



**CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS,
URBANOS Y AMBIENTALES**

**Infecciones de transmisión sexual en México:
la influencia de las relaciones de género en la construcción del riesgo**

Tesis presentada por:

Cecilia Inés Gayet

Para optar por el grado de:

DOCTORA EN ESTUDIOS DE POBLACIÓN

Directora de tesis:

Dra. Fátima Juárez Carcaño

México D.F.

Agosto de 2011



CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRÁFICOS, URBANOS Y AMBIENTALES

Constancia de aprobación

Directora de tesis: Dra. Fátima Juárez Carcaño

Aprobada por el jurado examinador:

Dra. Fátima Juárez Carcaño

Dr. Carlos Conde González

Dra. Ivonne Szasz

Dr. Carlos Magis Rodríguez

Dr. Juan Guillermo Figueroa Perea (suplente)

PREFACIO, AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Esta tesis ha tenido muchos devenires, transitando a brincos por caminos paralelos o distantes. El trabajo de campo se realizó en tres años, pero requerí unos múltiplos más para poner en orden los hallazgos. Recordando a Julio Cortázar, probé varias formas de presentación como modelo para armar. Finalmente, se impuso la secuencia según fuentes de datos, a pesar de las advertencias de mi amigo Santiago Carassale. El reto fue entonces lidiar con la pregunta de mi profesora Ivonne Szasz (o el cuestionamiento del Dr. Roberto Castro, agudo lector de un artículo previo de esta investigación) sobre cómo se relaciona la historia con el discurso actual de los jóvenes. ¿Eran dos investigaciones independientes?

La historia de la feminización de las infecciones de transmisión sexual (ITS), idea con la que tropecé en la biblioteca de El Colegio de México al encontrar el sugerente libro de Mary Spongberg, que reconstruí e interpreté a partir de distintas fuentes documentales mexicanas, no parecía lineal. La esquematicé en distintas etapas desde el Porfiriato hasta fines del siglo XX con el hallazgo de que un nuevo período histórico incluía ideas originales, recuperaba algunas de la época anterior y excluía otras. Sin embargo, lejos de tener una forma evolutiva como los paradigmas de Kuhn, donde el nuevo paradigma surge cuando logra explicar lo que en el anterior eran anomalías, la sucesión de ideas en esta historia tenía una forma a primera vista caótica. El surgimiento de una etapa estaba marcado por la preponderancia de nuevas ideas, algunas veces sin la exclusión definitiva de las contradictorias ideas anteriores, pero en otros casos con la desaparición cortante de las ideas de la etapa previa. Hasta allí la perspectiva de Kuhn todavía funcionaba como un estadio pre-paradigmático. Pero lo que marcaba la diferencia es que en etapas posteriores regresaban ideas que las etapas anteriores habían excluido. Esto sí quedaba fuera de la lógica de evolución. Así se mostraba la aparición reiterada de algunas ideas dando saltos en el tiempo y llegando a la actualidad. Esas ideas, persistentes a pesar de múltiples intentos de cancelarlas, fueron las que despertaron mi interés, y las denominé las ideas del esquema primario. Aunque me había resistido al pensamiento parsoniano, al sistémico y al estructuralista francés, ahora me parecía que lo relevante era explicar la funcionalidad de ese esquema primario de ideas estereotipadas que se resistía a dejar de existir. El Luhmann pre-sistémico de los textos de Riesgo y Confianza, con un pensamiento cercano a los fenomenólogos sociales, y los fenomenólogos mismos desde Husserl a Berger y Luckman, me dieron la clave. La utilización de estereotipos históricamente conformados para guiar las acciones resultaba funcional para los sujetos en la vida cotidiana. Los sujetos necesitan interpretar la realidad que los rodea a partir de simplificaciones (reducciones de complejidad) que son aprendidas desde que nacen en el contexto social donde se forman. Ese marco social, que sostiene las reducciones de complejidad, se elabora y reelabora históricamente. Estas simplificaciones les permiten a los sujetos tomar cursos de acción, como por ejemplo, percibir en qué situaciones se encuentran en riesgo y decidir las acciones de respuesta (algunas veces de forma protectora, otras con mayor exposición al riesgo). Pero las reducciones de complejidad no se realizan libremente. Se apoyan en las inequidades existentes en la sociedad, y las teorías sobre el género daban la explicación de por qué se hace de una manera y no de otra. Había encontrado el nexo teórico entre las diferentes partes: el sistema de género relacionado con la sexualidad operaba como titiritero de las ideas en los dos órdenes de discursos (histórico y actual). Las mentalidades históricas y los discursos de los jóvenes son dos expresiones de una misma forma de contender con el riesgo de ITS, basada en el sistema de género preponderante.

Me quedaba todavía pendiente el reclamo que hacía el Dr. Michel Bozon a los estudios de sexualidad centrados en las ideologías y que no tienen en cuenta las prácticas. Tenía también que mostrar las prácticas que acompañan a las ideas. Y, entonces, a la investigación cualitativa agregué el análisis de una encuesta con jóvenes universitarios en función del argumento principal. Esto es, el tema del uso y del no uso de protección de las infecciones de transmisión sexual según el tipo de pareja, que implica una caracterización de la pareja de acuerdo a la pertenencia o no a los grupos de riesgo estereotipados. Esta es la historia de esta tesis que duró 10 años en terminarse, los tres primeros dedicados al diseño y la recopilación de información, los dos siguientes para los primeros intentos de redacción y cinco más para la maduración y redacción final.

Los agradecimientos se multiplican como panes en el desierto. Gracias a las instituciones que apoyaron las distintas facetas de la investigación. La Fundación Sasakawa me otorgó la beca para la realización del doctorado en El Colegio de México. La Fundación Ford, a través de una beca gestionada por el Instituto Nacional de Salud Pública, me otorgó el financiamiento necesario para la investigación histórica. El Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) y el Programa de Salud Reproductiva, ambos de El Colegio de México, me otorgaron financiamientos para el trabajo con jóvenes universitarios. Entre los apoyos no monetarios, agradezco a la coordinación del doctorado en Estudios de Población de El Colegio de México, y en particular a la Dra. Edith Pacheco, haberme permitido realizar una estancia en la London School of Hygiene and Tropical Medicine donde, con el apoyo y guía de la Dra. Fátima Juárez, tuve contacto con investigadores especializados en infecciones de transmisión sexual, realicé las primeras búsquedas bibliográficas y aprendí los métodos de investigación cualitativa. Agradezco al Instituto Nacional de Salud Pública, especialmente al Dr. Carlos Conde, la posibilidad de realizar este trabajo en el marco de una investigación mayor, por lo cual obtuve los permisos necesarios para entrevistar a los jóvenes en la Universidad y compartí la encuesta realizada por los investigadores del proyecto. En la etapa de redacción de la tesis, agradezco a la institución donde trabajo, la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO México) la autorización para tomar un año sabático a fin de concluir este proceso.

Agradezco a muchas personas que me ayudaron de manera directa con la tesis. A Fátima Juárez, mi maestra y directora, quien funge como mi guía y compartió siempre con toda generosidad sus conocimientos y experiencias, me enseñó con paciencia las técnicas y leyó cuidadosamente cada borrador. A Carlos Conde, que me cobijó en el Instituto Nacional de Salud Pública para realizar el trabajo de campo, me enseñó sobre pruebas de laboratorio de ITS (¡y me puso la bata blanca para realizarlas!), me mostró en el microscopio un treponema y acompañó este proceso hasta el final. A Ivonne Szasz, cuyas enseñanzas sobre género y sexualidad impregnaron la idea de esta investigación, quien me introdujo en este campo de estudio, se mantuvo alerta todo el tiempo de la tesis y leyó con avidez el documento. A Carlos Magis, que revisó el documento final como lector externo y por quien tuve acceso a las bases bibliográficas y de datos para elaborar el estado del arte de la epidemiología de las ITS. A Juan Guillermo Figueroa que destinó tiempo a la lectura del documento para participar como lector suplente. Gracias a Miguel Sánchez Alemán, investigador del Instituto Nacional de Salud Pública, con quien compartí las horas de trabajo en Cuernavaca y que generosamente me facilitó la encuesta con jóvenes. A Javier Arzuaga, que me asesoró en el andamiaje teórico y fue el primer revisor de cada capítulo sin ser parte del comité de tesis. A Santiago Carassale e Ívico Ahumada quienes me sugirieron

literatura clave sobre decisión racional limitada. A Daniel Campione, quien a la distancia me asesoró sobre teoría de la historia e historia de las mentalidades. Agradezco también a Nalleli Uribe García, quien con total dedicación me apoyó con la tarea de ubicación, copiado y fichado de los textos históricos, y a Gabriela Machuca, quien realizó de forma excelente la transcripción de las entrevistas con los jóvenes. Gracias a Alejandra Franco Cañas, que me ayudó desde los cursos del doctorado con las gestiones administrativas. Un agradecimiento especial a los jóvenes estudiantes de la Universidad Autónoma de Morelos que me contaron sus más íntimas historias.

Como herencia intelectual, agradezco al Dr. Enrique Hernández, cuyas ideas revolotean cual mariposas dentro y fuera de mi cabeza desde mi carrera en filosofía en la Universidad de Buenos Aires. Al profesor Roberto Walton de la Universidad de Buenos Aires, quien hace más de 25 años me enseñó a leer a los filósofos fenomenólogos desde Kant a Husserl y sus discípulos y nunca supo la huella que había dejado en mí. La tesis también le debe mucho a las ideas de Roger Bartra sobre la ideación del otro, del salvaje. Gracias a sus clases en la FLACSO México leí Viernes o los limbos del Pacífico de Michel Tournier, que me acompañó en la auto-reflexión de la tarea emprendida. A la Robinsón fue mi relación con los datos de esta investigación, a veces poniéndoles orden y controlándolos, otras veces sumergida en la laguna de lodo dejando que ellos se desparramaran sin mi intervención. La enseñanza para el cuidado de las palabras de los otros en la historia se la debo a Mario Ruz, que me introdujo en el arte de la etnología histórica. Más recientemente, las conversaciones con Michel Bozon y sus publicaciones marcaron mi pensamiento.

Agradezco a quienes me insistieron una y otra vez que terminara esta tesis (Patricio Solís, Carolina Rosas, Liliana Martínez, Ivico Ahumada, Michel Bozon, Graciela Bensusan, Carlos Echarri, Santiago Carassale, Karina Ansolabehere, Daniel Vázquez, Abby Madrigal, Tatiana Sorókina, Sara Makowsky y muchos etcéteras).

Gracias a Carito también por ser la tía Carolina que me acompañó todos los años en el Colegio y después. A Lucho Zagaglia, nuestro más antiguo amigo en tierras extranjeras por los múltiples apoyos en todos estos años.

Miles de gracias a Mara Lamadrid, que me ayudó incondicionalmente cuando más lo necesité y me hizo sentir que podía dedicarme a otras cosas, como los estudios de población, que me hacían más fácil la batalla contra la muerte.

Esta tesis está dedicada a Javier, quien me apoyó en este emprendimiento doctoral cuando estábamos atravesando uno de los momentos más difíciles de nuestra vida y sin cuya ayuda no la hubiera terminado. Porque soportó mis ataques de angustia cuando creí que no podía ponerle fin. Porque me guió intelectualmente en la parte teórica. Por la vida compartida.

Y, por sobre todo, está dedicada a Joaquín, que en estos años de doctorado y tesis pasó de ser el niño pequeño de cinco años que no comprendía por qué su mamá tomaba clases siendo adulta a ser el adolescente de hoy que pregunta extrañado por las investigaciones que realizo. Es quien me renueva con un abrazo amoroso cada mañana antes de irse a la escuela y merece que le heredemos un mundo mejor, más justo y sin discriminación. A Joaquín, que lo merece todo.

RESUMEN

La pregunta central de esta tesis es por qué los jóvenes a pesar de tener información sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las formas de prevenirlas, se exponen a las mismas en las relaciones sexuales que no buscan la reproducción. Investigaciones previas habían puesto el acento en las construcciones simbólicas que modelan la percepción del riesgo, y en particular la feminización de las ITS, como obstáculos para la prevención. Se había afirmado que en el transcurso de la historia ha ocurrido una larga operación simbólica de situar a las infecciones de transmisión sexual en el ámbito de un grupo particular de mujeres (las ‘prostitutas’ y las ‘locas’).

La hipótesis de esta investigación ha sido que las construcciones culturales sobre las relaciones de género presentes en la sociedad mexicana impiden una conceptualización del riesgo que lleve a la prevención sistemática de las ITS en las prácticas sexuales. Una hipótesis adicional es que esta visión impediría la percepción del riesgo y la práctica protegida en cada una de las relaciones sexuales y dificultaría el diseño de políticas de prevención de las ITS dirigidas a la población en general. El objetivo general es, por una parte, conocer cómo en las políticas de salud y en el discurso médico académico mexicano se han construido conceptos y grupos de riesgo a partir de estereotipos de género y, por otra parte, identificar cuál es la noción de riesgo de contraer una ITS construida por un grupo particular de jóvenes estudiantes universitarios de Morelos y la derivación que esta construcción tiene en la adopción de prácticas protegidas. Esta investigación trata sobre la construcción social e histórica del riesgo de ITS en el contexto mexicano, influida por los estereotipos de género, que se pone en práctica en las percepciones e interacción sexual de jóvenes universitarios de México.

Se utilizaron distintas metodologías para la investigación. Para poner en contexto el riesgo de ITS, desde la perspectiva epidemiológica se realizó una síntesis de los hallazgos de prevalencias de ITS en la población mexicana, y se presentaron los resultados de las prevalencias encontradas en jóvenes universitarios de Morelos. Desde el enfoque de historia de las mentalidades, se realizó el análisis de discursos médico-salubristas durante el siglo XX, registrado en publicaciones médico-científicas y de salud pública, y en las políticas y legislación. A partir de la metodología socio-demográfica, se analizó una encuesta de comportamientos sexuales y prevalencia de ITS realizada con estudiantes universitarios de la

Universidad Autónoma de Morelos en el año 2001, y se realizaron 46 entrevistas en profundidad y seis grupos focales.

Entre los principales resultados destaca que tanto la investigación histórica como la de jóvenes universitarios mostraron el uso de estereotipos de género en la construcción de los riesgos sexuales, y en especial sobre las ITS. El esquema primario que considera a las trabajadoras sexuales como fuente o reservorio de ITS aparece con distintas características a lo largo de un siglo de historia de las mentalidades médico-salubristas y en los discursos de los jóvenes universitarios. Las políticas diseñadas para atender el problema de las ITS en función del esquema primario privilegiaron el control de las trabajadoras sexuales, incluso con el aislamiento o encarcelamiento de las mismas, dejando a los hombres en total libertad. Esta concepción también influyó en las prácticas preventivas de las y los estudiantes universitarios; por un lado los hombres usaron sistemáticamente condón con las trabajadoras sexuales, y por otro, muchos aseveraron que si no estaban en contacto (de manera directa los varones o indirecta las mujeres) con las mujeres ‘infectantes’, no consideraban la necesidad de prevenirse de ITS. Una de las razones para la resistencia al cambio del esquema primario es que se apoya en un sistema de género tradicional sobre la sexualidad, imperante en la sociedad, que parece a su vez persistente y difícil de modificar.

En contraste con los argumentos del esquema primario, aparecen otras formas de concebir el riesgo de ITS, tanto en los discursos históricos como en los de los jóvenes. Estos argumentos ponen el énfasis en que los hombres también infectan a las trabajadoras sexuales y que el control exclusivo de ellas es una injusticia y una inmoralidad. En algunos momentos de la historia se concibe que toda la población está en riesgo de contraer y transmitir ITS y en otros momentos se pone el acento en algunos grupos ‘de riesgo’ y/o ‘vulnerables’. Las políticas que se derivan de estos argumentos sobre población general o grupos de riesgo y/o vulnerables se han enfocado en las distintas etapas en educación sexual, certificado médico prenupcial, delito de contagio, búsqueda sistemática de casos (embarazadas, recién nacidos), registro de casos y búsqueda de contactos, censos serológicos, dispensarios antivenéreos, recomendaciones como ‘conocer los antecedentes sociales de la pareja’, tratamientos preventivos con antibióticos, control de la sangre de donadores, promoción y distribución de condones. Entre la mayoría de los jóvenes, se considera que si no se tiene relación con los grupos construidos como ‘riesgosos’, no habrá riesgo de ITS. Los resultados de la encuesta

muestran la distorsión en la percepción del riesgo de aquellos estudiantes que resultaron positivos a alguna de las ITS.

