representan esos límites de los códigos sociales —los límites entre lo que se puede y no se puede hacer con el cuerpo—.

Pero nunca hay blanco sin negro, y por ello deberíamos también mencionar el lado opuesto de la moneda. El *barebacking* puede ser una conducta de muy alto riesgo porque implica el contacto directo de los fluidos de las personas: nada garantiza que los participantes en este tipo de encuentros sexuales esté libre de cualquier enfermedad de transmisión sexual. Además de los *barebacks* existe un grupo de personas que encarna esos mitos que circulan a veces en los relatos populares, donde los seropositivos son caracterizados como seres vengativos.³⁸ Sea el caso de *Carlos*, el médico sobre el que hablamos más arriba, quien comenta que él nunca usa condón en sus relaciones sexuales porque, a pesar de que se sabe seropositivo, le *vale madre la vida*. (¿Quién dijo que todas las personas quieren vivir?) Como él, hay otros seropositivos que siguen manteniendo relaciones sexuales sin condón por las más diversas razones, exponiendo no sólo a sus compañeros sexuales sino su propia vida: cualquier seropositivo que haya penetrado en el campo de la atención médica está advertido de que una reinfección con VIH puede ser fatal. *Pero, y qué más da* —me dijo *Carlos*—, *si todos vamos a morir. El muerto al pozo y el vivo al gozo, dice el dicho*.

El razonamiento es un acto de pensar en el que se toman como insumos los datos sobre un hecho dado que se habrán de someter a un proceso de análisis lógico. Por definición un acto razonable es un acto que no se apoya en falacias. En el caso de las actitudes de las personas ante el riesgo de contagio de sida, lo razonable sería que, con tanta información como hay pululando en distintos dominios de nuestras vidas, *todos* optasen *en todo momento* por el *sexo enmascarado*. Sin embargo, hay más en el mundo que un folleto sobre enfermedades de transmisión sexual —ya no llamadas *venéreas*, a la diosa Venus la hemos sepultado bajo el peso de nuestra razón científica moderna, aunque los anuncios del Eje Central se nieguen a nuestra puntillosa corrección contemporánea—, un spot televisivo donde todo el mundo dice *Gracias* a un joven que compra una caja de preservativos en cualquier farmacia, o siete condones-botarga que saltan felices y coloridos

³⁸ Circulan en diversos medios —especialmente en internet— varias leyendas sobre el modo en que los seropositivos cobran venganza de aquellos que los contagiaron o de la sociedad como un todo que los rechaza. Una de ellas tiene como escenario un cine —la versión mexicana señala a Guadalajara, que además tiene la fama de ser la capital *gay* del país—, en una de cuyas butacas algún seropositivo con hambre de venganza o desquite ha dejado una aguja infectada. De este modo, al poco tiempo la persona que inocentemente se sentó sobre ella se descubre seropositiva. Otra similar convierte la butaca del cine en un teléfono y la aguja en navaja. El teléfono tiene una trampa de modo que se hace necesario colgar. En el relato, una persona cuelga el teléfono con un dedo y se corta con la navaja infectada. Una tercera leyenda refiere a un seropositivo —puede ser hombre o mujer— que *liga* a alguien en una noche de *antro* —siempre es hombre—, van a la cama, tienen relaciones sexuales. La víctima se queda dormida y cuando despierta, en la luna del baño encuentra un mensaje escrito con letras de carmín labial: BIENVENIDO AL MUNDO DEL SIDA. No debe dejar de llamar la atención que esta última también está reportada para el caso de Australia, con idénticas características (Stephenson, 1991).

entre la multitud de asistentes a la Marcha del Orgullo *Gay*. Razones “*absurdas*” sobran para oponerse al uso del condón en todas las relaciones sexuales. Las hay económicas (*es que son muy caros*), estéticas (*se ven horribles*), pro-hedonistas (*es que no se siente igual*), amorosas (*es que lo amo* [al compañero sexual, se entiende]), ingenuas (*yo confío en mi pareja*) e, incluso, totalitarias (*no me gusta y ya*). Las personas que se apoyan en este tipo de argumentos (o en otros) para tomar la decisión de arriesgar su vida en lo que refiere al contagio del VIH no son menos “*racionales*” que aquéllas quienes entran en el juego de modo *seguro* —de acuerdo con lo definido por el discurso de salubridad que domina la educación sexual en nuestros días—, incluyendo en esta categoría la abstinencia sexual que también parece “*absurda*” desde el discurso científico. Siguiendo con la misma lógica, con el mismo estilo de pensar de nuestra sociedad y de nuestro tiempo, cada uno de nosotros puede llegar a muy distintas conclusiones acerca de la magnitud del riesgo al que nos enfrentamos; esto ocurre así porque los *insights* que alimentan nuestro pensamiento son variopintos: la cultura no es monolítica, y no hay nada de absurdo en la diversidad de decisiones tomadas y que cada minuto conducen a miles de ayuntamientos sexuales y a miles de nuevos contagios de VIH alrededor del mundo.

Ulin afirmaba, siguiendo la propuesta de Wittgenstein, que es necesario distinguir tres categorías de actividad mental. Si bien no se niega la racionalidad de las personas, es necesario llamar al problema que implica la comprensión en los procesos comunicativos, mismos por los que la cultura se socializa entre los miembros de una sociedad:

El concepto de seguir una regla para Wittgenstein no significa simplemente aplicar de forma mecánica algo que ya está proyectado; la comprensión es esencial para el concepto de regla. El sujeto no sólo debe ser capaz de comprender el sentido de la regla, sino que debe ser capaz también de aplicarlo en contextos apropiados y en situaciones nuevas. La aplicación de la regla en contextos apropiados y nuevos implica privilegiar la actividad de jugar el juego por encima de las reglas formales que sólo se captan mediante una reflexión posterior. Por tal motivo, el concepto de entrenamiento describe lo que significa aprender a jugar (Ulin, 1990: 53)

Suponer entonces que los seres humanos somos todos racionales con base en los parámetros definidos por nuestras instituciones sanitarias sólo sirve para dos cosas. Por un lado, para mantener reconocer el hecho de que las decisiones tomadas por las personas no son resultado de un raciocinio que tiene lugar bajo ciertas premisas que son iguales para todos. Como vemos, la *comprensión* es uno de ellos, hecho que introduce en el proceso racional el hecho de que las personas no son simples receptores de los mensajes a los que se encuentran expuestos: son agentes activos, decodifican e interpretan la información. En el proceso también intervienen variados factores sociales y en ocasiones la simple amenaza de muerte —con todo lo terrorífica

que resulta— no es suficiente para disuadir a las personas de no arriesgarse, cuando, como dice Douglas, quizá uno de los rasgos más distintivos de los seres humanos es que somos seres audaces dotados con un sentido de inmunidad que nos lleva a reducir la percepción de los riesgos cotidianos (Douglas, 1996). Incluso dando validez a la idea que las decisiones se toman sólo con base en lo que se halla en cada mente humana, habría que tomar en cuenta que estas guardan ciertos condicionamientos que influyen en el modo en que imagina cada uno de los más de seis mil millones de seres humanos el mundo real en el que vive (Sperber, 1996).

Cuando las instituciones, por boca de sus agentes, sostienen que la responsabilidad de los nuevos contagios es asunto de cada persona —en la medida que las campañas de prevención son la manera en la que una institución como el Censida puede cumplir con su razón social de existir: la de limitar las dimensiones de la epidemia en México—, lo que ocurre es que simbólicamente, la culpa por un hecho contemporáneo se traslada en el tiempo hasta aquél mítico individuo en el que se detectó por primera vez la enfermedad, o a aquellos africanos que, por consumir carne de monos contaminados o copular con ellos, trajeron a la humanidad este mal que tanto los aqueja al África más que a ningún continente en el plantea. También, en ámbitos más locales, si Calderón dice que las personas informadas, merced a las campañas de prevención deben tomar decisiones responsables, porque ya están informadas; cuando eso ocurre, la asignación social de la responsabilidad de la enfermedad se traslada al plano individual, con lo que las instituciones sociales quedan eximidas de la culpa. En sentido restringido, el individuo sobre el que recae la culpa es un estereotipo que conjuga las características que definen oficialmente a los portadores: se trata de un sujeto que se arriesga, que adquirió el virus por no actuar de modo “racional” y, como la mayor parte de los contagiados son homosexuales, lo que ocurre con este tipo de discursos es que legitiman el estigma social.

Es natural que se contagien porque siempre están buscando sexo. No piensan con la cabeza, piensan con... pues con no sé con qué, pero no con la cabeza. Van de arriba para abajo buscando sexo, porque no tienen otra cosa mejor que hacer. Los puede usted ver en el metro, haciéndose señas los unos a los otros, se incitan en frente de la gente; y eso no está bien: no nos respetan, quizá por eso les pasa lo que les pasa (conversación con una anciana en la Alameda Central, 31 de mayo de 2006).

La peor cara del estigma no la proporcionan las personas que se imaginan en una posición más lejana de la frontera entre el peligro y la seguridad de la comunidad central. Cuando el estigma es considerado como un asunto normal entre los estigmatizados, como algo que es equivalente a tener una identidad sobre la que recae la culpabilidad social. En suma, cuando el peligro ha sido naturalizado por quienes se supone están en riesgo mayor —cada vez con menos fundamento, como muestran las estadísticas de nuevos contagios de VIH en México desde hace siete años—,

entonces sí tenemos un asunto grave, porque nuestros culpables, en este caso, los homosexuales, pueden pensar que no tiene sentido cuidarse en la medida que el VIH es algo que tarde o temprano va a aparecer en su vida, derivado de su preferencia homosexual.

Alberto: Es normal, ¿no? Es normal que tenga el *sidral* porque me acosté con muchos hombres.

CSD³⁹: ¿Qué es lo normal: acostarse con muchos hombres o tener el *bicho*?

Alberto: Las dos cosas, ¿no?

CSD: A ver: no. Es que cómo puedes creer eso.

Alberto: Pues porque es cierto: en este ambiente [*este ambiente* suele referirse en el habla de los hombres homosexuales de la Ciudad de México a las relaciones entre ellos] no puedes encontrarte a nadie que sea fiel. Si tienen pareja, cuando te ligan dicen que no la tienen, o si lo aceptan no les importa; hay unos que nomás andan buscando con quién se van: ligan con uno, y no se llenan y vuelven por más. Es lo natural, porque todos los hombres somos así, y los *gays* somos más...

CSD: No manches, ¿cómo puedes creer eso! Eso no es cierto: la gente tiene sexo con quien le parece, cuando le parece y como le parece, y no porque sean *gays*, sino porque quieren. Las mujeres también lo hacen, los hombres lo hacen; los viejos, los chavos...

Alberto: Pues la gente lo dice...

CSD: *Uta...*

Los condones se encuentran presentes en muchos espacios que son frecuentados por los hombres homosexuales de esta ciudad, y las *condonerías* que han surgido en algunos sitios de la ciudad — a veces asociadas a las *sex shops*, en las inmediaciones de los centros de enseñanza universitaria o en las regiones *gayescas* de la geografía capitalina— cada vez aparecen más como sitios identificados como espacios de pluralidad sexual. Por ello, están muy estereotipados. Son un insumo propio de personas que tienen una vida sexual (muy) activa: jóvenes y homosexuales. Cuando se estereotipa el uso del condón entre los homosexuales porque ellos son los que tienen más probabilidades estadísticas de encontrarse con el VIH, entonces se desalienta su uso entre otros sectores de la población. Los hombres heterosexuales no lo usan porque se supone que les “*resta virilidad*”⁴⁰, las amas de casa no lo usan porque suponen que se hallan a salvo gracias al lazo matrimonial. Son muchas las condiciones sociales que disminuyen la magnitud del riesgo percibido, como vemos aquí: entre datos estadísticos que nos presentan una epidemia “*contenida*” entre los hombres homosexuales, un colectivo *gay* que se asume como realmente responsable e

³⁹ CSD son mis iniciales.

⁴⁰ Por cierto, en 2005 hubo una campaña publicitaria basada en afiches cuyo motivo iconográfico central era un hombre vestido de manta con sombrero de ala ancha, bigote y carrilleras —curiosamente parecido a Emiliano Zapata que, como anécdota, aparece en la novela *Zapata* de Pedro Ángel Palou como protagonista de una escena homosexual—, que abrazaba a una mujer de trenzas y rebozo, y a su vez era abrazado por otro hombre vestido de manta y que lleva un collar de ¿ajos? al cuello. La leyenda decía *El machismo afecta por igual a hombres y mujeres*.

irremediablemente tocado por la epidemia y un condón culturalmente estereotipado como consecuencia de los actos de autoridad de las instituciones sanitarias, no parece que unas campañas publicitarias que sigan estos mismos pasos y promoviendo el condón como un instrumento básicamente *gay* y ligado a la alta actividad sexual de un (cierto) tipo de personas vaya a poder contener el avance de la epidemia en el país.

Vivir con VIH

De muchas formas, el sida aparece en ciertos dominios de la vida de las personas en nuestro tiempo. De algún modo, como sociedad, parece que hemos encontrado un modo de sobrellevar el peligro que implica este fantasma. Como hemos visto con el caso del empleo del condón, la presencia del espectro del sida ha venido a modificar nuestras prácticas sexuales, ha venido a abrir un poco más la discusión sobre un tema que, como la sexualidad, se hallaba relegado a los intersticios sociales. Sin embargo, las personas están familiarizadas con la epidemia de modos distintos —incluso negándola: debo decir que no aparece como riesgo perceptible para toda la población, en cierta medida porque, afortunadamente para los habitantes de la Ciudad de México, las personas seropositivas son una excepción y no hemos llegado a situaciones como las que se han descrito someramente para países como Botsuana o Sudáfrica—, ni todos pueden vivirla de la misma manera. Precisamente, en este apartado vamos a abordar algunas experiencias de la vida de los seropositivos, tanto en su interacción con el sistema de salud, como en el resto de sus relaciones sociales. Más que a ningún otro grupo de la sociedad, el sida trueca la vida de quienes portan el virus de inmunodeficiencia: a veces incorpora cuestiones que nunca habían pasado por la cabeza de los pacientes, en otras es un pretexto para reconstituir las redes y, con el tiempo, termina por volverse parte de la rutina, hasta que finalmente desemboca en el Gran Final de todas las cosas: la muerte.

Mientras llega ese momento, que como hemos visto, se vuelve relevante más para los que sobreviven la muerte del sujeto que para el mismo difunto, las personas que llevan el VIH en su sangre se ven impelidos a contemplar la presencia de ese huésped en su sangre para reorganizar su vida social. Para comprender esto es necesario hacer hincapié en que las personas no poseen identidades sociales unívocas. Los roles se superponen unos sobre los otros, de tal manera que la personalidad de cada individuo está conformada por un conjunto de atribuciones sociales que son el resultado de sus distintos papeles en la vida social. Sin embargo, una crisis biográfica de las dimensiones que implica la recepción de un diagnóstico positivo al VIH parecería borrar cualquier otro asunto de la agenda y comienza a organizar las rutinas de las personas. Cuando un

seropositivo recién diagnosticado opta por aceptar el tratamiento médico, su día a día debe enfrentarse con el hecho de que en ciertos momentos y espacios será un paciente del sistema de salud, perteneciente a una categoría especial que requiere una especial vigilancia por parte de los especialistas. Esta nueva condición se suma a otros roles que juega en la estructura de la sociedad, pero su capacidad de organizar la agenda personal proviene precisamente de la novedad, puesto que, para efectos del imaginario, el VIH-sida en cada persona —como hecho de la vida y no como riesgo imputado— sólo existe desde el momento en que se declara oficialmente en los espacios del sistema sanitario especializado. Lo novedoso se suma a lo que ya era rutinario y, en su momento, es casi seguro que se *naturalice* y se incorpore en las prácticas cotidianas.

