

LIMITACIONES CONCEPTUALES EN EPIDEMIOLOGÍA
PARA LA CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO
SEXUAL MASCULINO EN EL CONTEXTO DE LA
EPIDEMIA DE VIH EN MÉXICO

Felipe J. Uribe Salas*

RESUMEN. El papel que la epidemiología ha desempeñado en el estudio de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y su diseminación entre la población, ha sido muy relevante. El marco teórico sobre la “etiología multicausal” le ha permitido la identificación de los principales “factores de riesgo” involucrados en la transmisión del VIH, en particular sobre las prácticas sexuales. Sin embargo, ese marco teórico ha tenido limitaciones epistemológicas para estudiar los elementos sociales y culturales relativos al comportamiento sexual de las personas, en el contexto de la epidemia de VIH. Se propone abrir el marco teórico y articular un abordaje de género acotado a conceptos que, como la identidad sexual y el rol de género, están muy relacionados a las prácticas sexuales.

PALABRAS CLAVE: Epidemiología, análisis de riesgo, infección por VIH, prácticas sexuales, rol de género, identidad sexual.

INTRODUCCIÓN

No cabe duda de que, en la actualidad, la epidemiología ha sido considerada como el patrón de referencia para el estudio de los problemas de salud en poblaciones humanas. El método epidemiológico, basado en el análisis de las categorías de tiempo, lugar y persona, ha sido

* Doctorado en Ciencias Sociales. Correo electrónico: fjuribe@insp.mx

útil para estudiar las tendencias de las enfermedades a lo largo del tiempo, ha permitido describir los patrones de distribución geográfica de las enfermedades y ha desarrollado diseños que permiten identificar aquellas características de las personas que están relacionadas con el desarrollo de diferentes daños a la salud. Los resultados del análisis epidemiológico se han convertido en un insumo invaluable para la elaboración de programas de Salud Pública dirigidos al control de las enfermedades.

No obstante lo anterior, desde mediados de la década de los 90 del siglo pasado, el abordaje epidemiológico de los problemas de salud ha sido puesto en tela de juicio (Shy, 1997). Se ha discutido que el paradigma dominante utilizado en epidemiología, para el estudio de las enfermedades, es el de la “caja negra”. Ésta es una metáfora utilizada para analizar la relación entre exposición y evento en salud, que no explica los elementos contextuales en que se desarrolla la enfermedad o su patogénesis (Susser y Susser, 1996). Históricamente, este paradigma se desarrolló a partir de la segunda mitad del siglo XX, cuando empiezan a predominar, como principales causas de mortalidad, las enfermedades crónico-degenerativas en los países desarrollados, particularmente en Estados Unidos e Inglaterra, y que vino a sustituir la agenda de investigación que previamente estuvo dominada por el estudio de las enfermedades infecciosas agudas y crónicas.

La consecuencia teórica que ha tenido para la epidemiología, de lo que podemos denominar el “enfoque de riesgo”, es la elaboración del concepto de “multicausalidad”. Este concepto, que se expresa mediante la noción de “etiología multifactorial” y que está basado en la utilización de las técnicas estadísticas del análisis multivariante, plantea que los patrones de salud y enfermedad pueden ser explicados por una compleja red de numerosos riesgos y de factores protectivos, interconectados (Kriger, 1994). En este sentido, la epidemiología moderna parecería estar más interesada en la elaboración de modelos intrincados y complejos de factores de riesgo que en el entendimiento de su origen y sus implicaciones para la salud pública. Así, en la epidemiología moderna, como la llaman Rothman y Greenland (1998: 3-6) por los grandes avances metodológicos alcanzados en la primera mitad del siglo XX, rara vez son consideradas las características

contextuales de la población como elementos conceptuales bajo estudio. Ello se debe a que la mayor parte de esta investigación epidemiológica ha puesto su atención en los factores de riesgo que son “causas proximales” a la enfermedad, como la dieta, el nivel de colesterol, el ejercicio, etc. Este enfoque de riesgo pone énfasis en la presencia de factores de riesgo en el nivel individual. La clase social, por ejemplo, “medida” en el nivel individual, ha sido considerada solamente como un factor “confusor” en el estudio de las causas de cáncer en Estados Unidos (Doll y Peto, 1981). El presente trabajo se inserta en el campo de la epidemiología social, que intenta trascender el canon de “multicausalidad” y su metáfora relativa a la “red de causal” que predomina en la epidemiología contemporánea. Para ello, se analiza la relación entre la forma en que se clasifica el comportamiento sexual masculino, en el contexto de la epidemia de VIH/SIDA en México, y las limitaciones epistemológicas que ello entraña para la definición de los grupos poblacionales más afectados por la epidemia.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dos temas en que el abordaje epidemiológico contemporáneo ha sido limitado son el análisis de género y su relación con la clasificación de los comportamientos sexuales de riesgo en el contexto de la epidemia de VIH/SIDA. Respecto del análisis de género, Kriger (2003) ha planteado que antes de la década de los 70 del siglo pasado, la palabra género estaba ausente de las publicaciones biomédicas y de salud pública. A partir de la década de los 80, aparece la palabra género como intercambiable con la palabra sexo. Aunque el uso en epidemiología de la palabra género ha estado influenciado por los debates feministas que, por ejemplo, Tong (1998) ha discutido ampliamente, el uso indistinto de ambas palabras lleva el mensaje implícito de un determinismo biológico que ha prevalecido en el lenguaje epidemiológico. Sin embargo, existen diferencias fundamentales entre las palabras sexo y género. De acuerdo con Oakley (1972: 16), sexo es una palabra que se refiere a las diferencias biológicas entre hombres y mujeres; esto es, las diferencias visibles genitales y las relacionadas con la función reproductora. La

palabra género, sin embargo, alude a un asunto cultural sobre la construcción y clasificación social de lo que es considerado como masculino y femenino. Por otra parte, el comportamiento sexual forma parte de un concepto más amplio que es la sexualidad humana. Ésta se refiere a las convenciones culturales, los roles de género y los comportamientos que involucran la expresión del deseo sexual y diversas emociones, que son mediadas por el género y otros aspectos de la posición social de las personas (clase social, posiciones de poder, etc.) (Krieger, 2001).

Con el advenimiento de la epidemia de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y su resultado clínico conocido como síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cuyo primer reporte se realizó el 5 de junio de 1981 (Centers for Disease Control, 1981), el quehacer epidemiológico se vio obligado a estudiar los mecanismos de transmisión de la nueva enfermedad. Al principio de la epidemia, la clasificación de los mecanismos de transmisión del SIDA se concentró en “los grupos” de población que eran mayoritariamente afectados por la enfermedad. La identificación del SIDA como una “enfermedad gay” se vio reforzada, en el inicio de la epidemia, por el sistema clasificatorio utilizado por los Centros para el Control de Enfermedades en Estados Unidos (CDC por sus siglas en inglés), ya que, en lugar de reportar los casos por cada característica relacionada con la transmisión de la enfermedad, se suprimieron las interacciones (Murray y Payne, 1989: 119). Por ejemplo, estos autores reportan que los casos asociados a las características “gay” y “drogadicción intravenosa” fueron clasificados como “gay”, lo cual produjo juicios independientes del peso relativo de los factores de riesgo en la población. Un análisis más detallado de los casos de SIDA en Estados Unidos acumulados hasta agosto de 1985 reportó que los hombres homosexuales y bisexuales representaron los “grupos de riesgo” más afectados por la epidemia, con el 73% de los casos, 12% de los cuales fueron también usuarios de drogas intravenosas; 17% ocurrieron en hombres heterosexuales y en mujeres usuarias de drogas intravenosas; 1.5% no tenían ningún otro riesgo que el antecedente de transfusión sanguínea completa o uno de sus componentes, en el curso de los últimos 5 años; 0.85% fueron personas con hemofilia o que habían recibido factores de coagulación; 1%

