

Salud sexual: grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad

Bernardo Adrián Robles Aguirre
Laura Y. Vázquez Vega
Andrés Méndez Palacios-Macedo
Lilia Mestas Hernández

Coordinadores



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

Salud sexual: grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad



Bernardo Adrián Robles Aguirre
Laura Y. Vázquez Vega
Andrés Méndez Palacios-Macedo
Lilia Mestas Hernández
(Coordinadores)

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Dr. Vicente Jesús Hernández Abad
Director

Dra. Mirna García Méndez
Secretaria General

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara
Secretario de Desarrollo Académico

CD. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez
Secretaria de Desarrollo Estudiantil

Mtro. Luis Alberto Huerta López
Secretario Administrativo

Dra. María Susana González Velázquez
Jefa de la División de Planeación Institucional

Dra. Rosalva Rangel Corona
Jefa de la División de Vinculación

Dr. David Nahum Espinosa Organista
Jefe de la División de Estudios de Posgrado e Investigación

Lic. Carlos Raziel Leaños Castillo
Jefe de la Coordinación de Comunicación Social y Gestión de Medios

Datos para catalogación bibliográfica

Coordinadores: Bernardo Adrián Robles Aguirre, Laura Y. Vázquez Vega, Andrés Méndez Palacios-Macedo y Lilia Mestas Hernández.

Salud sexual: grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad.

UNAM, FES Zaragoza, abril de 2025.

Peso: 2.8 MB.

ISBN: 978-607-587-371-8.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leaños Castillo.
Formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

Este libro fue dictaminado a través del Comité Editorial de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, evaluado por pares a doble ciego, y se aprobó en febrero de 2025.

La coordinación de la obra colectiva se realizó como parte del proyecto “Salud sexual y reproductiva. La experiencia desde los grupos en situación de vulnerabilidad”, aprobado por CONAHcyT en el marco de Estancias Posdoctorales por México 2022(3): clave 315913.

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Salud sexual: grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad.

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México
Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

Índice de contenido

	Introducción	5
	Bernardo Adrián Robles Aguirre; Laura Y. Vázquez Vega, Andrés Méndez Palacios-Macedo y Lilia Mestas Hernández	
1	Estigma y discriminación asociados al VIH y al sida en la historia mexicana: engranes en la estructura socioeconómica	12
	Miguel García Murcia	
2	La criminalización del VIH en México, retos y avances para la construcción de un marco de derechos humanos	33
	Leonardo Bastida Aguilar	
3	Más allá del diagnóstico médico: la construcción social del VIH en adolescentes de la CDMX	49
	Mónica Paulina Hernández Leyva	
4	Marginación y tratamiento mercurial de la sífilis en el antiguo régimen: un esbozo histórico	60
	Jorge Alejandro Laris Pardo	
5	La vacuna contra el virus del papiloma humano: una dicotomía de cuidado a la salud sexual y reproductiva	77
	Marcela López Pacheco	
6	Desafíos y barreras para la salud sexual de personas adultas mayores: una revisión breve de la evidencia científica	97
	Karina Serrano Alvarado y Ángel Francisco García Pacheco	
7	Salud sexual y diabetes en el adulto mayor	124
	María Luisa Ponce López; Irma Araceli Aburto López, Irma Cortés Escárcega, Claudia Izquierdo Carrillo y Marco Antonio Cardoso Gómez	
8	La sexualidad de las personas en proceso de envejecimiento como dimensión de su calidad de vida	144
	Otilia Aurora Ramírez-Arellano	



9	Configurar el riesgo y los derechos en la atención obstétrica. Narrativas e interacciones en torno al embarazo en la adolescencia	158
	Bianca Fernanda Vargas Escamilla	
10	Derechos sexuales y reproductivos, mujeres indígenas y feminismo: una revisión crítica necesaria	178
	Paula Santana Nazarit	
11	Reflexiones finales. Reconociendo la salud sexual en grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad	192
	Bernardo Adrián Robles Aguirre; Laura Y. Vázquez Vega, Andrés Méndez Palacios-Macedo y Lilia Mestas Hernández	
	Glosario	196
	Sobre los autores	207



Introducción

La salud sexual en grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad

Bernardo Adrián Robles Aguirre ✧ Laura Y. Vázquez Vega
 Andrés Méndez Palacios - Macedo ✧ Lilia Mestas Hernández

El libro que a continuación se presenta, busca analizar la compleja actualidad en la que se inscribe el estudio y la comprensión de la salud sexual en distintos grupos que atraviesan las aristas del curso de vida. Se asume para ello, la relevancia de los factores sociales, biológicos y culturales, desde su variabilidad y la plasticidad que representan sus corporalidades, mismas que se observan desde el ámbito cotidiano y su relación con dimensiones más amplias como las condiciones de vida, los riesgos, las disparidades de género, la violencia, las desigualdades sociales y otras formas de vulneración que afectan a la población.

Cabe advertir que, para ello, se reconoce al cuerpo como la expresión física, biológica, emocional y psíquica de las normas sociales construidas a partir del devenir y el desarrollo ontogenético. En donde a partir de la experiencia es que el cuerpo construye itinerarios diversos, ceñidos por la niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez, como hechos psicoculturales. Y es desde la representación del cuerpo sexuado y generizado, que se busca reconocer la promoción, respeto y defensa de los derechos a la salud en todas las personas.

Este esfuerzo nos obliga a recurrir a campos diversos de estudio, tales como la medicina social, la historia, la antropología, la psicología y la sociología, ya que la reconstrucción del objeto de estudio de la salud sexual requiere sumar propuestas convergentes. La selección de textos se ha realizado con base en la sinergia de sus temáticas, puesto que



no sólo se comprenden como capítulos aislados, sino como una totalidad que invita a la reflexión crítica.

La interdisciplina refuerza el énfasis en comprender los elementos de los procesos de salud – enfermedad – prevención – atención y muerte, como fenómenos condicionados por los órdenes económico, político y cultural. Es de esta forma que se puede dar cuenta de las diferentes formas en que la salud sexual se significa, construye y representa. El desarrollo de esta propuesta editorial tiene la finalidad de recoger algunas de las múltiples visiones, dirigiéndonos a un público especializado, en formación profesional o con un interés general sobre las lecciones aprendidas y los retos por afrontar en la investigación sobre la determinación social de esta situación.

En este sentido, el primer apartado de la obra comienza con textos que reflexionan sobre la salud sexual y sus implicaciones con tres enfermedades en particular: el VIH / sida, la sífilis y el virus del papiloma humano. Los tres primeros capítulos, dan cuenta de los grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad, que han sido estigmatizados desde su aparición a principios de los años ochenta, del siglo pasado, el VIH / sida.

Miguel García Murcia nos presenta *“Estigma y discriminación asociados al VIH y al sida en la historia mexicana: engranes en la estructura socioeconómica”* donde analiza el estigma desde una perspectiva histórica como elementos de constitución compleja. Sin negar su estrecha relación con las características culturales de la sociedad en que se presentan, en el texto se propone un distanciamiento de la noción sobre estos fenómenos sociales como productos culturales residuales, es decir, resultado de la desinformación, los prejuicios, los temores o los sentimientos de rechazo, entre otros. En lugar de ello, el capítulo desarrolla un análisis centrado en indagar acerca de su función dentro de la estructura social y económica en que tienen lugar, así como en la presencia de grupos sociales cuyas acciones contribuyen a la conservación de las condiciones de desigualdad asociadas a ambos fenómenos.

La segunda contribución *“La criminalización del VIH en México, retos y avances para la construcción de un marco de derechos humanos”* de Leonardo Bastida Aguilar, reconoce que en la última década, en nuestro país, se ha visibilizado el uso de las leyes penales hacia las personas con VIH en muchas entidades federativas del país, por la presunta transmisión del virus, aunque esta no sea comprobable, pese a algunos intentos de



reformas en los Códigos Penales de varios estados para endurecer las sanciones. Se inició una movilización por parte de la sociedad civil para detener la situación y comenzar la pugna para derogar los artículos en los que se contempla el delito de peligro de contagio, figura jurídica con la que se les procesa. En este sentido, el texto, comparte un recuento de la situación, a partir de lo documentado por las organizaciones civiles, y de los debates que se han suscitado al respecto en espacios legislativos y judiciales, con la finalidad de identificar los rezagos pendientes en la garantía de los derechos humanos de quienes viven con VIH.

Para concluir la problemática sobre el VIH, Mónica Paulina Hernández Leyva, nos presenta *“Más allá del diagnóstico médico: la construcción social del VIH en adolescentes de la CDMX”* donde da cuenta sobre la forma en cómo los adolescentes con VIH integran y manejan su condición de salud en el momento del diagnóstico reactivo. A partir de entrevistas en profundidad se busca comprender las complejidades de su experiencia y las estrategias que desarrollan para vivir plenamente con VIH. El estudio incluye 25 entrevistas a hombres cisgénero con VIH que lo adquirieron por transmisión sexual y perinatal, usuarios de las Clínicas Condesa de la Ciudad de México. El análisis se realizó mediante relatos contruidos de manera dialógica, recuperando y reconstruyendo eventos significativos en la vida de estos jóvenes respecto al VIH. Así, la investigación reveló dos momentos clave en la configuración subjetiva de los adolescentes: el diagnóstico médico y el diagnóstico social. Mientras que el primero refiere a las pruebas diagnósticas y las intervenciones biomédicas, el segundo implica asumir la carga moral y social atribuida al VIH.

Por otra parte, en *“Marginación y tratamiento mercurial de la Sífilis en el antiguo régimen: un esbozo histórico”* Jorge Alejandro Laris Pardo nos presenta un esbozo de cómo, en el contexto del Antiguo Régimen, el tratamiento mercurial de la Sífilis estuvo influenciado por la marginación social. El capítulo nos lleva a través de la crítica histórica de testimonios médicos a explorar las implicaciones de la riqueza, la falta de acceso a la medicina facultativa, las creencias y prácticas populares, el color de piel y el sexo en el uso del azogue como remedio. El propósito principal es reflexionar sobre la importancia de estos elementos y reconocer las consecuencias en la vida de algunas personas, señalando cuestiones para que futuras investigaciones históricas profundicen en ellas.

Para hablar de la importancia y los cuidados que se deben tener con respecto al virus del papiloma humano (VPH), Marcela López Pacheco nos describe en *“La vacuna contra el virus*



del papiloma humano: una dicotomía de cuidado a la salud sexual y reproductiva” donde se reflexiona sobre el sentido de seguridad, bienestar, derecho y salud que se atribuye a la vacunación contra el VPH desde el marco de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y reconoce que, a pesar de que la perspectiva sanitaria apela al sentido de la seguridad, la prevención y la seguridad que representa la vacuna contra el VPH. En la actualidad persisten algunas manifestaciones de resistencia y negativa por parte de la población infantil y adolescente para aceptar la vacunación, a la cual se suma la población juvenil como un grupo de mayor autonomía y decisión, sobre las cuales es importante no perder el hilo de la reflexión y seguir abonando a los avances médicos en materia de atención y prevención, pero sin perder el enfoque de que dichas vacunas están destinadas a personas con derechos de elección sobre sus propios procesos de salud.

En el siguiente apartado, damos cuenta de un grupo que consideramos había sido relegado no sólo de la agenda nacional, sino también de la academia, nos referimos al envejecimiento y las vejeces. Esta sección consta de tres capítulos que dan cuenta de la importancia de esta colectividad en situación de vulnerabilidad y su relación con la salud sexual.

Comenzamos con *“Desafíos y barreras en la salud sexual de personas adultas mayores: una revisión breve de la evidencia científica”* de Karina Serrano Alvarado y Ángel Francisco García Pacheco, donde nos anuncian que el envejecimiento de la población representa un desafío para los gobiernos y los sistemas de salud, puesto que un mayor número de personas adultas mayores (PAM) incrementa la demanda de servicios médicos y sociales, así como una mayor atención de las necesidades específicas de este sector de la población. Si bien las condiciones de morbi-mortalidad constituyen el principal foco de atención en las PAM, la salud sexual ha sido poco estudiada en este grupo, especialmente en México y aunque los organismos internacionales subrayan la importancia de la salud sexual positiva para el bienestar general y la calidad de vida, enfatizando el derecho de los individuos a disfrutar de su sexualidad de manera segura y placentera, libre de coerción, violencia y discriminación, y con acceso a servicios de salud de calidad, los prejuicios, estereotipos y estigmas asociados al envejecimiento, contribuyen a la discriminación y vulnerabilidad de las PAM, invisibilizando la importancia de la sexualidad en esta etapa de vida. Así, el capítulo, presenta una revisión donde se muestra que la actividad sexual no solo persiste en esta etapa, sino que, además, tiene beneficios sobre su calidad de vida, además de identificar algunas de las barreras asociadas a la salud sexual de las PAM entre las que se incluyen los factores biológicos y médicos asociados al envejecimiento, las ITS, y la



violencia sexual, además de la interseccionalidad entre edadismo y orientación sexual incrementa la vulnerabilidad de este grupo.

Por otra parte, María Luisa Ponce López, Irma Araceli Aburto López, Irma Cortés Escárcega, Claudia Izquierdo Carrillo y Marco Antonio Cardoso Gómez, detallan en *“Salud sexual y diabetes en el adulto mayor”* que, la sexualidad en el adulto mayor es un tema poco atendido y que existen múltiples mitos que circulan alrededor del envejecimiento, puesto que se les percibe como seres asexuados o fisiológicamente imposibilitados para ejercer su sexualidad. Esta situación genera una distorsión de sus pensamientos, conduciendo a la persona a una represión sexual, promovida también por prejuicios sociales que le originan temor a ser objeto de burla. Como una contribución a desmitificar la sexualidad en la etapa de envejecimiento en un grupo de personas con diabetes, en este apartado, los autores, presentan algunos aspectos que permitan proporcionar información que promueva el tratamiento integral de este grupo de personas para optimizar su calidad de vida.

Para concluir con este apartado, Otilia Aurora Ramírez-Arellano nos presenta *“La sexualidad de las personas en proceso de envejecimiento como dimensión de su calidad de vida”*. Aquí, la autora inicia reconociendo que la sexualidad humana y el envejecimiento son dos amplios temas en torno a los que se debe reflexionar ampliamente. Señala elementos que configuran a la sexualidad en su relación con el envejecimiento definiendo éste como un proceso que inicia a partir de los 45 años en el que se desmitifican ideas del desinterés o la renuncia a la vida sexual y reconoce que existen diferentes maneras en que las personas que envejecen pueden disfrutar de una sexualidad y por ende de su intimidad que apuntala la calidad de vida en este sector de la población. Así, propone una manera de diagnóstico de la calidad de vida a través del instrumento *Whoqol-old* en el que se considera la dimensión intimidad como reflejo del comportamiento que la persona refiere en un marco en el que la vejez continúa siendo prejuiciada.

Esta obra concluye con dos contribuciones más, donde se da cuenta y se reconoce la importancia del acceso a la atención a la salud sexual y reproductiva desde las políticas públicas en salud, las cuales tendrían que brindar las garantías necesarias y la seguridad a las mujeres, sin importar la etapa de vida en la que se encuentren, así como los derechos sexuales y reproductivos, los cuales no solo se deben configurar en dirección al acceso a una atención de calidad para la mujeres que conste de información e intervenciones adecuadas



para las mujeres, ni tampoco de acceso a las medidas preventivas para el control natal, o bien para prevenir enfermedades de transmisión sexual.

En este contexto, Bianca Fernanda Vargas Escamilla, nos presenta *“Configurar el riesgo y los derechos en la atención obstétrica. Narrativas e interacciones en torno al embarazo en la adolescencia”*. La autora realiza un planteamiento de la biomedicina como cultura y no sólo como una disciplina o un conjunto objetivo de discursos, donde la investigación cualitativa en el ámbito clínico da cuenta de los múltiples elementos a través de los cuales el conocimiento y las prácticas biomédicas se constituyen. Así, realiza una serie de narrativas del riesgo en tanto que el embarazo en la adolescencia es considerado discursivamente como de ‘alto riesgo’, por lo que la aproximación a este grupo de edad constituye un espacio de referencia para explorar la manera en que el riesgo se configura como una narrativa dominante que incide en las prácticas en la atención de la salud reproductiva, dando mayor relevancia a la perspectiva del profesional sobre los estándares de la práctica. Considera relevante visibilizar la necesidad de un abordaje integral de las determinantes sociales y las formas de vulnerabilidad, vinculadas a la sexualidad y reproducción en esta etapa, guiada por el reconocimiento de los derechos de las y los adolescentes y la autonomía progresiva en la toma de decisiones sobre su cuerpo y su salud, para dar lugar a la dimensión colectiva del cuidado como una apuesta ética y política.

En *“Derechos sexuales y reproductivos, mujeres indígenas y feminismo: una revisión crítica necesaria”* Paula Santana Nazarit reflexiona sobre el enfoque de derechos humanos y su pertinencia en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en un grupo de mujeres p’urhépecha de comunidades indígenas de Michoacán. El análisis sobre esta temática tiende a centrarse en la situación de salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, mostrando su mayor vulnerabilidad entre las mujeres con estadísticas y estudios cualitativos, principalmente en materia de morbilidad y mortalidad materna, embarazo de niñas y adolescentes, bajo uso de métodos anticonceptivos, entre otras dimensiones. Los enfoques que predominan son el de riesgo en salud y el de derechos sexuales y reproductivos, el primero proveniente del paradigma biomédico y el segundo, de los derechos humanos, sin embargo, a la luz de contribuciones del movimiento de mujeres indígenas y del feminismo, es posible identificar las limitaciones de estos enfoques para abordar la sexualidad de las mujeres indígenas. El concepto de derechos sexuales y reproductivos, por enmarcarse en la tradición moderna del derecho, el Estado, la universalidad y la igualdad, confronta ontologías y cosmovisiones indígenas a cerca de la vida, sexualidad, salud, género, entre



otras dimensiones, a la vez, que restringe la potencialidad de proyectos emancipadores de las mujeres indígenas.

Por último, hemos incluido algunas reflexiones finales por parte de los coordinadores, reconociendo que sin pretender agotar la diversidad de problemáticas y tópicos que han buscado explicar la complejidad que entraña *la salud sexual en grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad*. Dicha obra da cuenta de las múltiples aristas que han permitido un análisis multidisciplinario y que busca aproximar a sus lectores hacia una reflexión crítica y un accionar sobre las distintas manifestaciones y pensamientos que aún perviven como el estigma, la discriminación, la homofobia, el sectarismo, el clasismo, el edadismo, el capacitismo, entre otras. Así como otras que resultan de los movimientos sociales y que irrumpen en la historia de una de las enfermedades que han cobrado mayor relevancia en el mundo desde la segunda mitad del siglo pasado.

Todas las participaciones que se reunieron en este volumen son una invitación a la reflexión crítica sobre la importancia de seguir alzando la voz, de escucha atenta y de un reconocimiento a aquellos grupos que se han marginado, silenciado y excluido, tanto por los sectores económicos como los sociales y culturales en pleno siglo XXI.



Estigma y discriminación asociados al VIH y al sida en la historia mexicana: engranes en la estructura socioeconómica

Miguel García Murcia

Para Silvia Panebianco Labbé, imprescindible defensora de los derechos humanos, quien, al sur de la Ciudad de México, entre gatos y cacomixtles, sigue luchando por ordenar el mundo y hacerlo un poco más amable.

INTRODUCCIÓN

Sobre el estigma y la discriminación asociados al VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) se ha empleado mucha tinta para tratar de entender sus implicaciones en la vida de las personas y de las sociedades. Lo anterior no es extraño, pues, se trata de dos factores entrelazados e íntimamente ligados a una larga pandemia que ha costado tanto. El estigma asociado al VIH y al sida surgió de modo paralelo al proceso que, en el terreno clínico y epidemiológico, determinó que se trataba de un nuevo padecimiento que afectaba mayormente a hombres homosexuales, personas que se dedicaban al sexo comercial y a usuarios de drogas inyectadas. Desde el inicio de la pandemia ha habido expresiones estigmatizantes y actos discriminatorios sobre las personas con la infección por el virus, o que se encuentran en mayor riesgo de adquirirla.

Después de cuatro décadas de los primeros registros de casos de sida, podría pensarse que el estigma debiera ser un problema resuelto; pero, no es así, aunque se ha avanzado sustancialmente en otras esferas, por ejemplo, en el desarrollo de medicamentos antirretrovirales para el control de VIH, el control de infecciones oportunistas y comorbilidades, así como en las estrategias y tecnologías para la prevención. En la actualización correspondiente a 2024 sobre el estado de la pandemia, publicada por el



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), se señala que ha sido lenta la reducción de la estigmatización, la discriminación y las desigualdades sociales y la violencia, lo cual —se afirma— dificulta que las personas se mantengan libres del VIH y protejan su salud (ONUSIDA 2024: 12). Mientras que, en el *Boletín del Día Mundial del sida 2023*, publicado por el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida del Gobierno de México (CENSIDA), también se afirma que el estigma y la discriminación asociados al VIH son una barrera para el acceso a la atención, aunque en el documento mismo no se profundiza sobre el tema.

Es innegable la repercusión del estigma y la discriminación en la prevención, diagnóstico y atención del VIH y, con ello, en las dificultades para el control y reducción de la pandemia —aunque tal repercusión rebasa y con mucho el ámbito de la salud—; no obstante, hay serias dificultades para conocer cuál es su alcance en México, de qué forma se manifiestan, cuáles son las diferencias que pueden presentarse en los diversos subsistemas de salud, en las distintas localidades y ámbitos sociales, etcétera. Entre otras razones, porque se carece de un monitoreo sistemático, bien por parte de los organismos gubernamentales (CENSIDA, Secretaría de salud del Gobierno de México, secretarías de salud de las entidades federativas y de la Ciudad de México), de los organismos especializados en la defensa de los derechos humanos (Consejo Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, CONAPRED, o la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, CNDH, y los correspondientes en cada uno de los estados), de las instituciones educativas y de investigación académica, o de las organizaciones de la sociedad civil involucradas en el tema.

De modo que, si bien se reconoce su importancia, después de tantos años de pandemia y ante la aparente tranquilidad que ha proporcionado el acceso a tratamientos efectivos y estrategias igualmente efectivas para la prevención de la infección, podría parecer que en México la importancia del estigma y la discriminación es más bien discursiva.¹ A lo anterior se suma el hecho de que las acciones encaminadas a su erradicación, además de poco articuladas, han adoptado como causas explicaciones que pueden ser insuficientes para comprender el fenómeno del estigma y de la discriminación. Por ejemplo, en el boletín ya citado de CENSIDA se dice que “muchas personas que viven con VIH son etiquetadas

¹ En la página institucional del CENSIDA (www.gob.mx/censida/es) no se encuentra ningún informe dedicado al estado del estigma y la discriminación asociados al VIH, de hecho, tampoco se encuentran informes sobre las acciones del organismo en el cumplimiento de sus funciones.



y discriminadas debido a la falta de conocimiento sobre la transmisión y el manejo de la infección” (CENSIDA 2023: 1).

No cabe duda de que la falta de conocimiento es un factor importante en la producción del estigma y de la discriminación, y, como también se ha señalado reiteradamente, los prejuicios se suman a dicha carencia; pero, como se mostrará más adelante, tales afirmaciones podrían no ser suficientes. Así que, no es ocioso explorar otras posibilidades explicativas que inquieren sobre factores adicionales en la construcción del estigma y la discriminación, así como los mecanismos que les nutren y mantienen como expresiones vigentes en nuestras sociedades.

Más allá de presentar un recorrido histórico descriptivo de las formas que han adoptado la estigmatización y la discriminación relacionadas con el sida en nuestro país, conviene avanzar en tratar de identificar tales fenómenos en su relación con la manera en que la sociedad mexicana se ha configurado. Por lo que, las páginas siguientes tienen el propósito de analizar, desde una perspectiva histórica, los fenómenos del estigma y la discriminación asociados al VIH y el sida como elementos de constitución compleja que forman parte de una economía organizativa y estructurante de un conglomerado social, más que como productos culturales residuales, es decir, resultado de factores como la falta de información, los estereotipos y prejuicios, o los sentimientos de temor y rechazo ante grupos poblacionales determinados en asociación con la enfermedad.

UN PUNTO DE PARTIDA

Existe consenso sobre el hecho de que el estigma y la discriminación asociados al VIH, aunque distintos, forman un binomio que expresa la posición de ciertos grupos poblacionales con relación a las personas que padecen la infección o que se encuentran en mayor riesgo de contraerla. Mientras la estigmatización es el proceso por el cual se define socialmente en términos negativos a una persona o grupo de personas, asignándoles como rasgos identitarios sus propias características físicas (incluyendo posibles condiciones de salud) o morales, la discriminación es el conjunto de acciones u omisiones basadas en el estigma que atentan contra la dignidad humana, anulan o



menoscaban los derechos y libertades de las personas (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos art. 1º).

Distintos puntos de vista han contribuido a la conceptualización de ambos fenómenos de una manera más amplia, por ejemplo, Bazurto Barragán define la estigmatización como un proceso por el cual los individuos autoasumidos como “normales” cuentan con argumentos, opiniones y motivos suficientes para desacreditar, señalar y criticar de manera negativa a otros individuos (Bazurto 2014: 167). En trabajos previos al suyo ya se había asumido la premisa que establece una relación entre el proceso de estigmatización y las relaciones de poder en la sociedad –el mismo Bazurto adopta esta idea–, pues se afirmaba que se trataba de “un proceso social relacionado con cuestiones de poder y control social a través de instancias políticas, económicas, sociales y culturales que se encargan de producir, reproducir y mantener la inequidad social”. (Infante *et al.* 2006: 142).

A pesar de que en las conceptualizaciones previas puede ya advertirse la complejidad del fenómeno del estigma, en el momento de proponer alternativas para atenderlo, éstas se han enfocado básicamente en la necesidad de incrementar la información y conocimiento sobre la infección y, en el mejor de los casos, sobre lo que actualmente se denomina diversidad sexual. Al respecto, puede citarse lo que al respecto dice el boletín de CENSIDA antes mencionado: “con una mayor conciencia y educación, se puede trabajar para eliminar éstos [el estigma y la discriminación] y promover la inclusión y el respeto hacia las personas afectadas” (CENSIDA 2023: 1).

En el mismo sentido, al afirmar que son múltiples los factores que intervienen en el estigma, Bazurto se limita a referir aquellos asociados a la forma en que se entiende la infección por VIH, dice que están incluidos: “el desconocimiento de la enfermedad, los conceptos erróneos sobre cómo se transmite el VIH, la falta de acceso al tratamiento, las noticias irresponsables sobre la epidemia por parte de los medios de comunicación, la imposibilidad de curar el sida, los prejuicios y temores relacionados con diversas cuestiones socialmente delicadas (la sexualidad, la enfermedad, la muerte, el consumo de drogas)” (Bazurto 2014: 170).

Sin negar la relevancia de todos esos factores, ni de la necesidad de atender las falencias que implican, parecen ser insuficientes para entender el estigma. Especialmente si comparamos el caso con otras enfermedades: los mismos factores aplicados a la diabetes de ningún modo



derivan en el estigma sobre las personas que la padecen. De igual forma, sería difícil sostener que nuestra ignorancia sobre las vías de transmisión del VIH o sobre la forma en que actúan los inhibidores de la transcriptasa reversa puede producir una imagen estigmatizante sobre las personas con el virus.

Claro que, además de la falta de conocimiento, en la construcción del estigma se han considerado otros elementos que también se insertan en el terreno de lo cultural: los valores socialmente compartidos, las creencias, los temores, los prejuicios, así como la percepción del “otro” y la construcción de la identidad propia a partir de la elaboración de estereotipos. Lo anterior se comprende mejor si se acepta que la manera en que observamos nuestra realidad social, en este caso con relación a la pandemia del VIH, está determinada por un entramado compartido por el conjunto social de significaciones y patrones previos al fenómeno del sida (Rangel 2005). Por ejemplo, inicialmente, uno de los motivos por los que se estigmatizó a las personas con VIH fue la vinculación que, erróneamente, se estableció entre el padecimiento y las prácticas homosexuales, en este caso, más que el vínculo por sí mismo, fueron las significaciones previamente asignadas a la homosexualidad y el rechazo social hacia homosexuales los que generaron una imagen estigmatizante y la discriminación hacia las personas afectadas.

En 2003, Mabel Grimberg ya advertía que al enfatizar la construcción cultural del estigma y la discriminación relacionadas con el VIH y el sida, se independizaban “estos fenómenos de las condiciones estructurales y los conceptos de desigualdad y poder” (Grimberg 2003: 12). En otras palabras, para comprender el estigma es preciso atender las características culturales de una sociedad determinada, pero no aisladas de sus propias estructuras sociales y de poder. La idea de un vínculo entre el estigma y las relaciones de poder ya ha sido mencionada líneas arriba, y también ha sido expresada en diversos escritos sobre el tema (Campillay 2019: 96; Passerino 2013: 222), sin embargo, trasladarla al análisis concreto no ha sido sencillo. Aún se precisa situar las conexiones entre el ámbito cultural y las condiciones estructurales bajo las cuales operan la sociedad y la economía, para ello, es posible preguntarnos si el estigma y la discriminación asociados al VIH, además de poder ser observados como el resultado de determinados procesos, también tienen una función específica dentro de los sistemas sociales, económicos y políticos donde se presentan.



VIEJOS TÉRMINOS, NUEVAS REALIDADES

Nuestro lenguaje tiene un carácter dinámico, se renueva constantemente. No sólo ocurre con la aparición de neologismos, también cuando vocablos previamente existentes adquieren nuevos significados o cuando, teniendo el mismo significado, son provistos de contenido. Eso ocurrió con los términos estigma y discriminación. Es posible hurgar en su etimología y encontrar la antigüedad de su uso; no obstante, la llegada del sida implicó la necesidad de su uso para designar una realidad que emergía en las sociedades. Aunque no fue de modo inmediato.

A la distancia nos resulta evidente que, cuando se empezó a comunicar sobre el sida en los medios de comunicación, se emplearon términos estigmatizantes que depositaban en quienes lo padecían una carga negativa, pero en esos momentos –inicios de los años ochenta– no era tan claro, al menos, la emergencia del fenómeno no era percibida de manera general. Lo mismo ocurría con la discriminación. Si bien se producían acciones de rechazo y exclusión, por ejemplo, la negativa de los servicios de salud, el despido laboral, la negativa para alimentar o asear a las personas con sida dentro de los mismos centros hospitalarios, o, incluso, el abandono familiar, estos no se asumían como actos discriminatorios. Tales acciones podían ser consideradas como “injustas” o “de maltrato”, pero, pasar de eso la noción de que implicaban una restricción de los derechos de las personas con VIH o con sida es algo que no se produjo de inmediato.

En el caso del estigma, por ejemplo, la revista *Amigos*, publicada entre 1990 y 1993 por la organización Amigos contra el sida, A.C., muy escasas ocasiones incluyó el término entre sus artículos. La primera ocasión que en ella se hizo referencia indirecta a la discriminación fue en un apartado que reproducía las opiniones de Francisco Galván Díaz, académico y activista desde los años ochenta. En la sección titulada “Consultorio”, correspondiente al número de primavera de 1991, el doctor Galván afirmaba que en México seguía faltando “la gran campaña que maneje con claridad y de modo directo mensajes preventivos y desestigmatizadores” sobre el sida (Amigos 1991: 26). No resulta extraño, pues el personaje en cuestión, formado como doctor en ciencias sociales y dirigente del Grupo de Investigación Social sobre Sida y Defensa de Derechos Humanos, A.C. (GIS-SIDA), también había coordinado el primer libro dedicado al sida desde un enfoque social en México (*El sida en México. Los efectos sociales*, 1988).



En esta publicación, la de 1988, destaca un capítulo escrito por Max Mejía, antropólogo social, integrante de organizaciones y que, con una clara formación política socialista, en los setenta buscaba la liberación homosexual, dicho capítulo se titulaba “Sida: historias extraordinarias del siglo XX”. Detenerse en este texto reditúa porque no es desde los centros académicos, ni desde la esfera gubernamental, sino desde el activismo de donde surge y ofrece un recorrido histórico sobre los acontecimientos relacionados con el sida. Empieza con referencias a las teorías sobre el surgimiento de la pandemia, y luego, pasa revista a la manera en que las noticias cobraron espacio a nivel internacional, regalándonos con ello una visión global del sida, quizá más global que cualquiera que pudiera escribirse en Estados Unidos en esa época.

Pasa después a lo que él denomina “Historia nacional del sida en México”, aquí el recuento es detallado. Incluye un registro de notas periodísticas aparecidas por año, la perspectiva médica, las acciones gubernamentales e, incluso, datos sobre la epidemiología en México y Estados Unidos. Relata episodios ocurridos en uno u otro sitio del país, entre las numerosas propuestas estaban las que buscaban encerrar a los homosexuales en cavernas para contener la enfermedad; crear un censo clínico de “portadores del virus”; establecer medidas de higiene en los centros de reunión gay o “someter a estudios médicos a homosexuales”. También señalaba la insistencia en “los grupos de riesgo”, las declaraciones del entonces secretario de Salud, Guillermo Soberón Acevedo, de que en México el sida no era motivo de alarma, pues ya se había establecido un control de diagnóstico mediante redadas homosexuales en Ciudad Juárez, las medidas gubernamentales como la constitución del CONASIDA (Comité Nacional de Prevención del Sida, creado en 1986, posteriormente cambió su nombre por Consejo Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida) y de organismos para el seguimiento epidemiológico y para la elaboración de material educativo para el personal médico.

En el recuento, Mejía incluyó una nota periodística del 11 de junio de 1987, en la que se hacía referencia a una reunión donde se encontraban Guillermo Soberón, Jonathan Mann, Jesús Kumate y Jaime Sepúlveda Amor, el cuarteto criticaba la desinformación, “que ha servido para desencadenar sentimientos que se habían mantenido ocultos en la sociedad contra los grupos de alto riesgo, quienes son acosados como un *estigma social*”, sin embargo los participantes terminaban con el “reforzamiento de lo mismo: [decían que] la única forma de proteger a la población de la enfermedad, que es mortal, es la adecuada educación sexual, retomar los valores morales, no tener más que una sola pareja y evitar la promiscuidad” (Mejía 1988: 54).



Los expertos podían identificar que el estigma era el resultado de combinar “sentimientos ocultos” en la sociedad (y que claramente eran de rechazo hacia los grupos donde se concentraba la pandemia) con la desinformación en los medios de comunicación. No obstante, eran incapaces de entender que sus propias soluciones también contribuían a la estigmatización de quienes vivían con VIH o que podían adquirirlo, pues partían de la idea de que la infección se producía en las personas porque sus “valores morales” eran incorrectos (o carecían de ellos) y una expresión de ello era lo que denominaban “promiscuidad”. Ésta, finalmente calificaba en términos negativos y prejuiciados la conducta sexual de los afectados por el sida. Lo anterior no pasó inadvertido para Mejía.

Aún sin emplear los términos, Max Mejía había unido meticulosamente y con una visión clara el rompecabezas compuesto por las acciones estigmatizantes y discriminatorias que se habían presentado, particularmente en México, desde el inicio de la pandemia (1983) hasta, incluso, 1987. Sólo habían transcurrido cuatro años desde los primeros casos, pero el inventario dejaba ver que se trataba de fenómenos ampliamente extendidos, profundamente anclados en la sociedad y que al menor estímulo brotaban en multitud de expresiones y acciones. Pero, Mejía no fue el único.

En el mismo libro coordinado por Galván (1988), otros autores también emplean explícita y muy brevemente al término estigma: Miguel Ángel González Block, Francisco A. Gómez Jara, Carlos Monsiváis, Lourdes Cárdenas, Rosamaría Roffiel, Esperanza Palma y Estela Serret, José Ma. Covarrubias, Lilia Pérez Franco, Irma Juárez González y Carlos Bravo. Mientras que, el término discriminación aparece sólo doce ocasiones entre las más de cuatrocientas páginas que componen la obra. Lo que ocurre con ese libro, y con otras voces desde el activismo, la academia y algunos integrantes de instituciones gubernamentales es que se estaba proveyendo de contenido a los términos, en esos primeros años se estaba construyendo una perspectiva sobre la pandemia que evidenciaba los desequilibrios sociales y la desigualdad.

A lo largo de cuatro décadas, el inventario de expresiones estigmatizantes y de discriminaciones asociadas al VIH es extenso. Al recuento realizado por Max Mejía siguieron muchos más y en diferentes medios. Por su mayor difusión, los de Carlos Monsiváis son más conocidos (Monsiváis 2020), aunque haya otros de mayor profundidad. Este último es el caso del documento preparado por Silvia Panebianco en 2003, para el proyecto de CENSIDA “Reducción del estigma y la discriminación asociados al VIH-sida en México”, se



trata de un extenso manuscrito titulado “El sida, nudo de estigmas: una revisión histórica de la discriminación relacionada con el VIH-sida en México”: Ahí, afirmaba que “los primeros actos discriminatorios fueron tremendamente agresivos y brutales. Enfermos abandonados muriendo en las banquetas al ser rechazados por las instituciones de salud y también por sus familiares; epidemiólogos quemando viviendas; vecinos apedreando casas; obstetras quitando recién nacidos a sus madres con sida” (Panebianco 2003: 2).

Como ya se había empezado a identificar, el estigma y la discriminación se construían con base una forma de significar el mundo, la sociedad y los vínculos que entre sus integrantes tejían. Los “sentimientos ocultos” a los que se refería Soberón, podrían sumarse los valores basados en una moral religiosa, aquellos asociados a lo que hoy se denomina el heteropatriarcado y que durante mucho tiempo simplemente se identificó como machismo e, incluso, valores sustentados en nociones científicas que desde el siglo XIX propugnaban la existencia de un orden natural.

Se trataba de cuestiones de orden cultural, efectivamente, de profunda raíz en el país. En los primeros años de la pandemia, tanto como en la actualidad, los estereotipos y los argumentos en que descansaba el estigma y la discriminación no obedecían a un sistema racional y coherente. La imagen negativizada y el rechazo al “otro”, el “enfermo de sida” o quien podía “contagiarse” debido a sus conductas –homosexuales, bisexuales, personas tachadas como “prostitutas” y quienes eran tildadas como “drogadictas” –, podía invocar un orden divino, con pecado y castigos incluidos, la idea de que las conductas desviadas de lo natural conducían a la enfermedad, la convicción de que el sida le ocurría a quienes no eran capaces de aceptar que en la sociedad había hombres y mujeres y cada cual tenía su lugar, o una mixtura de todos esos elementos.

LOS “BENEFICIOS” DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

No hay duda de que los fenómenos de estigma y discriminación asociados al VIH y al sida deben considerarse como un saldo negativo para las personas y las sociedades en que se presentan, pese a lo cual, valdría la pena preguntar ¿por qué en la sociedad podrían mantenerse en el tiempo y extensión las prácticas estigmatizantes y discriminatorias si éstas no le reportan alguna utilidad? ¿si no tienen una función, cuál sentido tienen? Acá es donde



parece ser insuficiente asumirlas sólo como un producto residual de las particularidades culturales de una sociedad determinada (los conocimientos, prejuicios, valores o creencias, por ejemplo).

Hace más de dos décadas, Évelyne Micollier, si bien consideraba que el estigma asociado al VIH podía transformarse mediante la información y la educación, ya apuntaba hacia una posible respuesta: “los procesos de estigmatización parecen tener una función social más general: movilizar la adhesión a las normas sociales de los actores que no cuentan con el apoyo de la sociedad” (Micollier 2003: 55). En tal caso, se trataría de una movilización violenta, pues dichos procesos tendrían un papel coercitivo. Esto se entiende mejor si consideramos que las expresiones culturales dentro de una sociedad determinada (el estigma y las prácticas discriminatorias lo son) establecen diferencias identitarias, y que éstas pueden asociarse a la conformación de diversos grupos sociales dentro del mismo conjunto, cuya organización suele estar jerarquizada. Un ejemplo es la forma en que el racismo ha marcado una diferenciación entre la población “mestiza” y “blanca” en México, con relación a las poblaciones indígenas y afrodescendientes.

Al respecto, Dolores Comas D’Argemir refiere que “la heterogeneidad interna de las culturas se muestra tanto en el sistema de estratificación social que fragmenta a la población en distintos grupos y clases como en las formas de poder y los mecanismos de dominación” (Comas D’Argemir 1998:110). La misma autora nos advierte de que la desigualdad existente al interior de las sociedades, tanto económica como de dominio político, no puede “entenderse en términos sólo simbólicos e identitarios, sino considerando el conjunto social en su globalidad y en su dinámica histórica (Comas D’Argemir 1998: 110).

Así, el estigma y la discriminación relacionados con el VIH y al sida, con todos los significados que socialmente se han asignado a la enfermedad y a quienes la padecen, no podrían asumirse como la razón primaria y/o exclusiva de la marginalidad a la que han sido sujetas las personas mayormente afectadas por el VIH. En la fórmula debieran enfatizarse, en principio, las relaciones de poder que históricamente se constituyeron en nuestra sociedad, “porque del poder derivan las formas de desigualdad y dominación y el poder determina qué signos y símbolos son dominantes” (Comas D’Argemir 1998: 110).

Nos acercamos entonces, a la idea de que el estigma y la discriminación tienen la función de marcar y reforzar las diferencias sociales y de dominación, es decir, se convierten en



mecanismos de control social. Tales mecanismos están encauzados a la preservación de un orden armonizado con un sistema económico afianzado por un liberalismo —neoliberalismo en su versión de fin de siglo XX—, “que brinda libertad de acción para los económicamente pudientes” (Valencia 2016: 40). Es cierto que cuando se producen expresiones estigmatizantes y actos discriminatorios, las personas que los ejecutan no tienen en mente el favorecer a un grupo social pudiente, económica o políticamente hablando, lo cual no obsta para que el resultado sea la reafirmación de un orden social que sí tiene beneficiarios.

La promoción y defensa de un modelo tradicional de familia, por ejemplo, favorece el ideal de una sociedad en la que los sentimientos afectivos, la tradición, los valores, etc., definen el lugar que cada quien debe tener en el espacio doméstico y público; pero, ese mismo ideal también tiende nexos con una organización económica determinada. En ese modelo tradicional existen figuras fundamentales: un padre proveedor y “jefe” de familia, así como una madre cuya responsabilidad radica en el cuidado de los hijos y la administración del “hogar”, “ama de casa”.

En ese escenario, se naturaliza el que la mujer se convierta en una trabajadora sin remuneración, permitiendo que la familia en conjunto, y particularmente los varones, se apropien del trabajo de las mujeres. Pero, de modo más amplio, la producción económica en la sociedad también resulta beneficiada, pues, al hacer que la economía doméstica se sostenga en buena medida en el trabajo “gratuito” de las mujeres, “libera” a los hombres —obreros, campesinos, burócratas, en fin, quienes no son propietarios de los medios de producción— para su ingreso en un mercado, donde la oferta de mano de obra permite administrar el costo salarial en beneficio de ciertos grupos. Lo anterior aplica, aunque el ideal no se cumpla y la mujer deba salir a trabajar, ya que, además de su actividad productiva remunerada —regularmente por debajo del pago para el trabajo masculino—, debido a la carga cultural, también debe hacerse cargo de la administración del hogar.

Bajo ese esquema, las personas que no se alinean a dicho ideal se convierten en transgresoras del sistema. Evidenciar y castigar (con el estigma y la discriminación) la “disidencia” de homosexuales, bisexuales, “prostitutas” y “drogadictos” (y en la actualidad, personas transexuales, transgénero, queer, etc.), refuerzan la idea de orden que debe mantenerse. El resultado es la exclusión social o marginalización de las personas o grupos que no se ajustan al modelo normativo hegemónico y puede acompañarse de argumentos de diversos tipos.



Por una parte, están los de tipo religioso, en México están básicamente vinculados con las doctrinas católica y protestantes; tales argumentos aluden a un orden divino revelado a través de los textos bíblicos. Condenan la homosexualidad y afirman la sujeción de la mujer al hombre, asumen que una estructura social jerarquizada también es voluntad divina y por tanto debe acatarse. En México, el peso de este tipo de argumentos debe matizarse con relación a lo que ocurre en otros países, debido a la existencia de una larga tradición de esfuerzos por el establecimiento de un Estado laico y, por tanto, una educación de este tipo. Aun así, el impacto es importante debido al amplísimo sector poblacional que se declara creyente, al crecimiento de las iglesias protestantes y a la visibilidad que los medios de comunicación proveen a jerarcas religiosos.

Por otra parte, los argumentos heteropatriarcales descansan en la premisa de que hombres y mujeres no pueden ser iguales, además de que entre ambos debe regir una relación de subordinación: las labores domésticas son cosas de mujeres, determinadas prendas o colores sólo deben ser usadas por mujeres, ciertos rasgos en el comportamiento también se asumen como exclusivos de las mujeres, todos ellos son ejemplos. Estos argumentos se emplean sin necesidad de apelar a cuestiones religiosas, aunque pueden reforzarse con éstas. Bajo este tipo de argumentos, el rechazo a expresiones e identidades sexoafectivas no normativas –homosexuales, en el inicio de la pandemia– se fundamenta en la percepción de que son individuos que con sus conductas ponen en riesgo el estatus y privilegios sociales de las masculinidades dominantes (Cruz 2011). Lo anterior alimenta la homo, bi y transfobia; al respecto, el activista Arturo Díaz Betancourt solía afirmar: “la homofobia es el perro guardián del machismo” (Mgmurcia 2011).

En tercer lugar, pueden citarse los argumentos basados en referencias a conocimientos científicos (aunque estos no sean vigentes y hayan sido seleccionados sesgadamente). El establecimiento, expansión y consolidación de un sistema capitalista de vocación global ocurrió durante el siglo XIX, y uno de sus pilares fue el impulso de una perspectiva científica como forma válida para el conocimiento sobre el mundo, sus fenómenos y procesos. Los postulados científicos se popularizaron como resultado de las estrategias políticas de control impuestas sobre las sociedades, en México con mayor intensidad en el siglo XX, aunque iniciadas también en el XIX. Lo anterior ha ofrecido argumentos, actualmente desestimados por las mismas ciencias, como aquellos que, desde la psiquiatría y la medicina, patologizaron la homosexualidad. Otro ejemplo de este tipo de argumentos son los que refieren la falsa dicotomía natural/social, según los cuales, la naturaleza impone un orden que lo social



no debe transgredir y que en ocasiones se expresan invocando la genética y la “clara” diferenciación cromosómica entre hombres y mujeres.

En suma, los actos estigmatizantes y discriminatorios a pesar de que no se realicen conscientemente con el propósito de consolidar un modelo de organización social, lo hacen. Y ello no implica que al estigmatizar o discriminar a alguien o a algún grupo social, quien lo realiza esté esperando un beneficio particular, aunque puede existir una retribución simbólica al reafirmar su identidad y su pertenencia al conglomerado socialmente validado como aceptable, o “normal”. Lo que sí ocurre es que, el estigma y la discriminación asociados al VIH reportan beneficios en la medida que estructuran una sociedad que permite y favorece la desigualdad y la concentración de poder político y económico.

Lo anterior permite entender la existencia y actuación, coordinada y militante, de grupos sociales de diversa conformación que, antes y ahora, han impulsado, patrocinado y ejecutado medidas que han favorecido la preservación del estigma y la discriminación en la sociedad, o que, de hecho, han sido estigmatizantes y discriminatorias. Aquí también puede preguntarse ¿cómo explicar la existencia de estos grupos si no obtuvieran una utilidad? Se trata de grupos denominados “conservadores” y que se componen por élites religiosas (católicas y protestantes), junto con sus organizaciones de base (conformadas en buena medida por laicos y seguidores); élites económicas y actores políticos.

Un análisis detallado de esos grupos rebasa el propósito y alcance de este texto, sin embargo, pueden apuntarse aquellos elementos sustanciales para aproximarnos a la comprensión de su papel en el estigma y la discriminación. En primer lugar, debe señalarse la necesidad de observarlos de manera conjunta, pues, en cuanto a la estigmatización relacionada con el VIH, existe una imbricación afianzada de sus acciones debido a la confluencia de intereses. En segundo término, la identificación de un beneficio directo o tangible puede no ser sencilla, debido a que la capacidad de estos grupos conservadores de imponer sus agendas en la vida pública, lo que genera es la posibilidad de mantener o crear condiciones determinadas para la conservación de un modelo social y económico específico.

Al hablar del estigma y la discriminación asociados al VIH, ha sido frecuente señalar a la Iglesia católica y sus representantes como claros promotores de una visión sobre la sexualidad y las relaciones afectivas que limita y excluye la diversidad de sus expresiones, lo que ha repercutido en la estigmatización de las poblaciones mayormente afectadas por la



pandemia de VIH. Pero sería un error asumir que esta iglesia actúa de modo monolítico. Al interior han operado diferencias sustanciales entre los distintos grupos que la conforman. A partir de los años sesenta del siglo pasado, el avance de la Teología de la Liberación mostraba la convicción de ciertos grupos religiosos sobre la necesidad de un trabajo pastoral más cercano a las necesidades sociales y las causas de la desigualdad;² frente a esta corriente, también se reforzó otro grupo que paulatinamente, apoyado por las altas esferas de la jerarquía eclesiástica católica en México y el Vaticano, tejió vínculos con grupos empresariales mexicanos y grupos de poder político (en los distintos gobiernos y partidos políticos) para promover políticas conservadoras.

En la década de los setenta se produjo una articulación de obispos, el clero y organismos laicos con enfoques conservadores que redujeron la capacidad de acción, también dentro de la Iglesia católica, de los grupos renovadores (Muro 1991). El avance de aquel enfoque se hizo evidente con una mayor presencia en la esfera pública, al grado de lograr, varios años más tarde, modificaciones constitucionales para el reconocimiento de la personalidad jurídica de las iglesias y el establecimiento de las relaciones diplomáticas con el Vaticano. Estos logros ocurrieron mientras iniciaba y avanzaba la pandemia de VIH en el país.

Del carácter conservador y estigmatizante de la jerarquía católica en los inicios de la pandemia, han quedado como botón de muestra las declaraciones sobre el sida por parte del delegado apostólico del Vaticano, Girolamo Prigione: “la naturaleza toma venganza y esto es la prueba evidente, no se puede justificar el vicio, y el homosexualismo es uno de los vicios más grandes que sanciona la Iglesia” (Mejía 1988: 30). Es bien conocida la oposición que la jerarquía eclesiástica mostró en los años siguientes frente a la promoción de medidas preventivas para el VIH (como el uso del condón) y, en general, a las expresiones de una sexualidad no normativa. Uno de los más conocidos exponentes de los discursos estigmatizantes y excluyentes ha sido el exarzobispo Norberto Rivera Carrera (Salgado 2016). La posición conservadora y excluyente de la Iglesia católica no sólo ha estado presente en los espacios de poder político, quizá de modo más relevante, también ha estado presente en las iglesias formando la opinión de los feligreses.

Pero, debe observarse que el conservadurismo eclesiástico no ha actuado de modo aislado.

² Una revisión minuciosa sobre las organizaciones eclesiásticas que protagonizaron el avance de esta perspectiva social en México puede consultarse en: Muro 1991: 86.



Sus acciones han sido apoyadas muchas ocasiones por grupos de empresarios,³ quienes han patrocinado sus acciones y colaborado para tender puentes con actores políticos, igualmente conservadores. Una figura emblemática de esa conexión entre Iglesia, empresarios y políticos con una visión conservadora fue el obispo de Ecatepec, Onésimo Cepeda. Destaca también la labor de organizaciones vinculadas con la jerarquía conservadora de la Iglesia católica y con actores políticos igualmente conservadores (Hurtado 2017), por ejemplo, el Frente Nacional por la Familia o El Yunque, claros opositores a los derechos de las mujeres y de las comunidades LGBTIQ+ (lesbianas, gays, bisexuales, trans, intersexuales, queer). Es importante notar que, si bien es clara la asociación de sectores panistas con organizaciones conservadoras y con jerarcas católicos,⁴ los aliados políticos también pueden encontrarse en otros partidos; para ilustrar, debe recordarse que después de 2008 los congresos locales, con mayoría de diputados del Partido Revolucionario Institucional, se encargaron de modificar las constituciones de los estados para “proteger la vida desde el momento de la concepción”, oponiendo con ello una barrera a la legalización del aborto.⁵

Lo anterior también ha quedado claro, con las dificultades que se han presentado en el país para la legalización de los matrimonios igualitarios. Durante el gobierno de Andrés Manuel López Obrador en la Ciudad de México, los promotores de la legalización se encontraron con falta de voluntad política. De igual modo, para 2016, aun cuando el entonces presidente, Enrique Peña Nieto, había propuesto cambios en la legislación para el reconocimiento de esos matrimonios a nivel nacional, el Congreso cerró la puerta (AFP 2016).

Al panorama antes descrito habría que agregar el papel de los medios de comunicación. Algunos con mayor capacidad de mercado, como las televisoras o grandes grupos radiofónicos, frecuentemente han hecho de sus espacios de comunicación un potente medio para la difusión de modelos conservadores de interrelación social. Desde la utilización de la imagen de las mujeres como objeto sexualizado, hasta la difusión de programas que refuerzan el paradigma de familia tradicional, pasando incluso por el uso mercadotécnico de

³ Por ejemplo, a través de la Confederación Patronal de la República Mexicana (Coparmex) y la Confederación de Cámaras Nacionales de Comercio (Concanaco), Hurtado Razo 2017: 108.

⁴ Durante el primer gobierno presidencial en manos del Partido Acción Nacional, con Vicente Fox a la cabeza, su secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos había mostrado su oposición a mantener una campaña para promover el uso del condón (Robles 2007).

⁵ Una relación de los estados del país que, como reacción ante la legalización del aborto en la Ciudad de México en 2008, habían hecho reformas en sus constituciones para “proteger la vida desde la concepción”, puede consultarse en: Grupo de Información en Reproducción Elegida, (GIRE 2018).



las creencias y sentimientos religiosos. Acá, la presencia de personajes no heterosexuales muchas veces es a través de estereotipos que participan de una espectacularización de la diversidad sexoafectiva útil solamente para incrementar el rating.