Hallarse ante algo extraordinario siempre es motivo de actitudes extraordinarias. Ante el peligro, las personas reaccionan con miedo; ante la belleza, experimentamos placer. Pero hallarse ante una novedad que pone a una persona frente a frente con su propia muerte es todavía más perturbador, puesto que, como se ha dicho antes, la muerte —que es como los conjuntos vacíos de un diagrama de Venn: nada hay dentro de ellos— no puede ser el organizador de la biografía de nadie que no sea un suicida. Lo que resulta sorprendente es que a los seropositivos recién diagnosticados se les requiera “*ecuanimidad*” a la hora de recibir su ELISA positiva —*Usted tiene que estar tranquilo*, le dijo la psicóloga Vázquez a César, horas después que Falcón le escupió el resultado positivo de la ELISA porque *Es lo mejor para gente ansiosa como tú* (¡?)—, como si fuera sencillo para cualquiera enterarse de que se va a morir. Los psicólogos y los médicos saben que el momento en que una persona es declarada nuevo miembro de la *Gran Familia Mexicana* —como dicen algunos miembros del Grupo Génesis para referirse al colectivo de seropositivos en este país— muy probablemente sea también momento de una crisis psicológica, que requerirá su intervención para poder ser controlada; pero este conocimiento no impide que en la práctica se considere que la mejor actitud ante todos los hechos de la vida sea la impasibilidad, derivada de la aceptación razonable (razonada) del mundo real. Incluso, el apoyo psicológico (o psiquiátrico) que se brinda a los *nuevos casos* (nuevos para la estadística) en el momento de la notificación tiene como objeto reparar el orden en la mente del paciente. Sin embargo, el posible orden psíquico restaurado no garantiza el restablecimiento del orden social.

Realmente no parece que el sistema de salud se interese por sus pacientes seropositivos más allá de lo que toca a la cuestión psíquica individual —interés que algunas ocasiones alcanza también a la familia⁴¹—. El INER, por ejemplo, brinda *talleres de VIH*, que tienen como propósito introducir

⁴¹ Del mismo modo en que se dispone de espacios para la atención psicológica del seropositivo, los hospitales públicos de la Ciudad de México suelen ofrecer apoyo para los parientes. Algunos hacen uso de estos servicios, pero

a sus usuarios —seropositivos o no— en el mundo científico del sida, que aparece como novedad para muchos de ellos.⁴² Sin embargo, en contraste con la Clínica Condesa, aparece como un espacio donde los lazos entre los seropositivos no son favorecidos. Mientras la Clínica Condesa posee un grupo de apoyo psicológico para varones, el INER sólo posee uno para mujeres; y en cierto modo, la mayor incidencia del sida entre varones en la ciudad favorece que el grupo de la Condesa sea más concurrido que el del INER. A ello hay que sumar que mientras en la Condesa se trata de una acción institucional, en el INER tuvo su origen en una propuesta de una organización civil (SIPAM, lo que explica su interés por las mujeres). De esta suerte, los espacios institucionales de atención a los seropositivos no son espacios donde la institución se muestre especialmente activa más allá de sus competencias puramente sanitarias y epidemiológicas.

Las implicaciones del sida en la biografía de los sujetos pasan a ser potestad de los usuarios del sistema de salud. El seguimiento psicológico se concentra en los desórdenes psíquicos de las personas, pero no suele tomar en cuenta el modo en que el sida altera las prácticas de sus usuarios, más allá de los trastornos mentales que pueda ocasionar. En ocasiones, en los textos psicológicos, la inhibición del problema, el silenciamiento del duelo, el retraimiento social son considerados como parte de esa categoría de anormalidades sociales. Los psicólogos conceden que estas conductas son alentadas por la carga social de la enfermedad, pero, privilegiando el equilibrio psíquico sobre la vida social de las personas, no son capaces de ver que se trata de medios de que los pacientes se valen para evitar las consecuencias del estigma social de su enfermedad, por lo menos hasta donde les sea posible.

Inhibir la enfermedad —a pesar de que diariamente un seropositivo en tratamiento debe tomar desde tres hasta decenas de *chochos* para mantener a raya el virus que lleva en la sangre— permite a un seropositivo dirigir su atención hacia el hecho de que vive más allá de su propia seropositividad. Un seropositivo necesita trabajar, estudiar, salir a divertirse; todas estas actividades son indicadores de actividad, y no pueden tener lugar si la muerte potencial se convierte el organizador de la agenda personal. Que hay otros mecanismos “más sanos” de

en el mediano plazo, la atención sólo se centra en el seropositivo. Aunque existen también servicios de trabajo social, estos suelen concentrarse en una especie de supervisión de las condiciones socioeconómicas de los usuarios del sistema de salud, o en la orientación sobre como integrarse en el sistema de atención. Por ejemplo, la trabajadora social del INER, hasta donde sé, nunca ha seguido un caso de ninguno de sus pacientes más allá de los muros de este instituto.

⁴² Aunque debo decir que la misma programación de estos talleres ocasiona que no todos los que asisten a ellos sean pacientes nuevos. Lo que sí ocurre con frecuencia es que se trata del primer acercamiento al conocimiento científico de la enfermedad: en estas sesiones se expone desde la historia natural del síndrome hasta una breve introducción a los conocimientos sobre nutriología que todo usuario seropositivo debería tener y, ya más en el campo de lo social, alguna charla sobre los derechos de los pacientes. También encontré que había un grupo de madres que asistían con regularidad a estos foros, que, ahora sé, son madres de seropositivos muertos que se han constituido como organización.

reordenar la vida, es cierto —como la asunción sin tapujos de que el sida es una enfermedad crónica como muchas otras, para la que se requiere estar cargado de una buena dosis de valentía que permita enfrentar el estigma social y requiere además ciertos cuidados para mantener alejada la muerte inevitable; forma de ver la enfermedad a la que es posible acercarse después de un largo y tortuoso rodeo—; pero en una crisis, los recursos culturales que se activan para resarcir el duelo no siempre son los ideales: son los que se encuentran a la mano, y entre ellos no siempre se encuentran los razonables.

Desde luego, estas tácticas de evasión del estigma sólo tienen un efecto limitado. En la medida en que los pacientes seropositivos están sujetos a la supervisión médica, no pueden evitar la incorporación del sida en sus prácticas habituales, incluso si el sida se presenta bajo la forma de incómodas visitas periódicas —pero inevitables— al hospital para a) seguimiento médico —cada tres meses, como mínimo; aunque en las primeras fases puede ser semanal o diario—; b) adquisición de medicamentos —en el caso de pacientes sin seguridad social, como los usuarios del INER: ello implica visitar primero la clínica en donde se atienden y después acudir a la Clínica Condesa a surtirse de antirretrovirales—; c) análisis sanguíneos periódicos —como mínimo, cada seis meses—, y d) otro tipo de contingencias aleatorias —por ejemplo, en el caso de una crisis sidática. La relación entre las instituciones de salud que se encargan de la manipulación de la epidemia y sus usuarios-pacientes se realiza no sólo en los consultorios, sino en las mesas donde las trabajadoras sociales definen el nivel socioeconómico de los pacientes o en el escritorio de una secretaria que recibe las solicitudes para acceder al abasto gratuito de antirretrovirales.

Tomemos como ejemplo el modo en que los pacientes adquieren sus medicamentos antirretrovirales. Los que cuentan con seguridad social deben enfrentarse a un sistema que tiene muy mala reputación entre muchos de los seropositivos que entrevisté y que no se atienden en el IMSS o el ISSSTE. Sin embargo, los que tienen derecho a los servicios de estas instituciones afirman que la calidad de la atención es bastante buena. Tienen la ventaja —igual que los pacientes de la Clínica Condesa— de que los medicamentos los obtienen en las farmacias de las clínicas donde son atendidos, por lo que no deben desperdiciar un día en trámites engorrosos para conseguir cada mes sus antirretrovirales. En cambio, los usuarios del INER que no pudieron colocarse en un protocolo de investigación con derecho a medicamentos deben hacer un viaje a este hospital (en el sur de la Ciudad de México) para adquirir cada mes una receta con copia, firmada por el doctor Gustavo Reyes Terán —el director del CIENI del INER—, y después dirigirse a la Clínica Condesa, donde está la única farmacia del programa de abasto de antirretrovirales gratuito del gobierno capitalino (poniente). En este tránsito, como mínimo se pueden perder dos horas, aunque ocurre con mucha frecuencia que los pacientes pierdan más tiempo —sea porque

los administrativos del INER están demasiado ocupados, o porque haya tráfico en el trayecto entre uno y otro centro— y si se tiene en cuenta que la farmacia de la Condesa cierra a las 13 horas, entonces uno se puede dar una idea del sacrificio que representa adquirir los medicamentos. Dado que en la Condesa no se autoriza la dotación sin la receta correspondiente al mes, algunos pacientes prefieren adquirirla un día antes y acudir a la farmacia al día siguiente.

Si alguien se pregunta por qué a los pacientes del INER no se les ha ocurrido pedir de favor a otra persona que recoja su dotación, la respuesta es la siguiente: sólo el paciente, identificado con credencial de elector, puede recibir los medicamentos. La única excepción de esta regla corresponde a aquellas situaciones en que el interesado está internado en un hospital, lo que implica que es imposible que asista en persona a la Condesa. En este caso, puede enviar a alguien para que recoja el medicamento. El encargado debe presentar una carta poder, copia fotostática y original de la identificación oficial del paciente, comprobante de la institución donde el paciente está hospitalizado, en el que conste que realmente lo está, y una identificación personal del depositario del poder. *Razones no les faltan* [a los encargados del programa de abasto gratuito de antirretrovirales],⁴³ *pero mientras tanto, recoger los medicamentos es un calvario para la gente que vivimos hasta en casa de...* —dice Roberto, que recibe su dotación de ARVs en la Condesa.

Como se observa, las relaciones entre el sistema público de salud y sus pacientes no se restringen únicamente a la mera atención médica. Implica, como observamos en el simple acto de adquirir los medicamentos, la inmersión del paciente en un mundo institucional que no se rige necesariamente por la cuestión puramente sanitaria. Además de penetrar en el mundo de las consultas médicas periódicas, los usuarios deben aprender a navegar en un sistema burocrático derivado de los múltiples candados establecidos por las normas oficiales del manejo epidemiológico de los pacientes, candados que, entre otras cosas, requieren el sometimiento total del paciente a la lógica de las instituciones sanitarias. De no ocurrir de esta forma, se supone que los seropositivos podrían estar incluso poniendo sus vidas en riesgo. El establecimiento de categorías clasificatorias específicas en el campo de la biomedicina define una dicotomía que supone la hegemonía de quienes operan las tecnologías de la salud y el sometimiento de quienes hacen uso de estos servicios. Por ello, la burocracia replica las asimetrías que se pueden observar en casi cualquier consulta médica de rutina.

⁴³ No les faltan razones, probablemente porque, como me comentó la encargada de la farmacia —bastante más amable que una trabajadora social a la que consulté primero—, personas que no son beneficiarias del servicio se aprovechan de algún descuido de los pacientes y les “roban” la ración. No he encontrado testimonio ninguno que confirme esta especie. Sin embargo, he sabido que algunos pacientes vendían los ARVs en el mercado negro, especialmente cuando el abasto en la ciudad era más limitado.

En verdad, el médico se convierte en un agente con poder. Tiene la facultad para indagar en las prácticas habituales de las personas que lo consultan, porque su poder legitima su posición estructural. Los médicos están dotados del poder de confesar a sus pacientes: en el imaginario de los médicos, un buen paciente es aquél que se somete dócilmente a los requerimientos que su padecimiento amerita. En el caso de los seropositivos, la *adherencia al tratamiento* es la conducta por la que se mide la disposición del paciente a la hegemonía del sistema. De tal suerte que se entiende que un usuario con *alta adherencia* es aquél que arroja indicadores positivos del progreso de su infección particular —un aumento de los linfocitos T-CD4, acompañado por la disminución de las copias de ARN de VIH en la sangre y la mejoría o estabilización del estado de salud general—; y en el caso contrario, un paciente con *baja adherencia* es quien presenta un desarrollo de la infección menos favorable —inmutabilidad o disminución del número de linfocitos T-CD4, aumento de copias del VIH en la sangre, desarrollo rápido de cepas resistentes a uno o más medicamentos, reinfecciones, desarrollo de enfermedades oportunistas...

Es posible que los indicadores que los infectólogos “leen” en los pacientes como signos del desarrollo de la infección por VIH puedan tener su origen en múltiples factores, y no necesariamente en la voluntad del paciente, al que se convierte en responsable de una rutina de vigilancia médica que se extiende incluso sobre los rincones más íntimos de la vida. La biomedicina carece de medios para detener definitivamente el avance de la infección y sus efectos colaterales en el paciente e, incluso, es causante ella misma de otros varios trastornos graves en la salud de las personas que son minimizados porque el uso de los ARVs “*salva la vida*” de quienes los ingieren —como dicen los médicos, aunque no hacen otra cosa que prolongar las agonías. Por lo tanto, no resulta muy plausible saber hasta qué punto las fallas virológicas o inmunológicas que se presentan en un paciente bajo régimen antirretroviral se deban a la negligencia de los usuarios del sistema de salud y no al curso natural de la infección por VIH en su tránsito a sida declarado, a los efectos indeseables de los medicamentos o a cualquiera otra enfermedad que presente un seropositivo. En tal caso, las instituciones del sector salud en México aceptan que no hay un compromiso personal entre el médico y sus pacientes, lo que aumenta las probabilidades de que se busquen explicaciones fáciles a la morbilidad o el buen progreso (médico) del paciente como ponerle una etiqueta de Bueno o Mal Paciente. La oposición entre ambos conceptos está construida en torno a lo que se define como saludable desde la hegemonía del sistema sanitario, y es esta oposición una de las que aparentemente intervienen de modo decisivo en la construcción de una representación médica de los usuarios del sistema de salud, y al mismo tiempo condicionan la modificación de algunas rutinas en la cotidianidad de la vida de los seropositivos con el propósito de mantener un “*buen estado de salud*”.

