


Cada quien escoge su propio riesgo: políticas de riesgo, discursos científicos y prácticas sexuales en hombres gays cisgénero con VIH en Mérida

To Each His Own Risk: Risk Policies, Scientific Discourses, and Sexual Practices among Cisgender Gay Men Living with HIV in Mérida

José Ricardo Maldonado Arroyo

Recibido: 11 de julio
de 2024
Aceptado: 18 de marzo
de 2025
Publicado: 28 de abril
de 2025

Escuela Nacional de Estudios Superiores, Unidad Mérida (UNAM). Mérida, México. maldonado.arroyo.jr@gmail.com,  <https://orcid.org/0009-0008-5394-1425>

Resumen

A partir de entrevistas realizadas a hombres gays cisgénero con VIH que viven en Mérida, Yucatán, analizo el nexo entre políticas de riesgo, discursos científicos y sus prácticas sexuales. La evidencia científica de que la reducción de la carga viral hasta niveles indetectables evita la transmisión del VIH ha cambiado el panorama de la prevención, toda vez que el riesgo en las prácticas



CÓMO CITAR: Maldonado-Arroyo, José Ricardo. (2025). Cada quien escoge su propio riesgo: políticas de riesgo, discursos científicos y prácticas sexuales en hombres gays cisgénero con VIH en Mérida *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género de El Colegio de México*, 11, e1242. <http://dx.doi.org/10.24201/reg.v11i1.1242>

sexuales sin condón ya no es valorado de la misma manera. Si bien el régimen de poder-saber conformado en torno al VIH y el sida se basa en una constante actualización del conocimiento científico, las políticas de riesgo vigentes todavía dan cabida a un enfoque prescriptivo de la prevención. Los hombres gays con VIH en Mérida enfrentan el estigma de pertenecer a “grupos de riesgo”, sus prácticas sexuales son juzgadas con un código moral que los responsabiliza de su salud y la de sus parejas sexuales. Su comportamiento, además, pretende ser regulado por una ethopolítica que ha vuelto norma el uso del condón. A fin de comprender las políticas de riesgo desde la mirada de estos hombres, exploro cinco procesos relacionados con la vivencia de su sexualidad: 1) asumir su orientación sexual, 2) asimilar el diagnóstico de VIH, 3) adquirir conocimientos acerca del VIH y el sida, 4) revelar o no revelar el diagnóstico y 5) usar o no usar condón en sus prácticas sexuales. Concluyo que los hombres gays en Mérida consideran legítima su búsqueda del placer y han elaborado una ética que resignifica las categorías de dicho código moral. Decisiones como revelar el diagnóstico y usar condón son susceptibles de negociación y se toman considerando el criterio ético de que cada persona es responsable de su propia salud y su propio cuerpo.

Palabras clave: infecciones de transmisión sexual; diversidad sexual; homosexualidad; placer sexual; estigma.

Abstract

Based on interviews with cisgender gay men living in Mérida, Yucatán, I examine the relation of risk policies, scientific discourses, and their sexual practices. Scientific evidence showing that reducing viral load to undetectable levels can prevent HIV transmission has significantly changed the prevention landscape. Consequently, the risk associated with condomless sex is no longer assessed in the same way as before. While the power-knowledge regime surrounding HIV and AIDS relies on continuously updated scientific knowledge, current risk policies still adopt a prescriptive approach to prevention. Gay men living with HIV in Mérida face the stigma of belonging

to “at-risk groups”, leading to judgments about their sexual practices based on a moral code that holds them responsible for their own health and that of their partners. Moreover, their behavior aims to be regulated by an ethopolitics that has made condom use a norm. To understand risk policies from the perspective of these men, I explore five processes related to their experience of sexuality: 1) coming to terms with their sexual orientation; 2) assimilating their HIV diagnosis; 3) acquiring knowledge about HIV and AIDS; 4) choosing whether or not to disclose their diagnosis and 5) deciding whether or not to use condoms in their sexual practices. I conclude that gay men in Mérida view their pursuit of pleasure as legitimate and have developed an ethical framework that redefines the categories of the prevailing moral code. Decisions about disclosing their diagnosis and the use of condoms are negotiable, and based on the ethical principle that individuals are all responsible for their own health and body.

Keywords: sexually transmitted infections; sexual diversity; homosexuality; sexual pleasure; stigma.

Introducción

En el presente artículo examino la relación entre políticas de riesgo, discursos científicos y las prácticas sexuales de hombres gays cisgénero¹ con VIH que habitan la ciudad de Mérida, Yucatán, México, considerando la actual evidencia científica de que la reducción de copias del VIH en la sangre previene su transmisión. Siguiendo a Foucault (2003b), entiendo por discurso un complejo entramado de categorías que permite nombrar las cosas, construir y dar sentido a la realidad. El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) han cobrado existencia y significado mediante su articulación en discursos científicos. Es decir, constituyen objetos de discurso porque pueden

¹ En este artículo me refiero, exclusivamente, a hombres cisgénero. En adelante, cuando omita la especificación, debe tomarse en cuenta que no estoy incluyendo hombres transgénero ni transexuales. Esto se debe a que durante mi trabajo de campo no encontré hombres transgénero o transexuales con VIH que me compartieran su diagnóstico y me concedieran una entrevista. En las redes de personas con VIH en las que me desarrollé era habitual contactar a hombres gays cisgénero, mujeres heterosexuales transgénero y transexuales y, en menor medida, mujeres heterosexuales cisgénero.

ser nombrados, delimitados y especificados en relación con categorías preexistentes (Foucault, 2003b). Adicionalmente, su inserción en la razón y la práctica gubernamentales ha devenido en políticas de riesgo. Rose (2001, 2007) afirma que las políticas de riesgo contemporáneas pretenden controlar y administrar la vida misma calculando daños a la salud, con énfasis en la responsabilidad individual, el cuidado que cada persona procura a sí misma y a las demás, así como el grado de susceptibilidad a las enfermedades. La responsabilidad y el cuidado en relación con las prácticas sexuales de las personas con VIH ha sido una arena de tensión constante en la configuración de tales políticas.

En este sentido, sostengo que la racionalidad del régimen de poder-saber que administra procesos de salud-enfermedad relacionados con el VIH y el sida, a menudo discrepa de los referentes éticos de los hombres gays cisgénero con el virus, para quienes los mecanismos de transmisión y los métodos de prevención, en lo que respecta a sus prácticas sexuales, involucran no sólo una lógica sanitaria, sino también una dimensión sensorial y afectiva. Mi objetivo es visibilizar la manera en que hombres gays cisgénero con VIH en Mérida han vivido y transformado políticas del riesgo a través de sus prácticas sexuales y se han apropiado de discursos de base científica para tomar las decisiones respecto de revelar o no revelar su diagnóstico o usar o no usar condón. A través de entrevistas, recojo las vivencias de estos hombres para sumarlas al concierto de voces que debaten los efectos del VIH en la salud individual y colectiva, con un enfoque que resalta la agencia de sujetos subalternos. Las medidas de control y administración de la pandemia han establecido un código moral prescriptivo que compromete sus vidas en las facetas más cotidianas, las cuales exploro resaltando el nexo entre sus prácticas sexuales y la búsqueda del placer.

Las políticas del riesgo

Al iniciar esta investigación me interesaba comprender cómo los hombres gays cisgénero con VIH en Mérida definen y valoran el riesgo en sus prácticas sexuales y en qué medida lo hacen considerando conocimientos científicos. La conceptualización del riesgo, por tanto, es preponderante en mi análisis, partiendo siempre de su perspectiva como hombres cisgénero, hombres gays y personas con VIH.

El riesgo es un concepto dinámico y polisémico, atravesado por complejas relaciones de poder y que ha sido planteado desde distintas perspectivas teóricas. Mi análisis está enmarcado en el concepto de políticas de riesgo empleado por Rose (2001) para caracterizar los elementos distintivos de la biopolítica contemporánea, dirigida a identificar, manejar y administrar el riesgo en grupos e individuos susceptibles. El riesgo se establece mediante el cálculo del impacto futuro de acciones llevadas a cabo en el presente, tomando la morbilidad y la mortalidad como variables de primer orden. Adicionalmente, la posibilidad de desarrollar una enfermedad latente, como sucede en personas con VIH asintomáticas, genera un estado de incertidumbre que propicia la formulación de juicios morales. Por consiguiente, las acciones individuales y colectivas se juzgan en función de su efectividad para preservar la vida y evitar la transmisión del VIH.

Para Rose (2001) las políticas de riesgo se han transformado en biopolíticas moleculares y ethopolíticas. En el caso de la infección por VIH, la detección del virus con reactivos químicos, la inhibición de su replicación con fármacos y el monitoreo del estado de salud de las personas con VIH mediante pruebas de laboratorio remite a una escala molecular del manejo del riesgo. De igual forma, las políticas de riesgo como ethopolítica orientan a las personas con el virus a un deber ser respecto al suministro del tratamiento, sus prácticas sexuales y la reproducción sexual, sin dejar de lado el impacto del diagnóstico en otros ámbitos de la vida. Las personas que no han recibido un diagnóstico de VIH también obedecen a un *ethos* en el que el riesgo de contraer el virus está presente, lo que los lleva a desarrollar comportamientos heterogéneos en sus prácticas sexuales. Algunas perciben el riesgo en las personas con VIH o quienes consideran susceptibles de contraer la infección, otras se abocan a estrategias de autocuidado, unas más priman el placer sobre el riesgo. En cualquier caso, las políticas de riesgo apelan a un *ethos* individual que está definido por su impacto en la salud colectiva.

La perspectiva de Rose tiene puntos de coincidencia con las de otros estudios que discuten el biopoder y la biopolítica, particularmente con los planteamientos de Clarke, Shim, Mamo, Fosket, y Fishman (2010) en torno al concepto de biomedicalización. Ellas definen la biomedicalización como una transformación contemporánea de la medicina que abarca

varios procesos: la conformación de una economía biopolítica y un biocapital; un enfoque intenso en la salud, tanto de las poblaciones como a escala individual; un mayor despliegue de procesos tecnocientíficos; cambios en la generación, gestión y distribución de conocimientos; transformación de los cuerpos y producción de nuevas identidades tecnocientíficas.