Sería difícil pensar que la actuación de las personas que integran los grupos conservadores y quienes colaboran en los medios de comunicación no actúan también por una convicción personal; pero, la inversión de tiempo y recursos en la promoción de sus ideas y en la intervención en la vida pública, especialmente mediante acciones coordinadas, también conducen a suponer que su actuar obedece a la convicción de que es posible obtener un beneficio. Valorar dicho beneficio no es tarea sencilla, aunque puede sugerirse que radica en la posibilidad de conservar una estructura social determinada y cierta concentración de poder político y económico.

PARA CONCLUIR: EL ESTIGMA, LA DISCRIMINACIÓN Y EL ESTADO

El estigma concentrado sobre las personas con VIH o con sida, es la expresión de un marcado rechazo social sobre determinados grupos poblacionales que, con el ejercicio de su sexualidad, parecen desistir de una norma impuesta sobre el ser social. El rechazo no es novedoso, en todo caso la aparición del sida catalizó su manifestación. Ese estigma, desde sus primeras muestras, se convirtió en una catalogación que legitimaba la exclusión que cobró forma en múltiples actos de discriminación.

En un afán por hacer inteligible el fenómeno de la discriminación, Silvia Panebianco, (2003: 12-13), catalogó sus diversas formas. Afirmaba que la discriminación podía producirse por: la legislación (detección obligatoria, presuntas medidas de precaución, elaboración de los certificados de defunción, etc.); por las autoridades (por ejemplo, violación a la confidencialidad); en las instituciones sanitarias (negación de atención médica o persecución epidemiológica); en el medio laboral (despido de personas con VIH); por parte de las compañías de seguros; por los medios de comunicación (distorsión informativa); por las instituciones educativas (expulsión de estudiantes con VIH); por las funeraria (negación de servicios o cobro de tarifas excesivas); discriminación en la comunidad y en la familia (expulsión del medio social, agresión física directa, abandono familiar, etc.). Pero también presentaba un panorama sobre la respuesta al estigma y la discriminación.



Si bien Panebianco hacía referencia a la forma en que la sociedad civil organizada había actuado frente aquellos fenómenos, se detenía con mayor énfasis en lo que podría denominarse la respuesta del Estado mexicano. El asunto no es menor. La crítica —expresada en las primeras páginas de este capítulo— a la noción de que el estigma y la discriminación pueden erradicarse haciendo que las personas estén más informadas, desarrollando programas educativos y buscando cambios culturales descansa, como se ha tratado de mostrar líneas arriba, en la premisa de que el estigma y la discriminación son fenómenos ligados a condiciones estructurales, tanto sociales como económicas. En este sentido, y desde una perspectiva histórica, la educación y la información no parecen ser los factores fundamentales para la erradicación de los fenómenos mencionados, como tampoco la falta de información y las carencias educativas constituyen su causa primaria (aunque no puede negarse su gran relevancia en ambos casos).

Un cambio en las estructuras que determinan la desigualdad económica y social implicaría una transformación revolucionaria de las sociedades, lo que parece ser una vía difícil de transitar. Por lo que, algo que en términos prácticos ha mostrado tener algún impacto efectivo para reducir las expresiones estigmatizantes y discriminatorias, es el fortalecimiento de un Estado con capacidad de aminorar los efectos negativos de la desigualdad. Eso pasa por la necesidad de un Estado mexicano que impulse políticas sociales, que incorpore y promueva la defensa de los derechos humanos, así como una perspectiva de género e inclusiva, y cuyo carácter laico se ratifique.

El texto de Silvia Panebianco muestra que algunas de las acciones del Estado mexicano apuntaban, precisamente, a paliar o reducir los efectos de la desigualdad social. Tales acciones aún eran insuficientes —por ejemplo, no se había garantizado el acceso universal a tratamientos antirretrovirales—, además de que en muchas ocasiones también eran tardías y parciales. Señalaba las medidas establecidas entre 1986 y 1987 para el control de la sangre y hemoderivados (obligatoriedad para detección de VIH en donadores de sangre, prohibición de su comercialización y creación de centros estatales de transfusión sanguínea); la creación del CONASIDA; la expedición de normatividad específica (NOM-010-SSA2-1993, Norma para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, varias veces modificada) y la introducción del principio de no discriminación en el artículo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.



Advertía que a la política antidiscriminatoria gubernamental lo más importante que le faltaba era “voluntad política y liderazgo fuerte”, y agregaba “el Estado sólo ha dado respuesta cuando ha existido presión política o legal” —esta última, derivada de las demandas presentadas por violaciones a los derechos humanos, también señaladas por la autora—. De ningún modo puede decirse que Panebianco estuviera en contra de la difusión de información o de los programas educativos, pero, ponía el foco en otro lado. Concluía su texto: “la acción gubernamental no logrará cambios culturales que eliminen los estigmas asociados al VIH, ni la intolerancia, ni el racismo, ni la homofobia, pero sí podrá, con políticas públicas y legislación adecuada evitar que los hechos discriminatorios sucedan y que los daños se produzcan” (Panebianco 2003: 24-25). La visión que Silvia Panebianco presenta fue resultado de un conocimiento amplio que incluía su experiencia como defensora de los derechos humanos, una gran capacidad de análisis y compromiso social. Su texto no fue publicado y, por tanto, es prácticamente desconocido; pero traerlo a cuenta aquí tiene sentido porque puede enriquecer de modo sustancial el examen de un tema no resuelto.

En las páginas previas se ha buscado mostrar que el estigma y la discriminación son fenómenos complejos. Están estrechamente relacionados con factores culturales de largo arraigo —creencias, prejuicios, sentimientos de rechazo, desinformación— y, al mismo, tiempo pueden entenderse como expresiones culturales. Esto ha provocado que la mirada sobre ellos omita otras posibilidades para su comprensión. En ese sentido, la idea propuesta a lo largo del análisis es que dichos fenómenos puedan entenderse, también, como elementos sustanciales de un engranaje que contribuye a mantener un orden social y económico determinado. En ese orden, el estigma y la discriminación operan como mecanismos de coerción que buscan regular el comportamiento social.

Tienen un costo social muy elevado y la inversión para asegurar las condiciones que los preservan, también es muy grande, por lo que, bajo una lógica económica, se ha propuesto la idea de que existen grupos sociales que pueden beneficiarse del orden resultante. Queda abierto el desafío de ampliar el análisis para corroborar o sugerir una forma distinta de acercarse a estos fenómenos. Por último, es innegable la importancia de la sociedad civil organizada en la respuesta al estigma y la discriminación; no obstante, el alcance del presente estudio nos lleva a dejar abierta, también, la posibilidad de futuras investigaciones para ahondar en el examen de las interacciones entre ésta y quienes han impulsado en México una conformación conservadora de la sociedad.



REFERENCIAS

AFP,

2016, “Cruzada vs. Peña Nieto por propuesta de matrimonio igualitario”, *El Economista*, 9 de junio de 2016, URL: <https://www.eleconomista.com.mx/politica/Cruzada-vs.-Pena-Nieto-por-propuesta-de-matrimonio-igualitario-20160609-0146.html>

Amigos contra el sida

1991, “Consultorio” en *Amigos*, primavera 1991: 26-27.

Bazurto Barragán, Henry David

2014 “Reflexiones en torno a la erradicación del estigma y la discriminación en personas con VIH/sida”, *Temas antropológicos. Revista Científica de Investigaciones Regionales*, 36(2): 165-174.

Campillay Campillay, Maggie y Maribel Monárdez Monárdez

2019, “Estigma y discriminación en personas con VIH/sida, un desafío ético para los profesionales sanitarios”, *Revista de Bioética y Derecho Perspectivas Bioéticas*, (47): 93-107.

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA)

2023, *Boletín Día Mundial del sida 1 de diciembre 2023*, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida, México. URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/873833/BOLETIN_DAI_ESPECIAL_2023_30112023_1.pdf

Comas D’Argemir, Dolores

1998, “Economía, cultura y cambio social”, en Joan Prat y Ángel Martínez (eds.), *Ensayos de antropología cultural*, Ariel, Barcelona: 104-113.

Cruz Sierra, Salvado

2011, “La homofobia en los crímenes de odio y el homicidio masculino: expresión de poder, de la sexualidad y de género”, *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, (3): 38-54.

Galván Díaz, Francisco (coord.)

1988, *El sida en México. Los efectos sociales*, Ediciones de Cultura Popular – Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, México.

Grupo de Información en Reproducción Elegida (GIRE)

2018, *Constituciones que protegen la vida desde la concepción*, URL: <https://gire.org.mx/plataforma/constituciones-que-protegen-la-vida-desde-la-concepcion/>.



Grimberg, Maribel

2003, “Estigmatización y discriminación social relacionada al VIH en países de América Latina: sexualidad y uso de drogas en jóvenes en contextos de precarización social urbana” en *Estigma y discriminación por el VIH/sida: un enfoque antropológico. Actas de la mesa redonda celebrada el 29 de noviembre de 2002 en la sede de la UNESCO en París*, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, París: 11-22.

Hurtado Razo, Luis Ángel

2017, “Panismo y yunquismo: historia de una relación”, *El Cotidiano*, (206): 99-119.
URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=32553518010>.

Infante, César; Angel Zarco, Silvia Magali Cuadra, Ken Morrison, Marta Caballero, Mario Bronfman y Carlos Magis

2006, "El estigma asociado al VIH/sida: el caso de los prestadores de servicios de salud en México", *Salud Pública de México*, 48(2): 141-150.

Mejía, Max

1988, "Sida: historias extraordinarias del siglo XX", en Francisco Galván Díaz (coord.), *El sida en México. Los efectos sociales*, Ediciones de Cultura Popular – Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco, México: 17-59.

Mgmurcia,

2011, *Los costos del VIH/sida: estigma y discriminación* [conferencia dictada por Arturo Díaz Betancourt el 13 de noviembre de 2009], Youtube, URL: <https://www.youtube.com/watch?v=swpsMW0jACI&t=261s>.

Micollier, Évelyne

2003, “Fenómenos de estigmatización en una población china enfrentada al VIH/sida: hacia una colaboración entre las respuestas oficiales y la sociedad civil” en *Estigma y discriminación por el VIH/sida: un enfoque antropológico. Actas de la mesa redonda celebrada el 29 de noviembre de 2002 en la sede de la UNESCO en París*, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, París: 11-22.

Monsiváis, Carlos

2020, “De las maneras de prevenir y resistir la pandemia”, (incluido en el artículo de Carlos Henze, “In memoriam: Carlos Monsiváis y la lucha contra el sida”), *LaSalud.mx*, 28 de agosto de 2020, URL: <https://lasalud.mx/2020/08/28/in-memori-am-carlos-monsivais-y-la-lucha-contr-a-el-sida-2/>.

Muro, Víctor Gabriel

1991, "Iglesia y Sociedad en México, 1970-1990", *Relaciones Estudios de Historia y Sociedad*, XII(47): 83-97.

Panebianco Labbé, Silvia

2003, "El sida, nudo de estigmas: una revisión histórica de la discriminación relacionada con el VIH-sida en México", [Documento elaborado para la Reunión de Trabajo del proyecto "Reducción del estigma y la discriminación asociados al VIH-SIDA en México", organizado por el INSP, en coordinación con el Proyecto Políticas y el CENSIDA. Ciudad de México, 21-23 de agosto de 2002].

Passerino, Leila Martina

2013, "Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH", *Revista Ciencias de la Salud*, 11(2): 217-233.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA)

2024, *La urgencia del ahora: el sida frente a una encrucijada. ONUSIDA Actualización mundial sobre el sida 2024*, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, Ginebra.

Rangel Morales, Daniel

2005, "La construcción social del "otro". Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de sida", *Gazeta de Antropología*, (21): 1-14. URL: <http://hdl.handle.net/10481/7197> (consulta 23 de julio 2024).

Robles de la Rosa, Leticia

2007, "Obligarán a Salud a promover el condón", *Excelsior*, 22 de enero de 2007, Nacional: 15.

Salgado Borge, Antonio

2016, "Norberto Rivera, el incendiario" en *Sinembargo.mx*, 12 de agosto de 2016. URL: <https://www.sinembargo.mx/12-08-2016/3078992>.

Valencia, Sayak

2016, *Capitalismo gore. Control económico, violencia y narcopoder*, Paidós, México.



La criminalización del VIH en México, retos y avances para la construcción de un marco de derechos humanos⁶

Leonardo Bastida Aguilar

INTRODUCCIÓN

Michelle fue procesada legalmente por no revelar a un hombre que la coercionaba sexualmente que ella vivía con VIH. Como parte de esa coerción, el agresor la obligaba a tener relaciones sexuales sin condón. Sin embargo, cuando él se enteró de la situación serológica de Michelle, la denunció ante las autoridades correspondientes, siendo sancionada con dos años y medio de prisión por el delito de no revelar su condición de salud, además de que su nombre quedó inscrito en el registro nacional de delincuentes sexuales. Lo anterior fue posible debido a que las leyes de Canadá, país donde ella reside, sanciona a las personas con VIH que no revelen su estatus a sus parejas sexuales (Bielski 2024).

En el primer semestre de 2024 se presentaron dos iniciativas de ley para modificar algunos códigos penales de países de América Latina con el objetivo de sancionar penalmente a quienes pudieran transmitir el VIH o alguna otra infección de transmisión sexual a otras personas. La primera propuesta fue realizada en Brasil con el argumento de modificar los artículos 129, inciso II, y 131 del Código Penal brasileño para aumentar las penas asociadas a los delitos de lesiones corporales y de peligro de contagio y ser considerados como graves (Camara Dos Deputados 2024). En Ecuador, se presentó un proyecto de Ley Orgánica de Reforma al Código Orgánico Integral Penal que incluye una modificación que sanciona con

⁶ Artículo basado en el informe *La legislación mexicana en materia de VIH y sida. Su impacto en las personas viviendo con VIH* de la Red Mexicana de Organizaciones en contra de la Criminalización del VIH y actualizado con información de la propia Red y organizaciones aliadas.



uno a tres años de prisión a quien propague intencionalmente una “enfermedad infecciosa”, como la causada por el VIH o sífilis, en una relación sexual (Molina, 2024).

Lo anterior abriría paso a que ocurran situaciones como la de Michelle en ambas naciones. Hechos que ya ocurren en muchos otros países. “Entre 2019 y 2021, se produjeron 275 arrestos procesamientos, condenas, apelaciones y/o absoluciones en 39 países. Actualmente en 82 países (111 jurisdicciones incluyendo algunos estados de México, Nigeria y Estados Unidos) aún tienen vigentes leyes específicas que criminalizan el VIH” (Symington y Bernard 2022: 12).

A este fenómeno se le ha denominado como criminalización del VIH, referente a:

La injusta aplicación de las leyes penales, regulaciones y políticas públicas punitivas en contra de las personas que viven con VIH, principalmente, con base en su estado seropositivo. Tanto las leyes penales específicas relacionadas con VIH como otros tipos de leyes penales y políticas punitivas son utilizadas para procesar a quienes viven con el VIH con base en argumentos como la no revelación de su condición de salud, la exposición potencial o percibida al VIH o la transmisión no intencional del virus (Csete, Elliott y Bernard 2022: 1).

Una situación que no es desconocida en nuestro país debido al marco legal vigente tanto a nivel federal como a nivel estatal, pero que, por muchos años, no se había visibilizado bajo la figura de delito de peligro de contagio, dando pie al procesamiento judicial de algunas personas con VIH.

VERACRUZ, LA CAJA DE PANDORA

Como “medida preventiva”, la diputada Mónica Robles Barajas, del Partido Verde Ecologista de México, presentó una reforma al Código Penal local a fin de agregar al delito “del contagio” el término “infecciones de transmisión sexual” (ITS), entre las que se encuentran el VIH y el VPH, para “tratar de prevenir la transmisión de dichas infecciones, principalmente a las mujeres y las niñas que se encuentren en condición de vulnerabilidad”. Este agregado fue aprobado en 2015 por el Congreso veracruzano y estableció penas de seis meses a cinco



años de prisión y multa de hasta 50 días de salario mínimo para quien “dolosamente” infecte a otra persona de alguna ITS. Ante los hechos, el 16 de febrero de 2016, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), respondió a la petición del Grupo Multisectorial en VIH/sida e ITS del estado de Veracruz y otras organizaciones de la sociedad civil, e interpuso una acción de inconstitucionalidad en contra de la reforma en la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN). El organismo consideró que la reforma al código penal “generaba un trato discriminatorio en perjuicio de las personas, ya que al tipificar como delito la puesta dolosa en peligro de contagio de enfermedades, genera dos supuestos: que se trate de infecciones de transmisión sexual y que se trate de enfermedades graves” (CNDH 2015: 10). A esta iniciativa se sumaron organizaciones internacionales como HIV Justice Network y Sero Project, las cuales entregaron una carta a la Corte para solicitar la admisión del recurso legal tomando en cuenta que “no hay evidencia de que criminalizar la exposición potencial o percibida al VIH o ITS beneficie la prevención; sin embargo, hay serias preocupaciones de que la criminalización puede causar un daño considerable”.

Algunos de los argumentos esgrimidos por la CNDH (2015: 4) fue que “el artículo 158 da un trato distinto a las infecciones de transmisión sexual respecto a cualquier otra enfermedad. Ello implica que se penaliza específicamente la condición de salud del sujeto activo generando una distinción entre quienes padecen una enfermedad adquirida por contagio sexual y quienes tienen alguna otra enfermedad adquirida por diverso medio”, distinción que “en nada contribuye al objeto indicado” (CNDH 2015: 6). Sumada al argumento de que equiparó las infecciones de transmisión sexual a enfermedades graves lo que no es correcto en tanto no toda infección de transmisión sexual es grave necesariamente (CNDH 2015).

Además de que “es suficiente penalizar el peligro de contagio doloso de cualquier enfermedad sin que sea necesario señalar expresamente como destinatarios de la norma a aquéllos que padezcan una infección de transmisión sexual porque de tal modo se configura un supuesto de discriminación” (CNDH 2015: 17), contrario al artículo 1 constitucional. Tampoco se atiende como tema de salud pública las cuestiones relativas a infecciones de transmisión sexual integralmente, sino que las criminaliza (CNDH 2015).

En abril de 2018, el pleno de la SCJN (2018) determinó que la modificación al artículo 158 era inconstitucional y no tenía razón de ser, pues ya se penalizaba “la puesta en riesgo del contagio de enfermedades graves”, además de la complejidad para determinar cuándo se puso en riesgo a una persona para transmitir la enfermedad.



Al tomar en cuenta a la Declaración de Oslo, la Corte argumentó que este artículo dejaba al arbitrio de la autoridad investigadora decidir qué enfermedades serán consideradas como graves y cuáles no, yendo en contra del principio de legalidad, el cual implica que los delitos no pueden ser indeterminados o ambiguos (SCJN 2018). Hasta la fecha, el Congreso del estado no ha llevado a cabo la reforma al Código Penal, bajo el argumento de que el poder legislativo veracruzano goza de autonomía, además de que, consideró que no está obligado a acatar dicha resolución.

Sin embargo, en 2019, la diputada Jessica Ramírez Cisneros, propuso reformar los artículos 157 y 158 del Código Penal local para imponer de seis meses a cinco años de prisión y multa de hasta 50 Unidades de Medida y Actualización a quien, dolosamente, ponga en peligro de “contagio” de una enfermedad grave a otra persona, considerando entre dichas enfermedades graves y transmisibles a la “sífilis, gonorrea, hepatitis B y C, herpes, VIH, tuberculosis” (Congreso de Veracruz 2019). La iniciativa no ha sido discutida hasta el momento.

LA SITUACIÓN EN MÉXICO HASTA 2020

Hasta diciembre de 2020, en México, únicamente dos entidades federativas no contemplaban al “delito de peligro de contagio”, o figuras similares, en sus códigos penales. Se trataba de Aguascalientes y San Luis Potosí. En el resto de los estados dicha figura judicial estaba en vigor, aunque de diferentes maneras. En ciertas entidades no se mencionaba explícitamente que la sanción deriva de la posibilidad de transmisión de una infección sexual. Se hablaba, en otro sentido, de enfermedades “crónicas”, “incurables” o “contagiosas”, sin especificar cuáles podrían ser ni dar criterios para considerarlas como tales. Al paso del tiempo, en la mayoría de los estados, aún es ambigua la ley, debido a que el “peligro de contagio” no significa que ocurra necesariamente la transmisión de una enfermedad (Aburto, Bastida y Ponce 2021).



La revisión realizada en 2020⁷ mostró que en 10 estados⁸ era penalizado directamente quien padeciera una infección de transmisión sexual (ITS) y tuviera conductas susceptibles de considerarse como “peligrosas” para la salud de otra persona. Los casos de Coahuila y Tamaulipas resultaron excepcionales porque en sus códigos penales se habla específicamente de la transmisión del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). En Nayarit y Zacatecas, además, es sancionada la mujer que con alguna enfermedad o sífilis amamante a un bebé. El mismo ejercicio mostró que en 17⁹ entidades se consideraba explícitamente la posibilidad existente de poner en riesgo la salud de otra persona y, por tanto, ser objeto de sanción, bajo la figura de “peligro de contagio” por haber tenido relaciones sexuales.

En otros 17¹⁰ estados existía la posibilidad de imponer sanciones penales a una persona por la presunta transmisión a otra de una enfermedad, y dichas sanciones podían agravarse hasta con varios años de cárcel, al considerarse que el mal de salud era incurable. El “delito de peligro de contagio” también podía acompañarse de otras figuras de sanción penal. En 11¹¹ estados estaba equiparado con el de lesiones o lesiones calificadas, lo que incrementaba las penas impuestas. En los códigos penales de 9¹² entidades, se podía sancionar bajo los criterios de lesiones o lesiones calificadas con premeditación.

Hasta el día de hoy, en Chiapas y Durango, el “peligro de contagio” potencialmente es considerado como un delito culposo. En Durango, también es posible asumirlo como amenaza. En los casos del Estado de México, Guanajuato, Jalisco y Sonora puede juzgarse como homicidio siempre que la persona infectada fallezca como consecuencia de la

⁷ Gonzalo Aburto, Leonardo Bastida y Patricia Ponce (2021). *La legislación mexicana en materia de VIH y sida. Su impacto en las personas viviendo con VIH*. México, Red Mexicana de Organizaciones en contra de la Criminalización del VIH, 247 págs.

⁸ Estas entidades federativas eran Baja California, Coahuila, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Sonora, Tamaulipas, Veracruz, Yucatán y Zacatecas

⁹ Estas eran Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Colima, Guerrero, Michoacán, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Querétaro, Sonora, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas.

¹⁰ Dichas entidades federativas eran Baja California, Baja California Sur, Campeche, Chiapas, Chihuahua, Ciudad de México, Colima, Durango, Estado de México, Guerrero, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Sonora, Tlaxcala, Yucatán y Zacatecas.

¹¹ Estos estados eran Baja California, Estado de México, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Nuevo León, Puebla, Veracruz y Zacatecas.

¹² Esto ocurría en Baja California, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Yucatán.



enfermedad transmitida. El Código Penal Federal también establece el “delito de contagio” y lo sanciona para quien tenga una “enfermedad venérea” y pueda transmitirla por el acto sexual. Esta normativa lo equipara con lesiones calificadas con premeditación.

TIEMPOS DIFÍCILES

A partir de lo ocurrido en Veracruz, en varios estados se propusieron iniciativas similares, buscando la ampliación de las sanciones penales establecidas por el “peligro de contagio” las cuales se incrementaron a partir de la irrupción del Covid19 en el año 2020. En 2017, en el Congreso de Chihuahua, el diputado Miguel Alberto Vallejo Lozano, de Movimiento Ciudadano, presentó una iniciativa para reformar al artículo 175 del Código Penal de Chihuahua con la finalidad de atender el tema de la violencia sexual que padecen las mujeres, proponiendo como agravante la transmisión de VIH en caso de una violación. Ante la presión de organizaciones de la sociedad civil y de organismos públicos como el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida, la iniciativa fue retirada (Aburto, Bastida y Ponce 2021: 234).

Lo mismo ocurrió en el Congreso de Quintana Roo, donde, durante el mismo año, la diputada Laura Beristáin, del Partido de la Revolución Democrática, propuso una sanción de hasta 25 años de cárcel por “poner en peligro la salud de otra persona” a quien fuera sospechoso de transmitir alguna enfermedad. Una medida considerada como desproporcionada debido a que el artículo 113 del código local contemplaba una pena de seis meses a un año de prisión, que alcanzaba fianza (Aburto, Bastida y Ponce 2021: 238).

Después de una interpelación por parte de la sociedad civil, se comprometió a impulsar la garantía del acceso gratuito a pruebas rápidas de detección de VIH, y en caso de registrarse un resultado positivo, el acceso a un tratamiento de por vida sin discriminación. Además, a la implementación de campañas permanentes de prevención del virus y el uso correcto del condón, no sólo para prevenir el VIH, sino también los embarazos no deseados y los casos de infecciones de transmisión sexual. Así como la derogación del artículo en cuestión, pero ninguno de los compromisos establecidos, se cumplieron en su momento (Aburto, Bastida y Ponce 2021: 238).



Cuatro meses después de la llegada del Covid19¹³ a México, en 2020, en el Congreso de Jalisco, el diputado Gerardo Quirino, de Movimiento Ciudadano, propuso sancionar a quienes transmitan el VIH o la Covid-19 de manera intencional (Congreso del Estado de Jalisco 2020a). En el mismo tono, y meses después, la diputada panista Irma de Anda, de la Comisión de Estudios Legislativos, del Congreso de Jalisco, presentó una iniciativa de reforma al Código Penal Federal para establecer como delito la propagación intencional de enfermedades infectocontagiosas como la Covid- 19, VIH, viruela, o gripe porcina H1N1 (Congreso del Estado de Jalisco 2020b).

Para concluir el 2020, la Comisión de Puntos Constitucionales y Electorales del congreso jalisciense aprobó “adicionar el Capítulo XI denominado ‘Del Peligro de Contagio y Propagación de Enfermedades’ artículo 232 ter, al Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Jalisco, con la finalidad de establecer como delito el contagio de enfermedades graves que pongan en peligro la salud de otro” (Congreso de Jalisco 2020c).

La misma medida se tomó en Querétaro, donde la entonces diputada panista, Tania Palacios Kuri, presentó una reforma integral al Código Penal de la entidad, entre cuyas medidas se pretendía “ampliar las conductas tipificadas que ponen en peligro de contagio a la población, además de que se endurecen las penas” (Congreso de Querétaro 2020). A pesar de la aprobación de la reforma en el pleno del Congreso, nunca se publicó en el periódico oficial del estado por lo que no entró en vigor.

De forma casi instantánea, en el mismo 2020, el Congreso de Nuevo León aprobó la inclusión del artículo 337 bis al Código Penal local, para establecer que “si quien con conocimiento de que padece alguna enfermedad grave y transmisible, dolosamente ponga la salud de otro en peligro de contagio, se aplicarán de tres meses a tres años de prisión y una multa

¹³ Como parte de la respuesta a la emergencia sanitaria, en varios estados de la República Mexicana se tomaron medidas para sancionar penalmente a quienes pudieran poner en riesgo a otras personas de adquirir la infección. En Yucatán, el entonces gobernador, Mauricio Vila, señaló ante los medios de comunicación que se sancionaría sancionará con cárcel y multa a cualquier persona que, presentando los síntomas o habiendo sido diagnosticada con el COVID-19, no cumpla con las medidas de aislamiento para evitar el contagio (Vela 2020). En Jalisco, el entonces gobernador, Enrique Alfaro, emitió un decreto en el que se señala la obligatoriedad de medidas como el resguardo domiciliario a personas que se encuentran entre los grupos de riesgo, el uso de cubrebocas en espacios públicos y la suspensión de actividades no esenciales, señalando que quien las incumpla será acreedor de arrestos por hasta 36 horas con base en la Ley General y Estatal de Salud (Velázquez 2020).



de cien a cuatrocientas cuotas”. Además de que “si se trata de una enfermedad incurable o que cause daño grave permanente, la sanción se incrementará en un tanto más” (Periódico Oficial Nuevo León 2020: 18).

Ante la medida, la CNDH interpuso una acción de inconstitucionalidad bajo el argumento de que, con la medida, hay “elementos del tipo no resultan claros ni precisos, en función de que no se encuentran debidamente acotados ni definidos”. Además de que “el derecho penal no es la vía más idónea o menos lesiva para salvaguardar la salud al sancionar la puesta en peligro de contagio de cualquier enfermedad grave y transmisible” (CNDH 2020).

La respuesta por parte del máximo tribunal fue que “el tipo penal pretendía abarcar una generalidad de casos y enfermedades y solamente tratándose de comportamientos que, de forma intencional, así como con conocimiento de causa fueran susceptibles de propiciar un riesgo de infección” (SCJN 2021). Por lo que, no procedió el decreto de la inconstitucionalidad de la reforma, y el artículo agregado continua vigente.

AVANCES

En marzo de 2023, el Congreso del Estado de Nayarit eliminó el delito de “peligro de contagio” que estaba establecido en el Código Penal local. Esto con el fin de evitar la discriminación contra personas que tienen infecciones de transmisión sexual y también en beneficio de quienes viven con VIH, “para que no sean molestados y gocen de su derecho al desarrollo integral de la personalidad e intimidad con respeto”, según la exposición de motivos.

La iniciativa fue presentada por la diputada Alba Cristal Espinoza Peña, de Morena, presidenta de la Comisión de Gobierno de dicho órgano legislativo, y permitió la derogación de los artículos 36 fracción VIII, 46 fracción I, 219, 220, 221 y 222 del Código Penal para el Estado de Nayarit. Por lo tanto, se eliminaron las sanciones de cualquier tipo, incluida la dirigida a mujeres con alguna enfermedad por amamantar (Letra S 2023).

Como parte de una iniciativa ciudadana, en el mismo año, el Congreso de Baja California eliminó del artículo 168 del Código Penal local, referente al delito de “peligro de contagio”, la parte relacionada con la transmisión de alguna enfermedad producto de una relación sexual.



Lo anterior, debido a que dicha alusión podía ser considerada como discriminatoria para las personas con VIH. Sin embargo, la iniciativa original planteaba la derogación del artículo por completo, pero la medida no fue apoyada por la mayoría parlamentaria (Congreso de Baja California 2023).

En sesión extraordinaria, a comienzo de 2024, el pleno del Congreso de la Ciudad de México aprobó un dictamen para derogar el delito de peligro de contagio previsto en el artículo 159 del Código Penal local y modificar los artículos 76 y 130, con el propósito de eliminar la criminalización de las personas que viven con alguna infección de transmisión sexual. De esta manera, se derogó a este del catálogo de delitos de carácter culposos considerados en el artículo 76 del Código Penal y se precisó que estas reformas no afectan la situación de las mujeres infectadas por el VIH a causa de violencia sexual de sus parejas, en virtud de que la modificación al artículo 130 establece que en caso de que una persona de manera intencional y maliciosa transmita el virus a otra persona, requerirá el uso de las leyes penales (Letra 2024a).

En febrero de 2024, con 15 votos a favor, y a pesar de algunos posicionamientos expresados en contra, el Congreso del Estado de Colima derogó el delito penal conocido como “peligro de contagio” de su Código Penal local (Letra S 2024b).

La Comisión de Estudios Legislativos y Puntos Constitucionales, encargada de elaborar el dictamen, destacó que la medida se adoptó bajo una visión garantista y respondiendo a la demanda de distintos grupos sociales por acabar con la discriminación. Además de señalar que la eliminación del tipo penal “peligro de contagio” se justificó por vulnerar los derechos humanos de las personas con enfermedades contagiosas, estigmatizándolas y convirtiéndolas injustamente en víctimas y victimarios (Letra S 2024a).

PENDIENTES

En 2023, en el pleno del Congreso del Estado de Morelos, el diputado Alejandro Martínez Bermúdez, de Morena, propuso la derogación del artículo 136 del Código Penal de la localidad referente al delito de “peligro de contagio”. Después de su presentación, la iniciativa fue enviada a la Comisión de Puntos Constitucionales y Legislación del Congreso



para ser analizada. En Tlaxcala, durante 2024, se presentaron dos iniciativas de reforma al Código Penal de la entidad a fin de derogar el artículo 302 del mismo y a modificar el artículo 434 fracción V que considera al delito de “peligro de contagio” como un “delito grave o que amerita prisión preventiva oficiosa” (Letra S 2024).

En Puebla, el diputado Carlos Evangelista, de Morena, presentó una iniciativa para sancionar a quien padezca un “mal venéreo” u otra enfermedad crónica transmisible por vía sexual o cualquier medio directo que ponga en “riesgo de contagio” a otra persona, y en caso de que la enfermedad fuera incurable, de quien se sospecha que la transmitió se la imponga una sanción de 10 años de cárcel (Arellano 2023).

EL DEBATE A NIVEL INTERNACIONAL

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida (Onusida), en conjunto con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, emitió un documento con varias recomendaciones en la materia para evitar casos de penalización hacia personas con VIH (Consejo de Derechos Humanos 2010)¹⁴.

Posteriormente, el entonces Relator de Salud de la Organización de las Naciones Unidas, señaló que “la penalización puede, igualmente, desincentivar los exámenes médicos correspondientes, componente fundamental que son de toda iniciativa sanitaria feliz de lucha contra el VIH/SIDA” (Asamblea General de las Naciones Unidas 2010: 19). También, se señala que los estados deben reconsiderar la aplicación de leyes específicas sobre la posible transmisión en caso de ser intencional, pues en muchas legislaciones, ya existen otras figuras jurídicas más precisas.

¹⁴ Principalmente apelaba a que no deberían ser procesadas penalmente las personas que no sabían que eran VIH-positivas; no comprendían cómo se transmitía el VIH; revelaron que era VIH-positiva a la persona en riesgo (o sinceramente creían que la otra persona estaba enterada de su estado serológico por algún otro medio); no revelaron que eran VIH-positivas por miedo a la violencia u otras graves consecuencias negativas; tomaron medidas razonables de protección para reducir el riesgo de transmisión, como la práctica de relaciones sexuales más seguras mediante el uso del condón u otras precauciones para evitar las prácticas de mayor riesgo; o acordaron previamente con la otra persona un nivel de riesgo mutuamente aceptable.



Por medio de una declaratoria¹⁵, respaldada por más de 70 especialistas en la materia, encabezados por Francois Barré – Sinousi, una de las descubridoras del VIH, se ha advertido que “las pruebas actuales sugieren que las posibilidades de que el VIH se transmita durante un único acto sexual, mordedura o escupida son inexistentes o escasas” (Barré – Sinousi *et al.* 2018), “el efecto positivo de las terapias antirretrovirales en la salud de las personas viviendo con VIH, las cuales han aumentado su esperanza de vida, siendo ahora similar a la de las personas VIH-negativas, por lo que, la infección por el VIH se ha transformado en una condición crónica tratable” y “una carga viral baja o “indetectable” reduce significativamente o elimina la posibilidad de transmisión del VIH” (Barré – Sinousi *et al.* 2018).

Por lo anterior, recomiendan “aumentar la precaución durante los procesamientos penales, en particular valorando con cuidado la evidencia científica actual sobre los daños y riesgos relacionados con el VIH” (Barré – Sinousi *et al.* 2018). Como parte de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el sida de 2021 y la Estrategia mundial contra el sida (2021-2026) se estableció que menos del 10 por ciento de los países tengan marcos legales y políticos que conduzcan a la negación o limitación del acceso a los servicios relacionados con el VIH (Asamblea General de las Naciones Unidas 2021).

CONCLUSIONES

A diferencia del panorama existente en México en el año 2020, en el que sólo en dos entidades federativas se había derogado o eliminado el delito de “peligro de contagio” de los Códigos Penales, actualmente, en cinco estados de la República dejó de estar vigente dicha figura jurídica. En espera, de que se sumen algunos más con iniciativas pendientes. Sin embargo, futuros cambios en el Código Penal Federal implicarán apelar a una armonización en todos los códigos estatales, con las posibles barreras legislativas que se presenten. Debido a la violación de ciertos derechos, este artículo estuvo enfocado en la legislación penal, pero a nivel legal, continúan las restricciones en materia de derecho civil, debido a la posibilidad de restricción de ciertos derechos para las personas que viven con VIH.

¹⁵ Declaración de Consenso de Expertos sobre la Ciencia relativa al VIH en el contexto del derecho penal.



La criminalización del VIH es una consecuencia de la falta de conocimiento de la condición de salud de quienes viven con VIH, de los avances científicos que hoy les permiten alcanzar la categoría de indetectables, y, por tanto, no transmitir el virus. Por lo tanto, su sustento está basado en la desinformación, la ignorancia, los prejuicios y el estigma, mismos que violenta directamente los derechos humanos de quienes viven con VIH o con sida. No es labor de las autoridades judiciales desarrollar e implementar medidas de prevención de la transmisión del VIH. La prevención, atención integral y el control del virus es una facultad exclusiva de las autoridades en materia de salud. Privar de la libertad a las personas por su condición de salud atenta en contra de su derecho a la igualdad jurídica, el derecho a la no discriminación, los derechos sexuales y reproductivos, el derecho a la protección de la salud y el derecho a la atención médica de calidad, oportuna, segura y eficaz.

Por las anteriores razones, al promoverse leyes que criminalizan a las personas viviendo con VIH o con sida se violan preceptos constitucionales e internacionales, tales como el artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el artículo 24 de la Convención Americana sobre los Derechos Humanos y el artículo 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Así mismo se violentan derechos fundamentales como el derecho a la igualdad ante la ley, el Derecho a la libertad personal, el derecho a la no discriminación y el principio pro persona.

El gran reto consiste en la concientización hacia las y los integrantes de los Congresos estatales y federal para promover iniciativas de derogación de los artículos en los que se contemple la figura de delito de “peligro de contagio”. Y a la sociedad en general para desmitificar muchas de las ideas aún prevalecientes con respecto al tema para erradicar el estigma, la discriminación y la criminalización. Finalmente, derogar artículos que criminalizan a las personas por su condición de salud es una deuda pendiente para con las personas viviendo con VIH o con sida y, un reto para contribuir a generar una política pública saludable, basada en evidencias científicas y en el pleno reconocimiento de los derechos para todos.



REFERENCIAS

Aburto, Gonzalo; Leonardo Bastida y Martha Patricia Ponce

2021, *La legislación mexicana en materia de VIH y sida. Su impacto en las personas viviendo con VIH*. México, Red Mexicana de Organizaciones en contra de la Criminalización del VIH, México. URL: <https://toolkit.hivjusticeworldwide.org/wp-content/uploads/2021/12/VIH-no-es-un-crimen-INFORME-1.pdf>

Arellano, Luis Manuel

2023, “El diputado ‘arrepentido’”, *Excélsior*, 9 de noviembre de 2023. URL: <https://www.excelsior.com.mx/blog/el-lado-oscuro/el-diputado-arrepentido/1619036> (consulta 13 de mayo de 2024).

Asamblea General de las Naciones Unidas

2021, *Declaración Política sobre el VIH y el Sida: Acabar con las Desigualdades y Estar en Condiciones de Poner Fin al Sida para 2030*, Ginebra, 8 de junio de 2021, Asamblea General de las Naciones Unidas.

Asamblea General de las Naciones Unidas

2010, *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*, 27 de abril del 2010. URL: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/g10/131/21/pdf/g1013121.pdf>.

Barré-Sinoussi, Françoise; Salim Abdool Karim, Jan Albert, Linda-Gail Bekker, Chris Beyrer, Pedro Cahn, Alexandra Calmy, Beatriz Grinsztejn, Andrew Grulich, Adeeba Kamarulzaman, Nagalingeswaran Kumarasamy, Mona Loutfy, Kamal M El Filali, Souleymane Mboup, Julio Montaner, Paula Munderi, Vadim Pokrovsky, Anne-Mieke Vandamme, Benjamin Young, y Peter Godfrey-Faussett

2018, “Expert consensus statement on the science of HIV in the context of criminal law”, *Journal of the International AIDS Society*, 21(7): 1-12. URL: <https://doi.org/10.1002/jia2.25161> (consulta 3 de mayo de 2024).

Bielski, Zosia

2024, “Resetting the code on HIV and crime”, *The Globe and Mail*, 24 de mayo de 2024, URL: https://www.theglobeandmail.com/canada/article-canada-hiv-non-disclosure-law-reform/?intcmp=gift_share (consulta 9 de junio de 2024).



Camara Dos Deputados

2024, *Projeto de Lei 652/2024*, 8 de marzo de 2024, URL: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2419904> (consulta 2 de junio de 2024).

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)

2020, *Acción de inconstitucionalidad 189 / 2020*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México.

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)

2015, *Acción de inconstitucionalidad 139 / 2015*, Comisión Nacional de Derechos Humanos, México.

Congreso del Estado de Baja California Sur

2023, *Se suprimió la connotación sexual de la redacción del artículo 168 del Código Penal del Peligro de Contagio*, Dirección de Comunicación Social Congreso de Baja California Sur, 5 de diciembre de 2023, URL: <https://www.cbcs.gob.mx/index.php/boletines-2023-1/7402-reforman-redaccion-de-articulo-del-codigo-penal-para-evitar-incidir-en-discriminacion> (consulta 3 de mayo de 2024).

Congreso del Estado de Jalisco

2020a, *Iniciativa de Ley que adiciona un Capítulo XI denominado “Del Peligro de Contagio y Propagación de Enfermedades” artículo 232 ter, del Código Penal para el Estado Libre y Soberano de Jalisco; con la finalidad de establecer como delito el contagio de enfermedades graves que pongan en peligro la salud de otro*, 19 de marzo de 2020, Coordinación de Procesos Legislativos, México. URL: <https://congresoweb.congreso.jalisco.gob.mx/info/leg/agendakioskos/documentos/sistemaintegral/estados/110868.pdf> (consulta el 18 de mayo de 2024).

Congreso del Estado de Jalisco

2020b, *Iniciativa de ley que adiciona la fracción VII al artículo 145 y el título vigésimo quinto de los delitos del peligro de contagio capítulo único artículo 310 del Código Penal para el estado libre y soberano de Jalisco*, 14 de julio de 2020, Coordinación de Procesos Legislativos, México. URL: <https://vlex.com.mx/vid/iniciativa-ley-diputada-irma-926713579> (consulta 18 de mayo de 2024).

Congreso del Estado de Jalisco

2020c, *Diputados aprueban reformas al Código Penal del Estado de Jalisco*, 7 de diciembre de 2020, Coordinación de Comunicación Social Congreso del Estado



de Jalisco, México. URL: <https://www.congresoajal.gob.mx/boletines/diputados-aprueban-reformas-al-codigo-penal-del-estado-de-jalisco> (consulta 16 de mayo de 2024).

Congreso del Estado de Querétaro

2020, *Invita la diputada Tania Palacios Kuri a votar a favor de iniciativas para establecer penas más severas a quien ponga en riesgo de contagio a la población*, 30 de abril de 2020, Coordinación de Comunicación Social Congreso del Estado de Querétaro. URL: <http://legislaturaqueretaro.gob.mx/invita-la-diputada-tania-palacios-kuri-a-votar-a-favor-de-iniciativas-para-establecer-penas-mas-severas-a-quien-ponga-en-riesgo-de-contagio-a-la-poblacion/> (consulta 11 de mayo de 2024).

Congreso del Estado de Veracruz

2019, *Buscan sancionar a quien ponga en peligro de contagio de una enfermedad*, Xalapa, 13 de junio de 2019, Coordinación de Comunicación Social Congreso del Estado de Veracruz, URL: <https://legisver.gob.mx/boletines/boletinesLXV/BOLETIN0572.pdf> (consulta 18 de mayo de 2024).

Consejo de Derechos Humanos

2010, Asamblea General de Derechos Humanos. *Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*. 27 de abril de 2010.

Csete, Joanne; Richard Elliott, y Edwin J. Bernard

2022, *So many harms, so little benefit: a global review of the history and harms of HIV criminalisation* en *Lancet HIV*, 10(1): e52-e61. DOI: [10.1016/S2352-3018\(22\)00248-X](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(22)00248-X) (consulta 30 de abril de 2024).

Letra S

2024a, *Peligro de contagio, delito eliminado en la ciudad de México*, enero de 2024. URL: <https://letraese.jornada.com.mx/2024/02/01/peligro-de-contagio-delito-eliminado-en-la-ciudad-de-mexico-4343.html> (consulta 1 de junio de 2024).

Letra S

2024b, *Derogan delito de peligro de contagio en Colima*, marzo de 2024.

Letra S

2023, *Derogan artículo que criminaliza el VIH en Nayarit*, marzo de 2023.



Molina, Gabriela

2024, “Ecuador se plantea castigar penalmente el contagio intencional del VIH”, *Associated Press*, 22 de febrero de 2024. URL: <https://apnews.com/world-news/general-news-f97ff2f47cdc698550485ffd2bc903af> (consulta 28 de mayo de 2024).

Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado Libre y Soberano de Nuevo León

2020, Decreto núm. 320. *Se reforma el artículo 303 bis y se adiciona el capítulo III denominado “peligro de contagio” con el artículo 337 bis al título décimo sexto del libro segundo del Código Penal para el Estado de Nuevo León*, 29 de junio de 2020: 17-19. URL: http://sistec.nl.gob.mx/Transparencia_2015/Archivos/AC_0001_0007_00168635_000001.pdf (consulta 21 de mayo de 2024).

Suprema de Corte de Justicia de la Nación

2021, *Acción de inconstitucionalidad 189/2020*, México, 24 de junio de 2021. URL: <https://www.cndh.org.mx/documento/accion-de-inconstitucionalidad-1892020> (consulta 13 de mayo de 2024).

Suprema de Corte de Justicia de la Nación

2018, *Acción de inconstitucionalidad 139/2015*, México, 30 de abril de 2018, URL: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Acciones/Acc_Inc_2015_139_Demanda.pdf (visitado el 13 de mayo de 2024).

Symington, Alison y Edwin J. Bernard

2022, *Promover la justicia del VIH 4: Comprendiendo los puntos en común y aprovechando las oportunidades*, HIV Justice Network, Ámsterdam.

Vela, Estefanía

2020, “¿Cárcel para quienes no se queden en casa?”, *Animal Político*, 31 de marzo de 2020, URL: https://www.animalpolitico.com/analisis/organizaciones/blog-de-intersecta/carcel-para-quienes-no-se-queden-en-casa#_edn10 (consulta 18 de mayo de 2024).

Velázquez, Ana Laura

2020, “¿Garantizar la salud castigando? El punitivismo en tiempos de COVID-19”, *Letras Libres*, mayo. URL: <https://eljuegodelacorte.nexos.com.mx/garantizar-la-salud-castigando-el-punitivismo-en-tiempos-de-covid-19/> (consulta 4 de mayo de 2024).



Más allá del diagnóstico médico: la construcción social del VIH en adolescentes de la CDMX

Mónica Paulina Hernández Leyva

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de una condición de salud crónico degenerativa representa un evento transformador que trasciende la dimensión biológica para impactar profundamente en la identidad y relaciones sociales de las personas. Desde una perspectiva antropológica, este puede considerarse una especie de “rito de paso” que marca una transición significativa en la vida del individuo, este paso tiene la capacidad de transformar los sentidos y significados mismos de una persona en su vida, orientándose a integrar la condición de salud a su identidad.

Ahora sabemos que las enfermedades crónicas no solo afectan al cuerpo físico (disease), sino que, al estar cargadas de significados y metáforas, reflejan los miedos y prejuicios de la sociedad. Esto no solo configura una carga social en torno a la enfermedad, sino que además configura la experiencia de las personas que la padecen (Kleinman 1988). Desde la aparición de los primeros casos del VIH y su enfermedad avanzada (sida) en la década de 1980, esta condición ha sido asociada con juicios morales y estigmas relacionados con la sexualidad y las comunidades históricamente vulneradas, como la comunidad LGBTQ+ y los usuarios de drogas intravenosas. Estas asociaciones han llevado a una visión de la enfermedad como una “plaga” que castiga comportamientos que salen de los parámetros hegemónicos de normalidad, perpetuando el miedo y la discriminación.



En el caso particular del VIH, el diagnóstico está profundamente relacionado con construcciones sociales e históricas que han estigmatizado esta condición de salud; y, por ende, a las personas que la padecen. Autoras como Sontang (1989) han destacado cómo las construcciones simbólicas y culturales no solo complejizan la experiencia personal de las personas diagnosticadas, sino que también afectan las respuestas públicas y políticas de diagnóstico y atención, impidiendo una comprensión más compasiva, basada en la salud pública y desde un marco en derechos humanos.

El diagnóstico introduce una nueva realidad médica; así como una serie de reacciones emocionales y psicológicas que deben ser manejadas, las cuales, regularmente están asociadas a las construcciones sociales de la enfermedad (illness). Las estrategias de resiliencia y adaptación desarrolladas por las personas como la búsqueda de apoyo social y el uso de mecanismos de afrontamiento, son cruciales para enfrentar los desafíos que presenta una condición de salud.

Este escrito tiene como objetivo analizar cómo los adolescentes con VIH integran y manejan su condición de salud en su vida cotidiana, desde el momento del diagnóstico. A través de esta exploración, se busca comprender mejor las complejidades de su experiencia y las estrategias que desarrollan para vivir plenamente a pesar de los desafíos asociados al VIH.

Entre marzo y diciembre de 2019, se realizaron 25 entrevistas a hombres cisgénero con VIH, usuarios de las Clínicas Condesa de la Ciudad de México. Del total de entrevistas, el 92% (23) corresponden a casos de transmisión sexual y el 12% (3) a transmisión perinatal. Este artículo deriva de un estudio más amplio titulado “Cohorte de adolescentes con VIH en la Ciudad de México”¹⁶, que analizó las condiciones de vida de adolescentes entre 15 y 19 años en dos centros de atención adscritos a la Secretaría de Salud.

El análisis de las entrevistas se llevó a cabo a través de relatos contruidos de manera dialógica (Hamui, 2011), con el objetivo de recuperar y reconstruir eventos, situaciones y significados clave en la vida de estos jóvenes en relación con el VIH. Siguiendo la perspectiva de Recoder (2011), los relatos no son narraciones fijas, sino que se configuran desde el presente, adaptándose y transformándose según los contextos de acción y significación en los que se enuncian.

¹⁶ El proyecto cuenta con aval del comité de ética, investigación y bioseguridad, con número 1525.



DIAGNÓSTICO E IDENTIDAD EN ADOLESCENTES CON VIH

El diagnóstico oportuno del VIH es un factor clave para prevenir complicaciones de salud y lograr una rápida supresión virológica, lo que a su vez evita la transmisión del virus a través de prácticas sexuales (ONUSIDA, 2018). Sin embargo, datos recientes muestran que una proporción significativa de los diagnósticos en México ocurre en etapas avanzadas de la infección, lo que reduce las posibilidades de acceso temprano al tratamiento y aumenta el riesgo de efectos negativos en la salud. En este contexto, resulta fundamental comprender el significado que adquiere el diagnóstico para las juventudes y cómo influye en la adhesión al tratamiento y en la construcción de sus proyectos de vida. Este enfoque permite fortalecer estrategias de prevención y atención que garanticen su bienestar integral.

Para los adolescentes, nombrarse como persona que vive con una condición de salud (padecimiento) es un proceso siempre en construcción que inicia en el momento en el que conocen su diagnóstico, el cual se constituye como aquel en el que las nociones sobre salud y normalidad como elemento que configura la subjetividad, se trastocan (Faretta 2013).

Esta relación es siempre (inter)subjetiva. La persona, a partir de su propia historia, se posiciona respecto a su condición de salud y lo hace en constante interacción con el personal de salud, pares, familiares y otras relaciones sociales significativas. Como relató uno de los entrevistados: ‘Nunca me decían por qué me llevaban al doctor. Un día le pregunté al médico y fue él quien me dijo que tenía VIH. No entendí muy bien en ese momento, después mis tíos me explicaron todo’. Este tipo de experiencias muestran cómo el significado del diagnóstico se construye no solo desde lo biomédico, sino también desde el entorno familiar y social. A la vez, el significado que se atribuye a la condición de salud está mediado por los capitales que las personas posean, estos capitales influirán en los recursos disponibles, que son utilizados consciente o inconscientemente por los diferentes conjuntos sociales, a modo de instrumento para organizar sus acciones y dar respuesta a una situación determinada en su práctica social (Bourdieu 1979).

De acuerdo con las entrevistas, existen dos momentos en los que inicia la configuración subjetiva como persona adolescente con VIH: el diagnóstico médico y el diagnóstico social. El diagnóstico médico refiere al momento en el cual se realizan pruebas diagnósticas a la persona y se inician una serie de intervenciones biomédicas que incluyen tratamiento



y seguimiento médico. El diagnóstico social refiere al proceso en el cual los adolescentes asumen la carga moral y social atribuida al VIH.

Mediante la interacción, los adolescentes logran definir su perspectiva sobre su experiencia de vida, especialmente en lo que respecta a su estado de salud. Lo evidenciado en las entrevistas revela que el diagnóstico social no siempre se alinea con el diagnóstico médico, esto es particularmente notable en los casos de transmisión perinatal, en los cuales las intervenciones biomédicas comienzan desde edades muy tempranas. Las infancias incorporan en su rutina diaria la toma de tratamientos antirretrovirales y las visitas médicas de seguimiento.

Durante estos primeros años, no existe distinción vinculada al VIH con respecto a las nociones de enfermedad y salud; las intervenciones forman parte de la normalidad, de una socialización primaria en palabras de Berger y Luckmann (1968). No es sino hasta años posteriores, con la socialización secundaria, que ellos comienzan el proceso de asumirse como personas con una condición de salud y que las intervenciones a las que han estado sometidos dejan de considerarse como parte de la normalidad.

Estos planteamientos muestran cómo los significados atribuidos a la experiencia de vivir con VIH van cambiando con el paso del tiempo y la trayectoria de la persona (Adaszko 2006). La pérdida de la salud no solo tiene implicaciones biomédicas, sino también un impacto en la identidad y las relaciones sociales. A partir de este momento, los adolescentes se enfrentan a la necesidad de gestionar y decidir cómo y ante quién compartir su condición de salud, especialmente ante el temor de ser desacreditados o estigmatizados.

En una primera etapa, vinculada al momento de asumirse como adolescentes con VIH, están presentes emociones y reacciones identificadas por los entrevistados como tristeza, depresión, pesadez, tranquilidad, sentido de pérdida de la salud y sentido de pérdida con la familia. Esto fue más evidente en los adolescentes que fueron diagnosticados en la adolescencia; sin embargo, también estuvo presente entre quienes lo adquirieron por transmisión perinatal.