En la última década del siglo XX, se posiciona la noción de las prácticas sexuales (coito, sexo oral o anal sin condón) como sustituta de los grupos. Se señala que la identificación de grupos de riesgo lleva a la discriminación y que es el principal obstáculo para una correcta evaluación personal del riesgo, ya que lleva a pensar a las ITS en los grupos específicos y no en el mundo inmediato que rodea al sujeto. Las nuevas políticas buscan llegar con mensajes de prevención a todas las personas que puedan tener prácticas de riesgo, sin necesidad de incluirlas en grupos. En los discursos de los estudiantes universitarios, unos pocos jóvenes consideraron el riesgo de ITS por las prácticas (coito, sexo oral o anal sin condón) y no por grupos de población. Y también se advierte que es difícil que los jóvenes perciban el riesgo por parejas previas, pero hay ya algunos ejemplos de esto.

La distancia entre información y experiencia, por un lado, y la elaboración de las explicaciones y justificaciones, por el otro, da cuenta de la existencia de una operación cultural que trata de procesar la inconsistencia entre los dos ámbitos. Esta matriz cultural tiene un carácter generalizado, acrítico y resistente, y es a su vez una construcción histórica, que se actualiza, reformula y reconstruye intersubjetivamente de manera cotidiana. El riesgo construido de contraer una ITS focalizado en la búsqueda de culpables, exhibe el vínculo entre esa construcción social y el sistema de género tradicional imperante en la sociedad mexicana. Las políticas y las prácticas preventivas centradas en grupos han debilitado la posibilidad de una construcción del riesgo basada en probabilidades más objetivas y en estrategias más eficaces. Las simplificaciones aportadas por las recetas a la mano en tanto guiones culturales e intersubjetivos y, entre ellas, la disponibilidad de estereotipos de género sobre las ITS ampliamente extendidos en la sociedad, constituyen un escollo difícil de salvar para una construcción del riesgo alternativa basada en la coherencia, la eficacia y la equidad. En suma, aún sabiendo la existencia de las ITS, teniendo información sobre la forma de transmisión y, lo que es más importante, la forma de prevención, los jóvenes estudiantes universitarios de Morelos se exponen a la infección por la existencia de una matriz cultural que los hace verse inmunes siempre que se aparten del ‘mal’ construido por una reducción de complejidad basada en mitos, prejuicios y discriminaciones.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO 1. LOS DARDOS HACIA EL CENTRO DE LA DIANA: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	1
1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	2
1.2. LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. UNA BREVE DESCRIPCIÓN	2
1.3. ANTECEDENTES: LA FEMINIZACIÓN DE LAS ITS.....	4
1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	15
1.5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
CAPÍTULO 2. PARE(SER) Y TIEMPO: ELEMENTOS TEÓRICOS SOBRE LA CONSTRUCCIÓN DE RIESGOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DECISIONES DE PROTECCIÓN	19
2.1. EL RIESGO Y LA CONFIANZA SOCIALMENTE CONSTRUIDOS.....	20
2.2. ACCIÓN SUBJETIVA FRENTE A LOS RIESGOS PERCIBIDOS.....	26
2.3. LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO Y DECISIONES DE PREVENCIÓN EN LA INTERACCIÓN SEXUAL.....	40
2.4. CLAVES INTERPRETATIVAS PARA LA INVESTIGACIÓN	50
CAPÍTULO 3. LOS CAMINOS DE LA CIENCIA NO SON INESCRUTABLES: METODOLOGÍAS DE LA INVESTIGACIÓN	53
3.1. METODOLOGÍA DE LA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA	53
3.2. METODOLOGÍA DE LA PERSPECTIVA HISTÓRICA	55
3.3. METODOLOGÍA DE LA PERSPECTIVA SOCIO-DEMOGRÁFICA.....	58
CAPÍTULO 4. EL RIESGO OBJETIVADO: PANORAMA DE ALGUNAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN MEXICANA.....	65
3.1. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍFILIS EN MÉXICO EN DISTINTAS POBLACIONES	66
3.2. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE HERPES SIMPLE-2 EN MÉXICO EN DISTINTAS POBLACIONES.....	67
3.3. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN MÉXICO EN DISTINTAS POBLACIONES	68
CAPITULO 5. LAS FUENTES Y LOS CÁNTAROS: LA CONSTRUCCIÓN DE RIESGOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LAS MENTALIDADES MÉDICO-SALUBRISTAS DURANTE EL SIGLO XX.....	79
ANTES DE 1900. ANTECEDENTES. EL LEGADO DE MAXIMILIANO	81
1877-1910. EL PORFIRIATO. LA INFLUENCIA FRANCESA EN LA POLÍTICA PÚBLICA PARA LA SALUD SEXUAL. LAS PROSTITUTAS Y LOS MILITARES. REGLAMENTO DE LA PROSTITUCIÓN	82
1911-1924. LOS GOBIERNOS DE LA REVOLUCIÓN. LA LEY SOBRE RELACIONES FAMILIARES DE 1917: EQUIDAD PARA LA MUJER. LA DISCUSIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO PRENUPIAL Y DE LA DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE LOS CASOS DE SÍFILIS. REGLAMENTO DE LA PROSTITUCIÓN.	99
1925-1934. LOS GOBIERNOS DE LA REVOLUCIÓN Y LA INSTITUCIONALIZACIÓN: CALLES Y EL MAXIMATO. LA DICTADURA SANITARIA. CAMPAÑA NACIONAL ANTIVENÉREA. REGLAMENTO DE LA PROSTITUCIÓN. LA ‘CLASE MÉDIA’ EN LA MIRA.	112
1934-1940. EL ABOLICIONISMO CARDENISTA. DELITO DE CONTAGIO Y OBLIGACIÓN DE CURARSE. LA HIGIENE RURAL.	133
1941- 1952. LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL: ENFERMEDADES VENÉREAS Y DEFENSA NACIONAL. REPRESIÓN DE LA PROSTITUCIÓN. PENICILINA PARA TODOS. HOMOSEXUALIDAD, INFANCIA Y SÍFILIS.	141
1953-1960. LA EXTENSIÓN DE LA PENICILINA. LOS CENSOS SEROLÓGICOS EN GRAN ESCALA Y LA INVESTIGACIÓN DE ‘CONTACTOS’. COMIENZOS DE LA LITERATURA SOBRE RESISTENCIA BACTERIANA A LOS ANTIBIÓTICOS.	155
1960-1970. LOS MARINOS MERCANTES. ENCUESTAS SEROLÓGICAS: LOS OBREROS Y LA DISCRIMINACIÓN LABORAL POR SÍFILIS	161
1970-1980. LA REVOLUCIÓN SEXUAL Y LOS JÓVENES, LA ANTICONCEPCIÓN Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. UN NUEVO GRUPO DE RIESGO ENCABEZA LA LISTA: LOS HOMOSEXUALES.....	168
1980-1990. LOS JÓVENES Y LAS ETS. APARICIÓN DEL SIDA.....	179
1990-2000. EL CHOQUE DE MENTALIDADES: EL ESQUEMA PRIMARIO VERSUS EL CAMBIO DE GRUPOS A PRÁCTICAS PARA EVITAR LA DISCRIMINACIÓN. LOS ADOLESCENTES EN LA MIRA, SALUD Y EDUCACIÓN SEXUAL. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO COMO OBSTÁCULOS PARA EL USO DEL CONDÓN.	185
LOS SENTIDOS HEREDADOS SOBRE EL RIESGO DE ITS: UNA MIRADA SINTÉTICA DEL SIGLO XX.....	194

CAPÍTULO 6. A LA HORA DE LOS ‘COCOLAZOS’: LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DECISIONES DE PREVENCIÓN EN EL DISCURSO DE UNA POBLACIÓN DE JÓVENES UNIVERSITARIOS DE MÉXICO	205
6.1. PRÁCTICAS SEXUALES DE LOS UNIVERSITARIOS DE MORELOS: LOS RESULTADOS DE UNA ENCUESTA EN LA POBLACIÓN DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS.	205
6.2. EL RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS DISCURSOS DE LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS.....	218
6.3. PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN CON JÓVENES UNIVERSITARIOS DE MORELOS	261
CONCLUSIONES: DE LO PARTICULAR ABSTRACTO A LO PARTICULAR CONCRETO	267
LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	267
LA PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	268
LA PERSPECTIVA SOCIAL.....	269
LA PERSPECTIVA DEL SUJETO.....	274
LA RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIAL Y EL SUBJETIVO	277
DE LAS CONCLUSIONES HACIA EL FUTURO.....	279
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	281
DEL CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	281
DEL CAPÍTULO 2. CONSTRUCCIÓN DE RIESGOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DECISIONES DE PROTECCIÓN: ELEMENTOS TEÓRICOS.....	283
DEL CAPÍTULO 3. METODOLOGÍAS DE LA INVESTIGACIÓN	286
DEL CAPÍTULO 4. EL RIESGO OBJETIVADO: PANORAMA DE ALGUNAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN MEXICANA	286
DEL CAPÍTULO 5. LA CONSTRUCCIÓN DE RIESGOS DE ITS EN LAS MENTALIDADES MÉDICO-SALUBRISTAS DURANTE EL SIGLO XX.....	290
DEL CAPÍTULO 6. LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DECISIONES DE PREVENCIÓN EN EL DISCURSO DE UNA POBLACIÓN DE JÓVENES UNIVERSITARIOS DE MÉXICO	300
DE LAS CONCLUSIONES	301
ANEXOS	303

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1.1. Patógenos transmitidos entre adultos predominantemente por relación sexual.....	3
Cuadro 4.1.1. Casos de sífilis adquirida reportados a la DGE.....	71
Cuadro 4.1.2. Prevalencia de sífilis. Estudios sobre población general	71
Cuadro 4.1.3. Prevalencia de sífilis. Estudios sobre trabajadores/as sexuales	72
Cuadro 4.1.4. Prevalencia de sífilis. Estudios sobre otras poblaciones consideradas en riesgo	73
Cuadro 4.2.1. Casos de herpes genital reportados a la DGE.....	74
Cuadro 4.2.2. Prevalencia de herpes simple-2. Estudios sobre población general.....	74
Cuadro 4.2.3. Prevalencia de herpes simple-2. Estudios sobre trabajadores/as sexuales.....	74
Cuadro 4.2.4. Prevalencia de herpes simple-2. Estudios sobre otras poblaciones consideradas en riesgo.....	75
Cuadro 4.3.1. Casos reportados de cáncer cérvicouterino a la DGE.....	76
Cuadro 4.3.2. Prevalencia de VPH. Estudios sobre población general.....	76
Cuadro 4.3.3. Prevalencia de VPH. Estudios sobre trabajadores/as sexuales	77
Cuadro 4.3.4. Prevalencia de VPH. Estudios sobre otras poblaciones consideradas en riesgo	78
Cuadro 6.1. Características de la población. Estudiantes universitarios de la UAEM (Cuernavaca) de 18 a 29 años.	207
Cuadro 6.2. Conocimientos de ITS. Estudiantes universitarios de la UAEM (Cuernavaca) de 18 a 29 años.	208
Cuadro 6.3. Actividad sexual y uso de condón. Estudiantes universitarios de la UAEM (Cuernavaca) de 18 a 29 años.....	210
Cuadro 6.4. Regresiones logísticas bivariadas entre variables de información sobre sexualidad y el uso de condón. Intervalos de confianza. Estudiantes universitarios de la UAEM (Cuernavaca) sexualmente activos de 18 a 29 años.	211
Cuadro 6.5. Información sobre parejas sexuales. Estudiantes universitarios de la UAEM sexualmente activos de 18 a 29 años.	214
Cuadro 6.6. Prevalencias de ITS y percepción de riesgo de ITS. Estudiantes universitarios de la UAEM sexualmente activos de 18 a 29 años.....	216
Cuadro 6.7. Razón para el uso de protección en la primera y en la última relación sexual por tipo de pareja. Estudiantes universitarios de la UAEM sexualmente activos de 18 a 29 años.....	218

CAPÍTULO 1. Los dardos hacia el centro de la diana: Planteamiento del problema y objetivos de la investigación

Si bien en cada acto sexual existe la posibilidad de contagiar o contraer una infección de transmisión sexual (ITS)¹, este riesgo no siempre es tenido en cuenta, o su conocimiento no siempre induce prácticas preventivas (Ahlemeyer y Ludwig, 1997). Esta investigación busca interpretar distintas formas en que se ha construido socialmente la noción de riesgo de contraer una ITS. Aún siendo prevenibles estas infecciones en parte a través del uso de condón (Gardner *et al.*, 1999; Holmes *et al.*, 2004; Garnett, 2008), las configuraciones simbólicas implícitas que resultan de esas construcciones histórico-sociales parecen limitar la posibilidad de tener prácticas protegidas. Esta tesis espera aportar desde distintas perspectivas disciplinares la exploración de los marcos culturales que facilitan o que dificultan la prevención de las ITS.²

El capítulo 1 incluye la justificación de la investigación, una breve descripción de las ITS, los antecedentes de la feminización de las ITS, el planteamiento del problema de investigación, el objetivo general y los objetivos específicos de la investigación. El capítulo 2 presenta los elementos teóricos sobre la construcción de riesgos de infecciones de transmisión sexual y decisiones de protección. El capítulo 3 presenta las distintas metodologías seguidas para el logro de los distintos objetivos. El capítulo 4 muestra las prevalencias en México de tres ITS seleccionadas. El capítulo 5 incluye los resultados de la investigación histórica sobre la construcción de grupos de riesgo de ITS en las políticas nacionales dirigidas a las ITS y en publicaciones médico-académicas en México durante el siglo XX. El capítulo 6 muestra los hallazgos de la investigación cualitativa sobre la construcción del riesgo en el discurso de una población de jóvenes universitarios de México, precedidos por el análisis de una encuesta sobre comportamientos sexuales y prevalencia de ITS realizada en la misma población. Finalmente, las conclusiones presentan la articulación de los hallazgos.

¹ En este trabajo las denominaciones Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) se utilizarán de manera indistinta, aunque se reconoce que tienen significados diferentes. Si bien hay una tendencia creciente en la literatura científica a utilizar el término Infecciones, sin embargo, en las guías de preguntas para entrevistar a los jóvenes hemos preferido usar el vocablo Enfermedad por ser todavía el más difundido. En la revisión de la literatura se ha respetado la denominación que utilizaron los autores seleccionados.

² Cabe destacar que este proyecto se realizó de manera conjunta con el Instituto Nacional de Salud Pública, en el marco de un programa mayor que se propuso estudiar las ITS ocasionadas por *Treponema pallidum*, virus del papiloma humano (VPH) y virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2) en una población de estudiantes universitarios de Morelos, para tener un conocimiento mayor acerca de la distribución y los nexos entre las ITS a estudiar, así como el papel de diversos factores (ambientales y culturales) sobre su prevalencia e incidencia. Los resultados de otra parte de la investigación pueden verse en Sánchez Alemán, 2001 y Sánchez Alemán *et al.*, 2002; 2005; 2008; 2010; 2011.