Aun reconociendo la pertinencia del concepto de biomedicalización en la aproximación al VIH, mi análisis remite constantemente a las premisas teóricas tomadas de Rose. El VIH no se puede observar a simple vista. En las prácticas sexuales entra en consideración si la persona con VIH revela su diagnóstico, y la posibilidad o no de transmitirlo únicamente puede determinarse mediante procedimientos tecnocientíficos que corresponden a una biopolítica molecular. La ethopolítica, por otra parte, encierra una ética que guía el comportamiento y las decisiones en los encuentros sexuales. Ambas se conjugan en la esfera más íntima de las políticas de riesgo.

Mérida: el contexto de los hombres gay cisgénero con VIH

La zona metropolitana de Mérida es el área urbana más poblada de la península de Yucatán. Según el Censo de Población y Vivienda de 2020, en ella habitan 1 316 088 personas (Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Geografía y Estadística, 2024). Debido a que concentra gran parte de las actividades económicas y políticas de Yucatán, la ciudad ha sido un importante polo de atracción de migrantes provenientes de las zonas rurales de la región y, de modo particular, población maya. El otro gran polo es el corredor formado por Cancún y la Riviera Maya (Lizama Quijano, 2012).

Históricamente, Mérida ha mantenido una presencia importante de personas indígenas. Los datos del mismo censo revelan que 128 208 de sus habitantes hablan una lengua indígena, la gran mayoría maya yucateco, aunque también hay un creciente número de hablantes de ch'ol, tzeltal y tsotsil. Los 123 182 hablantes de maya yucateco (Gobierno de México, s/f) representan el 9.3% de la población de la zona metropolitana. Así mismo, se ha vuelto relevante la presencia de personas originarias de otros lugares del país. Entre 2015 y 2020,

100 209 personas nacidas en otras entidades, mayormente de Quintana Roo, Campeche, Tabasco, Ciudad de México y Veracruz, migraron a Yucatán, (Fernández-Martínez, 2024). La zona metropolitana de Mérida es su lugar predilecto para asentarse. Los once hombres a quienes entrevisté son reflejo de la composición sociodemográfica de la ciudad, pues cuatro nacieron en otras entidades, uno en una localidad rural de Yucatán y dos de ellos hablaban español y maya yucateco.

Sin soslayar factores socioculturales como los antes mencionados, centré mi investigación en hombres gays cisgénero debido a que forman parte del grupo poblacional con mayor prevalencia de infección por VIH en México. En 2021, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica del VIH reportó 10 380 personas con el virus en el estado de Yucatán, correspondiente a datos recopilados desde 1983. De estas personas, 8 859 (85%) eran hombres (Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles, 2022)². En 2017, la Secretaría de Salud participó en una encuesta regional acerca de la prevalencia del VIH en siete ciudades del sur de México, incluida Mérida. La prevalencia del virus fue del 20.7% en hombres que tienen sexo con hombres, 18.7% en personas transgénero y 0.8% en trabajadoras sexuales (Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida, 2018).

Por lo general, las personas con VIH que viven en Mérida reciben atención médica en instituciones públicas de salud, principalmente, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Centro Ambulatorio de Prevención y Atención de Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS). En menor número, acuden también a los hospitales del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena). Además del de Mérida, en Yucatán prestan servicios dos CAPASITS más, uno instalado en Valladolid y el otro en Ticul. Algunas organizaciones no gubernamentales ofrecen servicios de acompañamiento a personas con VIH, promoción de la salud, aplicación de pruebas rápida de detección de VIH y otras infecciones de transmisión

² Tomo estos datos estadísticos como referencia y no los más recientes debido a que corresponden al periodo en que inicié mi trabajo de campo.

sexual, así como defensoría de derechos humanos. Es común que estas mismas organizaciones se posicionen en favor de los colectivos sexo-genéricamente disidentes.

Ahora bien, los aspectos que los hombres gays cisgénero con VIH en Mérida valoran al tomar decisiones en sus encuentros sexuales están estrechamente vinculados al concepto de riesgo. Riesgo que apunta tanto a su condición de salud como a su orientación sexual y sus prácticas sexuales. A continuación, hago una revisión sucinta de la manera en que los discursos científicos, religiosos y jurídicos han contribuido a la articulación y significación de dicho riesgo en México y, de modo particular, en Mérida.

La formación del riesgo en torno al VIH

Cuando en 1981 se detectaron los primeros cinco casos de sida en Estados Unidos, todos en hombres homosexuales (Merson e Inrig, 2018), las comunidades científicas y los medios de comunicación describieron el sida como una enfermedad mortal y enfatizaron su impacto en “grupo de riesgo”. Los hombres homosexuales quedaron inmediatamente asociados a metáforas empleadas para denominar la infección como “peste gay” o “cáncer gay” (Epstein, 1996, p. 46; Sontag, 2003, p. 71). Inmigrantes haitianos y la población afroamericana fueron otros grupos estigmatizados en Estados Unidos (Merson e Inrig, 2018).

Los primeros casos en México y en Yucatán datan de 1983 (Góngora, 2000; Magis y Parrini, 2006). Actores gubernamentales, científicos, religiosos y mediáticos reprodujeron los estigmas contra el llamado “grupo de riesgo”, a menudo hombres homosexuales y bisexuales, trabajadoras y trabajadores sexuales, consumidores de drogas y gente “promiscua” (Rangel, 2015, pp. 202-203). Incluso en la actualidad, estos grupos son definidos por discursos morales e imaginarios preexistentes acerca del comportamiento sexual que, en ocasiones, han orientado el rumbo de la investigación científica.

Las comunidades científicas no han sido las únicas en establecer conexiones entre ser homosexual y el VIH. Del discurso religioso han emanado ideas punitivas y catastrofistas. La convergencia del discurso religioso y el discurso científico en esta clase de juicios morales tiene una razón histórica. La construcción moderna de la homosexualidad en México y,

particularmente, en Yucatán, se puede resumir en dos campos de formación discursiva: el primero, correspondiente al proceso de conquista y colonización, iniciado en el siglo XVI, cuando las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo eran condenadas por considerarse pecados y perversiones (Gruzinski, 1986; Sigal 2000, 2013); el segundo, iniciado en el siglo XIX, comprende la conceptualización científica de la homosexualidad como un trastorno mental y de dichas prácticas sexuales como delitos (Buffington, 1997; Monsiváis, 2003).

Ambos campos permiten explicar, además, la condena y patologización de otras formas sexo-genéricamente disidentes como el lesbianismo, la bisexualidad, la transgeneridad o la transexualidad. Las sexualidades transgresoras siguen siendo calificadas de pecado y enfermedad por algunos sectores sociales de Yucatán, a pesar de la primacía actual de los conceptos de derechos humanos y discriminación. Situación que se debe a que el surgimiento y predominio de un campo discursivo no implica la extinción de campos precedentes. Unos y otros coexisten mediante complejas rearticulaciones de conceptos y significados que se traducen en conflictos éticos y negociaciones a escala individual, familiar y comunitaria.

En el pasado reciente los discursos científicos y jurídicos han dado cabida a la normalización de la diversidad sexo-genérica. La homosexualidad comenzó a ser despatologizada cuando la Asociación Americana de Psiquiatría la eliminó del Manual Diagnóstico y Estadístico en 1973 y la Organización Mundial de la Salud la eliminó de la Clasificación Internacional de Enfermedades en 1990 (Drescher, 2015; Margolin, 2021). En el contexto local, el estado de Yucatán reconoció en 2022 el matrimonio entre personas del mismo género (H. Congreso del Estado de Yucatán, 2022, artículo 49), un paso significativo para normalizar e institucionalizar la diversidad sexo-genérica.

Paralelamente, el marco jurídico y las políticas públicas relacionados con el VIH y el sida en México se han conformado dando un carácter ambivalente al concepto de riesgo pues, por un lado, regulan tareas de prevención y atención a la salud procurando la protección de los derechos humanos de las personas con VIH, por el otro, condenan la transmisión del virus. Ejemplo de lo primero es la *Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana* (Secretaría

de Gobernación, 2 de junio de 2023), en cuyo numeral 6.3.1.1 establece el consentimiento informado como requisito para hacer la prueba de VIH y en el numeral 6.3.2.1 prohíbe solicitarla para acceder a bienes y servicios, contraer matrimonio, obtener o mantener un empleo o cualquier otro caso que impida el ejercicio de derechos, salvo que exista de por medio orden judicial.

En dirección opuesta, el artículo 199-Bis del *Código Penal Federal* (Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2024) impone una sanción de tres días a tres años de prisión y hasta cuarenta días de multa por el delito de “peligro de contagio” que puede aplicar a distintas infecciones, entre ellas, el VIH. Hasta 2021, las leyes locales en veintinueve de los treinta y dos estados de la República, incluido Yucatán, establecían delitos y penas similares³. Además, el diagnóstico de VIH era impedimento para contraer matrimonio en veinticinco estados. Las leyes locales de Yucatán contemplaban una dispensa para estos casos (Millán, 2022). Si bien ha sido inusual la aplicación de estas leyes, la criminalización de la transmisión del virus ha contribuido a conformar una ethopolítica en la que diferentes actores sociales emiten juicios condenatorios y muestran actitudes de vigilancia.

A finales de siglo XX se gestó en el discurso de los derechos humanos un cambio importante en la manera de concebir a las poblaciones consideradas susceptibles de contraer la infección por VIH: la transición de políticas públicas que hacían énfasis en el “grupo de riesgo” a otras que hacían énfasis en “grupo vulnerable. Torres Cruz (2019) advierte que la vulnerabilidad es una condición estructural que se vive de manera diferenciada según factores como el género, la orientación sexual, la pertenencia étnica, la condición migratoria o el uso de drogas, y que las personas suelen estar atravesados por más de uno. La misma condición de vivir con VIH constituye un factor de vulnerabilidad, toda vez que conduce a pensar en cuerpos abyectos y precarios. Si bien existen plumas críticas como la de Amuchástegui (2017), quien explica el paradigma de la vulnerabilidad como un efecto de la gobernanza neoliberal que subestima la capacidad de acción de las mujeres con VIH, resulta innegable que el discurso de los derechos humanos y, particularmente, la alusión a factores de

³ Si bien ofrezco datos correspondientes al tiempo en que llevé a cabo mi trabajo de campo, es importante mencionar que en enero de 2024 el Congreso de la Ciudad de México (9 de enero de 2024) derogó el delito de peligro de contagio.

vulnerabilidad social, han servido de trinchera a las personas con VIH en México para afrontar el estigma y la discriminación.