Las reacciones negativas al momento del diagnóstico están asociadas a las concepciones históricas sociales del VIH. “Al principio me sentía avergonzado y culpable”, como se muestra en este breve fragmento. La noticia del diagnóstico afecta la percepción de sí mismo, de su



relación con los demás y de la manera en que concebía el mundo en general. La realidad previamente establecida es desafiada, y los significados y creencias previas entran en conflicto con la incorporación de la condición de salud. Las representaciones sociales asociadas al VIH como enfermedad estigmatizada y relacionada con la culpa influyen en cómo el individuo internaliza y atribuye significado a su propia situación (Berger y Luckmann 1968).

En varios de los casos, el diagnóstico se vive con vergüenza y culpa porque se considera que se han transgredido normas sociales, de manera que el VIH se presenta como consecuencia de esta transgresión. La vergüenza deriva del temor de ser juzgado por las demás personas, especialmente del círculo más cercano como la familia. Recordemos que estos son casos de adolescentes y jóvenes que en su mayoría aún viven con su núcleo familiar.

Esta situación tiene consecuencias en la vida cotidiana, como sugiere Goffman (1959), el estigma afecta la manera en que el individuo presenta su identidad a los demás. Es posible que, ante el temor a la discriminación y el rechazo, los adolescentes y jóvenes intenten ocultar su diagnóstico en un esfuerzo por mantener una imagen social aceptable. Revelar o no la condición de salud es un derecho; sin embargo, en la literatura se ha identificado que la red de apoyo es un factor que incide en la adherencia y el apego al tratamiento, lo que puede llevar a que la persona desarrolle una profunda crisis de identidad y autoestima.

Una vez pasado este primer proceso de incorporación de la concepción social del VIH, todos los adolescentes pasaron por un momento de afrontamiento. Esto sucedió sobre todo entre aquellos que no habían presentado algún episodio de malestar. Hacer presentes los significados sociales atribuidos al VIH se contrapone, de alguna manera, con la propia experiencia.

Mi papá me dijo que tenía VIH, que no era malo en lo personal (para mí), pero para las otras personas...lo tomaban a mal, insistía que yo no me lo tenía que tomar tan personal. Y es que yo he llevado mi vida normal de cierta forma y me ha ido bien. Sinceramente, yo no tomé las cosas a mal respecto al VIH, para mí no es ninguna complicación como tal... (Alberto, 20).

Como este relato muestra, para los adolescentes, vivir con la condición de salud implica asumir una serie de rutinas, como sucede con muchas otras enfermedades crónicas. La afirmación de Alberto sugiere que, a pesar de las construcciones predominantes sobre el



VIH, estas no definen todo su proceso identitario. Existen resistencias y reconfiguraciones al estigma asociado. A partir de la experiencia en los servicios de salud y con sus pares, ellos se posicionan al darse cuenta de que esas construcciones y percepciones sociales sobre lo que es el VIH no necesariamente están ligadas con su experiencia de vida.

Para ellos, el VIH no coincide con lo socialmente construido. Esto también sucede con los adolescentes diagnosticados en la adolescencia. Ellos comparten que, desde que iniciaron su seguimiento médico, sus perspectivas sobre el VIH han cambiado. Algunos incluso significan la experiencia como algo positivo que les ha permitido fortalecer su red de apoyo, acercarse a los servicios de salud cuando lo necesitan y establecer una nueva relación consigo mismos.

Desde la perspectiva biomédica, diagnosticar una enfermedad implica identificarla y abordarla con el propósito de curarla o, como es el caso aquí, controlarla. Dado que no existe una cura disponible, la biomedicina aboga por que las personas aprendan a convivir con la condición, buscando alcanzar un estado que Faretta (2013) ha denominado como “yo-saludable”.

El yo-saludable se define como la articulación existente entre el yo-saludable ideal definido socialmente, la percepción particular ideal por parte de los sujetos y el estado de salud concreto de cada persona (Faretta 2013). A través de los mandatos emitidos por la biomedicina, se va configurando una definición social de una identidad óptimamente saludable. Este ideal se logra mediante la adopción de hábitos, estilos de vida y una serie de recomendaciones que operan como mecanismos de poder, los cuales instan al individuo a incorporar estas prácticas como parte fundamental de su autocuidado. No obstante, este conjunto de cuidados no se limita únicamente al ámbito del cumplimiento del tratamiento y el cuidado físico, sino que se extiende también a pensamientos, conductas y, en ciertos casos, hasta los sentimientos.

El acto de diagnosticar una enfermedad trasciende el mero señalamiento de una condición médica. Más bien, implica la introducción de un complejo proceso de adaptación y autodefinición. Este proceso busca establecer un modo particular de ser y actuar con el fin último de alcanzar ciertas formas de auto reconocimiento, identificación y constitución subjetiva. Todo esto converge en la construcción del concepto de “yo-saludable”, tal como lo plantea Faretta (2013). Esta noción no se reduce a un estado físico óptimo, sino que se



ramifica hacia un panorama social en el cual el individuo no solo busca equilibrar su salud biológica, sino también su inserción y adaptación adecuadas dentro del contexto social.

Siguiendo esta línea de pensamiento, Waitzkin (1979) ofrece una perspectiva enriquecedora: se podría argumentar que el proceso de lograr un “yo-saludable” está impregnado de elementos de negociación con las normas y expectativas sociales. Este proceso no es un simple cumplimiento de mandatos biomédicos, sino un acto complejo de negociación entre la biomedicina y el entorno social del individuo. Sin embargo, al examinar críticamente esta perspectiva, emerge una serie de preocupaciones. Los presupuestos que subyacen en la idea del “yo-saludable” y su consecuente enfoque en la autogestión pueden ser vistos como excesivamente individualistas y carentes de consideración por las condiciones sociales que rodean a las personas.

Al atribuir la responsabilidad principal al individuo para alcanzar la salud y el bienestar, se minimiza o incluso se pasa por alto el impacto de factores estructurales y cómo estos condicionan las decisiones y posibilidades en la vida de las personas. Estas diferencias en oportunidades y recursos pueden desempeñar un papel crucial en la capacidad de un individuo para lograr ese ideal de “yo-saludable”, lo que no significa que no se generen estrategias de parte de los adolescentes.

Recibir un diagnóstico de VIH implica incorporar un nuevo sentido, el de vivir con VIH. Esto no solo por el consumo del tratamiento, sino porque la atención biomédica implica que la persona se asuma como paciente/usuario del sistema de salud público, de aquí que convivir con el VIH pueda ser visto como un habitus (Faretta 2013). Esto implica, como con todo sentido práctico, que las personas toman decisiones, aciertan, se equivocan, reinterpretan y significan la condición de salud. Aunque lo dicho por el personal biomédico sigue teniendo gran relevancia en la configuración del padecimiento, los sentidos no se limitan, puesto que lo biomédico es una dimensión más de las muchas en las que el VIH aparece.

La perspectiva del diagnóstico social también revela cómo los significados atribuidos a vivir con VIH cambian con el tiempo y la trayectoria de vida del individuo. Para algunos adolescentes, el VIH no coincide con las construcciones sociales negativas y, a través de su experiencia en los servicios de salud y con sus pares, reconfiguran estos significados. La perspectiva del diagnóstico social también revela cómo los significados atribuidos a vivir con VIH cambian con el tiempo y a lo largo de la trayectoria de vida del individuo. Para algunos



adolescentes, el VIH no coincide con las construcciones sociales negativas y, a través de su experiencia en los servicios de salud y con sus pares, reconfiguran estos significados, desarrollando nuevas formas de afrontamiento y adaptación.

La adolescencia es una etapa crítica en la vida de estos jóvenes, y la experiencia de vivir con VIH rompe con las visiones adultocéntricas que ven esta etapa solo como un momento de cambios negativos. En lugar de ello, se debe reconocer que los adolescentes tienen la capacidad de reinterpretar y resignificar su condición de salud, utilizando sus recursos personales y sociales para construir una identidad que desafía los estigmas y las concepciones negativas del VIH. Esto muestra la resiliencia y la capacidad de los adolescentes para enfrentar y adaptarse a una condición crónico-degenerativa, redefiniendo su vida y sus relaciones en función de su experiencia única.

CONCLUSIONES

El estudio revela que el diagnóstico del VIH, tanto en su dimensión médica como social, es un momento determinante en la configuración de la identidad y el bienestar de los adolescentes. Este momento crucial marca el inicio de un proceso de reinterpretación de la salud y la normalidad, que afecta profundamente la manera en que los jóvenes se perciben a sí mismos y se relacionan con su entorno.

Desde una perspectiva médica, el diagnóstico del VIH implica la introducción de intervenciones biomédicas como el tratamiento antirretroviral y el seguimiento constante. Para los adolescentes diagnosticados durante la adolescencia, este momento constituye un punto de inflexión en su vida, en el cual deben adaptarse a nuevas rutinas y concepciones de salud. Por otro lado, aquellos que adquirieron el VIH por transmisión perinatal han normalizado, en gran medida, estas intervenciones desde una edad temprana, integrándolas como parte de su rutina diaria. Sin embargo, al llegar a la adolescencia, estos jóvenes deben recontextualizar esta rutina, comprendiendo y asumiendo su condición como una enfermedad crónico-degenerativa que les acompañará toda la vida.

El diagnóstico social, por su parte, implica la asimilación de la carga moral y social atribuida al VIH. Este proceso es continuo y se realiza en relación con las interacciones del adolescente



con su entorno, incluidos familiares, pares y personal de salud. Los jóvenes se ven obligados a gestionar cómo presentar su diagnóstico ante los demás, enfrentando los estigmas y prejuicios históricos asociados al VIH. Este proceso no siempre se alinea con el diagnóstico médico, especialmente en los casos de transmisión perinatal, donde la socialización inicial no distingue claramente entre salud y enfermedad.

La internalización de la condición de salud se realiza a través de la interacción social, y se ve influida por las concepciones históricas y culturales del VIH. Las emociones iniciales de tristeza, depresión y culpa, comúnmente reportadas por los adolescentes al recibir el diagnóstico, reflejan el impacto profundo que tienen las representaciones sociales del VIH en su percepción de sí mismos. Estos jóvenes deben navegar entre el temor al juicio y la discriminación, y la necesidad de construir una identidad que incorpore su condición de salud.

A medida que los adolescentes avanzan en este proceso, algunos logran reinterpretar su experiencia de vivir con VIH de manera más positiva. La relación con los servicios de salud y la interacción con sus pares permiten que muchos jóvenes reevalúen las construcciones sociales del VIH, llegando a ver su condición como una oportunidad para fortalecer su red de apoyo y establecer una nueva relación consigo mismos. La perspectiva biomédica, que promueve la idea de un “yo-saludable”, juega un papel importante en esta reconfiguración, aunque también plantea desafíos al centrarse en la autogestión de la salud, sin considerar plenamente los factores estructurales que influyen en las vidas de los adolescentes.

En resumen, la vivencia con el VIH entre los adolescentes es una experiencia multifacética que comienza con el diagnóstico médico y se complejiza con el diagnóstico social. La integración de estas dos dimensiones en la vida diaria de los jóvenes implica un proceso constante de adaptación y autodefinición, en el cual las intervenciones biomédicas y las interacciones sociales juegan roles cruciales. Este estudio subraya la necesidad de abordar tanto las dimensiones médicas como sociales del VIH para apoyar a los adolescentes en su camino hacia la construcción de una identidad resiliente y un bienestar integral.



REFERENCIAS

Adaszko, Ariel

2006, "De tomar pastillas a saberse viviendo con VIH/Sida. Trayectorias de vida y reflexividad de jóvenes que crecieron viviendo con VIH/Sida desde niños". Cuartas jornadas de Investigación en Antropología Social, :314-328.

Berger, Peter L. and Thomas Luckmann

1968, La construcción social de la realidad: Un tratado en la sociología del conocimiento. Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Bourdieu Pierre

1979, La distinción: Criterio y bases sociales del gusto. Taurus, España.

Bourdieu Pierre

2002, La "juventud" no es más que una palabra. En Sociología y cultura (pp. 163-173). México: Grijalbo, Conaculta.

Erviti, J., Sosa-Sánchez, I. A., & Castro, R.

(2010). Social Origin of Contraceptive Counseling Practices by Male Doctors in Mexico. Qualitative Health Research, 20(11), 1549-1562.

Faretta, F.

(2013). Aportes desde la antropología de la subjetividad al estudio de los procesos de salud-enfermedad-atención. VIH/SIDA y reconfiguraciones subjetivas dentro del espacio médico institucional. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social, Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Buenos Aires.

Goffman, E.

(1959). La presentación de la persona en la vida cotidiana. Amorrortu Editores.

Grmek, M. D.

(1990). Historia del sida. Fondo de Cultura Económica.

Hamui Sutton, L.

(2011). Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social. Cuicuilco, 18(52), 51-70. URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300005&lng=es&tlng=es (Consulta 03 de agosto de 2023).



Hernández Leyva, M., Piñeirúa Menéndez, A., Sosa Hernández, I. A., Gómez López, D. S., & Peña Sánchez, E. Y.

(2023). Integración del padecimiento en la vida cotidiana: VIH en adolescentes y adultos jóvenes que acuden a dos centros especializados de atención en la Ciudad de México. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(13), 160-173.

Kleinman, A.

(1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.

Kleinman, A.

(1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. Basic Books.

ONUSIDA.

(2018). *Prevención combinada del VIH: Guía para la planificación nacional y la programación integral del VIH*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Disponible en: <https://www.unaids.org>.

ONUSIDA.

(2023). *The role of HIV viral suppression in improving individual health and reducing transmission*. World Health Organization.

Recoder, M. L.

(2011). *Vivir con VIH-SIDA: Notas etnográficas sobre el mundo de la enfermedad y sus cuidados*. Editorial Biblos.

Sontag, S.

(1978). *Illness as metaphor*. Farrar, Straus and Giroux.

Sontag, S.

(1989). *AIDS and its metaphors*. Farrar, Straus and Giroux.

Sosa-Sánchez, I. A.

(2021). Embarazo y sexualidad adolescentes en México: una lectura desde el pánico moral y sexual. *Debate Feminista*, 57, e573.

Waitzkin, H.

(1979). *La medicina y la mente proletaria: La transformación de las ideas médicas en ideología dominante*. Siglo XXI Editores.



Marginación y tratamiento mercurial de la sífilis en el antiguo régimen: un esbozo histórico

Jorge Alejandro Laris Pardo

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo tiene como propósito proveer un esbozo histórico general de cómo la desigualdad social y la marginalidad de grupos vulnerables podía expresarse en el tratamiento mercurial de las bubas durante el Antiguo Régimen. Antes de continuar, es necesario hacer unos señalamientos generales que nos servirán de apoyo para interpretar correctamente los siguientes pasajes.

En primer lugar, es necesario comprender que en el Antiguo Régimen la desigualdad era comprendida como una parte inherente de la sociedad. Es decir, se asumió que era un componente esencial de cualquier organización política. La expresión más clara de esta ideología se observó en la estratificación del mundo social en estamentos jerarquizados de acuerdo a un modelo de sociedad heredado del medievo: encontraremos así a los aristócratas encargados de la guerra en la cima de la pirámide social, seguidos del estamento eclesiástico. Estos dos grupos se definían por los privilegios que los separaban del resto de la sociedad, estando en su fondo el tercer estado identificado por carecer de privilegios. Esto no significa, por supuesto, que dentro del propio tercer estamento no hubiese diferencias relativas a la riqueza económica, la afiliación gremial o la honorabilidad de la ocupación (Benassar 2001). Sobre este tema se han escrito numerosas páginas, y no conviene profundizar más en él para nuestros fines. Bastará tener presente siempre que, por más que en la perspectiva contemporánea la igualdad y la equidad son, o deberían ser, valores normativos de la conducta política, esta forma de pensar era ajena al mundo que estudiamos a continuación.



En segundo lugar, hablaremos del tratamiento mercurial de la Sífilis. Aquí, el rigor histórico nos obliga a hacer dos precisiones. Al estudiar testimonios de la historia de la ciencia, debemos siempre tener presente que tanto las enfermedades, como las sustancias que se usan para combatirlas y los propios tratamientos son conceptos fruto de los entramados de conjeturas compartidos por la comunidad médica de un momento y lugar determinado. Para nosotros, la Sífilis es una enfermedad provocada por la bacteria espiroqueta *Treponema pallidum*. Pero la teoría patogénica de las enfermedades no existió durante el periodo que analizaremos. Desde finales del siglo XV, se le entendió más bien como un veneno transmisible entre humanos y que se multiplicaba al interior del cuerpo. Esta conceptualización de algunas enfermedades, como la rabia o la peste tenía incipientes orígenes tanto en el propio Galeno, como en los médicos árabes del Medievo (Newman y Principe 1998; Nutton 1983). Más adelante, en el siglo XVIII, se usó con frecuencia la palabra *virus*, del latín *vir* o fuerza, para referirse a este tipo de agente (Ortiz Márquez 1770). Ello no es una mera curiosidad, resulta un aspecto fundamental para entender apropiadamente esta historia.

El entendimiento de la enfermedad repercute en las formas de diagnóstico, identificación de caracteres exteriores, síntomas y comprensión de la cura. Larga fue, por ejemplo, la discusión en el siglo XVIII sobre la relación de la gonorrea y la sífilis.¹⁷ Aunque la voz “Sífilis” data del siglo XVI, se conoció con varios nombres. Los más comunes culpaban a alguna población extranjera de la enfermedad. La más famosa fue *Morbo Gálico*, que estigmatizó a los franceses como los originarios de la enfermedad. Un mal ya identificado como de transmisión sexual, con todo el estigma negativo que esta asociación significaba. En contrapartida, algunos franceses le llamaron Mal Napolitano; fuera de Europa, Enfermedad Europea, en la India; o Úlcera de Cantón, en China (Crosby 1969). En la tercera década del siglo XVI, un médico francés propuso llamarle mal venéreo para evitar el estigma contra sus compatriotas (Béthencourt 1527). El desfile de nombres nos concientiza de que el uso político de estos no es una preocupación exclusiva de nuestra época (WHO 2015, 2020). Usaré la palabra *Bubas*, por ser frecuente su uso en el mundo hispano del Antiguo Régimen y también para cuidar las anteriores precauciones.

Según Béthencourt (1527), la enfermedad era una materia de contagio que se originaba a través de las relaciones sexuales. Se manifestaba inicialmente con la formación de úlceras en los genitales o en cualquier otra parte. En estas áreas, el veneno maligno

¹⁷ Dos síntesis de esta controversia a finales del siglo pueden consultarse en Foot (1792) y Adams (Adams 1795).



alteraba los humores corporales. La enfermedad se distinguía por la aparición de erupciones, tumores, ulceraciones y dolores intensos. Más que una enfermedad común, se asemejaba a una condición crónica con episodios recurrentes. Poseía la capacidad de permanecer inactiva durante años y reaparecer con tumores que se convertían en ulceraciones cuando menos se esperaba. Es suficiente entender que estas palabras concisas muestran que los médicos del siglo XVI no compartían nuestros criterios actuales sobre la enfermedad, pero eran personas inteligentes y observadoras, cuyos testimonios no deben ser desestimados sin consideración.

Acorde con lo anterior, el concepto de la enfermedad también alteraba la manera de comprender su remedio. El mercurio era un metal, su nombre, a su vez, tenía una fuerte carga conceptual. El nombre mercurio hace referencia también a un dios y a un planeta, todos los cuales están ligados en el imaginario alquimista. Los otros metales conocidos estaban también asociados de la misma manera, el oro con el sol, la plata con la luna, el hierro con marte, el estaño con venus, el plomo con júpiter. Por eso algunos preferían una palabra con menos carga alquimista para referirse a esta materia, como *argento vivo* o *azogue* (Eslava Galván 1987; Luanco 1889). En el sistema de la física aristotélica, además, los medicamentos tenían cualidades manifiestas ligados a los cuatro elementos: los fríos y secos, retenían; los fríos y húmedos, expelían y repercutían; los calientes y secos atraían y quemaban; los calientes y húmedos, cocían y digerían. Se discutió si el mercurio era cálido (Barrios 1607; García 1677; Kircher 1664; Monardes 1574) o frío, esta última fue la opinión prevaleciente (De Cárdenas 1591; Paracelsus 1533; Sosa Sotomayor 1605). Aunque, si el mal venéreo era un veneno, lo natural fue pensar que el mercurio en realidad curaba porque era su *antídoto*. *Alexifármaco* fue una palabra preferida en el siglo XVI para referirse a esta “cualidad oculta” del mercurio, y *específico* fue una voz más popular en los siglos posteriores (con algunos cambios en las denotaciones del vocablo) (Laris Pardo 2022).

Como última precaución, debo dejar en claro que, como historiador, no me importa probar que el mercurio curara o no la Sífilis: este trabajo se los encargo a los médicos contemporáneos. Será, claro, tarea ardua y difícil si entendemos que ni por la Sífilis ni por su tratamiento se entendían los mismos conceptos que nosotros usamos hoy en día. El médico e historiador Goldwater (1972) juzgó al tratamiento mercurial como la más colosal farsa de la historia. O’Shea (1990), más comprensivo, sostuvo que en el laboratorio el mercurio mata espiroquetas y limpia sus lesiones cutáneas, además de que induce reacciones Jarisch-Herxheimer. La materia permanece en las sombras, por las implicaciones éticas de hacer los



estudios clínicos que serían necesarios para zanjarla (Ambros 2016; Peeling and Hook 2006). Cómo sea, debo enfatizar la persistente insistencia entre los antiguos médicos en los efectos analgésicos del mercurio (Brest 1735; Calvo 1591; Ruy Díaz en Fernández Morejón 1846; López de Villalobos 1886; Mercado 1609; Rushworth 1719; Vidós y Miró 1698; Vigo 1514).¹⁸ Lo interesante para esta historia, es que mucha gente sí creía que el mercurio curaba las bubas y, por lo tanto, lo usaban. Nuestro propósito es estudiar cómo estos usos podían expresar las situaciones de marginalidad de los pacientes.

Con este propósito en mente, he dividido el ensayo en cuatro apartados, cada uno correspondiente a una problemática del tratamiento relacionada con condiciones de marginación. Estas problemáticas incluyen las prácticas vulgares y el uso de la coerción social para “pasar” las Bubas, la existencia de recetas mercuriales más caras que otras, disponibles para la población más acaudalada, la experimentación de nuevos remedios mercuriales en poblaciones marginadas y la persistente práctica de las fumigaciones mercuriales en los hospitales de la época. El propósito no es ofrecer una relación exhaustiva de cada una de estas problemáticas, sino simplemente poner sobre la mesa que existieron y tuvieron consecuencias en la vida de al menos algunas personas. Al hacerlo, se señalan vetas abiertas para que futuras investigaciones históricas profundicen en ellas.

COERCIÓN SEXUAL PARA “PASAR” LA SÍFILIS: UNA PRÁCTICA VULGAR

Hemos mencionado que las concepciones que las personas tienen sobre una enfermedad influyen en cómo perciben su curación. Esto afecta tanto a los tratamientos médicos oficiales como a los empleados por curanderas u otras formas populares de búsqueda de la salud. Es importante tener en cuenta que la medicina facultativa del Antiguo Régimen enfrentaba serios desafíos metodológicos para determinar una cura. Esto ha llevado a varios historiadores a sospechar que la ventaja en términos de eficacia curativa de la medicina facultativa frente a la tradicional o popular era bastante estrecha durante la Edad Media (Henry 1991).

¹⁸ En este punto coincido con Swiderski (2009).



De hecho, una herencia de la Edad Media fue la institución de los protomedicatos. Estas instituciones tenían como objetivo sancionar la práctica médica oficial frente a la no oficial. El ejercicio de la autoridad estatal pudo haber sido especialmente necesario debido a la dificultad práctica de determinar qué tradición curativa era superior (Fresquet Febrer 2002; González de Fauve y Forteza 2001; López Pérez 2010). Sin embargo, no debemos sobreestimar el impacto que estos protomedicatos pudieron tener sobre las prácticas curativas. Es difícil considerar que los métodos de curación oficiales tuvieran una amplia difusión territorial. Es importante tener en cuenta que, durante el Antiguo Régimen, la proporción de médicos autorizados por el protomedicato era muy baja en general en las sociedades europeas (Henry 1991). En este sentido, es de esperar que prevalecieron las formas tradicionales de curación y los remedios populares por sobre los facultativos. Las divisiones impuestas por este esquema ideal, sin embargo, no fueron totales y el mercurio no tardó en ser adoptado en estos tres niveles como un remedio para las Bubas desde principios del siglo XVI (León 1605).

En América la falta de facultativos se acentuó aún más, debido a que solo hubo tres universidades que otorgaron títulos de medicina durante la mayor parte de este período y a la centralización de las funciones del protomedicato en las capitales virreinales; sin mencionar la diferencia cultural que existía entre los colonizadores españoles y los grupos indígenas, que entre ellos mismos eran sumamente diversos (Lastres 1951; Risse 1987; Rodríguez Sala *et al.* 2016). Pero ya fuera por la escasez de médicos, el escepticismo hacia ellos, la diversidad cultural u otras razones, el tratamiento mercurial de las bubas por parte de curanderos o “romancistas” era común. Esto se refleja en las obras de los médicos del siglo XVI, que una y otra vez criticaban que la mala reputación del empleo del mercurio en la medicina se debía al mal uso que hacían los curanderos de él «sin método», en comparación de la ordenada praxis de los médicos facultativos.

En efecto, los médicos facultativos se esforzaban no solo por desacreditar a su competencia, sino también por defender la suya propia. En particular, muchos se expresaron contra la participación de las mujeres curanderas en este arte, tildándolas de ignorantes o hasta hechiceras (Díaz 1575; Laguna 1555; Petit 1730; Villacastín 1687). Ahora bien, entre todos estos testimonios, quizás ninguno sea más descorazonador que el que nos dejó Pablo Petit desde su experiencia en Perú. Fue un médico francés que se estableció en Lima en el siglo XVIII.



Él sostuvo que existía la creencia popular en Lima de que la materia de la enfermedad venérea se podía eliminar si se transmitía a otra persona. Como una especie de juego de “las traes”. Esto llevó a la desagradable y lamentable práctica de emplear prostitutas o incluso recurrir a la coerción sexual para “transferir” la enfermedad de un cuerpo a otro. El médico desaprobó por completo esta práctica y la adjudicaba a la ignorancia del vulgo.

He visto desde que estoy en esta tierra, una infinidad de personas de distinción, y otros, que están llevados de este error, que me han asegurado, que esto podía suceder, y que para más seguridad se debía preferir, entre dos mujeres sanas, una negra, y otra blanca, bien puede ser esta una de las principales razones, por las cual hay aquí tantas, y tan diferentes especies de gentes, y lo que más me confirma en este dictamen, es que he visto más de diez negritas, desde ocho años hasta diez y once, que tenían llagas y purgaciones y cuatro de ellas solo tenían esta ponzoñosa en la entrada o labios de la bula, por las muchas preguntas, que les hice a estas criaturas, conocí que hombres habían intentado el coito con ellas (Petit, 1730 Capítulo 2).

Sus duras palabras nos dejan vislumbran la compleja interacción en las prácticas populares entre las ideas del contagio, el color de la piel, el abuso sexual de varones hacia mujeres y la posición social. Los agresores parecían ser varones de todas las clases sociales, buscando mujeres blancas y negras, pero sobre todo sacando provecho de la situación de marginación social en que vivían aquellas niñas de piel oscura para abusar sexualmente de ellas y “pasarles” la enfermedad en un intento desesperado por sanarse ellos mismos y sin demostrar interés por la salud de aquellas.

RECETAS POPULARES Y RECETAS DE LUJO DE LOS UNGÜENTOS MERCURIALES

Durante el Antiguo Régimen, la forma más común de administrar los tratamientos mercuriales fue a través de unciones y ungüentos. La distinción entre ambos radicaba en la base utilizada. Las unciones, compuestas de aceite, se caracterizaban por su consistencia líquida y corrediza, facilitando su aplicación sobre la piel afectada. Por otro lado, los ungüentos, elaborados con manteca, tenían una textura más espesa y en general fueron preferidos por los médicos. Se



creía que la principal diferencia en las bases radicaba en que podían facilitar o retrasar la absorción del mercurio en el cuerpo del paciente.

Hubo debates significativos sobre la dosificación de estos tratamientos, así como su eficacia. Durante el siglo XVI, surgieron discusiones acaloradas sobre la cantidad adecuada de unciones y ungüentos que se debían aplicar, así como si esta dosis debía variar según el temperamento, la edad, el peso y la constitución de cada individuo. En el siglo XVII, estas prácticas fueron objeto de críticas por parte de los defensores de la naciente medicina química, también conocida como Misoquímica. Sin embargo, en el siglo XVIII, se percibe un cambio de opinión en los testimonios históricos y se volvió a favorecer el uso de unciones y ungüentos en general (Laris Pardo 2022).

Una de las recetas más comunes empleadas durante estos trescientos años fue la del ungüento terciario, compuesto por una parte de azogue y dos partes de manteca de cerdo. Esta fórmula solía ser enriquecida con diversos ingredientes adicionales. Sin embargo, cabe destacar que la inclusión de estos ingredientes no siempre tenía como objetivo mejorar la eficacia del medicamento, sino más bien mitigar los efectos adversos conocidos del mercurio en la salud.

En estas circunstancias, surge la posibilidad de que las variaciones presentes en las distintas recetas respondan a distintas clasificaciones de los medicamentos en términos de calidad o precio. Esta conjetura no sería más que especulativa si no contáramos con el testimonio explícito de Esteyneffer, un padre jesuita de finales del siglo XVII y XVIII que escribió una farmacopea en México. En esta obra, Esteyneffer procuró utilizar recetas con ingredientes locales para asistir a los padres en su labor evangelizadora en tierras lejanas. Nos presentó dos recetas. La primera se hacía con ocho onzas de enjundia de marrano, dos de manteca de vaca, aceite de laurel, eneldo y manzanilla, de a una onza y media cada uno, dos onzas y media de ungüento de altea, finalmente, tres onzas y media de azogue. “Para los ricos”, añadió “se le puede añadir teriaca una onza; polvo de canela, nuez moscada, clavos, de cada uno, lo que pesa un tomín; ámbar gris, y almizcle fino, lo que pesan dos granos de trigo; meneado y incorporado” (Esteyneffer 1712: 300). No todos los autores de los libros de medicina de estos siglos tienen la honestidad de Esteyneffer de hacer explícita la distinción en el poder adquisitivo en la preparación de los medicamentos, pero este caso ejemplifica bien que el caudal era un elemento importante al considerar el tratamiento que se le daba a un paciente.



PRÁCTICA Y EXPERIMENTACIÓN MÉDICA CON MARGINADOS

Hipócrates, hace ya dos milenios y medio, enseñó a sus discípulos que la vida es corta, el contenido de la disciplina médica es extenso y la experimentación en esta materia es peligrosa. Este sabio refrán, que advertía a los estudiantes sobre la importancia de estudiar detenidamente las enseñanzas de sus predecesores y la precaución al experimentar con nuevos remedios, probablemente influyó en la actitud conservadora que durante siglos caracterizó a la comunidad médica hacia los nuevos tratamientos.

En Europa, a finales del siglo XV, con la aparición de la sífilis, el mercurio se convirtió en un medicamento común en la medicina occidental. Las obras de los médicos árabes habían difundido su uso para enfermedades cutáneas y liendres mediante unciones y ungüentos (Goldwater 1972). A pesar de la popularidad creciente del mercurio, los médicos del siglo XVI mostraron precaución en su uso, influenciados por los testimonios clásicos que advertían sobre la peligrosidad de este elemento para la salud humana. En este sentido, durante la primera mitad del siglo XVI, se tuvo especial cuidado en no administrar mercurio internamente.

Sin embargo, esto no impidió la experimentación con diferentes preparados de mercurio. Uno de los más famosos fueron los polvos de Juanes, difundidos por Juan de Vigo a finales del siglo, que se aplicaban externamente y tenían propiedades cáusticas para tratar chancros y otras erupciones cutáneas (Astruc 1740). Aunque raramente se administraban internamente, algunos médicos defendían esta práctica, a pesar de las críticas de figuras como Falopio (1563).

A finales del siglo XVI se inició un cambio en la actitud hacia el uso interno del mercurio, con la sublimación repetida del preparado mercurial conocido como solimán para disminuir su toxicidad. Por medio de este proceso, con profundas raíces en la alquimia de finales del Medioevo, se desarrolló un nuevo preparado de mercurio, menos corrosivo que el primero, identificado en el siglo XVII como *Aquila Alba* en las farmacopeas y, posteriormente, mejor conocido como calomelano (Urdang 1948). Este proceso fue paralelo a la popularización de la escuela Misoquímica a principios del siglo XVII. La fama de esta escuela se vio impulsada por la obra de Jean Beguin (1615), un importante difusor de sus ideas y recetas.

Los misoquímicos, a diferencia de lo que a veces se cree, no despreciaban por completo las enseñanzas de los médicos antiguos, pero consideraban que la experiencia era un pilar



necesario para el avance de la ciencia médica. De hecho, hoy en día se sabe que la diferencia entre los misoquímicos y los médicos más ortodoxos era, en la práctica, muy poca (López Pérez 2010; Moran 2005; Newman 2006; Schneider y Debus 1972).

Es plausible que los médicos tuvieran una mayor disposición a experimentar con los marginados, especialmente con los esclavos. La esclavitud estaba lejos de convertirse en una práctica particularmente ensañada con la población de piel negra, como sugiere el censo de 1639 de España que revelaba que la mitad de los esclavos en la península provenían de los territorios del Imperio Otomano y la otra mitad del África Subsahariana (Benassar 2001). Sin embargo, en América la esclavitud sí se asoció mucho más a la población africana. En Ciudad de México, Joan de Barrios, uno de los primeros médicos del siglo XVII en administrar polvos de Vigo internamente, nos ofreció un ejemplo intrigante de esta práctica. Confesó que la primera vez que experimentó con estos polvos fue en el parían de Veracruz, en condiciones opacas, y luego en una mulata propiedad del padre Arriaga en la ciudad de México (Barrios 1607). Es posible, pero inverificable, que Barrios haya accedido a atenderla con un tratamiento que él consideraba “novedoso” a cambio de no cobrarle la consulta. El pasaje nos recuerda, nuevamente, de la compleja relación que había entre raza, marginalidad y acceso a la medicina en el siglo XVII.

FUMIGAR CON MERCURIO EN HOSPITALES REALES

Desde la época clásica, una forma tradicional de administrar medicamentos fue a través de sahumeros, palabra arcaica que significa fumigaciones. En el caso del mercurio, se emplearon varias técnicas para su administración. Según Barrios (1607), la única diferencia con los tradicionales es que eran venenosos. Una de las formas más comunes de darlos consistía en utilizar pastillas de cinabrio, que se quemaban en un espacio cerrado para dispersar el mercurio en forma de humo en el ambiente. Se creía que el mercurio volatilizado penetraba más fácilmente los poros de la piel, permitiendo su contacto directo con el veneno.

Como el tratamiento mercurial en general, la fumigación adquirió tal difusión en el siglo XVI que era utilizado por la gente común sin consultar directamente con los facultativos. Andrés de León observó, médico que acompañó a las tropas del Duque de Alba en la invasión de Portugal, observó que unos soldados amasaban azogue con balas de plomo y las arrojaban



a las fogatas para curarse las Bubas “decían que hacía milagros”, comentó sarcásticamente, “los cuales fueron, que mató a los que tomaron los dichos humos” (León 1605: 99).

Como se aprecia, León sabía bien que esta forma de administración era extremadamente peligrosa. Mientras que en su forma natural el mercurio tiene una baja tasa de absorción intestinal (0.01%), la absorción pulmonar ronda en torno al 80% (Blesa y Castro 2015). El uso de sahumeros de mercurio, de hecho, parece haberse reducido mucho en el siglo XVII con respecto a la anterior centuria. Astruc (1740), en su famosa historia de la enfermedad, pensó que desde 1600 se habían abandonado por completo. No obstante, se siguieron recomendando por autores como Torre Valcárcel (1715), o muy influyentes como Lémery (1675), y en 1698 se menciona su uso en el Hospital Real y General de Nuestra Señora de Gracia en Aragón (Vidós y Miró 1698).

Su uso en los hospitales se debía a que permitían administrar el mercurio a un gran número de pacientes con poco gasto de insumos y mano de obra. La aplicación de unciones con mercurio era arriesgada para los médicos, quienes estaban expuestos al peligro de la intoxicación. Este riesgo, como señaló Ramazzini (1713), era el mayor al que se enfrentaban los médicos y solo podía prevenirse parcialmente con el uso de guantes. Pero la mejor técnica preventiva era transferir el riesgo al desaventajado asistente. Estas tres razones: suministración masiva, ahorro de insumos y seguridad para los administradores justificaron su continuo uso en algunos hospitales.

El médico Lalouette (1776) de la Facultad de Medicina de París propuso una alternativa más segura para las fumigaciones de mercurio. Sugirió utilizar polvos mercuriales simples en lugar de pastillas de cinabrio cargadas de humos sulfúreos y arsénicos. Recomendó una exposición breve al vapor mercurial, controlada mediante un tubo y diseñó una máquina que permitía tratar a varios pacientes a la vez en el hospital, en línea con el incipiente espíritu industrial de su época. A pesar de sus esfuerzos, no todos sus contemporáneos compartieron su opinión. Peter Clare (1781) no encontró ninguna ventaja en estas técnicas, mientras que John Howard (1782) consideraba los sahumeros de mercurio como un remedio eficaz, pero no superior a otros estimulantes mercuriales. A pesar de su peligrosidad, los sahumeros continuaron siendo utilizados en los hospitales por su conveniencia práctica y económica, aunque esperemos que futuros trabajos clarifiquen el alcance de su difusión en estas instituciones.



CONCLUSIONES

He aquí un esbozo histórico sobre cómo la marginalidad influyó en el tratamiento mercurial de las Bubas durante el Antiguo Régimen, especialmente en el contexto hispano. Sin embargo, este escrito se ha limitado a abordar esta problemática de manera general. Hemos observado que factores como la clase social, la etnia y el género jugaron un papel en la forma en que se accedía al tratamiento o incluso en cómo se contraía la propia enfermedad. Por ejemplo, la riqueza permitía acceder a mejores medicinas. Aunque es probable que estas no curaran mejor la enfermedad, al menos ayudaban a sobrellevar los inconvenientes causados por el azogue. Lamentablemente, algunas prácticas populares parecen haber incentivado los crímenes sexuales dirigidos hacia poblaciones vulnerables. Además, la marginación dificultaba el acceso a médicos especializados. El uso de un remedio tan peligroso como el mercurio sin la supervisión de un experto condujo a accidentes lamentables. La condición de marginación del paciente también afectó la disposición del médico para la experimentación peligrosa. En los hospitales, que a menudo atendían a las poblaciones más vulnerables, las circunstancias económicas precarias parecen haber incentivado las fumigaciones, el tratamiento mercurial más peligroso de la época. Futuros trabajos podrían arrojar luz sobre cada una de estas áreas de estudio.

REFERENCIAS

Adams, Joseph

1795 [1807], *Observations on Morbid Poisons, Chronic and Acute. Second Edition.* Imprenta de J. Callow.

Ambrose, Charles T.

2016, "Pre-Antibiotic Therapy of Syphilis", *Microbiology, Immunology, and Molecular Genetics Faculty Publications*, 83: 6-7.

Astruc, Jean

1740 [1772], *Tratado de las enfermedades venéreas*, Imprenta de Pedro Marín, Madrid.



Barrios, Juan de

1607, *Verdadera medicina, cirugía, y astrología*. Fernando Balli, Madrid.

Beguín, Jean

1615, *Les elemens de Chymie, de maistre Jean Beguin Avmosnier du Roy*, Impresa en Mathiev le Maistre.

Benassar, Bartolomé

2001, *La España de los Austrias 1516-1700*, Crítica.

Béthencourt, Jacques

1527 [1871], *Nouveau carême de pénitence et purgatoire d'expiation*. Chez Masson et Fils, Paris.

Blesa, Miguel A., y Gerardo D. Castro

2015, *Historia natural y cultural del mercurio*, Asociación Argentina para el Progreso de las Ciencias, Buenos Aires.

Brest, Vincent

1735, *Dissertation sur l'usage du Mercure dans les Maladies Veneriennes, et autres*. Imprinta de Spittlefields.

Calvo, J.

1591, *Libro de medicina y cirugía*. Laume Cendrat.

Clare, Peter

1781, "A Treatise on Gonorrhea", En *Observations on the Nature and Treatment of the Variolous Abscess with Remarks on the Modern Practice of Inoculation*. Peter Clare, London.

Crosby, Alfred

1969, "The Early History of Syphilis a Reappraisal", *American Anthropologist*, 71(2): 218-227.

De Cárdenas, Juan

1591, *Primera parte de los problemas y secretos maravillosos de las indias*, Casa de Pedro Ocharte, México.

Díaz, Francisco

1575, *Compendio de cirugía*. Casa de Pedro Cosín, Madrid.



Eslava Galván, Juan

1987, *Cinco tratados españoles de alquimia*, Technos, Madrid.

Esteyneffer, Juan de

1712, *Florilegio medicinal*. Herederos de Juan José Guillena Carrasco.

Falopio, Gabrielis

1563, *De Morbo Gallico Liber Absolutissimus*, Apud Lucam Bertellum et socios.

Fernández Morejón, Antonio

1846, *Historia bibliográfica de la medicina española. Tomos I y V*. Imprenta de la viuda de Jordán e hijos, Madrid.

Foot, Jesse

1792, *A complete treatise, on the origin, theory, and cure of the Lues Venerea*, Imprenta de Thomas Becket.

Fresquet Febrer, José Luis

2002, "La práctica médica en los textos quirúrgicos españoles en el siglo XVI", *Dynamis. Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam*, 22: 251-277.

García, Mathias

1677, *Disputationes medicinae selectae in duas partes distributae*, Sumptibus Petri Bovrgeat.

Goldwater, Leonard John

1972, *A History of Quicksilver*, York Press.

González de Fauve, María y Patricia de Forteza

2001, "Ética médica y mala praxis en Castilla: Una visión realista del quehacer profesional (siglos XIV-XVI)", en María Estela González de Fauve (ed.), *Ciencia, poder e ideología. El saber y el hacer en la evolución de la medicina española (siglos XVI-XVIII)*, Instituto de Historia de España «Claudio Sánchez-Albornoz», Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires: 13-59.

Henry, John

1991, "Doctors and healers: Popular culture and the medical profesión", *Science, culture and popular belief in Renaissance Europe*, Manchester University Press: 191-222.



Howard, John

1782, *A Treatise on the Medical Properties of Mercury*, Imprenta de Longman y Caldwin, London.

Kircher, Athanasius

1664, *Mundi Subterranei. Tomus II*, Apud Johannem Janssonium, Amsterdam.

Laguna, Andrés de

1555, *Pedacio Discorides Anazerbeo, acerca de la materia medicinal, y de los venenos mortíferos*, Casa de Juan Lation.

Lalouette, Pierre

1776, *Nouvelle Méthode de Traiter les Maladies Vénériennes, par la Fumigation*, Imprenta de Merigot, Paris.

Laris Pardo, Jorge Alejandro

2022, “La revolución permanente de las ciencias y el mercurio en la Modernidad Temprana”, tesis, El Colegio de México. Centro de Estudios Históricos, Ciudad de México. URL: <https://hdl.handle.net/20.500.11986/COLMEX/10026426>

Lastres, Juan B.

1951, *Historia de la Medicina peruana. II La medicina en el virreinato*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Lémery, Nicolas

1675, *Cours de Chymie*, Chez L'Autheur, Paris.

León, Andrés de

1605, *Práctico de Morbo Gallico*, Impreso por Luis Sánchez, Valladolid.

López de Villalobos, Francisco

1886, *Algunas obras del Doctor Francisco López de Villalobos*, Sociedad de Bibliófilos Españoles.

López Pérez, Miguel

2010, “Novatores or Alchemists? A Spanish Historiographical Problem”, en Miguel López Pérez, Didier Kahn and Mar Rey-Bueno (eds.), *Chymia. Science and Nature in Medieval and Early Modern Europe*, Cambridge Scholars Publishing, Newcastle: 331-366.



Luanco, José Ramon de

1889, *La Alquimia en España. Escritos inéditos, artículos y apuntamientos que pueden servir para la historia de los adeptos españoles. Tomos I y II*, Imprenta de Javier Giró Cortes, Barcelona

Mercado, Luis

1609, *Praxis Medica*, Apud Bernardum Iuntam, Ioan Bapt. Cittum, y Socios.

Monardes, Nicolás

1574, “Del diálogo del hierro, y de sus grandezas” En *Primera y segunda y tercera partes de la historia medicinal de las cosas que se traen de nuestras indias occidentales que sirven en medicina*, Casa de Alonso Escrivano, Sevilla.

Moran, Bruce

2005, *Distilling Knowledge, Alchemy, Chemistry and the Scientific Revolution*, Harvard University Press, London.

Newman, William

2006, *Atoms and Alchemy. Chymistry and the Experimental Origins of the Scientific Revolution*. University of Chicago Press, Chicago

Newman, W. R., y Principe, L. M.

1998, “Alchemy vs Chemistry: The Etymological origins of a Historiographic Mistake¹”, *Early Science and medicine*, 3(1): 32-63.

Nutton, Vivian

1983, “The seeds of disease: An explanation of contagion and infection from the Greeks to the Renaissance”, *Medical History*, 27(1): 1-34.

Ortiz Márquez, A.

1770, *Disertación y compendio físico, médico-práctico de los usos y virtudes medicinales del azogue*. (Manuscrito, Real Academia Nacional de Medicina).

O'Shea, J. G.

1990, “Two minutes with Venus, two years with mercury—Mercury as an antisyphilitic chemotherapeutic agent”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83(6): 392-395.

Paracelsus, Theophrastus von Hohenheim

1533 [1996], “On the Miners’ Sickness and Other Miners Diseases”, En H. E. Sigerist (Ed.), *Paracelsus. Four Treatises*, Kindle ed., The Johns Hopkins University Press.



Peeling, Rosanna and Edward Hook

2006, "The pathogenesis of syphilis: The Great Mimicker, revisited", *The Journal of Pathology*, 208(2): 224-232.

Petit, Pablo

1730, *Breve tratado de la enfermedad venérea, o Morbo Gálico*, Imprenta de Calle Real de Palacio, Lima.

Ramazzini, Bernardino

1713 [2012], *Tratado sobre las enfermedades de los trabajadores* (2.ª ed.), Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, Asociación Instituto Técnico de Prevención.

Risse, Guenter

1987, "Medicine in New Spain", en Ronald L. Numbers (ed.), *Medicine in the New World. New Spain, New France and New England*, The University of Tennessee Press, Knoxville: 12-63

Rodríguez Sala y Muro, María Luisa; Graciela Zamudio, Verónica Ramírez, Horacio Adel, Adrian Gutiérrez Álvarez del Castillo, Tania Pineda, y Cristina Sámano

2016, *Médicos en la Nueva España Ilustrada 1780-1809. Roles y redes sociales*, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Rushworth, John

1719, *The Case of the Late Kames Keil, Dr. Of Physick represented by John Rushworth of Northampton, Surgeon*. Imprenta de Rob. Shippen, Oxford.

Schneider, W., y Debus, Allen

1972, "Chemiatry and Iatrochemistry", En *Science, Medicine and Society in the Renaissance. Essays to honor Walter Pagel: Vol. I*, Science History Publications, Heinemann Educational Books, Universidad de Minnesota: 141-151.

Sosa Sotomayor, Juan de

1605, *Tractatus Secundus an Unctio Argenti Vivi in Lue Venerea capiti sit administranda sicut caeteris membris*, Apud Clemente Hidalgo, Sevilla.

Swiderski, Richard

2009, *Calomel in America. Mercurial panacea, War, Song and Ghosts*. Brown Walker Press, Universal-Publishers.



Torre Valcárcel, Juan de la.

1715, “Tratado del Morbo Gálico”, en *Espejo de la Philosophia y compendio de toda la medicina, teórica, y práctica*, A costa de Francisco Picart.

Urdang, George

1948, “The Early Chemical and Pharmaceutical History of Calomel”, *Chymia*, 1: 93-108.

Vidós y Miró, Juan de

1698, *Primera parte de medicina y cirugía racional y espagírica*. Impresa por Julián Paredes, Zaragoza.

Vigo, Giovanni

1514 [1537], *Libro o práctica en cirugía del doctor Juan de Vigo traducido por Miguel Juan Pascual: Vol. V*, Sin Imprenta.

Villacastín, A. de.

1687, *La química despreciada*. Imprenta de la Santísima Trinidad.

World Health Organization (WHO)

2015, WHO *Issues best practices for naming new human infectious diseases*, World Health Organization, 8 de mayo de 2015. URL: <https://www.who.int/news/item/08-05-2015-who-issues-best-practices-for-naming-new-human-infectious-diseases#:~:text=The%20best%20practices%20state%20that,disease%20manifests%2C%20who%20it%20affects%2C>

World Health Organization (WHO)

2020, *Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it*, World Health Organization, 11 de febrero de 2020.



La vacuna contra el virus del papiloma humano: una dicotomía de cuidado a la salud sexual y reproductiva

Marcela López Pacheco

INTRODUCCIÓN

Cuando se piensa y se habla del Virus del Papiloma Humano (VPH), tres elementos aparecen de manera común en el imaginario individual y colectivo: cáncer, muerte y vacuna. En la actualidad, distintos campos de conocimiento como la medicina, la epidemiología, la salud pública, la psicología, la sociología y la antropología han aportado información que permiten comprenderla en su complejidad. Desde un enfoque multidisciplinario, el VPH es una infección de transmisión sexual de complejas aristas que incita a una reflexión constante, pues no es solo un evento fisiológico, es una experiencia social y contextual que afecta los cuerpos y la percepción de quien la contrae.

A pesar de que es un padecimiento común (alrededor del 90% de la población a nivel mundial la ha tenido, la tuvo o la tendrá), aún sigue cargada de significados que dominan el imaginario y las creencias individuales y colectivas sobre su transmisión y desarrollo, a partir de las cuales se generan estrategias de prevención y atención primarias, como las pruebas de tamizaje (papanicolaou y colposcopia), la enunciación de las conductas de riesgo y, por supuesto, la vacunación. Desde el enfoque de la salud sexual y reproductiva, los discursos que se reproducen sobre las conductas sexuales de mujeres y hombres encuentran contrapeso en la vacunación, una medida sostenida sobre dos pilares antagónicos: la noción de *riesgo y confianza*, donde el primero es el incentivo de resolución ante la posibilidad de contraer el VPH, mientras que el segundo se traduce en la anulación de esta posibilidad, en una decisión de certeza. No obstante, aunque hay un margen de



confianza que se traduce en una garantía de seguridad y protección a la salud, los casos reportados como efecto colateral post vacuna, cuestionan estos principios.

Desde esta ambivalencia de significados y realidades que aparecen en torno a la vacuna contra el VPH, me propongo con este escrito reflexionar sobre el sentido de seguridad, bienestar, derecho y salud que se atribuye a la vacunación contra el VPH desde el marco de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y LA VACUNA: ORIGEN DE UNA REFLEXIÓN

Estudiar odontología desde hace algunos meses se convirtió en el objetivo de Sofía, una adolescente que como muchas otras se dedicó a estudiar y lograr tal propósito. Un día me escribió para compartirme la noticia de que había sido aceptada en la universidad; felizmente le manifesté mi alegría, la cual iba acompañada de una exhortación a disfrutar de su proceso de aprendizaje y formación que iniciaría, pero también, a no perderse en el adoctrinamiento académico que la alejaran de la conciencia, de la capacidad crítica y analítica, y del compromiso social y profesional que estaba adquiriendo.

Una semana después, estas advertencias tuvieron su primer reto, pues como parte de las estrategias formativas, las autoridades universitarias y el personal académico solicitaron a las estudiantes de nuevo ingreso contar con su cartilla de vacunación completa, en la que se incluye la vacuna del VPH, bajo el discurso de que ya eran parte del personal de salud y que estaban en riesgo de contraer alguna infección. Al escuchar tal argumento, no fue difícil pensar en que era una forma de captar población cautiva que, en su momento y por distintos motivos, no se había vacunado contra este virus, acorde a lo establecido por la política pública. Pero peor aún, desde mi propia lectura, esto significaba también una intromisión y búsqueda de control sobre los cuerpos y la sexualidad de estas adolescentes en formación, pues la vía de transmisión de esta infección en específico, es únicamente sexual, por lo que este discurso de la prevención, cuidado y protección a la población estudiantil, me pareció un tanto fútil, pues este virus no se adquiere por el contacto cercano con otra persona como la influenza o el COVID-19, o por lesiones causadas por un mal manejo del instrumental a



través del cual pueden contraer tétanos, o incluso el VIH, por la posible exposición y contacto con sangre contaminada.

Desde entonces, hay una constante reflexión sobre las estrategias salubristas utilizadas por el sector salud para insertar la vacunación contra este virus en las distintas esferas sociales y académicas, basadas en discursos de protección que en sí mismos son también un tanto coercitivos. Sin embargo, detrás de estas presiones sociales, a través de la academia y la atención a la salud, dos ámbitos poco cuestionados, hay una anulación del derecho a decidir sobre los propios cuerpos y la propia salud, así como la negación de posibles efectos colaterales como los que aparecen en el perfil de Facebook *Afectadas México Virus del Papiloma Humano*, tema central de mi tesis doctoral, en el que se recopilan testimonios de niñas, adolescentes y mujeres jóvenes que, tras ser inoculadas con esta vacuna, presentaron afectaciones físicas agudas y crónico-degenerativas.