Los seropositivos se encuentran en la capacidad de decidir qué es lo que mejor viene con su estilo de vida y de pensar en lo que refiere a la salud de sus cuerpos. Pongamos un ejemplo. Víctor participa en las sesiones de uno de los muchos grupos de autoayuda que han sido creados para brindar apoyo psicológico a los pacientes seropositivos. Tiene 33 años y es empleado de una dependencia federal, por lo que es derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Sin embargo es frecuente que, cuando en la clínica a la que le corresponde asistir para atención médica carece de reactivos para la realización de pruebas de conteo de carga viral y células CD4, lo remitan al INER o al Instituto Nacional de Ciencias Médicas (el ex Instituto Nacional de Nutrición) para que se las practiquen. En esos días, le toca levantarse muy temprano por la mañana, porque vive en Ecatepec de Morelos, y tanto el INER como el hospital de Nutrición se encuentran en el sur de la Ciudad de México: gasta dos horas en llegar ahí, y dos horas en volver, por lo que pierde un día de trabajo. Afortunadamente, es posible que haga uso de sus *días económicos* para faltar al trabajo, o puede inventarse un malestar físico común y corriente como dolor de estómago o catarro para justificar la ausencia — alguien *checará* la asistencia por él. Ninguno de sus compañeros de trabajo sabe que es portador del VIH, y él no presenta (todavía) señales (muy) visibles de su seropositividad. Para Víctor, cumplir con las indicaciones de los médicos es de suma importancia para mantener un buen estado de salud. No bebe ni fuma, duerme temprano, come sanamente, hace ejercicio. Dedicar un buen tiempo a su aspecto físico. Para él, el tiempo que emplea para ir al gimnasio (o a nadar, o a caminar por el bosque de Aragón, o para jugar voleibol en el Deportivo Oceanía...) no se debe a una fijación con su cuerpo. Todo lo hace *por salud*, aunque confiesa que antes de haber salido seropositivo, hacía mucho ejercicio. *Siempre he sido un hombre sano.*

Alguna vez me invitó a quedarme en su casa, puesto que salíamos tarde del grupo y a mí me quedaba un poco incómodo volver a la mía desde el centro de la ciudad. A la mañana siguiente (la del jueves), se metió a bañar. Cuando salió de la ducha, ya vestido, morosamente detuvo su mirada en la luna de un tocadorcito que tiene en su cuarto. Notó que yo estaba de mirón (mirando las muchas estampitas de santos que tiene en la cabecera de su cama). Me preguntó *¿Qué tanto estás mirando?* Le respondí con otra pregunta: *¿De verdad crees en ellos?* Y repuso *En mi estado nunca sobra un poco de ayuda. A nadie le sobra nunca una ayudadita*, le dije. Volvió al espejo y se miró otra vez. Yo estaba viendo qué hacía: se contemplaba la cara, de perfil, de frente. Nada fuera de lo común (o eso suponía). Me preguntó otra vez *¿Qué estás mirando?* Me tomó por sorpresa, y lo único que alcancé a responder fue *No sé, lo mismo que tú estás viendo.*

No se dijo más sobre el asunto, así que prosiguió arreglándose el cabello; unos toquecitos de loción, y listo. *A ponerle combustible al estómago.* En la cocineta preparamos el desayuno (uno

muy completo: yo nunca desayuno de este modo): leche (deslactosada, porque los antirretrovirales han hecho una fiesta en el estómago de Víctor y ahora es intolerante a la lactosa), huevos (asados, porque también tiene una alteración del metabolismo de la grasa que ha devenido en ligera lipodistrofia), calabacitas tiernas (blanqueadas, porque es mejor consumir las cosas *lo más natural posible*, me dijo), naranjas (partidas, porque nos dio pereza hacer jugo) y pan (blanco, porque su médico le dijo que no debía comer demasiada azúcar, al hallarse propenso a la diabetes). Sentados, le hicimos los honores a los alimentos, entonces me dijo *Ahora sí, me vas a decir qué tanto estabas mirando*. Respondí que nada, que sólo estaba viendo cómo se arreglaba. Entonces me comentó que hacía menos de un mes que le habían cambiado el régimen antirretroviral, puesto que el virus (*Mi mascota*, como él le llama) había desarrollado resistencia a uno de los componentes de su coctel medicamentoso. Además de la comprensible angustia porque ahora tiene *un cartucho menos*, como dice —aunque la metáfora se la he escuchado a otros pacientes y a los mismos médicos—, a Víctor le angustian también otros asuntos menos relacionados con la salud. Uno de ellos es su apariencia física (que no es lo mismo ser un seropositivo invisible que uno al que se le empieza a pegar la piel a los huesos).

El concepto de salud es tan plástico, tan parecido a un cofre donde es posible depositar cualquier cantidad de contenidos, que, contra todo pronóstico y propósito de las instituciones médicas, es deconstruido y reconstruido por los usuarios de la biomedicina moderna. Sería ingenuo de nuestra parte suponer que todos los casos de los pacientes son como el de Víctor. Razones prácticas para que no ocurra de esta forma sobran, la primera y más importante es que para poder darse el lujo de seleccionar una dieta aparentemente balanceada es necesario tener los recursos económicos necesarios para ello; lo mismo ocurre en el caso de otros pequeños lujos como asistir a un gimnasio o pagar por el uso de una alberca. Sobre todo si recordamos que los salarios en México son muy bajos, que los usuarios de los servicios públicos de salud lo hacen porque no poseen la solvencia económica necesaria para seguir un tratamiento en una institución de su elección —como es común entre los seropositivos de la clase media en Francia, Estados Unidos y otros países del mundo desarrollado—, o que ocurre con frecuencia que los seropositivos pierdan sus fuentes monetarias cuando se descubre que son portadores del VIH, debemos entender que en ocasiones, *aunque quiera*, no se puede llevar la vida lejos de preocupaciones que se recomienda para los seropositivos.

El concepto de salud, como una caja negra del conocimiento biomédico, no es recibido de modo pasivo por los usuarios del sistema sanitario. De hecho, no parece que los médicos se detengan demasiado en explicar lo que significa para ellos *estar sano*. Lo saludable, según puede deducirse de las prácticas de los pacientes o de los actos de los agentes del sistema médico, parece ser una

categoría donde lo que resulta relevante es la ausencia de la enfermedad. Por ello, cuando el sistema hospitalario da *de alta* a un seropositivo al VIH que estuvo internado por una neumonía, por poner un ejemplo, en realidad no está restituyendo la salud, que es uno de los propósitos que legitiman la existencia de los establecimientos hospitalarios. Lo que hace es declarar que sus pulmones *están bien*, o que *el paciente ha mejorado*; pero reconoce que dada la cualidad crónica de la infección por VIH y la imposibilidad del sistema para curarlo —es decir, la capacidad de devolver la salud “permanentemente”⁴⁴ a sus usuarios, en este caso, para eliminarlo rotundamente de la sangre del paciente—, el paciente no puede estar sano. Ello no obsta para que, en tanto que los signos de la enfermedad no aparezcan por un período de tiempo prolongado gracias a la intervención biomédica en el paciente, tanto los médicos como los pacientes actúen como si la seropositividad asintomática fuera equivalente de la salud, como sinónimo de ausencia de enfermedad.

No deja de llamarme la atención el hecho de que en los talleres de VIH en el INER, las nutriólogas empleen términos como *alimentarse sanamente*, los médicos digan que los pacientes deben tener *hábitos saludables*, y los pacientes hablen de que *están sanos*. Desde que salió del hospital, una de las preocupaciones de César ha sido el mantener un estado de salud más o menos razonable, pero a diferencia de Víctor Ángeles, que se ha entregado casi enteramente a lo que su médico, su nutrióloga y su psicólogo le dicen que debe hacer para mantener controlados los efectos de la infección por VIH, César ha optado por otras cuestiones. Desde antes de salir del hospital, uno de los recursos a los que recurrió la familia de César para *ayudar* a éste a salir del hospital fue la movilización de su propia creencia de que la salud es un don divino. Por ello, llevaron agua de un pozo que tiene fama de ser milagrosa, y prometieron todos ir *de manda* al santuario del Santo Niño Doctor de los Enfermos (en Tepeaca). César salió, y tuvo que pagar las numerosas mandas a que le comprometió no sólo su familia, sino sus amigos. Además de ir a Tepeaca, acudió a la Villa de Guadalupe, a Chalma y al templo de La Cueva en Iztapalapa. Para él, mantener una buena relación con las potencias supernaturales —él no emplea esas palabras: César dice *estar bien Allá con Él*, y señala arriba; refiriéndose a lo celeste, territorio imaginario donde no sólo está el dios de los católicos, sino otras potencias poderosas, como las de los santos y los ángeles de la guarda— le puede servir tanto como tomarse las tabletas cabalmente. Si para algunos católicos, la salud es un don divino, entonces estar sano o enfermo es también un asunto que no está en manos de los hombres resolver. Incluso si existiera una *cura para el sida*, sólo *si Dios quiere* César podrá conocerla.

⁴⁴ En realidad, la biomedicina no puede devolver la salud permanentemente a los pacientes. Se trata aquí de una figura retórica que también hace un guiño a estas representaciones sociales de la vida donde la muerte nunca aparece ligada a ella, salvo en los casos en los que es “normal”: la muerte está cercana a los ancianos, pero no es “normal” entre los jóvenes.

Del mismo modo en que César recurre a sus creencias religiosas para dar una orientación a sus prácticas, del mismo modo en que Víctor Ángeles se entrega casi de forma total —aunque no le sobra un poco de ayuda—, hay otras personas que renuncian a todo lo que se les ofrece de primera mano y buscan más allá de lo que ya conocen o lo que los médicos les presentan para alargar su sobrevida. Marco, el ex-piloto del ejército al que me referí antes, renunció a su religión católica. Comenzó a inclinarse hacia las doctrinas orientales, de modo que ahora, construyendo su propio camino hacia la salud, echa mano de lo que le dice su médico y las recomendaciones de las nutriólogas —algunas definitivamente las descarta: prefiere la comida macrobiótica (desaconsejada por su bajo contenido de proteínas) a comer carne; igual conozco a otro paciente (Miguel Hernández) que muy cínicamente me invitaba a comer carnitas siempre que lo visitaba (las carnitas y otras advocaciones mexicanas del puerco están muy prohibidas para los seropositivos por su alto contenido de grasa saturada)—,⁴⁵ a las que se suman las filosofías budistas que aprende en un curso de meditación, o alguna que otra idea relacionada con el flujo de la energía que sacó de sus clases de yoga o de su participación en un grupo de danzantes afines a la *mexikáyotl*.

La salud, como la enfermedad, es una caja que se llena de contenidos culturales que se organizan mediante manipulación simbólica de los signos que se asocian con la enfermedad; nunca es un hecho del mundo real.

Las prioridades de las personas no se definen estrictamente en función del estado de salud, que si es relativo para cualquiera de nosotros, lo es más para una persona que padece una enfermedad crónica. Como vimos en los casos presentados anteriormente, en ocasiones la salud se antepone a

⁴⁵ Sobre el punto especial de la alimentación que siguen los seropositivos podríamos hacer una indagación que nos podría dar muchas luces sobre cómo interpretan el concepto de salud los pacientes con VIH. Debo confesar que es un tema que me parece fascinante, por lo que no puedo renunciar a hacer comentarios sobre el particular. La cuestión es que la alimentación es concebida como un punto básico en la estabilización de los síntomas de la enfermedad. Los alimentos aparecen como una materia de la que se adquiere lo que será necesario para una crisis: una alimentación balanceada le permitirá a un paciente seropositivo tener una reserva proteínica con el que puedan enfrentar los síntomas de la lipoatrofia; algunos alimentos aparecen como muy favorables para combinarse con los antirretrovirales y otros no tanto. A tal punto es importante la alimentación que en los equipos interdisciplinarios de atención a los seropositivos nunca faltan los nutriólogos. Las recomendaciones de éstos, como muestran los casos de Marco, Miguel o Alfredo (que con singular alegría se devoraba lo mismo tres gorditas de chicharrón fritas en manteca que cuatro hojas de lechuga y dos rábanos) no son siempre seguidos al pie de la letra. Alfredo decía, por ejemplo, que si iba a morir, prefería hacerlo *con la panza llena*; Miguel sostenía que *por salud mental*, no podía renunciar a comer carne de puerco; y Marco no podía verla ni en pintura. Para los tres, sus hábitos alimenticios eran muy saludables, aunque por razones distintas: Marco no tiene confianza al cien por ciento a las recomendaciones de los nutriólogos; Alfredo piensa que, más importante que la alimentación, para sobrellevar su enfermedad lo primordial es mantener un buen estado de ánimo; Miguel se imagina que tanto bien le hace comer vegetales como tomar agua: en nada va a cambiar su seropositividad si hace una cosa o deja de hacer la otra.

otras necesidades, aunque los procesos que desembocan en tales desenlaces no necesariamente sean intencionados. De hecho, muchos de ellos se realizan sobre un conjunto de ideas acerca de lo que las personas imaginan que puede ser más importante en su vida —por ejemplo, el placer que produce una comida sabrosa (aunque racionalmente inconveniente) sobre la salud que garantiza una dieta balanceada (aunque potencialmente insípida)—. Nuevamente se inserta aquí el asunto de lo racional = lo razonable. La jerarquización de las categorías que conforman el imaginario de la biografía personal a futuro no obedece a lo que, desde un punto de vista anclado en lo razonable opuesto a lo absurdo, consideraríamos prudente.

El punto es que esta capacidad de juzgar juega un papel de primordial importancia en la definición de las relaciones entre un paciente y *su* médico —o *sus* médicos, en el caso de los pacientes seropositivos—. La capacidad de juzgar como adecuados o inadecuados para el estilo de vida personal los consejos respaldados por el capital simbólico de la biomedicina trastoca también las jerarquías que son inherentes en la cultura a la relación entre el sistema médico hegemónico. Prácticas como las descritas anteriormente constituyen una interpelación a la veracidad pretendidamente universal del conocimiento científico, aunque sea desde la posición del *bricoleur* o de alguien cuyo capital cultural se encuentra restringido al sentido común o a creencias que en el mapa de las relaciones entre distintas representaciones del mundo ocupan posiciones menos centrales que la ciencia. Además, de hecho, constituyen en sí mismos los límites que cada paciente opone a los mecanismos de control —esas biopolíticas que se inmiscuyen hasta en los rincones más impensables de la existencia de cada persona— del sistema médico hegemónico, que no puede tener una hegemonía permanente. La hegemonía de los sistemas sanitarios se basa en el postulado según el cual los pacientes depositan en la biomedicina una confianza-fe-ciega que garantiza la continuidad del control médico en las prácticas cotidianas de los usuarios. Sin embargo, la vigilancia médica no necesariamente se extiende a las rutinas cotidianas de los pacientes en espacios que se encuentran fuera del ojo de los médicos. Visto desde el punto de vista de los trabajadores de salud, parecería que los pacientes bloquean o modulan el alcance del control del sistema de salud en sus propias vidas de acuerdo con lo que éstos comprenden como apropiado para seguir. Sin embargo, estas acciones no necesariamente son conscientes, en ocasiones son resultado de una comprensión muy particular de las prescripciones médicas en cuya formulación intervienen intereses personales, la biografía e incluso las condiciones de vida de los usuarios del sistema de salud.

Claro que hay momentos en los que se dramatiza la relación hegemónica entre el paciente y su médico. Uno de ellos, el más claro, es el momento de la consulta de rutina, en la que el cuerpo del paciente es sometido a un escrutinio tanto más minucioso como el médico lo crea

conveniente. En la consulta, el médico tiene la facultad de “confesar” a su paciente, interrogarle sobre sus prácticas sanitarias, y cuenta con instrumentos que le permiten hacer una valoración más o menos independiente de los testimonios del paciente. En el caso de los seropositivos, los análisis sanguíneos de rutina juegan este papel, y permiten al médico evaluar hasta qué punto el paciente ha seguido más o menos sus recomendaciones. La relación asimétrica entre estos dos roles se pone de manifiesto en el conocimiento que una parte tiene de la otra: mientras que el médico sabe algo de su paciente, es frecuente que el paciente no sepa nada de su médico, puesto que no está en la capacidad de inquirirle nada.