de los casos correspondieron a parejas de pacientes con SIDA; 6.4% (n=814) de los casos no pudieron ser clasificados de acuerdo con los factores de riesgo conocidos de SIDA; de ellos, 341 personas nacieron en países diferentes a Estados Unidos, donde la mayoría de los casos no habían estado asociados con factores de riesgo conocidos de SIDA. La mayoría de esos casos identificados en Estados Unidos eran de origen haitiano (Curran, 1985: 229). Podemos observar entonces que el principal mecanismo de transmisión del VIH/SIDA en la población, al principio de la epidemia, era por contacto sexual y se distribuía de forma desigual entre los grupos poblacionales clasificados como homosexual y bisexual, y en menor medida en el grupo heterosexual. La utilización de términos que contienen elementos identitarios como los anteriormente mencionados, puede traer problemas clasificatorios en los llamados “grupos de riesgo” pues ya desde 1984 se había descrito la presencia de inconsistencias entre el comportamiento homosexual e identidad sexual, en el contexto de la epidemia por el VIH/SIDA (Fischl y Dockinson, 1984: 331). México no ha sido la excepción en la aplicación de un sistema clasificatorio basado en grupos de riesgo. Los formatos de notificación de infectados por el VIH y de casos de SIDA utilizados por la Secretaría de Salud para el control de la epidemia, tienen su base precisamente en la identificación con tales grupos como homosexual, bisexual y heterosexual (Manual de vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA, 1990). En este trabajo, el análisis del método clasificatorio de los comportamientos sexuales tiene por objeto describir el método de medida, en lugar de analizar el objeto de medida (Bachelard, 1990: 250). En otras palabras, lo que importa es analizar la forma en que son definidas las categorías del comportamiento sexual de los individuos, más que el uso clasificatorio que se les da. El seguimiento de esta estrategia se debe a que el establecimiento de las categorías del comportamiento sexual (homosexual y bisexual) en pacientes infectados con el VIH o con manifestaciones del SIDA, distan mucho de ser socialmente neutras. En la realidad social existe una estigmatización de las personas que son diagnosticadas con SIDA. De hecho, para autores como Parker y Aggleton (2003: 13), lo más preocupante o explosivo del problema es la epidemia social, cultural, económica y política en respuesta al SIDA. Ésta, como la lepra o la

sifilis en épocas pasadas, es una enfermedad que tiene consecuencias sociales como la presencia de prejuicios¹ entre las personas “normales” que finalmente lleva a la estigmatización² social de las personas afectadas. Por si eso fuera poco, el SIDA ha obligado a hacer públicos aspectos de las personas que son privados, como las relaciones amorosas que se acompañan de prácticas homosexuales, bisexuales y heterosexuales que, finalmente, son formas a través de las cuales se transmite la infección por el VIH. Entrar entonces en el terreno de lo público es entrar en el terreno de lo social. En el caso de los enfermos de SIDA las consecuencias del estigma social son de dos tipos, según la tipología de Goffman (1995: 14): se les estigmatiza en cuanto a enfermos (“abominaciones del cuerpo”) y en cuanto a homosexuales (“defectos de carácter”).

Como puede observarse, cuando las relaciones de un objeto (VIH/SIDA) con otros objetos (transmisión sexual, comportamiento homosexual, estigma social) son numerosas, esas relaciones están sometidas a interferencias (Bachelard, 1990: 250-251). No estamos sólo ante un proceso biológico de inmunodeficiencia entre los individuos infectados por el VIH, sino que esta infección tiene repercusiones sociales por ser ésta todavía incurable en la actualidad y porque la principal forma a través de la cual se disemina la infección se debe al comportamiento sexual de las personas, expresado éste en prácticas sexuales que pueden ser socialmente estigmatizantes. Por ello se impone, como necesidad metodológica, la realización de un análisis de las aproximaciones clasificatorias del comportamiento sexual. Concretamente, los objetivos del presente trabajo son: la evaluación de los criterios de clasificación de los comportamientos sexuales de riesgo en los estudios sobre VIH/SIDA en hombres, publicados en México; el análisis de los supuestos epistemológicos del análisis de los comportamientos sexuales de riesgo de infección por el VIH; el análisis de las limitaciones

¹ Se entiende por prejuicio la actitud hostil hacia una persona que pertenece a un determinado grupo, por lo cual se presume que comparte cualidades objetables adscritas a dicho grupo (Allport, 1958: 8).

² El estigma ha sido definido como la presencia de un atributo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito. Se trata de un atributo profundamente desacreditador (Goffman, 1995: 13).

epistemológicas de la clasificación de los comportamientos sexuales de riesgo en su relación con la infección por el VIH; el análisis de correspondencia entre identidad sexual, rol de género y prácticas sexuales; el recuento de los estudios publicados en México, en que se hace un análisis crítico sobre la clasificación de las prácticas sexuales y su relación con la epidemia de VIH, y la elaboración de una propuesta de articulación del análisis de género y el análisis epidemiológico de la infección por el VIH.

CLASIFICACIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO PARA ADQUIRIR LA INFECCIÓN POR EL VIH EN MÉXICO

En México, la sexualidad humana y la diversidad en su expresión han sido temas tabúes, particularmente cuando se abordan los comportamientos homosexuales y bisexuales (Liguori, 1995). Esto tiene como consecuencia que se conozca poco sobre estos comportamientos en el nivel de la población y sobre su relación con las vías de transmisión sexual del VIH. De acuerdo con Carrier (1989), en México no se han hecho estudios sobre comportamiento sexual de la magnitud del que realizó Kinsey en Estados Unidos, lo cual obliga a trabajar con los estudios realizados a pequeña escala en población mestiza y urbana en México. Estos estudios se han realizado para establecer asociaciones entre las prácticas homosexuales y bisexuales en hombres y la presencia de la infección por el VIH.

¿Cómo entonces se ha abordado el estudio de los comportamientos sexuales para evaluar las vías de transmisión del VIH/SIDA? Desde el punto de vista epidemiológico, la agencia gubernamental norteamericana, *Centres for Disease Control*, fue la primera en utilizar las categorías homosexual y bisexual para evaluar las rutas de transmisión del VIH y diferenciar las rutas de transmisión de dicho virus (Bloor, 1995: 29). Posteriormente, dichas categorías han sido usadas internacionalmente por haber mostrado su utilidad para evaluar los riesgos de infección por el VIH, particularmente en hombres.³

³ Para Kinsey y colaboradores, la palabra homosexual es utilizada en relación con el comportamiento humano y ha sido aplicada a las relaciones sexuales entre individuos del

En México, la aplicación de esta clasificación ha sido elaborada conceptualmente por Gortmaker e Izazola (1992: 47), quienes discuten que “Homosexualidad/bisexualidad/heterosexualidad es una variable que representa un *continuum*, donde las preferencias, conscientes o inconscientes, pueden o no estar reflejadas en las prácticas sexuales”. Para estos autores lo que más importa en el estudio del VIH son las prácticas y las técnicas, y no las preferencias. Estos autores consideran, además, que las prácticas sexuales se refieren a con quién la actividad sexual es realizada (con hombres, con mujeres, con ambos) y las técnicas sexuales aluden a qué es hecho entre los sujetos de la actividad sexual. Esta forma de evaluar las prácticas sexuales intenta captar el *continuum* de la escala construida por Kinsey (1948: 638) y otros, quienes establecieron un gradiente de comportamiento homosexual/bisexual en hombres.