1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Algunos hitos marcan la importancia del estudio de las infecciones de transmisión sexual en México. Entre ellos figura el hecho de que en las primeras décadas del siglo XXI, el país tiene el mayor número absoluto de personas en edades sexualmente activas de toda su historia, como resultado del proceso de inercia demográfica (CONAPO, 1999), en riesgo por tanto de contraer una ITS (Piot y Laga, 1991). Por ello, aunque con la información existente no puede afirmarse que exista una tendencia creciente de las ITS en México, sin embargo, el aumento de la población en riesgo sí es un factor para establecer la importancia de la cuestión.

Entre otros puntos a resaltar se encuentra el carácter prevenible de estas infecciones, a pesar del cual siguen surgiendo casos en la población mexicana. Aún más, se considera que es más costo-efectiva su prevención que las alternativas de tratamientos para su curación (Gardner *et al.*, 1999), teniendo en cuenta incluso que algunas de ellas no son curables con intervenciones médicas, por ejemplo, las virales. Por estas razones resulta importante estudiar los factores culturales que afectan la decisión de tener prácticas protegidas y los que influyen en la formulación de políticas de prevención.

1.2. LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. UNA BREVE DESCRIPCIÓN

Definir qué es una infección de transmisión sexual no es una tarea simple. Algunas de las infecciones consideradas de transmisión sexual, como el VIH, pueden también ser transmitidas de maneras no sexuales (por ejemplo, por transfusión sanguínea). Y algunas infecciones que no han sido consideradas propiamente de transmisión sexual, como la hepatitis B, pueden transmitirse de esta forma (Brandt y Jones, 1999). De allí que Holmes *et al.* (2008) dividen las más de 35 identificadas, entre las transmitidas entre adultos predominantemente a través de la relación sexual, y las repetidamente descritas como de transmisión sexual pero que no están bien definidas o cuyo modo de transmisión no es predominantemente sexual. La presente investigación tiene interés en las primeras, consideradas propiamente de transmisión sexual, que a su vez se subdividen según el patógeno que se transmite, como pueden verse en el cuadro 1.1.

Cuadro 1.1. Patógenos transmitidos entre adultos predominantemente por relación sexual

Bacterias	Virus	Protozoos, Ectoparásitos
<i>Neisseria gonorrhoeae</i> (gonorrea)	VIH (tipos 1 y 2)	<i>Trichomonas vaginalis</i> (tricomonas)
<i>Chlamydia trachomatis</i> (clamidia)	Virus linfotrófico humano de células T tipo I	<i>Phthirus pubis</i> (ladilla)
<i>Treponema pallidum</i> (sífilis)	Virus del Herpes simple tipo 2	
<i>Haemophilus ducreyi</i> (chancro)	Virus del papiloma humano (múltiples genotipos)	
<i>Calymmatobacterium granulomatis</i> (granuloma inguinal, donovanosis)	Virus de la Hepatitis B	
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Virus Molusco contagioso	
<i>Ureaplasma parvum</i>		

Fuente: Modificado de Holmes *et al.* (2008), pp. xxiii.

Para evaluar la dinámica de la transmisión de la infección de cada ITS se requiere comprender su historia natural, es decir, “la relación entre la infección y la enfermedad, y los patrones asociados de infectividad” (Garnett, 2008:27). Cada ITS tiene una habilidad específica basada en su biología para explotar los contactos sexuales, que resulta en una probabilidad de transmisión, y ese es uno de los factores que determinan la distribución de las ITS en una población (Garnett, 2008). Es importante incluir también dos características: si pueden ser consideradas curables (esto puede variar en el tiempo), y el tiempo de latencia entre la infección y la presentación de síntomas. El hecho de que algunas ITS cursen en ciertos individuos de forma asintomática, quizás por largos períodos, es importante para determinar la tasa neta de transmisión (Anderson, 1999). Otro factor a considerar es si después del padecimiento de una ITS se adquiere inmunidad a la misma o no, ya que esto determinará la posibilidad de reinfección (Garnett, 2008).

De acuerdo con Garnett (2008), clamidia, gonorrea, sífilis, chancro y tricomonas pueden ser consideradas curables, con corta vida pero con una alta probabilidad de transmisión. En el caso de la sífilis, la probabilidad estimada de transmisión en un solo contacto sexual es de 30% (Sparling *et al.*, 2008). Una vez curados, los individuos son susceptibles de reinfectarse, lo que mantiene el conjunto de susceptibles y facilita la persistencia de la infección en la población (Garnett, 2008). La capacidad de curarlas hace que se reduzca la duración de la infectividad y se controle la diseminación. Sin embargo, algunas de estas infecciones pueden ser asintomáticas, como en el caso de clamidia, tricomonas y gonorrea, particularmente en las mujeres (Garnett, 2008). En el caso de la sífilis, los sujetos no tratados pueden aparentemente

recuperarse de la primera lesión (chancro) hasta la recaída uno o dos años después, y durante ese tiempo, pueden transmitir la sífilis sin saber que tienen la infección (Sparling *et al.*, 2008).

En cambio, comenta Garnett (2008), las ITS virales parecen ser de muy larga duración con una baja probabilidad de transmisión. En el caso del VHS-2, se pasa de períodos con lesiones sintomáticas a períodos asintomáticos, que generan un largo período infeccioso con la posibilidad de infectar a distintas parejas. Según Corey y Wald (2008), en estudios longitudinales de parejas sero-discordantes (es decir, que uno de los miembros de la pareja tiene el virus y el otro no) la tasa de transmisión del VHS-2 varía del 3% al 12% al año, y las mujeres tienen una mayor tasa de adquisición del VHS-2 que los hombres. También en el caso del VIH se presenta un largo período asintomático. El tratamiento de estas ITS virales permite la recuperación del sistema inmune pero no cura la infección (Garnett, 2008). En contraparte, las infecciones por el virus del papiloma humano y por hepatitis B son normalmente transitorias, pero en algunos casos devienen crónicas y pueden producir cáncer (Garnett, 2008). En el caso del virus del papiloma humano (VPH), se han identificado distintos subtipos, sólo algunos oncogénicos. El VPH de bajo riesgo se ha asociado a la presencia de verrugas genitales, que tienen períodos recurrentes sintomáticos y asintomáticos (Garnett, 2008). De acuerdo con Winer y Koutsky (2008) el VPH genital no parece requerir pequeños segmentos de población sexualmente activa con tasas muy altas de cambio de parejas (llamados '*core groups*') para mantener altas tasas de infección en las poblaciones.

1.3. ANTECEDENTES: LA FEMINIZACIÓN DE LAS ITS

El interés de esta sección es exponer algunas reflexiones sobre el tema de las infecciones de transmisión sexual (ITS) desde una perspectiva de género con el fin de caracterizar el problema de investigación a partir del estado del arte de la cuestión. El énfasis en la revisión de la literatura en esta sección estará puesto no en la epidemiología de estas infecciones, sino en la construcción teórica que relaciona estas infecciones con el paradigma de género.

Los discursos que identifican estas infecciones como femeninas tienen distintos actores, que van desde la ciencia médica y las políticas de salubridad, en un largo devenir histórico, hasta las creencias que tienen hombres y mujeres mexicanas en la actualidad. Las creencias

cotidianas y los saberes contruidos científicamente se han forjado a partir de mitos articulados sobre las relaciones femenino/masculino que han recorrido siglos y territorios. Este apartado tiene la intención de realizar un recorrido textual en investigaciones previas sobre la feminización de estas enfermedades en los discursos científico-médicos, gubernamentales y en los discursos del sentido común.

1.3.1. Enfermedades olvidadas, enfermedades re-emergentes

Con la aparición de los antibióticos hacia mediados del siglo XX, las enfermedades de transmisión sexual habían pasado de ser un “asunto preocupante a uno disgustante” (Mazín, 1999), con la consecuente pérdida de interés de la salud pública por controlarlas (McGough, 2008), pero en el último tiempo han despertado un interés renovado, en parte, por aparecer como un poderoso co-factor en la transmisión del VIH (Ferry, 1995; Brandt y Jones, 1999; McGough, 2008).

En 1971, Abdel Omran publicó el clásico artículo sobre la transición epidemiológica, donde presentaba a los países desarrollados en el siglo XX en la era de las enfermedades degenerativas y de estilos de vida. Allí se decía que prevalecerían los problemas de enfermedades crónicas y degenerativas, así como las enfermedades mentales, las adicciones, los accidentes, los riesgos de radiación, y otros problemas por contaminación. Parecía que aquellos países que habían alcanzado esta etapa prácticamente se habían librado de las antiguas enfermedades infecto-contagiosas (Omran, 1971). Sin embargo, unos años más tarde esa idea de evolución se quebró ante el reconocimiento de una nueva enfermedad infecciosa de magnitudes planetarias. A finales de la década de 1970 el sida se encontraba en el centro del mundo desarrollado (por ejemplo, en Estados Unidos). Pero durante las décadas anteriores a la aparición del sida, las creencias de que las enfermedades sexuales infecciosas podían ser curadas de manera relativamente fácil con antibióticos tuvieron un enorme impacto en la definición de cuáles eran los principales problemas de salud y como consecuencia propiciaron el menosprecio del discurso médico por las infecciones de transmisión sexual (McGough, 2008). Hasta la aparición del sida, las enfermedades de transmisión sexual habían quedado en lo que Mazín (1999) denomina el “paradigma reparador.” En México, de acuerdo con lo expuesto por Langer *et al.* (1996), antes de que la

pandemia del sida comenzara, los programas de control de infecciones de transmisión sexual figuraban entre los que menos fondos recibían del sector salud.

Sin embargo, nuevas situaciones alarmantes pusieron a las ITS como conjunto en la agenda de la salud pública: los antibióticos estaban empezando a perder efectividad en el tratamiento de algunas de estas enfermedades por el surgimiento de cepas resistentes, y algunas ITS se mostraban en incremento, especialmente en países en desarrollo y en grupos socialmente desfavorecidos (SSA/CONASIDA, 1999; Mazín, 1999; Anderson, 1999; Piot y Laga, 1991). Además, la investigación clínica mostraba graves complicaciones de salud que podían atribuirse a las ITS: infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cérvico-uterino, muerte fetal, etc. (Mazín, 1999; Langer *et al.*, 1996; Piot y Laga, 1991), y se advirtió que podían convertirse en un factor potenciador de la adquisición del VIH.

1.3.2. Enfermedades feminizadas

Hay otras fuentes posibles de la falta de atención a estas enfermedades, y una de ellas pudo ser el estigma de “pecaminosas” con que se percibían (McGough, 2008). Esto nos remite al complejo tema de la “construcción social” de la sexualidad, tal como lo denomina Weeks (1998a), y que comprende las múltiples e intrincadas formas en que las emociones, los deseos y las relaciones son configurados por cada sociedad. Como afirma Szasz (1998a:11) “La sexualidad consiste en un conjunto de relaciones que son específicas histórica y culturalmente. A un comportamiento, un deseo o una fantasía los vuelven sexuales los significados socialmente aprendidos; así, lo que es sexual en una cultura no lo es en otras.”

Según Weeks (1998b), el Occidente cristiano ha visto en el sexo un terreno de angustia y conflicto moral, y ha erigido un dualismo entre el espíritu y la carne, la mente y el cuerpo, que ha dado como resultado una configuración cultural que repudia el cuerpo a la vez que muestra una preocupación obsesiva por él. Es dentro de este paradigma dual donde se insertan las conceptualizaciones del saber médico sobre los procesos de salud-enfermedad en que se inscriben las ITS. Sin embargo, como afirma Sabatier (1996), la enfermedad no es un acontecimiento aislado, sino una forma de comunicación –el lenguaje del cuerpo- a través del cual hablan simultáneamente la naturaleza, la sociedad y la cultura. Salles y Tuirán (1997) dicen que las dimensiones social y cultural tienen un efecto profundo sobre la experiencia y aparición de las enfermedades, y sobre el modo en que se reacciona a ellas.

Traspassando a su vez las concepciones social y cultural de los procesos de salud-enfermedad y de la sexualidad, se encuentra la construcción de las relaciones de género, entendiendo como género “el conjunto de ideas sobre la diferencia sexual que atribuye características “femeninas” y “masculinas” a cada sexo [...] Mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres” (Lamas, 1998:53). Szasz (1998b; 1999) habla de la influencia que tienen la construcción de las identidades y las desigualdades de acceso a poder, prestigio y recursos entre hombres y mujeres en los significados de la sexualidad, y que los patrones normativos de la sexualidad diferenciados para cada género afectan el uso de medidas de prevención de ITS.

La construcción de la división de género se manifiesta no sólo en las prácticas cotidianas de la sexualidad de hombres y mujeres, sino también en las formas históricas en que se ha simbolizado a las infecciones de transmisión sexual. Desde el pensamiento occidental, estas infecciones han sido “feminizadas.” La idea de que las mujeres fueron la fuente de las enfermedades venéreas, dice Spongberg (1997), proviene de una larga tradición en occidente (desde el discurso médico en la antigua Grecia de Hipócrates) de ver a las mujeres como anormales, deformadas o enfermas. En Europa, la idea de que el hombre adquiriría las enfermedades venéreas de la mujer era prevaleciente. A principios del medioevo una de las primeras teorías sobre la etiología de la sífilis sugiere que “el veneno” era introducido al hombre a través del flujo sanguíneo menstrual (Spongberg, 1997). Si algo ha cambiado a lo largo de los siglos, y en particular a partir del siglo XIX, no es la concepción de que el hombre adquiere las enfermedades “venéreas” de las mujeres, sino la percepción de que no son las mujeres en general quienes las transmiten sino un segmento particular de ellas: las “promiscuas”. En el camino recorrido poco faltó para encontrar un grupo específico de mujeres a las que se responsabilizaba tanto moral como físicamente de la propagación de las enfermedades venéreas, “las prostitutas”, y a las que se vio no sólo como agentes de transmisión sino como inherentemente enfermas e incluso como la enfermedad misma (Spongberg, 1997). Como afirman Brandt y Jones (1999), no todas las víctimas de la epidemia de sífilis fueron tratadas de manera equitativa. Algunas fueron percibidas como ‘perpetradores culpables’ y otros como ‘víctimas inocentes’.

De acuerdo con Weeks (1998a:189), la era victoriana y el carácter represivo de la sexualidad de este período es clave en el proceso ocurrido en Inglaterra. Afirma que las “enfermedades

venéreas fueron una gran amenaza, pero se les enfrentó con el intento de controlar y regular la sexualidad femenina, más que la masculina.” Por eso, sostiene el autor, se dictaron las Leyes contra las Enfermedades Contagiosas en la Inglaterra de 1860, con las cuales se militarizaron algunos pueblos y se practicaron exámenes obligatorios a las mujeres sospechosas de ser prostitutas y transmitir enfermedades venéreas. McGough (2008), ejemplificando con el caso de Italia en el siglo XVI, señala que este doble estándar consistente en penalizar sólo a las mujeres y no a los hombres al contraer o transmitir una ITS, ha persistido durante siglos. Y se agrega a otro tipo de segregaciones, como las de clase social y raza. Por ejemplo, señala la autora, con la revolución industrial surgió la clase social de trabajadores de las fábricas que fue ganando poder, y las clases altas reaccionaron afirmando las diferencias de clase basadas en capacidades morales e intelectuales. Desde la perspectiva de la clase alta, “la prostitución era un ejemplo de degeneración de las mujeres de la clase trabajadora, un vicio hereditario. Consecuentemente, cualquier mujer de la clase trabajadora que apareciera sola en público era sospechosa y podía ser detenida por la fuerza, sujeta a inspección médica, y humillada en su barrio como resultado del arresto” (McGough, 2008:5). Durante el siglo XIX y principios del XX, agrega la autora, las políticas relacionadas con las trabajadoras sexuales no se implementaban para proteger a las mujeres, sino a sus clientes. Durante las dos guerras mundiales, se incrementó la persecución de la prostitución para proteger al personal militar de las enfermedades sexuales, e incluso en la Segunda Guerra Mundial la política de prevención de Estados Unidos “se enfocó sobre las mujeres como vectores de las enfermedades y en los soldados varones como víctimas inocentes” (McGough, 2008:6).