A pesar de estas asimetrías, los médicos se proclaman como *aliados* del paciente en su lucha contra la enfermedad (lucha que ambos tienen perdida), y juegan con las metáforas bélicas para legitimar la intervención de la biomedicina en la vida cotidiana del paciente. Debido al prestigio que este conocimiento tiene, y a que las instituciones sanitarias tienen un monopolio imaginado de la administración de la salud, el paciente suele aceptar la tutela médica. De eso trata precisamente la hegemonía. En el sentido gramsciano del término, la hegemonía está opuesta a la dominación, que se ejerce por la fuerza. La hegemonía no se impone: es resultado precisamente de la alianza de las partes de una relación, en donde el grupo dominante obtiene el consenso de los subordinados y se presenta a sí mismo como una entidad legítimamente capaz de dirigir, de organizar el campo (Maccioci, 1980: 157). Desde luego que Gramsci hablaba de las relaciones en el campo del poder político, pero el concepto de hegemonía permite observar desde una manera distinta los vínculos entre las instituciones sanitarias y sus usuarios, que en realidad son parte de una microesfera donde se realizan transacciones políticas también, una esfera pequeña del gran dominio de lo político donde se realizan las decisiones *de iure* que un Estado toma para efecto de contener los peligros sociales derivados de los desajustes de la población.

En ese sentido, la hegemonía médica se apoya en la confianza que los pacientes depositan en la biomedicina, que le permite asegurar la anuencia de sus usuarios hacia los dispositivos técnicos que tienen como propósito restablecer la salud del paciente o alejar el mayor tiempo posible la amenaza de la muerte. Pero una entrega total del paciente a las instituciones de salud sólo podría ocurrir con la renuncia de su voluntad individual, lo que no ocurre mientras el paciente no entre en un estado comatoso o por alguna situación biológica, jurídica o social se vea impedido de decidir sobre su propio cuerpo. (En esta capacidad de decidir, si no la ha perdido a causa de, por ejemplo, una demencia asociada al sida, radica uno de los pocos poderes con los que el paciente puede oponer alguna resistencia a la dominación del sistema médico, entendiendo la dominación como la imposición de una ideología, y en el caso de la ciencia, la imposición de sus productos culturales, a saber, los conocimientos científicos.)

La naturaleza misma de la hegemonía permite estas pequeñas expropiaciones de la fuente de poder de las instituciones de salud, que se reflejan en los juicios sobre lo sano y lo no tan sano que realizan los pacientes seropositivos. Los mismos médicos parecen estar conscientes de este fenómeno, e incluso, el hecho de que sus pacientes *hablen* (o entiendan) el mismo idioma que los médicos parece facilitar la administración de la salud por parte de las instituciones de salud — Falcón, el neumólogo del pabellón 4 del INER, dijo a César que *Ahora no sabes nada, pero al rato te vas a convertir en un experto*, y a mí me intentaba convencer de que realmente la exposición de los usuarios al conocimiento biomédico producía pacientes capaces de decidir lo mejor — desde el punto de vista médico— sobre su tratamiento. No en vano, el INER y otras numerosas instituciones hospitalarias tienen espacios donde brindan capacitación a los pacientes que les permitirá aprovechar de mejor manera los servicios médicos. El conflicto surge en el momento en que los pacientes ponen en entredicho la base de la hegemonía de modo radical, como por ejemplo, en lo que respecta a la investigación científica que subyace a las recomendaciones sobre el uso de los medicamentos antirretrovirales.

Son muchos, demasiados *chochos*, y creo que algunos hasta inútiles. Ellos [los médicos] dicen que debemos tomar esto así y asado, porque se supone que es lo mejor, pero ellos no se tienen que *embutirse* las tres pastillas que me tocan del diario. Entonces, una vez me di cuenta que el combivir no sirve para nada, porque me di mis *vacaciones* porque me dolía el estómago, y lo dejé de tomar y me di cuenta de que el combivir no sirve. Lo único que me seguí tomando es el efavirenz, y no me ha pasado nada, y en los análisis no hay cambios, así que creo que con el efavirenz me basta. A lo mejor me dan los otros *chochos* como para hacer que me están atendiendo mejor (*Marco*, 4 de mayo de 2007).

Los actos subversivos de este tipo, que de modo consciente o inconsciente se llevan a cabo, son un acto extremo, porque atacan la base profunda del edificio sanitario moderno: el conocimiento científico. Están hermanados con otras tácticas de resistencia como el control de la información, pero mientras que, desde un punto de vista biomédico el control de la información no atenta contra la vida del paciente ni pone en entredicho la autoridad del médico, la renuncia a la tutela médica podría poner un fin inesperado a la vida del paciente: la muerte derivada de un acto suicida de resistencia. De esta manera, los pacientes seropositivos no se reinsertan a la vida social en una posición enteramente desvalida, como se suele considerar desde el punto de vista de los lugares comunes. En la medida que el tiempo entre las crisis sidáticas y el presente en que vive un seropositivo, la amenaza de la muerte se aleja cada vez más. Alejando la muerte, el estigma también se aleja porque hay menos amenazas que le recuerden al paciente su condición especial. Esta relativa estabilidad también permite establecer un nuevo orden en su red social: el sida

puede convertirse en parte de su identidad —incluso, como parte de una identidad secreta, que se vuelve pública en espacios como el hospital o los grupos de autoapoyo—, pero no una que organiza la vida todo el tiempo.

Creo que es en esta ilusión de estabilidad donde se puede hallar la base de comportamientos como los descritos anteriormente. El poder de que pueden echar mano los usuarios de las instituciones de salud no tiene las mismas dimensiones durante todo el tiempo ni en todos los contextos en que estas interacciones tienen lugar. El imaginario de certidumbre provee de un piso muy útil que alimenta el poder del paciente, como el suelo alimenta a las plantas. Este poder del paciente no radica esencialmente en el *no hacer* o *no decir* de que habla Allen en su tesis sobre las representaciones de las mujeres seropositivas (Allen, 2006: 224-228), en tanto que el ejercicio de esta agencia sólo tiene como objeto resistir a las disciplinas que las instituciones médicas imponen a sus pacientes; pero carecen de sentido más allá de este estrecho dominio de la vida del paciente. Incluso, en el campo de la atención médica, el poder más rotundo de que pueden echar mano los usuarios del sistema de salud es la negación de la tutela biomédica. Este acto implica el rompimiento del monopolio imaginario que el sistema posee sobre la administración pública de la salud y pone de relieve lo que la hegemonía del modelo médico oculta: la existencia de modelos médicos alternativos.

Se alegrará que la renuncia a la tutela biomédica es un acto irracional, pero de eso hemos estado hablando aquí todo el tiempo: el raciocinio no se realiza siempre sobre premisas razonables, y los actos de las personas no se realizan siempre como consecuencia de la reflexión racional consciente. El rompimiento de su monopolio aparece con todas sus aristas incluso sin la renuncia total al tutelaje. Se revela en la búsqueda de certezas en otros sistemas de concebir el mundo cuando el sistema médico es incapaz de organizar el sentido de los hechos a los que se enfrentan sus usuarios. Mientras el sistema sanitario sea capaz de seguir proveyendo una ilusión de certidumbre y de salud, es muy seguro que los usuarios no lleguen a decisiones completamente radicales, como abandonar por completo la terapia antirretroviral. Pero en el momento en que definitivamente la capacidad de la biomedicina se ve rebasada —como en aquél en que un médico declara el desahucio de su paciente— resultará más sencillo y más probable que los usuarios rompan los vínculos paternos que los unen a las instituciones de salud.⁴⁶

⁴⁶ En la Universidad Autónoma de Chapingo, Pedro Macario, investigador en fitotecnia de esa institución, me comentó que un joven seropositivo, que había agotado todo el repertorio de antirretrovirales y por tanto, sólo le quedaba esperar la muerte, acudió a esta universidad para probar con otras alternativas (léase la herbolaria y otros tratamientos que los médicos llaman con frecuencia *pseudocientíficos*). El joven sigue vivo, y desde el inicio de su tratamiento a base de hierbas han pasado más de dos años.

La relativa libertad que la ausencia de crisis sidáticas por tiempos más o menos prolongados —y aclaro que ello sólo es posible cuando una persona hace uso de la terapia antirretroviral, hecho que en la Ciudad de México no es raro, gracias al sistema estatal de abasto de los medicamentos— permite a los seropositivos andar un poco más ligeros en las redes de las relaciones sociales. La ausencia de señales visibles del estigma permite que los seropositivos puedan interactuar con otras personas que no están infectadas. La ausencia de enfermedades oportunistas les permite continuar con sus vidas, aunque a ellas se haya incorporado también la necesidad de tomar tres o dieciocho *chochos* o una agenda de visitas a los hospitales.

Desde luego que hay contextos que son más hostiles que otros a los seropositivos. Un policía o un soldado seropositivos muy probablemente se sentirán menos seguros en su trabajo que un estudiante seropositivo en la escuela o un hombre seropositivo cualquiera en la compañía de su pareja. Hay múltiples formas en que se encarna la violencia contra los grupos estigmatizados, actos pequeños y mayúsculos. Existe una gran diferencia entre la mirada hosca de un trabajador de un hospital a un usuario seropositivo; gritarle a un homosexual *¡Sidoso!*, *¡Joto!* a un seropositivo y comparar a una mujer portadora del virus con una prostituta; y entre todos estos actos y el asesinato por odio a las personas que de alguna manera están involucradas en el campo sidático en una posición simpatizante a las personas que portan el virus.⁴⁷ En ese sentido es necesario aclarar que la magnitud de la violencia ejercida no siempre es proporcional a la magnitud de la violencia percibida. La diferencia entre los hechos y la percepción de la realidad puede ser un indicador de la exposición del paciente a los actos de violencia. Sin embargo, conocer esta distancia entre percepción y “realidad” no parece ser un insumo necesario para ahondar más en el modo en que el paciente enfrenta y vive su exposición a la violencia. Desde el punto de vista del seropositivo, si algo tiene significación en su vida cotidiana es la violencia percibida, aunque a nivel social resulte más importante la magnitud de la violencia estructural contra los grupos estigmatizados como el de los seropositivos. Sobre este tema no voy a ahondar más, puesto que aquí estoy intentando abordar la violencia desde el punto de vista de los pacientes. Sin embargo, no niego que la violencia ejercida socialmente en contra de los seropositivos —y de cualquier ser humano— es aberrante, indeseable y deleznable desde cualquier ángulo que se la mire. Sólo que al pensar el estigma únicamente desde sus consecuencias negativas, con propósitos condenatorios, estaríamos cerrando nuestra visión a los

⁴⁷ No he encontrado testimonio sobre un acto de violencia tan contundente como el asesinato para el caso del Distrito Federal o la zona conurbada. Sin embargo, el 21 de junio de 2005 fue asesinado en Santiago de Querétaro el activista Octavio Ochoa, *gay* y promotor de salud sexual. Su cadáver fue encontrado en el interior de la condonería que administraba. De muchas maneras las instancias de impartición de justicia en el estado de Querétaro Arteaga han intentado cerrar el caso, intentando, por ejemplo, enmascararlo como un crimen de odio. Esta manipulación de la justicia en Querétaro ha sido denunciado por otros activistas LGBT. La indagación no está concluida.

actores exteriores a los destinatarios de la violencia, sin considerar el modo en que los estigmatizados hacen frente a esta clase de ostracismo social.

Es posible que desde el ángulo de los propios seropositivos tenga un mayor significado la violencia percibida que la violencia objetiva. De esta suerte, los ámbitos donde la violencia percibida sea menor, también serían aquéllos en los que un estigmatizado se encuentra en la posibilidad de andar más ligero en su trato con las otras personas; en tanto, los ambientes hostiles serían causa del retraimiento social y la autoexclusión; cabe también la posibilidad (rota, cierto es) de que la violencia percibida sea nula, quizá porque esta se encuentra naturalizada, o porque se la ha bloqueado por medio de los dispositivos psíquicos. De hecho, en cualquiera de los casos, los dispositivos psíquicos son muy activos pero no se activan en blanco: la información obtenida de la experiencia de lo externo al sujeto tiene un papel importante en la construcción de un imaginario donde la seguridad en las relaciones sociales es inversamente proporcional a la magnitud de la violencia percibida.

La seguridad que los seropositivos parecen atribuir a ciertos dominios de su convivencia social es un capital simbólico importante que permite a muchos de ellos seguir en el mundo. Como se dice en el habla popular, hay espacios y tiempos en los que las personas pueden sentirse *como peces en el agua*, y en el caso de los seropositivos, estos pilares descansan en los espacios donde las relaciones con las otras personas son más amistosas, sea porque los otros se encuentran comprometidos por una idea de cómo *deberían* funcionar las redes sociales cuyo componente esencial es una fuerte dosis de solidaridad —como la familia o la pareja— o bien, por la identificación con *los iguales*, es decir, con los que portan el mismo estigma, o con esa *gente sensible dispuesta a adoptar su punto de vista* [el del estigmatizado] *y a compartir con él el sentimiento de que es humano y “esencialmente” normal, a pesar de las apariencias y de las propias dudas*, es decir, de los sabios de que habla Goffman (1970: 31).

Hagamos un rodeo etnográfico. Pedro y Alfredo llevan *muchos años* (siete años son *muchos años*) viviendo juntos. Pedro da clases de ética en una escuela de religiosos. Alfredo no trabaja de tiempo completo, porque es seropositivo. Ambos participan en el Grupo Génesis como voluntarios, pero sólo Alfredo es seropositivo. Pedro no lo es, así que forman lo que se dice una pareja serodiscordante. Pedro relataba que cuando conoció a Alfredo ya había *enviado* de su primera pareja. La causa: murió por sida. Se enamoró de Alfredo y decidieron vivir juntos. La vida les pintaba más o menos bien porque además de llevar una vida sin sobresaltos —podían comer bien, irse de vacaciones en verano y *de antro* cada sábado por la noche, y también mantenían a una perrita *french poodle* y pagaban el alquiler de un apartamento mono en *la*

macabra colonia Lomas de San Lorenzo— se llevaban bastante bien, y tenían un acuerdo muy maduro —dicen— por el cual, ninguno de los dos se molestaría si el otro decidía experimentar [sexualmente] con otras personas. De hecho, A veces él [Alfredo] conocía a alguien —dice Pedro—, o yo conocía a alguien, lo llevábamos a la casa y cogíamos juntos.

Pero un día Alfredo comenzó a ponerse mal. Tosía mucho, le dio una diarrea que no hubo medicina que la contuviera y finalmente cayó en cama, porque no podía ni caminar ni comer ni nada. Entonces, Pedro lo acompañó al médico y, viendo cómo estaba Alfredo, el médico le recomendó que se hiciera una ELISA, conocida popularmente como prueba del VIH. *No sé qué tengo, pero tengo la suerte de que cuando una persona me gusta, tiene sida. A lo mejor será que yo los busco, pero Alfredo y mi ex salieron “premiados”.* En uno de esos raros casos de personas que sostienen relaciones sexuales sin condón y no se contagian, aunque su compañero ya haya desarrollado el sida, Pedro dio negativo a la ELISA. (Hago mal en decirlo, pero creo que Pedro realmente tiene mucha suerte, porque pudiéndose llenar la sangre de VIH, es momento en que sigue dando negativo a las ELISAS. En cambio, he conocido a otras personas (muchas) que con una vez les bastó para adquirir el consabido virus.) Los dos siguen sosteniendo relaciones sexuales, a veces sin protección.

