

GÉNEROS Y SIDA

Los "super hombres" y las "modernas" ante la existencia del VIH y el sida

Alicia Zamora Murillo¹

Una de las maravillas de la antropología es que difícilmente es ajena a una problemática, a un acontecimiento, a lo sublime de la cotidianidad, puesto que inevitablemente tiene que ver con la vida. Con la construcción y deconstrucción de edificaciones culturales puede ser, desde devota testigo hasta protagonista detonadora de caídas.

Como integrantes de esta disciplina afrontamos el reto desde la academia o renegando de ella, de contribuir al conocimiento y a las sensibilidades de quienes estudiamos y con quienes compartimos nuestros productos. También la parte involucrada que conocemos y sensibilizamos cuando en ese proceso cognoscitivo, los *otros* u *otras*, no son los ajenos, todo lo contrario, son los y las semejantes, integrantes de una sola humanidad.

Desde la antropología, tenemos la posibilidad de pararnos frente a las utopías para acercarnos a la realidad,

sumergirnos en los eventos diarios, salir de ellos, *re-mirarlos* y *re-significarlos*. Este proceso nos ha permitido en este último siglo desmontar *verdades*, *naturalezas* que obstaculizan nuestro desarrollo. Vivimos en culturas y sociedades que desde el imaginario han construido el *bienestar* o el *malestar* de las personas. Por esto, es urgente identificar un gran número de mitos sociales que nos vienen afectando.

Las sexualidades en todas las culturas han sido de los elementos de la cotidianidad, que más han estado cargadas de miedos, fantasías, añoranzas y culpas. En este final de siglo, la situación no ha cambiado, aunque lo que sí ha variado son los lugares o los objetos simbólicos en que se han depositado éstas.

Es claro que el *descubrimiento* del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida, se ha convertido en una situación propicia en

¹ Antropóloga costarricense. Investigadora y consultora.

dónde poner muchos de los valores y desvalores que con relación al cuerpo, placeres y goce tiene esta sociedad.

¿Por qué interesa desde la antropología abordar el fenómeno del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o sida? Las justificaciones y respuestas a nivel teórico y a nivel técnico, podrían ser interminables. Por ahora lo más cercano a nuestra realidad es que la existencia de este virus y la enfermedad o enfermedades que implica, coloca en el ámbito de la salud pública, *muestra* salud, *muestra* forma de interrelacionarnos, *muestra* conciencia de la relación con nuestro propio cuerpo, *muestra* calidad de vida, no sólo la de *otros* u *otras*. Cuestiona *muestra cultura sexual*, es decir, la cultura de *muestra* sexualidad intergenérica y homogenérica. Por lo tanto, moviliza las estructuras más primarias de lo que conocemos del *ser hombres* o *ser mujeres*. No podemos obviar que desde los discursos conservadores hasta los liberales se instaure el *riesgo*, como un fantasma inherente al VIH y al sida, como sinónimo del miedo, de la incertidumbre, de la muerte; y se refuerzan la mayoría de los mitos y tabúes que tradicionalmente han acompañado las sexualidades femeninas y masculinas.

El VIH es un virus. El sida es una enfermedad. Son eso

Ante lo apocalíptico, la posibilidad de establecer el tipo y carácter de existencia que queremos tener, es fundamental. Y esto pasa por

traer a la tierra lo que ideológicamente se ha elevado al orden celestial para justificar el castigo por el "*pecado de la carne*". Pasa por dejar de poner vida propia o sobrenatural, a un virus y a una enfermedad que tienen una definición que los delimita biológica y científicamente.

A saber y en síntesis, el VIH o Virus de Inmunodeficiencia Humana, es un *virus* que se puede adquirir por

- *Transmisión parenteral* por medio de transfusiones o productos sanguíneos infectados; la utilización de jeringas, agujas, cuchillas para perforar la piel, hacer tatuajes o compartir drogas, que estén contaminados.

- *Transmisión sexual* a través del semen, o bien los fluidos vaginales.

- *Transmisión perinatal* de una mujer infectada hacia su bebé durante la etapa de embarazo, o a la hora del parto.

- *Transmisión por leche materna* de una mujer con VIH o sida a su bebé en la fase de lactancia.

El VIH ingresa al torrente sanguíneo y actúa sobre el sistema inmunológico de las personas debilitándolo y produciendo lo que se conoce como el *sida* o síndrome de inmunodeficiencia humana adquirida, que *es una enfermedad o enfermedades derivadas de la pérdida de defensas del organismo, que potencializa el desarrollo ya sea de infecciones oportunistas, tumores malignos,*

*alteraciones neurológicas y otras manifestaciones clínicas.*²

Tanto el VIH como el sida se han venido estudiando para contrarrestar su existencia y efectos. En el caso del VIH hasta la fecha podemos hablar de los aspectos preventivos como el mayor avance; en el del sida, de algunos tratamientos a través de medicamentos químicos y naturales, así como terapias para mejorar lo que se ha llamado la *calidad de vida* de las personas que lo padecen. Pero habrá que seguirle los pasos a la investigación del comportamiento del VIH y a las manifestaciones clínicas, para identificar los adelantos en torno a las posibilidades de encontrar una cura a esta enfermedad.