En México, la práctica de aislar y controlar a un grupo específico de mujeres para que no transmitan infecciones sexuales ha quedado inscrita en distintos registros históricos, desde algunas civilizaciones prehispánicas, pasando por el período colonial, y puede rastrearse en algunas reglamentaciones actuales (Conde *et al.* 1993; Uribe *et al.*, 1996; Conde y Uribe-Salas, 1997; Dávalos, 1998). Y, como afirman Bronfman, Gómez y Magis (1995), en el prejuicio de que son las mujeres los vectores de las infecciones sexuales, aparece una contradicción evidente: las mujeres son responsabilizadas por la diseminación de las ITS, a pesar de que el dualismo moral imperante le brinda más oportunidades de libre ejercicio al hombre que a la mujer. Por una parte, se subordina socialmente a la mujer para que se limite

a la crianza de los hijos y se la culpa por transmitir enfermedades a las que no debería tener acceso socialmente.

1.3.3. Las infecciones de transmisión sexual en México: breve historia de su feminización

En México la preocupación por las infecciones de transmisión sexual es de larga data. Se cuenta con registros de la existencia de ellas desde el período de preconquista (1325 – 1521). Sánchez-Albornoz (1994:67) describe algunas de las enfermedades que tenía la población de América antes de la llegada de los españoles, de las que se han encontrado vestigios en esqueletos o momias, y entre ellas se encuentran las venéreas (primordialmente, la sífilis). Según lo relatan Conde *et al.* (1993), las enfermedades venéreas se reconocían en la época prehispánica en ambos sexos, pero especialmente en mujeres consideradas “públicas”. Estas mujeres vivían aisladas de la sociedad y brindaban servicios sexuales a los guerreros al regreso del combate (Dávalos, 1998). Si estas mujeres tenían algún síntoma (secreciones fétidas en sus genitales o lesiones visibles), eran forzadas a vivir fuera del pueblo hasta que curaban (Conde *et al.*, 1993).

Según Sánchez Albornoz (1994), los europeos trajeron con sus personas una enorme cantidad de enfermedades que diezmaron la población de América (viruela, sarampión, escarlatina, tos ferina, tifoidea, etc.), y una sola enfermedad contagiosa viajó en sentido contrario, de América a Europa: la sífilis. En sus inicios, esta enfermedad tuvo consecuencias tan graves que implicó un gran impacto en las costumbres europeas: cierre de baños públicos o de lugares considerados inmorales, reacciones de rechazo social por sus implicaciones morales (Grmek, 1992). McGough (2008) señala que hacia 1530 la teoría de que la sífilis era originaria del Nuevo Mundo se hizo popular en Europa, especialmente entre los españoles. Más allá de la veracidad de esta idea (que de acuerdo con algunos autores aparece cuestionada), a McGough (2008) le interesa encontrar los símbolos que hicieron que esta teoría tuviera enorme resonancia. Su interpretación es que los españoles, que identificaron el origen de la enfermedad en las conductas lascivas y promiscuas de los indígenas americanos, se quitaron la culpa por la expansión de la enfermedad entre ellos y la proyectaron sobre un pueblo lejano que querían conquistar.

Desde la perspectiva contraria, se afirma que durante el período colonial, hubo un incremento en México de las infecciones de transmisión sexual por las relaciones que mantenían los conquistadores con la población femenina indígena. A partir de 1529 empezaron a reportarse las lesiones o síntomas que pudieron haberse debido a la sífilis, chancroide, linfogranuloma venéreo o gonorrea. A los pacientes que tenían chancros o úlceras se los enviaba a tratamiento, en tanto que a las mujeres que no se curaban completamente se las trasladaba a prisiones aisladas y no se les permitía regresar a sus hogares (Conde *et al.*, 1993).

Conde *et al.* (1993) adjudican la intensificación de problemas de ITS en el siglo XVII a la llegada de un gran número de inmigrantes altamente “promiscuos”, que vivían en condiciones de hacinamiento y no realizaban buena higiene en relación al contacto sexual. Indican también que la población indígena femenina fue la más vulnerable, porque a una edad muy joven experimentaban relaciones sexuales, embarazos, abortos e infecciones. En 1776 se proclamó un bando en la ciudad de México sobre el funcionamiento de las “casas públicas” y la vigilancia de las mujeres que trabajaban en ellas (Conde *et al.*, 1993). Es decir, no se vigilaba la actividad sexual de los hombres sino la de las mujeres, en particular, las trabajadoras sexuales.

Durante los siglos XIX y principios del XX, las acciones encaminadas a controlar la intensificación de las entonces denominadas enfermedades venéreas estuvieron dirigidas a ese grupo específico, las “prostitutas.” A partir de mediados del siglo XIX se reglamenta la inspección sanitaria en las “casas públicas” y este énfasis en el control de las trabajadoras sexuales permanece hasta la década de 1920 (Conde *et al.*, 1993). Los Códigos Sanitarios de 1891, 1894, 1926 y 1934 establecieron el registro obligatorio de las prostitutas y de revisiones médicas y periódicas para ellas, “aunque no para los clientes” (Uribe *et al.*, 1996:184).

Siguiendo los acontecimientos históricos que relatan Conde *et al.* (1993), podríamos inferir que la posibilidad de contar con una prueba serológica de laboratorio para la sífilis a partir de 1910 abrió la puerta para un cambio en la visión de las ITS. En 1926, entre las exigencias para contraer matrimonio estaba la realización de la prueba de sífilis. Esto supondría una aceptación de que es la población en general la que puede portar enfermedades venéreas. En las décadas siguientes, las campañas salubristas del gobierno tuvieron un enfoque doble: por una parte, se dirigían a las trabajadoras sexuales, y por otra parte, a la población en general.

Uribe *et al.* (1996), tras presentar las distintas reglamentaciones impuestas a la actividad del comercio sexual en la historia de México, señalan que ante el surgimiento actual de las ITS como problema de salud pública, se cuestiona el papel que juegan los individuos que ejercen la prostitución para diseminarlas. Y sostienen que la “mayoría de las veces sólo se piensa en proteger a los clientes y en que el grupo [que se prostituye] no constituya un foco de infección o riesgo para el resto de la población.” A pesar de que la literatura demográfica indica que en general, los hombres son más activos sexualmente que las mujeres, de acuerdo a los indicadores de experiencias sexuales premaritales, múltiples parejas y uso de sexo comercial, lo que llevaría a la diseminación de las ITS (Greene y Biddlecom, 2000; Bolan *et al.*, 1999), sin embargo, se sigue identificando a las trabajadoras de sexo comercial y no a los hombres como grupo reservorio de alguna de estas infecciones.

En el capítulo 5 realizaré un recorrido detallado sobre las ideas que a lo largo del siglo XX se han tenido sobre las ITS en el pensamiento médico-salubrista de México, especialmente sobre la visión de feminización de las mismas.

1.3.4. Infecciones de transmisión sexual y salud reproductiva

La idea que pone a la mujer como receptáculo y a su vez transmisora de las ITS, llega hasta la actualidad, tanto en las creencias populares como en ciertos textos médicos. Sin embargo, nuevas concepciones de la relación hombre/mujer, sobre todo a partir de los movimientos feministas que se dieron desde la década de 1970, provocaron un cambio de marco, que quedó plasmado en el concepto de salud reproductiva, cuyo mayor auge se debió a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo que se llevó a cabo en El Cairo en 1994, organizada por Naciones Unidas. Cabe destacar que el concepto de salud reproductiva y sus vinculaciones con las ITS tuvo su aparición mucho antes de esta conferencia (Sai y Nassim, 1989; Elias, 1991; Corrêa, 1994), pero fue gracias a ese encuentro mundial que muchos países se comprometieron a desarrollar políticas específicas al respecto. En la Conferencia del Cairo, el interés por las infecciones de transmisión sexual quedó incluido dentro del amplio concepto de Salud Reproductiva. La Conferencia se llevó a cabo en un momento en que el VIH/sida se había convertido en pandemia, y no se conocían métodos efectivos que evitaran que la persona enferma muriera en un lapso corto.

Salles y Tuirán (1997:19) consideran que el enfoque de salud reproductiva rompe con la herencia del viejo discurso controlista que privilegiaba la administración del potencial reproductivo en demérito de las virtudes eróticas implicadas en la relación sexual, y afirman que frente a “la proliferación de las ETS, tanto aquellas que se pensaba erradicadas como la aparición de otras nuevas, resulta insostenible insistir en la supuesta utilidad de los enfoques que excluyen estas realidades de su formulación. Por ello, la ampliación contenida en la definición de salud reproductiva resulta beneficiosa para [...] encarar los problemas relativos a las ETS, vinculándolos con las cuestiones más amplias de la sexualidad y la salud.” El documento del Plan de Acción derivado de la Conferencia tiene un apartado específico sobre enfermedades sexualmente transmitidas y prevención del VIH. Una de las inquietudes que se exponen es que las desventajas sociales y económicas de las mujeres las hacen más vulnerables a las infecciones sexualmente transmitidas, y entre las causas de esta mayor vulnerabilidad se mencionan su exposición a la conducta sexual de alto riesgo de sus compañeros; que los síntomas de algunas ETS no se advierten en las mujeres, lo que hace más difícil su diagnóstico en ellas que en los hombres; y que las consecuencias en las mujeres a menudo son mayores (United Nations, 1995).

Esta manera de ver la relación hombre/mujer respecto a las enfermedades de transmisión sexual (el hombre la transmite, la mujer la padece), parecería mostrar un cambio en la visión clásica del discurso médico y político. Sin embargo, aunque se produce una inversión entre quien es el sujeto transmisor y el sufriente, no logra romper con la larga tradición que ha conceptualizado a los hombres como el ideal de la salud y a las mujeres como las enfermas (Spongberg, 1997). El texto de la Conferencia no logra plantear de manera relacional el problema. Una vez más, alguien transmite y alguien padece, sin notar que quien transmite es también alguien que padece, y quien padece puede ser un agente transmisor, y que las vulnerabilidades no existen en sí, sino que se adscriben de acuerdo a los paradigmas culturales históricos prevalecientes. La ausencia de una visión relacional en el documento puede deberse al origen del concepto de salud reproductiva, que según Lane (1994), cuando Ford Foundation, el IWHC, The Population Council y WHO conceptualizaron a finales de 1980 el enfoque de salud reproductiva, lo hicieron poniendo a las mujeres como centro (Sai y Nassim, 1989).

Elias (1991) señala que una de las ausencias en muchos de los programas interesados en la salud reproductiva de las mujeres son los hombres, y que los programas de planificación familiar proveen una buena ilustración de esta situación. Si ha habido poca participación de los hombres en temas de salud reproductiva de las mujeres, aún menos atención se ha puesto hacia las necesidades particulares de salud reproductiva de los hombres. Dixon-Mueller (1999) lleva la preocupación aún más lejos, cuando afirma que muchos programas están tratando de resolver el problema de si su legitimidad moral y la claridad de sus objetivos se verán comprometidos al tratar las ITS, y que en ese marco, pocos programas ofrecen horarios de atención especiales para hombres adultos, aunque tienen, no obstante, preocupaciones específicas sobre temas de salud reproductiva, en particular, sobre el riesgo de ITS. Esta ausencia es vista como grave dado que uno de los métodos más efectivos actualmente disponibles para prevenir las ITS son los condones masculinos, que requieren una participación plena de los hombres. Esta constatación debe ser puesta en el contexto histórico en que se han conceptualizado las ITS, donde el discurso médico habría sido uno de los actores de la feminización de las mismas.

1.3.5. La feminización de las ITS en los lenguajes del sentido común (legos)

Si la feminización de las ITS aparece en el discurso salubrista, y éste se configura, entre otros, a partir del sistema de género de la sociedad que lo produce, también en el contexto de las creencias populares, igualmente forjadas en ese sistema, surge el mito de que las mujeres son las portadoras y transmisoras de estas enfermedades.

En una investigación realizada a mediados de la década de 1990 destinada a conocer los valores, creencias y mitos que influyen en el proceso de decisión del uso del condón, se entrevistó a hombres jóvenes (de 17 a 35 años) de clase media de la ciudad de México, y se obtuvieron algunos resultados sobre la visión que estos hombres tienen de las ITS (Arias y Rodríguez, 1998). Los entrevistados hicieron una diferenciación entre dos tipos de mujer, las novias (fieles, inocentes y faltas de experiencia) y las “otras” (promiscuas y peligrosas). Con las primeras los hombres usan condón para prevenir embarazarlas y con las últimas, para evitar infecciones. Estos jóvenes identificaron motivos diferentes para el uso del condón, para las mujeres es importante para no quedar embarazadas y para los hombres lo es para evitar una infección. Esto es revelador de los riesgos percibidos para cada sexo. La idea

subyacente es que los hombres se infectan y las mujeres se embarazan. Como comentan las autoras “pareciera que los jóvenes no perciben que las mujeres pueden tener el mismo riesgo de infección que ellos [...]. Sin embargo [...] cuando son “de las otras”, sí consideran que ellas pueden ser un foco de infección y por lo tanto pueden contagiarse por medio de ellas.” Lo que para las autoras aparece como una paradoja, puede ser comprendido en términos de la feminización de las ITS. Es decir, ambas afirmaciones tienen sustento: las mujeres (las novias) no tienen el riesgo de contagiarse a través de ellos, porque ellos no se perciben como vectores, o fuente de ITS. Las “otras” en cambio, serían los receptáculos de las enfermedades, que pueden transmitírselas a ellos. Es la idea también subyacente en el paradigma médico: un grupo de mujeres (las promiscuas, las prostitutas) es el reservorio de las ITS. En esta visión polar de las mujeres, la categoría de novias (de las que no se adquieren enfermedades) se amplía a las “conocidas” (limpias, no promiscuas, saludables). Las desconocidas, en cambio, representan un peligro para su salud, basado en la supuesta promiscuidad de ellas. La “promiscuidad” aparece en esos discursos como un “pecado” exclusivamente femenino. Según las autoras, el peligro de enfermar de ITS/sida no es algo que estos hombres perciban como cercano, sino que es un riesgo que se encuentra en grupos sociales con los que no se identifican pero con los que existe la posibilidad de entablar algún tipo de relación si se ofrece la oportunidad. “El hombre de la clase media mexicana exige de parte de su pareja plena confianza, aunque [...] todos estarían dispuestos, por lo menos en el discurso, a tener sexo con otras y en muchos casos no se trataría del ejercicio de sexo seguro” (Arias y Rodríguez, 1998:336).

Los resultados de un programa de investigación coordinado por Population Council sobre ETS en Chiapas, Guerrero y Oaxaca, señalan que las mujeres aún con dolor, decían preferir sufrir el coito que ser acusadas de promiscuas. “Saben que sus parejas las infectan pero creen que ello se debe a la promiscuidad de las otras mujeres con las que los hombres tienen relaciones sexuales” (Langer *et al.*, 1996). Una vez más, vemos en esta cita que reaparece el estereotipo de que son las mujeres promiscuas el foco de infección, y no los hombres. Sin embargo, dicen las autoras, la vida extramarital de los esposos no siempre se limita a relaciones heterosexuales; y en aquellas culturas donde la bisexualidad es común, puede incluir también a otros hombres. Esta afirmación refuerza la posibilidad de interpretar como un mito la creencia de esas mujeres, ya que responsabilizan a otras mujeres imaginarias de la

infección que les transmite su compañero, aún cuando es posible que esas otras relaciones sexuales no hayan ocurrido con mujeres.

En coincidencia con los hallazgos de las investigaciones realizadas en México, un estudio realizado en Buenos Aires, Argentina, a mediados de la década de 1990, mostró que “la idea de que las enfermedades de transmisión sexual son propagadas por las mujeres era muy común entre los participantes del sexo masculino. Algunos entrevistados llegaron a sugerir que éstas se originaban en las mujeres” (Gogna y Ramos, 1999:234 –traducción personal-). A su vez, algunos de los entrevistados relacionaron las ITS con una categoría específica de las mujeres: mujeres de la calle, mujeres de la noche, mujeres sucias. Algunas mujeres también culparon a otras mujeres por la transmisión de ITS, y un medio de contagio que sugerían era “estar con mujeres diferentes.”