Si bien hace unos días no sabía cómo empezar el tejido de este texto, después de conocer la historia de esta adolescente, las ideas se volvieron más claras: era necesario dar continuidad a una vieja discusión sobre la vacuna del VPH que inicié ya hace cinco años con un trabajo de investigación doctoral y que, al lograr el producto final esperado, estas reflexiones quedaron en pausa. Anterior a este escenario académico, como muchas mujeres confiaba en que todo acto, mecanismo y estrategia médica anteponía la salud de las personas. Entre la confianza y el dominio acerca de la ciencia que la vuelven incuestionable, llegó a mí, azarosamente y por orientación de una amiga, información sobre casos que, lejos de resultar beneficiados por la aplicación de la vacuna contra el VPH, presentaron afectaciones importantes que fueron evolucionando a niveles de cronicidad y agudización. De inmediato resultó un tema interesante que merecía ser investigado, pero también complejo en muchas dimensiones que van desde lo profesional y académico, hasta lo personal, pues un sujeto aun en su papel de investigador, nunca deja de ser ese sujeto vulnerable que, como cualquier otra persona, está expuesto al desarrollo de enfermedades, sea cual sea su origen.

Así entonces, me propuse investigar sobre estos casos atípicos, sin dimensionar cuánto cambiaría mi realidad y mis ideas sobre el abordaje y las estrategias de prevención de enfermedades. Visitar el perfil de Facebook *Afectadas México Vacuna Virus del Papiloma Humano* significó un ancla académica, ética y profesional, pero implícitamente también fue una forma distinta de ver y comprender el ámbito médico y de la prevención dentro de una realidad llena de contrariedades que requería una constante reflexión.



Situarte frente a casos afectados en sus habilidades y capacidades motrices, intelectuales, neurológicas e inmunológicas, incentiva la aparición de un sinfín de cuestionamientos que no se limitan a la efectividad o no de la vacuna, abordan la construcción de los mecanismos preventivos que se realizan en el ámbito de la salud, y que se sostienen en la construcción ideológica de la “efectividad” y lo “preventivo” como dos conceptos apriorísticos y discursivo que, bajo la lógica del temor, se antepone como la expresión de cuidado a la salud al evitar que suceda lo que todavía no sucede (que una enfermedad que aún no se desarrolla se pueda desarrollar); y la valoración de las prácticas que han de guiar las conductas y las acciones de los sujetos ante ciertos cuadros de riesgo por la aparición de alguna enfermedad.

Hoy no quería redundar en las aportaciones académicas ya realizadas que se han centrado en hablar sobre las estrategias preventivas de atención a la salud sexual y reproductiva, como lo es la vacuna del Virus del Papiloma Humano, desde lugares ya comunes como los índices de casos registrados con VPH y cáncer cérvicouterino (CaCu), las ventajas de la vacuna como una estrategia preventiva de este cáncer, o bien, los extensos estudios sobre su eficacia y seguridad; mis intereses ahora se enfocaron, en una especie de acercamiento, a analizar los mecanismos y bases discursivas que, a pesar de los casos de efecto colateral post vacuna, siguen promoviendo la aplicación de esta vacuna como una garantía y seguridad de protección a la salud de las mujeres y hombres en edad reproductiva.

Pese a la existencia de estos testimonios de efecto adverso que han aparecido tras esta inoculación, y que sin duda atentan contra todo paradigma de confianza y seguridad con que ésta se difunde, la evidencia empírica que se basa en la observación y la experiencia de lo que en concreto existe, la prevención sigue siendo el pilar discursivo de seguimiento a la vacunación. Entre los encuentros y desencuentros, aciertos y polémicas (Lara 2021; Mero 2022) que en la actualidad continúan en torno a la vacunación y la atención a la adquisición del VPH y el posible desarrollo de CaCu, éste sigue adquiriendo relevancia.



POLÍTICA PÚBLICA DE IMPLEMENTACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VPH

Desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vacuna contra el virus del papiloma humano se inserta dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), una estrategia a nivel mundial que busca evitar el desarrollo de ciertas enfermedades como el cáncer cervicouterino, mediante la implementación de medidas, planes y estrategias específicas acordes con el contexto y los recursos propios de cada país (OMS 2014).

Entre 2006 y 2007, la Comisión Federal contra Riesgos Sanitarios otorgó los registros a las farmacéuticas Merck y GlaxoSmithKline para la distribución de las vacunas en territorio mexicano, casi a la par que en los países europeos y desarrollados. La política de vacunación implementó el territorio un esquema de administración de dos dosis (0 y 60 meses) (Secretaría de Salud 2015)¹⁹ en apego al modelo canadiense,²⁰ considerado de éxito a nivel mundial con registros importantes de satisfacción (Lazcano *et al.* 2009; Torres *et al.* 2011; Salazar *et al.* 2017).

En sus inicios, la inoculación se destinó para la población infantil y adolescente, en un rango de 9 a 13 años, características que se establecieron como prioritarias dentro de los programas de vacunación e inmunización por dos razones fundamentales: porque es la edad en que la respuesta inmune es mayor que en edades avanzadas, y porque al no haber iniciado actividad sexual,²¹ las niñas no han estado aun potencialmente expuestas al contacto con el virus y, por tanto, están libres de la infección (Prieto *et al.* 2008; Lazcano

¹⁹ Otros países como Chile, Ecuador y Argentina también mantienen un esquema de vacunación de dos dosis a diferencia del resto de los países latinoamericanos. Por otro lado, existen datos de que en 2013 el Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia (CeNSIA) establecía su aplicación de acuerdo con el siguiente esquema de vacunación: 1º dosis en la 3ª Semana Nacional de Salud 2012, 2º dosis en la 2ª Semana Nacional de Salud 2013, y la 3ª dosis 6 meses después de la primera dosis esquema que no corresponde al implementado de dos dosis tal y como se señalaba desde la misma Secretaría de Salud (2015).

²⁰ El modelo de vacunación canadiense está basado en un financiamiento de la vacuna para su aplicación sin costo. Sus programas de vacunación priorizan a la población escolar; no obstante, propone considerar a la población de mayor edad mediante la aplicación del cuadro de tres dosis (como lo sugieren las compañías farmacéuticas) a niñas y adolescentes de 13 a 26 en cohortes anuales, lo que les permite captar a población cautiva que ya no asiste a la escuela (Lazcano *et al.* 2009).

²¹ *Debut sexual* es un término utilizado dentro de la literatura que trata sobre vacunación y prevención del VPH y cáncer cervicouterino para referirse al momento en el que las niñas o adolescentes han iniciado su vida sexual (Prieto *et al.* 2008).



et al. 2009), lo cual refuerza los niveles de protección e inmunidad con la vacuna frente al virus.²²

Su aplicación aparece como medida prioritaria de prevención en los programas de acción e intervención contra el CaCu específicamente, en conjunto con la realización de las pruebas de tamizaje primario y colposcopia respectivas. Su introducción y ejecución dependen de la evaluación que cada región haga sobre la relación costo-efectividad, pues “Todos los países necesitan establecer prioridades para determinar qué problemas de salud deben abordar y qué intervenciones específicas deben implementar, de acuerdo con los problemas de salud y las limitaciones de recursos que enfrentan” (OMS, 2014: 14), ya que el diseño de los programas de vacunación dependen en parte de los ingresos económicos de cada país para adquirir, distribuir y administrar la vacuna con una cobertura a gran escala, acorde a los objetivos de prevención e inmunización (Diestro, Serrano y Gómez 2007).

En sus inicios las políticas de salud en México optaron por una vacunación selectiva y focalizada, pues no se contaba con los recursos necesarios que sostuviera una mayor cobertura de aplicación a su población, es decir, una vacuna sistémica dados los costos que esta representaba. Si bien priorizaban a las niñas de educación básica o su equivalente, las niñas y adolescentes indígenas, así como aquellas de comunidades urbano-marginales formaban parte de la población prioritaria y focalizada por ser considerada de mayor riesgo y vulnerabilidad (Lazcano *et al.* 2009; Torres *et al.* 2011).

Como el resto de los países, México también optó por la vacunación a población cautiva en instituciones educativas públicas y privadas, [y] en consultorios particulares e instalaciones de salud, aunque en menor escala” (Salazar *et al.* 2017: 135), priorizando el “bienestar colectivo” (Torres *et al.* 2011: 88), lo que lo llevó a convertirse en un país modelo con una de las coberturas más amplias.

Para 2007 la vacuna formó parte fundamental de las políticas y campañas de prevención del cáncer cervicouterino, siendo incorporada a la Norma Oficial Mexicana (NOM-014-SSA2-1994) como medida de prevención primaria y secundaria del CaCu, así como para su

²² Un estudio realizado en 2014, Nazzari y Cuello enuncian una respuesta inmune diez veces superior al nivel de anticuerpos alcanzados en comparación a los inducidos por la misma infección.



control. Para el 2015, la administración de la vacuna se extendió a la población varonil.²³ De acuerdo con Torres y colaboradores:

La recomendación actual para la distribución de la vacuna de VPH en México sigue un esquema equitativo más que igualitario y tiene como ejes fundamentales abarcar a las personas más vulnerables y al costo más bajo posible, es decir, atiende a los principios de justicia distributiva [...] La política de vacunación contra el VPH y el programa de tamizaje no son excluyentes, son aditivos frente al reto que representa disminuir los índices de morbilidad y mortalidad por CaCu en México (Torres *et al.* 2011: 92).

VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO: UNA DISCUSIÓN ENTRE LA PROTECCIÓN Y EL RIESGO.

El incremento de población adolescente con VPH ha contribuido a la construcción de una idea de sexualidad femenina adolescente en riesgo y potencialmente enferma, que necesita ser protegida mediante estrategias de medicalización. Aunque en la actualidad esta inoculación se sigue configurando en el marco de los altos índices registrados por Cáncer Cervicouterino, la realidad es que en la actualidad esta vacuna está configurada en una ambivalencia de realidades. Lo que para algunos sectores de la población ha significado una posibilidad de disminución del riesgo de contraer enfermedades, para otros ha sido todo lo contrario, ha sido el riesgo mismo.

La vacunación contra el VPH ha sido un tema de considerable debate, en el cual los casos reportados de efectos secundarios parecen ser pocos en comparación con la gran cantidad de personas vacunadas que no presentan reacciones adversas; no obstante, su aparición podría considerar los primeros cuestionamientos a esta inoculación, que desestabilizan la promoción y los objetivos de las campañas de vacunación, pero también exhorta a la reflexión a partir de la identificación de dos puntos importantes:

²³ Brasil y Argentina fueron dos de los primeros países latinoamericanos en pronunciarse a favor de las campañas de vacunación que incluyeran a los varones preadolescentes a partir de 2017.



1. Cómo se construye la política pública en temas de salud sexual y reproductiva enmarcada en un cuadro de derechos humanos que pone de relieve el principio sobre la libre decisión acerca del cuerpo y sus prácticas sociales y sexuales.
2. En esta dinámica de prevención, donde la vacuna figura como el principal valuarte de protección contra la aparición y desarrollo de enfermedades, qué lugar ocupan estos casos de efecto colateral en la reorientación de las estrategias de prevención que se plasman en los programas de atención a la salud.

Pese a que estos opositores a la vacuna pueden ser catalogados como “antivacunas” o “anticiencia”, el rechazo a la inmunización parte de distintos lugares: desde la experiencia y la evidencia misma con algún familiar o conocido que ha sido afectado por la aplicación de la vacuna, desde una valoración riesgo-beneficio que se obtiene por la búsqueda de información sobre la vacuna del VPH, por la generación de estrategias de cuidado individuales, o bien, simplemente porque no lo consideran necesario.

Sea cual sea el caso, aunque las razones son diversas y validas desde el imaginario y las creencias de cada individuo, es importante considerar que muchas de estas parten de un evento en particular: Los efectos colaterales posteriores a la aplicación de la vacuna del VPH, a la que se le adjudican afectaciones físicas agudas y crónico-degenerativas en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes y adultas.

La aparición de estos casos que sin duda figuran como la ruptura del paradigma de la vacunación, ha despertado la necesidad de una continuidad analítica sobre la ambivalencia de aceptación y rechazo que caracteriza a esta vacuna, pues los casos de negativa no parten de una ignorancia al respecto, o sólo de creencias y mitos que se han gestado alrededor de la misma, y que sostienen muchas de las explicaciones científicas ante tal negativa (NIH 2021), Estas decisiones de oposición parten de un análisis de la realidad, pues para muchos padres, por ejemplo, la seguridad de cuidado y protección a la salud ya no están necesariamente en una vacuna, pues de acuerdo con los testimonio de efecto colateral, hay ahí una posibilidad potencial de riesgo que, lejos de evitar enfermedades, las puede generar en otros ámbitos no relacionados a un desarrollo oncológico del cual se busca proteger.

La educación y el acceso a la información han sido dos vertientes que en mucho han contribuido al doble significado que hoy caracteriza a esta vacuna, pues si bien a través de ellas se proporciona una basta información académica y científica sobre salud reproductiva,



prevención y las ventajas de la vacuna, a la par también se tiene acceso a testimonios y experiencias de afectaciones directas a la salud por estas medidas de prevención, información que en parte está avalada también por una importante producción académica concretada en artículos de divulgación científica y médica.²⁴

Aunque de forma reciente se apuesta a una educación que promueva de manera constante y asertiva los beneficios de la vacuna como estrategia de inmunización y prevención de enfermedades como el CaCu, autores como Cuesta, Martínez y Niño apuestan a una educación relacionada a la disposición de información clara y precisa sobre la vacuna, pues en estos momentos donde la vacuna se ha puesto en entredicho “es necesario modificar las actitudes y comportamientos de las personas que manifiestan opiniones y conductas antivacunas” (Cuesta, Martínez y Niño 2019: 2), pese a que estos casos más que una actitud ante este acto de inmunización, son la respuesta y la consecuencia de ésta.

Poner a disposición la información se traduce en reorientar el conocimiento que cada persona tiene al respecto. Desde la búsqueda y obtención de sus propios recursos informativos cada uno ha aprendido sobre la vacuna, pues otras de las causas que se han podido identificar para su rechazo están principalmente en la idea de que la vacuna se encuentra aún en fase de experimentación, la apelación a una mejor educación sexual, los conflictos morales y religiosos que construyen imaginarios sobre la noción de “libertinaje”, el temor a los efectos secundarios, la posesión de información confusa, la difusión de datos e información que se distribuye en espacios alternos como la web y las redes sociales, la imposición de su aplicación, la desconfianza ante las autoridades y los sectores de salud pública, y los intereses comerciales (Viveros *et al.* 2017).

Algunos otros estudios realizados, coinciden en que la confusión y las lagunas que tienen sobre sus beneficios es lo que genera desconfianza en la vacuna, pues evitar todo riesgo es parte de su elección. En específico, existen otras fuentes que identifican el temor a los efectos colaterales, la incomprensión de la vacuna en términos de efectividad y riesgo, el desconocimiento que esta les representa y el ejercicio del derecho de autonomía, así

²⁴ Para profundizar más en este sentido, se sugiere revisar algunos textos de médicos como Juan Gervas, Manuel Martínez Lavín, Yehuda Shoenfeld Zabludowicz, Carlos Álvarez Dardet, Juan Manuel Anaya; así como de algunos médicos orientales de la División de Neurología de Escuela de Medicina de Japón y de la Sociedad Uruguaya de Médicos de Familia, quienes, desde distintos espacios y contextos, se han dedicado a estudiar estos casos de afectación posterior a la aplicación de la vacuna contra el VPH en niñas, adolescentes y jóvenes, y han publicado muchos de estos estudios.



como la falta de diálogo con personal médico y científico que brinde claridad y puntos de conciliación basados en el respeto a la libertad de pensamiento, como otros dispositivos que moldean la toma de decisiones e influye en que cada vez un número significativo de padres se niegue a la aplicación de la vacuna para sus hijas, o al menos la pongan en duda (Martínez, Carlos e Irala 2008; Tuells 2016; Cruz *et al.* 2019). No menos importancia tiene la ruptura del sentido de lo individual y lo privado de la salud y la enfermedad, lo que lo ha convertido en un contrato social, en una imposición que no respeta la decisión de cada individuo, a lo que se suman los fines comerciales que se perciben detrás de su promoción.

La polarización de posturas que se ha dado entorno a la vacuna si bien se debe a la información que circula en internet, también a una omisión de las funciones orientativas tanto de las políticas públicas en salud, como de sus representantes sanitarios, considerando siempre los principios en los que se establece como la salud sexual y reproductiva, donde el marco de derechos en el cual se inscribe por momentos parece entrar en terreno de disputa.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UN MARCO DE REFLEXIÓN

En la actualidad, se habla mucho de salud sexual y reproductiva para referirse a las intervenciones relacionadas con la sexualidad y la reproducción; sin embargo, a menudo se pasa por alto su dimensión política, componente fundamental para entender el problema desde una visión integral. La salud sexual y reproductiva no solo abarca aspectos médicos y de bienestar, sino también cuestiones de ciudadanía, poder, derechos y políticas que influyen en cómo se abordan y se gestionan estos temas en la sociedad y su relación con el bienestar físico y mental, principio del concepto general de salud.

En un contexto donde la apertura sobre el ejercicio de la sexualidad en población joven se ha legitimado como parte de las prácticas cotidianas, la salud sexual y reproductiva ha sido configurada como parte esencial del bienestar general de las personas y un área crucial de la salud pública. Cuando en 1994 especialistas de distintos países alrededor del mundo se reunieron en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo, los temas relativos a la reproducción y la sexualidad cobraron relevancia, no solo desde la perspectiva social para el control de la natalidad y el incremento poblacional en relación con la escasez de alimentos y la precarización de algunos grupos sociales, sino desde la



visión política y de derechos humanos de reconocimiento a la decisión que tanto mujeres como hombres tienen sobre su sexualidad y reproducción, lo que de manera transversal tuvo incidencia en el ámbito de la salud, en términos de que incrementa las posibilidades de una reducción de la pobreza, así como mejoras sustanciales en la salud y la calidad de vida de la personas en etapa reproductiva.

En función de que este concepto abarca temas que conectan la salud física con la salud mental, ambas entrecruzadas por lo simbólico y el imaginario (Campos y Rodríguez 2009), la estrecha relación que guarda con los derechos humanos pondera el respeto a la elección y la toma de decisiones mediante la educación como medio de acceso a la información, así como la promoción de la salud.

Como tal, es un tema amplio y multifacético que abarca varios aspectos del bienestar físico, emocional y social relacionados con la sexualidad y la reproducción. Epistemológicamente, se comprende desde dos niveles: desde su sentido teórico que lo define como concepto guía de normas, estatutos y leyes; y desde su sentido práctico que señala la manera de ejecutar estas normas, estatutos y leyes para el logro de objetivos.

Aunque la definición de la salud sexual y reproductiva puede variar según el contexto y la perspectiva, en general, se construye desde tres enfoques medulares: La salud sexual, la salud reproductiva y los derechos humanos y sexuales.²⁵

La Organización Mundial de la Salud define la primera de ellas como:

[...] un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud (OMS s/f, s/p).

²⁵ Para comprender mejor este concepto, es necesario retomar La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994, un evento crucial en la discusión global sobre derechos sexuales y reproductivos, a partir de la formulación de políticas internacionales relacionadas con la población y el desarrollo.



Como tal, se enfoca en el ejercicio de la sexualidad, en los métodos anticonceptivos, en la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y en las relaciones saludables. Como dimensión integral de la salud, promueve y regula a través de diversas vías, la garantía de bienestar y los derechos de las personas en relación con su sexualidad.

Por su parte, la salud reproductiva se asume como:

[...] un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia (Galdos 2013: 457).

Esta abarca la planificación familiar, la atención y el cuidado prenatal, así como el parto y el puerperio. Ambos campos conceptuales están atravesados por un marco de derechos humanos que establece el reconocimiento a la elección y libre decisión de la sexualidad en tanto práctica social y cultural, y lo reproductivo como elemento biológico, para con ello asegurar que las personas, en lo individual y lo social, puedan tomar decisiones informadas que garanticen una vida sexual y reproductiva saludable y satisfactoria, libre de enfermedades y complicaciones, que contribuya a una mejorar la calidad de vida.

Aunque a nivel práctico, la salud sexual y reproductiva se define como un “conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva” (Galdos 2013: 457), la educación y la promoción de la salud son necesarias para concientizar, interiorizar e incidir en las capacidades y habilidades que los individuos ponen en práctica para modificar sus condiciones y tomar el control de su salud. No obstante, es en este nivel práctico donde se empieza a complejizar la comprensión del concepto mismo, a partir del cual se construye el discurso de la salud, pues muchas de las estrategias de control y protección a la salud irrumpen en el sentido de la orientación y fortalecen los estigmas existentes sobre el VPH, la sexualidad y los sujetos sexuados.



En este sentido, la educación y la promoción de la salud son fundamentales, pues de la primera depende brindar toda aquella información proporcionada acerca de la sexualidad, las infecciones de transmisión sexual, la protección y los cuidados que eviten la transmisión de ITS; mientras que con la promoción de la salud se busca concientizar e interiorizar la información difundida, hacia el desarrollo de una serie de capacidades y habilidades que los individuos ponen en práctica para modificar sus condiciones y tomar el control de su salud.

El discurso dominante del bienestar y prevención que se nutren de lo que se ha establecido como parte del concepto de la salud sexual y reproductiva, ha servido para fijar en las creencias y los imaginarios de las sociedades modernas las ideas de seguridad y certeza desde un marco biológico-científico acerca de la salud, la enfermedad y la prevención; sin embargo, una de las problemáticas de este concepto está en que no solo es una guía de prácticas, intervención y prevención, es un esquema que estructura y justifica un control de los cuerpos como entidad biológica y como conjunto de prácticas mediante las cuales se manifiesta lo sano-lo enfermo, con relación a las lógicas del riesgo y la protección.

Pese a que el principal espacio de difusión de la vacuna es el clínico y el hospitalario, en la actualidad los espacios educativos en sus distintos niveles (primaria, secundaria, preparatoria y universidad), han contribuido a su fortalecimiento. A través de lo que Eduardo Menéndez y Renné di Pardo (2009) denominan el “discurso de la catástrofe”, un concepto ligado a las nociones de enfermedad, riesgo y vulnerabilidad se alude a los significados y representaciones que se le han otorgado al virus como elemento agente de un desarrollo oncológico, y a la enfermedad en sí misma desde una correlación causa-efecto. Esta forma de difusión, presentación y promoción de la vacuna se sustenta en una carencia ética sólida y convincente sobre la salud y la prevención que haga de la vacuna una libre elección asentada en el convencimiento de sus beneficios.

Mediante la reproducción de un discurso basado en el miedo y la incertidumbre, apoyados de cifras estadísticas que reportan al CaCu como la segunda causa de muerte en mujeres, la vacuna se presenta como la mejor opción preventiva y de inmunización que incrementa las posibilidades de disminuir los índices de morbi-mortalidad por esta enfermedad, estrategia que si bien ha tenido respuestas positivas, también ha causado confusión e inseguridad, lo que deriva en una negativa para su administración.



Pero es la noción de riesgo la que ocupa un papel trascendental en la fijación del este sentido de prevención, pues este remarca el peligro como una constante en estas sociedades modernas y capitalistas, para las cuales son necesarias la generación de estrategias preventivas, porque los riesgos son parte intrínseca de los avances de la modernidad, entendidos estos como productos sociales que le dan dinamismo, permanencia y vitalidad.

Hasta ahora la teoría y la práctica entre la salud sexual y la salud reproductiva parece avanzar en conjunto, la vertiente de los derechos humanos es la que resulta un tanto problemática. Si la enunciación de las prácticas de riesgo que se centran en un inicio de la vida sexual a temprana edad y la multiplicidad de parejas sexuales en sí misma ya coercionan el sentido de elección y decisión individual, la vacunación es la materialización de un discurso de concientización y cuidado a la salud desde una perspectiva salubrista y preventiva que la convierte en la estrategia más difundida y eficaz que se teje con el binomio conceptual del miedo/riesgo.

Si bien la política pública establece una vacunación en la etapa de la infancia y la adolescencia por las condiciones y características antes mencionadas, ésta ya no es restrictiva a este principio, la vacuna como acto de protección a través de la medicalización de los cuerpos se ha extendido a otros grupos etarios que toman como estandarte la concientización sobre las prácticas de riesgo y el libre ejercicio sexual.

A pesar de la congruencia que se percibe en la generación de una política pública de vacunación para la prevención de infecciones como el VPH, es notorio que detrás de estos objetivos de prevención están implícitas las ideas, representaciones y simbolismos socioculturales que a través del tiempo se han construido y reproducido sobre el cuerpo femenino, pero también los objetivos de perpetuar un control político y económico que se ha dado a lo largo de la historia, y que recae sobre este y las mujeres como sujetos sociales. El género, el cuerpo, la edad y el imaginario social sobre el virus del papiloma humano son tres atributos que las políticas públicas consideran para la implementación de estos mecanismos de prevención del VPH.

Retomando a Teresita de Barbieri: “el cuerpo femenino en las edades reproductivas es valioso y ahí hay un poder particular, específico del cuerpo de las mujeres. [...] no es que el cuerpo femenino como entidad biológica tenga poder; son las sociedades las que le otorgan poder” (1993: 153), pero también lo hacen objeto de desigualdades y riesgos, como los



relacionados a la salud física y mental. Y son estos atributos que menciona dicha autora los que las políticas públicas en temas de salud sexual y reproductiva toman para dar sustento a sus lineamientos de prevención.

Apelando a una visión desde la perspectiva de género, el éxito de las estrategias de prevención del VPH y control de CaCu se han encontrado principalmente en las poblaciones de adolescentes y jóvenes, y no solo por la respuesta fisiológica que caracteriza esa etapa de la vida, sino por lo que simbólicamente significan esos sujetos aun en estados de dependencia ciudadana o en proceso de transición hacia una autonomía parcial.

Para las mujeres la transición de la niñez a la adolescencia es una etapa del ciclo vital cargada de ambigüedades. Es una especie de limbo en el que todavía son consideradas niñas, pero ya son objeto de intervención médica, normas y regulaciones políticas y discursos mediáticos, que van construyéndose como sujetos sexuales. En esa etapa, marcada biológica, social y culturalmente, una de las inquietudes principales tanto en el ámbito privado y familiar como en lo público e institucional es el inicio de la vida sexual. [...] [Hay en ella] una idea normativa sobre los roles de género, entendiendo a las niñas como futuras mujeres y, por tanto, madres, responsables de la unión familiar (Pérez 2020, s/p).

Desde esta noción, la vacuna se configura como elemento sustantivo de control sobre la sexualidad de las mujeres, transmitido a través de los imaginarios y discursos sobre el riesgo, el control de las prácticas que desemboca en una forma de medicalización de los cuerpos, un aspecto ya problematizado por Michel Foucault en 1977, donde habla de una organización político-administrativa de la salud que compete en gran medida a las farmacéuticas que organizan, normalizan y legitiman parte del saber médico y científico, e intervienen en la política pública.

Más allá de las explicaciones y justificaciones biologicistas, la infancia, la adolescencia y la juventud significan el momento más propicio para implementar estas medidas, ya que las intervenciones que se realizan en su cuerpo y en su salud aún están influidas por figuras superiores (padres, tutores, docentes) que inciden en las decisiones o intervenciones para la prevención del riesgo, desde la aceptación o negativa de la inoculación. Es por ello que los centros escolares de educación básica fungen como espacios aliados de las instituciones de salud para la expansión de estos lineamientos de prevención y control del VPH, mediante el



arribo de las campañas de vacunación a las escuelas que se sostienen bajo el doble discurso del riesgo-miedo y la prevención, no desde el sentido de la protección, sino de la norma.

Las instituciones de salud, en conjunto con las escuelas, son parte del plan de vacunación en tanto que son dos de los espacios principales donde se puede captar un mayor número de población infantil y adolescente (población objetivo), y donde se da cabida a la reproducción de una sociedad disciplinar que controla los comportamientos y las conductas individuales y sociales, para así lograr los objetivos de inmunización generados desde las políticas públicas en salud.²⁶ En la actualidad, la expansión de estas medidas de población vacunable ya no se restringe a los espacios de educación básica, ahora se han extendido a las aulas universitarias, donde la estrategia de vacunación ya no es la obligación del cumplimiento de un esquema de atención a la salud, como lo es el seguimiento a una cartilla de vacunación; ahora la dinámica se centra en un discurso académico de concientización sobre el cuidado y los riesgos a la salud, con la finalidad de incidir en las voluntades de jóvenes en edad potencialmente reproductiva.

Pero sean cuales sean los espacios y las estrategias de promoción y difusión de la vacuna como estrategia preventiva del VPH y el cáncer cervicouterino, es necesario reflexionar sobre el lugar que ocupan los casos de efecto colateral post vacuna en el marco de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales, así como los motivos diversos que en la actualidad existen como una forma de resistencia o negativa a la vacuna, que sin duda inciden en los derechos de las mujeres y hombres.

CONCLUSIONES

A pesar de que la perspectiva sanitaria apela a la seguridad afianzada en el sentido de la prevención y la garantía de seguridad que representa la vacuna contra el VPH, es importante no perder el hilo de la reflexión y seguir abonando a los avances médicos en materia de atención y prevención, pero sin perder el enfoque de que están destinados a personas con derechos de elección sobre sus propios procesos de salud.

²⁶ En 2019 el IMSS publicó una nota donde se asienta como una prioridad a aplicación de la vacuna contra el VPH. En conjunto con sus instalaciones, se propusieron llevar las campañas hasta las escuelas, a fin de aumentar la cobertura de inmunización (IMSS 2019).



Los derechos sexuales y reproductivos no solo se configuran en dirección al acceso a una atención de calidad para la mujeres que conste de información e intervenciones adecuadas para las mujeres, ni tampoco de acceso a las medidas preventivas para el control natal, o bien para prevenir enfermedades de transmisión sexual como el VPH que pueden desembocar en el desarrollo de cáncer cervicouterino mediante la inmunización como estrategia preventiva, deberían estar orientados también en visibilizar casos que no consideran necesaria la vacunación. Es decir, estas medidas de prevención establecidas desde la política pública deberían pensarse como estrategias de diálogo y reflexión para la población en edad reproductiva y sexualmente activa. Esto requeriría sin duda una mayor comprensión sobre el rechazo a la aplicación de esta vacuna por parte de otras mujeres que consideran otras posibilidades de cuidado a la salud y disminución del riesgo.

Si la ejecución y reconocimiento de estos derechos que se catalogan como universales en niños y adolescentes en sí misma es compleja, es importante pensar en las dificultades presentes en lo referente a los derechos sexuales y reproductivos, los cuales se asumen como parte de los bienes sociales vinculados a la democracia y las libertades individuales de todo sujeto (Juárez 2009).

El acceso a una atención a la salud sexual y reproductiva desde las políticas públicas en salud tendrían que brindar las garantías necesarias y la seguridad a las mujeres, sin importar la etapa de vida en la que se encuentren. Las medidas preventivas y de inmunización deben sostenerse sobre los pilares de una comunicación clara, libre y asertiva que pueda ser accesible a todo individuo, dependiendo su etapa de vida.

Queda claro que la visión de los derechos sexuales está al margen de algunas medidas de prevención, pues no se consideran las causa y los motivos que inciden en las decisiones que cada persona toma en torno a su salud, pues la obligación que se esconde tras los discursos de exhortación basados en el miedo y la responsabilidad, no necesariamente son actos que generan reflexión y conciencia, sino expresiones de dominación que subyacen a lógicas unívocas de ver las realidades en que se inscribe la sexualidad.



REFERENCIAS

Barbieri, Teresita

1993, "Sobre la categoría género. Una introducción teórico-metodológica", *Debates en sociología*, (18): 145-169.

Campos, Lilia Y María J. Rodríguez

2009, "Vislumbres sobre la sexualidad, el género y las sexualidades de las mujeres", en Florencia Peña (coord.), *Salud y sociedad. Perspectivas antropológicas*. PromeP, Instituto Nacional de Antropología e Historia, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México: 187-202.

Cruz, Maite, Ainhoa Rodríguez, Joaquín Hortal y Javier Padilla

2019, "Reticencia vacunal: análisis del discurso de madres y padres con rechazo total o parcial a las vacunas", *Gaceta Sanitaria*, 33(1): 53-59.

Cuesta, Ubaldo, Luz Martínez y José Ignacio Niño

2019, "Análisis de la información pro vacunas y anti vacunas en las redes sociales e internet. Patrones visuales y emocionales", *Profesional de la información*, 28 (2): 1-17. e280217

Diestro, M.D., M. Serrano y F. Gómez

2007, "Cáncer de cuello uterino. Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano (VPH)", *Oncología*, 30(2): 42-59.

Foucault, Michel

1977, "Historia de la medicalización", *Educación médica y salud*, 11(1): 3-25.

Galdos Silva, Susana

2013, "La conferencia de el Cairo y la afirmación de los derechos sexuales y reproductivos, como base para la salud sexual y reproductiva", *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 30(3): 455-60.

Juárez, Lucero Aida

2009, "Apropiación de Derechos Sexuales y Reproductivos en la Adolescencia: Dimensiones de la Ciudadanía", *La Ventana*, 4(30): 148-180.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

2019, *IMSS Privilegia vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en la Segunda Semana Nacional de Salud*, Instituto Mexicano del Seguro Social, mayo 2019. URL:



IMSS Privilegia Vacunación Contra el Virus del Papiloma Humano en la Segunda Semana Nacional de Salud. <http://imss.gob.mx/prensa/archivo/201905/128>.

Instituto Nacional de Cáncer (NHI)

2021, *La seguridad de las vacunas contra el virus del papiloma humano está comprobada, pero hay más padres preocupados*. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud, 9 de diciembre de 2021. URL: <https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2021/padres-preocupacion-seguridad-vacuna-vph>

Lara Rodríguez, Luis Manuel

2021, *Escenarios informacionales, encuentros y desencuentros de la apropiación y recepción de conocimiento científico de la influenza AH1N1 y el COVID 19 en México. La semiosfera de la cultura científica*. Instituto de Ciencias Sociales y Administración.

Lazcano, Eduardo, Jorge Salmerón, Alejandro Garcia, Carlos Aranda, Vicente Madrid, César Gómez y Olga Martínez

2009, “Recomendaciones para la definición de la política de vacunación contra el virus del papiloma en México”, *Salud Pública de México*, 51(4): 336-341.

Martínez, Miguel Angle, Silvia Carlos y Kojin de Irala,

2008, “Vacuna contra el virus del papiloma humano: razones para el optimismo y razones para la prudencia. *Medicina Clínica*”, 131(7): 256-263.

Mero Párraga, Nathaly Lisbeth y Adriana Marcela Delgado Cedeño

2022, “Encuentros y desencuentros, estudio comparativo de las reflexiones sobre la viruela y la covid 19”, tesis, Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, Manta, Ecuador.

Menéndez, Eduardo y Renée Di Pardo

2009, *Miedos, riesgos e inseguridades. Los medios. Los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe*, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, México.

Nazzal, Omar y Mauricio Cuello

2014, “Evolución histórica de las vacunas contra el Virus del Papiloma Humano”, *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 79(6): 455-458.

Organización Mundial de la Salud

s/f, *Salud sexual, Definiciones*, Organización Mundial de la Salud. URL: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2.



Organización Mundial de la Salud

2014, *Principios y consideraciones para agregar una vacuna al programa nacional de inmunización. De la decisión a la implementación y el monitoreo*, Organización Mundial de la Salud, Suiza. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136849/9789243506890_spa.pdf?sequence=1.

Pérez, Erika

2020, “La vacunación contra el virus del papiloma humano en México: un ejemplo de medicalización”, en Karina Bárcenas (coord.), *Género y sexualidad en disputa. Desigualdades en el derecho a decidir sobre el propio cuerpo desde el campo médico*, (Capítulo de libro, en prensa), s/p, Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México, México: 99-127.

Prieto, Alejandra, Cristina Gutiérrez, Dafna Feinholz, Gisela Morales y Renee Witlen

2008, “Implicaciones éticas y sociales de la introducción de la vacuna contra el virus del papiloma humano en México: reflexiones sobre una propuesta de intervención”, *Acta Bioethica*, 14(2): 157-165.

Salazar, Lidia, M. R. Benavides, S. Boogaard, y Y. Marín

2017, Estrategias latinoamericanas para la vacunación contra el virus del papiloma humano. Una revisión temática. *Hacia la promoción de la salud*, 22(2): 129-143.

Secretaría de Salud

2015, *Programa de Acción Específico Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013 – 2018*. 2015, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, México.

Torres, Kirvis, Silvia M. Cuadra, Julieta I. Castro y Vicente Madrid

2011, “La política focalizada en el programa de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en México: aspectos éticos”, *Acta Bioethica*, 17(1): 85-94.

Tuells, José

2016, “Controversia sobre vacunas en España, una oportunidad para la vacunología social”, *Gaceta Sanitaria*, 30: 1-3.

Viveros, Francisca, Patricia González, Kate Volgger, Constanza López, Florencia Zapico y Catalina Zepeda

2017, Resistencia de padres frente a la vacuna contra el Virus Papiloma Humano en sus hijas. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 57(1): 41-47



Desafíos y barreras para la salud sexual de personas adultas mayores: una revisión breve de la evidencia científica

Karina Serrano Alvarado ✧ Ángel Francisco García Pacheco

INTRODUCCIÓN

En el año 2000, la población total mundial era de 7,000 millones de personas, para noviembre de 2022 esta cifra incrementó en 1000 millones alcanzando los 8,000 millones de personas en el planeta (Bloom y Zucker 2023). A pesar de este incremento, la tasa de crecimiento en la población mundial se ha desacelerado desde 1950, actualmente se presentan marcadas diferencias entre las distintas regiones del planeta, principalmente debido a los ingresos económicos por país y la región geográfica que determinan los cambios en las tasas de natalidad y mortalidad, así como la esperanza de vida (CEPAL 2023).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2019, el número de personas de 60 años o más era de 1,000 millones y se estima que la cifra aumente a 1,400 millones para 2030 y a 2,100 millones para 2050 (OMS 2024). Para la región de América Latina y el Caribe existen actualmente 88.6 millones de personas de 60 años y se prevé que en 2060 la población de 60 años y más será de 220 millones y se aproximará a los 248 millones que existirán en Europa en el mismo periodo, lo cual refleja la tendencia generalizada de envejecimiento en el mundo (CEPAL 2023).

En México, actualmente existen 50.9 adultos de más de 60 años por cada 100 niños menores de 15 años, constituyendo el 12.5% de la población total, se prevé que para el 2050, la población de 60 años y más representará alrededor del 23% de la población total del país y



alcanzará hasta el 37% para 2100, donde habrá 247 personas mayores de 60 por cada 100 niños menores de 15 años. (OPS 2024).

Si bien la pandemia por Covid-19 generó una disminución en el promedio global de la esperanza de vida al nacer de 72,8 años en 2019, a 71 años en 2021 (ONU-Habitat 2022), el envejecimiento de la población constituye una tendencia mundial en aumento que se traduce en la transición de sociedades jóvenes a sociedades adultas y posteriormente, a sociedades envejecidas, con importantes consecuencias económicas, sociales y epidemiológicas (CEPAL 2023).

Es evidente que el envejecimiento de la población constituye un nuevo desafío para los gobiernos y los sistemas de salud, una vida más longeva supone también un incremento en el uso de servicios médicos y sociales, mayor gasto en pensiones, la necesidad de un sistema de cuidados de mediano y largo plazo, entre otros (Bloom y Zucker 2023). Es necesario entonces, replantear las estrategias para la promoción del envejecimiento saludable, que implica la modificación tanto de factores estructurales, políticos y sociales, como aquellos relacionados con el comportamiento individual. Un aspecto poco atendido, en la promoción del envejecimiento saludable es el referente a la salud sexual.

La salud sexual entendida como el estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación con la sexualidad; y no simplemente la ausencia de enfermedades, disfunciones o dolencias (WHO 2023), requiere un abordaje positivo centrado en el respeto y protección de los derechos sexuales de todas las personas en función de la etapa del ciclo de vida en el que estas se encuentren.

Esta definición enfatiza aspectos fundamentales como la posibilidad de disfrutar de experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, violencia y discriminación. No obstante, las políticas internacionales raramente incluyen a las personas mayores de 60 años, y en algunos casos, incluso se excluye a quienes superan los 50 años de los programas prioritarios de promoción, prevención y atención en salud sexual.

Esto refleja un desconocimiento generalizado sobre los cambios y desafíos que enfrentan los adultos mayores en el ejercicio de su sexualidad, la falta de información y la persistencia de creencias erróneas a nivel individual que impiden una sexualidad saludable y placentera. Además, se observa una insuficiente capacitación de los profesionales de la salud, problemas



de acceso a servicios de salud amigables, y una escasa difusión sobre la promoción y prevención de problemas de salud sexual en este sector.

Por tanto, el objetivo de esta revisión es documentar las barreras y desafíos que enfrentan las personas adultas mayores (PAM) para ejercer su salud sexual, así como identificar los programas e iniciativas existentes para atender la salud sexual en esta población.

ESTADÍSTICAS SOBRE SALUD SEXUAL EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

En diciembre de 2020 la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la ONU (Organización de las Naciones Unidas) declararon la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030. Esta constituye una iniciativa global que busca unir los esfuerzos de diversos actores, incluyendo gobiernos, sociedad civil, académicos, medios de comunicación y el sector privado. Su objetivo principal es mejorar la calidad de vida de las personas mayores, sus familias y comunidades, en línea con las tendencias internacionales de envejecimiento (OPS/OMS 2024). Aún con esto, la información sobre las características, dificultades, uso de servicios de salud, barreras y facilitadores asociados a la salud sexual de las personas mayores de 60 años no están adecuadamente documentadas.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19 incluye una sección sobre salud sexual y reproductiva “en el cumplimiento de los objetivos del desarrollo sostenible (ODS) contenidos en la Agenda 2030 se contempla la necesidad de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales” (Shamah-Levy *et al.* 2020: 38).

La encuesta recoge información sobre fecundidad, uso de métodos anticonceptivos, condiciones y tipo de protección en la primera y última relación sexual, infecciones de transmisión sexual y pruebas de detección de VIH, entre otros aspectos. Sin embargo, muchos de estos indicadores están enfocados principalmente en la población adolescente, abordando temas como la edad del primer embarazo y el conocimiento y uso de métodos anticonceptivos. Por otro lado, los demás indicadores relacionados con la salud sexual solo



se exploran en la población entre 15 y 49 años, omitiendo las características de la salud sexual en adultos de más de 50 años.

Por otro lado, el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México, ENASEM, es una encuesta longitudinal de base poblacional, que comenzó en 2001 y ha continuado en 2003, 2012, 2015, 2018 y 2021. La muestra de este estudio está compuesta por personas de 50 años y más, a quienes se les ha dado seguimiento durante 20 años. Su propósito es recuperar información sobre el proceso de envejecimiento, características sociodemográficas, vivienda, migración, situación económica, salud física y mental, así como de estilo de vida y uso de tiempo. Si bien se incluye información sobre la situación conyugal y el número de hijos, no se considera información sobre salud sexual, prácticas sexuales ni orientación sexual (INEGI 2021).

La creencia de que los adultos mayores son asexuados, o de que la pérdida de la capacidad reproductiva reduce la frecuencia del contacto sexual, ha llevado a que las estrategias gubernamentales enfoquen sus esfuerzos prioritariamente en los padecimientos físicos asociados a la edad, dejando de lado su bienestar sexual. Esto no solo contribuye a su discriminación, sino que también ignora la realidad de que la conducta sexual en los adultos mayores sigue siendo relevante. A medida que este grupo de edad continúe creciendo, las necesidades de atención a la salud sexual serán más demandadas y apremiantes.

Los datos nacionales sobre las prácticas sexuales y/o salud sexual en adultos mayores son limitados, por lo que es necesario recurrir a estudios con muestras más pequeñas que permitan una aproximación a las características de la salud sexual de la población adulta mayor o a los datos de los organismos internacionales con el fin de evidenciar la importancia de la salud sexual en esta etapa.

Al respecto, Dekker *et al.* (2020), con datos de 4,955 hombres y mujeres de la Encuesta Alemana sobre Salud y Sexualidad (GeSiD), identificaron que, en el grupo de edad de 66 a 75 años, el 50.8% de los hombres y el 21.6% de las mujeres reportaron haber tenido algún tipo de actividad sexual en las últimas cuatro semanas. La probabilidad de tener actividad sexual se redujo en un 49.2% para los hombres y en un 89% para las mujeres en este grupo.

En cuanto a la satisfacción sexual, reportaron que los hombres mayores de 66 años tenían un 17% menos de probabilidad de experimentar satisfacción sexual. Sin embargo, para el total



de la población encuestada, la edad no fue un factor predictivo, mientras que la presencia de alguna enfermedad crónica o discapacidad, tener más de dos problemas de salud, el consumo regular de tabaco y el consumo riesgoso de alcohol se relacionaron con una menor probabilidad de tener tanto actividad como satisfacción sexual (Dekker *et al.* 2020). Freak-Poli, (2020) reportó que en una muestra de población alemana los adultos mayores de 65 años mantenían actividad sexual y caricias físicas y que la participación en estas actividades parece estar más influenciada por la disponibilidad de una pareja, el género y el estado de salud que por la edad.

En España, datos de 1939 adultos mayores de 65 años provenientes de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSS), mostraron que 62.3% de los hombres y 37.4% de las mujeres adultas mayores fueron sexualmente activos durante los 12 meses previos a la encuesta; esto incluyó dar o recibir besos y abrazos, coito vaginal, sexo oral o masturbación con al menos una pareja. La prevalencia de inactividad sexual incrementó significativamente con la edad (OR 5.8, IC95% 3.8-9.05 para los hombres y OR 6.37, IC95% 3.9-10.4 para las mujeres). No tener pareja, mala salud sexual auto reportada, tener más de dos comorbilidades de salud y tomar dos o más medicamentos se asociaron con una mayor probabilidad de no tener actividad sexual, tanto en hombres como en mujeres (Palacios-Ceña *et al.* 2012).

En una muestra más pequeña con adultos de más de 60 años en Cuba, Cala *et al.* (2022) encontraron que el 80% de los participantes mencionaron tener deseo sexual; el 73.3% reportó tener relaciones sexuales siendo más frecuentes (50%) en el grupo de edad de 60-69 años. El 83.3% consideraba que las relaciones sexuales son placenteras e importantes para la calidad de vida, y sólo el 16.6% consideró que deben de cesar con la edad. Los autores concluyen que sus datos refutan la idea de que los adultos mayores son asexuados.

En Chile, la Sexta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2022 señala que el 32% de las personas mayores de 60 años refiere tener una vida sexual activa, siendo más frecuente en hombres (47%) que en mujeres (22%) y en personas con educación superior (43%) comparadas con los adultos mayores que tienen educación básica (23%). Se identificó también que la actividad sexual es más frecuente entre las personas de 60 a 69 años (46%), comparada con el grupo de 80 años y más (8%) (Universidad Católica de Chile-Caja Los Andes 2023).



Por su parte, en México, Hernández (2021), en un estudio transversal con 436 hombres adultos de entre 65 a 75 años, evaluó la actividad sexual y la calidad de vida. 85.7% de los participantes tenían interés sexual, siendo más frecuente entre los hombres casados. El 62.6% mantenía relaciones sexuales al menos una vez por semana. 83.4% consideró que las relaciones sexuales mejoran la calidad de vida, y 72.9% de quienes tenían actividad sexual activa reportaron sentimientos de felicidad. También se encontró que la insatisfacción con la vida presente, la falta de motivación y la percepción de empeoramiento de la salud se asociaron con una menor probabilidad de presentar deseo sexual.

En conjunto, los resultados de los estudios presentados sugieren que la actividad sexual no sólo está presente en la vida de los adultos mayores, sino que contribuye significativamente a su calidad de vida, lo que supone beneficios potenciales para la salud en general. Aunque la actividad y satisfacción sexual tienden a disminuir con la edad, los predictores de la inactividad sexual parecen estar relacionados con la presencia de enfermedades, la ingesta de medicamentos y la disponibilidad de una pareja, más que la edad en sí misma.

FACTORES ASOCIADOS CON LA SALUD SEXUAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

CALIDAD DE VIDA

Los indicadores de bienestar, como la satisfacción y la calidad de vida percibidas, son datos importantes, que, junto con los indicadores económicos, permiten guiar la toma de decisiones políticas. Una de las dimensiones importantes relacionadas con la satisfacción y calidad de vida es la satisfacción sexual. Resultados del Estudio Longitudinal Inglés sobre Envejecimiento, realizado con 2,577 hombres y 3,195 mujeres mayores de 50 años, señalan que la disminución de la actividad y la función sexual se asocia con peores resultados en salud. En las mujeres, la disminución en la frecuencia de las actividades sexuales se asoció con 64% mayor probabilidad de reportar deterioro en salud. Los hombres que informaron una disminución en el deseo sexual tuvieron 41% mayores probabilidades de presentar alguna enfermedad limitante de larga duración y 63% mayor incidencia de cáncer que aquellos que mantuvieron su deseo sexual. La disminución en la frecuencia de las actividades sexuales en los hombres incrementó en 47% el deterioro en la salud autoevaluada y 69% la incidencia



de enfermedad limitante de larga duración. La disfunción eréctil se asoció con la incidencia de cáncer, enfermedad coronaria y una salud autoevaluada como regular o mala (Jackson *et al.* 2020).

En contraparte, existe evidencia que indica que, en adultos mayores de 50 años, una mayor satisfacción con la vida se asocia con mejores resultados en salud, como menor riesgo de dolor, limitaciones físicas y mortalidad, así como menos enfermedades crónicas y una mejor percepción de su salud. Además, se asocia con comportamientos de salud más favorables, como menor riesgo de problemas de sueño, mayor actividad física, y con indicadores psicosociales, como mayor afecto positivo, optimismo, propósito en la vida, y menor depresión y soledad (Kim *et al.* 2021). Una mejor salud sexual en las PAM tiene beneficios que impactan positivamente en las dimensiones física y emocional. Mejora la circulación sanguínea, fortalece los músculos de la pelvis, ayuda a la liberación de endorfinas, e impacta positivamente en el bienestar emocional y en el fortalecimiento de sus relaciones interpersonales (IMSS 2023).

Evidenciar la relación entre la actividad sexual y las relaciones positivas en las PAM puede facilitar la superación de las barreras para discutir estos temas, permitiendo que las personas mayores consideren su sexualidad como un aspecto positivo y significativo de sus vidas. En este sentido, un análisis de 2,398 participantes con una edad promedio de 62.3 años del Estudio Longitudinal Irlandés de Envejecimiento (TILDA por sus siglas en inglés), Orr *et al.* (2019) encontraron que la calidad en las relaciones de pareja se asoció a una mayor frecuencia en la actividad sexual y un mayor acuerdo sobre la importancia de las interacciones sexuales en la pareja, independientemente de la frecuencia de la actividad sexual, tanto en hombres como en mujeres de todas las edades. Quienes mantienen una frecuencia semanal de actividad sexual tienen mayor probabilidad de mantenerlas a medida que la edad aumenta tanto en hombres como en mujeres. Encontraron también que mientras que en las mujeres la importancia atribuida a las interacciones sexuales tiende a disminuir con la edad, para los hombres se mantiene constante a lo largo de los años.



FACTORES BIOLÓGICOS Y MÉDICOS

Es innegable que las limitaciones físicas asociadas con la edad impactan también la sexualidad en las PAM. La presencia de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, enfermedades cardíacas, obesidad, dolor, incontinencia urinaria y depresión se asocian con una menor frecuencia de actividad sexual en PAM. (Benítez *et al.* 2023; Olivera y Bujardón 2010).

En las mujeres, la disminución de hormonas femeninas, la menopausia, sequedad vaginal, dolor durante la penetración, la presencia de enfermedades, una percepción negativa de la imagen corporal, la dificultad para lograr el orgasmo y la disfunción eréctil en la pareja dificultan el ejercicio de su sexualidad (Benitez *et al.* (2023; Quimis *et al.* 2024). Mientras que la dificultad para lograr y mantener una erección se asocia a una menor prevalencia de actividad sexual en los hombres (National Institute on Aging 2017)

Algunos procesos quirúrgicos como la cirugía para el tratamiento de la hiperplasia prostática benigna pueden tener consecuencias sobre la función eyaculatoria y eréctil, sin embargo, la elección de tratamientos mínimamente invasivos puede prevenir estos efectos secundarios (Leong *et al.* 2019), por lo que la consejería y orientación médica sobre las consecuencias en la actividad sexual debería formar parte de la consulta médica habitual. El consumo de medicamentos antihipertensivos, antihistamínicos, antidepresivos, medicamentos para la enfermedad de Parkinson o para el cáncer, entre otros, pueden provocar disfunción eréctil o dificultar la eyaculación en los hombres y reducen el deseo sexual o generan sequedad vaginal y dificultades para lograr la excitación y los orgasmos en las mujeres (National Institute on Aging 2017).

Si bien estas condiciones pueden limitar la actividad sexual genital, equipararla y limitarla al coito influye negativamente en la expresión de la sexualidad en las PAM. Cuando las condiciones de salud son adversas, debe promoverse la expresión sexual en forma de caricias, besos, abrazos e incluso la masturbación como parte de una sexualidad saludable (IMSS 2023; Moreno y Castillo 2020; Torres y Rodríguez-Martín 2019). De igual forma, la promoción de estilos de vida saludables como la práctica regular de actividad física pueden reducir la probabilidad de presentar problemas en la función sexual de los adultos mayores (Hernández-Soberón *et al.* 2021).



INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

La conducta sexual trae consigo el riesgo de enfermedades contagiosas. En Estados Unidos en 2018, hubo 67.6 millones de infecciones de transmisión sexual (ITS) prevalentes (Q1 66.6 Q3 68.7 millones) y 26.2 millones de ITS incidentes (Q1 24.0 Q3 28.7 millones). La clamidia, la tricomoniasis, el herpes genital y el virus del papiloma humano representaron el 97.6% de todas las ITS prevalentes y el 93.1% de todas las ITS incidentes (Kreisel *et al.* 2021).

En cuanto a los adultos mayores, la incidencia de infección por clamidia representó el 1% (15,798 casos) y el 2.5% gonorrea (16,994 casos) del total de nuevos casos respectivamente. Los casos de sífilis mostraron un aumento significativo en 2020, representando el 7% (2,915 casos) del total. En cuanto al VIH, aunque el número total de nuevos casos disminuyó de 44,000 en 2009 a 30,000 en 2020 para el total de la población, la proporción de casos en adultos mayores de 55 años aumentó en un 5%. Una tendencia similar se observó en los casos de hepatitis C y hepatitis B que representaron el 20% de los nuevos casos en este grupo de edad (Van Epps *et al.* 2023).