Cuando hablamos de que el VIH y el sida son un virus y una enfermedad respectivamente, no estamos reduciendo la magnitud del problema que implica su existencia; pero, después de tanta saturación de sus *poderes*, y de discursos que les han otorgado existencias *mágicas*: “*el VIH ataca a los promiscuos*”, “*el sida es un castigo de Dios*”, “*tenemos que aprender a vivir con el sida*”, “*el sida no me va a dar a mí*”, “*el sida mata*”; se hace necesario diferenciar por un lado, en qué plano estamos colocando el virus y la enfermedad como tales (cómo actúan en

el organismo, cuánto sabemos sobre éstos, cuánto ha aportado la ciencia al respecto) y por otro, la relación o relaciones de las personas con ambos, tanto a nivel particular como del contexto cultural que incide, condiciona o permiten las siguientes relaciones:

- VIH/sida-persona/s interesada/s en la prevención.
- VIH/sida-persona/s viviendo con el virus o la enfermedad.
- VIH/sida-persona/s organizada/s en torno a éstos.

Empezar a establecer estas diferenciaciones, a separar lo concreto de las definiciones y avances sobre el VIH y sida, de la interpretación y representación cultural que se tenga de los mismos, es un inicio de búsqueda de alternativas para enfrentar las problemáticas que surgen con su existencia.

Si lo que está en juego es la *salud pública*, interesa entonces develar en qué aspectos o situaciones es permeable esa salud con respecto al VIH y el sida. Sabemos que hay énfasis en los que se ha concentrado la visión del problema, como son en lo *epidemiológico, sanitario y moral*. Así como los actores sociales que mayoritariamente se han señalado en la escena de esta problemática: los *homosexuales*, los *bisexuales*, las *prostitutas*, los *promiscuos* y cada vez más los *heterosexuales*, que no son cualquier heterosexual, sino, los de *dudosa definición*. Pareciera que con esta *categorización* o *tipología* de individuos con comportamientos específicos, se

² Hay que señalar que no existen pruebas que indiquen que el VIH pueda transmitirse por las vías respiratorias o gastrointestinal, o por contactos ocasionales de persona a persona. Tampoco a través de insectos, alimentos, agua, inodoros, piscinas, sudor, lágrimas, objetos de uso diario como cubiertos, teléfonos o prendas de vestir. OMS. *Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH*. Serie OMS sobre el SIDA 8, Ginebra, 1991.

tuviera resuelto en el laboratorio social hacia dónde debe ir la vigilancia; *ellos, esos, esos otros, esas otras*, que no soy yo, son el filtro en el que se deposita el virus. Son depósito y emanación del *mal* que acaba con la salud. Se crea en este sentido el gran mito del comportamiento por actividad sexual o elección sexual - como se le quiera llamar- y, ¿por qué no?, hasta del comportamiento laboral como podría ser la prostitución, como agentes causales de la transmisión del VIH. Una vez más se funde congruentemente con el sistema *ciencia* e ideología y es allí donde interesa a la antropología empezar a entender la trascendencia del fenómeno sida en este final de siglo, como lo fuera la lepra, la sífilis y otras enfermedades infecto-contagiosas, siglos atrás.

Michel Foucault en su análisis de lo que representó en términos del poder dominante *la peste* en el siglo XIX, anota que ésta sirve a partir de su condición de enfermedad como una forma real e imaginaria del *desorden* que tiene por correlato médico y político la *disciplina*.

“ A la peste responde el orden; tiene por función desenredar todas las confusiones: la de la enfermedad que se transmite cuando los cuerpos se mezclan; la del mal que se multiplica cuando el miedo y la muerte borran interdictos. Prescribe a cada cual su lugar, a cada cual su cuerpo, a cada cual su enfermedad y su muerte, a cada cual su bien, por el efecto de un poder omnipresente y omnisciente que se subdivide él

mismo de manera regular e ininterrumpida hasta la determinación final del individuo, de lo que lo caracteriza, de lo que le pertenece, de lo que le ocurre. (...) la existencia de todo un conjunto de técnicas e instituciones que se atribuyen como tarea medir, controlar y corregir a los anormales, hace funcionar los dispositivos disciplinarios a que apelaba el miedo de la peste.” (Foucault, 1990: 201-203).

Sexo, género y VIH/sida³

La problemática sida pone en el tapete de las ciencias sociales, una

³ Sobre las categorías *sexo* y *género* han escrito diversas autoras y autores, sin embargo, me interesa retomar las utilizadas por la antropóloga y etnóloga mexicana Marcela Lagarde por considerarlas muy aclaratorias y acordes con los contenidos de este artículo. “ Los géneros son grupos biosocioculturales, construidos históricamente a partir de la identificación de características sexuales que clasifican a los seres humanos corporalmente. Ya clasificados, se les asigna de manera diferencial, un conjunto de funciones, actividades, relaciones sociales, formas de comportamiento y formas de la subjetividad a los sujetos-sexuados (...) Esto es un hecho universal y parece ser tan impactante que ha conmovido a todas las sociedades. Lo universal es la clasificación sexual, a partir de la cual se construyen los géneros, pero no resulta tan universal el contenido de las actividades y funciones asignadas al sexo (...) Nuestro sistema de géneros, agrupa a los sujetos con cuerpos sexuados en dos géneros, que son el femenino y el masculino, y considera que la pertenencia a cualquiera de esas clasificaciones hace a los sujetos absolutamente diferentes entre sí. Es un sistema que construye y organiza las diferencias. Es un sistema de exclusión (...) tiene dos principios. Uno, que es el antagonismo y otro que es la complejidad. Ser mujer es no ser hombre y ser hombre es no ser mujer. Este es el principio estructurador de nuestro sistema de género.” (Lagarde, 1995: 5-6)

enfermedad que desde sus orígenes se le reconoce como propiciada por un virus y por ello transmisible; pasa a ser un mecanismo de cuestionamiento y control social hacia determinados grupos sociales; una *santa inquisición* en la que la medicina como nueva iglesia toma la palabra para que los Estados dicten sentencia. Desde esta perspectiva aparentemente objetiva y científica, no se logra neutralizar el avance del problema, con todo el desplazamiento de millones de dólares en campañas de información y programas de prevención.