Este recorrido de los textos sobre las ITS y su feminización es el marco con el que he dirigido la investigación. Los capítulos cinco y seis mostrarán el registro de estos mitos en las políticas y publicaciones médico-salubristas del siglo XX en México y en los de los discursos de los jóvenes estudiantes universitarios mexicanos.

1.4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Se ha afirmado que en el transcurso de la historia ha ocurrido una larga operación simbólica de situar a las infecciones de transmisión sexual en el ámbito de un grupo particular de mujeres (las ‘prostitutas’). Estos símbolos articulados en mitos han atravesado siglos y continentes y aparecen tanto en discursos del ámbito médico como en algunos relatos del sentido común. Estos estereotipos devenidos de un particular sistema sexo/género, que aparecen como ‘naturales’, pueden repercutir en las prácticas, entendidas éstas tanto en cuanto a las prácticas de definición de políticas de salud, prácticas de investigación científico-médica, como prácticas de prevención en las relaciones sexuales en la vida cotidiana, reduciendo la capacidad de prevención de estas infecciones.

En este sentido, la hipótesis de trabajo ha sido que las construcciones culturales sobre las relaciones de género presentes en la sociedad mexicana impiden una conceptualización del riesgo que lleve a la prevención sistemática de las infecciones de transmisión sexual en las prácticas sexuales. En particular, se supone que tanto el discurso médico-académico y político salubrista como el cotidiano (tanto de hombres como de mujeres) en México tienden

a definir estas enfermedades como típicamente femeninas, y a su vez, a segmentar a la población femenina entre aquellas ‘reservorio de enfermedades’ y las sanas. Esta visión impediría la percepción del riesgo y la práctica protegida en cada una de las relaciones sexuales, y dificultaría el diseño de políticas de prevención de las ITS dirigidas a la población en general.

Hay algunas preguntas que orientaron esta investigación y que funcionaron como pilares del problema de investigación. Estos interrogantes son:

- ¿Por qué aún sabiendo la existencia de las ITS, teniendo información sobre la forma de transmisión y, lo que es más importante, la forma de prevención, los jóvenes se exponen a las infecciones en los actos sexuales que no buscan la reproducción?
- ¿Existen marcos culturales que obstaculizan la visión de sí mismos como sujetos de riesgo?
- ¿Existen marcos culturales en las políticas de salud dirigidas a las ITS? ¿y en la literatura científica sobre este tema?
- ¿Es posible vincular por un lado, la falta de prevención en la vida cotidiana, y por otro, la focalización de las políticas y la investigación médica, con la existencia de estereotipos basados en un sistema de género?
- ¿Cuáles son los argumentos que han construido hipotéticos grupos de riesgo en la literatura médico-salubrista? ¿cómo son los argumentos en el sentido común?
- ¿Por qué hay ideas sobre las ITS que cobran fuerza y se presentan como obvias (sin discusión) en los discursos médico-salubristas, aún cuando han sido discutidas en diferentes momentos en la breve historia de un siglo? ¿cómo se vincula esto con la perspectiva de género?

La tesis está estructurada por distintos ejes analíticos, que sirven como marco teórico de referencia para la producción de descripciones y explicaciones. El primer eje lo constituye la perspectiva epidemiológica, donde se presentarán las cifras disponibles sobre el problema de las ITS en México. El segundo eje analítico, de corte histórico, permitirá realizar la interpretación de cómo se han construido grupos de riesgo a través del tiempo consignados en los discursos de las políticas de salud y de la investigación científica médica. El tercer eje, que denominaré sociodemográfico, mostrará cómo los jóvenes construyen nociones de riesgo de infección, y cuál es la exposición al riesgo de infección resultante de esa noción.

1.5. OBJETIVO GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

El objetivo general de la investigación es analizar si el concepto de riesgo de ITS en dos tipos de discursos está influido por mitos que simbolizan las relaciones de género existentes en la sociedad. Por una parte, se busca conocer cómo en las políticas de salud y en el discurso médico académico se han construido conceptos y grupos de riesgo a partir de estereotipos de género. Por otra parte, se busca identificar cuál es la noción de riesgo de contraer una ITS construida por un grupo particular de jóvenes (estudiantes universitarios de Morelos) y la derivación que esta construcción tiene en la adopción de prácticas protegidas.

1.6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1) Para poner en contexto el problema de las ITS en México se presentará en el capítulo 4 una síntesis de la situación epidemiológica de las tres ITS seleccionadas, actualizada al momento de realización del estudio cualitativo, a partir de la revisión y análisis de los resultados de las encuestas y de los registros epidemiológicos continuos. Los datos epidemiológicos darán el contexto en el que viven los jóvenes, mostrando la necesidad de la prevención.

2) Para el logro del objetivo general, se propusieron los siguientes objetivos específicos, que abarcan distintos niveles de análisis: nivel social, nivel del sujeto y nivel grupal.

a. Perspectiva social.

- Analizar e interpretar los mitos construidos socialmente sobre las ITS y los grupos de riesgo de padecerlas, en los discursos de las políticas de salud, médico-académicos, y social prevaleciente en los jóvenes estudiantes universitarios de Morelos.³

b. Perspectiva del sujeto.

Analizar e interpretar los discursos de los jóvenes universitarios de Morelos sobre:

- la construcción del riesgo tanto de contraer como de transmitir una ITS;
- la construcción del yo y del compañero/a sexual como sujetos de riesgo de ITS (o el proceso de tipificación del yo y del otro desde la perspectiva fenomenológica) y dentro de

³ Si bien es posible que existan relaciones entre estos tres tipos de discurso, esta investigación no se abocará a su determinación. Se considera que se necesitaría una investigación específica para determinar, por ejemplo, si y cómo los discursos sobre las políticas de salud pueden influir en las creencias del sentido común o viceversa; si y cómo el discurso de la ciencia médica influye o es influido por los discursos de las políticas salubristas, etc. Estos interrogantes quedarán fuera del alcance de esta tesis.

esto, el uso de tipificaciones socialmente construidas como facilitadores en el proceso de toma de decisión sobre la protección de ITS en las relaciones sexuales;

- la negociación de las medidas de protección de las ITS en la relación sexual en el espacio de la interacción en aquellos sujetos sexualmente activos, que se hace en función de la construcción del yo y del compañero/a sexual como sujetos de riesgo; y el resultado práctico de la negociación respecto al uso de protección (uso/no uso de condón).

c. Perspectiva diferencial por agrupamientos.

- Explorar la existencia de construcciones simbólicas diferenciadas según tipo de infección de transmisión sexual y de acuerdo a la pertenencia de los jóvenes universitarios a diferentes categorías de actividad sexual y prácticas de prevención. La población universitaria será clasificada en categorías según su propia declaración respecto de si ha padecido o no una ITS; si es sexualmente activo o no es sexualmente activo; si es usuario de condón o no usuario de condón; si es usuario sistemático de condón o usuario eventual de condón.

CAPÍTULO 2. Pare(ser) y tiempo: Elementos teóricos sobre la construcción de riesgos de infecciones de transmisión sexual y decisiones de protección

La pregunta que guía esta investigación es por qué los jóvenes, a pesar de saber que existen las infecciones de transmisión sexual y conocer las formas de prevenirlas, no actúan de manera precavida en los actos sexuales que no buscan la reproducción.⁴ Este cuestionamiento tiene varios elementos implícitos. En primer lugar, se trata de una toma de decisión. Dentro de los desarrollos teóricos sobre toma de decisiones, la información utilizada para la decisión ocupa un papel central. En esta investigación me abocaré a una situación particular, a saber, aquella decisión que se toma con base en información del sentido común a pesar de conocerse la información científica. Esto se relaciona con el papel que juega la percepción del riesgo en la toma de decisión, y el uso de estereotipos socialmente construidos tanto para percibir o no el riesgo como para decidir si usar o no condón para prevenir alguna ITS. Por una parte, para analizar la percepción de los jóvenes sobre el riesgo de ITS se requiere considerar la construcción social del riesgo. Por otra parte, en el análisis del uso o no uso del condón, es necesario tener en cuenta la toma de decisiones con base en las percepciones de riesgo socialmente modeladas y su contratara, la confianza, como mecanismo de actuación en la vida cotidiana.

En segundo lugar, se trata de una interacción. Es en la interacción con el otro en las prácticas sexuales cuando se ponen en juego los preconceptos, los estereotipos históricamente construidos, como guías de acción. Una de las formas en que se articulan las relaciones sociales y sobre las que se apoyan los preconceptos y las guías de acción en la esfera sexual es la desigualdad de género.

En este capítulo revisaré las concepciones sobre riesgo (construcción social y percepción subjetiva), confianza, toma de decisiones, guías para la acción, sentido común, interacción social, estereotipos, género, e interacción sexual. Finalmente, la idea de la feminización de las infecciones de transmisión sexual como derivación del sistema de género y las consecuencias de esa feminización para la prevención en la interacción sexual. La intención de este capítulo no es hacer una revisión sistemática o exhaustiva de la literatura teórica sobre

⁴ Con Luhmann (1992:73) la prevención es “una preparación contra daños futuros no seguros, buscando ya sea que la probabilidad de que tengan lugar disminuya, o que las dimensiones del daño se reduzcan.”

cada concepto, sino presentar elementos que sirvan para la definición y el acotamiento de la presente investigación.

2.1. EL RIESGO Y LA CONFIANZA SOCIALMENTE CONSTRUIDOS

Concepto de riesgo. Riesgos: existencia, percepción e invención

El concepto de riesgo no puede ser entendido prescindiendo de las disciplinas que lo postulan y caracterizan (Luhmann, 1992). Renn (1992) encuentra siete enfoques en la concepción y evaluación del riesgo basados en distintas disciplinas: el enfoque actuarial, el enfoque toxicológico y epidemiológico; el enfoque ingenieril –que incluye las evaluaciones probabilísticas de riesgo–, el enfoque económico, el enfoque psicológico, las teorías sociales de riesgo y las teorías culturales de riesgo. De acuerdo con Nick Fox (1999) las investigaciones sobre riesgos podrían dividirse en tres modelos. Considera a una primera posición como realista o materialista, dado que la ontología subyacente de los peligros (*hazard*) los considera como reales o materiales. Aquí, el riesgo (*risk*) se entiende como la probabilidad de una ocurrencia indeseada, y el peligro (*hazard*) como las circunstancias que podrían llevar a esa ocurrencia, y se trataría de asignar riesgos (probabilidades) a los peligros. Esta es la posición, siguiendo el argumento de Fox, que adopta la literatura que se ocupa de la evaluación y manejo de riesgos, donde el objetivo es la reducción del riesgo. Lo importante para el concepto de riesgo, como señala Luhmann (1992:60), es que “el posible daño sea contingente”, es decir, evitable. Se habla de riesgo “únicamente cuando ha de tomarse una decisión sin la cual podría ocurrir un daño” (Luhmann, 1992:59). Entonces, siguiendo a Fox, dada la presencia de un peligro (*hazard*), se deben adoptar estrategias para minimizar la probabilidad (riesgo) de que el peligro se manifieste en un resultado no deseado. Y esto puede ser a través de la educación individual, medidas de prevención individuales o poblacionales o estrategias corporativas. Lupton (1999) denomina a esta perspectiva como técnico-científica, y señala que surge en disciplinas como ingeniería, psicología, economía, medicina y epidemiología. Todas ellas consideran que los riesgos son fenómenos objetivos que se dan por sentado. En general adoptan un enfoque racionalista, en el sentido de que las decisiones se toman calculando los riesgos a fin de minimizar los costos.

La segunda posición en la taxonomía de Fox (1999), que puede ser denominada cultural o constructorista, considera que los riesgos (*risk*) se oponen a los peligros (*hazard*) en el

sentido en que los peligros son naturales y neutrales, y los riesgos están cargados de valor por los juicios de los seres humanos respecto de esos eventos naturales o posibilidades. Esta vertiente ha sido la base de los análisis sociológicos de la percepción del riesgo, de los que se derivan a su vez dos temas principales, sea los diferentes tipos de conocimientos que informan a la percepción del riesgo, o la dimensión moral del riesgo y de la toma de riesgos. Según Bestard, desde la teoría de Mary Douglas, las ciencias sociales no pueden partir de un sujeto individual “libre de todo arraigo cultural y prescindir de las categorías de percepción fabricadas en la interacción social” (Bestard, 1996:13). Douglas (1996) sostiene que las elecciones están plagadas de incertidumbre y que gran parte del análisis de riesgo se relaciona con el intento de convertir las incertidumbres en probabilidades. Más adelante presentaré más ampliamente la perspectiva de la construcción social del riesgo.

Una tercera posición, que Fox (1999) denomina postmodernista, va más allá del modelo cultural y argumenta que los peligros están ellos mismos socialmente contruidos. Son creados por juicios sobre los resultados adversos de elecciones realizadas por los seres humanos. Y estos peligros son los que a su vez se invocan discursivamente para apoyar estimaciones de riesgo, evaluar conductas de riesgo y a la gente que toma riesgos. Esto significa que la selección de objetos ‘inertes’, procedimientos o incluso humanos como peligrosos depende de un juicio previo, es decir, que sólo un análisis de riesgos (*risk*) hace que el peligro (*hazard*) exista. Esos juicios pueden derivarse de fuentes científicas, o pueden depender del sentido común o de recursos de la experiencia. Y la percepción de la existencia de un peligro dependerá de esos juicios. Finalmente, señala Fox (1999), la forma en que se hacen esos juicios (es decir, qué cuenta como evidencia para apoyar la evaluación), es relativa y depende de la cultura. Dentro de esta línea teórica podría ubicarse la afirmación de Luhmann (1992:49) de que el “mundo exterior como tal no conoce riesgos, puesto que no conoce diferenciación, expectativas, evaluaciones ni probabilidades, excepto como un resultado propio de sistemas observantes en el universo de otros sistemas”.

En esta investigación se consideran los distintos enfoques de riesgo. Desde la perspectiva de la existencia de riesgos objetivos (u objetivados), se cuenta con las prevalencias encontradas de ITS en la población de jóvenes estudiantes universitarios. Desde la perspectiva construccionista, se analiza la percepción del riesgo de ITS que tienen estos jóvenes, que está socialmente modelada a través de estereotipos, y la decisión del uso del condón, que se basa,

en parte, en esa percepción. Asimismo, se verifican las formas variantes en que históricamente se han construido estos riesgos, mostrando la importancia diferencial que se les ha dado en distintas épocas en México y la caracterización del riesgo de ITS que se ha hecho a lo largo de un siglo.