En México, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM 2021) informó que, Las ITS que se diagnostican con mayor frecuencia en PAM de 60 años y más fueron sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis, hepatitis B, herpes, virus del papiloma humano (VPH) y VIH, además, según datos del informe histórico de VIH del tercer trimestre de 2021, el 3% de los nuevos casos de VIH transmitido por vía sexual entre 1983 y 2021 corresponden a personas mayores de 60 años.

Factores como la falta de protección sexual en las relaciones monógamas, la búsqueda de nuevos vínculos sexoafectivos posteriores al divorcio o la viudez, así como una mayor apertura sexual, pueden estar asociados al incremento en las ITS en este grupo de edad (INAPAM 2021). Las creencias sobre que la salud sexual se asocia a la prevención de embarazos o la asexualidad de los adultos mayores favorecen que, aún entre los profesionales de salud, sea poco habitual hablar sobre el tema con las PAM durante las consulta médica.

Las personas con VIH pueden además enfrentar estigma y discriminación, que se agravan cuando este se superpone a otras identidades sociales ya estigmatizadas, como la edad avanzada, el consumo de sustancias, la raza o etnia, y la pobreza, entre otros factores (Conner



y Rosen 2008). Esta intersección de estigmas puede intensificar las barreras de acceso para la búsqueda de atención en salud y calidad de atención recibida, no sólo respecto al VIH sino también a la atención en salud sexual (Zolopa *et al.* 2022).

VIOLENCIA SEXUAL

La violencia sexual también es una preocupación significativa en la población adulta mayor. Bows (2020) recopiló datos de las fuerzas policiales de Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte sobre delitos de violación y agresión sexual con penetración que involucraron a víctimas de 60 años o más, registrados entre 2009 y 2013. El análisis mostró que la mayoría de las víctimas eran mujeres (92%) y la mayoría de los agresores, hombres (85%). La edad de las víctimas oscilaba entre 60 y más de 100 años, siendo el grupo más numeroso el de 60 a 69 años (58%). En cuanto a los agresores, sus edades iban desde menos de 16 hasta 99 años, siendo en su mayoría más jóvenes que las víctimas. El grupo de edad más numeroso entre los agresores era el de 50 a 59 años (23%). La mayoría de las víctimas fueron violadas o agredidas por un conocido (26%), un desconocido (20%) o su pareja (20%). La mayoría de los delitos ocurrieron en el hogar de la víctima (54%), pero uno de cada cinco tuvo lugar en una residencia de ancianos (Bows 2020).

En México, los datos sobre violencia sexual en PAM son poco precisos, debido al estigma y falta de mecanismos de denuncia y atención médica y legal en el campo. Aún con esto, la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH, (INEGI 2021), reportó que 14.6% de las mujeres mayores de 60 años habían experimentado algún incidente de violencia, siendo la violencia psicológica las más frecuente (13%) y la violencia sexual la de menor frecuencia (0.5%).

Otro estudio que buscaba documentar la relación entre soledad, abuso y salud mental en una muestra mexicana de 1,913 adultos mayores de 60 años identificó que sólo el 0.5% de los participantes había experimentado violencia sexual, sin embargo, la mayoría de ellos (66.7%) presentaba síntomas depresivos, lo que resalta el impacto negativo de la violencia sexual en la salud mental de las PAM (Giraldo-Rodríguez *et al.* 2024).



INTERSECCIONALIDAD

Las personas pueden ser simultáneamente categorizadas por muchas identidades sociales distintas, incluyendo su raza, clase social y género. Estas categorías se superponen y pueden dar lugar o incrementar la discriminación, estigma y privilegios en un mismo individuo, a este fenómeno se le conoce como interseccionalidad (INMUJERES 2024). Las PAM poseen características que los posicionan como un sector vulnerable de la población. Según datos del CONEVAL (2020), la mayoría vive en zonas urbanas, está casada o tiene pareja, y un 12% vive sola. 18.1% no tenía escolaridad formal, 47.8% había completado solo la primaria, y alrededor del 25% era analfabeta. Además, el 26% de los hogares contaba con al menos un miembro mayor de 60 años. 37.5% de las personas mayores vivía en situación de pobreza y 76.5% había experimentado al menos un indicador de privación social, siendo la educación inadecuada el factor más prevalente, lo que afecta negativamente su empleo, ingresos y seguridad social.

Los adultos mayores pueden enfrentar también múltiples estigmas interrelacionados por razones de edad, género, pobreza, consumo de drogas, estado de salud mental, uso medicamentos, discapacidad y orientación sexual, entre otros (Conner y Rosen 2008). En este sentido, la interseccionalidad puede influir tanto en las experiencias sexuales de las PAM como en el acceso a la salud sexual.

Entre los factores asociados negativamente a la sexualidad en adultos mayores, se encuentran una mayor edad, no tener una pareja y menor escolaridad, las creencias erróneas con respecto de la sexualidad, la actitud sexual previa, la falta de interés sexual y las prácticas previas y el grado de satisfacción con la vida, la falta de privacidad en casa o estar institucionalizados, problemas como la monotonía en las relaciones sexuales y falta de comunicación entre la pareja se disminuyen también el interés y frecuencia de la actividad sexual en PAM (Benítez *et al.* 2023; Instituto Mexicano del Seguro Social 2024; Torres y Rodríguez-Martín 2019).

EDADISMO

La OMS (2021) define al edadismo como el conjunto de estereotipos, prejuicios y acciones discriminatorias basadas en la edad, tanto hacia los demás como hacia uno mismo y



reporta que está relacionado con la reducción en la esperanza de vida hasta de 7.5 años, una salud física y mental más precaria y la recuperación más lenta de la discapacidad en la vejez. Pese a que la OMS (2023) reconoce que el acceso universal a los servicios sexuales y reproductivos constituyen un derecho humano, los estereotipos negativos sobre la sexualidad en las PAM favorecen su invisibilización social y contribuyen a una mayor vulnerabilidad con el consiguiente riesgo de marginación y exclusión (Barranquero y Ausín 2019; Restrepo *et al.* 2020).

La Encuesta Nacional sobre Discriminación, ENADIS, reportó que, en 2022, el 20.9% de la población mayor de 60 años manifestó que se le negó injustificadamente alguno de sus derechos en los últimos cinco años. De este grupo, el 42.5% reportó haber sido privado de atención médica o medicamentos, y el 14.4% consideró que fue discriminado por los servicios de salud debido a su edad. Además, el 1.2% señaló haber sido discriminado por su orientación sexual (Instituto Nacional de Estadística y Geografía 2022a).

El edadismo, puede estar presente también entre las PAM. Las creencias que estas personas están vinculadas a una menor frecuencia actividad sexual en esta etapa de la vida. En una revisión sistemática que incluyó 11 estudios cualitativos, se encontró que la sexualidad es percibida por las PAM como positiva y mantienen el deseo de seguir expresándola, sin embargo, se identificó que los estereotipos sociales, las creencias sobre que la sexualidad está asociada con la fecundidad y que son parte del compromiso marital, se identificaron como barreras para la expresión de la conducta sexual (Torres y Rodríguez-Martín 2019).

Al respecto, un estudio realizado con 1,055 mujeres de entre 18 y 94 años, reportó que el 39.6% de las entrevistadas habían fingido, o continuaban fingiendo orgasmos durante el acto sexual con sus compañeros. Entre las principales razones para fingir se encontraron: querer que su pareja se sintiera exitosa durante la relación sexual (57.1%); querer que el acto sexual terminara porque estaban cansadas (44.6%) y no desear que su pareja se sintiera mal (37.7%). Para las mujeres de más de 60 años, las principales razones para la falta de comunicación sexual en la pareja, fueron no querer herir sus sentimientos, no sentirse cómodas entrando en detalles sexuales y poder sentirse avergonzadas y no saber pedir lo que necesitaban. Para el total de la muestra, la principal razón para dejar de fingir orgasmos fue sentirse más cómodas con el sexo, tuvieran o no orgasmos (Herbenick *et al.* 2019). Estos resultados reflejan cómo las creencias y prejuicios sobre los roles sexuales afectan la satisfacción sexual en las mujeres



Los mitos, prejuicios y actitudes negativas sobre la sexualidad en PAM, actúan como barreras que restringen su actividad sexual. En una revisión bibliográfica, Moreno y Castillo (2020) encontraron respecto a la sexualidad, que existen creencias erróneas sobre que las PAM no tienen la capacidad fisiológica para el desempeño sexual, no tienen interés sexual, o que quienes se interesan por la sexualidad son personas perversas o desviadas. Además, persisten creencias de que la actividad sexual es perjudicial para su salud y que, en el caso de los hombres, sólo pueden mantener una vida sexual si la esposa es más joven, ya que las mujeres mayores no tienen interés sexual.

Una revisión de la literatura, identificó que, para las mujeres latinoamericanas, los factores que limitan las prácticas sexuales incluyen la falta de acceso a una pareja, las relaciones emocionalmente distantes con parejas íntimas, conceptos erróneos y prejuicios sobre la sexualidad, así como una creencia cultural profundamente arraigada de que la actividad sexual no es adecuada para las mujeres. Además, el miedo al fracaso, la falta de tiempo, el abuso o violencia, la presencia de depresión y algunas creencias religiosas son factores que contribuyen a una menor frecuencia de actividad sexual (Quimis *et al.* 2024).

ORIENTACIÓN SEXUAL E IDENTIDAD DE GÉNERO

Según datos de la Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género WEB (ENDISEG WEB 2022), 3.1% de la población mexicana encuestada de más de 60 años se identificó con orientación sexual y/o identidad de género LGBTI+. (INEGI 2022b) La evidencia sugiere que los indicadores de salud son peores entre la población adulta mayor LGBT+ (Cottrell 2020). Un estudio realizado por Nelson y Andel, (2020) comparó los datos de 4,370 personas mayores de 50 años del Estudio de Salud y Jubilación en Estados Unidos, en un análisis multivariado ajustado por edad, sexo, educación y otras variables de salud, se encontró que las personas con orientación sexual LGBT+ tenían, en promedio, un 84% mejor salud autoinformada en comparación con las personas heterosexuales. Sin embargo, la probabilidad de sufrir depresión fue más del doble en las personas LGBT+ en comparación con las personas heterosexuales.

Resultados similares se identificaron en el análisis de Dai y Meyer, (2019) quienes examinaron las disparidades de salud entre 350,778 adultos mayores de 50 años. Encontraron una mayor



prevalencia de trastorno depresivo y consumo de sustancias entre las minorías sexuales, mientras que tuvieron mayor probabilidad de presentar conductas de salud preventivas como la realización de pruebas de VIH en comparación con sus pares heterosexuales.

Estos datos sugieren que la mayor propensión de las personas LGBT+ a experimentar discriminación y estigma podría estar vinculada a sus problemas de salud mental, al respecto, el estudio de Restrepo *et al.* (2020) documentaron que existe la creencia generalizada de que las PAM LGBT+ tienen comportamientos sexuales excesivos, lo que no se considera apropiado para la edad.

FACTORES ASOCIADOS CON LOS SERVICIOS DE SALUD Y DISPONIBILIDAD DE PROGRAMAS DE PROMOCIÓN DE SALUD SEXUAL

En México, la satisfacción con los servicios de salud entre las personas mayores es baja. En 2013, el 60% expresó no estar satisfecho con los servicios de salud recibidos, y en 2018, el 31% calificó estos servicios como deficientes o malos. A nivel nacional, se cuenta solo con un geriatra certificado por cada 25,000 personas mayores, y la proporción de instituciones de educación superior que ofrecen programas de licenciatura y posgrado en geriatría o gerontología es limitada. Adicionalmente, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cuenta con sólo 170 médicos geriatras y 80 enfermeras geriátricas en sus hospitales. La disponibilidad de centros de atención especializada en el cuidado de adultos mayores es también limitada. El INAPAM cuenta con solo seis centros de cuidado diario y seis residencias permanentes en la Ciudad de México, que por mucho resulta insuficiente para los más de 15 millones de PAM en el país. (OPS 2023)

Los servicios públicos de salud representan más del 60% del total de consultas médicas en el país. A medida que aumenta la presencia de enfermedades, también incrementa la utilización de servicios de salud curativos y ambulatorios. Las personas adultas mayores son quienes más utilizan estos servicios, mostrando una mayor frecuencia en el uso de servicios hospitalarios (Shamah-Levy *et al.* 2020). Esto brinda la posibilidad de proporcionar servicios de salud integrales que contemplen la asesoría, promoción, prevención y tratamiento de los problemas de salud sexual en las PAM desde el primer nivel de atención.



Se ha reportado que entre las principales barreras para la búsqueda de asesoramiento y tratamiento en materia de salud sexual en adultos mayores se encuentran las opiniones y creencias culturales y sociales negativas sobre la salud sexual; estigma, vergüenza y discriminación; la falta de educación y capacitación de los profesionales de la salud y la calidad de la relación entre pacientes y profesionales de la salud (Ezhova *et al.* 2020).

Los estudios indican que las PAM reconocen la importancia de la actividad sexual en sus vidas y la necesidad de la participación conjunta con el personal de salud respecto de su sexualidad (Torres y Rodríguez-Martín, 2019; Olivera y Bujardón, 2010). La comunicación inadecuada con el equipo de salud puede generar la demora en un correcto diagnóstico y tratamiento relacionados con las dificultades sexuales como en dolor en el caso de las mujeres y la disfunción eréctil en hombres (Thorpe *et al.* 2022).

Una revisión sistemática de 23 estudios cualitativos y cuantitativos que exploró los conocimientos y actitudes sobre la sexualidad y salud sexual en adultos mayores revela que muchos profesionales de la salud consideran la dimensión sexual como fuera de su ámbito de práctica, lo que refleja una falta de conocimiento y confianza en esta área. Aunque reconocen la importancia de la salud sexual en la vejez, las creencias culturales pueden influir negativamente en sus actitudes. Sin embargo, aquellos profesionales de salud que han tenido más tiempo de trabajo con personas mayores, familiaridad, o formación previa, tienden a tener actitudes más positivas. En cuanto a la atención a personas mayores LGBT+, los profesionales de la salud muestran un mayor conocimiento y actitudes más positivas cuando han tenido experiencia previa trabajando con esta población (Haesler *et al.* 2016).

Bauer *et al.* (2018) realizaron una revisión sistemática para identificar las barreras y habilidades de los cuidadores para reconocer la sexualidad en los adultos mayores. Agruparon los hallazgos en varias categorías entre las que destacan la importancia de reconocer la comunicación y proteger los derechos de los residentes y del personal, así como de promover el papel de los familiares. La revisión concluye que las instituciones deben adoptar una filosofía inclusiva y de sexualidad positiva, lo cual requiere la implementación de políticas, procedimientos, actitudes adecuadas del equipo, y prácticas de los cuidadores, además de fomentar la educación y el debate abierto entre todos los involucrados, ofreciendo oportunidades para que las personas mayores puedan conectar y expresar su sexualidad plenamente.



Es necesario entonces que los equipos de salud, promuevan una visión abierta y respetuosa sobre la sexualidad de las PAM, centrada en el respeto de su intimidad y deseos. Las instituciones de salud, deben ofrecer atención individualizada para mejorar la actividad sexual y se favorezca la exploración de su sexualidad, la promoción de hábitos saludables y la prevención del aislamiento (IMSS 2023; Torres y Rodríguez-Martín 2019).

Cottrell, (2020) propone una serie de recomendaciones para atender las necesidades de atención de las PAM con énfasis, aunque no exclusivamente, en las minorías sexuales, entre ellas: Crear ambientes amigables y seguros para atención en salud; Favorecer la capacitación para entender los contextos culturales y sensibilizar sobre el estigma y discriminación; Proveer recursos apropiados de atención médica, discapacidad, apoyo legal, vivienda y opciones de atención comunitarias; Considerar la planificación anticipada de la atención médica; Participar en la visibilización de las necesidades de políticas sanitarias como el desarrollo de competencias para las personas que trabajan en cuidados a largo plazo, opciones de vivienda y asignación de fondos para servicios comunitarios y; Fomentar la investigación sobre envejecimiento.

Pese a la información existente sobre el papel de los servicios de salud en los distintos indicadores de calidad de vida y salud en PAM, los programas de promoción sobre salud sexual en este grupo son escasos en nuestro país (Ortíz *et al.* 2016), sin embargo, las iniciativas internacionales en países que están enfrentando ya el desafío de poblaciones cada vez más envejecidas pueden ofrecer guías de referencia para su adecuación en el contexto nacional.

Al respecto, en el Reino Unido, el proyecto de investigación sobre salud sexual en mayores de 45 años, SHIFT, presentó un modelo de salud sexual para personas en situación de vulnerabilidad, como las personas sin hogar, migrantes, solicitantes de asilo, trabajadores sexuales y la comunidad LGBTQ+ dirigido a mejorar su participación en servicios de salud sexual para empoderarlos, generar conciencia y conocimiento sobre su salud y bienestar sexual y reducir el estigma mediante la promoción de acceso a servicios adecuados. Este proyecto de gran escala, incluyó la participación de 2,690 personas, entre profesionales de salud y de la fuerza laboral en general, observadores pares, capacitadores y socios del Reino Unido, Bélgica y los Países Bajos, e incluyó el análisis de datos secundarios de más de 23,000 personas. Si bien este modelo puede ser adaptado en diversos entornos, incluidos los servicios de salud clínica, organizaciones benéficas y contextos sociales más amplios, es



evidente que requiere la participación e inversión de organismos públicos tanto privados, lo cual dificulta su aplicabilidad en contextos latinoamericanos.

Las políticas orientadas a la atención de las PAM son también elementos necesarios para que los programas puedan ponerse en marcha a gran escala, por lo que resulta fundamental contar con un marco legal que respalde el desarrollo de programas de promoción de la salud sexual y que permita un marco normativo para el personal de salud. En Australia, se realizó una encuesta nacional para examinar el alcance y la extensión de las políticas escritas sobre sexualidad y salud sexual en 1094 centros de atención residencial para personas mayores. De los centros encuestados, solo el 23% informó tener una política sobre sexualidad, 13% sobre salud sexual, 7% tenían política escrita y solo dos tercios de estas políticas estaban dedicadas a la sexualidad o la salud sexual.

Las políticas más frecuentes se relacionaron con el respeto de la privacidad sexual o la expresión sexual de los residentes y el comportamiento sexual inapropiado. Con menor frecuencia, las políticas abordaron temas sobre las necesidades y la salud sexual incluida información y educación sobre el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS), la necesidad de promover prácticas sexuales seguras, disfunciones sexuales, la necesidad de atención médica y el respeto a la orientación sexual de los residentes (McAuliffe *et al.* 2020).

En México, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en sus artículos 1º y 5º (Diario Oficial de la Federación, mayo de 2021) garantizan los derechos a la integridad, dignidad y preferencia, el disfrute pleno de una vida libre de violencia, así como el respeto a la integridad física, psicoemocional y sexual. Además, prohíben cualquier forma de discriminación basada en el origen étnico o nacional, género, edad, capacidades, condición social, religión, opiniones, preferencias, estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Con base en el marco legal, el estado a través de las instancias gubernamentales y el personal de salud debe promover la atención a la sexualidad de los adultos mayores, salvaguardando su derecho a estar recibir información fundamentada en la evidencia sobre el tema, al acceso a los servicios de salud igualitarios y a la participación en el desarrollo de políticas públicas adaptadas a etapa del ciclo de vida.



A pesar de la legislación sobre el tema, el Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva (2020-2024) de la Secretaría de la Salud, cuyo objetivo es mejorar las condiciones de vida relacionada con los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, la planificación familiar y anticoncepción, la salud materna, la atención prenatal, acceso a los servicios de aborto y violencia de género en diferentes poblaciones de riesgo, no contempla la sexualidad de las PAM (Secretaría de Salud 2020).

Por su parte, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (2020) en el Programa de Asuntos de la Mujer y de Igualdades entre Mujeres y Hombres busca informar a los adultos mayores sobre sus derechos sexuales. Desde un enfoque que promueve la calidad de las relaciones sexoafectivas, incorpora temas como el amor, el derecho a amar y a ser amado, además del disfrute de las relaciones sexuales placenteras y especiales.

En la Ciudad de México, diversas alcaldías han comenzado a organizar eventos para destacar la importancia de la salud sexual. La alcaldía de Magdalena Contreras, en colaboración con la red de alcaldías de la CDMX (Álvaro Obregón, Magdalena Contreras y Tlalpan) llevó a cabo su primera Feria de Salud Sexual en el Adulto Mayor. La feria contó con la participación de más de 1000 PAM que tuvieron acceso a información y servicios de la OPS/OMS México, atención médica, información psicológica y orientación sobre sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, y actividades físicas y recreativas (Red de Alcaldías de la CDMX 20 de junio de 2024).

Es evidente que las prioridades gubernamentales se centran en los problemas más prevalentes de salud del país, pero en un escenario donde la población está envejeciendo y enfrenta fenómenos como la violencia, la discriminación y el estigma, es necesario anticipar y atender oportunamente las problemáticas relacionadas con la salud sexual y el bienestar de las personas adultas mayores. Las iniciativas presentadas representan un paso en la dirección correcta, aunque aún queda mucho por hacer para lograr una atención integral.



CONCLUSIONES

Los cambios demográficos a nivel mundial indican una tendencia hacia sociedades cada vez más envejecidas. Ante esto y en consonancia con el perfil epidemiológico de la población, organismos internacionales han generado estrategias tanto para documentar las necesidades de atención de las PAM como para el desarrollo de políticas y programas que inciden en los principales problemas que enfrentan y se agudizará con el tiempo en este sector de la población. A diferencia de los países industrializados, en México, se ha abordado escasamente el tema de la salud sexual en PAM a pesar de la evidencia que indica que la actividad sexual impacta positivamente la calidad de vida física y mental en esta etapa.

Es necesario, en primera instancia documentar y caracterizar la conducta sexual en población adulta mayor, identificar las necesidades de atención específica en nuestro contexto, que esta revisión permitió evidenciar los vacíos de información sobre temas como las ITS, la violencia sexual, así como la limitada disponibilidad de programas para la promoción y atención a la salud sexual en PAM. Factores como el edadismo, la falta de servicios amigables de salud sexual, la preferencia sexual y la institucionalización en conjunto con el estigma asociado a la sexualidad en PAM coloca a esta población en una condición de vulnerabilidad que la hace propensa a un mayor riesgo de discriminación y violencia, incluida la violencia sexual.

La actividad sexual tiende a disminuir en edades avanzadas, La presencia de enfermedades, el consumo de medicamentos y el deterioro de la función física, pueden interferir con la actividad sexual, sin embargo, el espectro de la sexualidad no es limitativa al contacto genital, por lo que los estigmas asociados a la sexualidad, acompañados de una correcta orientación y capacitación en el ejercicio de una sexualidad saludable, pueden promover mayor bienestar en las PAM.

La presente revisión está en sintonía con el modelo basado en los determinantes sociales de salud para describir las barreras asociadas a la salud sexual en adultos mayores propuesto por Van Epps *et al.* (2023) que permite evidenciar que la salud sexual en PAM es un tema complejo que requiere un abordaje integral desde múltiples frentes y disciplinas. El modelo incluye: Barreras estructurales como las políticas que excluyen a los adultos mayores y leyes y prácticas discriminatorias; Barreras sociales y culturales entre las que se encuentran los prejuicios y estereotipos sobre la sexualidad y la expresión sexual; Barreras relacionadas con el sistema de salud, en donde destacan la falta de capacitación y conocimiento de los



proveedores de salud, sobre la sexualidad, no priorizar la salud sexual como parte de las necesidades de salud y la falta de acceso a los servicios de prevención y finalmente; Barreras individuales relacionadas con la vergüenza, creencias erróneas, baja percepción de riesgo y falta de educación sexual.

REFERENCIAS

Diario Oficial de la Federación

2021, *Artículo 1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, URL: https://normatividadseguridad.unam.mx/index_html_files/Constitucion_Politica.pdf

Barranquero, Rebeca y Berta Austin

2019, "Impacto de los estereotipos negativos sobre la vejez en la salud mental y física de las personas mayores", *Psicogeriatría*, 9(1): 41-47. URL: https://www.researchgate.net/profile/Berta-Austin/publication/334454554_Impacto_de_los_estereotipos_negativos_sobre_la_vejez_en_la_salud_mental_y_fisica_de_las_personas_mayores/links/5d2b6af1458515c11c314d84/Impacto-de-los-estereotipos-negativos-sobre-la-vejez-en-la-salud-mental-y-fisica-de-las-personas-mayores.pdf?_sg%5B0%5D=started_experiment_milestone&origin=journalDetail&_rtd=e30%3D

Bauer, Michael, Emily Haesler and Deirdre Fetherstonhaug

2018, Organisational enablers and barriers to the recognition of sexuality in aged care: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 27(4): 858-868. DOI: <https://doi.org/10.1111/jonm.12743>

Benítez, Juan M., Julio C. Camero, Jesús Cuello y Juan C. Curbelo

2023, "Caracterización de la vida sexual de adultos mayores de un área de salud", *Medisur*, 21(1): 50-61.

Bloom, David E., y Leo M. Zucker

2023, "El envejecimiento, la auténtica bomba demográfica", *Plataforma Finanzas y Desarrollo*, Plataforma editorial digital del Fondo Monetario Internacional. URL: <https://www.imf.org/es/Publications/fandd/issues/Series/Analytical-Series/aging-is-the-real-population-bomb-bloom-zucker>



Bows, Hannah

2020, “The other side of late-life intimacy? Sexual violence in later life”, *Australasian Journal on Ageing*, 39(S1): 65–70. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajag.12728>

Cala, Lisván Y., Katia Peña, Yarima Villanueva y Rosa M. Cala

2022, “Caracterización del comportamiento sexual de los adultos mayores de un área de salud”, *Revista electrónica Medimay*, 29(2): 229-239. URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemedhab/cmh-2022/cmh222i.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

2023, *Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe*, 10 de enero de 2023, Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. URL: <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento-tendencias-demograficas-america-latina-caribe>

Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)

2020, *Programa de asuntos de la mujer y de igualdad entre mujeres y hombres*, Comisión Nacional de Derechos Humanos. URL: <https://informe.cndh.org.mx/images/uploads/nodos/61086/content/files/06%20Derechos%20Sexuales%20y%20Reproductivos%20de%20las%20Personas%20Adultas%20Mayores.pdf>

Conner, Kyaie O., y Daniel Rosen

2008, ““You’re Nothing But a Junkie”: Multiple Experiences of Stigma in an Aging Methadone Maintenance Population”, *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 8(2): 244–264. DOI: <https://doi.org/10.1080/15332560802157065>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL)

2020, *Pobreza y personas mayores en México*. URL: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Paginas/Pobreza_Personas_Mayores.aspx

Cottrell, Damon B.

2020, “Considering the Needs of Older Sexual and Gender Minority People”, *The Journal for Nurse Practitioners*, 16(2): 146–150. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2019.11.013>

Dai, Hongying & Ilan H. Meyer

2019, “A Population Study of Health Status Among Sexual Minority Older Adults in Select U.S. Geographic Regions”, *Health Education & Behavior*, 46(3): 426–435. DOI: <https://doi.org/10.1177/1090198118818240>



Organización Panamericana de la Salud/ Organización de las Naciones Unidas

2024, *Década del Envejecimiento Saludable en las Américas*, mayo 29, URL: <https://www.paho.org/es/decada-envejecimiento-saludable-americas-2021-2030>

Dekker, Arne, Silja Matthiesen, Susanne Cerwenka, Mirja Otten, & Peer Briken

2020, "Health, Sexual Activity, and Sexual Satisfaction", *Deutsches Ärzteblatt international*, 117(39): 645. DOI: <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0645>

Ezhova, Ivanka, L. Savidge, C. Bonnett, J. Cassidy, A. Okwuokei, & T. Dickinson

2020, "Barriers to older adults seeking sexual health advice and treatment: A scoping review", *International Journal of Nursing Studies*, 107: 103566. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103566>

Freak-Poli, Rosanne

2020, "It's not age that prevents sexual activity later in life", *Australasian Journal on Ageing*, 39(Suppl 1): 22–29. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajag.12774>

Giraldo-Rodríguez, Liliana, Marcela Agudelo-Botero, & Mario E. Rojas-Russell

2024, "Elder Abuse and Depressive Symptoms: The Mediating Role of Loneliness in Older Adults", *Archives of Medical Research*, 55(6): 103045. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2024.103045>

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

2023, *IMSS recomienda a adultos mayores atender su salud sexual para fortalecer bienestar físico y emocional*. URL: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202309/468>

Haesler, Emily, Michael Bauer & Deirdre Fetherstonhaugh

2016, "Sexuality, sexual health and older people: A systematic review of research on the knowledge and attitudes of health professionals", *Nurse Education Today*, 40: 57–71. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.02.012>

Herbenick, Debby, Heather Eastman-Mueller, Tsung-chieh Fu, Brian Dodge, Kia Ponander & Stephanie Sanders

2019, "Women's Sexual Satisfaction, Communication, and Reasons for (No Longer) Faking Orgasm: Findings from a U.S. Probability Sample", *Archives of Sexual Behavior*, 48: 2461–2472. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01493-0>

Hernández Gálvez, Olga Abigail

2021, "Actividad sexual en el adulto mayor como factor que puede impactar en la



calidad de vida”, *Atención Familiar*, 28(3): 201-205. DOI: <https://doi.org/10.22201/fm.14058871p.2021.3.79587>

Hernández-Soberón, Julio C., Reyna Torres-Obregón, Sandra C. Esparza González, Ana L. Carrillo Cervantes, Edna I. Navarro-Oliva & Juan C. Sierra
2021, “Función sexual y actividad física en personas mayores del noreste de México”, *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 21(2): 60–70. DOI: <https://doi.org/10.21134/haaj.v21i2.567>

INMUJERES

2024, *Interseccionalidad. Glosario para la Igualdad*. Inmujeres. URL: <https://campusgenero.inmujeres.gob.mx/glosario/terminos/interseccionalidad>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

2022a, *Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2022*. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2022/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

2022b, *Encuesta Nacional sobre Diversidad Sexual y de Género WEB (ENDISEG WEB) 2022*. URL: <https://www.inegi.org.mx/investigacion/endiseg/2022/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

2021, *Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2021*. URL: <https://www.inegi.org.mx/programas/endireh/2021/>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

2021, *Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (ENASEM) 2021*. URL: <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2021/>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)

2021, *Enfermedades de Transmisión Sexual y Personas Adultas Mayores*. diciembre 5, URL: <http://www.gob.mx/inapam/articulos/enfermedades-de-transmision-sexual-y-personas-adultas-mayores?idiom=es>

Jackson, Sara E., Lin Yang, Ai Koyanagi, Brendon Stubbs, Nicola Veronese & Lee Smith

2020, “Declines in Sexual Activity and Function Predict Incident Health Problems in Older Adults: Prospective Findings from the English Longitudinal Study of Ageing”, *Archives of Sexual Behavior*, 49: 929–940. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1443-4>



Kim, Eric S., Scott W. Delaney, Louis Tay, Ying Chen, Ed Diener & Tyler Vanderweele

2021, "Life Satisfaction and Subsequent Physical, Behavioral, and Psychosocial Health in Older Adults", *The Milbank Quarterly*, 99(1): 209–239. DOI: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12497>

Kreisel, Kristen M., Ian Spicknall, Julia Gargano, Felicia Lewis, Rayleen Lewis, Lauri E. Markowitz, Henry Roberts, Anna Johnson, Ruiguang Song, Sancta St. Cyr, Emily Weston, Elizabeth Torrone, & Hillard Weinstock

2021, "Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men: Prevalence and Incidence Estimates, 2018", *Sexually Transmitted Diseases*, 48(4): 208–214. DOI: <https://doi.org/10.1097/OLQ.0000000000001355>

Leong, Joon Y., Amir S. Patel & Ranjith Ramasamy

2019, "Minimizing Sexual Dysfunction in BPH Surgery", *Current Sexual Health Reports*, 11: 190–200. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11930-019-00210-1>

McAuliffe, Linda, Deirdre Fetherstonhaugh & Michael Bauer

2020, "Sexuality and sexual health: Policy in Australian residential aged care", *Australasian Journal on Ageing*, 39(S1): 59–64. DOI: <https://doi.org/10.1111/ajag.12602>

Moreno, Dianelis y Dayanis Castillo

2020, "La sexualidad en el adulto mayor. Una mirada desde lo social", *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. 9(2). DOI: <https://www.eumed.net/rev/caribe/2020/02/sexualidad-adulto-mayor.html>

National Institute on Aging

2017, *La sexualidad en la edad avanzada*. National Institute on Aging. URL: <https://www.nia.nih.gov/espanol/sexualidad/sexualidad-edad-avanzada>

Nelson, Christi L. & Ross Andel

2020, "Does Sexual Orientation Relate to Health and Well-Being? Analysis of Adults 50+ Years of Age", *The Gerontologist*, 60(7): 1282–1290. DOI: <https://doi.org/10.1093/geront/gnz187>

Olivera, Caramen y Alberto Bujardón

2010, Estrategia educativa para lograr una sexualidad saludable en el adulto mayor. *Revista Humanidades Médicas*. 10(2): 0-0. URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202010000200006



Organización de las Naciones Unidas (ONU-Habitat)

2022, *Ya somos 8 mil millones de personas*. URL: <https://onu-habitat.org/index.php/ya-somos-8-mil-millones-de-personas>

Organización Mundial de la Salud (OMS)

2024, *Envejecimiento*. URL: <https://www.who.int/es/health-topics/ageing>

Organización Mundial de la Salud (OMS)

2022, *Envejecimiento y Salud*. 1 de octubre. URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Mundial de la Salud (OMS)

2021, *Envejecimiento: Edadismo*. marzo 18, URL: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/ageing-ageism>

Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)

2024, *Envejecimiento Saludable: Datos y Visualizaciones*. URL: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable-datos-visualizaciones>

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

2023, *Tomar el pulso a la capacidad de respuesta del sistema de salud para satisfacer las necesidades de las personas mayores. Análisis de situación: México [Dataset]*. OPS. URL: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57145>

Orr, Joanna, Richard Layte & Neil O'Leary

2019, "Sexual Activity and Relationship Quality in Middle and Older Age: Findings From The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA)", *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(2): 287–297. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx038>

Ortíz, Santos, Isamary Dávila, Pamela Boígues, Ephraim Acevedo e Hiram Arroyo

2016, "Salud Sexual en el Adulto mayor desde la perspectiva de la promoción de la salud", *Ciencias de la Conducta*, 31(1): 48-72. URL: <https://cienciasdelaconducta.org/index.php/cdc/issue/view/8>

Palacios-Ceña, Domingo, Pilar Carrasco-Garrido, Valentín Hernández-Barrera, Cristina Alonso-Blanco, Rodrigo Jiménez-García & César Fernández-de-las-Peñas

2012, "Sexual Behaviors Among Older Adults in Spain: Results from a Population-Based National Sexual Health Survey", *The Journal of Sexual Medicine*, 9(1): 121–129. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02511.x>



Secretaría de Salud

2020, *Salud Sexual y Reproductiva 2020-2024*, Programa de Acción Específico. URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/644374/PAE_SSR_24_5_21.pdf

Quimis, Daniela, Melany Ramos, Melany A. Valle, Helen Zambrano y Jhon Ponce

2024, “Sexualidad, vejez y envejecimiento. Revisión actualizada en el contexto de la mujer latinoamericana”, *Revista latinoamericana de ciencias sociales y humanidades*, 5(1): 716-729. DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v5i1.1625>

Red de Alcaldías de la CDMX

2024, *1er. Feria de salud sexual para adultos mayores. Alcaldía de Magdalena Contreras Junio-2024*.

Restrepo, Jair, Andrea López y Carolina Arismendy

2020, “Aproximación al proceso de estigmatización social de las personas mayores LGBT en Antioquia, Colombia”, *Papeles de población*, 26(105): 219-251. URL: <https://doi.org/10.22185/24487147.2020.105.27>

Shamah-Levy, T., E. Vielma-Orozco, O. Heredia-Hernández, M. Romero-Martínez, J. Mojica-Cuevas, L. Cuevas-Nassu, J. Santaella-Castell & J. Rivera-Dommarco

2020, *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19. Resultados Nacionales. En Instituto Nacional de Salud Pública (Primera, Instituto Nacional de Salud Pública*. URL: <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/informes.php>

Thorpe, S., Iyiewuare, P., Ware, S., Malone, N., Jester, J. K., Dogan, J. N., & Hargons, C. N.

2022, ““Why Would I Talk To Them About Sex?”: Exploring Patient-Provider Communication Among Black Women Experiencing Sexual Pain”, *Qualitative Health Research*, 32(10): 1527–1543. DOI: <https://doi.org/10.1177/10497323221110091>

Torres, Sara y Beatriz Rodríguez

2019, “Percepciones de la sexualidad en personas mayores: una revisión sistemática de estudios cualitativos” *Revista Esp Salud Pública*, 93(4), 1-17. URL: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2019.v93/e201909059/es>

Universidad Católica de Chile-Caja Los Andes

2023, “Sexta Encuesta Nacional de Calidad de Vida en la Vejez 2022 (6a ed)”, *Centro UC Estudios de Vejez y Envejecimiento Programa Adulto Mayor UC*. URL: <https://encuestacalidaddevidaenlavejez.uc.cl/encuesta-2022/>



Van Epps, Puja, Lewis Musoke & Condice McNeil

2023, “Sexually Transmitted Infections in Older Adults: Increasing Tide and How to Stem It”, *Infectious Disease Clinics of North America*, 37(1): 47–63. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.idc.2022.11.003>

World Health Organization (WHO)

2023, *Sexual and Reproductive Health and Research (SRH, World Health Organisation*. URL: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexualhealth/defining-sexual-health>

Zolopa, C., Høj, S. B., Minoyan, N., Bruneau, J., Makarenko, I., & Larney, S.

2022, “Ageing and older people who use illicit opioids, cocaine or methamphetamine: A scoping review and literature map”, *Addiction*, 117(8), 2168–2188. DOI: <https://doi.org/10.1111/add.15813>



Salud sexual y diabetes en el adulto mayor²⁷

María Luisa Ponce López ✧ Irma Araceli Aburto López
Irma Cortés Escárcega ✧ Claudia Izquierdo Carrillo
Marco Antonio Cardoso Gómez

INTRODUCCIÓN

La sexualidad en el adulto mayor con diabetes es un fenómeno poco atendido. Es de suma importancia considerarlo porque la sexualidad es un elemento esencial de su bienestar. Es insoslayable su estudio porque, entre otros, puede afectar la función sexual, tanto de hombres como de mujeres, también puede incidir en la adherencia al plan de tratamiento. Son múltiples los temas que deben abordarse para comprenderlo. Uno de ellos, que es analizado en el presente capítulo, es el estigma con que se les identifica a los adultos mayores con diabetes.

Existe una gama amplia de mitos que circulan alrededor del envejecimiento. Los más comunes e importantes son aquellos donde se les percibe como seres asexuados, fisiológicamente imposibilitados para ejercer su sexualidad, por lo cual se genera una distorsión de muchos de sus pensamientos, que conduce a la persona a una represión sexual, respaldada también por prejuicios sociales que le generan temor a ser objeto de burla.

Como una contribución para desmitificar la sexualidad en el adulto mayor con diabetes, en este capítulo se presenta un análisis de sobre: conceptos básicos sobre sexualidad; sexualidad en el ciclo de vida: adulto mayor, vejez, envejecimiento; inicio de la etapa adultez mayor; aspectos psicológicos de la sexualidad en personas adultas mayores; autoestima y sexualidad en el adulto mayor; salud sexual en el adulto mayor; el

²⁷ El estudio se realizó en el marco del proyecto Formulación multidisciplinaria para el control de la diabetes mellitus tipo 2 (clave: UNAM-DGAPA-PAPIIT IN303924).



envejecimiento del cuerpo y la actividad sexual; cambios más frecuentes en los hombres; cambios más frecuentes en las mujeres; diabetes; adulto mayor con diabetes; tabúes, mitos y creencias sobre el deseo y la sexualidad en adultos mayores y salud sexual en el adulto mayor con diabetes. El propósito es proporcionar información que promueva la atención integral de esta enfermedad para optimizar la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes.

CONCEPTOS BÁSICOS SOBRE SEXUALIDAD

La Organización Mundial de la Salud indicó que para comprender la salud sexual se debe considerar la sexualidad, dado que es esencial en la vida del ser humano, en un sentido amplio en el que confluyen múltiples factores como los biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales. La sexualidad comprende al sexo, las identidades y los roles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual y se vivencia y se manifiesta a través de fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, prácticas, roles y relaciones interpersonales. Asimismo, definió la salud sexual, la cual no es la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad, como un estado de bienestar físico, mental y social, en relación directa con la sexualidad (OMS 2024a).

Para impulsarla es necesario encauzar respetuosamente la sexualidad y las relaciones sexuales, así como tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda amenaza y coerción. Para que se logre la salud sexual y se mantenga, los derechos sexuales deben ser respetados, resguardados y ejercidos a plenitud. La consecución de la salud y el bienestar sexual está en función del acceso a la información integral válida y confiable sobre sexo y sexualidad, que genere conocimientos de los riesgos y su vulnerabilidad ante las consecuencias de tener actividad sexual sin protección, la posibilidad de acceder a servicios de atención y estar en un entorno que favorezca la salud sexual (OMS 2024b).



SEXUALIDAD EN EL CICLO DE VIDA: ADULTO MAYOR

El cuerpo a lo largo de la línea de vida va teniendo cambios en los que se incluye la sexualidad, aspecto que en la vejez toma relevancia ya que existe desinformación, mitos y tabúes a su alrededor. Se considera que a determinada edad ya no existe el deseo de la actividad sexual, y que va inversamente proporcional: a mayor edad menor actividad sexual y se establece como un estándar de comportamiento para todos, pero principalmente para las mujeres, determinado culturalmente por la función reproductiva que concluye con la menopausia y desde el punto de vista social la condición de tener o no una pareja formal, situación diferenciada con los hombres en los que se reconoce sin límite de edad para la función reproductiva sólo condicionada por problemas de salud, pero en ambos casos desvinculada de aspectos afectivos inherentes a una sexualidad plena.

Aun cuando los cambios fisiológicos son un indicador que la capacidad reproductiva disminuye con la edad en ambos sexos. Para el ejercicio pleno de la sexualidad en la vejez interactúan factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos y culturales.

VEJEZ, ENVEJECIMIENTO

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (como se citó en Contreras 2021), se es adulto mayor a partir de los 60 años. Quienes tienen de 60 a 74 años son denominados de edad avanzada, de 75 a 90 años como viejas o ancianas y las que sobrepasan los 90 años como grandes o longevos. A toda persona con más de 60 años se le llama, indistintamente, persona de la tercera edad.

En México, se ha trabajado desde el marco jurídico, creando la Ley de los Derechos de las Personas Adultas, para una vejez digna, con lo que se busca que los adultos mayores, posean integridad, que vivan sin discriminación, libres de violencia psicológica, física, económica y social; que gocen de cuidados y tengan el derecho a la salud, alimentación y el trabajo; y, con pleno respeto a su sexualidad (Gobierno de México 2017).



La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores refiere que una persona adulta mayor es aquella que cuenta con sesenta años o más de edad y que viva o se encuentre de paso en el territorio nacional. En ambos casos, el Estado debe promover, proteger, respetar y garantizar el goce y ejercicio de los derechos de las personas mayores. También debe establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento, instituyendo condiciones favorables para el acceso a la salud, educación, nutrición, vivienda, cultura, recreación, trabajo, ambientes sanos y amigables, cuidados, seguridad social y una pensión justa para su retiro. Asimismo, ofrecerá atención, información y asesoría sobre las garantías de ley, sus derechos establecidos y el registro para determinar la cobertura y características de programas y beneficios dirigidos a este grupo de edad (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores 2002).

INICIO DE LA ETAPA ADULTEZ MAYOR

En el inicio de esta etapa, el adulto mayor comienza a experimentar cambios que se dan durante el envejecimiento, los cuales, se categorizan en tres esferas principales que son parte de la evolución humana. La primera esfera se enfoca en todos los cambios fisiológicos, donde empiezan a presentarse disminución en la destreza física, aunque las personas sean sanas y activas; como es el caso de la capacidad sensorio-perceptiva, la cual se ve alterada ya que en el sistema nervioso central (SNC) se observa menos agilidad en procesar los estímulos e información que provienen del exterior, afectando de forma directa en la coordinación neuromuscular, lo que conlleva, a medida que avanza la edad, a requerir cada vez más la apoyo en realizar sus actividades cotidianas.

En el ámbito sexual, también puede haber alteraciones significativas, como problemas en la función eréctil, en caso de los varones y falta de lubricación vaginal, en las mujeres, lo que puede requerir de una mayor estimulación durante el acto sexual. Esta condición se puede ver directamente relacionada con la presencia de algunas patologías como la diabetes mellitus (DM), cirugía de próstata, artritis reumatoide, entre otras, las cuales condicionan el consumo de algunos fármacos como parte de su tratamiento médico, teniendo como consecuencia efectos colaterales que pueden alterar la respuesta sexual de los individuos, así como algunos efectos secundarios propios de la enfermedad que se pudiera padecer (Ramírez *et al.* 2019).



Dentro de la segunda esfera se pueden encontrar afectados los procesos cognitivos, al presentarse deterioro de la memoria, alteración de la percepción, del lenguaje y procesamiento de los pensamientos, lo que conlleva a que las personas mayores requieran un aumento en la cantidad de tiempo para organizar, entender y crear información nueva (Papalia y Martorell 2015).

Debido a los cambios a nivel cognitivo, antes mencionados, el ser humano va experimentando cambios de humor, que pueden repercutir de forma seria en la autoestima, principalmente por el deterioro mental que se va manifestando, situación que los hace sentir melancólicos por sentirse como una carga para la sociedad, especialmente para su familia, llegando a desarrollar baja autoestima causada por sentimientos de inferioridad que influyen de forma negativa en la percepción de sí mismos.

En la tercera esfera la cual comprende el desarrollo biopsicosocial, podemos encontrar que la persona adulta mayor va desarrollando estrategias que le proporcionan una mayor capacidad de entendimiento para enfrentar las pérdidas personales, así como la aceptación de inminencia de la muerte. Es en esta etapa el significado de la vida asume un papel central, además que las relaciones con familiares y amigos son una red de apoyo, que puede fortalecer de manera importante su calidad de vida y autoestima (Papalia y Martorell 2015).

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA SEXUALIDAD EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

Herrera (2003, como se citó en Mejía 2021), indica que la sexualidad es una expresión biológica natural en el individuo, presente en las diferentes etapas de su vida, que se puede ver afectada durante la vejez debido a que durante esta etapa de transición puede influir el impacto psicológico al no sentirse sexualmente atractivo, sin embargo, el deseo sexual no se pierde con la edad, puede variar por la presencia de afecciones en el estado de salud que alteran la fisiología de órganos y sistemas que desde la perspectiva de Abraham Maslow, la sexualidad se expresa por medio de emociones y compromisos que requieren de una comunicación entre compañeros estableciendo una relación de confianza y amor, compartiendo el placer de estar juntos independientemente de si hay o no coito, desde este punto de vista la sexualidad integra un conjunto de fenómenos psicológicos y físicos como



forma de comunicación corporal y verbal entre los que podemos identificar pensamientos, sentimientos y caricias como parte de la satisfacción entre parejas.

Cabe destacar que durante esta etapa los adultos mayores tienden a presentar un cambio en su estilo de vida donde hay una inclinación marcada a las actividades de tipo religioso como un refugio a sus carencias, en este tipo de prácticas encuentra un acompañamiento de tipo emocional. Se ha visto que sus creencias influyen en la forma de vivir su sexualidad, en algunas ocasiones pueden llegar a ser una limitante en la libertad de expresión sexual, por temor a ser juzgados debido a los estereotipos religiosos y sociales donde se tiene la idea que la vida sexual en las personas adultas mayores termina con la etapa reproductiva (Can Valle *et al.* 2015).

Dentro de los mitos más comunes e importantes, que circulan alrededor del envejecimiento se pueden destacar aquellos donde se les percibe como seres asexuados, fisiológicamente imposibilitados para ejercer su sexualidad, por tal motivo empieza a haber una distorsión de muchos de sus pensamientos conduciendo a la persona a una represión sexual respaldada también por prejuicios sociales que le generan temor a ser objeto de burla. Otro de los factores que afectan la sexualidad en la vejez se vincula con la enfermedad, la inactividad e incapacidad de tener una vida sexual activa, sin embargo, las investigaciones sexológicas actuales revelan que, si los adultos mayores tienen una salud buena dentro de los parámetros propios de la edad, son capaces de tener actividad sexual y disfrutar de ella.

En contraste, la información errónea, los tabúes y falsos moralismos constituyen una barrera en la expresión de la sexualidad de los adultos mayores debido a que, como se mencionó anteriormente, el sistema de creencias, la educación recibida y los estereotipos sociales pueden causar sentimientos de culpa afectando su autoestima (Moreno y Castillo 2020).

AUTOESTIMA Y SEXUALIDAD EN EL ADULTO MAYOR

El concepto de autoestima fue incorporado por primera vez en 1980 por William James, y es usado como un indicador sobre la aprobación o desaprobación que tiene el adulto mayor sobre sí mismo, dado que señala si se tiene en baja o alta estima. Este señalamiento es importante porque las personas con una autoestima positiva tienen mayor posibilidad de



alcanzar una adecuada expresión de sus emociones y confianza en sus capacidades (Ocampo y Rivera 2006).

Es frecuente que durante esta etapa las personas mayores experimenten crisis de desánimo, desgaste y desilusión que los lleva a sentirse, además de poco útiles para la sociedad, poco atractivos, debido a la influencia de estereotipos sociales que hacen ver a la vejez poco productiva fomentando así, que las personas tengan una autoestima negativa considerándose así mismas con un valor deficiente, lo que contribuye a una búsqueda constante de aprobación de los demás, lo cual puede llegar a ser nocivo (Ramírez *et al.* 2019).

A su vez, la baja autoestima, al ser componente importante de las emociones puede incidir en una actividad sexual baja. Por el contrario, la sexualidad, con una autoestima positiva, puede beneficiar, tanto la salud mental como física, constituyendo elementos importantes de un envejecimiento exitoso, ya que este vínculo promueve tanto la práctica sexual como la interacción con los demás, lo que implica un beneficio que va más allá de lo físico porque cubre una necesidad emocional y afectiva que reduce los niveles de ansiedad y frustración, y que incrementa la valía y fortalece la autoestima. Asimismo, la satisfacción sexual de la persona adulta mayor permite el cumplimiento de deseos eróticos, disfrutar la pasión aplacando sentimientos negativos al sentirse amado y aceptado, y en algunas ocasiones, sin la necesidad de culminar en una situación meramente genital (Ramírez *et al.* 2019).

El tener una autoestima positiva durante la vejez hace posible que la sexualidad en los adultos mayores se convierta en parte de un envejecimiento exitoso que les permita tener un desarrollo biológico, mental, social y espiritual. El sentimiento de tener plenitud sexual implica una interacción adecuada de estas esferas y a su vez le da la posibilidad de valorar sus logros fortaleciendo así su autoestima. Es pertinente resaltar que la sexualidad durante la vejez se transforma en experiencias más calmadas, con menor ímpetu, pero no menos placenteras y sí, con un alto sentido de gratificación, lo cual implica menor posibilidad de enfermar, un mejor funcionamiento a nivel físico y cognitivo, pero sobre todo un compromiso activo con la vida (Ocampo y Rivera 2006).

En la actualidad existen numerosos programas de prevención y tratamiento de enfermedades crónicas que atienden a la población adulta mayor, sin embargo, no se han implementado políticas públicas que contemplen la salud sexual y aborden el manejo de esta. Por lo cual,



lamentablemente, en estos programas suele haber una omisión acerca de estos temas, cuyo desconocimiento fomenta el arraigo de estereotipos, prejuicios y mitos implantados en la sociedad, lo que genera mayor incertidumbre en la población debido a la desinformación en torno a la sexualidad en el adulto mayor; dicha información debería ser parte complementaria de estos programas de salud.

Para la consecución de este propósito, sería pertinente implementar espacios específicos que propicien un diálogo abierto dedicado a esta población, donde puedan expresar sus inquietudes sin temor a ser juzgados y a su vez recibir orientación de los profesionales de la salud, con el objetivo principal de promover la sexualidad como condicionante importante de la autoestima para fomentar la integración de la persona adulta mayor, y así mejorar la calidad de vida y la atención clínica a nivel comunitario, en centros hospitalarios u hogares para personas mayores (Ramírez *et al.* 2019).

Otro elemento importante sería la inclusión de un apartado sobre la historia clínica sexual dentro de la historia clínica general, pues proporciona datos biológicos, psicológicos y sociales importantes de la sexualidad, que propiciarían la implementación de programas de atención con base en las necesidades específicas de cada individuo. Estos programas coadyuvarían a que los adultos mayores puedan vivir una sexualidad plena y saludable, mejorarían la autoconfianza y aumentarían la autoestima, esto es, la apreciación de la propia valía y la responsabilidad de las relaciones consigo mismo y con los demás. (Ramírez *et al.* 2019).

SALUD SEXUAL EN EL ADULTO MAYOR

La Salud Sexual Geriátrica se define como “la expresión psicológica de emociones y compromisos que requiere la mayor cantidad y calidad de comunicación entre compañeros, durante toda la existencia, en una relación de confianza, amor, compartir y placer, con o sin coito” (Llanes 2013: 225). Este concepto se basa fundamentalmente en una optimización de la calidad de la relación más que en la cantidad (Rodríguez 2009; Cervera Díaz y García 2009, citados por Llanes 2013).

Asimismo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA 2023), refiere que el acceso a la salud sexual debe ser garantizado a toda la población, sin importar la



condición de cada una de las personas, ya sea, la situación económica, cultural, edad, origen étnico, género, orientación sexual, salud sexual, mujeres sin acceso al aborto, infertilidad, antecedentes penales o no, edad, origen étnico o nacionalidad, estado migratorio o no, y discapacidad.