“ Con una fachada de enfoque humanista, se manipulan las estadísticas, se exagera el peligro y se menosprecian las formas de prevención, que unen al sida con las demás enfermedades de transmisión sexual. (...) El control del sida, tanto desde un punto de vista epidemiológico como clínico, sólo es posible cuando la comunidad científica supere las restricciones de dominio ideológico y económico y empiece a verlo como lo que es: una enfermedad transmisible y seria que, como cualquier otra enfermedad, tiene sus características específicas.” (Frajman, 1992: 10).

Tenemos enfrente el círculo vicioso de la relación ciencia-ideología, ciencia-mitos; que no es otra cosa que la repetición en la historia occidental, de una *ciencia patriarcal* al servicio de los intereses políticos y económicos que ejercen el dominio en determinado período o coyuntura. A lo que se suman otras estructuras ideológicas que le

asignan un valor no sólo diferente, sino desigual a las personas y a los eventos sociales⁴. Es por ello que en un tipo de organización social patriarcal una enfermedad repercute diferencialmente, según se haya nacido hombre o mujer. Y esto no es obra de la *naturaleza*, sino de un orden de subordinaciones que garantizan diversas formas de poder a nivel social y cultural en donde lo masculino se impone sobre lo femenino.

Podríamos mencionar en términos generales que de la existencia del VIH y del sida se han beneficiado diversos sectores que ejercen el poder de dominio patriarcal, en los que se pueden incluir cuerpos médicos, burócratas, técnicos, laboratorios, compañías farmacéuticas, políticos y empresarios de la salud. Sectores que han logrado mantener y aumentar un *status*, su poderío, y a quienes no necesariamente les interesa profundizar en las causas o condiciones culturales y sociales que imposibilitan realmente su prevención. Contrario a lo que se dice hacer o quizá congruentemente, las estadísticas son claras en señalar el aumento en los índices de personas que día a día se infectan y enferman de sida.

⁴ Lagarde como otras autoras que han estudiado el patriarcado como sistema de dominación, enfatiza que “ *El poder patriarcal no se limita a la opresión de las mujeres ya que se deriva también de las relaciones de dependencia desigual de otros sujetos sociales sometidos al poder patriarcal. (...) Además de desarrollarse en los espacios sociales y culturales propios a sus determinaciones, el poder patriarcal se expande en cualquier relación opresiva, por eso se articula también con las opresiones de clase, nacional, étnica, religiosa, política, lingüística y racial ...*” (Lagarde, 1993: 91-92).

Por su parte a nivel del discurso ideológico, al señalar personas determinadas y agruparlas o clasificarlas como las de mayor *riesgo*, se crearon las condiciones propicias para que el problema se interpretara como una situación asociada a la vida privada -por comportamientos *inadecuados*-, eximiéndose de esta forma a la estructura social dominante de asumir el papel y responsabilidad que le corresponde y a los Estados a justificar inversiones insuficientes en la atención de esta enfermedad.

Este hecho, además de estereotipar a sectores ya de por sí discriminados, reforzó una sensibilidad dominante del *yo* con relación a los *otros*, en donde se crea una separación enajenada e individualizada en la que el *yo* se exime de identificarse con el problema del *otro*. En esta dinámica quien se ve afectado, asume su condición no sólo desde el *castigo* y el sentimiento de *culpa*, sino también como un problema personal derivado y circunscrito posiblemente por su comportamiento *patológico*. En otras palabras, el fenómeno sida, queda eximido de interpretarse por su carácter histórico, social y cultural. Al ser la *transmisión sexual la vía de infección* por VIH que prevalece en nuestros países, especialmente de América, cabe entonces, no sólo retomar el hecho de que evidentemente la existencia del sida conduce a discutir sobre las sexualidades de manera más amplia, sino en lo fundamental, revisar más allá de los comportamientos o actividades sexuales (o genitales), las construcciones

genéricas que han prevalecido, que condicionan y que hacen vulnerables a hombres y mujeres de manera distinta. Quizá ésta pueda ser una forma de emprender el camino que nos lleve a profundizar en los factores causales y condicionantes en el avance de una prevención real del VIH y sida como problemática de salud pública.

El VIH y el sida en Costa Rica

Según las estadísticas del Departamento de Control del Sida del Ministerio de Salud, desde el año 1983 hasta octubre de 1996, se contaba con datos de 1089 casos sida en el país, de los cuales 992 corresponden a varones y 97 a mujeres; estas cifras además de ser acumulativas excluyen los casos con VIH (que no han desarrollado la enfermedad) que en realidad son difíciles de estimar⁵, pues no todas las personas infectadas conocen de su condición, o bien, no se han reportado como tales.