Mecanismos psicológicos que sesgan la percepción y evaluación de riesgos

Para que una persona decida usar condón como forma de prevención de una infección sexual tiene que haber percibido la posibilidad de que en el acto que va a realizar puede haber una transmisión de la infección. Es decir, tiene que percibir los riesgos involucrados en su acción. Algunas de las formas en que la gente percibe y evalúa riesgos han sido estudiadas por la corriente denominada ‘psicología y economía’ en el campo de la teoría de la decisión, en la cual se ha desarrollado el concepto de ‘heurísticos’ para explicar las reglas que utilizan las personas a la hora de percibir y evaluar los riesgos. De acuerdo con la perspectiva de Slovic, Fischhoff y Lichtenstein (1999), la evaluación de riesgos es inherentemente subjetiva y las personas usan una serie de reglas de inferencia para evaluar los riesgos, denominadas heurísticos. Se usan estas reglas para reducir tareas mentales difíciles en unas más simples, y si bien son útiles en algunas circunstancias, también pueden llevar a grandes sesgos con serias implicaciones. Dos de los heurísticos relacionados con la percepción de riesgos son la disponibilidad y el exceso de confianza. La disponibilidad se relaciona con la facultad mental de realizar conexiones asociativas y de recordar los eventos. Las personas juzgan un evento como probable o frecuente si algunas instancias de ese evento son fáciles de imaginar o de recordar. Esto es así porque se asocia con el hecho de que los eventos frecuentes son más fáciles de imaginar o recordar que los eventos raros, pero la disponibilidad también está afectada por factores que no se relacionan con la frecuencia de los eventos. Por ejemplo, dicen los autores, un desastre reciente o una película cinematográfica impactante sobre algún riesgo, pueden hacer que sea fácil recordar esos eventos aunque sean de baja frecuencia. Estos sesgos en la disponibilidad de información podrían explicar algunas percepciones y decisiones erróneas. Relacionados con la disponibilidad, hay otros sesgos de evaluación tales como la predilección de la gente de verse a ellos mismos como personalmente inmunes a los peligros (“no me va a pasar a mí”) y la complacencia ante la falla en apreciar los límites de la información disponible (“fuera de la vista, fuera de la mente”) (Slovic, Fischhoff y

Lichtenstein, 1999:468, 470). Otro heurístico, el exceso de confianza, se relaciona con la gran confianza que se tiene en los juicios que se apoyan en los otros heurísticos. Habría una falta de conciencia en la gente sobre el hecho de que el conocimiento que tienen se basa en supuestos a menudo muy endebles. Y esto le ocurre a la gente común tanto como a los expertos cuando se los fuerza a ir más allá de los datos confiables y a apoyarse en sus propios juicios. Por otra parte, los autores señalan que “las creencias de la gente a menudo cambian muy lentamente y muestran extraordinaria persistencia frente a la evidencia contraria” (Slovic, Fischhoff y Lichtenstein, 1999:478). Con numerosos ejemplos los autores concluyen que la evaluación de riesgos es falible, que el grado de falibilidad es enorme, y que pueden sostenerse estimaciones defectuosas con una gran confianza.

Sin embargo, lo que estos autores no explican es por qué a veces funciona la disponibilidad de información con eventos recurrentes y otras veces cuando se trata de eventos raros pero impactantes, y por qué se recurre a unas fuentes de información endebles y no a otras. Tampoco explican por qué algunas conexiones asociativas se recuerdan más que otras. Es decir, cómo se da el proceso de jerarquización de la información sobre riesgos y de qué manera intervienen ideas socialmente preconcebidas sobre los riesgos en cuestión. Para ello, se necesita considerar la forma en que las sociedades construyen los riesgos, los priorizan y los caracterizan, que trataré en el siguiente apartado.

La construcción social del riesgo

He mencionado antes que, en general, la literatura sobre riesgo distingue las expresiones ‘peligro’ y ‘riesgo’ (Luhmann, 1992, Fox, 1999; Grémy, 2001; Got, 2009). De acuerdo con Got (2009) el peligro sería una realidad factual, en tanto que el riesgo sería la consecuencia de la relación con esta realidad. Grémy (2001) sostiene que el riesgo es ante todo un concepto subjetivo. “El riesgo, para un peligro dado, no existe fuera de las conciencias, de las sociedades y de las culturas. Lo que no quiere decir que el riesgo subjetivo socialmente construido esté desprovisto de racionalidad, sino que obedece a una racionalidad diferente [...]. Así, el riesgo subjetivo es la manera, psicológica, social y cultural en que un peligro, real o imaginario, es percibido” (Grémy, 2001:179).

Según Rayner (1992) la teoría cultural sostiene que los riesgos son definidos, percibidos y manejados de acuerdo a principios que son inherentes de formas particulares de la

organización social. Esta perspectiva asume un sujeto perceptivo activo. Más aún, “este sujeto perceptivo no es un individuo, sino una institución u organización que se conduce por imperativos organizacionales para seleccionar riesgos que serán atendidos o suprimirlos de la vista” (Rayner, 1992: 86). Calvez (2010), siguiendo a Renn, considera que desde la perspectiva de los enfoques constructivistas, los riesgos son considerados como una característica que los individuos o grupos atribuyen a situaciones marcadas por la incertidumbre y los peligros. En esta línea de interpretación, la investigación en las ciencias sociales ve al riesgo como una variable dependiente y a los contextos sociales y culturales como la variable independiente a partir de la cual las incertidumbres y los peligros adquieren un significado para los actores y participan en la orientación normativa de sus conductas.

Douglas es considerada como uno de los principales exponentes de la teoría simbólica cultural del riesgo (Lupton, 1999, Grémy, 2001). Ella sostiene que “La cultura parecería ser el principio codificador por el que se reconocen los peligros. Las pautas culturales de qué constituyen riesgos apropiados e inapropiados emergen como parte de la asignación de responsabilidad y son fundamentales para la vida social. Cuando se le pregunta por los riesgos que afronta, un individuo tiene que responder partiendo de alguna norma culturalmente establecida de cautela debida” (Douglas, 1996:109). En el nivel de la cultura se realiza la priorización de los riesgos. “Una comunidad utiliza su acumulada experiencia compartida para determinar qué pérdidas previsibles son más probables, qué probables pérdidas serán más perjudiciales y qué daños se pueden prevenir. Una comunidad implanta también el modelo de actores del mundo y su escala de valores por la que diferentes consecuencias son consideradas graves o triviales” (Douglas, 1996:110). Para explicar por qué se fija la atención en determinados riesgos y se encubre la percepción de otros, Douglas introduce la idea de principios morales legitimadores, que a través de juicios morales públicos, anuncian ciertos riesgos. Además, señala que el análisis cultural permite saber qué categorías en cada tipo de cultura son más probablemente consideradas en riesgo, quién será castigado y quién será considerado como pecador que expone a los otros al riesgo (Douglas, 1992).

La confianza como mecanismo para reducir la complejidad de los riesgos

Una vez que se ha entendido el riesgo como la probabilidad de una ocurrencia indeseada que puede ser evitada a través de decisiones humanas, ahora es necesario considerar que existe una multiplicidad de riesgos y que no todos pueden ser simultáneamente atendidos. Esto implica que se requiere seleccionar algunos riesgos, mantener la mente alerta hacia ellos, y dejar de considerar otros para simplificar el accionar en la vida cotidiana. De acuerdo con Douglas (1996), se tienden a ignorar los peligros cotidianos más comunes y también los muy infrecuentes, de baja probabilidad.

Esta operación por la cual quitamos de la mente algunos peligros se ha denominado 'confianza' (Luhmann, 1996). Como señala Luhmann (1996:5), "la confianza es [...] un hecho básico de la vida social." Una completa ausencia de confianza le impediría al sujeto levantarse cada mañana. "Cualquier cosa y todo sería posible. Tal confrontación abrupta con la complejidad del mundo al grado máximo es más que lo que soporta el ser humano" Luhmann (1996:5). Según Douglas (1996), ésta sería una propiedad adaptativa de la especie humana. "Para una especie bien adaptada para sobrevivir, hacer caso omiso de los acontecimientos de baja frecuencia parece una estrategia altamente razonable. El atender por igual a todas las bajas probabilidades de desastre diluiría la atención y la descentraría peligrosamente" (Douglas, 1996:58).

Para definir el concepto de confianza, Luhmann (1996) recurre a la noción de construcción intersubjetiva del sentido y del mundo, que es anónima y latente, y que permite excluir de la conciencia la gama completa de posibilidades experienciales –la complejidad del mundo. La confianza es necesaria porque la "cantidad de complejidad que existe como socialmente disponible, es inmensamente grande. Por lo tanto, el individuo solamente puede hacer uso de ella si se le presenta en una forma ya predispuesta, simplificada y reducida. En otras palabras, tiene que ser capaz de depender y confiar en el proceso de información de otras personas" (Luhmann, 1996:89). Esto quiere decir que el mundo resulta, tras esta reducción de posibilidades, relativamente simple y familiar, pero también que esta simplicidad es muy estrecha. Siguiendo el razonamiento, Luhmann (1996) sostiene que la familiaridad es la precondition para la confianza y también para la desconfianza. La familiaridad se apoya en la experiencia pasada. Se puede suponer que lo familiar permanecerá, que lo confiable resistirá la prueba. Todos los hombres dependen de la familiaridad y nadie se encuentra en la

situación de tener que hacer de repente todo de manera diferente. Como señala Husserl (1984) esta familiaridad, resultante del mundo vivido, que aparece como comprensible de suyo, es suficiente para la praxis cotidiana, y los horizontes del mundo vivido son familiaridades imperfectas, de antemano, según su tipicidad general. En este sentido, de acuerdo con Luhmann (1996), la historia es la forma más importante de reducir la complejidad y constituye el horizonte de la familiaridad. Como contracara de la historia, la confianza se orienta al futuro. Sólo es posible la confianza en un mundo familiar; “necesita a la historia como trasfondo confiable. No se puede dar confianza sin esta base esencial y sin todas las experiencias previas” (Luhmann, 1996:33). Pero a diferencia de la familiaridad, la confianza va más allá de la información que recibe del pasado y se arriesga definiendo el futuro. “La complejidad del mundo futuro se reduce por medio de un acto de confianza. Al confiar, uno se compromete con la acción como si hubiera sólo ciertas posibilidades en el futuro” (Luhmann, 1996:33). Es por esto que Luhmann (1996) considera que la familiaridad y la confianza son formas complementarias de reducción de complejidad hacia el pasado y el futuro.

En este sentido, el sujeto actúa de manera racional cuando simplifica las infinitas opciones de acción con base en la experiencia histórica social y establece confianza. De todas formas, la confianza se basa por necesidad en información incompleta, y encierra el riesgo de llevar a consecuencias indeseadas.

2.2. ACCIÓN SUBJETIVA FRENTE A LOS RIESGOS PERCIBIDOS

La toma de decisión frente a los riesgos. Uso de recetas para la acción

Como señalé antes, para tomar la decisión de usar protección contra las ITS es necesario haber percibido el riesgo de transmisión. Y la percepción de los riesgos está socialmente moldeada. Hay riesgos que se dejarán de considerar y otros que aparecerán magnificados. En la vida cotidiana, se establecen horizontes de familiaridad basados en la historia para evitar tener que considerar todos los riesgos en cada instante, y se reduce la estimación de las posibilidades de eventos indeseados hacia el futuro a través de mecanismos de confianza. Entonces es necesario explicar ahora cómo es que los sujetos en algunos casos consideran los riesgos y actúan para evitarlos (es decir, toman decisiones de prevención), y en otros casos se basan en mecanismos de confianza y dejan de lado la prevención.

Las decisiones han sido analizadas desde diversas perspectivas teóricas, siendo la economía la disciplina que más ha trabajado en formular modelos que expliquen las conductas humanas a fin de predecirlas, bajo el supuesto de que los sujetos realizan elecciones tratando de maximizar la función de utilidad (es decir, de obtener los máximos beneficios en cada acción), a partir de la información que tienen disponible y procesando esta información de manera adecuada (DellaVigna, 2009). Según DellaVigna (2009:315), “el núcleo teórico central de la economía se apoya en un simple pero poderoso modelo del comportamiento: los individuos realizan elecciones a fin de maximizar una función de utilidad, usando información disponible, y procesando esta información adecuadamente”. Como señala Elster (1991), en el modelo económico clásico la acción racional se interesa en los resultados. Esto es, si se desea lograr algo, es necesario hacer alguna otra cosa. Si bien los economistas diseñaron este modelo para las decisiones de tipo económico, se han hecho extensiones para explicar la toma de decisión en ámbitos no económicos. Este enfoque ha sido cuestionado por diversos autores de distintas corrientes (Valdés Ugalde, 2008), y una parte de los economistas a partir de Herbert Simon ha ido cambiando la concepción de una racionalidad absoluta a una racionalidad limitada (Conlisk, 1996), donde los sujetos se adaptan en orden a satisfacer más que optimizar en la elección de opciones. Dentro de la perspectiva crítica respecto al enfoque tradicional de la acción racional, Elster (1991) considera que el cálculo está limitado en algunos casos por inconmensurabilidad o por indeterminación. La indeterminación se considera cuando el sujeto no puede establecer cuál de las opciones de decisión es la mejor, es decir, cuando no hay ninguna base para decidir racionalmente. “Las creencias son indeterminadas cuando la prueba es insuficiente para justificar un juicio sobre la probabilidad de los diversos resultados de la acción” (Elster, 1991:42). Sin embargo, los sujetos evitan confrontarse con la indeterminación. En lugar de decidir el curso de acción mediante un mecanismo aleatorio (por ejemplo, arrojar una moneda), Elster señala que el sujeto tiende a suplir la falta de información confiando en probabilidades subjetivas ficticias. Más aún, Slovic *et al.* (2005) muestran incluso el papel que los afectos juegan en la toma de decisiones, generando o modelando estas probabilidades subjetivas ficticias, sesgando tanto la percepción como la elección.

Los sujetos forman las probabilidades subjetivas a partir de las creencias que sostienen. Como afirman Ross y Anderson (1999), nuestras creencias influyen el proceso por el cual

buscamos, guardamos e interpretamos información relevante. Afirman que sin un conocimiento previo y las preconcepciones correspondientes, la comprensión de la experiencia cotidiana podría demandar mucho tiempo y esfuerzo y la comprensión podría disminuir considerablemente. Kahan y Slovic (2006) señalan que la cultura es anterior a los procesos cognitivos a través de los cuales las personas perciben los hechos y toman decisiones. Es la disposición de la gente a comportarse como evaluadores culturales lo que explica que los mecanismos establecidos de formación de creencias –como las influencias sociales, la asimilación sesgada de información, la disponibilidad de heurísticos, los afectos, etc.- generen una matriz distintiva de creencias.

En la medida en que se ha demostrado que nuestras decisiones no descansan cada vez en cálculos racionales de pérdidas y ganancias, se requiere contar con mecanismos que faciliten la decisión sobre las opciones a escoger en el curso de acción. Por una parte la propia experiencia individual pasada ofrece información para la elección (Elster, 1997). Pero, en general, debemos confiar en la experiencia de otros que nos han antecedido. A su vez, la experiencia de los otros nos puede ser transmitida de manera directa (por educación, en el entorno familiar, a través de medios de comunicación, etc.), o de manera mediada, a través de normas sociales (Elster, 1991), o, como afirma Luhmann (1996), de la historia en tanto que estructura predeterminada que es la base para la confianza en los sistemas sociales. Para algunas decisiones típicas hay cursos de acción socialmente estandarizados (Schutz, 1974a). Esto se nos presenta como recetas para la acción disponible a la mano cuando tenemos que tomar una decisión. De acuerdo con Collins (2009), cuando la gente se plantea una situación prefiere utilizar estereotipos culturales antes que información de naturaleza estadística. Si no dispone inmediatamente de un estereotipo cultural idóneo, se crea arbitrariamente un caso típico, y cuanto acontezca con posterioridad se juzgará con referencia a él. La gente quiere que el mundo que experimenta posea de partida un marco de sentido, y prestamente establece un modelo operativo a través de cuya lente ve cuanto subsecuentemente sucede.