En México, las personas adultas mayores, viven y siguen participando activamente en las relaciones interpersonales afectivas, tal como lo demuestra la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo, que efectuó el INEGI, en donde los resultados arrojan que para el año 2017, en México existían 14,600,461 personas en este grupo de edad, y que el estado civil de ellos fue: solteros 1,085,937, unidos con una pareja 8,963,000; y que alguna vez estuvieron unidos a alguna pareja, 4,548,502 (citado por Gobierno de México 2017).

Acevedo-Ayala, Solari-Solb, Arroyo-Conchab y Tirreau-Román (2024), aseguran que la sexualidad en las personas de la tercera edad es muy importante, ya que existe una estrecha relación entre la calidad de vida personal y el ejercicio de la sexualidad. Y, a pesar de que oficialmente se carece de datos estadísticos e información, de este grupo poblacional, en relación con su sexualidad, existen publicaciones médicas que reportan aspectos importantes a ese respecto.

En Cuba, en una muestra de 154 pacientes, se encontró que por situaciones culturales las mujeres tienen un impacto negativo sobre el deseo sexual; y, que las relaciones sexuales disminuyen con la edad, por situaciones del estado de salud. Sin embargo, los pacientes que realizan de manera activa su sexualidad, la presentan, el 21% una cada quince días y el 15.6% de manera semanal (Pérez-Nicolaes y Nicolaes-Hernández 2024).

Del mismo modo, Cala-Rosabal, Peña-Infante, Villanueva-Batista, y Cala-Peña (2022) efectuaron un estudio en Lima, con 30 personas adultas mayores, en donde revelaron que el 79% de las personas eran casadas, el 80% de ellas poseían deseo sexual y el 73% tenían relaciones sexuales activas. López-Ramos, referido por Acevedo-Ayala y colaboradores (2024), reportan que el ejercicio de la sexualidad en los mayores de 60 años de edad, se presenta entre el 60% y 79%, con mayor frecuencia en hombres que en mujeres. Asimismo, Torres y Rodríguez citados por Acevedo-Ayala (2024), encontraron que el 50% de los adultos mayores tienen interés por la actividad sexual y, que las mujeres católicas una vez que enviudan dan por terminadas las relaciones sexuales.



EL ENVEJECIMIENTO DEL CUERPO Y LA ACTIVIDAD SEXUAL

El proceso de envejecimiento varía en las personas, sin embargo, empieza de manera gradual a aparecer signos notables a partir de los 30 años, donde se experimentan cambios fisiológicos y anatómicos. Este proceso, como la menopausia en las mujeres y la andropausia en los hombres, ocasionan una serie de manifestaciones en este sentido que influyen en la respuesta sexual, sin embargo, se puede continuar viviendo una sexualidad en donde permanezca el placer y la satisfacción. Los cambios fisiológicos más relevantes en la respuesta sexual son los que se muestran en la Tabla 1.

TABLA 1. Cambios anatómicos y fisiológicos en la respuesta sexual humana en adultos mayores.

Comunes en hombres y mujeres	
• Respuesta sexual más lenta. • Intensidad más baja en las contracciones del orgasmo.	
Mujer	Hombre
• Cambios en la medida y en la elasticidad de la vagina y se acorta. • Menos turgencia de las glándulas mamarias. • La capacidad de lubricación natural disminuye. Esto puede provocar coitos dolorosos. • Orgasmos menos intensos y con menos contracciones. • Los ovarios se atrofian y producen menos andrógenos, vinculados al interés sexual. • Las mujeres multiorgásmicas pueden seguir siéndolo.	• Menor erección y más lenta. • Menos fuerza de eyaculación y tiene una menor intensidad. • Pérdida más rápida de la erección después de la eyaculación. • Mayor duración del tiempo refractario. • Las erecciones nocturnas disminuyen. • Se tarda más tiempo en obtener una erección y el orgasmo es menos duradero. • El tiempo entre una erección y la próxima es mayor, incluso se pueden necesitar algunos días.

Fuente: Silva, D., Mendes, D. (2019). Da gerontofopia ao envelhecimento consciente e saudável. Psicologia e Saúde em debate. 2019 [acceso 30/06/2022];5(2):66. <http://www.psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/592>



Conocer los cambios físicos y del funcionamiento del cuerpo, característicos de esta etapa y saber cómo actuar para reducir los efectos negativos en la expresión de la sexualidad (fármacos, lubricantes, etc.) o para adaptar las prácticas sexuales a las capacidades de cada persona (posturas, ritmo, etc.) ayuda a evitar muchos problemas y a disfrutar de la sexualidad. Independientemente de los cambios, también se ha considerado que la actividad sexual está mal estudiada, es poco conocida y por lo tanto mal comprendida.

CAMBIOS MÁS FRECUENTES EN LOS HOMBRES

En los hombres, disminuye la testosterona y producción de esperma, existe una erección más lenta que requiere mayor estimulación, decrece la turgencia del pene, aparece un descenso rápido de la erección tras eyacular, así como se presenta un período refractario largo por una menor elevación testicular, además se reduce la cantidad de espermatozoides cuya producción continúa hasta la octava o novena década de vida. Respecto a la bolsa escrotal se distiende y se alisa mientras que los testículos disminuyen en tamaño y consistencia.

La bolsa escrotal se distiende y se alisa, hay un aumento del tamaño de la próstata y disminución de su secreción a la respuesta sexual (Llanes 2013; Ricoy-Cano et al. 2020). Referente a la respuesta sexual suele disminuir la sensibilidad erótica, aumentar el tiempo para conseguir una erección del pene y se puede encontrar menos firme y tardar más tiempo (24 a 48 horas) para conseguir una nueva erección tras la eyaculación (Llanes 2013), este hecho puede crear ansiedad o tristeza en el hombre y percibirlo como un fracaso. Por todo esto, es importante tomar en cuenta que se conserva la capacidad de disfrutar de prácticas sexuales toda la vida, no centradas únicamente en la penetración (Ricoy-Cano et al. 2020) y (Ho PJ 2022).

CAMBIOS MÁS FRECUENTES EN LAS MUJERES.

En el caso de las mujeres hay una falta importante en la producción hormonal de estrógenos, disminuye la elasticidad y tamaño de la vagina, decrece la lubricación vaginal y la congestión del clítoris. La sequedad y disminución de la elasticidad vaginal ocasionan a la mujer dolor



en la penetración pudiendo evitar las relaciones sexuales, por esta causa, así como los orgasmos y contracciones uterinas cada vez son más cortos y débiles, las mamas reducen su tamaño, se pierde grasa y tejido glandular y se vuelven péndulas, También en la respuesta sexual existen modificaciones como menor lubricación en la vagina y se necesita mayor tiempo para la su excitación con la posibilidad de salida de orina post coito, sin embargo, se mantiene la capacidad multiorgásmica y aumenta la libido (Ricoy-Cano *et al.* 2020; Ho PJ 2022) y en cuanto a la reproductividad, también la mujer deja de ser fértil tras la menopausia (Llanes 2013).

Resaltar la importancia de que los adultos mayores puedan elaborar un concepto más amplio de la sexualidad, no centralizado tanto en el coito, sino que se da una mayor importancia a otros aspectos como las aproximaciones físicas, las caricias, el amor, el afecto, la complicidad, la intimidad emocional, las relaciones de compañía o la masturbación (Guadarrama *et al.* 2010; Quintana-Martínez y Gey-Contreras 2013), ya que existe la tendencia a equiparar la actividad sexual con la coital, cuando en realidad no es así. De hecho, las necesidades emocionales, afectivas y de placer sexual pueden satisfacerse mediante prácticas sexuales que no incluyan el coito (Ricoy-Cano *et al.* 2020; Ho PJ 2022).

Existen algunos medicamentos, enfermedades crónicas, situaciones emocionales y psicológicas desfavorables que influyen en la respuesta sexual y el deseo en ambos sexos, entre estas patologías se encuentra la DM, con una alta prevalencia en nuestro país, la cual genera un riesgo aumentado para padecer disfunción sexual, cuya expresión clínica varía de persona a persona y en este caso se describe también mayor frecuencia de infecciones urinarias y genitales (Eisenbarth, Polansky y Buse 2019; Copeland *et al.* 2020). Cuando el deseo espontáneo disminuye, hay formas de estimularlo, un buen ambiente, palabras, caricias agradables y excitantes pueden despertarlo y facilitar la respuesta a los estímulos sexuales.

DIABETES

La DM es también llamada frecuentemente “enfermedad silenciosa”, ya que puede desarrollarse en los pacientes sin mostrar síntomas al inicio. Se caracteriza por ser crónica, progresiva, incurable, de tratamiento complejo; con alteraciones metabólicas de múltiples



etiologías, que cursa con hiperglucemia y trastornos del metabolismo de los hidratos de carbono, las grasas y las proteínas; que aparece cuando el páncreas tiene defectos en la secreción de insulina, ya sea porque no la produce o porque es insuficiente o cuando el organismo no utiliza de manera eficaz la insulina que produce, es decir, cuando existe una deficiencia absoluta o relativa en la secreción o la acción de la insulina (OPS s/f).

ADULTO MAYOR CON DIABETES

En México, esta enfermedad afecta al 14.1% de la población con más de 20 años y su incidencia es cada vez mayor debido a cambios en los hábitos, como una vida más sedentaria y un alto consumo de alimentos menos nutritivos y con más calorías, lo que incide en el número de personas con sobrepeso y obesidad. En geriatría, esta enfermedad constituye un modelo de envejecimiento acelerado que integra la pérdida funcional, los cambios asociados al envejecimiento, la complejidad por varias patologías y la aplicación de diversos tratamientos, generando así la forma de presentación más frecuente de enfermedad en el adulto mayor denominada síndromes geriátricos, los cuales son condiciones de salud multifactoriales que ocurren como consecuencia de los efectos de la conjunción de deterioros en diferentes sistemas volviendo a una persona vulnerable ante las demandas fisiológicas o patológicas.

Los síndromes geriátricos cuando no se identifican durante el curso de la enfermedad agravan el pronóstico, la funcionalidad, la dinámica familiar, los aspectos psicológicos y la calidad de vida. Por lo anterior, es necesario sistematizar el diagnóstico y tratamiento de la DM en el adulto mayor vulnerable, debido a la gran heterogeneidad entre los adultos mayores y los adultos jóvenes, puesto que los objetivos del tratamiento y las acciones para lograrlos son diferentes en ambos grupos. La finalidad es retardar el desarrollo de la dependencia y reducir la morbilidad. El control glucémico estricto o intensivo en el adulto mayor diabético vulnerable o frágil ofrece menor beneficio en la prevención de las complicaciones a mediano y largo plazo.



TABÚES, MITOS Y CREENCIAS SOBRE EL DESEO Y LA SEXUALIDAD EN ADULTOS MAYORES

La vejez es una etapa de la vida que empieza a partir de los 60 años en México. La sexualidad en el adulto mayor ha sido estigmatizada debido a que se percibe como un hecho exclusivamente asociado con la etapa de la juventud por lo que toma un matiz negativo para este grupo de edad. La sexualidad es algo innato en el ser humano y no es algo prohibido en función de la edad (Morell-Mengual *et al.* 2018; Quevedo 2013).

Durante esta etapa de la vida los adultos mayores mantienen la capacidad de sentir deseo y de disfrutar de la sexualidad, sin embargo, está condicionada por una serie de circunstancias ya que constituye una dimensión que abarca todos los aspectos del ser humano, desde el biológico hasta el sociocultural y psicológico y debe entenderse en forma integral en cada persona, dependiendo del entorno sociocultural en el que se encuentre la persona se limita o refuerza su expresión.

La sexualidad está presente en el ámbito mental, conductual, anatómico, fisiológico y emocional de las personas desde que nacen hasta la vejez (López y Soriano 2013). Desde etapas tempranas, las creencias que tiene cada persona sobre la sexualidad y la forma de vivirla son fundamentales en su expresión sexual porque generan un efecto positivo en su calidad de vida (Morell-Mengual *et al.* 2018; Quevedo 2013).

El sexo en adultos mayores existe y aporta satisfacción y placer, es una experiencia deseable y válida para cualquier persona, sin importar la edad puede sentirse este deseo. El problema se encuentra en los prejuicios de la sociedad hacia esta etapa de la vida, es cierto que la sexualidad evoluciona, y difícilmente desaparece, pero se sigue teniendo un concepto negativo en nuestra sociedad, incluyendo a las propias personas mayores que llegan a experimentar culpabilidad y/o vergüenza por tener esos deseos (Morell-Mengual *et al.* 2018).

La población ha aumentado la esperanza de vida, esto genera desconocimiento sobre las capacidades fisiológicas que se tienen en edad avanzada, pero es debido al patrón cultural transmitido de generación en generación. La sociedad niega la expresión de la sexualidad en adultos mayores, hecho que influye en su forma de vivirla y negarse la posibilidad de manifestar sus deseos, de forma abierta, ya que siguen siendo seres sexuados, con necesidad de amor y placer.



En general, es un tabú e integra rígidas creencias relacionadas con el pecado ya que los pensamientos religiosos están muy arraigados en la mente de las personas mayores. Por lo tanto, se puede generar un rechazo a mantener relaciones sexuales, porque, en muchos casos son los primeros en ver el tema como un tabú sexual; actualmente, damos más importancia a los cuerpos bellos jóvenes, sensuales y fértiles sin contar que cada vez hay más personas mayores.

Se cree que el deseo o las fantasías sexuales deben desaparecer al envejecer, debido al deterioro físico y porque no es natural, moral o socialmente bien visto, sin embargo, la personas de los 60 o más años no se convierten en personas asexuales como se suele pensar. El disfrute de una relación amorosa puede seguir presente con el paso de los años, la sexualidad y el amor son factores que ayudan a la salud y al bienestar de la persona continuamente, teniéndola, existen circunstancias que la limiten debido a causas propias del envejecimiento del cuerpo, no obstante, hay capacidad y diferentes formas de expresarse. También estudios mencionan que existen factores que influyen en la actividad sexual conforme avanza la edad como la monotonía en las relaciones de pareja, la falta de pareja o inclusive algunos tratamientos para enfermedades crónicas que la pueden afectar (Guadarrama *et al.* 2010).

La gerontología demuestra la importancia de fomentar en la población de adultos mayores el desarrollo de una vida sexual activa y no perder la confianza en sí mismos (Reyes y Castillo 2011) y se propone realizar una adecuada educación sexual en personas mayores que contribuya a la mejora de su sexualidad. Además, es conocido que el aumento de la formación profesional del personal de salud en este tema repercute directamente en la mejora de la sexualidad y la calidad de vida de las personas mayores que atienden (Quevedo 2013; Wong *et al.* 2010).

SALUD SEXUAL EN EL ADULTO MAYOR CON DIABETES

La falta de capacidad física derivada de enfermedades frecuentemente conduce a la interrupción de la actividad sexual. También puede influir en el descenso de la actividad sexual, en la falta de intimidad y en las alteraciones anatomofisiológicas características del proceso de envejecimiento. Tanto en el hombre como en la mujer, pueden limitar la actividad



sexual, lo cual no quiere decir que no puedan disfrutar de la actividad sexual plenamente (Llanes 2013).

Entre los factores para una vida sexual saludable está la existencia de compañero o compañera con el mismo interés en la actividad sexual. Así mismo, es necesario una buena nutrición, descanso y ejercicio y en el caso del adulto mayor con diabetes, un buen control glucémico. Para disfrutar de una vida sexual plena en la tercera edad, Masters y Johnson consideran que se deben reunir y contar con tres condiciones: disfrutar de salud razonable; apreciar la sexualidad y disponer de pareja (citados por Llanes 2013).

El personal de salud puede no estar capacitado para informar u orientar sobre temas sexuales considerando que la actividad sexual está más condicionada por inhibiciones sociales, culturales y psicológicas y no tanto a incapacidad física y estos aspectos pueden acentuarse más en la mujer. Se requiere una actitud más comprensiva de la sociedad y del personal de salud, reconociendo que los adultos mayores pueden disfrutar de una vida sexual saludable, plena y satisfactoria.

CONCLUSIONES

La diabetes es una enfermedad considerada como emergencia mundial por su prevalencia y por sus complicaciones. En México es la segunda causa por la que están muriendo los mexicanos. Actualmente se cuenta con un arsenal científico y tecnológico para controlarla. En algunos temas se han hecho muchas y variadas propuestas, como en la alimentación y en la medicación, pero existen otros ámbitos que han sido poco abordados como la salud sexual de adultos mayores con esta enfermedad.

El estigma con que se les identifica a los adultos mayores que padecen esta enfermedad, dado que se les concibe, entre otros, como seres asexuados, fisiológicamente imposibilitados para ejercer su sexualidad, genera una distorsión de muchos de sus pensamientos, lo cual conduce a la persona a una represión sexual, promovida también por prejuicios sociales que le generan temor a ser objeto de burla. Este estigma puede afectar la función sexual, tanto de hombres como de mujeres, también puede generar ansiedad y depresión, todo lo cual afecta la adherencia al plan de tratamiento. La salud sexual del adulto mayor es un



elemento insoslayable en el plan de tratamiento integral de la diabetes. Y una forma de contribuir para tal efecto, es proporcionar información que deconstruya el estigma en que se les percibe.

REFERENCIAS

Acevedo-Ayala, Jhonny, Andrea Solari-del- Solb, Magdalena Arroyo-Conchab y Dominique Tirreau-Román

2024, “Revisión de literatura sobre sexualidad en las personas mayores: qué se educa y con qué tecnologías”, *Medwave*, 24(3): 1-26, e2710. URL: https://www.medwave.cl/medios/revisiones/revisiointemas/2710/medwave_2023_2710.pdf

Can Valle, Ana, Betty Sarabia y Jacqueline Guerrero

2015, “Factores psicológicos y socioculturales en la vida sexual de los adultos mayores”, *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud*, 4(8) 73-88. URL: <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/issue/view/9>

Cala-Rosabal, Lisván, Katia Peña-Infante, Yarima Villanueva-Batista y Rosa Cala-Peña

2022, “Caracterización del comportamiento sexual de los adultos mayores de un área de salud”, *Revista Electrónica Medimay*, 29(2): 229-239

Contreras Hernández, Valeria

2021, “Reflexiones necesarias acerca de las actividades recreativas para beneficiar la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados”, *Dilemas contemporáneos: educación, política y valores*, 9(SPE1): 00037. DOI: <https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.2944>

Copeland, Kelli, Jeanette Brown, Jennifer Creasman, Stephen Van Den Eeden, Leslee Subak, David Thom, Assimira Ferrara y Alison Huang

2020, “Diabetes mellitus and sexual function in middle-aged and older women”, *Obstetrics & Gynecology*, 120(2 part 1): 331-340. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22825093/>

Eisenbarth, G. S., K. S. Polansky y J. Buse

2019, “Type 1 Diabetes Mellitus”, In: Lomo Melmed KS, Reed LP, (eds.), *Williams Textbook of Endocrinology*, 19th ed. Elsevier, London:1405-1431.



Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

2023, *Informe sobre el Estado de la Población Mundial 2023, 8.000 millones de vidas, INFINITAS POSIBILIDADES, argumentos a favor de los derechos y libertades*, Fondo de Población de las Naciones Unidas. URL: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/swop23/SWOP2023-SPANISH-230403-web.pdf>

Gobierno de México

2017, *Día del adulto mayor*. PENSIONISSSTE, 25 agosto de 2017. URL: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es#:~:text=Los%20adultos%20mayores%20en%20M%C3%A9xico&text=En%20los%20hogares%20mexicanos%20el,de%20la%20poblaci%C3%B3n%20econ%C3%B3micamente%20activa>

Guadarrama, Rosa M., María Catalina Ortiz, Yolanda Moreno y Alberto González

2010, “Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida”, *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 15(2): 72-79. URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2010/rmq102e.pdf>

Ho, Pei y Yong Shian

2022, “Health care professionals and care staff challenges and experiences of managing sexual expresión among older adults ≥60 years in long-term care facilities: a qualitative review and meta-synthesis”, *Age and Ageing*, 51(1): afab230. DOI: <https://doi.org/10.1093/ageing/afab230>

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores

2002, *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*, URL: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5616097#:~:text=PROGRAMA%20Institucional%20del%20Instituto%20Nacional%20de%20las%20Personas%20Adultas%20Mayores%202021%2D2024.,-Al%20margen%20un

Llanes, Caridad

2013, “La sexualidad en el adulto mayor”, *Revista Cubana de Enfermería* 29(3): 223-232. URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192013000300008&script=sci_arttext&tlng=pt

López, Félix y Sonia Soriano

2013, *Afectos y sexualidad en la madurez y vejez*, Universidad de Salamanca, Kadmos, Salamanca, España. URL: http://mayores.aytosalamanca.es/es/docs/xCuad_Exp_12x_Afectos.pdf



Mejía, Gabriel

2021, *Calidad de vida y felicidad en la persona adulta mayor*. Editorial del pueblo, San José, Costa Rica. URL: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/CALIDAD%20DE%20VIDA%20Y%20FELICIDAD%20EN%20LA%20PERSONA%20ADULTA%20MAYOR.pdf>

Morell-Mengual, Vicente, Roberta Ceccato, Juan E. Nebot-García e Isabel Chaves

2018, “Actitudes hacia la sexualidad y bienestar psicológico en personas mayores”, *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1): 77-84. URL: https://www.researchgate.net/publication/324978385_Actitudes_hacia_la_sexualidad_y_bienestar_psicologico_en_personas_mayores.

Moreno, Dianelis y Dayanis Castillo

2020, “La sexualidad en el adulto mayor. Una mirada desde lo social”, *Revista Caribeña de ciencias sociales*, 9(2): URL: <https://ojs.southfloridapublishing.com/ojs/index.php/rccs/article/view/2150>

Ocampo, Jose y Adriana Arcilla Rivera

2006, “Sexualidad y envejecimiento”, *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría*, 20(2): 906-916. URL: https://acgg.org.co/pdf/pdf_revista_06/20-2-articulo1.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS)

2024a, *Salud sexual*, 5 de agosto de 2024. URL: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Organización Mundial de la Salud (OMS)

2024b, *Salud sexual*, 5 de agosto de 2024. URL: https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

s/f, *Diabetes*. URL: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

Papalia, Diane y Gabriel Martorell, G.

2015, *Desarrollo humano*, 13ª ed, McGraw Hill, España.

Pérez-Nicolaes, Wilson y María G. Nicolaes-Hernández

2024, “Análisis de la actividad sexual en el adulto mayor del Policlínico Universitario Este”, *Archivo Médico Camagüey*, 28: e9959. URL: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/9959/4837>



Quevedo Liliana

2013, "Importancia de la sexualidad en el adulto mayor: una mirada desde el cuidado de enfermería", *Revista Cultura del Cuidado*, 10(2): 70-79. URL: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD18402.pdf>

Quintana-Martínez, Yurema y José Luis Gey-Contreras

2013, "La sexualidad en el adulto mayor", *EduSol* 13(42): 93-102. URL: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=475748681010>

Ramírez, Noé, Kevin Jiménez y María J. Guillén

2019, "Satisfacción sexual y autoestima en la persona adulta mayor", *SANUS Revista de Enfermería* 1(2): 15-24. URL: <https://sanus.unison.mx/index.php/Sanus/article/view/65>

Reyes, Igdany y José Castillo

2011, "Healthy and active human aging process, a challenge for elderly, family and society", *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3): 354-359.

Ricoy-Cano, Adrian, Esteban Obrero-Gaitán, Francisco Caravaca-Sánchez, Yolanda De la Fuente

2020, "Factors conditioning sexual Behavior in Older Adults: A Systematic Review of Qualitative Studies", *Journal of Clinical Medicine*, 9(6): 1716.

Wong, Luis, Yamitsi Álvarez, Milagro Domínguez y Alexis González

2010, "Sexuality in elder people. Physiologic and social factors", *Revista Médica Electrónica*, 32(3). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242010000300011



La sexualidad de las personas en proceso de envejecimiento como dimensión de su calidad de vida

Otilia Aurora Ramírez-Arellano

INTRODUCCIÓN

Sexualidad humana

La sexualidad en los seres humanos a diferencia de otras especies está conformada por aspectos biológicos, psicológicos y sociales, los cuales implican el cuerpo, la intimidad y las relaciones entre hombres y mujeres en diferentes momentos y espacios. La sexualidad se puede expresar de diversas formas que no se restringen al contacto sexual íntimo heterosexual entre un hombre y una mujer, también existen formas diversas de relacionarse con otras personas erótica y socialmente y una amplia gama de posibilidades de expresión de la sexualidad en el ciclo de vida. Algunas formas de expresión de la sexualidad ocurren a través del contacto físico cercano, el afecto, las caricias, la compañía, la intimidad y/o la cercanía física y emocional con los demás, la sexualidad con la pareja puede ser parte de esta cercanía, pero no se limita a ello (Robledo Marin 2020).

Históricamente la sexualidad ha tenido como fin único la reproducción, siendo reducida a los genitales (Foucault 2005), negando socialmente la posibilidad de vivir el amor y de ejercerla, especialmente en la adultez mayor (Cedeño, Cortés y Vergara 2006), a pesar de que es una dimensión humana importante en el desarrollo evolutivo donde el potencial y el disfrute sexual se mantienen a lo largo de la vida e influyen positivamente en la salud y en las relaciones interpersonales (García, 2005; Guadarrama *et al.* 2010; Marshall y Katz 2002; Nieva *et al.* 2010; Pérez 2008). La sexualidad implica la expresión afectiva, sentimientos,



atracción, pasión, admiración y lealtad entre otras dimensiones, también es una manera de expresar la alegría, vivir el romance y el amor (De Barros 2009; Kalra, Subramanyam y Pinto 2011).

Previo a reflexionar sobre la sexualidad como un fenómeno potencial con implicaciones importantes en la vida que considera una forma de estar en el mundo y con el mundo, en palabras de Master y Johnson, siendo una expresión personalizada única e irrepetible de cada ser humano determinada por la cultura y por el momento histórico que a cada sujeto le toca vivir (Master y Johnson 1989; Master, Johnson y Kolodny 1988), revisemos una definición clásica de la sexualidad que la considera como un conjunto de condiciones anatómicas y fisiológicas que caracterizan a cada sexo con sentimientos, actitudes y actividades que le acompañan (Real Academia Española 2001). Por tanto, la sexualidad incluye formas de expresión como: acercarse a una persona atractiva, miradas, caricias, besos, abrazos, autoerotismo, juegos y fantasías sexuales (Larousse 2003). Este concepto incluye componentes como: el deseo sexual, su forma de expresión y la frecuencia con la que se tiene intimidad con otra persona por ejemplo (Belsky 2001).

De lo anterior se desprende considerar que la sexualidad forma parte de la naturaleza humana y obedece a una necesidad tanto fisiológica como emocional (Larousse 2003) que es única e individual y varía de una persona a otra. El ejercicio pleno de la sexualidad contribuye a mejorar el estado de salud de la persona. De acuerdo a la OMS se define a la salud sexual como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. La salud sexual contribuye a potenciar la personalidad, la comunicación y el amor.

Asimismo, define el placer sexual como un derecho humano básico. Esta realidad, junto a los cambios que conlleva el envejecimiento, plantea el desarrollo de lo que Butler y Lewis han llamado -segundo lenguaje de la sexualidad-, que incluye la necesidad de expresar al compañero o compañera su interés por él o ella, su admiración, la vinculación y otros sentimientos positivos como los de autoestima y la exigencia de experimentar y comunicar protección, acogida emocional y corporal (Lehr y Thomae 2003).



EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

A partir de los 45 años en las personas, en general, comienza a advertirse un declive funcional y anatómico por ejemplo: disminuye la agudeza visual, aparecen arrugas, disminuye el tono muscular y la fuerza, aparecen canas, disminuye la memoria entre otros aspectos que en otras etapas del desarrollo humano no ocurre, esto forma parte del proceso de envejecer, proceso que finaliza con la muerte; visto de esa manera es la etapa que puede durar más tiempo en la vida humana, el envejecimiento en la población representa un gran reto para la sociedad, dado que tiene profundas consecuencias en la vida individual y comunitaria, dando como resultado repercusiones en las diversas esferas de la existencia humana, incluidos los ámbitos social, económico, político, cultural y sanitario (Mendoza-Núñez, Vivaldo-Martínez y Martínez-Maldonado 2018).

La Organización Mundial de la Salud señala que los cambios que ocurren en el envejecimiento son complejos, por el ejemplo en el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares, que con el tiempo reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo (OMS 2015).

Es así que, el envejecimiento puede ser entendido como un proceso gradual y adaptativo, caracterizado por una disminución relativa de la respuesta homeostática debida a las modificaciones morfológicas, fisiológicas, bioquímicas y psicológicas propiciadas por los cambios inherentes a la edad y al desgaste acumulado ante los retos que enfrenta el organismo a lo largo de la historia del individuo en un ambiente determinado. En términos generales, éste es individual, multifactorial y se dice que inicia en la cuarta década de la vida (Arronte-Rosales *et al.* 2008).

Es importante mencionar que esta etapa de la vida conlleva otros cambios importantes, no solo biológicos, puede haber cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. Por ello, algunos adultos mayores suelen centrarse en un conjunto pequeño pero importante de metas y actividades, por ejemplo, mejorar sus capacidades actuales a través de la práctica y el uso de las nuevas tecnologías, así como compensar la pérdida o deterioro de algunas habilidades con otras maneras de realizar las tareas (OMS 2015).



Plantear el proceso de envejecimiento desde un punto de vista centrado en el declive físico y psíquico, así como la posible pérdida o deterioro de algunos rasgos y cualidades consideradas positivas durante la etapa de juventud y adultez, genera una visión negativa caracterizada por fragilidad, deterioro y la pérdida progresiva de control de sí mismo o del entorno; pasando por alto los aspectos positivos del envejecimiento, como es el tiempo libre que permite el desarrollo y mejoramiento de habilidades, fortalecer relaciones personales, prestar ayuda a otros tanto de forma física o proporcionando su experiencia (Lombardo 2013).

LA SEXUALIDAD EN EL PROCESO DE ENVEJECER

En el marco de la sexualidad, se advierte una forma de representación negativa cuando se relaciona con el envejecimiento pues la mera existencia de manifestaciones sexuales de cualquier tipo en este grupo poblacional ha sido sistemáticamente negada o rechazada por gran parte de la sociedad, y es que de manera contraria ésta debería permanecer en una dimensión afectiva, sentimental y relacional durante todo el curso de la existencia, en el respeto del cuerpo y a los aspectos peculiares presentes en cada fase de la vida.

La sexualidad suele ser un tema tabú, más si se habla de ésta en el proceso de envejecer, pues se considera que las personas mayores no son aptas para vivirla y mucho menos para disfrutarla tal como una persona joven. Sin embargo, el amor y la sexualidad continúan siendo aspectos de gran importancia en la vida del ser humano, aún en etapas avanzadas del ciclo vital. No obstante, cada grupo generacional tiene sus propias percepciones respecto a la misma, las cuales pueden limitar o favorecer su expresión y disfrute aún en la vejez.

Lo anterior no significa que no existan diferencias en la manera de vivir la sexualidad en esta etapa que, en otras del ser humano, por ejemplo, la actividad sexual es diferente en la vida adulta debido a los cambios y características propias del envejecimiento. Y es que, ciertamente, el envejecimiento implica pérdidas y deterioros, sin embargo, el enfoque del desarrollo del ciclo vital indica que las ganancias que se obtienen compensan estas pérdidas y disminuciones; incluyendo el aspecto sexual. Esto es, aunque algunos problemas de salud alteran la actividad sexual en todas las etapas de la vida, la sexualidad activa en personas mayores puede ayudar a conservar buena apariencia física, a elevar la autoestima,



incrementar sentimientos positivos, mejorar la autoconfianza, la seguridad y la habilidad para relacionarse e intimar.

Existen algunas percepciones que se manifiestan en la sociedad en forma de mitos, los cuales se reconocen como un conjunto de creencias sobre una misma idea que se imponen en una colectividad y que transmiten valores determinados. Dichos perjuicios, sembrados en la mentalidad de la población hacen surgir actitudes negativas ante el proceso de envejecer. Estas concepciones son producto del tipo de sociedad a la que pertenecen los adultos mayores en las que la importancia parece centrarse en los jóvenes y en los adultos en edad productiva. Algunos de los mitos más comunes respecto a la sexualidad en las personas mayores, se refieren a aspectos como: una menor actividad sexual a medida que avanza la edad, la falta de deseo y atractivo, la asociación del sexo con la reproducción, así como la negación del deseo sexual a la mujer mayor (Cutipa y Schneider 2005; Leyva-Moral 2008).

En el contexto social que otras personas tienen -e incluso que el mismo grupo etéreo puede tener-, existe un señalamiento a la sexualidad de quien envejece como algo negativo reconociéndose un consenso sobre una vejez asexual, en la que se extingue la actividad sexual, que puede enfatizar en las mujeres más que los varones dicha extinción, lo que muestra un prejuicio social contra dichas personas que puede afectar la propia percepción que de su sexualidad se tiene e impedir su libre ejercicio. Clifford (2003), destaca el papel que juega la cultura como una proveedora de patrones y significados de las prácticas cotidianas considerando las acciones, enunciados y objetos significativos de ciertos grupos sociales, en virtud de los cuales los individuos se comunican entre sí y comparten sus experiencias.

Parece una aseveración importante el hecho de que, en ocasiones, ocurre que la sexualidad en la vejez es maltratada, poco conocida y menos entendida por la sociedad, por las propias personas que envejecen y por los profesionales de la salud a los que acuden las personas de edad avanzada con problemas y dudas al respecto. El mito es que los “viejos” ni están interesados, ni son capaces de comprometerse con la actividad sexual.

Los prejuicios sociales y la desinformación llevan a muchos profesionales de la salud y del ámbito humanístico-social, al propio individuo y a la familia a evitar el tema de la sexualidad en el anciano. Durante años, la sexualidad en las personas que envejecen fue catalogada



como una aberración; sin embargo, cada vez parece más clara y aceptable que la función y la satisfacción sexual son deseables y posibles en la mayoría de ellas. No obstante, en la actualidad muchas de las insatisfacciones sexuales no son referidas y, en consecuencia, no son diagnosticadas ni tratadas correctamente (Pagola 1999).

El rechazo de la sexualidad desde el ámbito gerontológico, parece formar parte de un estereotipo cultural muy difundido y que pretende que las personas de edad sean consideradas feas, débiles, desgraciadas e impotentes; por otra parte, la sexualidad carece de importancia, es una cosa del pasado o buenos recuerdos. La idea de la actividad sexual hasta el final de la vida es totalmente opuesta a las ideas preconcebidas de la familia, incluyendo los hijos, el personal que atiende a los adultos mayores, con frecuencia se sorprende al ver que el funcionamiento sexual se mantiene, sin embargo, cada vez parece más claro y aceptado que la función y la satisfacción sexual son posibles y deseables para la mayoría de las personas que envejecen y que el deseo, el placer y la capacidad sexual pueden durar toda la vida (Gil 2000).

En el hombre se manifiesta en que el tiempo de erección se prolonga minutos y se alcanza completamente solo instantes antes de la eyaculación, y una vez perdida la erección no vuelve a recuperarla. En caso de la eyaculación, ocurre un resumo de líquido y cantidad escasa, y el período refractario (tiempo después de un orgasmo en que no hay erección del pene) puede durar hasta algunos días. En la mujer la lubricación vaginal puede prolongarse en el tiempo y ser muy escasa, se pierde un poco la elasticidad vaginal, las sensaciones orgásmicas disminuyen considerablemente y existe además una disminución del deseo sexual. En general, cuando un adulto mayor muestra interés en cuestiones específicas del acto sexual, se están realizando actividades que no corresponden a las regulaciones para su edad, y por tanto, al transgredir normas, el pago puede ser sentirse ridículo o rechazado (Mishara 2001).

Aun cuando la actividad sexual decrece con la edad, muchos individuos en la octava década de su vida siguen siendo sexualmente activos, e incluso, individuos de mayor edad manifiestan deseo sexual (Schiavi y Rehman 1995).

Muchas personas de edad avanzada experimentan intenso deseo sexual, por desconocimiento y por la presión social puede estar acompañado de un sentimiento de culpabilidad y de vergüenza, pudiendo ocurrir que se distancien de su propio cuerpo,



porque la sociedad impone que, en la vejez como en la infancia, la sexualidad debe ser ignorada (Limentani 1995).

No obstante, a pesar de los diferentes prejuicios de los que es objeto la sexualidad de los mayores, reforzados muchas veces por ese mismo grupo poblacional, la realidad es que el potencial sexual puede permanecer hasta la muerte aun cuando sea alterado por los cambios propios del envejecimiento (Cedeño *et al.* 2006).

LA CALIDAD DE VIDA EN EL MARCO DE LA SEXUALIDAD AL ENVEJECER

Como la idea de que las personas de edad avanzada mantengan relaciones sexuales no es muy aceptada en sociedades como la nuestra, se prefiere eludirla, dando lugar a que desaparezca del imaginario colectivo y, por tanto, a una supuesta inexistencia. Además del prejuicio cultural, la vejez conlleva la necesidad psicológica de tener una actividad continua (Alonso *et al.* 2004).

Lo anterior nos lleva a considerar también que la vivencia del amor en las personas mayores es diferente a la de las parejas jóvenes, no obstante, el vínculo emocional en esta etapa de la vida es tan importante y beneficioso como en cualquier otra. Así, Villar, Villamizar y López-Chivral (2005), indican que los vínculos emocionales contribuyen a una mejor adaptación de la persona a lo largo de su vida y que en los adultos mayores, sus beneficios se ven reflejados en una mejor salud física y mental.

A pesar de los múltiples aportes que la sexualidad y el amor brindan al ser humano, las mismas personas mayores pueden tomar como ciertos los prejuicios al respecto, aunque vayan en contra de su expresión sexual, llevándolas en muchos casos a suprimir sus propios deseos y necesidades vinculares, por considerarlas como inapropiadas (Cayo *et al.* 2003). No es lejano el ejemplo de creencias que se exacerban frente a la viudez, pues para la sociedad, en muchas ocasiones no resulta aceptable la idea de que se conformen nuevas parejas al enviudar, y en otros casos, la persona que ha enviudado no se siente bien iniciando una nueva relación afectiva y aún menos si su relación anterior fue satisfactoria (Cutipa y Schneider 2005; Herrera 2003).



Resulta crucial desarrollar y mantener un adecuado nivel de reciprocidad y comunicación de la pareja ya que son elementos esenciales para el bienestar emocional del adulto (González 1988). De esta manera se apuntala la consideración de que a lo largo del proceso de envejecimiento la sexualidad contribuye a la optimización de la *calidad de vida en la que las relaciones interpersonales* se vinculan con la personalidad, el género, la intimidad, los pensamientos, sentimientos, valores, afinidades e intereses de las personas para consolidarla.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define a la calidad de vida como la percepción de una persona sobre su existencia en el contexto de su cultura y del sistema de valores en el que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes (OMS 2002). Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Se puede comprender como un concepto multidimensional que se relaciona con distintas variables, en el caso de los adultos mayores se espera que ésta sea construida de forma favorable, de modo que reconozcan y vivan la vejez como una etapa de continuación de un proceso vital y no como una fase de declinación funcional y aislamiento social por lo que en la construcción de una percepción adecuada de la calidad de vida también influyen los vínculos positivos y factores como el contexto familiar y social de las personas que envejecen (Querioló *et al.* 2020).

La multidimensionalidad del concepto de calidad de vida se asocia con factores personales tales como: salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio y satisfacción, y factores socioambientales tales como: apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y seguridad social, calidad del ambiente y aspectos culturales (Fernández-Ballesteros 1997). La OMS ha desarrollado el World Health Organization Quality of Life-Old (WHOQOL-OLD) con la finalidad de conocer la situación de la calidad de vida de los adultos mayores a nivel mundial, un instrumento que, en su versión original, presenta una estructura de seis dimensiones con 24 ítems y una puntuación de fiabilidad de .89 (WHO, 2006).

La adaptación realizada en México es una alternativa para medir la calidad de vida de los adultos mayores que incluye aspectos relevantes que no cubren los instrumentos



originalmente diseñados para poblaciones no mayores como el WHOQOL-100 o el WHOQOL-BREF, consta de 24 ítems distribuidos en seis dominios y tiene propiedades psicométricas adecuadas. Por lo tanto, puede utilizarse para evaluar la calidad de vida en relación con las diferentes condiciones de salud que se encuentran entre los ancianos (González-Celis y Gómez-Benito 2013).

El objetivo es determinar la percepción de la calidad de vida para establecer intervenciones que permitan mejorarla; se trata de un Cuestionario con opciones de respuesta tipo Likert que varían de acuerdo al segmento de preguntas ya que el valor es 1 (completamente) y 5 (nada), o puede ser valor 1 muy descontento y 5 muy contento, valor 1 muy malo y 5 muy bueno, 1 ninguna y 5 todas, y en los últimos dos ítems cambia valor 1 nada y 5 completamente.

Estructura: La formación de los factores la integran los siguientes ítems:

Habilidades sensoriales: Ítems 1, 2, 10, 20.

Autonomía: Ítems 3, 4, 5, 11.

Actividades del pasado, presente y futuro: Ítems 12, 13, 15, 19.

Participación social: Ítems 14, 16, 17 y 18.

Muerte y morir: Ítems 6, 7, 8, 9.

Intimidad: Ítems 21, 22, 23, 24.

La escala de evaluación: Se realiza una puntuación por factores donde el puntaje menor es de 4 y el máximo de 20, a mayor puntaje mejor calidad de vida.

Las preguntas correspondientes a la dimensión de Intimidad, son:

21. ¿Cuántas oportunidades tiene para amar?
22. ¿Cuántas oportunidades tiene de ser amado/a?
23. ¿Qué tan acompañado se siente en la vida?
24. ¿Cuánto amor experimenta en su vida?



Se trata de un instrumento panorámico que permite reconocer diversos factores de la calidad de vida, una vez efectuado un diagnóstico es posible considerar alguna intervención psicoeducativa a efecto de que la sexualidad de las personas que envejecen pueda ser mejor.

CONCLUSIONES

La sexualidad abarca e impregna cada uno de las dimensiones de la vida: física, mental, sensorial, emocional, relacional, laboral, cultural y espiritual, es claro que la expresión de sexualidad y el erotismo favorecen el bienestar, desarrollo y crecimiento de las personas en todas sus dimensiones. La sexualidad en las personas que envejecen es un fenómeno que resulta de gran importancia al analizar las actitudes y comportamientos de quienes envejecen y de quienes les rodean.

En el marco del envejecimiento, no basta con que haya un aumento de la esperanza de vida, sino que sea posible envejecer manteniendo una calidad de vida adecuada donde la necesidad de interacción, de intimidad y de afecto de una persona no termine en la vejez, sino que, el interés por la actividad sexual sea un indicador de la calidad de vida del adulto mayor; ser comprendido así y abordado por los profesionales que se interesen por el fenómeno del envejecimiento permitirá que sea trascendente el resultado a nivel sociocultural e individual. Es evidente que la influencia del envejecimiento sobre la esfera sexual es un asunto de nuestro siglo que resulta de gran interés investigar, pues afecta directamente la calidad de vida de la persona que envejece, la forma en que ella se representa y la manera en que se le relaciona en un mundo tan enfocado en la juventud, los estándares de belleza, el culto a lo artificial y lo reemplazable como ocurre en el mundo actual.



REFERENCIAS

Alonso Jesús, Beatriz Martínez, María Díaz y Fernando Calvo

2004, "Factores biológicos, psicológicos y sociales de la sexualidad en los ancianos. *Rev Mult Gerontol*; 14(3): 150-157.

Arronte-Rosales Alicia, Nancy Beltrán-Castillo, Elsa Correa-Muñoz, María Martínez-Maldonado, Víctor Mendoza-Núñez, Juana Rosado-Pérez, Martha Sánchez, Luis A. Vargas y Fernando Vélez

2008, *Manual para la evaluación gerontológica integral en la comunidad*. 2da ed, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Belsky, Janet

2001, *Psicología del envejecimiento*, Paraninfo, Madrid: 301-310.

Cayo, G., Flores, E., Perea, X., Pizarro, M. y Aracena, A.

2003, "La sexualidad en la tercera edad y su relación con el bienestar subjetivo", *Simposio Viejos y Viejas Participación, Ciudadanía e Inclusión Social*, Simposio llevado a cabo en el 51 Congreso Internacional de Americanistas, Santiago de Chile, Chile.

Cedeño, Tagle, Paola Cortés y Andrea Vergara

2006, "Sexualidad y afectividad en el adulto mayor", *Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción*, Universidad Austral de Chile, La Serena, Chile.

Cutipa, F. y E. Schneider

2005, "Tipo, calidad y frecuencia de las relaciones sexuales en el adulto mayor", *Revista Electrónica El Psitio*, Actualidad en Psicología.

De Barros, Joana

2009, "A Satisfação Conjugal, a Depressão e a Sexualidade na terceira idade", tesis, Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Fernández-Ballesteros Rocio, M. Zamarrón y A. Macía

1997, *Calidad de vida en la vejez en los distintos contextos*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales, Madrid.

Foucault, Michel

2005, *Historia de la sexualidad*, Siglo Veintiuno de España, Madrid, España.



García, José

2005, "La sexualidad y la afectividad en la vejez", *Informes Portal Mayores*, (41).

Geertz, Clifford

2003, "Descripción densa hacia una teoría interpretativa de la cultura", en *La interpretación de las culturas*, Gedisa, Barcelona, España.

Gil, Gregorio

2000, "Problemas clínicos más relevantes en el paciente geriátrico: trastornos sexuales", en R. Farreras, *Medicina Interna. 13ed*, Harcourt, Madrid: 1297-9.

González-Celis, Ana, Juana Gómez-Benito

2013, "Quality of life in the elderly: Psychometric properties of the WHOQOL-OLD module in Mexico" *HEALTH. 5*(12): 110-116. URL: <https://www.scirp.org/html/41221.html>

González, R.

1988, *Psiquiatría para Médicos Generales*, Editorial Científico-Técnica, La Habana.

Guadarrama, R., M. Ortiz, Y. Moreno y A. Gonzáles

2010, "Características de la actividad sexual de los adultos mayores y su relación con su calidad de vida" *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 15(2): 72-79.

Herrera, Adela

2003, "Sexualidad en la Vejez: ¿Mito o Realidad?", *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 68(2): 150-162.

Kalra, Gurvinder, Alka Subramanyam y Charles Pinto

2011, "Sexuality: Desire, Activity and Intimacy in elderly", *Indian Journal of Psychiatry*, 53(4): 300-306.

Larousse

2003, *Larousse de los mayores*. Spes editorial, Barcelona: 80-91.

Lehr, Ursula y Hans Thomae

2003, *Psicología de la Senectud. Proceso y aprendizaje de envejecimiento*, Herder, Barcelona

Leyva-Moral, Juan Manuel

2008, "La expresión sexual de los ancianos, una sobredosis de falsos mitos", *Index de Enfermería*, 17(2): 124-127.



Limentani Adam

1995, "Creativity and the third age", *International Journal of Psycho-analysis* 76(4): 825-833.

Lombardo Enrique

2013, "Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas", *Psicodebate*. 13: 47-60. DOI: <https://doi.org/10.18682/pd.v13i0.361>

Marshall, Barbara y Stephen Katz

2002, "Forever functional: sexual fitness and the ageing male body" *Body and Society*, 8(4): 43-70.

Master W, J. V. y Kolodny R.

1988, *La sexualidad humana*, Editorial Científica-Técnica, La Habana: 419-44.

Master, W. y Jonhson, V.

1989, *Respuesta sexual humana*. 2 ed, Editorial Científico-Técnica, La Habana: 201-32.

Mendoza-Núñez Víctor M., Marissa Vivaldo-Martínez y María Martínez-Maldonado

2018, "Modelo comunitario de envejecimiento saludable enmarcado en la resiliencia y la generatividad", *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 56(1): 110-119.

Mishara B. L., y Reidle, R. G.

2001, *La sexualidad y el envejecimiento en el proceso de envejecimiento*. Morata, Madrid.

Nieva, Rafael, José Velasco, Héctor Andrade, Carlos Rodríguez, Ana González y Miguel A. Mendoza

2010, "Expresión de la conducta sexual en adultos mayores usuarios de una unidad de medicina familiar", *Atención Familiar*, 17(1): 22-23.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

2015, *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1



Pagola, Levva

1999, “Cambios físicos que afectan la sexualidad en la vejez”, *Colombia Médica*, 5(3):29-32

Pérez, Víctor

2008, “Sexualidad humana, una mirada desde el adulto mayor”, *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(1).

Querirolo, Ore, Miguel Palomino y José Ventura-León

2020, “Medición de la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados de Lima (Perú)”, *Enfermería global*, 19(60): 259-273. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.420681>

Real Academia Española.

2001, *Diccionario de la lengua española*, Editorial Espasa Calpe, Madrid: 2059.

Robledo Marin, C. C.

2020, “Percepción de la sexualidad en personas mayores de 60 años” *Revista Colombiana de Ciencias Sociales* 11(1).

Schiavi Raúl y Jamil Rehman

1995, “Sexuality and aging” *Urology Clinics North America*, 22(4): 711-726.

Villar, F., D. Villamizar, y S. López-Chivral

2005, “Los componentes de la experiencia amorosa en la vejez: personas mayores y relaciones de pareja de larga duración”, *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(3): 166-77.

World Health Organization (WHO)

2006, *Manual WHOQOL-OLD*, European Office Copenhagen



Configurar el riesgo y los derechos en la atención obstétrica. Narrativas e interacciones en torno al embarazo en la adolescencia

Bianca Fernanda Vargas Escamilla

INTRODUCCIÓN

La antropología médica a través de la etnografía hospitalaria ha respondido al interés de las ciencias sociales o de los mismos profesionales de salud, por describir y analizar a los procesos, experiencias, prácticas, formas de comunicación e interacciones que configuran el entorno clínico, o de indagar acerca de problemas de salud específicos y la manera en que son tratados por la biomedicina en su espacio de concreción más representativo. Así, el espacio clínico constituye un dominio en donde se expresan los valores centrales y normas de la medicina, como un entorno cultural diferente de la realidad social que existe fuera de él, pero también integra una comunidad en la que intervienen actores, relaciones y procesos, como reflejo del contexto geográfico y sociocultural en que se encuentra (Van der Geest y Finkler 2004).

En el ámbito de la atención obstétrica, las prácticas en torno a la atención del embarazo y parto adquieren particular relevancia ante las manifestaciones y consecuencias de la medicalización excesiva de un proceso que necesariamente parte de una definición fisiológica. Al respecto, el análisis de las causas evitables de la mortalidad materna y su vinculación a las desigualdades estructurales (Freyermuth 2003; Jaffré 2012; Hamal *et al.* 2020), el estudio de la morbilidad y discapacidad asociada a intervenciones injustificadas o iatrógenas (Khaskheli *et al.* 2014; Miller *et al.* 2016; Muñoz 2020), así como la sistematización



de las experiencias de falta de respeto, abuso y violencia obstétrica (Castro y Erviti 2003; Bellón 2014; Bohren 2015; Quattrochi y Magnone 2020); plantean problemáticas cada vez más puntuales y nuevas interrogantes respecto al paradigma imperante de la atención obstétrica y sus posibilidades de transformación.

Las reflexiones presentadas en este texto emergen de mi investigación doctoral inscrita en el campo de la Antropología en salud, asimismo, los casos, testimonios y ejemplos planteados fueron documentados a partir de la estancia de trabajo de campo de 16 meses en un hospital materno-infantil público de la Ciudad de México, que tuvo lugar entre el 2017 y el 2019 como parte del mismo proyecto de investigación. Desde mi primer acercamiento al campo, los profesionales de salud y directivos del hospital identificaron como una problemática relevante la atención del embarazo en adolescentes.

El interés se debía principalmente a la visibilidad que el tema había adquirido en la política pública nacional, frente a la cual se anticipaban implicaciones legales, quejas médicas y la necesidad de implementar protocolos específicos. Esta puntualización señaló un proceso de diferenciación, opuesto a la homogeneidad que supone la mirada clínica, sobre todo, al tratarse de servicios de salud públicos. Por lo tanto, parte del supuesto de que la atención del proceso reproductivo en la adolescencia está influida por construcciones socioculturales diferenciales en torno a la sexualidad y la reproducción, que tienen implicaciones en la interacción entre el personal de salud y las adolescentes. Además, el análisis minucioso de categorías como el riesgo, la autonomía, la responsabilidad y el ejercicio de los derechos son esenciales para identificar las brechas evidentes, pero también los conflictos más sutiles que sostiene la biomedicina frente a la creciente demanda de un uso racional de sus recursos – en tanto capital social y profesional– y un cambio de paradigma orientado al reconocimiento de la subjetividad.

En el ámbito de la salud reproductiva es común hablar de un enfoque de riesgo y un enfoque de derechos como atributos de la atención, por lo que resulta de interés problematizar estas categorías y las relaciones entre ambas. Pueden emerger como perspectivas complementarias cuando se asume que, en conjunto, contribuyen a brindar una atención segura y de calidad, enfocada en la prevención de complicaciones y con la participación de las personas en el proceso de atención. Pero pueden aparecer situaciones opuestas si el riesgo se convierte en un discurso predominante frente a la garantía de los derechos de las personas. Para dilucidar estas posibles relaciones, este texto describe cuatro momentos de la investigación que, a



su vez, exploran las formas en que el riesgo y los derechos se configuran como categorías centrales para dar cuenta de las interacciones observadas y las experiencias narradas por el personal médico y las adolescentes.

El primer momento está dado por el panorama epidemiológico como referente para advertir un problema de salud y determinar sus características, magnitud e impacto potencial. En segunda instancia, sintetizo los hitos recientes en la política pública de salud sexual y reproductiva en la adolescencia a nivel nacional y su énfasis en la prevención del embarazo, relevantes por su influencia en la manera en que los profesionales de salud le atribuyen características particulares que repercuten en la atención. El tercer momento es propiamente el espacio clínico en que se materializa el riesgo como eje articulador, pero también como una noción polisémica en tanto que, adjetiva al embarazo en la adolescencia y configura el discurso alrededor de sus posibles causas y consecuencias, así como de las limitantes de la biomedicina para responder a la complejidad que supone.