Dicho lo anterior, el panorama de las políticas de riesgo no estaría completo sin mencionar la movilización de la sociedad civil. Desde el registro de los primeros casos de sida en Mérida han existido organizaciones no gubernamentales que han impulsado acciones de atención y prevención del VIH con la consigna del combate a la discriminación, enmarcado en el discurso de los derechos humanos. La primera, formada en 1989, se llamó Asociación Regional Sureste contra el Sida (ARSCS), también conocida como Ya'ax Che'⁴ (Amigos contra el Sida, 2000). Posteriormente aparecieron la Unidad de Atención Sicológica, Sexológica y Educativa para el Crecimiento Personal (Unasse), el Oasis de San Juan de Dios, el Equipo Indignación, el Grupo Multisectorial Ciudadano (GMC), Vivir con Dignidad, Buenas Intenciones y la Red de Personas Afectadas por VIH (Repavih). Durante el periodo de mi investigación, Repavih y Unasse eran las asociaciones más activas trabajando directamente con personas con VIH.

Indetectable=intransmisible: una coyuntura en los discursos científicos

Desde 1985 se tenía conocimiento de que un fármaco, la azidotimidina (AZT), inhibía la replicación del VIH (Mitsuya, Weinholdt, Furmant, St. Clair, Lehrman, Gallo, Bolognesi, Barry y Broder, 1985), pero fue hasta 1997 que instituciones públicas de salud de México efectuaron las primeras acciones para proveer de medicamentos para tratar el virus, iniciando con los derechohabientes del IMSS. Estas acciones eran una respuesta a las protestas de organizaciones no gubernamentales en las que participaron personas con VIH (Villamil, 1997), quienes hallaron en los medicamentos antirretrovirales la posibilidad de elevar su esperanza y calidad de vida. Un par de años antes, en 1995, el equipo de investigación encabezado por David Ho demostró que la acción combinada de antirretrovirales pertenecientes a diferentes familias era más efectiva para disminuir la concentración del virus en la sangre e incrementar los conteos de linfocitos CD4 (Ho, Neumann, Perelson, Chen, Leonard y Markowitz, 1995), lo que evitaba la progresión de la infección a sida. En adelante,

⁴ Vocablo maya que significa ceiba.

el abasto oportuno de tales medicamentos se convirtió en una de las exigencias recurrentes a las instituciones públicas de salud.

Conforme las comunidades científicas desarrollaron más investigaciones acerca de los fármacos antirretrovirales, descubrieron un beneficio adicional. En 2018 un grupo de personas expertas en investigación, epidemiología y tratamiento del VIH/sida, liderado por Françoise Barré-Sinoussi⁵, publicó una declaración consensuada en la que concluyó que una persona con VIH con carga viral indetectable (en un rango de detección de 20 a 400 copias por mililitro de sangre) no transmite el virus. El grupo se basó en estudios previos entre los que destacan HPTN052, PARTNER y Opposites Attract, realizados con la colaboración de personas con VIH y sus parejas (Barré-Sinoussi, Abdool Karim, Albert, Bekker, Beyrer, Cahn, Calmy, Grinsztejn, Grulich, Kamarulzaman, Kumarasamy, Loutfy, El Filali, Mboup, Montaner, Munderi, Pokrovsky, Vandamme, Young y Godfrey-Faussett, 2018). En Suiza, desde 2008 ya existía una declaración de consenso en el mismo sentido (Vernazza, Hirschel, Bernasconi y Flepp, 2008), a la que sucedieron otras en Suecia, Canadá y Australia (Barré-Sinoussi *et al.*, 2018).

La declaración encabezada por Barré-Sinoussi, si bien no aportó conocimiento nuevo, fue relevante por haber apuntalado el eslogan indetectable=intransmisible, empleado desde 2016 en campañas de prevención del VIH (Eisinger, Dieffenbach, y Fauci, 2019). Para efectos prácticos, esto significa que los medicamentos antirretrovirales hacen las veces de tratamiento y método de prevención. La declaración no se limitó a analizar la evidencia científica existente al momento, sino que tenía el cometido de demostrar que la criminalización de la transmisión del VIH carecía de bases científicas. Dicha evidencia desarticula los argumentos que subyacen a las leyes de numerosos países que criminalizan la transmisión del VIH, incluyendo México, aunque no ha significado su extinción. En tales leyes se da por sentado que el contacto sexual con una persona con VIH implica *per se* un riesgo, sin tomar en cuenta las varias formas de prevenir su transmisión, así como la dificultad para determinar el momento en que ésta sucede.

⁵ Se le atribuye a Françoise Barré-Sinoussi y Luc Montagnier haber aislado por primera vez el VIH.

Actualmente, los medicamentos antirretrovirales están relacionados con tres estrategias de prevención: la reducción de la carga viral en personas con VIH hasta niveles indetectables, la profilaxis preexposición (PrEP) y la profilaxis postexposición (PEP)⁶. Esta última se introdujo en el país con el proyecto Implementation PrEP (ImPrEP), desarrollado entre 2018 y 2021, en Brasil, México y Perú (Veloso, Cáceres, Hoagland, Moreira, Vega-Ramírez, Konda, Leite, Bautista-Arredondo, Vinícius de Lacerda, Valdez, Farias, Lima, Zonta, Lauria, Osco, Salvatierra, Cabrera, Moreno, Cunha, Moreira, Ramos, Díaz, Guanira, Vermandere, Benedetti, Ingold, Pimenta, Torres, Grinsztejn, 2023). Sin embargo, la PrEP estuvo disponible por primera vez en Mérida a partir de 2020, año en que inició su prescripción en hospitales de segundo nivel del IMSS (IMSS, 2021). De igual forma, las comunidades científicas reconocen la utilidad del uso del condón, la circuncisión y las estrategias de reducción de riesgos, con diferentes grados de efectividad (Barré-Sinoussi *et al.*, 2018). Hago énfasis en la estrategia de prevención indetectable=intransmisible por ser coyuntural en la discusión acerca de la responsabilidad de las personas con VIH en la transmisión del virus. La forma en que los hombres gays con VIH en Mérida definen el riesgo ha sido modificada por la circulación de este conocimiento a través redes local-globales, en las que es relevante la acción de los estados, las comunidades científicas y la sociedad civil organizada.

Entiendo el conocimiento científico como un dispositivo integrado al biopoder que entraña condiciones de posibilidad en el gobierno de la vida misma, la continuidad y discontinuidad de discursos de verdad, su cohesión y dispersión (Foucault, 2005). En este sentido, la continua actualización del conocimiento científico global acerca del VIH y el sida ha derivado en vivencias múltiples y heterogéneas de la infección que se explican a partir de su localización y subjetivación. Esto lo vuelve una cuestión biopolítica cuyas interconexiones entre diferentes geografías incluyen a Mérida.

⁶ La PrEP consiste en el consumo anticipado y programado de medicamentos antirretrovirales para evitar contraer el VIH. La PEP consiste en el suministro controlado de dosis de antirretrovirales con el mismo fin, después de eventos inesperados que pudieron exponer a una persona al VIH.

Método

Obtuve la información de mi investigación, primordialmente, de entrevistas cara a cara. Entre diciembre de 2020 y enero de 2022 realicé once entrevistas estructuradas a hombres gays cisgénero con VIH que vivían en Mérida. Éstas se desarrollaron en sus domicilios o en lugares públicos donde sintieran confianza para conversar. Respecto al lugar de nacimiento, seis son originarios de Mérida y de éstos, únicamente dos han residido en la ciudad permanentemente. El resto migró más allá de las fronteras de Yucatán y México, y regresó varios años después. Cinco son inmigrantes nacionales provenientes de Chetumal, Ciudad de México, Coahuila, Puebla y Tekax. Encontré que la movilidad es un factor que puede incrementar la vulnerabilidad de estos hombres. Sus edades oscilaban entre los veintidós y los cincuenta y seis años. El hombre con más tiempo de diagnóstico recibió la noticia en 1990, mientras que el resto lo conoció entre 2009 y 2020. Salvo uno de ellos, todos habían concluido al menos el bachillerato. El de mayor escolaridad tenía título de maestría.

Todos los hombres entrevistados asumen públicamente su orientación sexual autodenominándose gays u homosexuales, por lo que prescindo del término hombres que tienen sexo con hombres empleado generalmente en estudios epidemiológicos. El número de hombres entrevistados estuvo determinado por su disponibilidad para compartir el diagnóstico de VIH y sus experiencias sexuales; información que habitualmente se reservan debido al estigma y la discriminación. Considerando lo anterior, les asigné pseudónimos para mantener el anonimato. En este tenor, mi colaboración durante los últimos veinte años con la Red de Personas Afectadas por VIH (Repavih), organización no gubernamental ubicada en Mérida, ha sido una experiencia de valor inestimable que facilitó el contacto con hombres gays cisgénero con VIH y una atmósfera de confianza durante las entrevistas. Las redes de hombres en las que me desarrollé confluyen, primordialmente, en Repavih. La confianza se construyó con la convivencia previa durante las actividades de la asociación o en otros espacios de interacción conectados con redes de hombres gay y/o con VIH. Es poco recomendable hacer una entrevista estructurada a una persona con VIH, en la que pretenda abordarse su diagnóstico y su vida sexual, sin antes haber entablado una relación al menos de camaradería.

Siguiendo el rastro de las políticas de riesgo en las prácticas sexuales de los hombres gays con VIH, exploré aplicaciones para buscar encuentros sexuales como Grindr y Manhunt⁷, además de debates en Facebook en torno a la transmisión y prevención del virus. En las aplicaciones de encuentros sexuales presté especial atención a la información de los perfiles que hacen referencia el diagnóstico de VIH, los resultados de la última prueba, el uso del condón, el “sexo a pelo” (sin condón), el consumo de PrEP y otros factores asociados al riesgo como el consumo de drogas. Llevé a cabo esta indagación siguiendo las pautas del método etnográfico trasladadas a los espacios virtuales. Estos espacios, como contexto y resultado de la interacción social, no son del todo diferentes a los espacios físicos (Boellstorff, Nardi, Pearce y Taylor, 2012; Hine, 2001). Finalmente, recurrí a fuentes de información como noticias relacionadas con el VIH/sida, la producción científica de la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY) y leyes locales y nacionales.

Mi aproximación a las prácticas sexuales de hombres gay cisgénero con VIH es consistente con enfoques de estudios antropológicos que exploran los fenómenos sociales desde la mirada de grupos subalternos. Pretendo recuperar el relato de individuos pertenecientes al llamado “grupo de riesgo” que son blanco de disposiciones gubernamentales, vigilancia epidemiológica y juicios colectivos, y cuyas opiniones, al no ser consideradas de personas expertas, se diluyen en el análisis de la pandemia.