Desde que Alfredo fue diagnosticado seropositivo han pasado cinco años, y su salud ha mejorado bastante con el paso del tiempo y el tratamiento antirretroviral. Hay un muchachito en el grupo que me gusta, hasta lo conoces, creo, porque anda muy pegado con Pedro para todos lados. *Se llama Alejandro. El salió positivo hace poquito, y está tan espantado que se niega a tener sexo. Una vez que se lo pedí, me dijo que no tenía ganas, que en su estado no estaba para esas cosas. Le digo que se deje de eso, que yo también vivo [con el virus] y no hago tantos panchos.* Alfredo tiene un respaldo moral muy importante que proviene de su pareja. En contra de lo que se podría pensar, no todas las relaciones entre personas serodiscordantes se disuelven cuando una de las partes es declarada portadora del virus de inmunodeficiencia adquirida. Allen (2006) registra un caso en el que una mujer fue capaz de construir una relación sentimental después de ser declarada seropositiva con un hombre que no lo era. Aunque se trata de casos más o menos excepcionales, son casos que ocurren con más frecuencia de la que podríamos pensar, e incluso implican vínculos todavía más inverosímiles.⁴⁸ El florecimiento de relaciones solidarias serodiscordantes

⁴⁸ La noche del 15 de septiembre de 2007, Roberto me invitó a una reunión con algunos compañeros suyos del grupo de autoapoyo de Albergues de México. Salvo él y otros tres jóvenes, el resto iba acompañado de sus respectivas parejas. Roberto fue comentándome la historia de cada uno de ellos, pero se detuvo especialmente en el caso de dos jovencitos de 24 y 22 años de edad. El mayor, Valente, fue declarado seropositivo apenas unos meses antes. El menor, Alexis, era seronegativo. Sin embargo, contra todo pronóstico, habían decidido seguir sosteniendo relaciones sexuales sin protección. Cuando pude conversar con Alexis, le pregunté sobre esta decisión, y declaró que él pensaba que infectarse o no de VIH estando con Valente no implicaba una diferencia mayor, puesto que el plan de ambos era

no ocurre únicamente en el caso de las relaciones de pareja, sino, como hemos visto antes, también en el dominio de los vínculos de parentesco. Como todas las crisis, la seropositividad de los miembros de una red social implica la movilización de los agentes implicados, mismos que asumen una postura en un juego de toma de decisiones en las que cada uno obra como le parece más adecuado desde el punto de vista de las apreciaciones subjetivas de la situación. Pero dado que una persona nunca toma sus decisiones en el marco de una burbuja que los aísla del resto de las personas, en algunas ocasiones, las decisiones tomadas se llevan a cabo por presión de la misma red, ya sea presión para disolver la red o para mantenerla unida o reforzada.

En el caso de las relaciones entre parientes o de las parejas, los preceptos del *deber ser* de un compañero sentimental o de un pariente son la base de las rutas que siguen los procesos de manejo y resolución de la crisis en estos niveles de la estructura de relaciones sociales. La actualización de estos imaginarios sobre los deberes de la familia o de la unión sentimental con frecuencia implica una ruptura del equilibrio entre la ética y el interés de los individuos, por lo menos en contextos culturales donde el individualismo es un componente importante de la cultura. Teniendo en cuenta que la solidaridad parece ser uno de los componentes significativos en las relaciones de las parentelas en la Ciudad de México —lo que se puede deducir de los numerosos casos de familias extensas en las zonas populares de la urbe, o en las relaciones donde las *palancas* importantes para, por ejemplo, incorporar a un joven a un campo laboral una de las bases de las relaciones entre las personas son de índole parental—, es comprensible que cuando un seropositivo es incapaz de ocultar la información sobre el estigma, o bien, decide a su libre albedrío hacer pública su situación, ocurran con frecuencia una serie de negociaciones en el interior de las redes expuestas a esta información cuyo nodo es la resolución de la pregunta *qué hacer* con el problema que se les ha presentado.

Cuando los padres de César llegaron a México, no sabían que estaba ocurriendo con la salud de su hijo. Uno de los amigos de éste, Rafael, que había sido declarado seropositivo en 2002, se encargó de avisar a la familia en Tlaxcala. Sin embargo, nada les dijo además de que César estaba hospitalizado a causa de una neumonía. La noche que llegaron a México, me correspondió a mí ir a recogerlos a la terminal de autobuses. Habían llegado esa noche doña Ana, don Luis (padres de César) y Anita, la hermana menor de César. El hermano no había podido dejar su trabajo, pero llegaría para el fin de semana siguiente. En el camino a la casa de César, doña Ana y Anita me hicieron algunas preguntas acerca de su hijo, principalmente cuál era su padecimiento pulmonar.

vivir juntos hasta la muerte. Alexis sólo se ha realizado una prueba ELISA después del diagnóstico de Valente, misma que dio un resultado negativo.

A la mañana siguiente, fuimos Rafael y yo a recoger a los familiares de César y los llevamos al INER, donde la madre ingresó acompañada de Rafael para visitar a César. Fue allí cuando supo que era posible que su hijo estuviera infectado con VIH, aunque el resultado de la ELISA no había sido confirmado aún. La esperanza era que no lo estuviera, aunque la trabajadora social le pidió a doña Ana estar preparada *para lo peor*. Entre el dolor lagrimoso de la madre y la hermana y el silencio del padre ocurrió en la noche de ese mismo día una sesión de familia, donde cada uno expuso su parecer sobre la probable seropositividad de César.

Con no pocos brotes de asunción de una culpa por el tipo de relaciones que la familia había mantenido con César desde que se supo que es homosexual —doña Ana lo había *corrido* de casa, Anita mantenía contacto esporádico con él— hasta antiguos relatos familiares. Doña Ana, tirando de sus cabellos grises, insistía que todo ocurría como castigo porque, cuando estuvo preñada de César intentó abortarlo y recurrió a un farmacéutico homosexual que le suministró pastillas abortivas; pero como ni don Luis ni Anita conocían esta historia, también hubo una disputa muy fuerte por la responsabilidad de la madre en la homosexualidad de su hijo —don Luis la gritaba que *lo has echado a perder*, mientras que Rafael y yo nos mirábamos uno al otro, incómodos por una disputa en la que ni él ni yo teníamos parte—.

Pero más allá de disputas por la repartición de la culpa —que aparentemente fue asignada en su totalidad a la madre y ella misma lo asumió así en actos posteriores—, también hubo reflexiones sobre el *qué será de nosotros*, tema que se puso en la mesa en el momento en que doña Ana propuso llevarse a César a Tlaxcala. Ana apelaba al deber de familia, pero su esposo y su hija le pedían que no tuviera en cuenta otras cosas, como la comodidad de César, la atención médica, y, desde luego, las consecuencias que llevar a César a Tlaxcala implicaría para la familia: los tres sabían que vivir con César no sería fácil, y que cuando los vecinos se llegaran a enterar del asunto, les hostilizarían con mucha seguridad. Finalmente, cuando el hermano mayor de César fue puesto al tanto, el aconsejó que lo mejor sería dejar a César en la Ciudad de México, donde *ya tiene su vida hecha y mucha gente que está al pendiente de él*. En lo que todos convinieron es que había que buscar maneras de cobijar a César, para que en caso de ser necesario, no se encontrara aislado del resto de la familia. Muchos días después, pero antes de que saliera del hospital, Rafael fue declarado miembro de la familia por doña Ana y don Luis —*ya eres como nuestro hijo, te queremos como nuestro hijo y te damos las gracias por estar al pendiente de César*—, y él mismo con otros amigos de César, como Eric y Leones, sirvieron de apoyo importante para amortiguar el efecto de la crisis en la familia de César: les dieron orientación sobre la enfermedad, acompañaron a César en diversos trámites, e incluso les atendieron como si fueran sus propios huéspedes.

Pues qué suerte tienen —dice *Miguel* cuando le comento de los casos en los que las relaciones sociales se recomponen en medio de una crisis sidática—. A mí, mis hermanos no me ayudan en nada, y como mi mamá ya está grande la tengo que ayudar. Pero si me enfermo, pues peor para mí, porque mis hermanos no ven por nosotros. Los otros tienen suerte, pero no a todos nos va tan bien. Aunque te diré que yo en el trabajo siento que tengo más apoyo que en mi propia casa, allá el jefe hasta me compra las medicinas, y nadie pregunta si estoy sidoso o si soy *gay*. No me ponen incómodos ni me hacen groserías. Pero regresar a la casa, y verle la jetota a mi hermano o a su mujer, eso sí está de joderse.

Tras una crisis, las redes de relaciones se desarticulan y se rearticulan, se activan o quedan inutilizadas, son espacio de tensiones entre lo que se supone son los deberes morales y las representaciones sobre el funcionamiento social de las mismas redes. En no pocos casos, las redes, imaginadas como un espacio de seguridad en caso de una amenaza, llegan a constituirse en cargas para los protagonistas del drama. En el caso de los seropositivos, la cara más conocida de los efectos del estigma en la vida del paciente es precisamente aquella donde los círculos más cercanos al estigmatizado renuncian a estos deberes imaginados como una manera de evitar la contaminación que se atribuye socialmente al VIH-sida. Esto era especialmente frecuente en los primeros años de la epidemia, aunque cada vez hay más silencio sobre este tipo de casos, al punto que Falcón, el neumólogo del pabellón 4 del INER afirmó una vez que *La familia nunca abandona a ninguno de sus miembros*, a propósito del terror que apresaba a *Juan* sobre la necesidad de comunicar a su madre y hermana de su seropositividad, condición que conocía desde 2003.⁴⁹

Como en otras situaciones de la vida social, la incorporación de un sujeto a un grupo de personas estigmatizadas implica el aprendizaje de ciertos modos de conducirse que no son naturales aunque aparecen como hechos inherentes a la condición causante del ostracismo social. Mientras que la táctica del silencio —control extremo de la información sobre el estigma— aparece como una de las medidas más recurrentes para enfrentar a las redes sociales, el sentimiento de no sentirse apto para cierto tipo de relaciones interpersonales es también más o menos constante, por lo menos mientras el vivir con el estigma pasa a formar parte del *hábitus* del seropositivo. Allen (2006: capítulo 4) señala que en algunas situaciones, las mujeres seropositivas parecen no sentirse aptas para formar pareja o para la maternidad, en la medida que su seropositividad es imaginada como una limitante, como una característica incapacitadora para el desempeño de

⁴⁹ *Juan* es abogado de una empresa paraestatal mexicana. A pesar de ser derechohabiente de los servicios de seguridad social, decidió atenderse en el INER. Originario de Chihuahua (Chihuahua), había venido a radicar a México a la edad de 18 años y su familia sabe que es homosexual. En 2003 acudió a hacerse una prueba de ELISA, misma que salió positiva. Sin embargo, mantuvo el secreto hasta 2006, cuando tras ser dado de alta en el INER por tuberculosis pulmonar, dio la noticia a su madre. De acuerdo con lo que me comentó, la hermana le dijo que *No quería volver a verme más*, y la madre simplemente se regresó a Chihuahua sin mediar palabra con el hijo.

estos roles sociales.

La incapacitación social de las personas seropositivas es frecuente, y no proviene sólo de la psique del individuo: en muchos casos se trata de una estrategia de sobreprotección que se impone desde fuera. Conozco casos donde los seropositivos han sido impelidos a abandonar sus actividades económicas para quedar bajo la tutela total de sus parientes o amigos o pareja.⁵⁰ Aunque los hombres homosexuales no tienen que enfrenarse a la paternidad como un hecho que les valga su realización total como hombres en la sociedad —especialmente cuando su orientación sexual es de dominio público—, en algunas ocasiones la evocación de tener un hijo —que por otra parte nunca desaparece del todo entre estos hombres, y con frecuencia es invocada como un motivo para *renunciar* a su atracción sexual por otros hombres— aparece como una de *las muchas cosas que no podrán realizar por su condición seropositiva*. Como vimos en el caso de Alejandro (*cfr. supra*), este jovencito consideraba que su condición seropositiva le valía para no poder tener una vida sexual activa, incluso con otros varones homosexuales. Más allá de los testimonios de Alfredo y Pedro al respecto, me consta que Alejandro no deseaba por ese tiempo sostener ninguna relación sentimental, y hasta el tercer cuarto del año 2007 seguía sin pareja. El decía que el iniciar una relación con otra persona implicaba que él *develara el secreto* de su seropositividad, lo que obviamente acusa una evaluación bastante severa sobre sus deberes morales para con otras personas, a las que imaginaba —como cualquiera podría imaginar— seronegativas por el hecho de desconocer su estado serológico al VIH.

Por estas razones morales, o por otras cualesquiera, eran pocos los seropositivos que conocí como partícipes de relaciones sentimentales estables. Pero en muchos casos, especialmente en aquéllos que llevan años viviendo con el virus, ello no es sinónimo de inactividad sexual. En algunos casos, como el del propio Alfredo, se apelaba a la noción de *naturaleza masculina* para justificar la permanencia del apetito sexual a pesar de la crisis. Me parece posible que esta restauración de la normalidad que se refleja en la hiperactividad sexual de muchos hombres homosexuales seropositivos es un indicador del grado al que ha llegado en algunos de ellos el proceso de restablecimiento del orden posterior a la crisis del sida, para el que ha sido necesaria la incorporación de la enfermedad como una más de las características de la personalidad de cada

⁵⁰ Es cierto que muchos casos de este tipo son renunciaciones voluntarias a la independencia económica de un sujeto. Sin embargo, en no pocas ocasiones, especialmente cuando se trata de jóvenes que no se habían emancipado de la familia de origen, los seropositivos son imaginados como personas que no deben trabajar. Por ejemplo, los padres de *Antonio*, que abandonó sus estudios universitarios antes de ser diagnosticado seropositivo, prefirieron que el hijo volviera a la escuela en vez de permitirle trabajar. De este modo, Antonio carece de márgenes de decisión en lo que respecta a otros aspectos de su vida social, como la posibilidad de salir a divertirse los fines de semana, tener actividades recreativas, comprarse ropa o cualquiera otro que quede fuera de lo que sus padres consideran elemental para la supervivencia de su hijo, como el pago de los servicios médicos y de los estudios universitarios de Antonio.

uno de estos sujetos. Si esta naturalización ha sido exitosa, es probable que las personas se encuentren, como hemos señalado antes, en una situación más favorable para enfrentar la vida social y su propio futuro.

El día en que César fue declarado sano —de su neumonía, claro está, porque en México nadie se ha curado del sida—, el doctor Reyes Terán lo visitó por la mañana soleada en la que iba a salir. Reyes Terán, dice César, le preguntó si sabía qué era lo que seguía de ahí en adelante. César le respondió que *No sé, doctor, es la primera vez que tengo sida*. Cuando me lo contó, en la tarde de ese mismo día, se rió bastante de su propia respuesta. *La primera vez que tengo sida*. Entonces, ¿César espera tener sida otra vez? Si lo sabía o no, si lo pensó o sólo fue un comentario hecho a la ligera, la posibilidad de reaparición del sida es real, porque el VIH en las personas que se someten a tratamientos antirretrovirales es tan voluble que lo mismo puede permanecer dormido por años que atacar dos días antes de que el doctor Falcón regrese de sus vacaciones para decretar el *alta* de Héctor (*cfr. supra*), que murió “*de repente*”. Aresti (2001: 27) registra el siguiente testimonio: *recordamos una familia que le preguntaba al hermano cuando le anunciaba el diagnóstico de seropositividad: “hermano, y ahora qué vas a hacer: te vas a matar, te vas a suicidar, te vas a envenenar, o qué vas a hacer con el SIDA”*

Con todo y que la muerte aparece de bulto en el negro panorama de las personas que adquirieron el virus de inmunodeficiencia humana, la muerte no se convierte en el organizador simbólico de la vida por venir. Por lo menos no ocurre así en las personas que llevan años viviendo con VIH. Los psicólogos sostienen que la sentencia de muerte que representa una ELISA positiva ocasiona numerosos trastornos en las personas que reciben la mala noticia. Pero, obligados por las circunstancias, los seropositivos tienden a ocultar-silenciar su dolor, se vuelven *paranoides*, porque todo lo que hay en el mundo, incluido *El régimen que debo llevar para tomar las pastillas no me permite olvidar que estoy infectado por un virus que produce una enfermedad incurable* (Aresti, 2001: 34). Sin embargo, en estas páginas se ha visto que de muchos modos, las personas que han sido tocadas por la enfermedad misma y por el estigma social se las ingenian para seguir viviendo, echando mano de múltiples capitales y recursos socio-culturales. Las interrogaciones sobre el futuro de los pacientes surgen bien pronto, en el *qué vamos a hacer, qué va a ser de mí* que aseguran varios psicólogos caracteriza el duelo del seropositivo recién diagnosticado.