Los dos primeros estudios realizados en México con la metodología arriba descrita para evaluar las prácticas sexuales en hombres y su relación con la infección por el VIH, se analizan a continuación.⁴ El primer estudio se centra, entre otros puntos, en la evaluación de los comportamientos homosexual y bisexual y su relación con la infección por el VIH, en hombres seleccionados en diferentes ciudades de México que reportaban haber tenido relaciones sexuales con hombres (Izazola-Licea, 1991: 615). En ese estudio, el comportamiento sexual fue evaluado en los últimos cuatro meses anteriores a la entrevista y aquellos individuos que habían tenido relaciones sexuales con al menos una mujer durante el año anterior a la entrevista fueron considerados individuos que tenían prácticas bisexuales (Izazola-Licea, 1991: 616). De lo anterior se infiere que el resto de los individuos estudiados tuvo

mismo sexo. Ese término es la antítesis de la palabra heterosexual, que es aplicada a la relación entre individuos de diferente sexo (Kinsey, 1948: 612).

⁴ Por supuesto que en México se han publicado diferentes trabajos que relacionan el comportamiento homosexual y bisexual en hombres y la infección por el VIH (Izazola-Licea, 1988; Izazola-Licea, 1995; Coplan, 1996; Izazola-Licea, 2003). Sin embargo, los dos trabajos analizados aquí (Izazola-Licea, 1991; Hernández-Avila, 1992) son muy claros, en su sección sobre metodología, acerca de la forma en que fue definido el comportamiento sexual de los individuos estudiados y, por lo tanto, de interés para el presente estudio.

relaciones sexuales sólo con hombres, por lo que dichos individuos fueron clasificados en la categoría de práctica homosexual. Se estudiaron 658 personas, de las cuales 482 fueron clasificadas en prácticas homosexuales, y 176, en bisexuales. Las primeras tuvieron una frecuencia de infección por el VIH de 10.8%, y las segundas, de 12.5%, diferencia que no fue estadísticamente significativa (Izazola-Licea, 1991: 617).

El segundo trabajo fue realizado por Hernández (1992) y otros, en individuos masculinos que acudieron, entre enero de 1988 y junio de 1989, al Centro Nacional del SIDA en la ciudad de México a realizarse la prueba para diagnosticar infección por el VIH. Los individuos fueron clasificados en prácticas homosexuales si habían tenido relaciones sexuales con hombres desde 1979 y en prácticas bisexuales si habían tenido relaciones sexuales con hombres desde 1979 y si tuvieron también relaciones sexuales con mujeres durante los seis meses previos a la entrevista. En la clasificación de individuos con prácticas bisexuales también se consideró el antecedente de haber tenido relaciones sexuales con mujeres desde 1979. Como no hubo diferencia significativa en la prevalencia de infección por el VIH entre ambos grupos (relaciones sexuales con mujeres durante los últimos 6 meses *versus* relaciones sexuales con mujeres desde 1979), se decidió utilizar la suma de ambas categorías (Hernández, 1992: 884-885). Fueron estudiados 2,314 hombres, de los cuales 555 fueron clasificados como homosexuales y 1,759 como bisexuales. La frecuencia de infección por el VIH fue significativamente mayor entre los individuos clasificados como homosexuales (34.3%) respecto de aquellos clasificados como bisexuales (21.4%).

SUPUESTOS EPISTEMOLÓGICOS DEL ANÁLISIS DE LOS COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO DE INFECCIÓN POR EL VIH

El concepto de “riesgo” es muy utilizado en el terreno de los estudios en salud en el mundo. La aplicación masiva de las técnicas y los métodos para el análisis formal de “riesgo” en la literatura profesional en salud es un fenómeno reciente (se ha desarrollado durante los últimos

30 años) (Hayes, 1992). Ese autor realizó una búsqueda de la palabra “riesgo” en la base de datos de los artículos publicados en las revistas sobre medicina y salud (MEDLINE por sus siglas en Inglés), entre enero de 1985 y diciembre de 1991. Encontró un promedio de 14,400 referencias por año en relación con la palabra “riesgo”, lo que le sugirió que aproximadamente el 5% de las 25,000 referencias añadidas al MEDLINE cada mes están asociadas con esa noción.

El estudio de la epidemia de infección por el VIH no es la excepción. El análisis de los riesgos de la infección por el VIH implica un abordaje epidemiológico y estadístico mediante el cual se evalúa si las personas pertenecientes a una determinada categoría de comportamiento sexual tienen una probabilidad significativamente mayor de tener el resultado de un evento, en este caso la infección por el VIH, respecto de los individuos pertenecientes a otra categoría de comportamiento sexual. Tomemos el ejemplo anterior de Hernández (1992: 886), donde los individuos clasificados como homosexuales tuvieron una frecuencia de infección significativamente⁵ mayor respecto de los individuos clasificados como bisexuales. El análisis no termina ahí, sino que, a través de este método, es posible estimar los riesgos de infección por el VIH dependiendo de la categoría en la que fueron clasificados los individuos. Así por ejemplo, los individuos clasificados como homosexuales tuvieron un riesgo 1.36 veces mayor de infección por el VIH respecto de los individuos clasificados como heterosexuales (Hernández, 1992: 888).

El concepto de riesgo representa la probabilidad de que un evento ocurra. En epidemiología, el concepto de riesgo es utilizado para expresar la probabilidad de que un resultado particular ocurrirá precedido de una exposición particular (Last, 2001). En ese sentido, el riesgo en epidemiología representa una probabilidad condicional. Por ello, el término “factor de riesgo” representa una exposición que está

⁵ El adverbio “significativamente” lo estamos utilizado en este ejemplo epidemiológico para establecer que la diferencia en las proporciones de infección por el VIH en las categorías homosexual *versus* bisexual es estadística. En otras palabras, la diferencia no se debe al azar, sino a que, desde el punto de vista estadístico, aquellas proporciones son diferentes.

estadísticamente asociada a un resultado. Por ejemplo, la práctica sexual anal receptiva sin protección representa un factor de riesgo de infección por el VIH.⁶

Desde el punto de vista del análisis epistemológico, existen diferentes formas de abordar el concepto de riesgo. De acuerdo con Lupton (1999), el abordaje arriba mencionado sobre lo que se considera riesgo ha sido definido como “técnico-científico” porque su aproximación proviene de campos como la ingeniería, la estadística, la psicología, la epidemiología y la economía, que en conjunto desarrollan la idea de daño o peligro calculados en términos de probabilidad. Dentro de esta corriente “técnico-científica”, los debates sobre lo que debe ser considerado como riesgo giran en torno a qué tan bien el riesgo ha sido calculado, el nivel de seriedad del riesgo en términos de sus efectos posibles, qué tan exacto es el método que ha sido usado para medir y calcular el riesgo, e incluso, cómo los modelos causales o predictivos han sido construidos para entender por qué ocurren los riesgos y por qué la gente responde a ellos en cierta manera (Lupton, 1999: 18). En otras palabras, el riesgo es una probabilidad condicional que puede ser cuantificada como un fenómeno que es independiente de los procesos sociales y culturales en que aquél se presenta.

Lo que se consigue en epidemiología con la aplicación de este método es lograr una medición lo más exacta posible de los comportamientos sexuales que ponen en riesgo de infección por el VIH a los individuos. Como se puede apreciar, lo que interesa en los estudios epidemiológicos es “medir” y “clasificar” el comportamiento sexual en función de su evaluación respecto de la frecuencia de la infección por

⁶ Textualmente: “...un factor biológico, de comportamiento o del medio ambiente, cuya presencia es confirmada por una secuencia temporal, usualmente en estudios longitudinales, incrementa la probabilidad de que una enfermedad ocurra y, si ese factor se encuentra ausente o es removido, se reduce entonces aquella probabilidad. Los factores de riesgo son parte de la cadena causal de una enfermedad...” (Last, 2001). Las contribuciones de esta definición son cuatro: 1) el énfasis que se pone en la secuencia temporal en el sentido de que exposición antecede al evento; 2) el planteamiento de que un factor de riesgo es parte de la cadena causal; 3) el planteamiento de que los factores de riesgo están involucrados en el desarrollo de la enfermedad, y 4) que los estudios longitudinales son necesarios para demostrar la presencia de factores de riesgo.

el VIH.⁷ En otras palabras, lo que importa es la realización de una clasificación de los comportamientos sexuales de los individuos estudiados, útil para establecer asociaciones estadísticas con la frecuencia de infección por el VIH. En este sentido, la discusión conceptual sobre lo que se entiende por comportamiento sexual es muy limitada. Por ejemplo, aunque en Hernández (1992: 884) se intenta discutir sobre la forma en que es definida la bisexualidad, no se elabora conceptualmente el tema, sino que se apoya en el trabajo, arriba mencionado, de Gortmarker e Izazola (1992: 47). En consecuencia, en Hernández (1992) se considera que una definición de bisexualidad útil para el análisis epidemiológico debe basarse en la evaluación de las prácticas sexuales y no en la preferencias sexuales.