Ejemplo notable de este enfoque es la investigación de Fassin (2007) en la que explora las vivencias de una mujer con VIH de una zona marginada de Johannesburgo, contrastándolas con las políticas de atención a la epidemia durante la administración del presidente sudafricano Thabo Mbeki. Biehl (2007), por su parte, entrevistó a varias personas con VIH usuarias de Caasah, organización no gubernamental de la ciudad brasileña de Salvador, quienes pertenecían a grupos socialmente estigmatizados, como personas en situación de calle, usuarias de drogas o que ejercían el trabajo sexual. En una economía política dominada por compañías farmacéuticas, Biehl resalta la existencia de economías locales de salvación en el que personas con VIH despliegan recursos personales, familiares y comunitarios para

⁷ Aplicaciones dirigidas a hombres homosexuales, hombres bisexuales, personas transgénero, no binarias, *queer* y cualesquiera otras orientaciones e identidades fuera de la heteronorma.

sobrevivir. Tanto en el estudio de Fassin como en el de Biehl es relevante el nexo de las decisiones gubernamentales para acceder al tratamiento antirretroviral con la construcción de una ética que orienta tales decisiones y su impacto en la vida de las personas con VIH.

Un tercer estudio hermano metodológicamente es el de Núñez Noriega (2009), quien desarrolla cuatro historias de vida de hombres indígenas originarios de Chiapas. Resulta de particular interés la historia de Cha'an K'iñ, quien vive con el VIH. Sus palabras dan cuenta del proceso de asimilación del diagnóstico en contextos en los que se intersecan diferentes formas de discriminación: “yo sí tengo muy claro, soy gay, pero no soy sólo gay, soy gay indígena y con VIH” (p. 452). En el estudio del VIH y el sida, la antropología puede generar vasos comunicantes entre enfoques macrosociales y microsociales. Sin soslayar las estadísticas, las políticas nacionales e internacionales y los grandes capitales que inciden en la pandemia, es necesario destacar la forma que ésta adquiere nombre, se materializa en cuerpos y transcurre en vidas.

Resultados de la investigación

A partir de información etnográfica, en los siguiente apartados desarrollo una explicación de las políticas de riesgo que atraviesan las vidas y prácticas sexuales de los hombres gays cisgénero con VIH en Mérida, segmentando sus experiencias en cinco procesos: 1) asumir su orientación sexual, 2) asimilar el diagnóstico de VIH, 3) adquirir conocimientos acerca del VIH y el sida, 4) revelar o no revelar el diagnóstico, y 5) usar o no usar condón en sus prácticas sexuales. Establecí este orden desde el guion de entrevistas procurando trazar una secuencia más o menos compartida de sus experiencias de vida. El trabajo voluntario previo con Repavih también me permitió identificar que tales procesos eran significativos para estos hombres, aunque siempre me mantuve abierto a escuchar otros aspectos que mencionaran durante las entrevistas.

Descubrir el deseo sexual en tiempos del sida

Francisco nació en Mérida en la década de 1960. Tuvo sus primeras experiencias sexuales a los doce años con un pariente adulto. Carecía de información sobre sexualidad. También se

involucró con mujeres, pero pronto concluyó que: “lo mío era estar con varones” (28 de febrero de 2021). Celso, por su parte, nació en Chetumal, pero se mudó a temprana edad a Mérida. Comenzó a tener relaciones sexuales sin penetración cuando tenía trece años, con un chico de quince. Celso tuvo sexo anal un año después, en un baño público. “¿Cómo me sentí? Como todo chamaco, la emoción, pues no sabía qué pasaba en ese entonces. Todo era nuevo, porque yo venía de una familia que al final del día nunca ha tocado los temas sexuales” (28 de enero de 2021).

Hombres que migraron a Mérida narraron experiencias similares. Kevin nació en Tekax, una pequeña población al sur de Yucatán, tenía catorce años cuando tuvo contacto sexual con una prima. Él afirma que se sintió culpable por hacer “cosas malas”, por la educación que recibió. La culpa desapareció en experiencias sexuales posteriores. Si el acercamiento con mujeres le causó conflicto, el acercamiento con hombres fue más complicado y, al principio, nada placentero. A su paso por la secundaria, Kevin fue acosado por un hombre adulto.

Otros hombres entrevistados compartieron experiencias similares. Eusebio es originario de la ciudad de Puebla. Tuvo sus primeros contactos sexuales cuando tenía doce años y vivía en Palenque, Chiapas. Su tía hospedaba a migrantes centroamericanos en tránsito. Mientras uno de ellos se duchaba, Eusebio le preguntó por el tamaño de su pene, los juegos sexuales desembocaron en sexo oral y, en encuentros posteriores, en coito anal. A pesar de ser un hombre hondureño de veintisiete años, Eusebio no considera que se haya tratado de abuso sexual “porque nunca me violó ni me forzó ni nada. Realmente yo también lo deseaba” (23 de febrero de 2021).

Diferencias de edad, etnia, género, orientación sexual, religión, clase social y escolaridad contribuyen a aumentar o disminuir la vulnerabilidad social de los hombres gays y explican en gran medida la variedad de experiencias, actitudes y significados en torno al sexo y el placer. Por ejemplo, cuando las primeras experiencias sexuales, siendo menores de edad, fueron con un hombre adulto, algunos entrevistados las asociaron con ciertos tipos de violencia sexual, pero otros no. En contraparte, hubo hombres que iniciaron su vida sexual en la adolescencia con personas de edad similar y con menos factores de vulnerabilidad.

Las prácticas sexuales de los hombres gays en Mérida regularmente se mantienen en la esfera privada, pero reconocer públicamente su orientación sexual (salir del clóset en términos coloquiales), implica exponerse al juicio de quienes les rodean. Todos los hombres con quienes conversé recibieron el respaldo de una o varias personas de su familia al revelar su orientación sexual y, con frecuencia, de amistades. Esto quiere decir que aun cuando tal decisión causara conflicto, contaron con el apoyo de alguien con quien mantenían vínculos afectivos o de solidaridad. Considero significativos un par de casos que involucran la paternidad. El primero, el de Francisco, quien tiene una hija adoptada y sabe de su orientación sexual. Ella creció en un hogar homoparental conformado por Francisco y su entonces pareja. El segundo caso, el de Kevin, quien, estando casado y con dos hijos, comenzó a encontrarse con un hombre:

Simplemente fue un acercamiento, una plática, luego otra plática y si nos vemos tal día. Fue como una especie de enamoramiento. No sé si llamarle de esa manera, fue un pequeño proceso. Y después hubo la relación sexual. Y todo en ese momento se me revolvió. Como que reviví en mí todo lo que en años estaba allá. Porque nunca lo negué, pero tampoco aceptaba yo que tuviera esta orientación sexual (3 de enero de 2022).

Esta experiencia hizo que Kevin tomara la determinación de separarse de quien era su esposa y asumir su orientación sexual ante la familia. Al poco tiempo, también terminó su nueva relación, pues dar prioridad a sus hijos generó conflictos: “para mí, no hay nada más importante en la vida que mis hijos. Ante todos y ante todo” (3 de enero de 2022).

En Mérida es habitual que los hombres que se identifican como homosexuales asuman públicamente su orientación sexual. Algunos conflictos surgen cuando la familia sigue convicciones y prácticas religiosas ortodoxas o estructuras heteronormativas que juegan un papel importante a la hora de definir cuándo, cómo y con quién se manifiestan sexualidades disidentes. Incluso en contextos represivos, los hombres homosexuales despliegan estrategias para vivir sus afectos y deseos, así que ser públicamente gay en Mérida se traduce en una

negociación constante de prohibiciones y concesiones. Un diagnóstico de VIH, en cambio, suele ser información que se comparte con muy pocas personas.

Encarnar el riesgo: ser gay y vivir con el VIH

La infección por VIH, al no tener una sintomatología específica ni necesariamente evolucionar a sida, tampoco puede identificarse a simple vista, es necesario recurrir a distintos métodos y tecnologías para su detección. Entre los más comunes se encuentran las pruebas serológicas (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida, 2018,). Estas pruebas constituyen la constancia de pertenencia a un grupo social y quienes lo integran prefieren invisibilizarse. Durante los primeros años de la pandemia, Susan Sontag (2003) expresó elocuentemente este proceso de estigmatización: “tener sida es precisamente ponerse en evidencia como miembro de algún ‘grupo de riesgo’, de una comunidad de parias” (p. 54). En este sentido, los hombres gays con VIH en Mérida se configuran como individuos de riesgo por partida doble: por su condición de salud y por su orientación sexual.

Ciertamente, en México existe un movimiento social de lucha contra la pandemia en el que, desde tiempos tempranos, las personas con VIH participan de manera pública (García, Gutiérrez y Espinosa, 2022), sin embargo, éstas son excepciones. Lo habitual es que las personas con VIH den a conocer su diagnóstico a pocas personas. Lo anterior, obedece a que la subjetivación de las personas con VIH se cimienta en la conciencia de llevar en sus cuerpos un agente infeccioso perceptible a escala microscópica que, aun en estado asintomático, es causa de segregación. Bajo estas condiciones, las relaciones interpersonales, especialmente las que involucran placer y afecto, se tornan problemáticas desde un inicio.

Por las razones mencionadas, a menudo los hombres gays con VIH en Mérida han llevado solos el proceso de asimilación del diagnóstico, cuando buscan acompañamiento, eligen personas dispuestas a comprender su condición de salud, sin desestabilizarse emocionalmente ni emitir juicios condenatorios. No es extraño, por tanto, que algunos oculten su diagnóstico al círculo familiar más cercano, a otros, condiciones de urgencia médica los obligaron a comunicarlo a sus familiares. En 2009 Jorge fue hospitalizado por salmonelosis. Le hicieron varios análisis, entre ellos el de VIH. Su mayor preocupación no

era por la salmonela, sino por la pérdida de sensibilidad en piernas y brazos causada por un daño en las capas de mielina. No podía caminar, por lo que le dieron de alta del hospital en silla de ruedas. En estos contextos, las redes familiares suelen ser efectivas para cubrir las necesidades inmediatas de atención a la salud, pese a las diferencias que pudieran surgir en la valoración moral de la situación.