Cuando mi madre me dejó en mi cuarto, me encontré que lo había limpiado. La cama estaba tendida, todo olía a limpio, me cambió la cortinita. En la mesa había un frutero y duraznos, que me gustan mucho. Cuando entré, apoyado en ella, me solté a llorar porque creí que no merecía tantas atenciones. Se lo dije, y me dijo que me dejara de cosas, porque al final era mi madre y que la perdonara por todo lo que pasó antes

[cuando lo corrió de la casa por que se enteró que César era homosexual]. Entonces con lágrimas me dijo que teníamos que ser fuertes todos. *Tendrás qué vivir, hijo*, me dijo, porque creo que me vio desamparado. Ella tiene razón: uno no sabe qué viene en el futuro y *quién quita es chicle y pega* y encuentran una cura en mientras estoy vivo todavía. Pero no me hago muchas ilusiones con eso, con que esté vivo ahora y mañana ya va siendo bastante gracia (César, seropositivo).

* * *

Le dije que tendría que ser fuerte porque me apenaba verlo tan doblado por todo lo que estaba pasando. Pudo salir adelante sin nosotros, su familia, ahora con más razón saldrá adelante de esto, porque ya no lo vamos a dejar. Pensé que sería bueno llevarlo a Tlaxcala, porque no quiero dejarlo solo; pero el señor [su esposo, don Luis] me dijo que mejor no lo lleve, que es un hombre hecho y derecho y que será mejor dejarle su espacio. Pero no lo dejaremos solo de todos modos. Me preguntas que por qué le dije que tendría qué vivir, pues lo dije por eso. Porque tendrá qué seguir con su vida y, primero Dios, va a estar bien. Si salió de una podrá salir de las que siguen hasta que Dios quiera. Y si Él quiere, César va a vivir muchos años. Pero espero no estar ya cuando le toque [morir], porque es lo natural: los viejos se deben ir antes que los jóvenes. Él debe enterrarme a mí y al señor su padre. Lo peor que puede pasar es que las cosas pasen al revés, entonces sí creo que me vuelvo loca (Ana, madre de César).

* * *

¿Tú qué sabes de eso? Dicen que *ya merito* van a encontrar la curación, en la tele lo dijeron, y si alcanza el tiempo, a lo mejor se salva. ¿Que se va a morir? Pues eso ya lo sabíamos todos, ¿o no? Pero ahora está vivo. ¿Qué cómo me afecta? Pues me afecta, qué quieres que te diga; me duele porque es mi hermano, y si tú estuvieras en mi situación te dolería igual. Pienso en mí, sí, pero yo no importo, a mí no se me va a ver el sida cuando pase el tiempo. Lo que es necesario es que a él debemos darle seguridad para que no se caiga. Nosotros somos como sus pilares. Si uno se rompe, están los otros, pero es mejor que ninguno se nos rompa. No va a pasar, es familia (Anita, hermana de César).

Las personas no pueden vivir en una angustia permanente por la causa que se quiera. Ello no implica tampoco que las huellas que dejan los momentos críticos en la biografía de las personas o los colectivos queden borradas por el paso del tiempo. Sin embargo, resulta más probable que, en la medida en que la distancia temporal aumente, haya una oportunidad de enfrentar la vida y sus nuevas realidades de otra manera. Los procesos de recomposición simbólica que ocurren después de una crisis en una de las escalas más pequeñas de la vida social —esto es, la dimensión que corresponde, en nuestro estudio, a las relaciones entre un paciente seropositivo y su comunidad local, compuesta por familiares, amigos cercanos, y los otros dominios de actividad social del paciente— tienen como resultado una resignificación del problema que las causa y las implicaciones en el día a día y el futuro de los actores que intervienen en ellas.

La existencia de la epidemia de VIH es motivo de búsquedas intensas, tanto en el nivel de las personas afectadas directamente por el estigma social como en el de las instituciones que comparten el campo de acción. Estas búsquedas son alentadas por un mismo motor, que es la esperanza. Para un seropositivo y sus redes sociales más cercanas, la esperanza de poder garantizar una mejor calidad de vida para el paciente obliga a salir del estupor que queda después de recibir la sentencia de muerte que es una ELISA positiva. Para las instituciones sanitarias, la esperanza se materializa en la esquiva posibilidad de encontrar un medicamento que ponga fin de modo definitivo a la epidemia. Sin embargo, hay que señalar que en México las condiciones del campo de la investigación no son muy alentadoras, por lo que los científicos mexicanos parecen contentarse con mantener “*contenida*” la epidemia y brindar una atención de calidad en ciertos hospitales de élite, como el propio INER u otros que conforman la constelación de espacios de atención de los seropositivos en la Ciudad de México. Importante en ambos casos es no quedarse con las manos cruzadas ante tanta devastación silenciada.

Sin embargo, con todo y que pueda ser dulcificada a base de buen humos, como César que bromea bastante acerca de su propia seropositividad, o su familia, que intenta levantarle el ánimo reduciendo la distancia que existía entre ellos antes de la crisis; con todos los recursos sociales que se pongan en marcha, la muerte y el dolor no van a desaparecer jamás. La aparición de nuevos indicadores del deterioro físico de una persona siempre será motivo de alerta para ella misma y para quienes están en su entorno inmediato. Como dice Goffman, será más posible que estos sean detectados en contextos sociales donde un estigmatizado fue conocido antes de comenzar a mostrar las marcas perceptibles de su propia condición anómica. Por ello, no resulta casual que la posibilidad de *cambiar de aires* una vez llegado ese momento sea una alternativa para evitar el estigma mismo. Cuando a César le pregunté si había pensado en volver a Tlaxcala con sus padres, respondió que sí, aunque en última instancia se inclinó por no hacerlo; aunque ello no obsta para que considere, en cambio, la posibilidad de empezar *otra vida* en otra parte de la misma ciudad, o cambiar de trabajo.

Vivir del sida

Depauperada por décadas de depresiones económicas, la Ciudad de México arroja a las personas que no tienen cabida a la economía subterránea. El ambulante, además de haber copado numerosas calles en el Centro Histórico y otras regiones de la urbe, ha penetrado en los andenes del metro y se ha instalado ahí. Además del interés que en sí misma reviste esta actividad y las redes que se han tejido en torno a ella, el punto de mi atención es un conjunto de personas que se

dicen seropositivos y que han aprendido a lucrar con el estigma que carga la enfermedad.

Uno puede ir a mediodía en un tren de la línea ocho, y sabe que en la estación Cerro de la Estrella están esperando turno para subir varios de ellos. Los que en esta estación se juntan son casi siempre travestis, aunque más adelante, en Chabacano, espera el turno una mujer y varios jovencitos que no pasan de los veinticinco años de edad. El fenómeno se repite en otras líneas del sistema de transporte colectivo. *Lucía* es una de estos personajes. Con tacones de correas, pantalón entallado y *topless* sobre el que cae una negra y larga cabellera que le llega al pecho operado, *Lucía* no pierde el estilo nunca, ni para pedir el apoyo de la gente, la misma que la rechaza en otros contextos porque es seropositiva. Sube al vagón en Cerro de la Estrella y acto seguido reparte unas octavillas de papel bond sobre las que se han impreso en offset y tintas de color los “*pensamientos*” de sus compañeros con fondos de Winnie Pooh u otro dibujo amistoso. Algunas personas aceptan las hojas más por cortesía que por interés, otras no porque supongo ya saben de qué se trata —es imposible no saberlo si uno viaja todos los días en éste tramo del metro—. Mientras reparte las hojas, va enunciando un pregón que más o menos siempre dice lo siguiente:

Señores usuarios: espero que no me vayan a rechazar como muchos de ustedes lo han venido haciendo, ya que yo, como muchas otras personas, desgraciadamente hemos sido infectados por el virus del sida. Venimos del grupo Amigos Unidos en Lucha contra el Sida, y ya que no recibimos apoyo del gobierno ni mucho menos de ninguna institución, ya que a nosotros se nos permite salir a las calles a ofrecerles estos pensamientos que han sido escritos por nuestros compañeros que desgraciadamente ya están en las últimas etapas de la enfermedad y necesitan alimentos y medicinas; por esta razón venimos solicitando su apoyo para comprar las medicinas que necesitamos. Por su atención, gracias.

Acto seguido recorre nuevamente el pasillo y recoge bien las hojas, bien la moneda que su público está dispuesto a darle por el “*pensamiento*” o por que no quieren saber nada del asunto. Así pasa de un vagón a otro hasta Chabacano, donde tiene que regresar hacia Cerro de la Estrella. Una tarde en que estaba sola, abordé a *Lucía* en Cerro de la Estrella y le comenté acerca de la investigación que estaba realizando. Se mostró interesada y me dijo si era *doctor o algo así*. Una vez que le rompí la ilusión, dijo ah. Conversamos un rato sobre su actividad. Ya entrando más en confianza, me animé a preguntarle si realmente era seropositiva. Contestó afirmativamente. Luego le comenté que había muchas instituciones donde podía obtener los medicamentos de modo gratuito. *Sí lo sé, pero, y lo demás: de qué me voy a mantener.*

Siendo como fue trabajadora sexual, *Lucía* se sintió incapacitada de seguir como sexoservidora

porque no estaba dispuesta a arriesgar a otras personas —lo que sí es un caso extraño, porque conozco a más de una persona que ronda la zona de la Alameda Central que, sabiéndose seropositivo, está dispuesta a ganar unos centavos a cambio de sus favores carnales— a contagiarse. *Con mi carga me basta*, dice. Le pregunté si realmente existe la asociación a la que pertenece. Dice que, *aquí entre nos*, no. O por lo menos, no es una institución de ayuda a los seropositivos encamados, sino un membrete que le permite a ella y a otros seropositivos entrar al metro a ganar dinero para mantenerse: *Al final es lo mismo, nos ayuda a seguir viviendo*. Pero aclaró que no todos los que están en *el negocio* son portadores del VIH: hay más de uno que sólo se aprovechó de ellos para explotar a la gente, y explotarlos a ellos mismos, los seropositivos de esta ciudad. *Es feo pero así es*: tienen que pagar sus cuotas a la mafia del metro, igual que pagan los demás ambulantes, el señor que toca melodías con la hojita, los ciegos, los músicos, y todos los que viven de la economía (auténticamente) subterránea del Sistema de Transporte Colectivo de la Ciudad de México. Además, hasta hace poco, además de cargar con sí misma, Lucía debía mantener los costos de mantener un padrote. Ahora vive con otra de sus compañeras de Amigos Unidos en un cuartito cerca del metro Constitución de 1917.

La idea de que el estigma mismo puede ser empleado en un sentido inverso al que tiene con normalidad no es común a todas las personas estigmatizadas. Pero no todos los estigmas pueden ser empleados como un modo de vida. Ha habido momentos en que los estigmatizados simplemente eran arrojados de los núcleos de población porque los normales tenían pavor ante el riesgo de contagiarse de la fuente del estigma. Es el caso de los leprosos o de los apestados (las personas que adquirieron la peste). Otros, simplemente fueron destruidos, como ocurrió con decenas de miles de armenios en el Imperio Otomano a principios del siglo XX, con los centenares de miles de judíos en la Alemania hitleriana, o con incontables opositores “desaparecidos” por las dictaduras militares en Sudamérica. Con más suerte porque hay más vigilancia en nuestros días sobre los derechos humanos, a los seropositivos también se intentó contenerlos en muchas partes del mundo, como en Alemania, donde el sólo hecho de ser diagnosticado seropositivo fue motivo de cárcel preventiva. A tal grado llegó el pánico que en muchos panteones de México ni siquiera se permitía enterrar a los muertos de sida —¿y qué habrían de hacer entonces los deudos con el cadáver? En Cuba se establecieron los sanatorios especializados para los contagiados con VIH, que fueron denunciados en todas partes por repetir el modelo de los leprosarios que existieron en otras partes y en otras épocas de la historia de la humanidad.

Para los estigmatizados, convertir el estigma en un modo de vida requiere de una gran inversión de recursos sociales. En primer lugar, se requiere un proceso de manipulación por medio del cual

la fuente del estigma pueda ser concebida no como algo indeseable, sino como un hecho que está ahí y puede proveer dividendos a las personas. Pero ello implica navegar a contracorriente, contra la mayoría de la sociedad, para los que el estigma siempre será un atributo negativo en su portador. Lo que hacen personas como Lucía es precisamente encontrar el punto débil de la estigmatización: la culpa social. En sentido estricto, no es el estigma lo que se convierte en una mercancía, aunque se encuentra presente en el complejo de fantasmas que toman forma en la hoja donde fueron impresos los pensamientos de unos seropositivos que se encuentran en cama. No sólo es la posibilidad que tiene cualquiera de caer en el conjunto de los estigmatizados lo que crea un público que consume estas hojitas —y si fuera un bien como cualquier otro, el mercado ya estaría completamente agotado; sin embargo, siempre hay personas que dan un peso o dos por estas hojas impresas en tinta magenta o cian—; adquirir una de estas hojas es un mecanismo social que permite, por un lado, poner distancia entre el público y el problema; por otro, limpiar de la culpa social a las personas que las adquieren —no soy iluso: hay una inmensa mayoría que opta por seguir con los ojos cerrados ante la existencia de la epidemia y prefieren seguir con los ojos cerrados antes que comprar una hojita con pensamientos de personas que quizá están infectadas porque ellos mismos lo buscaron—.