LIMITACIONES EPISTEMOLÓGICAS DE LA CLASIFICACIÓN DE LOS COMPORTAMIENTO SEXUALES DE RIESGO EN SU RELACIÓN CON LA INFECCIÓN POR EL VIH

Quizá Izazola (1994) sea uno de los investigadores de la epidemia de VIH en México que más se ha preocupado por profundizar en el análisis conceptual sobre comportamiento sexual masculino. Este autor reconoce explícitamente que la operacionalización de la bisexualidad, en los estudios epidemiológicos en México, se ha basado exclusivamente en el reporte de las prácticas sexuales de los individuos, particularmente en el reporte de las relaciones sexuales de los individuos con hombres y con mujeres (Izazola, 1994: 634). Sin embargo, considera que el estudio de la bisexualidad es más complejo que la pura clasificación de prácticas sexuales, pues tiene una dimensión sociocultural. Así, en México la forma de conceptualizar la masculinidad se hace de una forma distinta a lo que se ha observado en otras culturas. En ese sentido, los hombres que participan en encuentros homosexuales con otros hombres pueden no considerar que su virilidad sea amenazada

⁷ Textualmente, los autores escriben: "We have chosen a behavioral definition of bisexuality based upon recent sexual behavior with females (during the last six months) because we believe it is the most relevant to the issue under study, namely, the current risks for the transmission of HIV-1" (Hernández, 1992: 884).

si durante las relaciones sexuales desempeñan un papel anal insertivo y si además mantienen roles “sociosexuales” masculinos. Lo más sobresaliente del planteamiento de Izazola (1994; 639) es el reconocimiento de que la bisexualidad es un suceso dinámico en el que la atracción de un individuo no se concentra exclusivamente en individuos de su mismo sexo y que puede ser acompañada o no de contacto físico sexual “...en forma simultánea, concurrente o serial”. En otras palabras, la bisexualidad puede presentarse en múltiples situaciones que van más allá de una definición basada en las relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres. Por ello, el autor considera que la orientación sexual, definida como “...la disposición erótica y/o afectiva hacia individuos del mismo o diferente género” (Izazola, 1994; 637) permite identificar y clasificar las diferentes situaciones en que se manifiesta la bisexualidad. Lo anterior es posible porque, en ese contexto, la orientación sexual está constituida por tres dimensiones: la actividad física (que designa el contacto físico corporal con otra u otras personas, y puede o no incluir contacto sexual); afecto interpersonal (que se refiere a las asociaciones que involucran grados variables de amor y/o confianza, con compañeros, amigos, amantes, esposas), y fantasías eróticas (que son las imágenes mentales de una o más personas involucradas en actividad sexual física o en relaciones afectivas idealizadas). En consecuencia, la utilización de este concepto de orientación sexual pretende profundizar en los procesos psicológicos y de comportamiento de los individuos.

Lo anterior supone una crítica a la clasificación de los comportamientos sexuales masculinos en categorías cerradas de homosexual, bisexual y heterosexual. Izazola (1994: 640) toma la categoría bisexual y la analiza por ser conceptualmente la más problemática. Por lo común, se piensa que la orientación sexual de un individuo masculino es dicotómica: o se es heterosexual u homosexual. Pero el hecho de que un individuo pueda elegir dos objetos sexuales opuestos al mismo tiempo resulta contradictorio. De ahí que se recurra a la teoría conflictiva para abordar el problema porque se supone que existe una disonancia psicológica que provoca conflicto en la persona. Pero el problema clasificatorio arriba aludido no tiene solamente un fondo psicológico, sino también social.

ASPECTOS SOCIALES EN LA CLASIFICACIÓN DEL COMPORTAMIENTO SEXUAL: AUSENCIA DE CORRESPONDENCIA ENTRE ROL DE GÉNERO, IDENTIDAD SEXUAL Y PRÁCTICAS SEXUALES

A principios de la década de los noventa del siglo pasado, vino a México Lumsden (1991), un investigador de la homosexualidad en Cuba, Puerto Rico y México, y tuvo una profunda impresión de que la sociedad mexicana es todavía machista. Durante su estancia en México, pudo hacer un recuento de los antecedentes históricos del machismo y de los diferentes elementos sociales y culturales que caracterizan la sexualidad masculina. Para este autor, por ejemplo, el machismo en México gira alrededor de la invulnerabilidad y de la obligación de aprovecharse de una persona más débil. Esto significa que, en un plano social, la mujer estaría en una posición de mayor debilidad y vulnerabilidad social que un hombre. En este contexto, no existe una homofobia en el sentido literal de la palabra (que significa miedo a la homosexualidad). Para Lumsden (1991: 22), el miedo que tienen los mexicanos es a ser vistos como débiles, afeminados, a ser considerados como objetos sexuales de otros. Ello implica entonces que la utilización de términos clasificatorios, como homosexual y bisexual, tengan una dimensión social y cultural que no es posible analizar cuando se utiliza aquella clasificación cerrada basada exclusivamente en el estudio de las prácticas sexuales de los individuos. Además, esta clasificación de homosexual, bisexual y heterosexual supone una correspondencia entre identidad sexual, rol de género y prácticas sexuales, correspondencia que ha sido puesta en duda por diferentes etnógrafos que han realizado estudios sobre homosexualidad en Latinoamérica.

Parker (1987) ha considerado, por ejemplo, que las categorías homosexual y bisexual, utilizadas en epidemiología, son ajenas a la cultura sexual brasileña. Para este autor, la estructura de la vida sexual en Brasil ha sido concebida en términos de un modelo que se centra en la relación entre las prácticas sexuales y los roles de género, en que la distinción entre lo masculino, que es identificado con la actividad, y lo femenino, con la pasividad, es central para ordenar el universo sexual (Parker, 1987: 160). En este sentido, resulta claro cómo las prácticas sexuales (penetrar o ser penetrado) y los roles de género (penetrar es

una distinción de lo masculino; ser penetrado, de lo femenino) se articulan y se expresan en la vida cotidiana en Brasil.

Estas distinciones creadas popularmente en Brasil contrastan con las nociones médico-científicas de homosexualidad y bisexualidad. Así, el *viado o bicha* (categorías que hacen referencia al hombre que es penetrado y que, en consecuencia, hace las veces de mujer) sufre claramente un estigma social, en tanto que el individuo que penetra no sacrifica su identidad masculina. En otras palabras, mientras el sistema médico-científico⁸ de clasificación sexual parece postular una correspondencia estable entre deseos, prácticas e identidad, el modelo de la cultura brasileña parece implicar una relación más flexible entre esos componentes.