Los casos detectados en los primeros años de la pandemia estuvieron marcados por el desahucio, pues no existía tratamiento para el VIH. Gonzalo, diagnosticado en 1990, refiere sus primeras impresiones: “¿Qué se sabía? Nada más que te ibas a morir, es todo lo que se sabía porque no había gran cosa” (12 de abril de 2021). En casos recientes, la reacción de las familias refleja distintos modos de enfrentar la situación. Alfonso recibió la noticia apenas en 2019 y se sintió obligado a confesarle a su madre que tenía VIH porque lo encontró tomando su tratamiento:

Mi mamá entra y dice: ¿qué estás tomando? Hola, mamá, tengo VIH. Y pues es el típico llorar, por qué te pasa esto, por qué no me lo dijiste. Terminé contándole todo. Nos sentamos a llorar juntos y me dice que está orgullosa de mí porque no imagina que alguien de corta edad, como lo era yo en ese entonces, como lo sigo siendo, haya sido capaz de atravesar todo eso sin ayuda alguna (19 de diciembre de 2020).

En contraste, cuando Demetrio, diagnosticado en 2017, compartió a su padre su condición de salud y simultáneamente su orientación sexual, la reacción fue violenta:

Bueno, sí, soy maricón. Me gusta que me cojan. Él estaba ebrio y ni siquiera sé si se molestó. Ni siquiera sé si le dio igual [...] Después de unos días llegó todo salvaje, aporreando mesas, rompiendo puertas y ventanas, vasos. Hubo pelea porque quería saber quién me infectó. Quería matar a ese hombre, aunque ni siquiera yo sé quién me infectó (1 de febrero de 2021).

Comunicar el diagnóstico de VIH a sus parejas sentimentales, cuando las hay, es otro momento clave en la formación del *ethos* que determina la negociación de las responsabilidades sexuales y afectivas. Reservarse el diagnóstico por temor a ser rechazados es una premisa fundada tanto en los discursos dominantes acerca de la sexualidad, como en las experiencias sexuales posteriores al diagnóstico. Esta negociación es particularmente relevante cuando se trata de la pareja sentimental y ésta responde con cuestionamientos, temor a contraer el virus o, en caso de tener el mismo diagnóstico, responsabilizando al otro. En una relación sexoafectiva el VIH puede ser un factor de cohesión ante la adversidad o motivo para disolverla. Para Bernardo, el término de su relación de once años no fue inmediato, pero se deterioró paulatinamente con el diagnóstico.

Llega esta prueba, yo salgo positivo, él sale negativo. Entonces, lógicamente, hubo una infidelidad. Sexo fuera de la relación. No sé si por parte de él la hubo, por mi parte sí la hubo. Entonces él se enteró, no sólo me fuiste infiel, sino que, además, pescaste esto (28 de diciembre de 2020).

Por el contrario, el cobijo de la pareja y la disposición a mantener la relación fortalece el sentido de confianza de los hombres gays con VIH porque sus sensaciones y emociones prevalecen sobre los temores alimentados por las ideas de contagio y peligro. De igual forma, las organizaciones de personas con VIH, las que se dedican a tareas de prevención y atención del virus o defensa de los derechos humanos, son agentes que pueden contrarrestar el estigma y la discriminación. Algunos entrevistados mencionaron a Repavih como una asociación que ha contribuido a acelerar la aceptación de su diagnóstico, donde han entablado amistades y, en ocasiones, han hallado pareja sexual o sexoafectiva. Rabinow (1996) y Rose (2007) proponen el término de biosocialidad para designar la solidaridad que nace de una condición de salud compartida y crea comunidad. Bernardo lo expresa de la siguiente manera: “el hecho de ver que otras personas comparten mi misma condición hace mi carga menos pesada” (28 de diciembre de 2020).

Las narrativas anteriores confirman que los temores ante el VIH no son inspirados únicamente por sus efectos en el sistema inmunológico, sino también por sus significados. Sontag (2003)

llama la atención acerca de metáforas bélicas que, en el caso del sida, han alimentado la idea de que la sociedad debe protegerse de una amenaza. El VIH “ataca” el sistema inmunológico que, a su vez, despliega las “defensas” del cuerpo. Por extensión, el VIH “ataca” a la sociedad. Con ciertas coincidencias, Gilman (1988) sostiene que las enfermedades se codifican a través de la construcción social de categorías y su interiorización. Estas categorías se articulan configurando representaciones de las enfermedades y, aún más importante, de los pacientes. El efecto más pernicioso de tales metáforas y representaciones se da cuando las personas con VIH conciben su cuerpo como el alojamiento de una infección que amenaza a la sociedad. En otras palabras, cuando interiorizan que el riesgo reside en ellas, no en el virus.

Buscar el conocimiento desde abajo

En planteamientos pioneros de la década de 1990, Epstein (1996) reconoce que la búsqueda del conocimiento desde abajo constituye un factor sobresaliente en la comprensión del estudio científico del VIH y el sida. El conocimiento científico, desde esta óptica, no es patrimonio de un grupo privilegiado. Su producción e interpretación están ligadas al encuentro entre personas especializadas y no especializadas, entre distintas estrategias, posiciones y actores sociales. Epstein resalta el papel de activistas enrolados en movimientos sociales que han cuestionado las implicaciones de ciertas categorías científicas, así como la aplicación del conocimiento biomédico.

Por mi parte, pongo el acento en la agencia de personas con VIH que, sin involucrarse necesariamente en el activismo, gestionan modos de obtener conocimientos científicos, reproducirlos, interpretarlos y aplicarlos a su vida. En este sentido, los hombres con quienes conversé han atravesado un proceso educativo de carácter empírico, obligados por la necesidad de conocer los factores que determinan su condición de salud. Las consultas, las pruebas de laboratorio y el consumo rutinario de medicamentos antirretrovirales los sitúan en el espacio de las biopolíticas contemporáneas. En éste los agentes expertos, que incluyen desde personal de salud hasta grandes farmacéuticas, se atribuyen la autoridad para indicar los modos de optimizar procesos vitales (Rose, 2007).

Para los hombres gays que entrevisté, la relación médico-paciente es significativa en el proceso de aproximación al conocimiento científico, toda vez que el personal médico suele ser la primera fuente confiable de información sobre el VIH y el sida. Sin embargo, existen más fuentes de información: instituciones educativas y de salud, organizaciones no gubernamentales, medios de comunicación, Internet, otras personas con VIH y, por supuesto, la experiencia propia. Todas ocupan un lugar en los dispositivos de saber-poder. Con la circulación del conocimiento científico acerca de la infección y el incremento de la esperanza de vida de las personas con VIH, éstas sortean el estigma y la discriminación con mayor capacidad de agencia que en el pasado y el aprendizaje es notorio en sus palabras:

Actualmente, ya te puedo decir cuáles son los medios de transmisión, cómo no se transmite, lo que significa la carga viral, lo que significa indetectable, cómo se checan los análisis de sangre y el medicamento que tomas, los efectos del medicamento. No soy experto, pero sí conozco más de lo que conocía antes (Bernardo, 28 de diciembre de 2020).

Son tres maneras las oficiales [en que se transmite el VIH]. Vía perinatal, que tiene que ser de madre a hijo. Pero si se detecta a tiempo, se evita. Se le dan antirretrovirales a la madre y tiene que ser cesárea. Vía sanguínea, a través de una transfusión, agujas, tatuajes, piercings, etcétera. Y la vía sexual, que es a través del sexo sin protección (Ignacio, 18 de diciembre de 2021).

El grado de conocimiento acerca del VIH y el sida es variable y depende tanto de las posibilidades de acceder a él como de factores que motivan o desalientan a los hombres gays con VIH a emprender su búsqueda. Celso, por ejemplo, conoce los pormenores de su estado de salud, pero no necesariamente se siente capaz de explicarlos: “hasta ahorita tampoco entiendo mucho de la carga viral y los CD4. Sólo sé que soy indetectable” (28 de enero de 2021). Si bien los hombres entrevistados abordan el conocimiento científico con diferente profundidad y no siempre con precisión, todos son capaces de describir mecanismos de transmisión y métodos de prevención del VIH, descartar aquellos que no se sostienen con

evidencia científica y están conscientes de que la carga viral indetectable evita la transmisión del virus.

Evadir el estigma: razones para revelar u ocultar el diagnóstico de VIH

El temor al rechazo es la razón aducida con mayor frecuencia por hombres gays con VIH en Mérida para reservarse el diagnóstico en sus encuentros sexuales. El rechazo puede significar desde la negativa a tener contacto sexual hasta dar por terminada una relación sentimental. Si bien los discursos e imaginarios en torno a la sexualidad codifican dicho temor, son las experiencias sexuales y afectivas las que propician su interiorización. La idea de que el riesgo reside en sus cuerpos se actualiza cada vez que experimentan el rechazo. Cuando Helio compartió su diagnóstico a un hombre que lo frecuentaba, éste perdió el interés:

Conocí a un chico: Mario, nos estuvimos viendo como cinco meses. Venía cada domingo a dormir a la casa, se iba el lunes en la mañana, casi cada semana [...] No usábamos condón. Desde el primer día no utilizamos condón [...] El caso es que yo decidí decirle que tengo VIH. Le dije: tengo que confesarte algo, me dijo: yo también, él me confesó primero que era bisexual, que tenía sexo con mujeres y con hombres, ¿no te molesta? Le digo no, para nada. Y cuando yo le confesé que tenía VIH, dejó de venir. A pesar de que durante esos cinco meses se hizo la prueba y salió negativo (21 de abril de 2021).

Se dan casos en que un hombre gay con VIH habla con franqueza a su pareja acerca de su condición de salud quien, tiempo después, también es diagnosticado. En estas circunstancias hay mayores posibilidades de aceptar la noticia sin que se convierta en un evento disruptivo. Además, algunas parejas serodiscordantes deciden tener prácticas sexuales sin condón, incluyendo coito anal, como una manifestación de confianza y afecto. Que ambos terminen compartiendo el diagnóstico de VIH puede ser una posibilidad contemplada de antemano. Eusebio recuerda a su pareja fallecida y cómo ambos llegaron a compartir el diagnóstico:

Yo empiezo con Néstor un febrero de 2007, para noviembre, diciembre de ese año me vengo a vivir acá, a su casa. Cuando me quedaba yo acá y hacía limpieza encontré unas pastillas, investigué en internet para ver qué eran y eran retrovirales. Obviamente, casi el primer año que estuve con él, siempre nos protegimos. Me imagino que él ya sabía su situación y trató de cuidarme, hasta que un día yo le dije: ya somos pareja, me vale madres. Creo que a él no le importó y empezamos a tener sexo sin preservativo. Me ofrecen un trabajo en Tabasco, en Villahermosa, da la suerte que él termina de trabajar donde estaba antes y se va conmigo para allá. Para una de las campañas que hacen de detección del VIH me hacen la prueba rápida en Villahermosa. Me dice la chica: saliste positivo, pero no te espantes [...] Yo ya me imaginaba porque sé que Néstor tiene esa condición, ya va para un año que tenemos sexo. No me agarró de sorpresa (23 de febrero de 2021).