De dónde obtenemos las guías para la acción. Sentido común, historia e imitación

Desde la perspectiva de la sociología fenomenológica, se afirma que el mundo está ya cargado de sentidos cuando cada persona nace. Sus antecesores directos y lejanos han conformado lenguajes, pensamientos, instituciones, es decir, han solidificado una perspectiva

de comprensión de todo lo que la rodea, compartida intersubjetivamente. “Nací, por así decirlo, en este mundo social organizado, y crecí en él. Mediante el aprendizaje y la educación, mediante experiencias y experimentos de todo tipo, adquiero cierto conocimiento mal definido de este mundo y sus instituciones” (Schutz, 1974b:22). Estos sentidos que se heredan al llegar al mundo sirven también para interpretar, comprender y emprender cursos de acción con los otros que lo rodean. El sujeto cuenta entonces con un acervo incuestionado –aunque cuestionable en cualquier momento- de conocimiento inmediato (Schutz, 1974a). Siguiendo la teoría de Husserl, Schutz (1974a) señala que las experiencias previas están a mano como ‘típicas’. Percibimos objetos y los relacionamos con otros similares, que son percibidos como del mismo tipo. La experiencia real confirmará o no la anticipación de la conformidad típica con otros objetos. Así, la experiencia directa dota a las tipificaciones de pruebas empíricas, refuerza la confianza en ellas y permite complejizarlas en circunstancias específicas. De todos modos, la experiencia directa debe necesariamente coexistir con la experiencia del mundo de los predecesores, porque la experiencia individual no brinda esquemas tipificadores para todas las situaciones que el sujeto tiene que afrontar y también porque la pura experiencia individual no unifica el conocimiento social sobre la realidad. Schutz (1974b) enfatiza la relación del mundo contemporáneo con el mundo del pasado, al señalar que las personas utilizan los esquemas sedimentados elaborados en el pasado para guiar la acción presente. Así afirma que “[...] todos los sucesos históricos pueden ser reducidos a genuinas experiencias de otros hombres, experiencias que se produjeron en la duración de la vida consciente individual de semejantes y de contemporáneos, y que se refieren a ella. [...] De una generación a la siguiente, cambiaron los individuos participantes en relaciones de este tipo. Los semejantes se convirtieron en predecesores: en cierto sentido, existe una continua relación *Nosotros* desde los albores de la humanidad hasta hoy. Los individuos concretos de la relación se suceden, las experiencias concretas cambian, pero la relación se mantiene. Esta visión de la historia [...] es [...] la condición necesaria para la unidad, no sólo de nuestra experiencia del mundo de los predecesores, sino también de la realidad social en general” (Schutz, 1974b:68).

Además de hacer colectivamente inteligible la realidad y de unificar el sentido del mundo, los esquemas tipificadores ofrecen compendiados cúmulos de conocimiento que de ninguna manera podrían ser producidos individualmente. En el curso de la interacción no hay tiempo

ni lugar para la interpretación por lo que muchos hechos decisivos se aceptan como signos convencionales o naturales que no pueden ser aprehendidos de manera inmediata (Goffman, 1971). Sin embargo, este conjunto de conocimientos compendiados no es coherente ni está validado, por lo que, en determinadas circunstancias, los sujetos pueden re-evaluarlo y adecuarlo. “Hay por doquier lagunas, interrupciones y discontinuidades. Parece existir una especie de organización según los hábitos, reglas y principios que regularmente aplicamos con éxito. Pero el origen de nuestros hábitos está casi fuera de nuestro control; las reglas que aplicamos son reglas prácticas, cuya validez nunca ha sido verificada. En parte, adoptamos nuestros principios básicos acríticamente de padres y maestros, y en parte los extraemos al azar de situaciones específicas de nuestra vida o de la vida de otros sin haber profundizado en la investigación de su coherencia. Nada nos garantiza la confiabilidad de todas estas premisas mediante las cuales nos gobernamos” (Schutz, 1974b:77-78). Aunque este conocimiento puede ser incoherente, sirve para reducir la complejidad del mundo y para ser usado como receta ante la acción.

Como dice Schutz (1974b), el sujeto no sabe con claridad cómo adquiere estos conocimientos, ni cuál es el origen de los mismos. Estos conocimientos vagos están socialmente compartidos y pueden ser encontrados en los distintos ámbitos de la vida social. De allí la fortaleza y la resistencia al cambio de algunos conocimientos tipificados. No son puestos a prueba, y aparecen en una multiplicidad de discursos sociales. Se refuerzan por su aparición reiterada, y por su utilidad para la acción. No cae sobre ellos la investigación sobre su falsedad o veracidad; son usados como recetas prácticas para interpretar el mundo y para tomar decisiones, ya sea en la vida cotidiana o para institucionalizar pautas de acción para el conjunto social a través de normas y regulaciones.

Este conocimiento inmediato, a la mano, ha sido denominado sentido común. Ha sido definido como el saber básico, primario e inmediato de que dispone un individuo como miembro de una comunidad, y que se considera como autoevidente (González de Luna, 2004). De acuerdo con la definición de Popper (2007) es vago y cambiante, y se refiere a los instintos y opiniones de la gente, muchas veces adecuados y verdaderos, y otras muchas, inadecuados y falsos. Estas creencias son una herencia que se transmite a través del lenguaje y la tradición. Son autoevidentes por motivos pragmáticos al ser la guía para las acciones, pero es posible criticarlas y modificarlas (González de Luna, 2004). De allí que la

interpretación del mundo no necesariamente es uniforme y coherente para todos los que viven en una sociedad dada, existe la posibilidad de que sea cambiada. Según Berger y Luckman (1997) las sociedades modernas viven en una constante tensión entre la producción de sentido y la crisis de sentido. La diversificación estructural de las sociedades, su complejización, produce pluralidad y, consecuentemente, relativización de los sistemas de valores y esquemas de interpretación que pone en riesgo la vigencia del pensamiento hegemónico existente. Para enfrentar las crisis de sentido, tanto los individuos como las distintas comunidades de vida y de sentido mantienen una capacidad para preservar sus propios valores e interpretaciones que no debe ser subestimada (Berger y Luckman, 1997). Adicionalmente, las sociedades modernas cuentan con instituciones productoras de sentido que neutralizan aquellas consecuencias del pluralismo moderno que tienden a originar crisis de sentido. Estas instituciones operan como un sistema inmunológico que evita la propagación de la crisis de sentido, por lo que la crisis tiende a aparecer sólo en determinadas áreas de la vida y en períodos especiales (Berger y Luckman, 1997).

Es posible designar a las configuraciones de sentido sobre algún asunto en determinado período de tiempo como mentalidades. Reconociendo la dificultad de definir el concepto de mentalidades en el campo de la historia, pero a su vez las ventajas operativas del mismo, Vovelle (1985) señala que la historia de las actitudes y representaciones colectivas parte del juego relativo que existe entre las condiciones de existencia de los hombres y la manera en que reaccionan respecto a ellas. Se trata de reconstruir, más allá del pensamiento claro y formalizado, la historia de los mitos y de las creaciones de lo imaginario colectivo. No escapa a esta tarea el hecho de que lo colectivo puede enmascarar una extrapolación de las mentalidades de los grupos dominantes. De allí la necesidad de ver la relación entre dominados y dominadores y hacer también una historia de las resistencias. En todo momento histórico, hay distintas mentalidades disputando la interpretación de los fenómenos. Una mentalidad puede imponerse como hegemónica pero al mismo tiempo necesita combatir a los puntos de vista contrarios. La tarea del historiador no sería la interpretación de opiniones sino la definición de ambigüedades del mundo simbólico, la pluralidad de interpretaciones posibles del mismo y la lucha por los recursos tanto simbólicos como materiales. De allí que se habla de intersticios, es decir, opiniones contrarias al pensamiento hegemónico que emergen a pesar de los intentos de acallarlas, o como dice Levi (1993:121) “la cuestión que

se plantea es, por tanto, la de definir los límites –por más estrechos que puedan ser- de la libertad garantizada al individuo por los intersticios y contradicciones existentes en los sistemas normativos que los rigen”. En algunas ocasiones históricas donde se produce una revolución de las estructuras sociales, aparecen crisis de sentido que llevan a cambios de paradigma en la comprensión del mundo. Pero en general, estas crisis de sentido difícilmente afectan “simultáneamente y con la misma fuerza a todas las áreas de la existencia” (Berger y Luckman, 1997: 95). A pesar del pluralismo que caracteriza a las sociedades modernas, las crisis de sentido permanecen latentes, siendo las instituciones sociales intermedias uno de los factores que mantienen la cohesión social. Estas instituciones intermedias proporcionan orientación incluso cuando la sociedad deja de sustentar un orden global de sentido y valores (Berger y Luckman, 1997).

La interacción. La actualización de los estereotipos en la acción frente al otro

Una de las características de la experiencia social es la intersubjetividad (Husserl, 1986). Dentro del marco de sentidos compartidos históricamente cristalizados y cambiantes de la sociedad, los sujetos se encuentran en la necesidad de actuar frente a otros. Una de las corrientes teóricas desarrolladas para comprender la actuación subjetiva en tanto que acción social es la teoría de la interacción. Desde la teoría de la interacción (Goffman, 1971), cuando nos encontramos con otra persona ponemos en marcha mecanismos de presentación propia y de evaluación del otro. Deseamos transmitir una imagen de uno mismo, y recibimos y juzgamos las señales que la otra persona nos transmite sobre ella misma. Desde la teoría de los guiones (*scripts*) elaborada por Simon y Gagnon (1986) las tipificaciones y reglas prácticas pueden ser consideradas metafóricamente como guiones. Y para que ocurra el comportamiento, deben darse guiones en tres niveles: escenarios culturales, guiones interpersonales y guiones intrapsíquicos. Los escenarios culturales son guías instructivas que existen en el nivel de vida colectiva, e instruyen los requerimientos narrativos de roles específicos. En este nivel estarían los sentidos del mundo, las tipificaciones, el sentido común y las mentalidades mencionadas en los apartados anteriores. En la teoría de los guiones, se afirma que deben ser muy abstractos para aplicarse consistentemente en todas las circunstancias. Por ello no suelen ser predictivos respecto del comportamiento concreto. En las interacciones sociales deben realizarse ajustes de esos guiones, dada la posibilidad real de

fallas en la congruencia entre el escenario abstracto y la situación concreta. Esta falla debe ser resuelta en el nivel de los guiones interpersonales. El actor social se transforma de estar exclusivamente entrenado en su rol y escribe parcialmente o adapta los guiones para el comportamiento específico contextual. Se trata de una improvisación modelada, como variación institucionalizada de escenarios existentes. Cuando en la interacción se producen improvisaciones *ad hoc*, se requieren esfuerzos de creación de consenso, aún si son temporales y de aceptación incierta. De acuerdo con Simon y Gagnon (1986) los guiones interpersonales representan el mecanismo para que las identidades sean congruentes con las expectativas deseadas. Según Goffman (1971), la información sobre el otro ayuda a definir la situación para que uno sepa qué espera el otro de uno y que el otro sepa qué espera uno de él. Se utilizan muchas fuentes de información para definir al otro y también la experiencia previa con otras personas a fin de aplicarle estereotipos que se ajusten a los indicios de conducta y aspectos del sujeto que tengo ante mí.

El estereotipo es “una *imagen fija* (sobre algo o sobre alguien) que predomina en un ambiente social” (Herrero Cecilia, 2006). Se trata de un esquema *preconstruido* de carácter conceptual, lingüístico, sociológico o ideológico que comparten los hablantes de una lengua determinada o de una misma comunidad social o cultural. Como son esquemas fijos y preconstruidos, no hace falta elaborarlos personalmente, sino haberlos asimilado del contexto cultural o a través del conocimiento y del uso de la lengua para poder aplicarlos a nuestra percepción de la sociedad y del mundo (Herrero Cecilia, 2006). Según Amossy y Herschberg-Pierrot (2003), el término estereotipo se convierte en interés para las ciencias sociales desde la década de 1920, a partir de la obra de Lippmann, quien consideraba a los estereotipos como representaciones cristalizadas, esquemas culturales preexistentes, a través de los cuales se filtra la realidad del entorno, y son imágenes indispensables para la vida social. Del mismo modo que la corriente fenomenológica considera a las tipificaciones como necesarias para comprender la realidad en el mundo cotidiano, se presenta al estereotipo como reductor de la complejidad. Sin el estereotipo, el individuo estaría sumido en el flujo y reflujo de la sensación pura, siendo imposible para él comprender lo real, categorizarlo o actuar sobre ello (Amossy y Herschberg-Pierrot, 2003). En el transcurso de la existencia, en la interacción, se advierte en la otra persona un rasgo que caracteriza un tipo conocido y se completa el resto por medio de estereotipos que se tienen en mente. “Estas imágenes de nuestra mente son

ficticias, no porque sean mentirosas, sino porque expresan un imaginario ideal” (Amossy y Herschberg-Pierrot, 2003:32). Si bien el término tiene una connotación neutra en la obra de Lippmann, la psicología social norteamericana insistió en el carácter reductor y nocivo, en tanto que “provoca una visión esquemática y deformada del otro, que conlleva prejuicios” (Amossy y Herschberg-Pierrot, 2003:32).

A esta caracterización del estereotipo se le podría agregar, siguiendo a Quin (1996) que los estereotipos son conceptos de un grupo, lo que un grupo piensa de otro. Son algo que comparte un grupo existiendo consenso acerca de su contenido. Dado que el estereotipo es una manera de categorizar y describir a un grupo, cualquier estereotipo es predominantemente evaluativo. La función del estereotipo es justificar la conducta del grupo que cree en él en relación al grupo que se valora. Esto explica la «naturalidad» de los estereotipos: parecen naturales y obvios porque casi todo el mundo comparte el conocimiento de su existencia. Además, los estereotipos son a la vez ciertos y falsos. Las características que se seleccionan para categorizar a un grupo social no se inventan, sino que se escogen de una lista enorme de posibilidades. La selección en sí se basa en una serie de prejuicios sobre el grupo. La veracidad del estereotipo yace en la selección de las características; su falsedad yace en la distorsión que resulta al seleccionar determinados rasgos característicos que se aceptan como rasgos representativos del grupo.

La relación entre el estereotipo, el prejuicio y la discriminación parece ser más compleja que una simple línea causal (Amossy y Herschberg-Pierrot, 2003). Si en una primera instancia se pensó que el estereotipo llevaba al prejuicio y este a la discriminación, al parecer la relación entre la imagen que tenemos de un grupo, nuestra actitud respecto a él y nuestro comportamiento no siempre están en relación. Se dice que a veces el estereotipo legitima “una antipatía preexistente, en lugar de ser la causa de ésta” (Amossy y Herschberg-Pierrot, 2003:39). Dicho de otra manera, “no son los atributos del grupo los que llevan a una actitud desfavorable respecto de éste, sino el rechazo *a priori* el que lleva a buscar justificaciones movilizando todos los estereotipos disponibles” (Amossy y Herschberg-Pierrot, 2003:40).

En la interacción, definida por Goffman (1971) como la influencia recíproca de un individuo sobre las acciones del otro cuando se encuentran ambos en presencia física, contamos con estos estereotipos y tratamos de incluir a la persona con la que interactuamos en cierto grupo a partir de limitados rasgos aparentes. También tratamos de ajustar nuestras conductas y

señales para que el otro nos incluya en cierto estereotipo que no dañe nuestra imagen. Con base en la información que tenemos inicialmente sobre el otro comenzamos a definir la situación e iniciamos líneas correspondientes de acción (Goffman, 1971). A medida que avanza la interacción entre los participantes, se producen adiciones y modificaciones a la imagen inicial. Si bien pueden producirse modificaciones al estado de información inicial, de acuerdo con Goffman, parecería que es más fácil elegir la línea del comienzo del encuentro que alterar la línea seguida una vez que la interacción se inició. Es por ello que en la vida diaria las primeras impresiones son importantes. Desde esta perspectiva teórica, se afirma también que siempre está latente la posibilidad de que se produzcan interrupciones que contradigan o desacrediten la proyección o apariencia de una persona. Para evitarlo, continuamente se realizan prácticas defensivas que salvaguardan la impresión que queremos dar ante otros. Hay una parte de la actuación del individuo que funciona regularmente de un modo prefijado, que Goffman (1971) denomina fachada. Algunas de las características de las fachadas son relativamente fijas y durante un período de tiempo no varían en distintas situaciones (edad, sexo, ocupación, etc.). Otras varían de un instante a otro (gestos corporales, expresiones faciales). Una fachada social determinada tiende a institucionalizarse en función de las expectativas estereotipadas abstractas a las cuales da origen, y tiende a adoptar estabilidad al margen de las tareas específicas que en ese momento se realicen en su nombre. Así, la fachada se convierte en una representación colectiva. En general, los sujetos descubren que al adoptar un rol establecido se les ha asignado ya una fachada. Dado que las fachadas están preformadas antes de que el sujeto actúe, sólo pueden ser seleccionadas y no creadas.