Asimismo, en Nicaragua, Lancaster (1988) ha estudiado la construcción de la homosexualidad masculina. Este autor encontró el término coloquial “cochón” que podría traducirse vagamente por sus equivalentes en la lengua inglesa como *homosexual* o *gay*. No obstante estas similitudes, son las prácticas sexuales, así como los roles de género, los que marcan una diferencia con el concepto anglo-americano del término homosexual. Como indica Lancaster (1998: 111), en Norteamérica la homosexualidad es un fenómeno caracterizado principalmente por la práctica oral, mientras que en Nicaragua es una práctica preponderantemente anal. En otras palabras, es el acto sexual pasivo anal masculino, que por sí solo define al “cochón”, mientras que las prácticas manuales u orales reciben poca atención social y parecen no ser consideradas como prácticas homosexuales. Según Lancaster (1988:

⁸ De acuerdo con Parker (1987: 160-162), las principales categorías que dominan la discusión internacional sobre SIDA (homosexual, bisexual y heterosexual) están presentes en la cultura brasileña. La historia del desarrollo de esas categorías estuvo ligada, tanto en Europa como en Estados Unidos, al desarrollo de la medicina moderna. Este análisis médico sobre la sexualidad fue introducido en Brasil a mediados del siglo XX, a través del trabajo de los higienistas sociales, médicos y psicoanalistas que habían sido influenciados por los desarrollos conceptuales en psicología y sexología. A este proceso Parker (1987: 161) lo llama sistema médico/científico. Este nuevo sistema de clasificación sexual ha sido diseminado ampliamente en Brasil hacia finales del siglo veinte, particularmente a través de los medios de comunicación (radio, televisión, prensa). Sin embargo, y de acuerdo con Parker, se trata de un discurso de las elites brasileñas que tiene poca influencia en su uso entre los sectores populares.

113), en Nicaragua existe un claro estigma asociado con la práctica sexual anal pasiva, estigma que alcanza entonces al “cochón”, pero no así a su pareja activa. Sin embargo, este no es el estigma racional que elabora el sistema médico sobre la categoría homosexual, categoría que identifica prácticas e identidad. En su lugar, es la actividad pasiva la que es estigmatizada y la que define la identidad. Por ello no existe en el lenguaje popular un término para clasificar a la pareja activa del “cochón”, sino que simplemente es interpelado como un hombre nicaragüense normal.

En México, Paz (1973)⁹ llegó a caracterizar algunos roles de género sobre las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer.¹⁰ En su visión sobre la cultura de género en México lo cerrado caracteriza a lo masculino mientras que lo abierto a lo femenino. Por ello, un símbolo de lo masculino o de hombría consiste en no “rajarse” nunca. Los que se abren son cobardes. En contraste, las mujeres son consideradas seres inferiores porque, al entregarse, se abren. El mal radica en ella misma, pues por naturaleza es un ser rajado, abierto. Por otro lado, la concepción de lo que es ser hombre implica la existencia de un ser activo que considera a la mujer como un instrumento de sus deseos. Por su parte, la mujer es pasiva y textualmente “La mexicana no tiene voluntad. Su cuerpo duerme y sólo se enciende si alguien lo despierta... Analogía cósmica: la mujer no busca, atrae. Y el centro de su atracción es su sexo, oculto, pasivo, inmóvil sol secreto” (Paz, 1973: 33). Por extensión, en el terreno de las prácticas sexuales, este modelo genérico asume que es el hombre quien desempeña el papel activo en las

⁹ Debe tomarse en cuenta que la primera edición de *El laberinto de la soledad* fue publicada en 1950. Por lo tanto, es una impresión, sobre un problema de género, que el autor elaboró durante la primera mitad del siglo XX. Por supuesto que con el transcurso del tiempo las relaciones entre hombres y mujeres se han modificado en México. Son diferentes las instituciones que han influido en la configuración de la cultura sexual contemporánea en México, desde la influencia de la iglesia, la medicina, la política, las luchas de género, la educación laica, de tal manera que en la actualidad se da una especie de construcción híbrida de la sexualidad, como lo considera Amuchástegui (2001).

¹⁰ De acuerdo con Paz, al abordar las diferencias sociales del comportamiento entre hombres y mujeres, la respuesta que ambos actores dan “no es instintiva ni personal, sino conforme a un modelo genérico” (Paz, 1973: 32).

relaciones sexuales y, por lo tanto, su función es penetrativa, en tanto que la mujer desempeña el papel pasivo, receptivo. Sin embargo, las consecuencias sociales de estas prácticas entre hombres son diferentes, dependiendo de quién desempeña el papel activo y quién el pasivo. En México, el agente pasivo carga con el estigma de un ser degradado, mientras que el agente activo es considerado con cierta tolerancia (Paz, 1973: 35).

Este modelo que explica los roles de género en las relaciones sexuales entre hombres también ha sido observado en México por Carrier (1976). Para este autor, la sociedad mexicana mestiza y urbana presenta una marcada dicotomía entre los roles de género masculino-femenino. Debido a la marcada orientación masculina de la sociedad mexicana, este autor percibe la elaboración de un modelo cultural “hipermasculino” de la hombría, considerado en lenguaje coloquial como “machismo”. Atributos como la agresividad, el coraje, la dominancia, el poder, la agresividad y la invulnerabilidad, estarían definiendo la hombría del individuo ante sí mismo y ante los demás. Debido al valor social que se da a la hombría en México, sus atributos serían imitados por la mayoría de los hombres. En consecuencia, el comportamiento esperado en el hombre es ser dominante e independiente, y en la mujer, ser sumisa y dependiente.

Por otra parte, Carrier (1976: 110) vincula la homosexualidad masculina al papel femenino en las relaciones sexuales. Para este autor, existe la creencia en México de que el homosexual prefiere desempeñar el papel femenino en su relación con otros hombres y que, respecto de las prácticas sexuales, prefiere desempeñar el papel pasivo-receptivo. Asimismo, los individuos masculinos que desempeñan un papel activo-insertivo en sus encuentros con homosexuales no son considerados como homosexuales.

Nuevamente, en México parece no haber tampoco una correspondencia entre identidad sexual, prácticas sexuales y roles de género en las relaciones sexuales entre hombres. En todo caso, en las relaciones sexuales entre individuos del mismo sexo, lo que determina la definición de género es la distinción entre parejas activas y pasivas. Los estudios etnográficos arriba citados sugieren que la identidad de género masculino no es necesariamente cuestionada por las interacciones

sexuales entre hombres. Solamente el individuo masculino que desempeña el papel pasivo, en relaciones sexuales anales receptivas, es considerado que asume el papel femenino y, por lo tanto, es definido como homosexual.

ANÁLISIS CRÍTICO EN MÉXICO SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS SEXUALES Y SU RELACIÓN CON LA EPIDEMIA DE VIH

Cabe destacar que el análisis crítico de la clasificación de las prácticas sexuales y su relación con la epidemia de VIH en México ha sido escasa. Lo anterior es cierto a pesar de que, ya desde principios de la década de los 90 del siglo pasado, se ha documentado la existencia de una deficiente clasificación de las prácticas sexuales masculinas en el sistema de vigilancia epidemiológica para el control del VIH en México. Magis (1992) y otros, por ejemplo, reportaron que la clasificación de individuos con prácticas heterosexuales estaba sobreestimada en 13%, y que esos casos en realidad correspondían a individuos con prácticas homosexuales y bisexuales. Por su parte, Izazola (1994) hizo un desarrollo conceptual sobre la bisexualidad y su relación con la infección por el VIH. Este autor ha reconocido explícitamente que la operacionalización de la bisexualidad, en los estudios epidemiológicos sobre la infección por el VIH en México, se ha basado exclusivamente en el reporte de las prácticas sexuales de los individuos (Izazola, 1994: 634). Sin embargo, considera que el estudio de la bisexualidad es más complejo que la pura clasificación de prácticas sexuales, pues posee una dimensión sociocultural. Lo que llama la atención de estos dos trabajos, respecto de la clasificación de las prácticas sexuales y su relación con la infección por el VIH, es que no tuvieron continuidad. El primer trabajo arriba citado se presentó en un congreso internacional sobre VIH/SIDA y su contenido nunca fue publicado en forma de artículo, ni tampoco sus autores siguieron esa línea de investigación. En el segundo caso, el autor desarrolla el concepto de orientación sexual que le permitió describir una tipología de prácticas bisexuales, pero falla en identificar el significado epistemológico de aquel concepto para abordar la epidemia de VIH en México (Izazola, 1994: 658):

Desde la perspectiva epidemiológica del VIH/SIDA, y en términos de entendimiento de la dinámica y tamaño de la epidemia, es justificable utilizar definiciones que atienden sólo a los comportamientos específicos, y obviar las dimensiones de la orientación sexual más difíciles de medir, y quizá con menor impacto directo e inmediato en la epidemiología del SIDA.