Para comprender mejor los motivos que llevan a un hombre gay con VIH a ocultar su diagnóstico, es necesario ahondar en el concepto de estigma. Goffman (2006) define los estigmas como marcas que desacreditan a las personas con base en atributos físicos, de carácter o por pertenecer a una comunidad. La estigmatización responde a una doble perspectiva que depende del tipo de cualidad estigmatizante. Si es evidente, la persona es *desacreditada*, si es difícil de percibir, tiene la posibilidad de mantenerse *desacreditable*. Debido a que el VIH es imperceptible a simple vista, pone a los hombres entrevistados en calidad de desacreditables. Revelar su diagnóstico implica enfrentar abiertamente el estigma, mientras que mantenerlo oculto los protege, los hace menos vulnerables. Vulnerables no sólo en relaciones sexuales y afectivas, sino también en las que entablan en la familia, el trabajo, las escuelas, las instituciones religiosas, los servicios de salud, los deportes y en casi cualquier ámbito de interacción social donde son susceptibles de ser discriminados.

El entorno de discriminación motivó a que las normas mexicanas protejan el derecho de las personas con VIH a no declarar su condición de salud, exceptuando aquellas leyes que exigen la prueba para contraer matrimonio o penalizan la transmisión del virus. Al margen de tales disposiciones las personas con VIH enfrentan la presión social de revelar su diagnóstico, como

consecuencia de la idea, bastante extendida, de que sus parejas sexuales deben saberlo para proteger su salud. Lo anterior pasa por alto la efectividad de las actuales medidas de prevención y los periodos de ventana de las pruebas durante los cuales no es posible detectar el virus. Al respecto, existe una especie de consenso entre los hombres entrevistados sobre los criterios para revelar el diagnóstico a una pareja sexual:

Cuando tienes sexo, ¿revelas que tienes VIH?

Kevin: Si es ocasional, no. Siento que no tengo por qué decirle a todo el mundo, sólo por un encuentro sexual, que tengo VIH.

¿Y cuándo sí?

Kevin: Cuando veo un prospecto, cuando ya llevo una cierta relación. Cuando veo que la situación va más en la relación de pareja que un encuentro ocasional. Por ejemplo, con este que es mi pareja, no se lo dije al principio. Se lo dije después, cuando vi que la cosa iba en serio (3 de enero de 2022).

La confianza, el afecto y el interés por iniciar o mantener una relación sentimental son elementos que los hombres gays con VIH en Mérida consideran para elegir a quién y cuándo compartir el diagnóstico. Si el contacto sexual es ocasional o sin fines de compromiso, rara vez dan ese paso. El reposicionamiento de estos hombres ante las políticas de riesgo parte de apropiarse tanto del conocimiento científico como de sus derechos para argumentar por qué se reservan el diagnóstico, sin embargo, son políticas de afecto las que terminan de darle sentido a su decisión.

Mi análisis estaría incompleto sin mencionar las tecnologías de la información y la comunicación que han modificado las estrategias para establecer contacto sexual en el mundo contemporáneo. En Yucatán, este escenario ha sido abordado en relación con el trabajo sexual masculino (Vera, Duarte, Valadez, Pavía y Kantún, 2023). Yo me aboco a interacciones en las que las personas informan su diagnóstico de VIH o negocian la posibilidad de usar o no usar condón. En aplicaciones para buscar encuentros sexuales como Grindr,

Manhunt, Scruff o BBRTS⁸ es posible hacer una declaración pública del diagnóstico, situación que salió a relucir en algunas entrevistas y constaté entrando a las dos primeras. En numerosos perfiles se hace mención del estatus de VIH y el consumo de PrEP. En otros, sencillamente, se omite esta información.

En las aplicaciones para buscar encuentros sexuales el manejo selectivo de la información (puedes señalar que vives con VIH y, a la vez, ocultar el rostro) y la identificación con el otro (las personas usuarias pertenecen a grupos al margen de la heteronorma, algunas tienen el virus) permiten a los hombres gays comunicar el diagnóstico con menos temor al rechazo. De cualquier forma, el estigma está presente, la idea del contagio también. En algunos perfiles de Grindr, por ejemplo, se buscan personas “sanas” e indican la última fecha de la prueba de VIH.

El dilema de revelar u ocultar el diagnóstico estriba en la dificultad de conciliar las decisiones de cada hombre gay con VIH con un código moral compuesto por un sistema de valores y reglas de acción dominantes. Es un equívoco considerar que éstos significan lo mismo para todas las personas o que conducen sus acciones de la misma forma (Foucault, 2003a). Los hombres entrevistados negocian sus intereses y la búsqueda del placer elaborando una ética que resignifica las categorías del dicho código moral, anteponiendo los riesgos de revelar su diagnóstico al riesgo entendido como contagio.

Usar o no usar condón: una ethopolítica más allá del riesgo

Gilman (1988) llama la atención acerca de representaciones de las enfermedades en las que es posible hallar distinciones entre “buenos” y “malos” pacientes. Siguiendo la misma lógica, cuando son “buenos” pacientes, los hombres gays con VIH acuden a sus revisiones clínicas, se apegan al tratamiento, no consumen drogas ni alcohol y usan condón en todas sus prácticas sexuales; los “malos” pacientes hacen lo contrario. En términos biopolíticos, igual puede distinguirse entre “buenos” y “malos” ciudadanos. Las ethopolíticas modernas determinan

⁸ Esta es una aplicación de personas que buscan *cruising* (sexo en espacios públicos) y *bareback* (sexo sin condón).

pautas de comportamiento en las que los pacientes gozan de derechos y, a la vez, están obligados a cuidar su propio cuerpo (Rose, 2007).

Puesto que las campañas de prevención del VIH han vuelto el uso del condón sinónimo de cuidado y responsabilidad, no pasa inadvertido que todos los hombres entrevistados refieran haber tenido prácticas sexuales sin condón. Algunos para explicar la manera en que contrajeron la infección por VIH; otros, haciendo memoria de prácticas en las que decidieron incidentalmente o de manera planeada no usar condón; unos más, para declarar abiertamente su preferencia por ese tipo de práctica. Estos hombres han invertido la ethopolítica de la prevención del VIH para poner el acento, no en sus decisiones, sino en las de los demás:

Si no lo quiere usar es problema de la otra persona, no tuyo. Es decisión de la otra persona. Porque tú, vivas o no vivas con VIH, a esa persona le tiene que valer. Tiene que hacerse responsable de su sexualidad. Al final, creo que cada quien escoge su propio riesgo. Y así como escoges tu propio riesgo, también tienes que entender que aceptar las consecuencias de esos riesgos y de lidiar con ello (Helio, 21 de abril de 2021).

Tampoco sería atinado generalizar respecto a la frecuencia del uso del condón en hombres gays con VIH. Para Alfonso usar condón es una regla aceptada y acordada. Cuando lo entrevisté, él mantenía una vida sexual activa con una pareja sin diagnóstico de VIH: “la verdad es que hasta la fecha tenemos nuestros acuerdos de cuidarnos sí o sí, no importa lo que pase” (19 de diciembre de 2020). A menudo el uso del condón está orientado por el mismo criterio ético, el cuidado de la propia salud, y los mismos saberes y conocimientos respecto a las infecciones de transmisión sexual. Algunos de los hombres que aseguran usar condón con regularidad lo hacen porque es una forma de prevenir infecciones como la sífilis, la gonorrea o la hepatitis B. Otras veces establecen una diferenciación en el cuidado: cuando se trata de la pareja no usan condón, cuando es otra persona, sí. En este cálculo de riesgos consideran, además de los mecanismos de transmisión de infecciones, la confianza que surge en una relación de pareja. En sentido similar, el conocimiento de que la carga viral

indetectable evita la transmisión del VIH se ha vuelto una herramienta para el cuidado de sí mismos, más que de otras personas, cuyas decisiones cuestionan:

Yo soy indetectable desde hace mucho tiempo. Entonces, cuando tengo relaciones digo: yo me voy a cuidar. Porque independientemente de que la otra persona se quiera cuidar o no, ya es responsabilidad de cada quién. Yo así lo pienso. Cuando he tenido relaciones sexuales sin condón ha sido porque la otra persona lo quiere así. Yo digo: hay esto. No importa. A veces he pensado cuando ha pasado algo así y me da temor a mí también porque digo ¿será que igual es seropositivo y no lo dice? (Kevin, 3 de enero de 2022).

Cuando acuerdan prácticas sexuales sin condón, incluso con quienes no existe una relación sentimental, los hombres gays con VIH valoran aspectos que, en ocasiones, devienen en políticas de afecto. Para Jorge la integridad de la persona y la confianza que le inspira es fundamental para permitirse tener coito sin condón, experiencia que considera íntima. Ahora bien, es innegable que esta práctica sexual también responde a la búsqueda del placer. Helio lo expuso mientras razonaba por qué le detectaron VIH:

Sabía que yo era de un grupo de alto riesgo por mis prácticas sexuales y, sobre todo, porque me gusta el sexo sin condón [...] No es que yo lo hiciera como ruleta rusa, a ver cuándo me va a tocar, no. Simplemente me gusta el sexo sin condón, es la manera natural de hacerse. Sí, lo practiqué muchas veces, sexo sin condón y, pues, fue la consecuencia (Helio, 21 de abril de 2021).

Esta concepción del placer coincide con la asociación que Esparza Escalante y Núñez Noriega (2024) encontraron entre el erotismo, ciertas prácticas sexuales y la transmisión del VIH en hombres que tienen sexo con hombres de Catamarca, Argentina. Uno de los aspectos erotizables que reta las regulaciones de lo sexual es la penetración y la eyaculación sin condón. A las sensaciones derivadas del contacto directo de la piel y el intercambio de fluidos sexuales se les atribuye la capacidad de provocar mayor placer. A su vez, Reynolds (2008) halló, analizando la interacción en espacios virtuales, que algunos hombres asocian el semen

de otros hombres con VIH con la procreación, el poder y la conexión que podría resultar de compartir el virus.