Como ya se mencionó, es la vía sexual a través de la que se dan en Costa Rica la mayoría de casos de infección por VIH; no es casual entonces que las estadísticas indiquen que el rango de edad de las personas que se han infectado se encuentre entre los 20 y 49

⁵ Se considera que en Costa Rica por cada persona enferma de sida reportada, pueden existir aproximadamente 50 más que ya han entrado en contacto con este virus. Estas estimaciones las han hecho tomando en cuenta el promedio de relaciones sexuales que una persona infectada ha podido establecer en un determinado período de tiempo. Por ejemplo, hay hombres con VIH que han manifestado que tuvieron relaciones coitales con 80 personas distintas del otro o de su mismo sexo.

años, siendo entre los 25 y 39 los de más alta tendencia. Edades que corresponden a lo que se considera, es la etapa de más actividad sexual y reproductiva. Se maneja igualmente otra información relacionada con nivel de escolaridad, estado civil, ubicación geográfica, tipo de ocupación y tipo de prácticas sexuales (homosexuales, bisexuales o heterosexuales); de dichas personas. Información que deja de ser relevante cuando se tiene claro que la infección o la prevención, no se correlaciona con un problema de información o formación académica necesariamente, mucho menos con el estado civil o lugar de donde se proceda. La ocupación es tan relevante como saber qué hacen las personas para ganarse la vida o sobrevivir en ella y las prácticas sexuales son tan relativas como las posibilidades que tenga una persona de aceptar una condición u otra. En un medio absolutamente homofóbico, aun así, no dice con certeza si la persona se infectó en la relación homosexual o en la relación heterosexual -como es el caso de quienes se clasifican dentro de la tipología *bisexual*-.

Lo que interesa rescatar es dónde están centrándose las preocupaciones respecto al avance de la infección por VIH y la muerte por el desarrollo del sida. Superados muchos de los prejuicios y estereotipos sobre la necesidad de identificar los chivos expiatorios del problema y evidenciarse que, la gran población heterosexual está tan expuesta como la considerada *minoría homosexual*; el camino ineludible es cómo resolver o dirigir los esfuerzos a nivel preventivo. Sobre todo cuando se

advierte un aumento en los casos de infección en mujeres, de sectores como "amas de casa"⁶, que implica también la posibilidad de la infección por vía perinatal, a niños y niñas de padres y madres seropositivos o enfermos de sida.

Resolver la prevención del VIH, no pasa únicamente por definir la forma de transmitir mensajes que permean a la

⁶ El número de mujeres con VIH/sida, en octubre de 1996 ascendía a 195, solamente 67 se dedicaban a oficios domésticos, 38 a diversas actividades laborales, 5 eran estudiantes, 31 estaban en la prostitución, 41 no tenían una clasificación específica y 13 no aplicaban. Si partimos del hecho de que en esta sociedad, independientemente de la ocupación que tenga, una mujer es "ama de casa" por aquello de la doble jornada laboral (una en su oficio particular y otra en el hogar), prácticamente la gran mayoría incluyendo las mujeres en prostitución (pues se sabe que un alto porcentaje son *cabeza de familia*), estaba en esta condición cuando fueron infectadas.

Esta condición significa haber adquirido el VIH en relaciones donde mediaban posiblemente sentimientos como la *confianza*, el *cariño*, el *amor*, los *años de conocerse*, la *costumbre*, el *deber de esposas*...

Con respecto a las mujeres en prostitución puede darse el cuestionamiento de si el VIH les fue transmitido por un cliente; sin embargo, en los estudios que se han realizado con ellas indican que con quienes menos se protegen es con sus amigos, amantes o parejas pues les tienen *confianza*, mientras con los clientes desconocidos si usan condón porque no saben de dónde vienen.

Sobre los casos de "amas de casa" con VIH y sida en Costa Rica se puede encontrar información en: Zamora, Alicia; Quirós, Edda y Fernández, Miriam. "Voy paso a paso..." *Empoderamiento de las Mujeres, Negociación Sexual y Condón Femenino*. OMS, Departamento Control del Sida, Ministerio de Salud, INCIENSA, San José, Costa Rica, 1997.

Un estudio de las mujeres en prostitución que revisa en forma más amplia lo planteado es: Ortiz, Maritza; Zamora, Alicia; Rodríguez, Ana; Chacón, Laura; Gutiérrez, Ana Lucía. "Soy una mujer de ambiente..." *Las Mujeres en Prostitución y la Prevención del VIH/Sida*. Serie Investigaciones Sociales, EUCR, San José, Costa Rica. Por publicarse.

sociedad en general. Es esencial ir desentrañando qué factores, situaciones y condiciones vulnerabilizan a hombres y mujeres, que obstaculizan su autocuidado y el cuidado del *otro* o de la *otra* en las interrelaciones sexuales.

De allí que quienes hemos hecho intentos para *re-mirar* la problemática del VIH y el sida en los diversos contextos socioculturales, consideremos que si algo conduce a cuestionar en este fin de siglo las estructuras y dinámicas de intercambio sexual entre los géneros (ya sea a nivel homosexual u heterosexual), es el descubrimiento del VIH y el sida; no en sí, sino como fenómenos asociados a las distintas y complejas actividades sexuales de las personas.