Lo anterior denota dos cosas: por un lado, una dificultad para articular los abordajes socioculturales de la sexualidad con los abordajes epidemiológicos sobre el VIH y, por otro, que la agenda de investigación sobre el tema tiene prioridad sobre ciertos abordajes (análisis de riesgo) en relación con otros (análisis de la cultura sexual masculina y su relación con la epidemia por el VIH).

PROPUESTA PARA ARTICULAR EL ANÁLISIS DE GÉNERO SOBRE MASCULINIDAD Y EL ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIH EN MÉXICO

La principal premisa de la que partimos en este trabajo para articular un abordaje de género con el abordaje epidemiológico de la infección por el VIH es que, de acuerdo con Parker (1987: 157), el modelo conceptual basado en los datos recabados en Estados Unidos y Europa, sobre la epidemia de VIH/SIDA, postula una transmisión del virus predominantemente homosexual y bisexual. Si se asume que las prácticas sexuales son constantes entre culturas, entonces dicho modelo puede ser aplicado en aquellos países donde, como en México y Brasil, predominan las categorías de transmisión homosexual y bisexual en hombres. Sin embargo, para Parker (1987: 157-158), ese planteamiento se encuentra muy alejado de la expresión de la cultura sexual en Brasil. Este autor considera, en ese sentido, que “Mientras el sistema médico-científico de clasificación sexual parece postular una correspondencia estable entre deseo, prácticas e identidad, el modelo popular en Brasil parecería implicar una relación más flexible entre aquellos componentes de la vida sexual”.

Según ese planteamiento, los individuos que se identifican como heterosexuales deberían tener relaciones sexuales solamente con individuos del sexo opuesto y los homosexuales con individuos del mismo sexo. Sin embargo, algunos investigadores encontraron discrepancias entre lo que consideran identidad sexual y prácticas sexuales, tanto en hombres como en mujeres. Por ejemplo, Ross (2003) y otros encontraron que la categoría con mayor discordancia fue entre los individuos que se describieron a sí mismos como heterosexuales. Cuando sus prácticas sexuales fueron exploradas, éstos reportaron haber tenido relaciones sexuales con individuos de ambos “géneros”.¹¹ Por su parte, Malebranche (2003) ha discutido la falta de correspondencia entre identidad sexual y prácticas sexuales. A este autor le interesaba entender por qué hombres jóvenes de raza negra en Estados Unidos tenían frecuencias de infección por el VIH significativamente mayores que las presentadas por los correspondientes individuos hispanos y blancos (Centers for Disease Control, 2001). Para este autor, las medidas de riesgo, los diseños epidemiológicos y los instrumentos utilizados en los estudios pueden ser culturalmente inapropiados para abordar a hombres negros que tienen relaciones sexuales con hombres (HNSH). El problema estaría dado por una mala clasificación de las prácticas sexuales, debido a que un importante número de HNSH no habría reconocido tener prácticas homosexuales. Por ello, este autor recomienda la realización de estudios cualitativos que sean culturalmente atinados para analizar situaciones sociales sensibles en Estados Unidos, como es el caso, por ejemplo, de individuos de raza negra que al mismo tiempo tienen prácticas homosexuales. Para este autor, el deseo homosexual, el comportamiento y la identificación están influenciados por los roles de género.

Probablemente, la dificultad para que pueda establecerse una correspondencia entre identidad sexual y prácticas sexuales estiba en que los significados que éstas tienen para los individuos no se expresan automáticamente en una determinada identidad sexual. Se ha planteado que ésta es histórica, contingente, construida y cambiante (Watney,

¹¹ Cabe mencionar que se confunde la palabra “género” con la alusión al sexo biológico que distingue al hombre de la mujer.

1993). Los comportamientos homosexual y heterosexual pueden ser universales, pero las identidades homosexual y heterosexual han sido expresadas solamente en la modernidad, es decir, no son inherentes al individuo. Para Weeks (1998: 208), antes del siglo XIX, la homosexualidad existía, pero el homosexual no. Este autor sugiere que la homosexualidad ha existido en todas las sociedades y en todos los tiempos, con costumbres y normas sociales que han variado en su aceptación o rechazo. Solamente que, desde el siglo XIX, comenzando en las sociedades industrializadas de Occidente, se desarrolló una categoría homosexual distintiva, asociada a una identidad, que en este caso es la homosexualidad y el homosexual. La homosexualidad, arguye Foucault (1981: 56-57), es una categoría médica, psicológica y psiquiátrica que tuvo su origen a finales del siglo XIX, y que fue caracterizada, no por un tipo de relaciones sexuales, sino por una determinada manera de invertir en sí mismo lo masculino y lo femenino. Esto contrasta con periodos históricos anteriores a la elaboración de esta definición a principios del siglo XIX, cuando la sodomía se consideraba oficialmente como un acto que podía realizarse por cualquier hombre que se rendía ante el pecado, en el sentido religioso. En consecuencia, según Foucault (1981: 57), si el sodomita era un relapso, el homosexual era ahora una especie, una categoría nueva. Es en ese momento histórico que se inicia el proceso de las identidades sexuales.

No obstante, las identidades sexuales difícilmente pueden ser utilizadas como un concepto analítico para estudiar su correspondencia con las prácticas sexuales, en el contexto de la epidemia de VIH. Deverell y Prout (1999: 340) así lo refieren en su estudio, realizado en Inglaterra, en hombres que tienen sexo con hombres. Estos autores no encuentran relación entre identidad sexual y prácticas sexuales. Por el contrario, advirtieron la complejidad por la que las personas se identifican a sí mismas. Encontraron que las personas pueden tener las mismas prácticas sexuales, pero se identifican de diferente manera o escogen no construir ninguna identidad en relación con sus prácticas sexuales. En México, Nuñez (2001: 26) ha criticado términos identitarios como “hombres” y “jotos” que suponen roles opuestos en las relaciones sexuales. Este autor ha observado que existen discrepancias entre la identidad sexual y las prácticas sexuales, lo que ha llevado a “muchos

sujetos a resistir cualquier identidad, empezando por la identidad que connota la nominación joto”.

Por otra parte, el estudio de la masculinidad como concepto analítico resulta más fructífero en el estudio de las actividades sexuales que hombres y mujeres realizan y su relación con las prácticas sexuales y, por ende, con la epidemia de VIH. El abordaje de género, entendido como la perspectiva que analiza la relación varón-varón, varón-mujer, y mujer-mujer en un contexto social y cultural determinado, es un planteamiento que tiene décadas de existencia. No obstante, el estudio de la masculinidad es más reciente, por lo que es necesario considerarlo como un concepto en construcción, en que las dimensiones, las variables e indicadores que lo componen no están completamente establecidos (Minello, 2002: 716). El estudio de masculinidad, como parte del enfoque de género, debe ser considerado como un concepto relacional tanto en el plano individual como en el social. La masculinidad no existe sino en oposición a la feminidad. En el plano social, el género es una de las formas en que se ordena la práctica social. Otras serían, por ejemplo, las relaciones de poder y la pertenencia a determinada clase social. Para Conell (2003: 109), los procesos de género se organizan en relación con un ámbito reproductivo “definido por las estructuras corporales y los procesos de reproducción humana”. En ese ámbito reproductivo, se incluye la excitación y el comportamiento sexual, el nacimiento y cuidado infantil, y las diferencias y semejanzas sexuales. Por ello, el género se refiere a una práctica social que da cuenta de los cuerpos y de lo que éstos hacen.