Dado que las prácticas sexuales sin condón en hombres gays con VIH son incompatibles con un enfoque prescriptivo de la prevención, existe una tendencia a ocultarlas. Por más de treinta años el condón fue la única herramienta efectiva para prevenir la transmisión del VIH, así que su uso se volvió norma entre los hombres gays. Declarar el gusto por el coito “desprotegido”, pero, sobre todo, que una persona con VIH lo haya llevado a la práctica, puede interpretarse como un acto para provocar daño intencionalmente. No hallé indicios de que los hombres entrevistados persiguieran semejante objetivo, ni siquiera mencionaron haber participado como *gift-givers*⁹ en prácticas de *bugchasing* (García-Iglesias, 2022). Por el contrario, la mayoría tuvo dificultades para reanudar su vida sexual después del diagnóstico debido al temor de transmitir el virus.

Sin embargo, existen condiciones que hacen posible que algunos de ellos reconozcan el placer experimentado en prácticas sexuales sin condón. En primer lugar, la transmisión difusa del código moral dominante que ha permitido a los hombres gays con VIH en Mérida juzgar con una ética distinta el uso del condón; en segundo lugar, la reinterpretación de la prevención del virus a la luz de los recientes hallazgos científicos (indetectable=intransmisible, PrEP); en tercer lugar, el surgimiento de espacios virtuales cada vez más concurridos donde el coito sin condón es una alternativa que se ofrece, se negocia e, inclusive, se promueve.

Una vez más, es pertinente subrayar los cambios propiciados por las aplicaciones para buscar encuentros sexuales donde, además de declarar abiertamente su diagnóstico, los hombres gays con VIH pueden acordar tener coito anal sin condón, mejor conocido en estas aplicaciones como “*bareback*” o “sexo a pelo”. Incluso, hallar personas que consumen PrEP. Adicionalmente, las aplicaciones para buscar encuentros sexuales han facilitado y extendido lazos de biosocialidad entre hombres gays con VIH o, cuando menos, la comunicación entre

⁹ Denominación anglosajona para referirse a quienes “dan el regalo”, es decir, personas con VIH que participan en prácticas sexuales cuyo objetivo es transmitir conscientemente el virus. Estas prácticas se conocen como *bugchasing* y quienes desean recibir el “regalo” se denomina *bugchasers*.

ellos. Es importante mencionar que varios de los hombres entrevistados prefieren entablar relaciones sexuales y afectivas con hombres que igual viven con el virus. Ignacio me relató su primer encuentro sexual después del diagnóstico. Fue con otro hombre gay con VIH:

Fui a su casa. Se supone que íbamos a pasar la noche porque se iba a quedar solo y no quería estar solo. Y dije: sí, te acompaño. Se dio la cosa, las cosas se fueron dando, hasta que llegamos a la penetración. ¿Cómo me sentí? Pues, yo bien. Sólo le dije: no usaste condón. Sí, pero ya estás tomando tus pastillas (18 de diciembre de 2021).

Los hombres gays con VIH que entrevisté consideran legítima su búsqueda del placer, sea con condón o sin él. En varias ocasiones enunciaron los siguientes criterios para no usarlo: el deseo de experimentar el placer de este tipo de prácticas, la iniciativa de la otra persona para tenerlas o el grado de confianza que les despierta, compartir el mismo diagnóstico, tener una carga viral indetectable, la intención de reforzar lazos afectivos con la pareja y la premisa de qué riesgos y responsabilidades se asumen conscientemente. En su búsqueda del placer, la decisión de usar o no usar condón se toma después de poner en una balanza la salud, las sensaciones y las emociones, así como el riesgo y la responsabilidad que, en última instancia, son compartidos.

Reflexiones finales: hacia la resignificación del riesgo

El estudio antropológico de las prácticas sexuales de las personas con VIH contribuye a cuestionar conceptos como: “grupo de riesgo” o “prácticas de riesgo” planteados desde el discurso biomédico. En esta investigación identifiqué cuatro premisas del código moral dominante que pretende regular las prácticas sexuales de los hombres gays cisgénero con VIH en Mérida: 1) el entendimiento de las decisiones en las prácticas sexuales como un coherente cálculo de riesgos y responsabilidades; 2) la supeditación del deseo y el placer al cuidado de la salud; 3) la idea de que la transmisión del VIH puede constituir un daño infringido intencionalmente por quien conoce su diagnóstico; 4) una construcción aséptica del placer

que establece el uso del condón como norma y otorga un lugar secundario al deseo, las sensaciones y los afectos.

En las ciencias biomédicas es usual dar una lectura prescriptiva a la prevención del VIH, es decir, pretender corregir y prevenir prácticas consideradas dañinas a la salud, especialmente aquellas que prescindan del condón. Esta ethopolítica se plantea en función de un bien superior: preservar la salud individual y colectiva y, sobre todo, la vida misma. Razonamiento comprensible en el marco de una pandemia que ha cobrado tantas vidas. Considero necesario renovar esta mirada para comprender cómo *son* las prácticas sexuales antes de establecer cómo *deben ser*. Reconocer que las prácticas sexuales persiguen múltiples propósitos, como el placer o el reforzamiento de vínculos afectivos, y no únicamente la seguridad que provee la asepsia del condón. Ante tales premisas, los hombres entrevistados negocian el placer colocando en primer lugar la responsabilidad que cada quien debe asumir respecto a su salud, así como el riesgo de exponerse al estigma y la discriminación si revelan su diagnóstico.

La etnografía como método puede rescatar las voces de quienes encarnan el riesgo y, siendo legos, se apropian del conocimiento producido y administrado por grupos de personas expertas. Es importante destacar que el mismo régimen de poder-saber del que emergen códigos morales prescriptivos, permite a los hombres gays cisgénero con VIH en Mérida resignificar sus experiencias sexuales y elaborar una ética en la que el riesgo y las responsabilidades se reparten. Estos hombres ahora disponen de saberes y conocimientos científicos, así como de tecnologías (condones, pruebas de laboratorio, medicamentos antirretrovirales) que les brindan mayor capacidad de agencia. En años recientes se añadió la evidencia científica que respalda el eslogan indetectable=intransmisible, lo que confiere una renovada racionalidad a sus criterios éticos. Esta evidencia ha aportado al proceso de desestigmatización de la condición de vivir con el VIH y ha rebatido los argumentos para criminalizar su transmisión.

No deseo dar la impresión equivocada de que pretendo desalentar la promoción del condón como estrategias de prevención. Mi interés es aportar evidencia etnográfica de que existen prácticas y significados que obedecen a otras lógicas. Los hombres gays con VIH que

entrevisté han usado condón en sus prácticas sexuales, unos de modo más consistente que otros. Otros han optado conscientemente por tener sexo sin condón, ya sea de manera eventual o reiterada. Volver norma el uso generalizado del condón entendido como un acto de responsabilidad individual para lograr el bien colectivo entraña un ejercicio normalizado e institucionalizado del poder. Por el contrario, valorar las decisiones tomadas con autonomía respecto al propio cuerpo es un principio sugerido por los hombres que entrevisté y que vale la pena considerar al abordar estrategias de detección, atención y prevención del VIH.

Referencias bibliográficas

Amigos Contra el Sida. (2000). *Sida hoy 2000*. México: Amigos Contra el Sida.

Amuchástegui, Ana. (2017). Gobernanza neoliberal en la epidemia del VIH/sida en mujeres en México: los efectos del paradigma de la vulnerabilidad. *Estudios Sociológicos de El Colegio de México*, 35(104), 343-371. <https://doi.org/10.24201/es.2017v35n104.1511>

Barré-Sinoussi, Françoise; Abdool Karim, Salim S.; Albert, Jan; Bekker, Linda-Gail; Beyrer, Chris; Cahn, Pedro; Calmy, Alexandra; Grinsztejn, Beatriz; Grulich, Andrew; Kamarulzaman, Adeeba; Kumarasamy, Nagalingeswaran; Loutfy, Mona R.; El Filali, Kamal M.; Mboup, Souleymane; Montaner, Julio S. G.; Munderi, Paula; Pokrovsky, Vadim; Vandamme, Anne-Mieke; Young, Benjamin y Godfrey-Faussett, Peter. (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. <https://doi.org/10.1002/jia2.25161>

Biehl, João. (2007). *Will to Live: AIDS Therapies and the Politics of Survival*. Princeton: Princeton University Press.

Boellstorff, Tom; Nardi, Bonnie; Pearce, Celia y Taylor, T. L. (2012). *Ethnography and Virtual Worlds: A Handbook of Method*. Princeton: Princeton University Press.

Buffington, Rob. (1997). Los jotos: Contested visions of homosexuality in modern Mexico. En Daniel Balderston y Donna J. Guy (Eds.), *Sex and sexuality in Latin America: An Interdisciplinary Reader* (pp. 118-132). New York: New York University Press.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (2024). *Código Penal Federal*. México: Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/CPF.pdf>

Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. (2018). *Guía para la detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)*. México: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida/Secretaría de Salud.

Clarke, Adele E.; Shim, Janet K.; Mamo, Laura; Fosket, Jennifer y Fishman, Jennifer R. (2010). Biomedicalization: A theoretical and substantive introduction. En Adele E. Clarke, Laura Mamo, Jennifer Fosket, Jennifer R. Fishman y Janet K. Shim, (Eds.), *Biomedicalization: Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* (pp. 1-44). Durham: Duke University Press.

Congreso de la Ciudad de México III Legislatura. (9 de enero de 2024). Congreso CDMX deroga delito de peligro de contagio del Código Penal. <https://www.congresocdmx.gob.mx/comsoc-congreso-cdmx-deroga-delito-peligro-contagio-codigo-penal-5065-1.html>

Dirección de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Transmisibles. (2022). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH. Informe histórico de VIH 4to trimestre 2021*. México: Dirección General de Epidemiología-Subsecretaría de Prevención de la Salud-Secretaría de Salud. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/710892/VIH-SIDA_4totrim_2021.pdf

Drescher, Jack. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565–575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>

Eisinger, Robert W.; Dieffenbach, Carl W. y Fauci, Anthony S. (2019). HIV viral load and transmissibility of HIV infection. Undetectable equals untransmittable. *Journal of the American Medical Association*, 321(5), 451-452.
<https://doi.org/10.1001/jama.2018.21167>

Epstein, Steven. (1996). *Impure Science: Aids, Activism, and the Politics of Knowledge*. Berkeley: University of California Press.

Esparza, Miguel Ángel y Núñez, Guillermo. (2024). Experiencias sexuales homoeróticas en el contexto catamarqueño: clandestinidad y VIH. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(14), 58-80.
<https://revistas.inah.gob.mx/index.php/antropologiasexual/article/view/21143>

Fassin, Didier. (2007). *When Bodies Remember. Experiences and Politics of AIDS in South Africa*. Berkeley: University of California Press.