*Género y prevención*⁷

Cuestionar la construcción de las identidades masculinas y femeninas: Algo con más trascendencia de lo que podemos imaginar, puede ser una solución preventiva

Sabemos que inicialmente la prevención del VIH/sida se caracterizó por estar dirigida básicamente a los grupos de homosexuales y mujeres en prostitución (*grupos de alto riesgo* como se llamaron) y que *superada* esta etapa de reduccionismo moral y de la problemática, se pasó a ampliar las

campañas de información y *conciencia* del fenómeno sida a la población en *general*. Con los mismos contenidos, como si hombres y mujeres viviéramos la sexualidad y las formas de vincularnos de la misma manera. Este *avance* que en apariencia podría interpretarse como un discurso *abierto y democrático*, no pasa de ser -una vez más- manifestaciones ideológicas de un discurso hegemónico de control del comportamiento sexual de las personas -especialmente de las mujeres-. Y cuando analizamos su contenido nos recuerda el reforzamiento de una serie de tabúes y mitos, lo que se espera sean actitudes *adecuadas, normales y morales*. A manera de síntesis, la alusión que se hace en estas campañas es de la prevención como sinónimo de: fidelidad, castidad, cuidado de la vida sexual, llevar una vida sana, información y métodos de prevención, sexo seguro, protección.⁸ Decir ¡NO al sida y SÍ a la vida!, en abstracto, emitiendo un *slogan* la vida!, en abstracto, emitiendo un *slogan* que para hacerlo personal o asumirlo en la vida privada cada quien tendría que hacer una interpretación que puede ir desde el sentido más mágico hasta el de disociación o alienación más absoluta... *¡quiero hacer el sexo con esa persona, le*

⁷ En este apartado me interesa mencionar en particular algunos aspectos que implica visualizar la prevención del VIH desde las construcciones genéricas, pues sin duda la complejidad del asunto rebasa lo que se pueda trabajar en un artículo, además porque lo que más me motiva es hacer propuestas de posibles vías para continuar en ésta área de la investigación.

⁸ Estos conceptos los extrae, resume y analiza a partir de los mensajes emitidos en siete cuñas transmitidos por la televisión, de la campaña de prevención del VIH/sida que en 1991 dirigió la Comisión Nacional del Sida, la comunicadora Ileana Ramírez. Ver: Ramírez, Ileana "Mujer y Sida: La exclusión de la mujer de las campañas comunicacionales" En: *Aspectos Sociales del Sida*. Revista de Ciencias Sociales, N° 58, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica, diciembre 1992: 11-22.

digo al sida que no venga a la cama muestra y a disfrutar de la vida!

Conceptos como *fidelidad, vida sexual, vida sana, sexo seguro, protección*, no son necesariamente valores que en esta sociedad patriarcal estén asociados a los hombres, pero sí a las mujeres. Hoy en día cada vez más la prevención del VIH/sida se feminiza porque expresiones como:

- *fidelidad, vida, seguridad, protección* si son reconocidas por las mujeres ya que forman parte de los encargos o mandatos que culturalmente se les han depositado e impuesto basándose en sus *cualidades* llamadas innatas o *naturales* de cuidar, de parir, de nutrir.
- Porque la respuesta de los hombres hacia la protección ha sido de múltiples resistencias, lo que ha hecho que la conciencia del problema la asuman con lentitud. Y no es para menos... *¿Cómo me voy a identificar con algo que históricamente me han dicho no me corresponde asumir? ¿Cuidar a otros!? ¿Qué es eso, cómo se hace, qué significa, para qué?, si lo que me han encomendado que demuestre son mis poderes, mi virilidad, mis hazañas y para ello tengo que pensar fundamentalmente en mí.*

Lo anterior induce a pensar entonces, qué está sucediendo en la construcción de las femeneidades y de las masculinidades, de manera que mensajes que parecieran tan *universales*, no calan y no permeabilizan.

Tengo una posición si se quiere tajante al respecto: *los discursos que se han creado para llevar los mensajes sobre la prevención del VIH/sida, se contradicen esencialmente con lo que se espera sea una mujer o un hombre en esta sociedad*, llegan a ser mensajes de locura, que crean confusión con relación a las actitudes y roles esperados de unos o de otras, independientemente de la opción sexual que se tenga. Son mensajes que pretenden fomentar el cuidado pero que a la vez, no tienen relación o se oponen, con lo que identitariamente se refuerza social y culturalmente el *deber ser* femenino y el *deber ser* masculino.

" Si bien las personas elaboran una idea de sí mismas a partir de sus experiencias particulares, tienen una identidad que les es asignada conforme a los mitos prevalentes en la sociedad en que viven. (...) La identidad es la referencia que tenemos no sólo de, ¿quién soy?, sino también de quién debo ser. Involucra como refiere Marcela Lagarde, todas las representaciones, los sentimientos y los pensamientos que de sí mismo/a y de los y las otros/as se tengan. Tener una identidad no sólo en una condición psicológica para vivir, marca el hacer de las personas en el mundo. No es suficiente saber, ¿quién soy?, sino reconocer qué posibilidades de ser y hacer me facilita esa identidad." (Zamora y Quirós, op.cit.: 37).