Pero no sólo los seropositivos son los que han convertido un estigma en motivo de vida. La existencia de la epidemia es el justificante para la existencia de decenas de instituciones gubernamentales en México que están enfocadas en el asunto. El sida da trabajo a más personas de las que estaríamos dispuestos a creer.⁵¹ Betania Allen, en su tesis doctoral sobre las mujeres seropositivas en la Ciudad de México, registra el testimonio de Marcia, una mujer que está plenamente consciente de este asunto:

Por eso, Yuri [la trabajadora social que coordina el grupo de auto apoyo “institucional”], ella estuvo con nosotras, y nunca nos ayudé en nada, siempre o tenía permiso o veníamos y ni el aula estaba [abierta], porque Yuri no vino o porque pidió permiso. Pues ojalá y le vaya muy bien, como decían nuestros papás, ojalá y le vaya muy bien en su grupo. Que lo dudo, porque con nosotras no le fue bien porque no hizo. *Porque ella hace más por el hospital, por su jefe, o sea que por nosotros. Nosotros no queremos esa gente así, queremos por el bien de nosotros. Es nuestra vida la que está en juego, de todas, no la de la trabajadora social, ni del director, ni de su jefe, ni de nadie, somos nosotros. Y si nosotros, que lo vivimos, no nos preocupamos por*

⁵¹ En el CIENI del INER, hay por lo menos cuatro infectólogos, cuatro flebotomistas, especialistas varios, un número que no he cuantificado de personas que se dedican exclusivamente a la investigación, tres trabajadores administrativos, una trabajadora social, una oftalmóloga (con una enfermera que le asiste), un dermatólogo (con su equipo de dos personas), tres nutriólogas, un psicólogo... En la Casa de la Sal conté a por lo menos veinte personas que reciben alguna remuneración por su trabajo. En la Clínica Condesa, el número debe ser bastante superior, por los turnos: en la farmacia trabajan 2 QFB, hay tres trabajadores sociales, ocho médicos infectólogos, los trabajadores administrativos se cuentan por decena.

nosotros y por las que vienen y que están igual, *ellas no se van a preocupar, a ellas no les interesa, a ellas les interesa otra cosa, el hospital, Simplemente ella nos lo dijo, “el espacio no es de ustedes”* y nosotros se lo dijimos ese día, porque en una ocasión vino el Dr. Hernández y dijo *“este espacio es de ustedes y se les va a respetar, es para ustedes”*. Y ella, “no”. Ese día sí nos contestó que el espacio no era de nosotros, que el espacio era del hospital. Sí, perfecto, es del hospital, *pero tenemos más derecho nosotros que ella, porque si no hubiera enfermos, si no estuviéramos nosotros, ni ellas tampoco tendrían trabajo* y ellas, yo creo, como trabajadoras sociales nos deben algo, mas sin embargo ella, su idea es otra. Y sí le dijimos, porque a nosotras no nos quería ni ver y *yo sí se lo puedo decir al director. “Usted nos dijo un día que este espacio era de nosotras, para este grupo de mujeres* y así como los hombres tienen su espacio, igual nosotras” (Allen, 2006: 189-190, cursivas en el original).

La lucidez de Marcia le permite ver que realmente las personas que atienden a los seropositivos tienen razón de ser sólo por ellos. Sólo por la enfermedad existen los hospitales; sólo por el sida y los problemas sociales que conlleva su existencia hay tantas instituciones públicas y organizaciones sociales que compiten en el campo. El punto es que tanto las personas que a título personal han decidido asumir su estigma como un insumo que puede, paradójicamente, permitirles seguir en el tejido de la sociedad, como las otras instancias sociales cuya legitimidad está garantizada mientras siga habiendo una epidemia de VIH con consecuencias sociales tan desastrosas, unas y otros viven del sida.

Epílogo

Sombra y luz

Entornar los ojos hacia la epidemia de VIH-sida es hallarse ante la realidad de una epidemia global que ha causado la muerte de más de veinticinco millones de personas desde la aparición de los primeros casos conocidos oficialmente, allá en 1981, veintiséis años antes de la redacción de esta tesis. En 2007, Onusida calculaba que el número de personas seropositivas al VIH alcanzaba 33,2 millones de casos, y muchas de las personas que se encuentran en esa situación no tienen conocimiento de ella.⁵² Onusida también sostiene en este año que las tasas de nuevos contagios han comenzado un proceso de estabilización y la esperanza de sobrevivida de los pacientes ha mejorado en la medida que se extiende la cobertura de antirretrovirales. Lo lamentable del asunto es que, con el paso del tiempo, las desigualdades producidas por el sida no parecen cambiar demasiado. Los países africanos que se encuentran al sur del Sahara albergan a más de 22 millones de seropositivos, y cerca de un tercio de los nuevos contagios y las muertes por VIH-sida ocurridas en todo el planeta en 2007 tuvieron también como escenario esos países (Onusida, 2007). También en 2007, México tenía un registro de 115 mil 651 casos acumulados de VIH-sida. Este número es similar al 0,1 por ciento de la población de México estimada por el INEGI para el mismo año (Censida, 2007).⁵³ En términos absolutos, la entidad con el mayor número de casos reportados de VIH en México es el Distrito Federal, con 20 mil 881 seropositivos.

Estamos a un año de que la Ciudad de México sea sede de la Conferencia Internacional sobre el Sida. Se supone que este es un reconocimiento a la sociedad mexicana por los resultados de las acciones encaminadas a controlar la epidemia y atender a los pacientes. En México, un número que ronda los 20 mil pacientes reciben tratamiento antirretroviral gratuito —a través de instituciones federales como el Seguro Popular, o el Programa de Medicamentos Gratuitos

⁵² El cálculo de Onusida para este año resultó ser menor que el realizado para el año 2006, cuando el informe de este organismo internacional señalaba una epidemia alrededor de los 39 millones de casos. De acuerdo con el reporte de este año, el motivo de esta reducción está relacionado con la revisión de las estadísticas en varios países, especialmente en Angola, India, Kenia, Mozambique, Nigeria y Zimbabue.

⁵³ Esta cifra debe manejarse con el cuidado debido, porque los casos registrados corresponden a aquéllos que han sido diagnosticados por las instituciones de salud. Pero en tanto que no todos los seropositivos son diagnosticados, la cifra presenta un subregistro que corresponde precisamente a aquellas personas que son portadoras del virus y desconocen su seropositividad. Sobre este punto, suelen haber disputas entre las autoridades de la Secretaría de Salud y algunas organizaciones sociales que se encuentran inmersas en el campo del sida. La propia Ssa ha reconocido estos fallos en el cálculo epidemiológico, y calcula el error debido al subregistro en 18,5 por ciento (*Letra S*, abril de 1999).

instituido en el territorio del Distrito Federal. Sin duda, esto representa un gran avance en la realización del derecho a la salud, pero lo que no se dice con frecuencia es que este derecho a los medicamentos gratuitos —del que no gozan personas que padecen otras enfermedades costosas, como el cáncer— es posible debido a la participación de la sociedad civil, de numerosas organizaciones que surgieron en el momento en que la epidemia de sida comenzaba a adquirir dimensiones alarmantes, algunos de cuyos miembros están muertos ahora. La existencia de las organizaciones sociales especializadas en el campo del sida no ha influido únicamente en la cuestión del acceso a los medicamentos, sino en el modo en que se difunde el conocimiento sobre la epidemia, los protocolos de tratamiento hospitalario y ambulatorio, las estrategias para controlar los nuevos contagios. De alguna manera ha servido como un regulador de las acciones estatales ante la problemática. En ese sentido, deben entenderse las tensiones que surgen entre estos dos importantes actores ante ciertas decisiones que parecen atentar contra lo que se ha ganado en materia de sida. Entre el año 2000 y 2007, el Conasida, y su sucesor, el Censida, ha sido objeto de reformulaciones entre las que se señalan intentos de fusión con otras instancias de salud pública, cambios de administraciones e, incluso, de orientaciones ideológicas desde la llegada de los gobiernos panistas al poder federal.

28 de noviembre de 2007. Reunidos en León (Guanajuato), instituciones y sociedad civil se reúnen como cada año en un Congreso Nacional sobre VIH/sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual, unos días antes del Día Internacional de Lucha Contra el Sida, que es el 1º de diciembre. Como previo a la inauguración del congreso, ante seropositivos y activistas, José Antonio Córdova Villalobos —secretario de Salud— señala que todo estigma hacia los seropositivos es inaceptable en México, y que el gobierno de la República se esfuerza en brindar acceso universal y gratuito a los antirretrovirales. Después, en el marco de la inauguración de este encuentro afirma que la secretaría a su cargo pretende proponer una modificación a la Ley General de Salud, con el propósito de hacer obligatoria la realización de pruebas ELISA como requisito prematrimonial y para el ejercicio del trabajo sexual. La razón: garantizar el derecho a la salud, principalmente de las mujeres, entre quienes se registra un aumento constante en el número de casos de la enfermedad (*La Jornada*, 29 de noviembre de 2007). En palabras del propio Córdova Villalobos, los hombres no hemos tenido la suficiente convicción para hacernos la prueba cuando sabemos que podemos estar infectados, lo que convierte el asunto en una cuestión de responsabilidad, porque entonces uno mismo va propagando la infección por no querer saber que uno la puede adquirir (*El Universal*, 29 de noviembre de 2007). En esta aventura, la Secretaría de Salud pretende embarcar también al Congreso de la Unión, dado que la complejidad de implantar una política sanitaria como la que propone el titular de la dependencia federal, que pretende “garantizar” la salud de la población sin afectar de modo colateral otros

niveles de la vida social, como los derechos humanos de los seropositivos o el derecho de los pacientes al secreto médico.

Desde luego, esta propuesta del secretario de Salud fue desechada no sólo por los representantes de organizaciones sociales y de instancias públicas como el Programa de VIH-sida de la capital mexicana, sino incluso por el Poder Legislativo, al que Córdova Villalobos pretendió delegar la responsabilidad de aprobar una modificación a la Ley General de Salud que rige en el país. Sin embargo, esta reciente disputa es muestra de que muchas de las medidas que se ponen en práctica con el propósito de atender un asunto de salud pública no necesariamente se encuentran apoyadas en el interés sanitario, ni respaldadas exclusivamente por los conocimientos biomédicos. Las acciones estatales obedecen también a intereses políticos, a visiones personales o grupales sobre la responsabilidad del Estado ante un problema social, como es el sida.

Las tensiones que se revelan en el campo del sida en México no son exclusivas de nuestro país. Son parte de una red de redes, en las que se incluyen no sólo los gobiernos nacionales y las organizaciones no gubernamentales de índole local. Las instancias estatales se articulan en organismos internacionales, y entre las ONGs se tejen vínculos de cooperación al margen o en el seno de las mismas instancias supranacionales que articulan a los gobiernos. El panorama se complica si se toma en cuenta que las ONGs tampoco escapan de este juego político, y lo mismo pueden hallarse en oposición a las políticas oficiales de salubridad como actuar sinérgicamente con ellas. Como señala Pigg (2001), lo paradójico del asunto es que, aunque en teoría las organizaciones de la sociedad civil están llamadas a cubrir los intersticios dejados baldíos por la acción del gobierno, en realidad son bastantes las que suelen reproducir el discurso hegemónico, incluyendo los lugares comunes sobre el problema atendido y los errores en los modelos de atención. Casos como el de Burkina Faso (Nguyen, 2002), donde las ONGs han contribuido a mantener bajo control las dimensiones de la epidemia, son excepcionales. A agencias gubernamentales e independientes se suma el conjunto de investigadores —de todos campos, desde las disciplinas sociales a los virólogos— y un gran número de industrias farmacéuticas que tienen en el sida una razón de ser. De modo, menos visible, el sida es motor de medios de comunicación, de comunidades religiosas, de aparatos judiciales y códigos legales; y, desde luego, los portadores del VIH y sus afines sociales, que son convertidos en números de expediente o en guarismos que se suman a las estadísticas de millones de personas que se encuentran en una situación similar.

Como vemos, alrededor de la epidemia de sida se articula una compleja red de relaciones globales que no tiene precedentes en la historia de las enfermedades. Lo sombrío del asunto no es

que el sida sea el *modus vivendi* de miles de personas, sino toda la especulación que hay en torno a un problema que es real en la vida de personas como las que toman voz en estas páginas. Mauricio Ramos, el subdirector de información del Programa de VIH/sida del Distrito Federal decía que uno de los resultados más tristes de las investigaciones sociales es que los investigadores no suelen tomar un compromiso real con el problema que investigan. En sus palabras, la investigación *hace una cosa de cada sujeto*, y una vez conseguido el propósito para el que se realizó la investigación, estas cosas que habían sido personas quedan nuevamente en su soledad. La crítica es dura, y es razonable en todo sentido, porque es muy cierto que hace falta mucho más que escribir unas cuartillas en un escritorio, al menos cuando uno tiene el propósito de no dejar a los muertos irse en vano. En otras palabras, el sida no es un tema por el que los antropólogos tengamos que teorizar sólo porque es interesante, actual o “necesario”, sino porque es un asunto que reclama la atención de toda la sociedad, de la sociedad global que tanto se lleva y se trae en estos tiempos de globalización.

Cuando escribo estas páginas, pienso en las palabras de Ramos, y pienso en los miles de personas que de algún modo nos hemos beneficiado de la enfermedad y la muerte de millones de personas. Sin embargo, hay jerarquías, y los beneficios o perjuicios del sida no son parejos para todos, y ya metiéndose en el plano de la ética, la administración de la epidemia tiende a reproducir y reforzar desigualdades añejas. Mientras en los países desarrollados los seropositivos tienen a su disposición las últimas novedades de la ciencia en cuestiones de tratamiento, países enteros de África se encuentran ante una crisis de dimensiones devastadoras, crisis que amenazan su frágil economía y a la permanencia de su población. Incluso, sin ir más lejos, los seropositivos mexicanos gozan de un privilegio del que no gozan los seropositivos en Mali, República Centroafricana o Uganda, donde deben pagar por su dotación de antirretrovirales, aunque sea una cuota mínima; aquí, no se paga por ella. Pero la responsabilidad de estas desigualdades no es de los seropositivos, que por azar nacieron en Francia y no México o en Botsuana. Hay poderes más grandes que la voluntad de un individuo, de un grupo organizado, e incluso de unos pocos gobiernos. Las farmacéuticas que poseen las patentes de los ARVs obtienen sumas cuantiosas por la venta de sus productos, y se niegan a permitir la producción local de esos fármacos en países donde son más necesarios. Ante la presión internacional, han llegado a acuerdos con los gobiernos de algunos países africanos. Sólo Cuba, India y, por algún tiempo, Sudáfrica y Brasil, han desafiado el poder de estas corporaciones trasnacionales y han producido antirretrovirales genéricos, no sin haber ganado denuncias por parte de la farmacéuticas, pero también la posibilidad de negociar precios más justos en el caso de los tres últimos países. Paradoja de esta cadena de relaciones es que, mientras las voces que denuncian la injusticia de esta relación pasan casi desapercibidas, socialmente se rechaza a aquéllos seropositivos que han decidido tomar su

propia enfermedad como un mecanismo para sobrevivir económicamente en un país como el nuestro en donde el empleo es escaso y mal pagado.

Desgraciadamente, a pesar de la enorme industria de investigación farmacéutica y de la constelación de investigadores que han dedicado sus carreras a la investigación de la epidemia, no se avizora una solución pronta ni sencilla. Efectivamente, estas páginas tampoco van a ayudar demasiado en la abolición de las prácticas discriminatorias contra algunos seropositivos, pero al menos es modo de dar voz a un problema que seguirá entre nosotros. Esa es la cuestión que no veía Ramos: sin este tipo de trabajos, nuestro entendimiento de la enfermedad sería más limitado (todavía). Hay preguntas que se quedan en el tintero, pues obviamente no puedo tocar todas las aristas del problema y esto apenas es una primera aproximación. Queda por responder, por ejemplo, cuáles son las especificidades de la muerte con sida en las diversas clases sociales que cohabitan esta ciudad; cuál es la problemática de los niños seropositivos; en que modo las campañas de propaganda anti-sida han colaborado a reforzar el estigma sobre los seropositivos; y si realmente el advenimiento —poco probable en el corto plazo— de una cura definitiva o una vacuna contra el virus de inmunodeficiencia humana será suficiente para acabar con el estigma del sida.