Uno de los proyectos importantes en el estudio de la masculinidad que ha sido desarrollado a lo largo del siglo XX es el rol o papel sexual (Conell, 2003: 21). Este concepto supone que ser un hombre o una mujer significa poner a funcionar una serie general de expectativas asignadas a cada sexo. Según este punto de vista, en cualquier contexto cultural sobre sexualidad siempre habrá dos roles sexuales: el masculino y el femenino. Entonces, la masculinidad y la feminidad serán entendidas como roles sexuales internalizados, productos del aprendizaje social. Por lo tanto, sexo y rol social están conectados íntimamente entre sí. La masculinidad y la feminidad son definidos en

referencia a la elección del objeto con quien el individuo tendrá actividad sexual.

Las relaciones sexuales entre hombres no se dan en un vacío social y cultural, sino que obedecen a una normatividad inscrita en las expectativas sociales asignadas a cada sexo. El individuo que no sigue esta normatividad es considerado como “desviado” (Becker, 1997: 35). Para este autor, los individuos que tienen comportamiento homosexual enfrentan dificultades en cada área de la actividad social en que se asume un interés en la heterosexualidad y en una propensión al matrimonio heterosexual. Sin embargo, en México el significado asociado a estigma de aquel comportamiento, podría no ser el mismo para los autores de la actividad sexual, dependiendo del rol que desempeñan en las prácticas sexuales. Asimismo, quienes no consideran afectada su masculinidad por tener relaciones sexuales con hombres, en términos de identidad sexual, podrían estar desempeñando un importante papel como transmisores de la infección por el VIH en relación con su pareja o parejas femeninas. En este último aspecto, sería muy importante entonces, sí, realizar un análisis de género entre hombres y mujeres para entender mejor la dinámica social de la epidemia de VIH en México.

CONCLUSIONES

El comportamiento sexual y su relación con la infección por el VIH/SIDA ha sido analizado en epidemiología, estudiando las prácticas sexuales que se definen por el hecho de indagar con quién ha tenido relaciones sexuales la persona afectada. En consecuencia, lo que se consigue siguiendo ese método es la elaboración de categorías de comportamiento cerradas como homosexual, bisexual y heterosexual. En esta construcción clasificatoria de comportamientos sexuales no interesa hacer una crítica sobre el significado social de tal escala, sino sólo elaborar categorías que permiten evaluar el riesgo de infección por el VIH. El supuesto epistemológico que está detrás de este método es el de “medir” correctamente los comportamientos sexuales de las personas a fin de evaluar el riesgo de infección por el VIH. En ese sentido, los

trabajos publicados en México han reportado que los individuos pertenecientes a los grupos con prácticas homosexual y bisexual tienen riesgos significativamente mayores de infección por el VIH respecto de los individuos pertenecientes grupo con prácticas heterosexuales. Las limitaciones epistemológicas inherentes a este abordaje de los comportamientos sexuales consisten en que se asume en forma acrítica la existencia de una correspondencia entre identidad sexual, rol de género y prácticas sexuales. Diferentes autores han mostrado lo contrario, particularmente en lo relativo a la falta de correspondencia entre la identidad sexual y las prácticas sexuales. Ello ha dificultado la utilización de las identidades sexuales como concepto analítico para estudiar su correspondencia con las prácticas sexuales, en el contexto de la epidemia de VIH/SIDA. En cambio, el análisis basado en el rol de género en las relaciones sexuales entre hombres ha mostrado, de acuerdo con los estudios etnográficos realizados en México, que se trata de un concepto analítico que puede ser articulado no solamente con las prácticas sexuales, que representan los “factores proximales” a la infección por el VIH en el análisis epidemiológico basado en el estudio de riesgo, sino que también con la identidad sexual de los individuos involucrados en la epidemia de VIH/SIDA en México. Un análisis planteado en ese sentido ha sido realizado en el contexto de la epidemia de VIH/SIDA en la región del Soconusco, al sur del estado de Chiapas (Uribe, 2004).

Las implicaciones para los servicios de salud y el sistema clasificatorio de los comportamientos sexuales relacionados con los mecanismos de transmisión del VIH/SIDA en la población, son que las estadísticas que muestran las distribuciones de casos de VIH/SIDA según las categorías de transmisión por el comportamiento sexual, deben ser considerados con cautela, pues en su construcción no fueron tomados en cuenta los elementos sociales y culturales de la sexualidad masculina en México, que pueden estar interfiriendo en la asignación de los individuos a los diferentes grupos de riesgo. Expresiones como “heterosexualización” u “homosexualización” de la epidemia de VIH, basados en los resultados del sistema clasificatorio de prácticas sexuales y grupos de riesgo, deben ser analizados con una mirada crítica. A fin de discernir la dinámica de la epidemia de VIH/SIDA en México, es necesario hacer un ejercicio de deconstrucción de las

categorías clasificatorias del comportamiento sexual involucradas en la transmisión del VIH/SIDA, en el cual el presente trabajo sólo ha representado una primera aproximación al problema. El abordaje planteado en este trabajo se basa en un enfoque desde la epidemiología social que no abandona el enfoque epidemiológico basado en la red “multicausal” (no se desecha el análisis de las prácticas sexuales que son los factores proximales a la enfermedad), pero que articula el análisis de género para identificar los elementos sociales y culturales (como la identidad sexual y el rol de género, que son los elementos contextuales), involucrados en la dinámica de la epidemia de VIH/SIDA.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLPORT, G. W. (1958), *The nature of prejudice*. New York: Doubleday Anchor Books.
- AMUCHÁSTEGUI, A (2001), *The hybrid construction of sexuality in Mexico and its impact on sex education*, en *Sex Education*, vol. 1. London: Routledge, pp. 259-277.
- BACHELARD, G (1990), *La formación del espíritu científico*. México: Siglo XXI, decimosexta edición en Español.
- BECKER, H. S. (1997), *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. United States: The Free Press.
- BLOOR, M (1995), *The sociology of HIV transmission*. Great Britain: Sage Publications.
- CARRIER, J. M. (1976), “Cultural factors affecting urban Mexican male homosexual behavior”, en *Archives of Sexual Behavior*, vol. 5. Estados Unidos: Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 103-124.
- _____ (1989), “Sexual behavior and the spread of AIDS in Mexico”, en *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 10. Estados Unidos: Society for Medical Anthropology, pp. 129-142.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL (1981), “Pneumocystis pneumonia”, en *MMWR*, 30. Los Angeles, pp. 250-152.

- _____ (2001), "HIV incidence among young men who have sex with men in seven US cities, 1994-2000", en *MMWR*, 50. Los Angeles, pp. 440-444.
- CONNELL, R. W. (2003), *Masculinidades*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- COPLAN P. M., S. GORTMAKER, M. HERNÁNDEZ-AVILA, *et al.* (1996), "Human immunodeficiency virus in Mexico. Rectal bleeding and anal warts as risk factors Among men reporting sex with men", en *American Journal of Epidemiology*, vol. 144. Maryland, Estados Unidos: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, pp. 817-827.
- CURRAN, J. W., W. M. MORGAN, A. M. HARDY, *et al.* (1985), "The epidemiology of AIDS: Current status and future prospects", en *Science*, vol. 229. Estados Unidos: American Association for the Advancement of Science, pp. 1352-1357.
- DEVERALL, K. y A. PROUT (1999), "Sexuality, identity and community: the experience of MESMAC", en: Parker, R. y P. Aggleton (eds.), *Culture, society and sexuality. A reader*. London: Routledge.
- DOLL, R. y R. PETO (1981), *The causes of cancer*. Oxford: Oxford University Press.
- FISCHL, M. A. y G. M. DOCKINSON (1984). "An acquired immuno-deficiency syndrome among Haitians: An update", en *Annals of the New York Academy of Sciences*, 437, pp. 325-332.
- FOUCAULT, M. (1981), *Historia de la sexualidad*, t. 1.- *La voluntad de saber*. México: Siglo XXI.
- GOFFMAN, I. (1995), *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- GORTMAKER, S. L. y J. A. IZAZOLA (1992), "The role of quantitative behavioral research in AIDS prevention", en Sepúlveda, J., H. Fineberg, J. Mann (eds.), *AIDS. Prevention through education: a world view*. United States: Oxford University Press, pp. 37-56.
- HAYES, M. V. (1992), "On the epistemology of risk: language, logic, and social science", en *Social Science and Medicine*, vol. 35. England: Pergamon Press. pp. 401-407.