Si se analizan algunas de las implicaciones de los mensajes más recientes sobre la prevención del VIH/sida para este tipo de identidades con las que han construido nuestro *ser* y *hacer* en el mundo, encontramos que:

1. *Fidelidad* tal y como se vive en la realidad, es lo que se espera en correspondencia a una estructura de relación que matrimonial o no, sea monogámica pero desde lo femenino, no así desde lo masculino. Para lo masculino se presenta en el menú toda una variedad de relaciones sustentadas en la *necesidad* y *naturaleza* polígama de su género.
2. *Prácticas sexuales seguras, sin riesgo*. La inseguridad en el sexo, en el contacto genital, quienes más lo han vivido son las mujeres; por pérdida de la virginidad (dejar de ser "buenas"), posibles embarazos, por infección de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Para los hombres, las relaciones sexuales han implicado realización, completarse, comprobarse viriles en el coito, ser poseedores, vivir la hazaña de la conquista, del robo de virginidades o *analidades*. A diferencia de las mujeres, el riesgo es vivido por los hombres como sinónimo de aventura y acción que aumenta su puntaje falocéntrico (aquí quedan incluidas hasta el número de ETS que han tenido). Paradójicamente en este mensaje, lo que implicaría mayores niveles de seguridad en las mujeres; en el caso de los hombres, puede vivirse como inseguridades directamente vinculadas con lo que ha sido la construcción de su sexualidad, pues

prácticamente todas sus modalidades de vivencia del placer erótico está concentrado en el gran culto a la genitalidad que tiene como momentos fundantes: el reconocimiento del pene como la parte más importante y fuente máxima de placer, la erección, la eyaculación que se permite derramar, la posesión del cuerpo de una otra o un otro y preñar concreta o simbólicamente como signos de un solo poder: ser hombres.

3. Referencias al uso de recursos de protección como el *condón masculino*⁹ que es un método de barrera para el virus, pueden tener también diversas interpretaciones a nivel simbólico o de la realidad que se experimenta, como por ejemplo:
 - Este condón fue creado para uso y manipulación de los hombres, las mujeres no necesariamente se sienten con el poder de exigir que su compañero sexual lo utilice porque en el fondo es ajeno a ellas. El mensaje de *exigir* el condón además implica entrar en el terreno de la negociación, aspecto para el que no hemos sido entrenadas; así como la posibilidad de tener niveles de control sobre el cuerpo y la sexualidad que, como se

⁹ Se hace referencia al condón masculino porque es el que se encuentra con más facilidad en el mercado y su precio permite el acceso a la mayoría de las personas. El condón femenino está por expandirse como recurso preventivo para las mujeres, es diferente del masculino tanto por su forma como por el material del que está constituido, y su precio es mucho más elevado. Sobre sus características y cómo las mujeres y los hombres perciben este condón, se puede ver el estudio realizado por Zamora, Alicia, Quirós, Edda y Fernández, Miriam. Op.cit.

sabe, no son valores adscritos positivamente a lo femenino.

- El condón impide el derramamiento del semen, producto de una eyaculación que en el orden simbólico de lo masculino tiene connotaciones ligadas al poder, la virilidad, el embarazar y otros. Por esta razón, no es extraño que muchos hombres expliquen sus resistencias a usar el condón aludiendo que les imposibilita sentir placer, no lograr la eyaculación y el orgasmo¹⁰. En el caso de algunas mujeres, hacer uso del condón se representa como un medio que obstaculiza su fertilización, la *entrega* total..., valores patriarcales asociados a una identidad que se completa con la maternidad y el *ser para otros*.

- Usar el condón o cualquier otro recurso de protección no se representa como una responsabilidad que competa a los hombres en esta sociedad, pues históricamente esa tarea se ha

sobrecargado a las mujeres mediante los métodos anticonceptivos. Por su parte las mujeres, que en el menor de los casos lo que defienden es su placer, pueden permitir relaciones genitales sin protección por un lado, porque están preparadas para el *sacrificio*, valor asociado a seguir siendo queridas, a que no las abandonen, al cumplir con los deseos de los demás y por otro, lo más delicado: por la *confianza* como un sentimiento que al depositarlo ellas en *el otro*, creen les será devuelto con la misma carga de lealtad, fidelidad y cuidado.

Es posible que si hilamos fino en el análisis de contenido de estos discursos, encontremos mayor cantidad de elementos que apuntan en esta dirección, que podrían favorecer la discusión de nuevas perspectivas para abordar y trabajar la prevención. Queda pendiente sin asomo de duda, reflexionar sobre aquellos valores y representaciones que a nivel de las identidades femeninas y masculinas tal y como están construidas, podrían favorecer actitudes hacia el autocuidado y relaciones saludables no discriminantes. Por el momento, es preciso pensar en la posibilidad de *deconstruir*, *desmontar* mitos que favorecen los comportamientos que vulnerabilizan la salud de hombres y mujeres; mitos que a su vez se hacen acompañar de múltiples *miedos* existenciales que habrá que abordar desde ya, para que el nuevo milenio lo podamos inaugurar con expectativas de calidad de vida equitativas para la humanidad.