Fuentes

Bibliografía y revistas especializadas

- Allen, Bethany Leigh
2006 *Una etnografía de la experiencia sexuada de vivir con VIH/SIDA: prácticas y representaciones de las mujeres mexicanas seropositivas en los campos del parentesco y la atención médica*, tesis de doctorado, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa..
- Aresti de la Torre, Lore
2002 “El miedo y la muerte”, en Jáidar Matalobos (2002): 13-40.
- Aponte-Jolly, Minerva
2005 *Tócame sin guantes: consejos para vivir con enfermos de sida y otras enfermedades incurables*, Pax, México.
- Blanco Beledo, Ricardo
2002 “Antropología judeocristiana, psicoanálisis y miedo”, en Jáidar Matalobos (2002): 41-52.
- Bloom, Frederick G.
1997 “Searching for Meaning in Everiday Life: Gay Men Negotiating Selves the hiv Spectrum”, en *Ethos*, 25 (4): 454-479.
- Bourdieu, Pierre
1988 *Cosas dichas*. Gedisa, Buenos Aires.
2005 *Capital cultural, escuela y espacio social*, compilación de Isabel Jiménez, Siglo XXI, México.
- Brandes, Stanley
2000 “El Día de Muertos, el Halloween y la búsqueda de la identidad nacional mexicana”, en *Alteridades*, 10 (20): 7-20.
- Broqua, Christophe y Loux, Fraçoise
1999 “Soins et lien social. À propos du Patchwork des Noms”, en *Anthropologie et Sociétés*, 23 (2): 79-99.
- Castoriadis, Cornelius
2002 *La institución imaginaria de la sociedad*, Tusquets, Barcelona.
- Carlson, Robert G.
1996 “The Political Economy of AIDS among Drug Users in the United States: Beyond Blaming the Victim or Powerful Others”, en *American Anthropologist*, 98(2): 266-278.
- Daudel, Raymond y Montagnier, Luc
2003 [2001] *El sida*, Siglo XXI, México.
- Delumeau, Jean *et. al.*
2002 *El miedo: Reflexiones sobre su dimensión social y cultural*, Corporación Región, Medellín.
- Desclaux, Alice
2003 “Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée”, en *Anthropologie et Sociétés*, 27 (2): 41-58.
- Díaz Cruz, Rodrigo (ed.)
2006 *Renato Rosaldo: ensayos en antropología*, UAMI-Fundación Rockefeller-Casa Juan Pablos, México.
- Douglas, Mary
1973 *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*, Siglo XXI, Madrid.
1986 *How Institutions Think*, Syracuse University Press, Syracuse.
1988 [1970] *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología*, Alianza Editorial, Madrid.
1992 *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*, Routledge, London.
1996 *La aceptabilidad del riesgo en las ciencias sociales*, Paidós Ibérica, Barcelona.

- Douglas, Mary y Aaron Wildavsky
1982 *Risk and Culture: An Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*, University of California Press, Berkeley.
- Ellis, Kathryn
2000a “Welfare and Bodily Order: Theorizing Transitions in Corporeal Discourse”, en Ellis y Dean (2000): pp. 1-22.
2000b “The Care of the Body”, en Ellis y Dean (2000): pp. 23-44.
- Ellis, Kathryn y Dean, Hartley (eds.)
2000 *Social Policy and the Body*, Macmillan Press, London.
- Fassin, Didier
2000 “Entre politiques du vivant et politiques de la vie. Pour une anthropologie de la santé”, en *Anthropologie et Sociétés*, 24(1): 95-116.
- Foucault, Michel
2000 *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, Siglo XXI, México.
- Galván Díaz, Francisco (coord.)
1988 *El sida en México: los efectos sociales*, Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Azcapotzalco, México.
- Glick Schiller, Nina
1992 “What’s Wrong with This Picture? The Hegemonic Construction of Culture on AIDS Research in the United States”, en *Medical Anthropology Quarterly*, 6(3): 85-108.
- Gorman, Michael E.; Barr, Ben-David; Hansen, Anthony; Robertson, Bruce y Green, Caleb
1997 “Speed, Sex, gay Men and HIV: Ecological and Community Perspectives”, en *Medical Anthropology Quarterly*, 11 (4): 505-515.
- Goffman, Paul
1970 *Estigma: la identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Héritier, Françoise
1994 *Les deux soeurs et sa mère: anthropologie de l’inceste*, Odile Jacob, Paris.
1996 *Masculin/Féminin: la pensée de la différence*, Odile Jacob, Paris.
- Hintermeyer, Pascal
1981 *Politiques de la mort*, Payot, Paris.
- Hirsch, Emmanuel
2003 “VIH-Sida: éthique du soin, de la recherche et accès aux traitements”, en *Médecine/Sciences*, 19: 753-760.
- Hutchinson, Janis Faye
2001 “The Biology and evolution of HIV”, en *Annual Review of Anthropology*, (30): 85-108.
- Jáidar Matalobos, Isabel (comp.)
2002 *Los dominios del miedo*, Universidad autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Kornblit, Ana Lía
2002 “Algunos aspectos de la reacción social frente al SIDA en la Argentina”, en *Revista de Psicología Social*, 17(1): 5-17.
- Larouche, Jean Marc
1991 “La mort et le mourir, d’hier au aujourd’hui”, en *Religiologiques* (4):1-31, <http://www.unites.uqam.ca/religiologiques/no4/larou.pdf>, consultada el 3 de junio de 2007, Université de Québec au Montréal.
- León y Vélez Vasco, Orlando
1992 *El sida: casos de la vida real*, Edamex, México.
- Leach, Edmund
1985 *Cultura y comunicación: la lógica de la conexión de los símbolos*, Siglo XXI, México.
- Levy, Joseph et Nous, Alexis
1991 “La violence dans la fiction romanesque sur le sida”, en *Religiologiques*, (4): 1-32, <http://www.unites.uqam.ca/religiologiques/no4/levy.pdf>, consultada el 3 de junio de 2007, Université de Québec au Montréal.
- Lévi-Strauss, Claude
1961 [1953] *Antropología estructural*, Eudeba, Buenos Aires.
2001 [1962] *El pensamiento salvaje*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Lieberman Radosh, Marina
2005 *Entre la angustia y la risa*, Cuadernos del Tipi No. 10, Universidad Autónoma Metropolitana-

- Xochimilco, México.
- Lomnitz, Claudio
2006 *Idea de la muerte en México*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Magis Rodríguez, Carlos; Bravo García, Enrique y Rivera Reyes, Pilar
s/f “El SIDA en México en el año 2000”, en
<http://www.salud.gob.mx/unidades/conasida/otraspub/mejorpra/sida2000.pdf>, consultado el 4 de junio de 2007.
- Magis Rodríguez, Carlos y Parrini Roses, Rodrigo
2006 “Nuestra epidemia, el sida en México 1983-2002”, en CENSIDA e INSP (2006), 15-24.
- Manetti, Lucia y Pierro, Antonio
1994 “Social representations of AIDS among Italian health care workers”, en *Revista de Psicología Social*, 9(1): 31-42.
- Mejía, Max
1988 “SIDA: Historias extraordinarias del siglo XX”, en Galván Díaz (coord., 1988): 17-60.
- Menéndez, Eduardo L.
2005 “Antropología social como práctica y representación”, en *Alteridades*, 15 (29), 65-80.
- Mitchell, Martin
2000 “Disciplinary Interventions and Resistences around «Safer Sex»”, en Ellis y Dean (2000): pp. 139-159.
- Murbach, Ruth
1989 “Le grand désordre. Le sida et les normes”, en *Anthropologie et Sociétés*, 13 (1): 77-102.
- Nguyen, Vinh-Kim
2002 “Sida, ONG et la politique du témoignage en Afrique de l’Ouest”, en *Anthropologie et Sociétés*, 26 (1): 69-87.
- Paley, John
2000 “Body-Mind Expertise: Notes on Polarization of Health Care Discourse”, en Ellis y Dean (2000): pp. 103-121.
- Patito, José Ángel
2001 *El SIDA en la medicina legal*, Centro Norte, Buenos Aires.
- Platts, Mark
1996 *Sida: aproximaciones éticas*, Instituto de Investigacione Filosóficas-Fondo de Cultura Económica, México.
1999 *Sobre usos y abusos de la moral*, Instituto de Investigaciones Filosóficas-Paidós, México
- Pollak, Michael y Schiltz, Marie-Ange
1991 “Les homosexuels français face au sida. Modifications des pratiques sexuelles et émergence de nouvelles veleurs”, en *Anthropologie et Sociétés*, 15 (2-3): 53-65.
- Puccinelli, Óscar Raúl
1995 *Derechos humanos y SIDA*, Depalma, Buenos Aires.
- Rivard, Pierre
1992 “Corps, sexe et pouvoir: pour une problématique foucauldienne de l’épidémie du sida”, en *Sociologies et sociétés*, XXIV (1): 123-140.
- Sartori, Giovanni
2005 *Homo videns: la sociedad teledirigida*. Soler, Madrid.
- Schechter, Stephen
1992 “L’identité, le sexe et le soi à l’ère du sida”, en *Sociologies et sociétés*, XXIV (1): 114-121.
- Shilts, Randy
1987 *And the Band Played On: Politics, People and the AIDS Epidemic (1980-1985)*,
- Sontag, Susan
2005 [1977, 1988] *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*, Alianza Editorial, Madrid.
- Sperber, Dan
1996 *Explaining Culture: A Natural Approach*. Routledge, London.
- Stephenson, Peter H.
1991 “Le sida, la syphilis et la stigmatisation. La genèse des politiques et des préjugés”, en *Anthropologie et Sociétés*, 15 (2-3): 91-104.

- Swartz, Marc J.; Turner, Victor W. y Tuden, Arthur
1994 “Antropología política: una introducción”, en *Alteridades*, 4 (8): 101-126.
- Tessier, Robert
1991 “Paradise et enfer: Une approche socio-religiologique de l’aire sémantique de l’outre-mort dans les quotidiens québécois.”, en *Religiologiques*, 4, 1-42,
<http://www.unites.uqam.ca/religiologiques/no4/tessi.pdf>, consultada el 3 de junio de 2007.
Université de Québec au Montréal.
- Thomas, Lous-Vincent
1991 “La mort aujourd’hui: de l’esquive au discours convenu”, en *Religiologiques*, 4, 1-42,
<http://www.unites.uqam.ca/religiologiques/no4/thoma.pdf>, consultada el 3 de junio de 2007.
Université de Québec au Montréal.
1993 [1981] *Antropología de la muerte*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Turner, Bryan S.
1988 *El cuerpo y la sociedad: exploraciones en teoría social*, Fondo de Cultura Económica, México.
1991 *The Body: Social Process and Cultural Theory*, Sage, London.
- Turner, Victor
1957 *Schism and Continuity in an African Society: A Study of Ndembu Village Life*, Manchester University Press, Manchester.
1974 *Dramas, Fields and Metaphors: Symbolic Action in Human Society*, Cornell University Press, Ithaca.
1988 *El proceso ritual: estructuras y antiestructuras*, Taurus, Madrid.
1999 *La selva de los símbolos: aspectos del ritual ndembu*, Siglo XXI, México.
- Ulin, Robert C.
1990 *Antropología y teoría crítica*, Siglo XXI, México.
- Varela, Roberto
1984 *Expansión de sistema y relaciones de poder*, Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa.
- Vargas Isla, Lilia Esther
2002 “El miedo entre los cuerpos”, en Jáidar Matalobos (2002): 165-186.
- Vélez Zapata, Claudia Patricia.
2006 “Hacia una humanización de la empresa funeraria”, en *Pensamiento y gestión*, 21, 93-113,
Universidad del Norte, Barranquilla.
- Weiss, Meira
1997 “Signifying the Pandemics: Metaphors of AIDS, Cancer and Heart Disease”, en *Medical Anthropology Quarterly*, (11) 4: 456-476.

Otras fuentes

- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (Censida)
2007 “Casos acumulados de VIH, por año de diagnóstico y notificación”, en
<http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2007/diagnoynotificanoviembre.pdf>, consultada el 3 de diciembre de 2007.
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA – Instituto Nacional de Salud Pública (Censida-INSP)
2006 *SIDA: aspectos de salud pública*, México.
2007 *Guía para el manejo antirretroviral de personas que viven con VIH-sida*.
- Juan Pablo II
1989 *La Iglesia ante el SIDA*, en http://www.pastoralsida.com.ar/documentos/juanpabloii_a.htm,
consultada el 3 de noviembre de 2007.
- NOM-010-SSA2-1993
1993 *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y el control del contagio por virus de inmunodeficiencia humana*, en
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/010ssa23.html>, consultada el 12 de octubre de 2007.
- Onusida
2007 *Situación de la epidemia de sida 2007*, Onusida-OMS, Ginebra; versión electrónica en
http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf, consultada el 3 de diciembre de 2007.

- Villanueva, Isaac
1986 “La Cumbia del SIDA”, interpretada por La *Sonora Dinamita y Margarita*, Discos Fuentes, Medellín.
- Anodis*
21 de febrero de 2003 Juan Pablo Anaya Zarco: “«Más tarde que temprano tendremos Ley de Sociedades de Convivencia»: Enoé Uranga”, en <http://www.anodis.com/nota/972.asp>, consultada el 2 de abril de 2007.
- Diario Oficial de la Federación*
19 de agosto de 1988 “Decreto por el que se crea el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.”
- El Universal* (México)
29 de noviembre de 2007 Julián Sánchez: “Pide Salud obligatoriedad de prueba del sida”, en <http://www.eluniversal.com.mx/notas/464248.html>, consultada el 29 de noviembre de 2007.
- La Jornada* (México)
30 de enero de 2002 Jesús Aranda: “Aprueba la corte la *ley Robles* sobre el aborto”, en <http://www.jornada.unam.mx/2002/01/30/003n1pol.php?origen=politica.html>, consultada el 2 de mayo de 2007.
14 de noviembre de 2005 DPA: “Aparece en GB el primer caso de *autocuración* del VIH”, en <http://www.jornada.unam.mx/2005/11/14/050n2soc.php>, consultada el 29 de noviembre de 2007.
10 de noviembre de 2006 Gabriela Romero y Raúl Llanos: “Aprueban ley de sociedades tras casi 6 años de discusión”, en <http://www.jornada.unam.mx/2006/11/10/index.php?section=capital&article=049n1cap>, consultada el 11 de noviembre de 2006.
29 de noviembre de 2007 a Ángeles Cruz Martínez: “Debe ser obligatoria la prueba del sida, afirma Córdova Villalobos”, en <http://www.jornada.unam.mx/2007/11/29/index.php?section=sociedad&article=048n1soc>, consultada el 29 de noviembre de 2007.
29 de noviembre de 2007 b David Carrizales: “Miope y excluyente, la propuesta en nl por an, dicen priístas, en <http://www.jornada.unam.mx/2007/11/29/index.php?section=politica&article=023n1pol>, consultada el 29 de noviembre de 2007.
1 de noviembre de 2007 Ángeles Cruz Martínez: “Ignoran médicos calidad de vida de pacientes con VIH/sida”, en <http://www.jornada.unam.mx/2007/12/01/index.php?section=sociedad&article=034n4soc>, consultada el 1 de diciembre de 2007.
- Letra S* (México)
Abril de 1999 Secretaría de Salud: “Las cifras del sida en México”, p.4.
- La Nación* (Chile)
14 de noviembre de 2005 Agencias: “Hospital británico investiga caso de hombre posiblemente curado de sida”, en http://www.lanacion.cl/prontus_noticias/site/artic/20051113/pags/20051113211614.html, consultada el 29 de noviembre de 2007.
- Noticieros Televisa* (México)
15 de noviembre de 2005 “Pide Ssa medida ante presunta cura del SIDA”, en <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/mexico/490586.html>, consultada el 29 de noviembre de 2007.
29 de marzo de 2007 “El PAN a los tribunales si despenalizan el aborto”, en <http://www.esmas.com/noticierostelevisa/mexico/615395.html>, consultado el 2 de abril de 2007.