- HERNÁNDEZ-AVILA, M., P. URIBE-ZÚÑIGA, S. GORTMAKER, *et al.* (1992), “Sexual behavior and status for human immunodeficiency virus type 1 among homosexual and bisexual males in Mexico City”, en *American Journal of Epidemiology*, vol. 135. Maryland, Estados Unidos: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, pp. pp. 883-94.
- IZAZOLA, J. A. (1994), “La bisexualidad”, en *Antología de la sexualidad humana*, t. I. México: CONAPO/Porrúa, pp 633-671.
- IZAZOLA-LICEA, J. A., J. S. VALDESPINO-GÓMEZ, J. SEPÚLVEDA-AMOR (1988), “Factores de riesgo asociados a infección por VIH en hombres homosexuales y bisexuales”, en *Salud Pública de México*, 30. México, pp. 555-566.
- IZAZOLA-LICEA, J. A., J. L. VALDESPINO-GOMEZ, S. L. GORTMAKER, *et al.* (1991), “HIV-1 seropositivity and behavioral and sociological risks among homosexual and bisexual men in six Mexican Cities”, en *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, volumen 4. Estados Unidos: Lippincott Williams & Wilkins, Inc., pp. 614-622.
- IZAZOLA-LICEA, J. A., C. AVILA-FIGUEROA, S. L. GORTMAKER, *et al.* (1995), “Transmisión homosexual del VIH/SIDA en México”, en *Salud Pública de México*, 37, pp. 602-614.
- IZAZOLA-LICEA, J. A., S. L. GORTMAKER, V. DE GRUTTOLA, *et al.* (2003), “Sexual behavior patterns and HIV risk in bisexual men compared to exclusively heterosexual and homosexual men”, en *Salud Pública de México*, 45, pp. S662-S671.
- KINSEY, A. C., W. B. POMEROY, C. E. MARTIN (1948), *Sexual behavior in the human male*. United States of America: W. B. Saunders Company.
- KRIEGER, N. (1994), “Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?”, en *Social Science and Medicine*, vol. 39. England: Pergamon Press, pp. 887-903.
- _____ (2001), “A glossary for social epidemiology”, en *Journal of Epidemiology Community Health*, vol. 55. England: British Medical Association, pp. 693-700. pp. 693-700.

- _____ (2003), "Genders, sexes, and health: what are the connections- and why does it matter?", en *International Journal of Epidemiology*, Vol. 32. England: Oxford University Press, pp. 652-657.
- LANCASTER, R. N. (1988), "Subject honor and object shame: the construction of male homosexuality and stigma in Nicaragua", *Ethnology*, Volumen XXVII, Pittsburgh, EU: University of Pittsburgh, pp. 111-125.
- LAST, J. M. (2001), *A dictionary of epidemiology*. New York: University Press.
- LIGUORI, A. L. (1995), "Las investigaciones sobre bisexualidad en México", en *Debate Feminista*, Vol. 11, Año 6. México: Metis Productos Culturales, S.A. de C.V., pp. 132-156.
- LUMSDEN, I. (1991), *Homosexualidad, Sociedad y Estado en México* (traducido al Español por Luis Zapata). Toronto: Canadian Gay Archives y México: Solediciones.
- LUPTON, D. (1999), *Risk*. New York: Routledge.
- MAGIS, C., M. L. GARCÍA, G. GONZÁLEZ, *et al.* (1992), "Underreport of homosexuality affects epidemiological patterns of AIDS/HIV in a Latin America country". VI International Conference on AIDS/HIV STD Word Congress. Amsterdam (abstract PoC4768:C371).
- MALEBRANCHE, D. J. (2003), "Black men who have sex with men and the HIV epidemic: next steps for Public Health", en *American Journal of Public Health*, Volumen 93. Estados Unidos: American Public Health Association, pp. 862-865.
- Manual para la vigilancia epidemiológica VIH-SIDA* (1990). México: SSA/DGE/INDRE.
- MINELLO, N. (2002), "Los estudios de masculinidad", en *Estudios Sociológicos*, XX. México: El Colegio de México, pp. 715-732.
- MURRAY, S. O., K. W. PAYNE (1989), "The social classification of AIDS in American epidemiology", en *Medical Anthropology*, Vol. 10. Estados Unidos: Taylor & Francis, pp. 115-128.
- NÚÑEZ, G. (2001), "Reconstruyendo los placers, deconstruyendo las identidades. Antropología, patriarcado y homoheterotismos en México". *Revista Mexicana de Antropología*, Primavera-Verano. México, pp. 15-34.

- OAKLEY, A. (1972), *Sex, Gender and Society*. Great Britain: Temple Smith.
- PARKER, R. (1987), "Acquired immunodeficiency syndrome in urban Brazil", en *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 1. Estados Unidos: Society for Medical Anthropology, pp. 155-175.
- PARKER y AGGLETON (2003), "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action", en *Social Science and Medicine*, Vol. 57. England: Pergamon Press, pp. 13-24.
- PAZ, O. (1973), *El laberinto de la soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- ROSS, M. W., E. J. ESSIEN, M. L. WILLIAMS, *et al.* (2003), "Concordance between sexual behavior and sexual identity in street outreach samples of four racial/ethnic groups", en *Sexually Transmitted Diseases*, Vol. 30. Estados Unidos: JB Lippincott, pp. 110-113.
- ROTHMAN, K. J., S. GREENLAND (1998), "The emergence of modern epidemiology", en Rothman, K. J. y S. Greenland, *Modern epidemiology*. United States of America: Lippincott Williams & Wilkins, pp 3-6.
- SHY, C. M. (1997), "The failure of academia epidemiology: Witness for the prosecution", en *American Journal of Epidemiology*, Volumen 145. Estados Unidos: Oxford University Press, pp. 479-484.
- SUSSER, M. y E. SUSSER (1996), "Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms", en *Am J Public Health*, vol. 86. Estados Unidos: American Public Health Association, pp. 668-73, pp. 668-73.
- TONG, R. (1998), *Feminist tough: a more comprehensive introduction*. United States: Paperback.
- URIBE, F. (2004), *Comportamiento sexual y VIH/SIDA en sujetos masculinos. Análisis del comportamiento sexual de individuos VIH positivos como punto de partida para entender la transmisión del virus en la región sur del estado de Chiapas*. Tesis para obtener el grado de Doctor en Ciencias Sociales por el Colegio de la Frontera Norte. Tijuana, B. C., octubre de 2004.
- WATNEY, S. (1993), "Emergent sexual identities and HIV/AIDS", en Aggleton, P., P. Davies, G. Hart (eds), *AIDS: facing the second decade*. London: Falmer Press.

WEEKS, J. (1998), "La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades", en: SAS, I. y S. Lerner (Comp.), *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México: El Colegio de México, pp 199-221.

Fecha recepción: 30/04/2007
Fecha de aceptación: 21/09/2007