Fernández-Martínez, Yolanda. (2024). Verticalidad y expansión urbana en Mérida, Yucatán, México: aproximaciones desde la hipermodernidad y la normatividad. En Yadira Méndez-Lemus, Antonio Vieyra y Cinthia Ruiz-López (Coords.), *Nuevas geografías de la urbanización en México. Transformaciones territoriales en las periferias de ciudades intermedias* (pp. 91-130). Cuernavaca: Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias-Universidad Nacional Autónoma de México.

Foucault, Michel. (2005). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad de saber*. México: Siglo XXI Editores.

Foucault, Michel. (2003a). *Historia de la sexualidad. 2. El uso de los placeres*. México: Siglo XXI Editores.

Foucault, Michel. (2003b). *La arqueología del saber*. México: Siglo XXI Editores.

García, Miguel; Gutiérrez, Alejandro y Espinosa, Ismael. (2022). La sociedad civil organizada y la lucha contra el sida en México, 1983-2004. En Miguel García, Juan Carlos Mendoza-Pérez y Héctor Salinas (Coords.), *Los efectos sociales del VIH y el sida en México. Cuatro décadas de pandemia* (pp. 25-66). México. Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México/Historia de las Ciencias y las Humanidades.

García-Iglesias, Jaime. (2022). *The Eroticizing of HIV. Viral Fantasies*. Cham: Palgrave Macmillan.

Gilman, Sander L. (1988). *Disease and Representation: Images of Illness from Madness to AIDS*. Ithaca: Cornell University Press.

Gobierno de México. (s/f). Principales lenguas indígenas habladas por la población de 3 años y más en Mérida. *Data México*.
<https://www.economia.gob.mx/datamexico/es/profile/geo/merida-993101#population-and-housing>

Goffman, Ervin. (2006). *Estigma La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Góngora, Renán A. (2000). La infección de VIH y el SIDA en Yucatán: un análisis situacional basado en la investigación. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, 20(6), 207-213.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/micro/ei-2000/ei006a.pdf>

Gruzinski, Serge. (1986). Las cenizas del deseo: homosexuales novohispanos a mediados del siglo XVII. En Sergio Ortega (Ed.), *De la santidad a la perversión o de por qué no se cumplía la ley de Dios en la sociedad novohispana*. México: Grijalbo.

H. Congreso del Estado de Yucatán. (2022). *Código de Familia para el Estado de Yucatán*. Mérida: Unidad de Servicios Técnico-Legislativos-Secretaría General del Poder Legislativo.

Hine, Christine. (2001). *Virtual Ethnography*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.

Ho, David D.; Neumann, Avidan U.; Perelson, Alan S.; Chen, Wen; Leonard, John M. y Markowitz, Martin. (1995). Rapid turnover of plasma virions and CD4 lymphocytes in HIV- 1 infection. *Nature*, 373, 123-126. <https://doi.org/10.1038/373123a0>

Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS. (2021). Instrumenta IMSS el PrEP como un método eficaz de prevención para reducir la incidencia de casos nuevos por VIH. <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202110/455>

Lizama, Jesús J. (2012). Del pueblo a la urbe. El perfil maya de la blanca Mérida. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

Magis, Carlos y Parrini, Rodrigo. (2006). Nuestra epidemia: el sida en México 1983-2002. En *Sida: aspectos de salud pública. Manual*. México: Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida/Instituto Nacional de Salud Pública.

Margolin, Leslie. (2021). The third backdoor: How the DSM Casebooks pathologized homosexuality. *Journal of Homosexuality*, 70(2), 291-306. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.1945340>

Merson, Michael e Inrig, Stephen. (2018). *The AIDS Pandemic: Searching for a Global Response*. Durham: Springer.

Millán, Rodolfo. (2022). La legislación mexicana en torno al VIH y el sida. En Miguel García, Juan Carlos Mendoza-Pérez y Héctor Salinas (Coords.), *Los efectos sociales del VIH y el sida en México. Cuatro décadas de pandemia* (pp. 89-109). México. Facultad de Medicina-Universidad Nacional Autónoma de México/Historia de las Ciencias y las Humanidades.

Mitsuya, Hiroaki; Weinhold, Kent J.; Furman, Phillip A.; St. Clair, Marty H.; Lehrman, Sandra N.; Gallo, Robert C.; Bolognesi, Dani; Barry, David W. y Broder, Samuel. (1985). 3'-Azido-3'-deoxythymidine (BW A509U): an antiviral agent that inhibits the infectivity and cytopathic effect of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus in vitro. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 82(20), 7096-7100.

Monsiváis, Carlos. (2003). The 41 and the Gran Redada. En Robert McKee Irwin, Edward J. McCaughan y Michelle Rocío Nasser (Eds.), *The Famous 41. Sexuality and Social Control in Mexico, c. 1901* (pp. 139-168). New York: Palgrave MacMillan.

Núñez, Guillermo. (2009). *Vidas vulnerables. Hombres indígenas, diversidad sexual y VIH-sida*. México: Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo.

Rabinow, Paul. (1996). *Essays on the Anthropology of Reason*. Princeton: Princeton University Press.

Rangel, Yesica. (2015). Narrativas del riesgo respecto del VIH/sida en México. De letal a crónica y del estigma a los derechos humanos. *Revista de El Colegio de San Luis*, (9), 200-2019. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1665-899X2015000100200&script=sci_abstract

Reynolds, Ellie. (2008). 'Pass the cream, hold the butter': Meanings of HIV positive semen for bugchasers and giftgivers. *Anthropology & Medicine*, 14(3), 259-266. <http://dx.doi.org/10.1080/13648470701694693>

Rose, Nikolas. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First century*. Princeton: Princeton University Press.

Rose, Nikolas. (2001). The politics of life itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1-30. <https://doi.org/10.1177/02632760122052020>

Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano, Consejo Nacional de Población, Instituto Nacional de Geografía y Estadística. (2024). *Metrópolis de México 2020*. México: Secretaría de Desarrollo Agrario, Territorial y Urbano/Consejo Nacional de Población/Instituto Nacional de Geografía y Estadística.

Secretaría de Gobernación. (2023). Diario Oficial de la Federación, DOF. (2 de junio). Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA-2023, Para la prevención y el control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5690938&fecha=02/06/2023#:~:text=NORMA%20Oficial%20Mexicana%20NOM%2D010,virus%20de%20la%20inmunodeficiencia%20humana.&text=En%20la%20elaboración%20de%20esta,y%20Desarrollo%20del%20Sector%20Salud.&gsc.tab=0

Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. (2018). *Informe nacional del monitoreo de compromisos y objetivos ampliados para poner fin al sida (Informe GAM)*. México: Secretaría de Salud/Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida.

Sigal, Pete. (2013). Sodomy. En Evonne Levy y Kenneth Mills (Eds.), *Lexikon of the Hispanic Baroque. Transatlantic Exchange and Transformation*. Austin: University of Texas Press.

Sigal, Pete. (2000). *From Moon Goddesses to Virgins: The Colonization of Yucatecan Maya Sexual Desire*. Austin: University of Texas Press.

Sontag, Susan. (2003). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.

Torres, César. (2019). Biomedicina, vulnerabilidad, género y cuerpo en vínculos erótico-afectivos serodiscordantes en la Ciudad de México. *Debate Feminista*, 57, 36-58. <https://doi.org/10.22201/cieg.2594066xe.2019.57.04>

Veloso, Valdiléa G.; Cáceres, Carlos F.; Hoagland, Brenda; Moreira, Ronaldo I.; Vega-Ramírez, Hamid; Konda, Kelika A.; Leite, Iuri C.; Bautista-Arredondo, Sergio; Vinícius de Lacerda, Marcus; Valdez, José; Farias, Alessandro; Lima, Josué N.; Zonta, Ronaldo; Lauria, Lilian; Osco, Cesar; Salvatierra, Hector; Cabrera, Yovanna; Moreno, Ricardo; Cunha, Marcelo; Moreira, Júlio; Ramos, Alessandra; Díaz, Steven; Guanira, Juan V.; Vermandere, Heleen; Benedetti, Marcos; Ingold, Heather L.; Pimenta, M. Cristina; Torres, Thiago S.; Grinsztejn, Beatriz. (2023). Same-day initiation of oral pre-exposure prophylaxis among gay, bisexual, and other cisgender men who have sex with men and transgender women in Brazil, Mexico, and Peru (ImPrEP): a prospective, single-arm, open-label, multicentre implementation study. *The Lancet* 10(2), e84-e96. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-3018%2822%2900331-9>

Vera, Ligia; Duarte, Miguel; Valadez, Nina; Pavía, Norma y Kantún, Jorge. (2023). *El trabajo sexual masculino en internet en Mérida, Yucatán*. Mérida: Universidad Autónoma de Yucatán.

Vernazza, Pietro; Hirschel, Bernard; Bernasconi, Enos y Flepp Markus. (2008). Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. *Bulletin des Médecins Suisses*, 89(5), 165-169. <https://gaispositius.org/wp-content/uploads/2021/04/Declaracion-suiza.pdf>

Villamil, Jenaro. (3 de abril de 1997). Demanda de amparo del Frenpavih para garantizar el derecho a la salud. *Letra S: Salud, Sexualidad y Sida*, s/p.

JOSÉ RICARDO MALDONADO ARROYO

Doctor y maestro en Ciencias Antropológicas por la Universidad Autónoma de Yucatán (UADY). Licenciado en Historia por la misma universidad. Ha hecho investigación relacionada con diversidad sexo--genérica, políticas públicas y VIH/sida, estudios culinario-gastronómicos y migración. Ha impartido clases de licenciatura en la Escuela Nacional de Estudios Superiores (ENES) Unidad Mérida, perteneciente a la UNAM, y en la Facultad de Ciencias Antropológicas de la UADY. Fue investigador asociado del Centro de Investigaciones Regionales Dr. Hideyo Noguchi de la UADY entre 2012 y 2013 y responsable del Telebachillerato Comunitario del Estado de Yucatán entre 2013 y 2016. Es coautor de libros, autor de capítulos de libros y publicaciones de divulgación científica en revistas digitales y medios noticiosos. Es integrante de la Asociación de Historiadores de las Ciencias y las Humanidades. Actualmente desarrolla una estancia posdoctoral en la ENES unidad Mérida con el proyecto “Corredores culinario-gastronómicos, turismo y gentrificación en Mérida y Valladolid, Yucatán”.