No se ha incluido en estas reflexiones los factores económico-sociales como determinantes en la

¹⁰ "La obsesión del que copula es el derrame (y, por tanto, el derrumbamiento), el temor de que eso no fluya, no se escape de manera insidiosa, pánico ante lo que se producirá, la desbandada, la detumescencia, el fin del coito (...). La esperma es la firma del coito, la metamorfosis de un producto natural en medio de transacción; si no estuvieran ahí, vomitados por la vulva, esos montoncitos de copos granulados y blancos, parecería que algo le falta al hombre. En el contrato sexual, el semen juega como medio de cambio, moneda erótica; él, y sólo él, confiere sentido a la relación y de él depende más o menos también la permanencia o la brevedad del mercado sexual, mientras la esperma no ha sido emitida el acoplamiento está por hacer, a no ser que divaguemos por el absurdo y la indeterminación. Bruckner, Pascal, Finkelkraut, Alain. *El nuevo desorden amoroso*. Editorial Anagrama, Barcelona, España. 1979: 20, 36.

prevención, porque más allá de las situaciones de miseria económica o abundancia material en que vivan las personas, así como otros condicionantes como son el consumo de drogas, de alcohol o psicofármacos; las construcciones genéricas son la base sobre la que se sedimenta la subjetividad e identidad¹¹ de cada persona y el contexto socio-económico, político y cultural termina de conformar las variantes por clase, etnia, edad, otros. Y si hay algo que compartimos las mujeres y los hombres en esta sociedad patriarcal, es nuestra construcción como géneros antagónicos, los mandatos que nos asignan un *deber ser* que se vive con algunas variantes cualitativas según sea la clase, la edad, la etnia, las discapacidades físicas o mentales, la salud con que se cuenta.

Es aquí en donde a nivel ideológico, ético y político, nos corresponde promover el derecho de mujeres y hombres de universalizar, hacer suyos, sentir suyos, valores fundamentados en una salud sexual integral (a nivel psicológico, físico y

material), no sexista ni clasista; que en última instancia conduzca a modificar también muchas estructuras, manifestaciones y actitudes discriminatorias y de subordinación entre los géneros y en muchos otros ámbitos de la vida diaria.

Los "superhombres" y las "modernas"

¿Aprender a hacer el amor?

¿Aprender a encontrarse?

En una época de la sociedad de exaltación de los cuerpos masculinos y femeninos como formas (músculos, caras, cabellos, dientes), de exaltación de los olores y las dietas *saludables*, como modelos de referencia estética, se esperaría que fuera una coyuntura propicia para fomentar la prevención. Sin embargo, no deja de representar un engañoso comportamiento hacia la salud, enajenado en la sobrevaloración de nuevos roles y estampas enchapados sobre los mismos soportes conservadores y tradicionales, que poco o nada aportan a los cambios esenciales de las identidades femeninas y masculinas. La diferencia es estética y lo estético es relativo... Hoy nos gustan esbeltos/as y fibrosos/as; mañana insípidos/as, casi volátiles; pasado mañana con grasitas, para recordar los viejos volúmenes que tanto gustaban a nuestros abuelos, porque a las abuelas ¡jamás! (al menos no se atrevieron a mencionarlo).

En una época de mujeres que dicen hacer con su vida lo que quieren (salir a trabajar, a bailar, tener amantes, automóvil), llevar tarjetas de crédito y chequeras (por lo general extensiones) y condones en el bolsillo como sinónimo de

¹¹ Los términos subjetividad e identidad aquí nombrados son los que ha trabajado la Dra. Marcela Lagarde, en donde *subjetividad* se entiende como: la relación entre el sujeto y el mundo, el cuerpo vivido como síntesis bio-socio-psico-cultural; lo que abarca toda la experiencia del sujeto como creación social, fenómeno cultural. Incluye las dimensiones como la afectividad, la intelectualidad y la temporalidad en su relación con los/as otros/as, la sociedad, la naturaleza, lo que en su imaginario concibe como existente. Y la *identidad* como la referencia del propio sujeto, lo que gira en torno a su ser y a su existencia. Cabe señalar que las referencias utilizadas sobre estos conceptos son su expresión más general, pues en distintos trabajos realizados por Lagarde se encuentra un desarrollo más amplio y rico sobre éstos.

liberación femenina, podríamos pensar otra vez, es una coyuntura propicia para fomentar la prevención. Pero como en el caso anterior, estamos hablando de roles que se modifican y de los cuales no tenemos duda, obtienen beneficios; sin embargo, una vez más condicionados por un *deber ser* encadenado a mitos que les recuerdan que tienen que ser y mantenerse *mujeres normales*: ser para otros, la maternidad como esencia de su feminidad, tener un cuerpo-objeto del que se apropien otros, una sexualidad limitada que les exige *ser buenas* frente al fantasma de la prostitución como condena, la dependencia, la ausencia de control verdadero, la culpa, el sacrificio y la entrega.

Con los vientos del nuevo milenio encima, los superhombres y las modernas que pronto seremos gentes del siglo pasado, tenemos retos muy hermosos por delante si queremos ser fundadores de cambios fundamentales; cambios a los que un inocente virus ha contribuido a empujar a la discusión de las expresiones más conservadoras y absolutistas del deseo, del placer sexual, del intercambio amoroso.

La prevención ante el VIH/sida, de otras ETS, de las adicciones enajenantes; de la violencia que se ejerce contra niñas, niños, mujeres y personas adultas mayores, de personas con alguna discapacidad, o que no comparten rasgos y color de piel similares; del hambre, de las guerras, de la devastación de la naturaleza; salta ante el siglo que viene como noción de futuro, de trascendencia. Obliga a la apropiación de cada quien de su vida, no como *media naranja* de

nadie, sino como seres completos/as, que en relación con otros u otras, tienen la responsabilidad común de la convivencia, de la supervivencia, de la sobrevivencia. De cuestionar los mitos subyacentes en sus identidades para permitirse *ser* desde otras construcciones humanas, alternativas al miedo o la prepotencia de unos sobre otros u otras.