Si bien el embarazo en la adolescencia es clasificado como de alto riesgo, esta definición no implica modificaciones significativas en el proceso de atención, sino que se perfila como una excepción para el apego a las directrices de cuidado respetuoso y basado en evidencia. Por último, el cuarto momento corresponde a la dimensión analítica en donde se observa cómo el riesgo se asocia a la mirada médica de los cuerpos y las personas como insuficientes, inadecuadas o incapaces para la reproducción en condiciones 'óptimas', tomando como referencia un supuesto ideal, a partir del cual surge la reflexión en torno a la percepción de una amenaza producida por la falibilidad, cuyo reconocimiento es el punto de partida para la humanización de la atención y el cuidado.

ADVERTIR Y CONFIGURAR UN PROBLEMA: EL PROCESO REPRODUCTIVO EN LA ADOLESCENCIA

Cada día, en promedio cinco mujeres menores de veinte años acudieron a una consulta prenatal, aproximadamente siete adolescentes menores de 15 años son atendidas cada mes y los servicios otorgados a personas en el grupo de edad de 12 a 19 años representan cerca del 30% de la atención que brinda este hospital. Ampliando la perspectiva, en el 2017, cuando realizaba la investigación de campo, se registraron en México 171,010



nacimientos de adolescentes entre 15 y 17 años y 11,756 en menores de 15 años (Gobierno de México 2020). Al cierre de 2023 se registra un total de 1,519,738 nacimientos en el país, de los cuales 227,644 corresponden a adolescentes de 15 a 19 años y 8,429 en el grupo de edad de 10 a 14, que en conjunto equivalen al 15% del total (Secretaría de Salud 2024), por lo que se ha mantenido como una de las problemáticas prioritarias de salud sexual y reproductiva.

En este contexto de visibilidad, el embarazo y la maternidad en la adolescencia han sido objeto de investigaciones desde múltiples disciplinas, destacando el enfoque sociodemográfico, psicológico y de intervención en políticas públicas. Adicionalmente, en el periodo que comencé este proyecto de investigación, la presencia del tema en medios de comunicación masiva a nivel nacional incrementó de manera importante, pues un análisis de desarrollo económico regional había ubicado a México como el país con mayor tasa de embarazo en la adolescencia entre los que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Ante el llamado de atención, las estadísticas mostraron que la situación nacional no era sustancialmente diferente a lo observado en las últimas dos décadas, ya que el grupo de edad de 15 a 19 años presentaba la menor disminución en la tasa de fecundidad y las tasas más bajas de uso de anticonceptivos, comparado con otros grupos quinquenales.

Este breve panorama epidemiológico posicionó nuevamente el proceso reproductivo en la adolescencia como un tema relevante en la agenda de salud pública, configurándose como un problema social a partir de su impacto en el ámbito familiar, educativo y económico, en donde se plantean como principales consecuencias, la transmisión generacional, la reproducción de los denominados ‘ciclos de pobreza’, que articulan un menor acceso a la educación formal y al trabajo remunerado, concatenando otras formas de exclusión social (Stern 2012). La dimensión social también implica un interés público, es decir, que excede al individuo que lo vive o a su red más cercana y atañe a la sociedad en conjunto, dada su relación con diversas formas de violencia, desigualdad y vulneración de derechos fundamentales, a la vez que pone a prueba normas sociales imperantes relacionadas con la sexualidad, la reproducción y la maternidad. A la par, se concibe como un problema de salud suponiendo una mayor probabilidad de complicaciones asociada a la falta de madurez del sistema reproductivo y a factores concomitantes, como desnutrición u obesidad, pero sobre todo a los aspectos socioeconómicos, culturales y estructurales que obstaculizan la atención oportuna, de calidad y el acceso a medidas profilácticas (Ganchimeg *et al.* 2014),



toda vez que, en países con ingreso medio o alto, en donde el acceso a servicios de salud está garantizado o ha mejorado sustancialmente, los resultados obstétricos en adolescentes entre 15 y 19 años no difieren de los del resto de las mujeres (Kirchengast 2016).

El personal de salud identificaba esta situación como cotidiana, atribuida a que se trata de un hospital público y a su ubicación geográfica en una zona periférica, colindante con áreas de conservación que demarcan los límites de la ciudad, caracterizado por asentamientos irregulares originados principalmente por la migración interna rural-urbana. Además de la edad, la intersección con otras formas de desigualdad se hace patente en la manera en que los ginecobstetras resaltan los aspectos sociales que lo configuran como un problema social, mientras que, no se identifica un riesgo mayor asociado a la edad. Los tres médicos de consulta prenatal coincidieron en señalar que, en su experiencia clínica, las adolescentes no presentan complicaciones con mayor frecuencia, como sería el caso de las mujeres mayores de 35 años en donde sí se definen con mayor claridad los riesgos reproductivos, por lo que enfatizan que la atención es prácticamente igual en cuanto a los procedimientos clínicos, como señala uno de los ginecobstetras con mayor tiempo laborando en el hospital:

Yo siempre he pensado que el riesgo en las adolescentes, más que el tener a su hijo, es el riesgo a futuro. Es decir, una niña adolescente de 16 años tiene un niño y lo va ver como un juguetito, no como un ser humano que crece, que tiene necesidades, que hay que educarlo, etcétera. Para mí ese es el mayor riesgo. Desde el punto de vista obstétrico no he encontrado mayores riesgos entre una mujer de 25 y una mujer de 18. Es el mismo riesgo. Lo mismo puede tener una amenaza de parto prematuro, puede tener un aborto, etcétera. No hay diferencia en la atención, [pero sí] en lo que uno percibe como médico. Las jovencitas son niñas muy rebeldes, que se rebelan a sus papás. Se les ha interrogado que por qué se embarazan, si por gusto, porque les falla el método o por qué, cuál es la razón. Muchas de ellas se embarazan porque no quieren estar con la familia, en la integración familiar.

Además, también reconocieron que la visibilización del embarazo en adolescentes como un problema que era necesario abordar de manera diferencial era reciente, y se debía principalmente a la difusión en medios. Ante ello, se había propuesto destinar un área específica o desarrollar un proyecto para la atención de adolescentes, pero señalaban como obstáculos la falta de espacio físico y de personal, por lo tanto, la atención se basaba en protocolos implícitos. Adicionalmente, el personal de salud otorgaba un mayor peso a los



aspectos sociales como causas y consecuencias, entre estas, la falta de educación sexual y acceso a métodos anticonceptivos, las fallas del sistema educativo o del soporte familiar. Asimismo, los riesgos identificados eran principalmente la asociación con situaciones de violencia, la falta de redes sociales, el abandono escolar, y el consumo de alcohol u otras sustancias, por ello, otra de las medidas implementadas era la consulta psicológica y la intervención del departamento de trabajo social.

Desde la perspectiva antropológica, un problema llega a advertirse como tal tras un proceso de construcción en el que intervienen ciertas normatividades, prácticas sociales, representaciones, fuentes del saber y condiciones económicas y políticas dominantes en un momento histórico específico. En este sentido, la intersección entre el carácter ‘social’ y ‘de salud’ es una premisa clave, al concebir la salud como dimensión colectiva, anclada tanto en la arena pública como privada, y como un fenómeno social. Es decir, la salud es un valor de referencia, una construcción social y política cuyos límites están en cuestionamiento constante (Rossi 2007). Así, desde la perspectiva médica, el problema era reconocido e incorporado como tal en el discurso cotidiano, pero al mismo tiempo, se considera que la intervención no se encuentra propiamente en su ámbito de competencia, sino que corresponde a la familia o la comunidad.

POLÍTICAS DE PREVENCIÓN Y NECESIDADES DE ATENCIÓN

En años anteriores, las cifras por sí mismas no habían patentado la necesidad de una intervención dirigida, por lo que sus consecuencias habrían de ser enfrentadas en el ámbito de lo privado, pero una nueva lectura del panorama epidemiológico en el contexto de la agenda de desarrollo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, el énfasis en las persistentes brechas de desigualdad y las transformaciones en las políticas de población y desarrollo, condujeron a posicionar a la infancia, adolescencia y juventud en el marco de la política pública en salud sexual y reproductiva. En México, el primer programa nacional de salud sexual y reproductiva dirigido específicamente para adolescentes fue publicado en 2007, en el que se reconocía la existencia de un marco de derechos, pero también se daban a conocer las limitantes para hacerlos valer en los ámbitos institucionales, como el desconocimiento del marco jurídico, los prejuicios y la estigmatización de las adolescencias.



Posteriormente, la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad, incluyó un formato para recibir consejería sobre salud sexual y reproductiva en este grupo etario sin acompañamiento. En 2016, se publicó la primera estrategia nacional para la prevención del embarazo en la adolescencia, planteando dos metas principales para en 2030: 1) Disminuir a cero los nacimientos de niñas de 10 a 14 años de edad, considerando la relación de estos embarazos con violencia sexual y de género, violación y su asociación con uniones o matrimonios tempranos; y 2) Reducir en un 50% la tasa de fecundidad para el grupo de 15 a 19 años de edad (CONAPO 2016). A partir de esta política intersectorial, las intervenciones se han dirigido a la promoción de salud, principalmente a través de módulos de servicios amigables para adolescentes, que minimicen las brechas en el acceso a la consejería y atención en salud sexual y reproductiva, como son los procesos y requisitos institucionales, la incompatibilidad con el horario habitual de las clínicas, la infraestructura inadecuada que impide la privacidad y confidencialidad, la desconfianza en los servicios de salud públicos y la percepción de las personas usuarias de ser juzgados y estigmatizados por el personal de salud.

En la mayoría de las sociedades contemporáneas, se considera a las y los adolescentes como incapaces de tomar decisiones responsables y hacer frente a las consecuencias. Esta construcción social de la adolescencia define esta etapa de la vida como peligrosa en sí misma caracterizada por una tendencia a presentar conductas ‘incorrectas’, ‘anormales’ o ‘patológicas’ (Feixa 2006), además, los riesgos a la salud en la adolescencia se consideran de índole conductual o mental, más que física, cuyas consecuencias se harán patentes en el curso de vida, impactando en el mediano y largo plazo (Korbin y Anderson-Fye 2011). Ambas perspectivas figuran en la percepción del riesgo por parte de los profesionales de salud, ya que un embarazo es considerado una consecuencia inmediata que demanda atención, pero también la patologización de los aspectos sociales.

Al pasar de lo privado a lo público, esta política basada en la prevención del embarazo, sustentada en los riesgos a la salud, pero sobre todo en las consecuencias sociales, económicas y demográficas que implica la alta fecundidad adolescente, lo posiciona como una amenaza potencial ante la cual es imperante responder. Además, no reconoce que la demanda de atención obstétrica por adolescentes y niñas, tanto en contextos rurales y comunidades indígenas como en los complejos asentamientos urbanos, es señalada como uno de los principales retos en las unidades hospitalarias y, aun cuando se trata de una realidad cotidiana en la consulta obstétrica, la interacción entre el personal de salud y las



adolescentes adquiere un carácter singular, caracterizado por una representación *a priori* de riesgo, el estigma y la falta de reconocimiento como sujetos de derecho.

ESPACIO CLÍNICO Y FORMAS DE CONCRECIÓN DEL RIESGO

El proceso reproductivo constituye una etapa del ciclo vital que se vincula a una serie de cuidados y formas de atención, con diversos grados de institucionalización. Cada vez es más frecuente la utilización de los servicios médicos desde el inicio de la gestación –o antes–, incluso en la población adolescente, por lo que la vivencia del embarazo, parto y posparto, es atravesada por la mirada biomédica, y constituye un eje importante alrededor del cual giran las experiencias de las mujeres y adolescentes en torno al proceso reproductivo (García Jordá y Díaz Bernal 2010). En este sentido, la biomedicina, no es sólo un recurso de atención, o una disciplina que produce un tipo de conocimiento, o un discurso objetivo (Lupton 2003), sino que se erige como un contexto sociocultural. Partiendo de estas premisas, continuaremos explorando la manera en que la categoría de riesgo se articula en el paradigma biomédico de la atención obstétrica, así como en las interacciones cotidianas en el contexto clínico e impacta en la experiencia de las adolescentes durante la atención.

El riesgo en el ámbito de la salud está configurado principalmente por el conocimiento de las probabilidades de que algo ocurra en términos estadísticos (riesgo epidemiológico), así como de la información disponible de una paciente en particular (riesgo clínico), o bien, en función del conjunto de experiencias individuales o colectivas en la práctica y de los saberes transmitidos por mentores en el proceso de formación. Además, también se puede contemplar el riesgo profesional al descrédito, castigo o criminalización ante un evento negativo (Lupton 1999; Castro y López Gómez 2010; Weir 2006). Tanto en el desarrollo conceptual, como en la interacción, el riesgo entrama narrativas complejas y no puede advertirse sino tras una concatenación de eventos y en el análisis *ex post facto*, como se puede observar en el caso que expongo a continuación.

Por más de 20 semanas había acompañado a Alina de 14 años, desde su primera consulta prenatal en el hospital, durante el parto y hasta su salida del hospital. Cuando llegó las 40 semanas, había signos de un trabajo de parto latente, y considerando el temor e insistencia de Alina y su madre, decidió que permaneciera en el hospital para ingresar a la sala de labor,



comentando: “donde he tenido conflicto con las adolescentes es que como no pasa el familiar responsable, la paciente entiende cierta cosa y entonces a veces reclaman los familiares o ponen quejas”. El cuestionamiento profesional y la amenaza potencial del descrédito, se expresan en una práctica médica defensiva que tiene como consecuencia el establecimiento de barreras o el acceso limitado a procedimientos elegibles, como la esterilización quirúrgica voluntaria —entre menos intervenciones se realicen, menor riesgo de complicación— y, en el otro extremo, se asocia a una mayor posibilidad de prácticas rutinarias innecesarias o médicamente injustificadas, en ambos casos resulta en detrimento de la garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Ingresé con Alina a la sala de labor, casi rebasada en su capacidad, pero al poco tiempo, una enfermera, dos estudiantes y un residente de ginecobstetricia se disponían a realizar el interrogatorio. Un estudiante comenzó: “¿Me puede decir su nombre? ¿Qué edad tiene?” Ante su respuesta el residente interrumpió: “¡Claro! No me sorprende, si somos el país que tiene el primer lugar en embarazo adolescente, ¿sí sabías? ¿Por qué te embarazaste? A ver, cuéntame.” Intervine, señalando a Alina que no tenía que contestar y posteriormente comenté en privado lo sucedido con el médico residente, quien afirmaba que era una situación muy grave porque era un hospital con recursos limitados para poder atender a tanta población y, además, a adolescentes que tenían mayor riesgo de complicarse, y describiendo el entorno, puntualizó:

“Mira, ahorita por la tarde solo hay una ginecóloga, un anestesiólogo que quién sabe dónde está, los estudiantes que no cuentan, y yo. Además, ve, solo hay un quirófano para cesáreas, uno para partos y el otro que es pequeño, para abortos incompletos o ya en caso de que haya un [parto] expulsivo, pues se usa. Si hay que hacer una cesárea de urgencia y está ocupado, puede llegar a una muerte materna”.

Transcurrían las horas y el trabajo de parto avanzaba lentamente, sin muchas alternativas para favorecer su curso fisiológico, ya que las prácticas recomendadas como la ingesta de líquidos, la deambulación, las técnicas de relajación o los métodos no farmacológicos para el alivio del dolor y el acompañamiento familiar o de profesionales no estaban permitidos. Aunque los estudiantes asistían con frecuencia a revisar el foco cardíaco fetal, y las enfermeras monitoreaban sus signos vitales, continuaban llegando mujeres con situaciones diversas que demandaban la atención inmediata de los médicos de guardia, una dinámica que constataba lo que un ginecobstetra había señalado con respecto a este hospital:



Aquí solamente hay dos opciones: bajo o alto riesgo, no hay intermedios, porque no se cuentan con recursos suficientes. Un criterio es la edad, considerando de riesgo a las menores de 18 años, pero de no existir otros factores, no es un criterio de prioridad. Uno de los más determinantes es el número de partos y de cesáreas por mayor riesgo de hemorragias y la falta de banco de sangre. Una tercera cesárea es un criterio absoluto de referencia, para que sean atendidas en un hospital con más recursos, pero muchas veces las mujeres van a regresar al no ser recibidas en otros hospitales.

A diferencia de la atención prenatal, en donde la determinación del riesgo es homogénea en términos epidemiológicos, al clasificar a todas las adolescentes como de alto riesgo, y a su vez, dependiente de factores individuales que pueden exacerbarlo, al ingresar a la sala de labor, esta valoración se torna oscilante y matizada en función de una colectividad, dependiente de la perspectiva de cada observador, de los recursos disponibles y de la asimilación de un contexto estructural limitante. Entonces, el acto médico deja de enfocarse en la atención y se convierte en una forma de respuesta ante una situación que requiere ser controlada. En este sentido, el riesgo y su manejo forman parte de las brechas en la mirada clínica, sugiriendo que la vigilancia de los cuerpos individuales y políticos ya no recae en el estado o en el saber/poder médico, sino en diversos mecanismos y procesos institucionalizados que no siempre son visibles (Gibson 2004), desde las políticas globales, las guías de práctica clínica, y la limitación —real o provocada— de recursos disponibles que conducen a establecer ciertas prioridades y jerarquías.

Así, el riesgo constituye un fundamento, tanto de la medicina como de la salud pública, para el control de la salud y de los procesos fisiológicos, como es la reproducción. En esta expresión de la biopolítica, el riesgo no es calculable o medible, por lo que conduce a respuestas de preparación —más que de prevención— hacia posibles amenazas que no provienen de hechos estadísticos, sino de representaciones imaginarias, cuyas consecuencias resultan potencialmente catastróficas (Lakoff 2008). En ellas, el estado moderno, puede pensarse como un conjunto de procesos y prácticas contradictorias, ya que propone un reconocimiento de la subjetividad, pero mantiene la excepción como un discurso que legitima su intervención (Taussig 1991; Aretxaga, 2003; Petryna 2006). Esta tensión, argumentan Fordyce y Maraesa (2012), es incorporada y se vive en las interacciones cotidianas, dando cuenta de la manera en que las nociones de riesgo permean en el núcleo de las vidas reproductivas de las mujeres.



Después de 15 horas de trabajo de parto, finalmente Alina pasó a la sala para ser atendida por el médico residente con apoyo de los estudiantes, ya que el ginecobstetra del turno nocturno se encontraba en quirófano. El parto se prolongaba y la angustia del médico comenzó a hacerse patente:

“¡Puja cuando te diga!, si no lo haces no va a nacer tu bebé y va a ser tu responsabilidad”. La enfermera y la pediatra intentaban alentarla a respirar y guiar el pujo, pero el médico residente cambió de posición para hacer la maniobra -ya contraindicada- conocida como ‘Kristeller’: “¡Voy a tener que hacerlo por ti, porque tú no puedes, no cooperas y se va morir tu bebé si no nace ya!”.

El bebé nació requiriendo maniobras de reanimación por asfixia perinatal y varios días de hospitalización. Alina no tuvo complicaciones médicas a pesar de las maniobras realizadas y decía no recordar prácticamente nada, pero comentó aliviada que otro médico le había explicado cuidadosamente lo sucedido, resaltando que no era su culpa y que el bebé iba mejorando y se recuperaría; de algún modo, trataba de restituir el maltrato verbal y emocional.

Se ha descrito ampliamente que las alteraciones del proceso fisiológico del parto conducen a una cascada de intervenciones que pueden afectar el resultado obstétrico o neonatal, Everson y Ostrach (2017) enfatizan que, el embarazo en la adolescencia al ser patologizado biológica y socialmente durante la atención médica, principalmente debido un estigma y discriminación interseccional, sitúa a las adolescentes en un riesgo mayor de experimentar intervenciones injustificadas. Este abordaje del riesgo supone diversos argumentos como obstáculos a la implementación de recomendaciones, evidencias y buenas prácticas para una atención centrada en la persona, y abre paso a las intervenciones de rutina y a la medicalización. Así, cuando esta categoría se convierte en narrativa maestra, históricamente se erige como excepción a la garantía de los derechos aun en su atributo de universalidad, abriendo la posibilidad a la producción de diversas formas de violencia a las que subyacen procesos de invisibilización y desubjetivación.

Cuando se alude al riesgo, no se trata sólo de una representación, sino que se inserta en una dimensión temporal y espacial en el que se configura, contribuyendo a la producción del contexto. Por ello, conlleva tanto la percepción de una amenaza o peligro, como una dimensión experiencial sin la cual no sería posible afrontarlo o siquiera percibirlo (Lupton



1999; Sánchez-Jiménez 2014). El riesgo no se reduce a una confirmación de los hechos, sino que requiere mediaciones, por una parte, la credibilidad sustentada en un componente teórico, y por otra en las normatividades imperantes que se ponen a prueba ante la sensación de falta de seguridad o de confianza (Douglas 1992; Beck 1992). Desde esta perspectiva, las percepciones acerca del riesgo de las personas que acuden a los servicios de salud, dan cuenta de las formas de apropiación de ciertos conocimientos, incluidos los saberes de la biomedicina, y de la reflexión acerca de la propia vulnerabilidad (Hersch 2013).

Para las adolescentes, la búsqueda de atención no representa una red de cuidado o un apoyo en el sostenimiento de la vida y la salud, sino un encuentro más que habrán de afrontar en la transición anticipada al ‘mundo adulto’, o en algunos casos, la confirmación de que ya lo habitaban desde una posicionalidad desdibujada, dada la precarización económica y social que les ha conducido al abandono escolar, a contribuir en las actividades laborales remuneradas o en el trabajo doméstico, aun sin el estatus legal y social de la adultez en un contexto urbano contemporáneo. Las adolescentes suelen enfrentar el estigma de ser percibidas como una amenaza para los sistemas de salud y para la sociedad, ante los cuestionamientos que instauran el inicio de la atención obstétrica, *¿por qué tan joven?, ¿por qué no te cuidaste?, ¿cuántos más vas a tener?, ¿cómo los vas a mantener?, ¿quién los va a cuidar?*, que les sitúan en la vergüenza y la culpa, en la irresponsabilidad y en la incapacidad de adquirirla, por ende, en la imposibilidad de responder y tomar decisiones.

Ante ello, emergen las voces de las adolescentes que necesitan respuestas, y otras que aparecen desafiantes, desde la propia cualidad del adolescente que reta a la autoridad y pugna por su diferenciación. Pero también tienen lugar los silencios impenetrables, llenos de temor e incertidumbre. Ambos expresan la demanda de atención y reconocimiento, que la biomedicina no siempre logra satisfacer, ya sea por la falta de protocolos y recursos específicos, de competencias para atender a las determinantes sociales como parte integral de la salud, o por la resistencia a modificar las pautas del ejercicio profesional. Mientras tanto, las historias clínicas se van permeando de testimonios de la violencia, marginación y vulnerabilidad que enfrentan las niñas y adolescentes, a la par que experimentan un embarazo y el inicio precipitado de la maternidad. Erdmans y Black (2015) sostienen que no se trata solo de historias de vida, sino de una profunda crítica hacia el abuso sexual, la violencia de género, la violencia estructural en comunidades e instituciones, las inequidades de raza y clase y de la desigualdad de género en las relaciones.



LA FALIBILIDAD Y EL CUIDADO: REFIGURAR LA ATENCIÓN OBSTÉTRICA

Tanto en el referente epidemiológico, como en las políticas de prevención y las dinámicas de atención en torno al proceso reproductivo en la adolescencia, las narrativas del riesgo y sus posibles contra-narrativas están atravesadas por la expresión de las inequidades de clase, género, edad, estatus legal, entre otras categorías que inciden en la posicionalidad de los sujetos y aluden a una estratificación de la reproducción, en tanto normativa social de la sexualidad y política económica de la reproducción (Colen 1986; 1995). Esta perspectiva sostiene que, distintas formas y tipos de reproducción son privilegiados, apoyados e impulsados, mientras que otros son estigmatizados, limitados y oprimidos, se patentan formas de control de la población y un acceso diferencial a los recursos de atención (Ginsburg y Rapp 1995; Agigian, 2007).

No obstante, al pasar de la dimensión estructural a los modos de concreción, la práctica obstétrica no concibe un modelo ideal, es decir, no hay un proceso fisiológico que pueda denominarse 'normal' o 'natural' y frente a ello, el cuerpo-sujeto es inadecuado, subóptimo e insuficiente. Esta falibilidad se acompaña de ambigüedad, da lugar a posibilidades y riesgos, es peligro y promesa a la vez. La falibilidad de la ciencia y de la técnica, de la comunicación y del diálogo son también prueba de esta vulnerabilidad (Masiá-Clavel 2015). Esta falibilidad es inherente, es una amenaza latente, pero también es lo humano. Por ende, humanizar la atención requiere del reconocimiento de la falta, de hacerla también propia y afrontarla desde un paradigma distinto. En primera instancia, la humanización de la atención a la salud reproductiva se erige como una demanda necesaria de diversas formas de legitimación. A decir de Rattner (2009), contempla el ámbito político, basada en la defensa de los derechos humanos; epidemiológico, al sustentar un uso adecuado de la tecnología para la salud de las personas y de las poblaciones; profesional, en relación al reconocimiento de diversos perfiles de proveedores; científico, por su referente basado en evidencia; y finalmente, alude a la legitimación de la participación y toma de decisiones de las personas en torno a su salud, haciendo énfasis en la importancia del diálogo, la relación entre usuarios y profesionales de salud, el acompañamiento, y la posibilidad de negociar y decidir sobre los procedimientos.

Para profundizar en la autonomía, Mol (2008) plantea un reto adicional al cuestionar su valor generalizable, señalando que la lógica de la elección puede menoscabar la importancia



del cuidado, es decir, la posibilidad de elegir y el cuidado adecuado deberían establecer sinergia, pero la mayoría de las veces resultan contradictorias, relegando las decisiones y sus consecuencias a las personas, sin el soporte que habilita la lógica del cuidado. Junto a otras políticas de salud sustentadas en la responsabilidad individual, esta interpretación reducida de la autonomía se ha posicionado, aún en contextos en que la salud se define como bien público y social.

Sin embargo, debido a su estatus legal, la atención de adolescentes requiere de un marco de autonomía progresiva, es decir una evolución facultativa hacia la toma de decisiones y en el ejercicio de sus derechos, en donde el personal de salud tiene un rol necesario para orientar y contribuir a garantizarlos, independientemente del conocimiento o comprensión que la adolescente tenga de ellos. Además, siendo los hospitales espacios liminales, umbrales de condensación e intensificación de la vida en general, en donde las incertidumbres y decisiones se enmarcan en una situación de mayor urgencia que en lo cotidiano (Long *et al.* 2004), el paradigma del cuidado convoca a una dimensión vinculante y al reconocimiento de la otredad.

El cuidado de sí habilita la dimensión del sujeto en tanto que busca la realización de sí en su apertura a la otredad, lo cual es *de facto* un planteamiento ético y político. No se trata de una capacidad humana, sino de una estructura que engloba o da unidad a la existencia; todo lo que el ser conoce y hace, lo que le ocupa y preocupa, la teoría y la praxis, el deseo y los impulsos son sus manifestaciones (Colomer 2002). En su más amplia acepción, refiere al cuidado de la vida y todo aquello que la pone en predicamento, es decir, a la consciencia de nuestra falibilidad.

En este recorrido experiencial y analítico, el riesgo y los derechos aparecen como conocimientos situados y construcciones socioculturales y no como conceptos que claman objetividad y universalidad. Esto implica que son ubicados en ciertas coordenadas espaciales y temporales, para dar cuenta de su dimensión experiencial y de su carácter subjetivo. Más allá del anonimato que supone un contexto clínico institucional como el que se ha explorado, la invocación de los sucesos singulares que ocurren en la vida cotidiana y de los acontecimientos que irrumpen y transforman el cauce de la vida de las personas, así como de los discursos expuestos a la interpretación, este capítulo aspira a la posibilidad de nombrar aquello que produce afección y de imaginar otras formas posibles.



REFERENCIAS

Agigian, Amy

2007, "Stratified reproduction", en George Ritzer (ed.), *The Blackwell Encyclopedia of Sociology*, Blackwell Publishing, Reino Unido.: 4835-4837.

Aretxaga, Begoña

2003, "Maddening States", *Annual Review of Anthropology*, 32:393-410 <https://doi.org/10.1146/annurev.anthro.32.061002.093341>

Beck, Ulrich

1992, *Risk society. Towards a new modernity*, SAGE, London

Bellón, Silvia

2014, Obstetric Violence: Medicalization, authority abuse and sexism within Spanish obstetric assistance. A new name for old issues?, tesis, Erasmus Mundus en Estudios de la Mujer y El Género.

Bohren Meghan, Joshua Vogel, Erin Hunter, Olha Lutsiv, Suprita Makh, Joao Souza, Carolina Aguilaar, Fernando Saravia, Alex Araújo, Özge, Tunçalp, Dena Javadi, Olufemi Oladapo, Rajat Khosla, Michelle Hindin y Metin Gülmezoglu

2015, "The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review", *PLoS Med* 12(6): e1001847. DOI: [10.1371/journal.pmed.1001847](https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847)

Castro Roberto y Joaquina Erviti

2003, "Violations of Reproductive Rights during Hospital Births in Mexico", *Health and Human Rights*, 7(1): 90-110.

Castro R, y López Gómez A. (ed.)

2010, *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Universidad de la República, Montevideo, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Colen, Shelle

1995, "Like a mother to Them: Stratified reproduction and west Indian Childcare workers and employers in New York", en F. Ginsburg y R. Rapp (ed.), *Conceiving the*



new world order: global politics of reproduction, University of California Press, United States of America.

Colen, Shelle

1986, "“With respect and feelings”: Voices of west Indian childcare and domestic workers en New York city”, en J. Cole, *All American Women: lines that divide, lines that bind*, Free Press, Nueva York.

Colomer, E.

2002, *El pensamiento alemán de Kant a Heidegger. Tomo III*, 2ª ed. Herder, Barcelona.

Consejo Nacional de Población (CONAPO)

2016, *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes*. Consejo Nacional de Población, México.

Douglas Mary

1992, *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*, Routledge, London.

Erdmans Mary P. and Timothy Balck

2015, *On becoming a teen mom: life before pregnancy*, University of California Press, United States of America.

Everson Courtney y Balaya Ostrach

2017, “Pathologized Pregnancies and deleterious Health Outcomes. Iatrogenic Effects on Teen Pregnancy and Stigma”, in B. Ostrach, S. Lerman and M. Singer, *Stigma Syndemics. New directions in Biosocial Health*, Lexington Books, London: 61-94.

Feixa, Carles

2006, Generación XX. Teorías sobre la juventud en la era contemporánea Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 4(2): 1-18

Freyermuth Graciela

2003, *Las mujeres de humo: morir en Chenalhó, género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*, Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social / Instituto Nacional de las Mujeres / Comité por una Maternidad Voluntaria y sin Riesgos en Chiapas, México.

Fordyce, Lauren and Aminata Maraesa

2012, *Risk, Reproduction, and Narratives of Experience*, Vanderbilt University Press, United States of America.



Ganchimeg T, E. Ota, N. Morisaki, M. Laopaiboon, P. Lumbiganon, J. Zhang, B. Yamdamsuren, M. Temmerman, L. Say, O. Tuncalp, J. Vogel, J. Souza, R. Mori
2014, "Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study", *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 121(1): 40-48.

García Jordá, Dailys y Zoe Díaz Bernal

2010, "Perspectiva antropológica y de género en el análisis de la atención al embarazo, parto y puerperio", *Revista Cubana de Salud Pública*, 36(4): 330-336.

Gibson, Diana

2004, "The gaps in the gaze in South African hospitals", *Social Science & Medicine*, 59(10): 2013-24.

Ginsburg, Faye y Rayna Rapp (eds.)

1995, *Conceiving the new world order: global politics of reproduction*. University of California Press, Berkeley.

Gobierno de México.

2020 *Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA)*. Informe 2020. Gobierno de México, México. URL: <https://www.gob.mx/inmujeres/acciones-y-programas/estrategia-nacional-para-la-prevencion-del-embarazo-en-adolescentes-33454>

Hamal, Mukesh, M. Dieleman, V. De Brouwere, V. et al.

2020, "Social determinants of maternal health: a scoping review of factors influencing maternal mortality and maternal health service use in India", *Public Health Reviews* 41(13): 1-24. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40985-020-00125-6>

Hersch, Paul

2013, "Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria", *Salud Pública de México*, 55(5).

Jaffré, Yannick

2012, "Towards an anthropology of public health priorities: maternal mortality in four obstetric emergency services in West Africa", *Social Anthropology/Anthropologie Sociale*, 20(1): 3-18.



Khaskheli, Meharunnissa, Sania Baloch y Aneela Sheeba

2014, "Iatrogenic risks and maternal health: Issues and outcomes", *Pakistan journal of medical sciences*, 30(1): 111–115. DOI: <https://doi.org/10.12669/pjms.301.4062>

Kirchengast, Silvia

2016, "Teenage pregnancies: A worldwide social and medical problema", in Rosario Laratta (ed.), *An Analysis of Contemporary Social Welfare Issues*. IntechOpen, DOI: 10.5772/65462

Korbin Jil and Eileen Anderson-Fye

2011, "Adolescence Matters: Practice- and Policy-Relevant Research and Engagement in Psychological Anthropology", *Ethos*, 39(4): 415-425.

Lakoff Andrew

2008, "The Generic Biothreat, or, How We Became Unprepared", *Cultural Anthropology*, 23: 399-428. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1548-1360.2008.00013.x>

Long, D., Hunter, C. y S. Van der Geest.

2008, "Introduction. When the field is a ward or a clinic: Hospital ethnography", *Anthropology and Medicine*, 15(2): 71-78.

Lupton, Deborah

2003, *Medicine as culture: Illness, disease and the body in Western societies*, 2nd ed. SAGE Publications, Reino Unido.

Lupton, Deborah

1999, *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives*. University Press, Cambridge.

Masiá-Clavel Juan

2015. *Animal Vulnerable. Curso de Antropología Filosófica*, Trotta, Madrid.

Miller S, E. Abalos, M. Chamillard, et al.

2016, "Beyond Too Little, Too Late and Too Much, Too Soon: A Pathway Towards Evidence-Based, Respectful Maternity Care Worldwide", *Lancet* 388(10056): 2176-2192.

Mol, Annemarie

2008, *The Logic of Care. Health and the problem of patient choice*, Routledge, New York.



Muñoz G.

2020, “Huellas de las morbilidades maternas extremas y violencias más allá del espacio clínico: trayectorias de atención y queja médica como procesos hacia la construcción de ciudadanía reproductiva”, tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, México. DOI: <http://132.248.9.195/ptd2020/octubre/0804176/Index.html>

Petryna Adriana

2006, “Globalizing Human Subjects Research”, in Adriana Petryna, Andrew Lakoff, Arthur Kleinman (eds.), *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*, Duke University Press, Durham: 33-60.

Quattrochi Patrizia y Natalia Magnone

2020, *Violencia obstétrica en América Latina conceptualización, experiencias, medición y estrategias*, Universidad Nacional de Lanús, Argentina. DOI: 10.18294/9789874937506

Rattner, Daphne

2009, “Humanizing childbirth care: brief theoretical framework”, *Interface*, 13(1): 595-602.

Rossi, I.

2007, “Anthropology between medicine and society: Swiss health interfaces” in: F. Saillant y S. Genest (eds.), *Medical Anthropology. Regional perspectives and shared concerns*, Blackwell Publishing, United Kingdom: 212-230.

Sánchez-Jiménez, José

2014, *Un clamor de voces. Dialogismo y narrativas del riesgo en Molango*, CIESAS / Publicaciones de la Casa Chata, México

Secretaría de Salud

2024, *Sistema de Información de la Secretaría de Salud: Nacimientos*. Datos Abiertos. Dirección General de Información en Salud, México. URL: <http://sinaiscap.salud.gob.mx:8080/DGIS>

Stern, Claudio

2012. *El “problema” del embarazo adolescente: contribuciones a un debate*. El Colegio de México, Centro de Estudios Sociológicos, México.



Taussig, Michael

1991, *The Nervous System*, Routledge, New York. DOI: <https://doi.org/10.4324/9780203397244>

Van der Geest, Sjaak y Kaja Finkler

2004, "Hospital ethnography: introduction", *Social Science and Medicine*, 59(1): 1995-2001.

Weir, Lorna

2006, *On the threshold of the living subject*, Routledge, Oxford.



Derechos sexuales y reproductivos, mujeres indígenas y feminismo: una revisión crítica necesaria

Paula Santana Nazarit²⁸

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una de las dimensiones más permeables al control social que se ejerce sobre el cuerpo y la vida de las mujeres y, por ende, sobre el cuidado de su salud y la gestión de la capacidad reproductiva. Los efectos que esa falta de autonomía tiene sobre la vida de las mujeres se observan en los indicadores de salud, mostrando su realidad más dura en la situación de mujeres empobrecidas o marginadas por su pertenencia cultural o étnica.

Las mujeres indígenas presentan, en general, índices más bajos en salud y condiciones de vida, lo que es consecuencia -en parte- del lugar subordinado que ocupan las mujeres en sus comunidades y de lo escasamente representadas que están en las políticas públicas desde un enfoque culturalmente pertinente. En el ámbito de la salud reproductiva, las mujeres indígenas en México tienen niveles más bajos de uso de métodos anticonceptivos (Rodríguez y Perpétuo 2011; CEPAL 2010), experiencias masivas de coerción sobre sus decisiones reproductivas (Rodríguez y Perpétuo 2011; USAID 2012; White 2014; Menéndez 2009), mayores tasas de fecundidad, mortalidad materna, embarazo en niñas y adolescentes, entre otros problemas. El rezago en salud de las poblaciones indígenas, especialmente en el ámbito de la salud reproductiva, es considerado una expresión de racismo (Menéndez 2009).

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva es difícil para las mujeres indígenas que viven en comunidades, debido a la lejanía de los establecimientos de salud de

²⁸ Programa de Becas Posdoctorales en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), becaria del Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, asesorada por la Dra. Olivia Tena Guerrero.



mayor complejidad, a las barreras lingüísticas y culturales, a los costos de los traslados, a lo cual se suma la fuerte vigilancia social que pesa sobre sus vidas, instalándose la sospecha cada vez que buscan información o acuden a un centro de salud para obtener atención en materia ginecológica o regulación de la fertilidad. Combinados estos dos factores, el cultural y el institucional, las mujeres indígenas tienen pocas posibilidades de ocuparse de su autocuidado, de acceder a servicios en materia de sexualidad que coincidan con sus necesidades, de contar con redes de apoyo en la comunidad y, en definitiva, de vivir una sexualidad plena con las decisiones de vida individual y colectiva que ello conlleva.

SEXUALIDAD DE LAS MUJERES INDÍGENAS Y CONTROL SOCIAL

La planificación de los embarazos encuentra barreras culturales en comunidades indígenas cuyo orden social es patriarcal, como lo es el valor del número de hijos en relación a la reputación sexual masculina (Frías 2021), así, mientras más hijos/as tenga la pareja, se evita poner en cuestión el control de los hombres sobre la sexualidad de las mujeres. El esposo o pareja vigila directamente este aspecto o, en su ausencia, lo hace la suegra y las cuñadas, interviniendo incluso en los controles de salud, como lo corroboran varias investigaciones: “en muchos casos, las mujeres indígenas dependen de la autorización de sus parejas para usar métodos anticonceptivos, para atender su salud en general, y para decidir el número y espaciamiento de sus hijos(as), entre otros.” (Espinosa, 2008, como se citó en Hernández, Meneses y Sánchez 2016: 57).

La migración de población indígena hacia Estado Unidos, predominantemente masculina, pone de relieve el control social sobre la sexualidad y la vida de las mujeres: “diversos estudios en México han mostrado el control de las suegras en contextos migratorios, manteniendo a las mujeres aisladas, controlando su salud sexual y reproductiva y manejando sus recursos” (Hernández-Rosete *et al.* 2008, como se citó en Frías 2021: 90). Esta situación se corrobora en la investigación posdoctoral que se encuentra en desarrollo, siendo Michoacán el segundo estado de México con mayor migración hacia Estados Unidos (INEGI 2020), donde la estructura de parentesco es patrilineal y patrilocal, lo cual, otorga un poder preponderante a las mujeres de la familia del esposo o pareja de la mujer.



La centralidad que la maternidad tiene en la vida de las mujeres indígenas, casi como el único proyecto para obtener valoración y reconocimiento social, es el relato cultural que está detrás de muchas de las expresiones de violencia que experimentan en su sexualidad y trayectoria reproductiva, al punto que no ser madre es un imaginario prácticamente inexistente para ellas y el uso de métodos anticonceptivos se convierte en un recurso excepcional.

De acuerdo a Lina Berrio (2014),

“Lo normal” es tener hijos y, por lo tanto, nadie toma la decisión, simplemente se asume como un hecho naturalizado. Por el contrario, detener los procesos reproductivos implica una toma de decisión al respecto, frecuentemente motivada por razones económicas, de salud o de cargas de trabajo (p. 238).

Los significados de la procreación y maternidad para las mujeres indígenas pueden ser muy diferentes de los atribuidos por mujeres occidentalizadas. Por ejemplo, algunos estudios plantean que, para los pueblos indígenas, los hijos representan la posibilidad de la reproducción biológica y cultural continuamente amenazada (CELADE y CEPAL 2013), lo que puede cambiar radicalmente la noción de riesgo de embarazo, que para la perspectiva biomédica tiene una connotación de peligro, “peligro de embarazo”. El abordaje de este tema desde un enfoque intercultural es una prioridad para las mujeres indígenas, así lo manifestaron en el Foro Internacional de Mujeres Indígenas:

El enfoque de interculturalidad es estratégico para la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, ya que la sexualidad se encuentra atravesada por la cultura de cada pueblo, por las relaciones tradicionales y por los usos y costumbres. (FIMI, 2009, citado en CELADE y CEPAL 2013: 65).

MUJERES INDÍGENAS, SUJETAS HISTÓRICAS

En el proceso histórico mediante el cual las mujeres indígenas se han construido a sí mismas como sujetas históricas, han enunciado problemas e intereses propios, discernibles de sus pueblos y de otras mujeres. La sexualidad y las construcciones sociales que de ella derivan



ha sido siempre un área estratégica, como lo fue, por ejemplo, para las mujeres zapatistas, que, en 1993, en la Ley Revolucionaria de las Mujeres plantean en su artículo tercero “Las mujeres tienen derecho a decidir el número de hijos que pueden tener y cuidar” y en el séptimo “Las mujeres tienen derecho a elegir su pareja y a no ser obligadas por la fuerza a contraer matrimonio”. Existe una desconfianza histórica de parte de los pueblos indígenas con las políticas nacionales de población, pues sobran las experiencias de imposición de métodos, de manera forzosa, bajo engaño, coerción y sin consentimiento (EZLN 1993).

La planificación familiar ha sido casi un sinónimo de control de nacimientos en poblaciones indígenas. Los programas de salud reproductiva han estado más orientados a la disminución de la fecundidad, que los problemas básicos de salud que afligen a los pueblos indígenas. Los programas de salud reproductiva han sido creados fuera de las comunidades indígenas y, en consecuencia, no consideran las prioridades de aquellas (Barroso 2004: 93). Los ejemplos más emblemáticos provienen de la esterilización quirúrgica, con prácticas masivas de esterilización a mujeres empobrecidas, racializadas, discapacitadas, privadas de libertad, seropositivas, entre otras condiciones de subordinación y vulnerabilidad, en Perú, Brasil, México, por nombrar algunos de los países latinoamericanos donde fue una práctica sistemática (Santana 2019).

En México, a fines de la década de los 90’ cerca de la mitad de las mujeres que usaban métodos anticonceptivos, habían sido esterilizadas, “Para el año 1997, según la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, el 44,7% de usuarias de métodos anticonceptivos en edad reproductiva, se había sometido a la “operación femenina” (Barroso Calderón 2004: 95). La violación del derecho a la libre determinación reproductiva por parte del Estado es parte de la memoria colectiva de las mujeres y sus pueblos, tal como lo expresaron indígenas de distintos pueblos en un encuentro en San Cristóbal de las Casas en 1992, donde uno de los acuerdos finales señala:

La política de natalidad que pone su dedo en la población indígena es de dudosa intención... ¿No será que quiere que seamos menos para que tengamos menos fuerza?... Nos pronunciamos en contra de los procedimientos que el sector salud emplea para controlar el crecimiento de la población, sobre todo aquel en donde programan sesiones masivas de liga de trompas. (Barroso Calderón 2004: 92).



INTERCULTURALIDAD Y PERTINENCIA CULTURAL

Un factor adicional que actúa como barrera para el acceso a servicios y la vivencia plena de la sexualidad por parte de las mujeres indígenas, es la confrontación de ontologías, epistemologías y cosmovisiones sobre el cuerpo, la sexualidad, la salud, la enfermedad, la diferencia sexual, el género, entre otras dimensiones. El sistema de salud mexicano considera a la población indígena a través del enfoque intercultural, que en términos concretos se traduce en una serie de prácticas culturales seleccionadas, adosadas al modelo biomédico, concibiéndolas complementarias. Sin embargo, este enfoque no llega a ser pertinente culturalmente, pues en la atención y servicios que entrega el sistema público, siguen operando significados, representaciones, conocimientos que resultan ajenos para las mujeres indígenas. En el plano de la sexualidad esto es evidente.

El modelo de salud intercultural para la atención primaria contempla varios componentes, tales como el “Modelo de Alimentación culturalmente Pertinente” (la “dieta de la milpa”), el “Modelo de Atención a las Mujeres con Enfoque Humanizado, Intercultural y Seguro”, el uso de herbolaria como alternativa a los medicamentos, entre otras propuestas (Secretaría de Salud 2013). Sin embargo, no se observa un desarrollo de lo que implica comprender la salud y la sexualidad- categoría central para el caso de la salud sexual y reproductiva- desde una cosmovisión distinta a la que sustenta al modelo biomédico, es decir, a la occidental, y se centra en el embarazo, parto y puerperio, sin hacer referencia a problemas específicos que afectan a las niñas y mujeres indígenas, como los embarazos infantiles y uniones tempranas (Equipo ECMIA, 2024).

Nuestros sistemas de salud y nuestra cosmovisión muchas veces aparecen como opuestos a los sistemas de salud nacionales que son de tradición occidental. Nosotras vemos la salud desde otra lógica y eso implica una serie de realidades que no se registran en los indicadores de avance en cuanto a salud sexual y salud reproductiva. (Equipo ECMIA 2024: 9).

La salud intercultural, en general, no aborda la salud desde una perspectiva que permita entender cómo y por qué los problemas y necesidades de salud de personas y comunidades indígenas, en particular de las mujeres, se explican y se producen en gran parte por las condiciones históricas, sociales y políticas en que viven. Boccara (2007), propone el concepto de etnogubernamentalidad para señalar una salud intercultural que no vincula la salud con



los problemas estructurales que enfrentan las comunidades y que impactan en los procesos de salud, enfermedad y atención, generando aproximaciones culturalizantes y rígidas, que naturalizan las desigualdades sociales.

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, UNA REVISIÓN CRÍTICA

Los derechos relacionados con la sexualidad han recorrido su propio camino en el contexto de los derechos humanos, marcado por los hitos internacionales que han dado forma y justificación. Los derechos sexuales y reproductivos representan una evolución de los derechos humanos que progresaron hasta identificar como derecho la facultad humana de decidir sobre el propio comportamiento reproductivo. Se enuncia por primera vez en la Conferencia Internacional de Derechos Humanos, celebrada en Teherán en 1968, y posteriormente, el concepto de derechos reproductivos aparece como tal por primera vez en el Tribunal Internacional del Encuentro sobre Derechos Reproductivos, Ámsterdam 1984 (Maier 2008). Más de veinte años después, estos derechos se consagran en la IV Conferencia Mundial de la Mujer, Pekín 1995, y la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo 1994. Estos derechos se nutren de teorías feministas que se venían fraguando históricamente y que alcanzan su mayor desarrollo en las décadas sesenta y setenta del siglo XX, poniendo al centro la politización de la sexualidad.

El contexto político internacional en el que se inicia la planificación familiar se caracteriza por la creciente importancia estratégica que Estados Unidos le otorga al control de la población como componente geopolítico fundamental de su relación imperialista con Latinoamérica y El Caribe, lo que se tradujo en incentivos financieros y presiones políticas para que los países adoptaran medidas de control de la natalidad, principalmente después de la Segunda Guerra Mundial. En la década de los cincuenta del siglo XX, el gobierno de Estados Unidos, agencias industriales y financieras trasnacionales como Rockefeller y Ford, más organismos internacionales como la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF por sus siglas en inglés), impulsaron en los países latinoamericanos los primeros programas de planificación familiar, financiando centros privados auxiliares de los estados en el primer tiempo hasta consolidar políticas de control de la natalidad, como lo fue la Asociación Chilena de Protección de la Familia (APROFA) en Chile, PROFAMILIA en Colombia, entre otras (Rojas



2009). En México, la planificación familiar y el acceso a métodos anticonceptivos comienza a implementarse a partir de la Tercera Ley General de Población, de 1973, en función de un análisis político y económico de la dinámica demográfica (Córdoba 2011). Estos programas se establecen con argumentos de salud pública, en un contexto de alta mortalidad materna, siendo la mayor causa el aborto clandestino, sin embargo, no tenían en cuenta el deseo o intereses de las mujeres (Mateo 2017).

Los derechos sexuales y reproductivos han sido objeto de revisiones críticas en sintonía con los cambios socioculturales y políticos que han tenido lugar desde que los métodos anticonceptivos modernos se instalaron masivamente en el discurso de la sexualidad y de la salud pública. Estos cambios responden también a las sujetas políticas que emergen con fuerza en el presente siglo, como las mujeres indígenas, mujeres negras, mujeres con discapacidad, lesbianas, entre otras, planteando una visión propia respecto a la regulación de la fertilidad.

Una de las variaciones en el discurso institucional de los derechos humanos, se refiere al paso de un concepto que explicita sólo los derechos reproductivos a uno que incluye los derechos sexuales, siendo en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo donde se define la salud sexual como derecho. Este cambio recupera lo que desde el feminismo se plantea en torno a la sexualidad como dimensión no reproductiva y la necesidad de separar ambas esferas.

El concepto mismo de derechos reproductivos y sexuales redefinió las posibilidades del cuerpo, mediando la histórica fecundidad obligatoria con la posibilidad contemporánea de la planificación y los nuevos parámetros del placer sexual: constituyendo así a la sexualidad en un campo con legitimidad y autonomía propias. (Maier, 2008: 15).

Un segundo movimiento conceptual, lo vemos en que la salud reproductiva pasa de tener una connotación meramente poblacional a una de derechos humanos, con el propósito de hacer accesible las políticas relacionadas a mujeres de todos los sectores sociales. De acuerdo a Brown (2014), “las políticas públicas estatales no podían estar sólo apuntadas a políticas socio-demográficas o de inserción en un proceso geo-político mundial, sino que debían comenzar a pensarse a partir del ámbito de los derechos humanos” (Mateo, 2017: 5).



Al interior del feminismo es posible observar cambios filosóficos y políticos en relación a la comprensión de la sexualidad. Aunque persiste la noción que asocia los métodos anticonceptivos a la liberación sexual de las mujeres -una idea que acompañó el inicio de la planificación familiar -, hoy existen reflexiones que la ponen en cuestión. Una línea reflexiva tiene que ver con la separación entre sexualidad y procreación, ejercicio conceptual necesario quizás en su momento histórico para dar a la sexualidad un valor no reproductivo y validar el goce como experiencia autónoma de las mujeres, idea fundante de los derechos sexuales y reproductivos, pero que al mismo tiempo construye significados y subjetividades basadas en la disociación y fragmentación de la experiencia.

La alienación, que consiste en “vivir fuera de nosotros mismos, de vivir en dimensiones que nos separan de la unidad que somos; unidad respecto a nuestro ser y unidad relacional respecto a todo lo existente” (Sendón 2006: 59), ha sido el modo en que las mujeres aprendimos a (des) relacionarnos con nuestro cuerpo, desconociéndolo, negándolo, moldeándolo según deseos que no son los propios. Para las mujeres que se relacionan sexualmente con hombres, la experiencia real es una, la separación entre sexo/placer y potencialidad reproductiva es una ficción, tal como lo refiere Victoria Sendón (2006) en relación al razonamiento de la medicina alopática y que se aplica al binomio sexual/reproductivo, “no existe entre ellos una frontera clara ni responden a términos absolutos, sino relativos uno al otro y participes ambos de una misma naturaleza: el equilibrio” (Sendón 2006: 60).

Esta desconexión de las mujeres con su cuerpo está en la base del paradigma biomédico y de salud pública con que se aborda la prevención en sexualidad, un ejemplo de ello, son los criterios con los que se evalúan los avances tecnológicos en materia de anticoncepción, siendo mejor calificados aquellos métodos anticonceptivos que requieren una menor intervención de parte de la usuaria, con efectos de largo plazo o que interrumpen la menstruación (Santana 2019). De allí que la sexualidad de las niñas y mujeres esté plagada de riesgos, consecuencias, efectos no deseados, dolores, violencias, y los problemas sociales tales como el embarazo no deseado, el incesto y la pederastia, la violación, el aborto, entre otros, sean concebidos como experiencias inherentes y prácticamente ineludibles de su vida sexual.



En el coito, símbolo del erotismo heterosexual²⁹, se proyectan las relaciones de dominación entre hombres y mujeres, en tanto modelo de la política sexual patriarcal. Como lo desarrolló Kate Millet, el coito “se halla tan firmemente arraigado en la amplia esfera de las relaciones humanas que se convierte en un microcosmo representativo de las actitudes y valores aprobados por la cultura” (Millet, 1975: 31). Por ello, desligar el coito de la reproducción fue un hito fundamental en el marco de la politización de la sexualidad y de la esfera social privada, personal, familiar. Sin embargo, dejar atrás la reproducción obligatoria que suponía el coito, a través de la anticoncepción, mejoró la vida de las mujeres, pero no terminó con la desigualdad (Hernández, 2022).

Un elemento adicional crítico sobre los derechos sexuales y reproductivos es que, pese a que la separación conceptual entre ambas dimensiones tuvo un objetivo político, en la práctica suelen describirse con un extendido listado de capacidades humanas y condiciones sociales para que éstas sean realizables, que continúan reducidas frecuentemente al ámbito reproductivo y al parámetro heterosexual, siendo muy poco atendidas experiencias derivadas de una sexualidad no reproductiva y presente en todo el ciclo vital.