Como apunta Marcela Lagarde:

*"Todos los miedos y sus placebos encuentran su fuga, su punto de evasión, en el gran miedo: el miedo de género, el miedo que nos impide enfrentar aquí y ahora las muchas enajenaciones que nos separan del otro y de la otra, el miedo que nos narcotiza frente a todo oprobio, el miedo que nos induce a la mansedumbre, la obediencia, la sumisión, la repetición y el cinismo."*¹²

Es oportuno revisar en la prevención los llamados *riesgos de contraer el sida*, como una expresión que más allá de alertar, refuerza los miedos con los que llegamos a las relaciones. La prevención implica superar el individualismo; pensarse y pensar en el otro, en la otra; socializar una responsabilidad; garantizarse la seguridad en los espacios del placer para prolongar y hacer del bienestar una condición, un derecho.

Es imperativo superar los vínculos de subordinación, de la relación

¹² Lagarde, Marcela. "Mujeres y hombres, feminidades y masculinidades al final del milenio". México: Alba, junio 1996-enero de 1997:5. Inédito.

sujeto-objeto, para asumir un protagonismo y control sobre la sexualidad, para posibilitar el encuentro o reencuentro de relaciones eróticas saludables. Hablo de relaciones que permitan ampliar la gama de sensaciones placenteras no circunscritas a la genitalidad o patrones preestablecidos sobre orgasmos que se convierten en un fin en sí mismo. Como dicen Bruckner y Finkielkraut:

"Nuestros amores no carecen de libertad o de fuerza "orgiástica", sino de complejidad; son excesivamente simples y sólo satisfacen, cuanto más, una o dos pasiones." (Lagarde, 1996:5)

Los hombres y las mujeres necesitamos aprehender a hacer el amor consigo mismos, consigo mismas, para resignificar el cuerpo para el autocuidado, el autoplacer. Y a partir de nuestro cuerpo como centro de referencia con el mundo, querido, valorado en todas sus dimensiones (psicológica, emocional, espiritual, física) ir al encuentro con otros u otras. Es probable que así logremos construir una verdadera solidaridad en la que se repartan equitativamente, tanto los inconvenientes como los beneficios; una solidaridad basada en la ética de la reciprocidad.

En este sentido, la coyuntura de la aparición del fenómeno VIH/sida y la evolución de su existencia con sus respectivas consecuencias a nivel clínico, epidemiológico; pero sobre todo social, es una problemática muy rica para

explorar en diversas áreas del comportamiento humano y en el que la antropología debe asumir un compromiso impostergable, porque puede aportar vías para esclarecer resistencias o procesos de asimilación, encaminados a resolver la prevención ante este virus y otras ETS, que vienen afectando cada vez más la salud de millares de mujeres y hombres sobre el planeta.

Bibliografía

- BERER, Marge
1993 **La mujer y el VIH/sida.** Bath Press, Gran Bretaña.
- BRUCKNER, Pascal y Finkielkraut, Alain
1979 **El nuevo desorden amoroso.** Editorial Anagrama, Barcelona, España.
- FOUCAULT, Michel
1990 **Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión.** Siglo XXI editores, México.
- FRAJMAN, Mauricio
1992 "Aspectos Sociales del Sida". En: Revista de Ciencias Sociales, Nº 58, Diciembre, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- LAGARDE, Marcela
1995 **La identidad de género.** Taller de Feminidad y Masculinidad. OCSD, OIT, OPS, AOS, 20-21 de febrero, San José, Costa Rica.

- 1993 **Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas.** Colección Posgrado. UNAM, México, D.F.
- 1996 **Mujeres y hombres, feminidades y masculinidades al final del milenio.** México, Alba. Inédito.
- O.M.S.
- 1991 **Directrices para la labor de consejo sobre la infección y las enfermedades causadas por el VIH.** Serie OMS sobre el SIDA 8, Ginebra.
- ORTIZ, Maritza
- 1994 **Masculinidad y Prostitución Femenina. Un análisis psicosocial realizado con 7 clientes y 32 prostitutas del Sector Central de San José.** Tesis presentada a la Facultad de Ciencias Sociales para optar al grado de Licenciatura en Psicología. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- ORTIZ, Maritza; Zamora, Alicia, Rodríguez, Ana; Chacón, Laura, Gutiérrez, Ana Lucia
- 1998 **Soy una mujer de ambiente. Las Mujeres en Prostitución y la Prevención del VIH/Sida.** Serie Investigaciones Sociales, EUCR, San José, Costa Rica. Por publicarse.
- RAMIREZ, Ileana
- "Mujer y Sida: La exclusión de la mujer de las campañas comunicacionales". En Revista de Ciencias Sociales, N° 58, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- SCHIFTER, Jacobo
- 1989 **La formación de una contracultura. Homosexualismo y Sida en Costa Rica.** Ediciones Guayacán, San José, Costa Rica.
- SCHIFTER, Jacobo; Madrigal, Johnny
- 1992 **Hombres que aman hombres.** Ediciones Ilep-Sida, San José, Costa Rica.
- 1996 **Las gavetas sexuales del costarricense y el riesgo de infección con el VIH.** Editorial IMEDIEX, S.A., San José, Costa Rica.
- ZAMORA, Alicia; Quirós, Edda y Fernández, Miriam
- 1997 **Voy paso a paso. Empoderamiento de las Mujeres, Negociación Sexual y Condón Femenino.** OMS, Departamento de Control del Sida, Ministerio de Salud, INCIENSA, San José, Costa Rica.