Desde la óptica de las mujeres indígenas, el concepto de derechos sexuales y reproductivos resulta limitado por diversos motivos. Comenzando por su pertenencia al ámbito del derecho y, por tanto, del Estado, instancia en la que se deposita la facultad absoluta de regular y autorizar, lo cual resulta insuficiente cuando se trata de proyectos emancipatorios. Esto se conecta a su vez con el carácter individual de los derechos, en contraste con una concepción social basada en la interdependencia entre todo lo existente. De alguna manera, unir lo que el pensamiento moderno, colonial y patriarcal ha fragmentado se encuentra con filosofías y cosmovisiones indígenas, donde el individuo se comprende como parte de un todo, de un universo, que lo trasciende. Por otro lado, los derechos son representaciones abstractas y universales, donde prima una visión hegemónica de los ideales que guían su definición. De acuerdo a Gladys Tzul Tzul (2015), reducir la lucha de las mujeres y cualquier lucha social a la consecución de derechos humanos se traduce en una posesión individual “Otra ventaja de no pensar desde el derecho es que evito el camino que prescribe un método de resolución que pone en el centro la propiedad individual para solucionar las luchas de las mujeres.” (Tzul 2015: 187).

²⁹ Aquí no me estoy refiriendo al régimen heterosexual, el cual considero internalizado por todas las personas socializadas en el patriarcado, independiente de su orientación sexual.



Vinculado a la sexualidad, los derechos sexuales y reproductivos resultan limitados toda vez que para las mujeres indígenas está estrechamente ligada a la estructura de parentesco, lo cual determinará la posición social de las mujeres en sus comunidades. En sociedades patrilineales y patrilocales, es determinante el tipo de relaciones que establezcan con los hombres para asegurar su bienestar y el de sus hijos e hijas.

El problema específico con el que nos enfrentamos las mujeres indígenas consiste en que la reproducción de la vida y la transmisión de la herencia comunal de la tierra, en tanto se hace en clave patrilineal, nos coloca en un lugar en el cual somos empujadas a realizar estrategias matrimoniales de manera acotada frente a los portadores de los apellidos que compraron y defienden la tierra comunal. (Tzul Tzul, 2015: 175).

La misma autora, siguiendo a Lía Cigarini (1995), propone pensar y actuar desde una política del deseo y no una política de los derechos, lo que implica prescindir de la ley como único medio hacia la liberación y superar el lugar de víctimas en el que se asienta la lógica del derecho, poniendo el foco en las prácticas y experiencias creadoras y liberadoras de las mujeres, así como en la actitud activa ante la vida y sus dificultades. Este deseo, además, desde una visión indígena, no se teje individualmente sino colectivamente. “Las mujeres indígenas desplegamos una serie de tácticas para organizarnos la vida, esforzándonos para burlar al poder y al orden simbólico; esto es, queriendo escapar de la certeza de los discursos y prácticas que quieren constituirnos y ajustarnos a la dicotomía obligada entre víctimas y heroínas” (Tzul Tzul, 2015: 188).

Los derechos humanos y, por tanto, los sexuales y reproductivos, se enmarcan en el enfoque de igualdad. Los debates sobre igualdad y diferencia son permanentes y de larga data al interior del feminismo, se corresponden con determinadas corrientes y estrategias políticas. El feminismo de la igualdad apela al Estado, a su estructura institucional, así como a los derechos humanos para alcanzar una sociedad más igualitaria. Los instrumentos internacionales de derechos humanos, convenciones, tratados, conferencias, han sido plataformas privilegiadas por esta corriente. La igualdad, como ideal moderno y occidental, se corresponde con un sujeto universal, y en un proyecto emancipatorio, contribuye a ocultar el sistema de dominación y su dimensión estructural.

El ideario de igualdad tiende a absorber y asimilar cualquier movimiento feminista y de mujeres que busque *disponer de sí mismas* (Tzul Tzul 2015), la originalidad, el *femenino libre*



(Franulic 2021). La diferencia, en tanto, es reivindicada no sólo por un sector del feminismo sino también por los movimientos indígenas, entre ellos el de las mujeres, de acuerdo a Aura Cumes “en situaciones de subordinación, el resignificar positivamente la diferencia es una lucha crucial y un derecho humano” (Pequeño 2009: 43), donde la identidad no es un fin en sí mismo sino un medio para desafiar el sistema de dominación.

Pensado de esta manera, el horizonte de la igualdad ofrecido por cierto feminismo se nos presenta como ajeno. Nuestra comprensión plena de la estrategia defensiva de las tierras comunales organizada históricamente a través de los linajes, nos coloca simultáneamente a las mujeres indígenas en un lugar de gran tensión que no se resuelve por la vía de la igualación formal. Defendemos simultáneamente, es decir, conservamos los linajes que son parte de nuestra fuerza, al tiempo que impugnamos los límites que este mismo orden impone a la disposición de nosotras mismas. Se trata de un asunto de equilibrio, de ampliación de los términos de inclusión. (Tzul Tzul 2015: 206).

CONCLUSIONES

Los derechos sexuales y reproductivos son ilustrativos del carácter evolutivo de los derechos humanos, incorporando ámbitos antes proscritos de lo político como lo ha sido la esfera de la sexualidad. Son también herramientas que han servido a las mujeres en general, y a las mujeres indígenas en particular, para avanzar en su reconocimiento como sujetas políticas, y como ciudadanas, que es la categoría de máximo valor en la democracia moderna y liberal. Sin embargo, en los tiempos actuales, en que se han resquebrajado muchas certezas y modelos de humanidad ante la persistencia de la desigualdad social, la violencia contra las mujeres y los pueblos, y un sistema que incluye al mismo tiempo que uniforma, se hace necesario revisar críticamente ese ideario y marco conceptual. Las reflexiones críticas que provienen del movimiento de mujeres indígenas y del feminismo apuntan a esa necesaria revisión, no necesariamente para reformar los derechos humanos, sino principalmente, para despejar el camino hacia proyectos liberadores. La sexualidad, entendida como una dimensión humana que sustenta la organización social, debe ser parte de los procesos de autonomía de las mujeres y de los pueblos.



REFERENCIAS

Barroso, Cristina

2004, “La fecundidad indígena en México Bis a Bis la visión de los programas oficiales ¿Caminos divergentes?”, *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, X(20): 79-105.

Boccara, Guillaume

2007, “Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile”, *Chungará, Revista de Antropología Chilena*, 39(2): 185-207.

Berrio Lina R.

2014, “Trayectorias reproductivas y prácticas de atención a la salud materna entre mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero”, En A. Sánchez (coord.), *Desigualdades en la procreación. Trayectorias reproductivas, atención obstétrica y morbilidad materna en México*. Universidad Autónoma Metropolitana, México

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía y Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CELADE y CEPAL)

2013, *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos*.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)

2010, *Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural*.

Córdoba, Diana Isela.

2011, “El control demográfico en México”, *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 16(1): 1-2.

Equipo ECMIA.

2024, *Informe alternativo regional del ECMIA / Avances y retrocesos del Consenso de Montevideo*. URL: <http://cendoc.chirapaq.org.pe/items/show/9272>

Ejército Zapatista de Liberación Nacional (EZLN)

1993, *Ley Revolucionaria de Las Mujeres*, URL: <https://enlacezapatista.ezln.org.mx/1993/12/31/ley-revolucionaria-de-mujeres/>

Franulic, Andrea

2021, *Incitada. Feminismo radical de la diferencia*, Colección Feministas Lúcidas, Santiago.



Frías, Sonia (ed.)

2021, “Violencias de género en contra de mujeres y niñas indígenas en México en contextos públicos, privados e institucionales”, Universidad Nacional Autónoma de México, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Cuernavaca.

Hernández, Elena

2022, “Procreación y violencia. Reflexiones desde la antropología feminista”, *Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, 13: 1-20.

Hernández, María Felipa; Eloina Meneses, Miguel Sánchez

2016, “Mujeres indígenas y su acceso a los derechos sexuales y reproductivos, 2009 y 2014”, *En La situación demográfica de México 2016*. CONAPO. URL: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/232089/03_Hernandez-Meneses-Sanchez.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

2020, *Monografías, información de Michoacán*, URL: <https://cuentame.inegi.org.mx/monografias/informacion/mich/#:~:text=Poblaci%C3%B3n> , [https://www.gob.mx/inpi/articulos/mujeres-indigenas-datos-estadisticos-en-el-mexico-actual?idiom=es#:~:text=A%20partir%20de%20la%20Encuesta,468%20son%20ombres%20\(48.9%25\)](https://www.gob.mx/inpi/articulos/mujeres-indigenas-datos-estadisticos-en-el-mexico-actual?idiom=es#:~:text=A%20partir%20de%20la%20Encuesta,468%20son%20ombres%20(48.9%25)).

Maier, Elizabeth

2008, “La disputa por el cuerpo de la mujer, la/s sexualidad/es y la/s familia/s en Estados Unidos y México”, *FRONTERA NORTE*, 20(40).

Mateo, Natacha

2017, “Los debates conceptuales respecto de la salud sexual y reproductiva: ¿un problema de derechos humanos?”, *Trabajos y Comunicaciones*, 46: e040.

Menéndez, Eduardo

2009, “De racismos, esterilizaciones y algunos otros olvidos de la antropología y epidemiología mexicanas”, *Salud Colectiva*, 5 (2): 155-179.

Millet, Kate

1975, *Política sexual*, Aguilar Editor, México.

Pequeño, Andrea (comp.)

2009, *Participación y políticas de mujeres indígenas en contextos latinoamericanos recientes*, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Ecuador.



Rodríguez, Laura y Ignez Perpétuo

2011, *La transición de la salud sexual y reproductiva en América Latina. 15 años después de El Cairo-1994*. CEPAL.

Rojas, Claudia

2009, “Lo global y lo local en los inicios de la planificación familiar en Chile”, *Estudios Avanzados*, 11: 7-27.

Santana Nazarit, P. E.

2019, “La esterilización quirúrgica en Chile como práctica anticonceptiva de las mujeres: un análisis crítico desde la antropología en salud”, tesis, Universidad Nacional Autónoma de México, Coordinación General de Estudios de Posgrado. URL: <https://repositorio.unam.mx/contenidos/3429283>

Secretaría de Salud, Gobierno de México.

2013, *Modelo de Salud Intercultural. En el contexto de la Atención Primaria, la Salud Comunitaria y el fortalecimiento de las Redes y Servicios de Salud*.

Sendón, Victoria

2006, *Matria, el horizonte de lo posible*. Siglo XXI España Editores, España.

Tzul Tzul, Gladys

2015, “Sistemas de Gobierno Comunal Indígena: Mujeres y tramas de parentesco en Chuimeq’ena”, *Instituto Amaq’, Bufete para Pueblos Indígenas y Libertad bajo palabra*, 2° ed., México.

USAID & The Respond Project

2012, *Synthesis of evidence on female sterilization* collected for experts consultation. URL: <http://www.respond-project.org/pages/bellagio/Overview-for-3-evidence-pieces-final-8-22-12.pdf>

White Kari y Joseph Potter

2014, “Reconsidering racial/ethnic differences in sterilization in the United States”, *Contraception*, 89(6): 550-6. DOI: 10.1016/j.contraception.2013.11.019



Reflexiones finales. Reconociendo la salud sexual: Grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad

Bernardo Adrián Robles Aguirre ✧ Laura Y. Vázquez Vega
Andrés Méndez Palacios - Macedo ✧ Lilia Mestas Hernández

En los textos presentados, hemos dado a conocer una mirada de cómo se representa, construye y ejerce la sexualidad a través del cuerpo. En él se constituye, se inscribe y se depositan todos los aspectos inherentes a las personas durante todo el transcurso de su vida, desde el momento de la concepción y hasta la muerte, por lo tanto, la sexualidad es una forma de expresión de los seres humanos vinculada a los procesos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del sexo, en donde es crucial la influencia del contexto sociohistórico en el que se vive y desarrolla, creando significados propios e individuales, en palabras de Szasz (1998:11) “La sexualidad consiste en un conjunto de relaciones que son específicas históricas y culturalmente. A un comportamiento, un deseo o una fantasía los vuelven sexuales los significados socialmente aprendidos; de forma que lo que es sexual en una cultura no lo es en otras”.

La sexualidad se construye en el cuerpo a partir de los gustos, los prejuicios, los deseos, las represiones, las ideas, las imágenes y las emociones que nos definen como individuo; y se representa y expande tanto en el hombre como en la mujer, en cuerpos dóciles y rebeldes, en cuerpos jóvenes y viejos, a partir de los mitos y de los tabúes que cada cultura ha construido en ellos, en el pecado y la culpa, en la reproducción, en la moral, en lo bueno y en lo malo, en lo enfermo y en lo saludable, en lo normal y en lo anormal (Weeks, 1998). Así, la sexualidad involucra al cuerpo y a su entorno, vivir nuestra sexualidad implica identificar nuestras creencias, sentimientos y pensamientos, así como la manera en la que vivimos, disfrutamos, sufrimos o silenciamos nuestro cuerpo (Szasz y Lerner, 1998).



Hablar de la salud sexual incluye invariablemente al cuerpo, que no solo es un receptor de atributos o categorías, sino que también cambia de valor conforme asume una nueva significación. Aquí reside el ser en todas sus manifestaciones.

En el caso de los grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad, el cuerpo juega una doble significación, por un lado es percibido, como un cuerpo “insano”, una estructura frágil que demanda atención y cuidado, por otro, es un depositario de sensaciones, acciones y sentimientos que permanecen ocultos bajo la estigmatización y el apremiante deseo de estar y sentirse “saludables”. En el cuerpo se presenta, objetiva y traduce la enfermedad, haciéndolo parte intrínseca de él. En el cuerpo se reinterpretan, se viven, se sienten y se experimentan los padecimientos, a partir del mismo se construyen identidades, que en este caso, proporcionan una equivalencia desacreditada, ya que el cuerpo está sujeto y moldeado por un aquí y un ahora, dentro de una esfera íntima que es la sexualidad.

El cuerpo es una unidad en donde conviven placeres, gustos, enfermedades y dolores, un cuerpo con propiedades positivas, negativas y neutras y que se estructura a partir de juicios y prejuicios, tanto estéticos como morales.

Si bien la idea de salud y salud sexual depende de la interacción de múltiples factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, deberá ser considerada contextual y situada. Pues es la síntesis “de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (Briceño-León, 2000:20). Es un concepto complejo y multifactorial, incluso las estadísticas de la enfermedad y de mortalidad tradicionales no proporcionan una evaluación completa en este terreno, tal como se apuntaló en varias de las colaboraciones de esta publicación, por lo que habrá que adentrarse en los terrenos de la subjetividad inherente a los procesos de salud y enfermedad, es decir, el estar-bien y estar-mal, además de ampliar la mirada a otros horizontes que incluyan colectivos o grupos sociales adscritos a las más de 60 etnias del país y a lo largo del curso de vida, con énfasis en la salud sexual y sexualidad de la población adulta mayor. En palabras de Duch (2002:318) “salud y enfermedad no han sido sólo formas globales con cuyo concurso se expresa la existencia humana, sino también lo que permite que el ser humano tome posesión de su mundo y descubra en él su sentido o su falta de sentido y de transparencia”.



En el mismo sentido, urge el trabajo interdisciplinar en los problemas de la salud sexual y los sistemas de curación en sus contextos sociales, culturales, económicos y políticos; en explicar las formas diferenciales de enfermar y atenderse, ya sea de manera individual o como grupo determinado; en considerar las características de las relaciones entre las personas que posibilitan o limitan la resolución de dichos problemas, condiciones o situaciones en la materia que nos ocupa; entre otras. Así como ahondar y promover reflexiones críticas sobre la calidad de vida vinculada a las distintas aristas de la salud sexual y su impacto en la salud en lo general, es decir, intentar ir más allá de lo que es susceptible de cuantificarse y considerar a la par los factores objetivos y subjetivos de la vida en sus múltiples dimensiones.

Sin duda, quedan varias vetas trazadas y orientaciones desde las que se podría investigar y construir conocimiento colaborativo como la epidemiología crítica, feminismos decoloniales y epistemologías del sur en clave salud, etcétera, con la finalidad de denunciar las ausencias y valorar las resistencias en los saberes y tradiciones, como “epistemologías experienciales” (De Sousa, 2018: 29) y en términos de una co-presencia o ecología de saberes definida como “la posibilidad de que la ciencia no entre como monocultura sino como parte de una ecología más amplia de saberes, donde el saber científico pueda dialogar con el saber laico, con el saber popular, con el saber de los indígenas, con el saber de las poblaciones urbanas marginales, con el saber campesino” (De Sousa, 2006: 26).

De tal manera, hay mucho trabajo por reflexionar y accionar, sin embargo, instamos a seguir entroncando con la praxis popular contenida en los sistemas reales de salud y no sólo desde y para los cuerpos académicos y gubernamentales adheridos a una institucionalidad hegemónica.



REFERENCIAS

Briceño-León, R.

2000 “Bienestar, salud pública y cambio social” en R. Briceño León, M. De Souza, & C. Coimbra (Coords.), *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*, pp.15-24. Río de Janeiro: Editora Fio Río de Janeiro, Fiocruz.

De Sousa Santos, B.

2018 *The End of the Cognitive Empire: The Coming of Age of Epistemologies of the South*. Duke University Press.

De Sousa Santos, B.

2006 *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social*. CLACSO.

Duch, L.

2002 *Antropología de la vida cotidiana. Simbolismo y salud*. Trotta.

Szasz, I

1998 “Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y cultrales de la sexualidad en México” en: Szasz I, Lerner S, (comp). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. pp. 11-34. México, El Colegio de México,

Szasz, I y Lerner, S (comp)

1998 *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México, El Colegio de México, México.

Weeks, J.

1998 “Los valores sexuales en los tiempos del SIDA. Sexualidades en México”. en: Szasz I, Lerner S, (comp). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. pp. 208 – 232, México, El Colegio de México.



Glosario

Adolescencia/juventud: La adolescencia, desde un enfoque fenomenológico y antropológico, es una etapa de transición en la que los jóvenes desarrollan su identidad en relación con su entorno social y cultural. Si bien algunos autores hacen una distinción entre adolescencia y juventud, en este caso ambas categorías se toman de manera indistinta. En el caso de los adolescentes/jóvenes con VIH, como señala el estudio, esta etapa puede implicar otros desafíos a los que otros jóvenes sin una condición de salud estigmatizada no experimentan. Este proceso, descrito por Faretta (2013) intersubjetivo, dado que los jóvenes negocian constantemente con las expectativas biomédicas y sociales, redefiniendo su trayectoria en un contexto de resiliencia y adaptación.

Andropausia: La andropausia es un proceso natural que se produce en los hombres a partir de los 40 años de edad, en el que se reduce la producción de testosterona, la hormona sexual masculina. Este proceso se conoce también como hipogonadismo de inicio tardío, síndrome de déficit de testosterona (SDT) o climaterio masculino.

Asexuado: cuando una persona experimenta poca o ninguna atracción sexual hacia otra persona o ningún deseo de contacto sexual.

Autoconfianza: sentimiento basado en la conciencia del propio poder para afrontar posibles dificultades.

Autoestima: es la valoración de la propia valía y la responsabilidad de las relaciones consigo mismo y con los demás. Comprende la percepción de las capacidades propias, logros y apariencia. Implica la autoaceptación tal como se es.

Autonomía: Principio bioético basado en la capacidad de elección y toma de decisiones de las personas en torno a su proyecto de vida, su salud y su bienestar que, aun en



el marco de los condicionamientos y situaciones externas, resalta la importancia de actuar, pensar y elegir con libertad. Basado en: Hincapié y Medina-Arellano, 2019.

Calidad de Vida: Según la Organización Mundial de la Salud, se refiere a la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.

Coerción: presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad o su conducta. Es el acto o proceso de persuadir a alguien por la fuerza para que haga algo que no quiere hacer.

Condición de salud: Desde la antropología de la salud, la condición de salud se interpreta como un estado dinámico que articula lo biológico, lo social y lo subjetivo. Este enfoque, influido por autores como Faretta (2013), plantea que la vivencia de una condición como el VIH no se limita a cumplir con las demandas biomédicas, sino que incluye la resignificación personal y social de dicha experiencia. La condición de salud se convierte en un habitus, una práctica social que configura la identidad del individuo mientras este aprende a convivir con las demandas y expectativas de su entorno.

Cosmovisión: concepción de la vida y del universo situada histórica y culturalmente. Considera la construcción de saberes y conocimientos por parte de los pueblos, la explicación e interpretación de los ciclos de la vida, la relación de lo humano con todas las formas de vida y con la comunidad. Reconocer la existencia de distintas cosmovisiones va de la mano con el reconocimiento de otros sujetos epistémicos, distintos a los legitimados por la cultura dominante.

Creencias: son ideas o acciones que se consideran verdaderas, aunque no se pueda demostrar o estar 100% seguro de ello. Las personas tienen creencias sobre la vida y el mundo.

Criminalización del VIH: Se refiere a la injusta aplicación de las leyes penales, regulaciones y políticas públicas punitivas en contra de las personas que viven con VIH, principalmente, con base en su estado seropositivo. Tanto las leyes penales



específicas relacionadas con VIH como otros tipos de leyes penales y políticas punitivas son utilizadas para procesar a quienes viven con el VIH con base en argumentos como la no revelación de su condición de salud, la exposición potencial o percibida al VIH o la transmisión no intencional del virus. Estas leyes y su aplicación son una muestra omnipresente de las formas en que el estigma y la discriminación que fomenta el Estado perjudican a grupos marginales de personas con una característica inmutable, como, en este caso, el estado seropositivo.

Cualidad oculta: Concepto introducido a la medicina occidental durante el medievo, especialmente por médicos árabes de muchísima influencia en el desarrollo de la Medicina como Avicena. La expresión de “causa oculta” hacía referencia a la existencia de efectos conocidos y verificables de las sustancias sobre el cuerpo, sobre los que, sin embargo, no se podía ofrecer ninguna explicación partiendo de los conocimientos científicos de la época. Es decir, una sustancia actuaba por causas ocultas cuando se podía verificar su efecto, pero no se le podía explicar. Los medicamentos que obraban por causas ocultas se contrastaban con los medicamentos clásicos que obraban mediante causas manifiestas. Es decir, aquellos cuyo efecto podía ser explicado con el conocimiento científico de la época.

Delito de peligro de contagio: Contenido en el artículo 199 bis del Código Penal Federal, y en 27 códigos penales estatales, establece que el que a sabiendas de que está enfermo de un mal venéreo u otra enfermedad grave en período infectante, ponga en peligro de contagio la salud de otro, por relaciones sexuales u otro medio transmisible, debe ser sancionado. Sin embargo, no es necesario lograr el contagio o la infección sino desplegar la conducta para que dicha acción sea considerada como un delito. Es decir, el proceso judicial puede comenzarse con el hecho de que la persona demandante haya percibido que su salud se haya puesto en peligro o en riesgo, aunque no se le haya transmitido enfermedad o infección alguna.

Derechos sexuales y reproductivos: se definen como tal una serie de condiciones necesarias para vivir una sexualidad plena y una procreación de acuerdo con el deseo y condiciones materiales de existencia de las personas como, por ejemplo, acceso a una atención de salud integral, a métodos anticonceptivos, a educación sexual, entre muchas otras, y cuya responsabilidad de proveerlas recae principalmente en el Estado. Forman parte de los derechos humanos y su definición se sustenta en



referencia a la situación de las mujeres, quienes históricamente han visto negados sus derechos en este ámbito.

Diagnóstico: El diagnóstico, según el enfoque antropológico, es un evento transformador que se asocia con la dimensión biomédica, aunque no siempre coincide en términos temporales. Esto significa no sólo identificar una condición médica, sino que introduce un proceso social y subjetivo de autodefinición y negociación con los significados culturales asociados a la enfermedad (Hamui, 2011; Faretta, 2013). En el caso del VIH, el diagnóstico médico se acompaña de un “diagnóstico social,” que implica enfrentar las cargas morales y simbólicas atribuidas a la condición, mediando la identidad y las relaciones sociales de quienes lo reciben.

Diferencia sexual: no sólo se refiere a un hecho biológico, el de haber nacido sexuada, sino a la posibilidad de significar la vida desde un cuerpo y materialidad específica, a la creación de lenguaje y cultura desde la propia experiencia. En este sentido, la diferencia sexual no se corresponde con el género, el cual se refiere a la construcción social con base en el sexo que tiene como parámetro superior al hombre, sino al sentido libre de la diferencia que implica ser mujer (ver mayor desarrollo de esta idea en Andrea Franulic).

Discriminación: De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, discriminar significa seleccionar excluyendo; esto es, dar un trato de inferioridad a personas o a grupos, a causa de su origen étnico o nacional, religión, edad, género, opiniones, preferencias políticas y sexuales, condiciones de salud, discapacidades, estado civil u otra causa. Es decir, realizar actos o conductas que niegan a las personas la igualdad de trato, produciéndoles un daño que puede traducirse en la anulación o restricción del goce de sus derechos humanos, con base en alguna distinción injustificada y arbitraria relacionada con las características de una persona o su pertenencia a algún grupo específico.

Estereotipo: son construcciones sociales que adquirimos y asimilamos, asumiéndolas como válidas; suelen transmitirse socialmente por generaciones y nos llevan a hacer afirmaciones generales, ya sean positivas, negativas o incluso neutras, sobre el grupo estereotipado.



Estigma: es una condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que la persona portadora sea incluida en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se la vea como inaceptable o inferior.

Estrógenos: Son hormonas sexuales esteroideas de tipo femenino principalmente producidas por los ovarios, por la placenta durante el embarazo y, en menores cantidades, por las glándulas suprarrenales. Induce la aparición de los caracteres sexuales secundarios femeninos, como el desarrollo de las mamas o la primera.

Etnografía hospitalaria: Diseño metodológico vinculado con la antropología médica o de la salud basada en la estancia prolongada en campo y la observación interactiva negociada en espacios médico-clínicos orientada al estudio sistémico y crítico de la biomedicina en tanto sistema cultural. Basado en: Wind, 2008 y Lupton, 2003.

Género: Cualidades sociales que se atribuyen de manera binaria y mutuamente excluyente a hombres y mujeres, resulta en una forma de clasificar a las personas en femeninas (afectivas, cuidadoras, intuitivas, frágiles) o masculinos (instrumentales, racionales, proveedores, fuertes).

Gerontología: Se encarga del estudio de la salud, la psicología y la integración social y económica de las personas que se encuentran en la vejez.

Interseccionalidad: Conforme el Instituto Nacional de las Mujeres, se refiere a una categoría de análisis para referir los componentes que confluyen en un mismo caso, multiplicando las desventajas y discriminaciones. El término señala todas las posibilidades de desigualdad (por edad, sexo, etnia, nivel socioeconómico, etc.) que pueden coexistir en una sola persona, lo que le pone en un mayor riesgo de vulnerabilidad. También se le denomina discriminación múltiple.

Intransmisibilidad del VIH: Cuando una persona que vive con VIH sigue un tratamiento antirretroviral efectivo, la carga viral desciende tanto que se vuelve indetectable, debido a que tiene menos de 50 copias del virus por mililitro de sangre. Una vez alcanzada esta condición, la persona no puede transmitir el VIH por ninguna vía.



Medicalización: Refiere al proceso por el cual ‘problemas no médicos’ pasan a ser definidos y tratados como ‘problemas médicos’, enmascarando las condiciones políticas que minan la salud de la sociedad y tendiendo a expropiar el poder del individuo para recuperar su salud y modelar su ambiente en función de su bienestar. Además, incrementan el uso rutinario de técnicas y procedimientos médicos con el consecuente riesgo de producir daños o iatrogenias. Basado en: Illich, 1975, Conrad, 2007.

Menopausia: La menopausia es la etapa fisiológica de la vida en la que una mujer deja de menstruar de forma definitiva, y ya no puede quedar embarazada. Se considera que una mujer está en la menopausia cuando no ha tenido su menstruación por 12 meses seguidos.

Misoquímica: técnica médica que consistía en el uso medicinal de sustancias químicas preparadas artificialmente en el laboratorio. Su desarrollo puede trazarse al Medievo, aunque la palabra y sus técnicas empezaron a cobrar popularidad en el Renacimiento. Una obra fundamental en su difusión y adopción en Europa fue la primera edición del libro de Jean Beguin de 1612. Aunque hoy en día es claro que el laboratorio puede producir medicamentos muy eficaces, esto no fue tan evidente en la época. Máxime cuando muchos de los primeros compuestos sintetizados eran también venenos potentes, lo que alentaba la cautela de los críticos.

Mitos: son explicaciones que buscan expresar las ideas ancestrales de un pueblo acerca del mundo en el cual vive. Surgieron para que dichos pueblos le puedan dar una respuesta a cuestiones que les resultaban inexplicables. Trasmiten valores y modelos de conducta.

Personas Adultas Mayores: De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas (ONU) una persona es adulta mayor cuando alcanza la edad de 60 años.

Placer sexual: Incluye el disfrute y la satisfacción al compartir momentos de intimidad con alguien más o consigo mismo, incluye las sensaciones del cuerpo y las emociones que esto desencadena, depende de cada quien lo que más se disfruta y la intensidad con qué se vive.



Polvo de juanes: Compuesto inventado a finales del siglo XV por Juan de Vigo. Se hacían disolviendo mercurio en agua fuerte pero evitando una alta temperatura y un exceso de mercurio. Luego, se hervía y se usaba para quemar úlceras venéreas. Dos técnicas diferían en la cantidad de agua ardiente que usaban y en el modo de quitarles la humedad. La vía de Vigo dejaba los polvos rojos y los separaba por medio de destilación; mientras que la técnica de Nicolas Massa no daba lugar a un color rojo sino hasta después de quitarles la humedad por la vía del fuego. En realidad la primera técnica producía el nitrato de mercurio (II) y la segunda el óxido rojo tras descomponer el nitrato de mercurio (I).

Prejuicios: Un juicio u opinión, generalmente negativo, que se forma sin motivo y sin el conocimiento necesario. Supone tener una actitud negativa y hostil hacia una persona que identificamos como perteneciente a un grupo, por el simple hecho de pertenecer a ese grupo.

Proceso reproductivo: Etapa del ciclo vital que abarca diversos procesos, desde la etapa pregestacional, el embarazo, el aborto, la atención del parto –vaginal o cesárea– y nacimiento, los casos de pérdidas gestacionales, hasta el puerperio, la anticoncepción y la planificación familiar. Desde la perspectiva antropológica, constituye un fenómeno biológico, social y cultural, que se vincula a una serie de cuidados y formas de atención. Basado en: Mendoza-González, 2009; Berrio, 2013 y Vargas Escamilla, 2023.

Respuesta sexual humana: La respuesta sexual humana es un conjunto de cambios físicos y psicológicos que ocurren en el cuerpo cuando se produce estimulación sexual. Se caracteriza por una secuencia de fases que se pueden expresar de forma diferente en hombres y mujeres.

Riesgo: Es la posibilidad de que ocurra un evento adverso o una situación no deseada que pueda causar daño, pérdida o impacto negativo en un sistema, proyecto, organización o individuo. Como noción polisémica, inserta en el ámbito social, biomédico y de salud pública, alude a la percepción de amenazas o peligros reales o potenciales que opera tanto en la vida cotidiana y la dimensión experiencial como en el estudio de fenómenos específicos. Basado en: Beck, 1992; Lupton, 1999.



Salud Sexual: La Organización Mundial de la Salud, señala que es un aspecto fundamental para la salud y el bienestar generales de las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo económico y social de las comunidades y los países. La salud sexual, considerada afirmativamente, requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, sin coerción, discriminación ni violencia.

Significado: En la fenomenología y la antropología de la salud, los significados se entienden como el proceso subjetivo y colectivo mediante el cual los individuos atribuyen sentido a sus experiencias, en este caso particular asociadas a una condición de salud mediada por la edad y la orientación sexual. Según Berger y Luckmann (1968), este significado se construye socialmente a través de interacciones con otros, formando parte de un marco cultural compartido que informa las percepciones y respuestas individuales. Como se ha documentado ampliamente, en el contexto del VIH, los significados están permeados por estigmas históricos y concepciones culturales, que transforman solo la experiencia del diagnóstico, así como la relación de la persona consigo misma y con su entorno.

Síndromes geriátricos: Conjunto de cuadros clínicos que se presentan en los adultos mayores y que están causados por una combinación de enfermedades y condiciones propias del envejecimiento.

Solimán: Remedio antiguo de mercurio, con origen en el siglo XIII. Se usó principalmente para cauterizar heridas externas, tratar enfermedades cutáneas y para blanquear la piel. Su consumo interno existió, aunque fue muy escaso durante el medievo y el siglo XVI. Se preparaba combinando mercurio con un ácido fuerte que hoy llamamos ácido muriático. La fórmula que hoy le damos es HgCl_2 , aunque antes del siglo XIX nadie hubiera entendido esta fórmula pues se desconocía el cloro. Se creía que era posible “domar” a este “sublimado corrosivo” mediante sucesivas sublimaciones para hacerlo más suave. Cuando esto sucedía, se conseguía el calomelano Hg_2Cl_2 o Mercurio Dulce. Hoy en día entendemos al solimán y al calomelano como dos sustancias discretas y diferentes, pero en aquel entonces se consideraban como extremos de un único continuo en donde había otras sustancias intermedias (probablemente grados de mezcla entre ambos compuestos) como la Panacea mercurial.



Tabú: una actividad o comportamiento que se considera completamente inaceptable o prohibido. Un tabú también es la prohibición de participar en dicha actividad o comportamiento a través de reglas sociales, leyes, doctrinas religiosas e incluso por la propia conciencia.

Testosterona: Hormona sexual masculina que participa en el desarrollo de los genitales y en la aparición de los caracteres sexuales secundarios en los hombres. Es un esteroide anabólico que está producido principalmente por los testículos, aunque una pequeña cantidad también es liberada por las glándulas suprarrenales.

Triaca: La triaca fue un antídoto que, se creía, atajaba gran variedad de enfermedades y males. Algunos estudios han trazado su origen al tardío mundo romano. No existe una sola receta para la triaca. Algunas pueden incluir ingredientes sencillos como el pan, exóticos como la pimienta negra, o extraños como la carne de víbora. Existen recetas de más de 50 ingredientes. Una de las más famosas en el Renacimiento fue la atribuida a Galeno: contenía carne de cobra, miel, opio, vino, canela y otros 70 ingredientes.

Vejez asexualada: Se asocia con las personas que envejecen a quienes se considera no tienen actividad sexual con otras personas o no practican actividades de autoerotismo, puede también asumirse que declinan su feminidad o masculinidad y que sus emociones y pensamientos ya no se dirigen a las personas que les despiertan sensaciones placenteras.

Vigilancia o control social: en el contexto de este artículo se refiere a un tipo de presión social que ejerce la comunidad sobre la vida de las mujeres, de forma particular por algunas personas con vinculación de parentesco que tienen legitimidad social para controlar y vigilar el comportamiento de las mujeres, el cual debe apegar a las normas sociales patriarcales aceptadas por la comunidad. Sin embargo, es la comunidad en su conjunto la que controla la vida de las mujeres, las que son sancionadas con la marginación, desprestigio, expulsión, entre otras formas. Frecuentemente se traduce en violencia simbólica y/o violencia comunitaria hacia las mujeres.



Yo-saludable: El “yo-saludable,” concepto desarrollado por Faretta (2013), es una construcción intersubjetiva que integra la percepción ideal de salud promovida socialmente, las expectativas individuales y el estado de salud real del sujeto. Este ideal no solo se refiere al cumplimiento de parámetros biomédicos, sino que abarca la gestión emocional y social de la condición de salud. En el contexto del VIH, el “yo-saludable” emerge como un acto de resistencia y adaptación frente al estigma, donde los adolescentes reconfiguran su identidad y prácticas de autocuidado para alcanzar un equilibrio entre las demandas biomédicas y las realidades sociales.



REFERENCIAS

Beck, U.

1992 Risk society. Towards a new modernity. London: SAGE.

Berger, Peter L. y Luckmann T.

1968 *La construcción social de la realidad: Un tratado en la sociología del conocimiento*. Amorrortu Editores, Buenos Aires.

Berrio Palomo, L.R.

2013 Entre la normatividad comunitaria y las instituciones de salud. Procesos reproductivos y salud materna en mujeres indígenas de la Costa Chica de Guerrero. Tesis de Doctorado en Ciencias Antropológicas. México: Universidad Autónoma Metropolitana.

Conrad, P.

2007 The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders. EUA: JHU Press.

Faretta, F.

2013 *Aportes Desde La Antropología de La Subjetividad Al Estudio de Los Procesos de Salud enfermedad atención. VIH sida y reconfiguraciones subjetivas dentro del espacio médico institucional*. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, Buenos Aires.

Hamui Sutton, L.

2011 "Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social", *Cuicuilco*, 18(52): 51-70. URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-16592011000300005&lng=es&tlng=es.

Hincapié, J. y Medina-Arellano, MJ

2019 Bioética: teorías y principios. Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho: Cuadrenos digitales de casos. México: UNAM/Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Illich, I.

1975 Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Barral.



Lupton, D.

1999 Risk. London: Routledge.

Lupton, D.

2003 Medicine as culture: Illness, disease and the body in Western societies, 2nd ed. Reino Unido: SAGE Publications.

Mendoza González, Z.

2009 La Salud materno-infantil en un contexto intercultural: El proceso reproductivo. Yachay Tinkuy Salud e interculturalidad en Bolivia y America Latina. Bolivia: Edición Prohisaba.

Vargas Escamilla, B.

2023 «AHORA, YA NO SE TRATA DE TI» Cuidado y atención del proceso reproductivo en la adolescencia. Una etnografía hospitalaria. Tesis para optar por el grado de Doctorado en Ciencias. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2022/noviembre/0833355/Index.html>

Wind, G.

2008 Negotiated interactive observation: Doing fieldwork in hospital settings. Anthropology & Medicine, Vol. 15, No. 2: 78-89.



Sobre los autores

Irma Araceli Aburto López

Médica Cirujana, Maestra en Ciencias de la Salud Pública, Diplomada en Prospectiva Universitaria de la Ciencia y la Tecnología. Profesora de Carrera Asociada de Tiempo Completo Definitiva de la disciplina de Epidemiología. Profesora y conferencista en Cursos, Talleres, Diplomados y foros especializados sobre metodología de la investigación, Epidemiología, Salud Pública, Estadística, Medicina Preventiva y temas relacionados al proceso salud – enfermedad. Responsable, colaboradora y asesora de proyectos de investigación. Participación en la publicación de libros y artículos. Editora y autora del libro Principales Problemas de Salud Pública en México. Coordinadora del área de Ciencias de la Salud Pública de la carrera de Médico Cirujano en la FES-Zaragoza de la UNAM.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9911-6032>

Leonardo Bastida Aguilar

Maestro en Ciencias Sociomédicas, con especialidad en antropología en salud, por la Facultad de Medicina de la UNAM. Etnohistoriador y colaborador en el suplemento Letra S del periódico La Jornada y de La Silla Rota. Integrante de la Red Mexicana de Organizaciones en contra de la Criminalización del VIH y del Grupo de Estudios sobre Derechos, Géneros y Diversidades A.C. Sus líneas de investigación son bioética, derechos humanos, diversidad, género y VIH.

Orcid: <https://orcid.org/0009-0000-9407-573X>



Marco Antonio Cardoso Gómez

Licenciado en Psicología, Maestro en Enseñanza Superior y Doctor en Antropología. Profesor de Carrera, Tiempo Completo, Titular definitivo en la FES Zaragoza UNAM y miembro del Sistema Nacional de Investigadores, CONACYT. Responsable de varios proyectos de investigación financiados: PAPIIME y PAPIIT y FONDOS MIXTOS. Autor de artículos publicados a nivel nacional e internacional en revistas científicas, editor de libros especializados y autor de diversos capítulos de libros. Profesor y tutor en los posgrados de Psicología, Enfermería y Antropología de la UNAM. Responsable de la línea de investigación Diabetes y enfermedades crónicas: cultura, padecimiento y atención. Ha desempeñado diferentes cargos académico-administrativos en la UNAM.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0328-8743>

Irma Cortés Escárcega

Licenciada en Enfermería y Obstetricia, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Master of Science in Nursing concentration in Community Health Nursing. College of Nursing, University of New Mexico. U.S.A. Dra. en Ciencias de Enfermería por la Universidad Nacional de Trujillo, Perú. Docente FES Zaragoza UNAM de 1985 a la fecha. Docente y tutora del Programa de Maestría en Enfermería; Posgrado de la UNAM, de 2005 a la fecha. Profesor de Carrera de Tiempo Completo Titular “A” Definitivo, PRIDE “C” de la Carrera de Enfermería. Áreas de Docencia: Salud Comunitaria, Enfermería en Salud Comunitaria, Salud Pública.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4434-3844>



Miguel García Murcia

Doctor en historia por la Universidad Nacional Autónoma de México, se desempeña como profesor de asignatura en la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Activista en derechos humanos y VIH. Sus campos de interés académico son la historia de las ciencias antropológicas y la historia del VIH y el sida, Cuenta con diversas publicaciones. Es integrante del Sistema Nacional de Investigadores, nivel I.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-8473-9467>

Ángel Francisco García Pacheco

Licenciado en psicología graduado con mención honorífica, Maestro en psicología con especialidad en Medicina Conductual y Dr en Salud Mental Pública en la facultad de Medicina, UNAM. Profesor de Tiempo Completo en la FES Zaragoza donde su línea de investigación es la mejora en la enseñanza de la Psicología Clínica y las variables psicológicas asociadas a la Salud. Ha sido responsable de varios Proyectos para Innovar y mejorar la Educación PAPIME y corresponsable en el programa de apoyo a Proyectos de Investigación e Innovación Tecnológica (PAPIIT). Coordina un programa en “Formación de terapeutas” y ha participado en los programas institucionales de Prevención y Acción ante la Violencia (CPAV) y la comisión de egresados, ambos en la FES Zaragoza.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9678-3297>

Mónica Paulina Hernández Leyva

Es doctora en Ciencias Sociomédicas (Antropología de la salud por la UNAM). Ha colaborado en el desarrollo de investigaciones en salud, con énfasis en prevención y atención de poblaciones clave y en contextos de vulnerabilidad. Actualmente colabora con el Instituto Nacional de Salud Pública como parte del equipo de moni- toreo en la implementación del programa PrEP Nacional.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3674-5683>



Claudia Izquierdo Carrillo

Es académica de la Facultad de Estudios Superiores “Zaragoza”, de la carrera de Cirujano Dentista, asesora de pasantes de Odontología del programa DUPAM, directora de tesis, sinodal en examen profesional, ha participado en el área de investigación enfocada al manejo odontológico del paciente diabético, ha participado en proyectos de investigación financiados PAPIME y PAPIIT por la UNAM. Coordinadora de actividades multidisciplinarias de Servicio Social de DUPAM, ha trabajado como docente a nivel medio superior en preparatorias del Estado de México, en las asignaturas de Biología general, Ciencias de la Salud, Geografía y medio ambiente, Salud Integral del Adolescente, en la preparatoria Oficial del Estado de “México Benjamín Herrera Sevilla”, también ha sido docente en CETIS No. 32, en asignatura de Temas de la Salud , en carreras Técnicas de preparación en alimentos y laboratorista clínico.

Jorge Alejandro Laris Pardo

Doctor en historia por El Colegio de México. Se ha especializado en el estudio de la historia de las ideas y en el problema historiográfico sobre el origen de la ciencia moderna durante la Modernidad Temprana. Tema al que avocó su tesis doctoral. Actualmente hace una estancia posdoctoral en la Universidad Autónoma de Yucatán en donde ha dado clases como Historia de la Ciencia, Historia de la Globalización e Historia moderna de España, entre otras. Su proyecto actual de investigación es sobre los censos en Yucatán al final de la dominación española. Es miembro candidato del Sistema Nacional de Investigadores de México.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9752-1571>



Marcela López Pacheco

Licenciada en Lengua y Literaturas Hispánicas por la UNAM, con maestría y doctorado en Ciencias Sociomédicas, campo antropología de la Salud, por la misma Universidad. Profesora en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y de la Facultad de Medicina (UNAM). Sus líneas de trabajo son salud sexual y reproductiva, vacunas, cuidado, emociones y género.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0209-0487>

Andrés Méndez Palacios-Macedo

Licenciado en nutrición, maestro en Medicina Social por la UAM-Xochimilco y candidato a doctor en Ciencias Sociomédicas dentro del campo de la Antropología en Salud en la UNAM. Ha sido docente en Nutrición, Enfermería, Fisioterapia, Promoción de la Salud, Psicología y Gastronomía. Fue director de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad Justo Sierra, desde donde participó en el desarrollo de investigación en los temas de: grupos etarios, ruralidad y determinantes sociales de la alimentación. Actualmente es colaborador del cuerpo académico Procesos Sociales Contemporáneos: grupos etarios en Centro de Investigación en Ciencias Sociales y Humanidades de la UAEMex; forma parte del grupo de trabajo Diabetes, un programa de atención multidisciplinaria de la Facultad de Psicología en la FES Zaragoza y es docente en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán, en la Universidad Vizcaya de las Américas y en la Universidad Abierta y a Distancia de México. Adicionalmente es asesor en temas de Salud Pública en la Red Mexicana de Personas que viven con VIH/SIDA y forma parte de Ingenio Colectivo.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6909-0057>



Lilia Mestas Hernández

Licenciada en Psicología, Maestra en Neuropsicología y doctora en Psicología en el campo de conocimiento de Neurociencias de la conducta por la UNAM. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores nivel I desde 2015. Profesora de tiempo completo en la carrera de Psicología de la FES Zaragoza. Editora de la Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza, UNAM desde 2019 y miembro de distintos comités editoriales de revistas nacionales e internacionales. Cuenta con publicaciones en revistas nacionales e internacionales y con factor de impacto. Participante en tesis de licenciatura, maestría y doctorado. Sus líneas de investigación: procesamiento emocional, alteraciones cognitivas en padecimientos crónicos tanto en niños como en adultos. Presidenta de la Academia de Neurociencias de la carrera de Psicología en la FES Zaragoza UNAM.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6345-0533>

María Luisa Ponce López

Médica Cirujana, especialidad en Medicina Familiar, Maestría en Enseñanza Superior, Doctora en Ciencias de la Salud Colectiva egresada de la Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. Diplomada en Investigación clínica epidemiológica, gerontología y sobrepeso y obesidad. Certificación Internacional en obesidad por la World Obesity Federation. Miembro de la Sociedad Mexicana de Obesidad A.C. Educadora en diabetes por la Federación Mexicana de Diabetes. Profesora investigadora de tiempo completo en el área de Epidemiología y Salud Pública de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Ha desempeñado diferentes cargos académico-administrativos en la UNAM. Secretaría Técnica Académica de la carrera de Médico Cirujano, en FES Zaragoza, UNAM. Autora de libros y artículos a nivel nacional e internacional.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9621-5986>



Otilia Aurora Ramírez-Arellano

Profesora de Tiempo Completo/ Carrera de Psicología/ Área de Psicología Social / FESZ – UNAM. Licenciada en Psicología FESZ UNAM, cursó la Especialización en Estudios de la Mujer, Género y Feminismo UAM Xochimilco, se graduó de la Maestría en Trabajo Social UNAM. Cursó el Programa de Doctorado en Ciencias Sociomédicas en el Campo Disciplinar Gestión y Políticas en Salud UNAM. Ha colaborado en Proyectos Financiados PAPIIT y PAPIME UNAM sobre Envejecimiento y Comunidad con equipos multidisciplinares donde ha realizado evaluaciones e intervención psicopedagógica en salud en comunidades de Tlaxcala, Estado de México, Hidalgo y Ciudad de México; ha sido asesora de atención integral en el área de psicología a mujeres adultas y adultas mayores dirigida a servidores públicos en el Marco del Convenio FESZ-Ayuntamiento La Paz. Ha asesorado tesis sobre sexualidad, bienestar, calidad de vida, redes de apoyo y conducta prosocial en el marco del envejecimiento. Ha sido ponente en eventos nacionales e internacionales y ha publicado capítulos en libros y artículos sobre Envejecimiento-Género-Violencia-Salud. Desarrolla práctica comunitaria en el Centro Universitario de Envejecimiento Saludable CUENSA FESZ UNAM. Es integrante de la Unidad de Investigación en Gerontología FESZ UNAM.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0740-3975>

Bernardo Adrián Robles Aguirre

Licenciado, maestro y doctor en Antropología Física por la Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), ha dedicado sus investigaciones al estudio del cuerpo y la experiencia de vivir con enfermedades. Realizó una estancia de investigación en la UAM-X, y en el Instituto de Investigaciones Antropológicas de la Universidad Nacional Autónoma de México (IIA-UNAM), es miembro del Sistema Nacional de Investigadores, y actualmente se encuentra en el Posgrado en Ciencias Antropológicas-ENAH (Becas por México), y en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, en la carrera de Médico cirujano.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2463-7965>



Paula Santana Nazarit

Paula Santana Nazarit es antropóloga social por la Universidad Austral de Chile, magíster (maestra) en Salud Pública por la Universidad de Valparaíso, doctora en Ciencias Sociomédicas por la UNAM. Con postítulos y diplomados en género (Universidad de Chile), peritaje en ciencias antropológicas (INAH) y salud internacional (OPS/OMS). Experiencia de 25 años en investigación, docencia, educación comunitaria y consultora en materias de salud pública, salud internacional, salud sexual y reproductiva, sexualidad, violencia contra las mujeres, peritaje antropológico en violencia contra las mujeres, metodología de investigación e intervención social y comunitaria, movimiento de mujeres y feminismo.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9564-4129>

Karina Serrano Alvarado

Doctora en Ciencias de la Salud con especialización en Epidemiología, Maestra en Psicología con residencia en Medicina Conductual, y Licenciada en Psicología, todas por la UNAM. Cuenta con más de una década de experiencia docente en la FES Zaragoza de la UNAM, en áreas de Psicología Clínica, Psicología de la Salud y Psicología Social. Ha participado en proyectos financiados por PAPIIT, PAPIME y CONACyT, con líneas de investigación en conductas de salud, prevención y promoción de salud, la formación de terapeutas cognitivo-conductuales y la enseñanza de la psicología de la salud y metodología de la investigación.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4455-5695>



Bianca Fernanda Vargas Escamilla

Médica cirujana, maestra y doctora en Ciencias Sociomédicas con especialidad en Antropología en Salud, por la UNAM. Es investigadora especializada en salud y derechos sexuales y reproductivos, ha sido docente de pre y posgrado, conferencista y tallerista en diversos espacios institucionales y autónomos, consultora para organizaciones de la sociedad civil y en la función pública desempeñó el cargo de Directora de Atención a la Salud Materna y Perinatal en la Secretaría de Salud. Actualmente es docente en la Facultad de Medicina de la UNAM y socia fundadora de Colmena Consultoras, S.C.

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0776-7442>

Laura Y. Vázquez Vega

Etnóloga con maestría en Antropología física (ENAH) y Doctorado en Ciencias por la Facultad de Medicina (UNAM). Investigadora por México - Conahcyt. Integrante del Sistema Nacional de Investigadores, 2025-2028. Profesora en: Escuela Nacional de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales; Facultad de Medicina (UNAM); Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH), entre otras. Directora y asesora de tesis de pre y posgrado. Investigadora asociada y coordinadora del Grupo de Estudio nacional "Epidemiología crítica y sociocultural" del Núcleo México del GT "Salud Internacional y Soberanía Sanitaria" de CLACSO. Colaboradora en la colectiva Anthro-po-praxia. Sus líneas de trabajo son interculturalidad crítica en salud, epidemiología sociocultural y curso de vida en contextos étnicos, rurales y populares; sistemas sexo-género-generación en contextos étnicos.

Correo electrónico: laura.vazquez@conahcyt.mx/laurayvazvega@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8292-6725>



Salud sexual: grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad

Bernardo Adrián Robles Aguirre • Laura Y. Vázquez Vega
Andrés Méndez Palacios-Macedo • Lilia Mestas Hernández

La obra que tiene en sus manos, busca analizar la compleja actualidad en la que se inscribe el estudio y la comprensión de la salud sexual en distintos grupos que atraviesan las aristas del curso de vida. Se asume para ello, la relevancia de los factores sociales, biológicos y culturales, desde su variabilidad y la plasticidad que representan sus corporalidades, mismas que se observan desde el ámbito cotidiano y su relación con dimensiones más amplias como las condiciones de vida, los riesgos, las disparidades de género, la violencia, las desigualdades sociales y otras formas de vulneración que afectan a la población.

En este contexto, se parte de reconocer que es en el cuerpo, donde se expresa física, biológica, emocional y psíquicamente las normas sociales en el devenir y el desarrollo ontogenético: la niñez, adolescencia, juventud, adultez y vejez, como hechos psicoculturales en la expresión corporal en tanto actores sexuados y generizados, buscando reconocer la promoción, respeto y defensa de los derechos a la salud en todas las personas.

A partir de campos específicos de estudio tales como la medicina, la historia, la antropología, la psicología y la sociología, son algunas de las disciplinas desde donde se abordará este fenómeno.

Asimismo, es de vital importancia reconocer que en todos estos elementos los procesos de salud – enfermedad – prevención – atención y muerte, están determinados por elementos de orden económico, político y cultural y de los cuales no escapan las forma en cómo se significa, construye, representa y configura la salud sexual.

Sin pretender agotar la diversidad de problemáticas y tópicos que han buscado explicar la complejidad que entraña la salud sexual en grupos en situación de riesgo y vulnerabilidad, dicha obra da cuenta de las múltiples aristas que han permitido un análisis multidisciplinario y la cual busca aproximar a sus lectores hacia una reflexión crítica y un accionar sobre las distintas manifestaciones y pensamientos que aún perviven como el estigma, la discriminación, la homofobia, el sectarismo, el clasismo, el edadismo, el capacitismo, entre otras.



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto,
Col. Ejército de Oriente,
Iztapalapa, C.P. 09230 Ciudad de México.
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n,
Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla,
San Miguel Contla, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