En la interacción, los sujetos se esfuerzan por actuar de forma tal que expresen lo que desean transmitir, es decir, se esfuerzan por dar señales que se ajusten a una fachada determinada. Esto es denominado por Goffman (1971) como dramatización. Se moldea y modifica una actuación para adecuarla a la comprensión y expectativas de la sociedad en general y a las del otro en la interacción. El otro, a su vez, evaluará estos signos y los adecuará a los esquemas previos que se ajustan a esta dramatización. Ambos participantes tratan todo el tiempo de no caer en el descrédito o la estigmatización, de no equivocarse o 'meter la pata'. Para Goffman, la realidad ordinaria de la vida cotidiana no es automática sino el producto de un trabajo de construcción interaccional para superar las dificultades que afloran a la hora de ejecutar

rituales con efectividad (Collins, 2009). En el ejercicio del actuar cotidiano, los individuos usan marcos de referencia interpretativos que Goffman (2006) denomina primarios. Estos esquemas interpretativos primarios permiten a los sujetos situar, percibir, identificar y etiquetar sucesos concretos. Tal vez el sujeto no sea consciente de los rasgos organizados que tiene el marco de referencia, ni pueda describirlo con detalle, pero esto no le impide aplicarlo fácilmente. Con base en estos esquemas primarios el individuo etiqueta al otro y se coloca a sí mismo en situación. Como señalan Amossy y Herschberg-Pierrot (2003:46), “la relación con el otro está siempre mediatizada por una imagen preexistente.”

El tercer nivel en la teoría de los guiones es el de los guiones intrapsíquicos (Simon y Gagnon, 1986). Cuando en el nivel de los escenarios culturales hay complejidades, conflictos y ambigüedades de manera extendida y frecuente, se pone mucha mayor demanda en el actor de la que puede ser cumplida por las posibilidades adaptativas de los guiones interpersonales. Para guiar el comportamiento se generan ensayos internos. Los guiones intrapsíquicos son una parte significativa del diálogo interno. Esto es lo que crea fantasías en el sentido amplio del término, en tanto que reorganización simbólica de la realidad de manera de realizar más plenamente los deseos del actor.

En distintos contextos sociales y para distintos individuos en un contexto dado puede ser diferente la relevancia de los tres niveles de guiones. Simon y Gagnon (1986) realizan una distinción entre sociedades tradicionales o paradigmáticas y sociedades post-paradigmáticas. En las primeras, se requeriría sólo escenarios culturales y un repertorio limitado de improvisaciones ritualizadas porque tienen un alto nivel de sentidos compartidos y los significados concretos derivan de un número pequeño de significados altamente integrados. En las sociedades post-paradigmáticas, hay menos sentidos compartidos y sobre todo, hay profundas disyunciones potenciales de significados entre distintas esferas de la vida. Bozon (2009) habla del proceso de individuación en las sociedades contemporáneas, que resulta en trayectorias diversificadas y fragmentadas.

Los estereotipos de género en la acción frente al otro

En el capítulo 1 he señalado que el género es un proceso social por medio del cual se fabrican ideas de lo que deben ser hombres y mujeres (Lamas, 1998). De acuerdo con Bourdieu (2010), se trata de una relación social de dominación que se legitima apelando a “una

naturaleza biológica que es en sí misma una construcción social naturalizada” (2010:37) y que produce “ese artefacto social llamado hombre vital y mujer femenina” (2010:37). Ese producto es resultado de un “trabajo colectivo de socialización difusa y continua” (2010:38), de “construcción diacrítica” (2010:38) y “es el efecto automático y sin agente de un orden físico y social enteramente organizado con el principio de división androcéntrica” (2010:38). Si bien el concepto de género no está unívocamente definido (De Barbieri, 1996) y ha habido una profunda y extensa discusión teórica sobre el mismo, presentaré sólo algunas definiciones básicas que resultan operativas en esta investigación. De acuerdo con Scott (1999:61), “el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos; y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder”. Goffman (2009) aclara que la distinción sexual puede ser concebida de forma biológica o por aprendizaje (es decir, la asignación sexual puede tener por origen las diferencias corporales pero también es posible incluir a una persona en una de las categorías sexuales no por rasgos físicos sino por socialización). Según Lamas (2000:3) “género se refiere al conjunto de prácticas, creencias, representaciones y prescripciones sociales que surgen entre los integrantes de un grupo humano en función de una simbolización de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres”. Y “preguntarse cómo han sido inscritas, representadas y normadas la feminidad y masculinidad implica realizar un análisis de las prácticas simbólicas y de los mecanismos culturales que reproducen el poder a partir del eje de la diferencia anatómica entre los sexos” (Lamas, 2000:9). Por una parte, hay mecanismos culturales que producen y reproducen el género, y por otra, hay prácticas simbólicas que lo recrean. Y como señala Goffman (1977), no se trata de indagar sobre las consecuencias sociales de las diferencias innatas de sexo, sino la forma en que esas diferencias fueron (y son) puestas como una justificación de nuestros arreglos sociales, y más importante aún, la manera en que el funcionamiento institucional de la sociedad asegura que esta justificación parezca sensata. Para Bourdieu (2010) la diferencia biológica se constituye en una “justificación natural de la diferencia socialmente establecida” (2010:24) así como en un “garante de la apariencia natural de la visión social que la apoya” (2010:24). Para Goffman (1977) cada sociedad desarrolla lo que considera características esenciales de género. Por ejemplo, Bourdieu (2010:20) muestra que en las sociedades mediterráneas y europeas actuales el binomio masculino/femenino se inscribe en un sistema de relaciones

homólogas e interconectadas como “alto/bajo, arriba/abajo, delante/detrás, derecha/izquierda, recto/curvo (oblicuo) (y pérfido), seco/húmedo, duro/blando, sazonado/soso, claro/oscurο, fuera (público)/dentro (privado), etc.” Lo masculino se asocia a lo seco, arriba, afuera, abierto, etc. Lo femenino a húmedo, abajo, dentro, cerrado, etc. Estas oposiciones, al ser parecidas, se apoyan mutuamente a través de metáforas y transferencias prácticas, y por ser divergentes adquieren una densidad semántica originada por la sobre-determinación de afinidades, connotaciones y correspondencias. La dominación masculina, considera Bourdieu (2010), se afirma en la objetividad de las estructuras sociales y de las actividades productivas y reproductivas y se basa, entre otros, en esquemas inmanentes a todos los hábitos, que funcionan como matrices de las percepciones, transcendentales históricas, que se imponen a cualquier agente como trascendentes. Así, “la representación androcéntrica de la reproducción biológica y de la reproducción social se ve investida por la objetividad de un sentido común, entendido como consenso práctico y dóxico, sobre el sentido de las prácticas” (Bourdieu, 2010:49). Desde mi perspectiva, estudiar la construcción de género en la sociedad no significa averiguar qué dicen los hombres sobre las mujeres o las mujeres sobre los hombres, ni mucho menos estudiar unilateralmente lo que hacen las mujeres, sino investigar la forma en que la sociedad, a través de instituciones y productos culturales, formula normas sobre el papel de los hombres y de las mujeres, y las maneras en que en el nivel de la interacción estas normas son interpretadas y actuadas por los sujetos (tanto hombres como mujeres), y usadas para evaluar al otro por medio de expectativas.

Para desentrañar los mecanismos culturales que reproducen el género se afirma, por una parte, la necesidad de la investigación histórica. Con Scott (1999), desde una visión de género como constitutivo de las relaciones sociales, se destacan dos aspectos: a) son conceptos normativos que afirman el significado de masculino y femenino limitando otros significados y que se expresan en doctrinas religiosas, educativas, científicas, legales y políticas. Esas declaraciones normativas reprimen otras posibilidades alternativas y se presentan como si fuera la única posición posible. “La historia subsiguiente se escribe como si esas posiciones normativas fueran producto del consenso social y no de conflictos” (Scott, 1999:62). De allí la necesidad del análisis histórico que muestre posiciones en debate, y explique la represión necesaria para el surgimiento de una posición hegemónica de “permanencia atemporal en la representación binaria del género” (Scott, 1999:62). Y, b) es

necesario “investigar las formas en que se construyen sustancialmente las identidades genéricas y relacionar sus datos con una variedad de actividades, organizaciones sociales y representaciones culturales históricamente específicas” (Scott, 1999:62).

Por otro lado, una perspectiva sociológica permite considerar las prácticas sociales en que se recrean los estereotipos de género. Amossy y Herschberg-Pierrot (2003) comentan que en la sociedad contemporánea los medios de comunicación, la prensa y la literatura, favorecen estereotipos cuya adecuación a lo real es dudosa, y que la imagen de la mujer es un ejemplo de esto. Dicen que se han realizado numerosas investigaciones sobre las imágenes tradicionales de la mujer como madre, ama de casa u objeto estético en televisión, e incluso sobre la relación entre el tiempo que pasan los niños frente al televisor y la interiorización de los estereotipos sexuales dominantes. Como señalan las autoras “los comportamientos de la mujer reflejan roles sociales: lo que se espera de ella determina sus modos de hacer y de ser. Aparece preocupada por el bienestar de su entorno y abnegada, mientras que los hombres aparecen como más deseosos de imponerse y controlar su entorno. No se trata aquí de rasgos innatos que definen la femineidad como tal, sino de efectos de la distribución social de roles entre los sexos” (Amossy y Herschberg-Pierrot, 2003:42). West y Zimmerman (1999) explican la teoría de Goffman para comprender cómo en los actos cotidianos se realizan demostraciones (*display*) de género en tanto que descripciones convencionalizadas. Estas descripciones de género son representaciones interactivas de lo que nos gustaría transmitir sobre la naturaleza sexual, utilizando gestos convencionalizados. Los autores modifican sin embargo el enfoque de Goffman distinguiendo las nociones de sexo, categoría sexual y género, e introduciendo la dimensión de ‘hacer género’, que se refiere a “comprometerse en una conducta, *con riesgo de evaluación de género*” (West y Zimmerman, 1999: 127; cursivas en el original). Señalan, además, que “si bien son los individuos los que hacen género, la empresa tiene un carácter fundamentalmente interactivo e institucional, porque el rendir cuentas es una característica de las relaciones sociales”. Así, “el género de una persona no es sólo un aspecto de lo que una persona es, sino algo más fundamental, es lo que *hace* y lo que hace recurrentemente en interacción con otros” (West y Zimmerman, 1999: 132; cursivas en el original). Dado que en la sociedad existen estereotipos de género normativos, en la vida cotidiana los sujetos hacen género tratando cada vez de ajustarse a los estereotipos, sabiendo que pueden ser evaluados respecto a este ajuste, y a su vez evalúan a los otros.

2.3. LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO Y DECISIONES DE PREVENCIÓN EN LA INTERACCIÓN SEXUAL

Las normas en la interacción sexual

Una de las interacciones que producen los sujetos entre sí son las relaciones sexuales. En tanto que interacción, el acto sexual debe ser comprendido como un acto social. Como afirma Bozon (2009), la sexualidad no existe en estado natural, los humanos no saben comportarse sexualmente por instinto, sino que la sociedad es la instancia principal de producción de la sexualidad humana. Los seres humanos deben “aprender cómo, cuándo y con quién actuar sexualmente, y no pueden actuar sin dar sentido a sus actos” (Bozon, 2009:7). “La sexualidad es doblemente política, porque se construye a partir de un contexto cultural en el que está inscrita, y porque contribuye a su vez a estructurar las relaciones sociales de las que ella depende incorporándolas y poniéndolas en escena” (Bozon, 2009:7). Para que exista lo sexual, según Bozon (2009), incluso la masturbación solitaria, se necesitan las producciones sociales y mentales que toman la forma de escenarios. Esos escenarios funcionan como guías de lectura que permiten a los sujetos situarse y dar un sentido sexual a las sensaciones, situaciones y estados corporales. El autor presenta la perspectiva de los guiones (*scripts*) sexuales de Gagnon y Simon como una de las mejores expresiones teóricas de la escenificación de la sexualidad, sintetizando los tres tipos de guiones que expuse en un apartado anterior (escenarios sociales, guiones interpersonales y guiones intrapsíquicos) aplicados a la esfera de la sexualidad. Así, las experiencias sexuales se construyen como guiones aprendidos, codificados, inscritos en la consciencia, estructurados, elaborados como relatos y que no resultan tanto de reglas y prohibiciones sino de relatos múltiples que contienen secuencias de acontecimientos y de la interiorización de los modos de funcionamiento de las instituciones. “Los guiones sexuales no enuncian las prohibiciones sino que escriben los escenarios de una sexualidad posible. [...] Los guiones intrapsíquicos utilizan elementos de orígenes diversos –elementos simbólicos fragmentarios, escenarios culturales más ampliamente compartidos, elementos de experiencia personal- y los organizan en esquemas cognitivos estructurados, que tienen la forma de secuencias narrativas, de proyectos, de fantasías sexuales. Coordinan la vida mental y el comportamiento social y operan el reconocimiento de las situaciones sexuales y de los estados corporales. Los guiones interpersonales, principalmente presentes en el estado práctico de las interacciones entre los miembros de la pareja, se componen de secuencias ritualizadas de los actos, que intervienen

en los encuentros, establecimiento y mantenimiento de relaciones, provocan la excitación y coordinan la realización práctica de las relaciones sexuales [...]. Los guiones de orden cultural o escenarios culturales son prescripciones colectivas que dicen qué es posible y también qué no debe hacerse en materia sexual. Recomendaciones y prohibiciones culturales tienen rara vez la simplicidad aparente de normas o reglas jurídicas. Pueden ser intercaladas en los relatos (por ejemplo de obras culturales), que no tienen necesariamente a la sexualidad por objeto, o en los funcionamientos institucionales, que instruyen sobre la sexualidad no siempre asilando el aspecto sexual.”(Bozon, 2009:104-105). Según Ahlemeyer y Ludwig (1997), las normas están a menudo tan intrincadamente entretejidas en la textura del lenguaje y en lo que es considerado como “normal” que son difíciles de detectar –tanto para el actor social como para el observador científico.

Otras perspectivas teóricas sobre la interacción en la arena sexual fueron desarrolladas con el interés de construir marcos para la comprensión de comportamientos y el diseño de políticas de prevención en relación con el VIH/sida (Van Campenhoudt *et al.*, 1997). Ferrand y Snidjers (1997:7) señalan que “cualquier relación es vista como una secuencia de interacciones. Las interacciones diádicas son un tipo específico de comportamiento en el cual un individuo (ego) actúa sobre la base de respuestas esperadas y percibidas de otro individuo (alter). Las expectativas están también basadas en conocimiento social contextual, normas, experiencias personales y expectativas subjetivas. Las interacciones involucran intentos recíprocos de ajuste de las expectativas y comportamientos de ambos actores.”

De esta manera, existen normas sociales que se recrean y ajustan en la interacción concreta. Según la circunstancia y el otro participante, será el resultado de la adaptación del guión cultural. Por ello, se ha señalado que en la interacción hay que tener en consideración el tipo de relación entre los ‘*partners*’⁵ y la secuencia temporal de la relación porque los guiones interpersonales se ajustan según esas dimensiones. Por ejemplo, respecto a la secuencia temporal, Ahlemeyer y Ludwig (1997) señalan que las reglas internalizadas de comportamiento y expectativas normativas parecen ser más efectivas en el comienzo de una relación, cuando la auto imagen es confrontada con algo desconocido y un deseo extraño. Poco después de que se establece una relación específica, se escriben normas particulares.

⁵ Es difícil dar en español una traducción sintética de la palabra inglesa ‘*partners*’. Si se traduce como pareja, en español puede asumir el significado de estabilidad o de sólo dos personas. La expresión inglesa es más amplia, y se refiere a los integrantes de todo tipo de relación sexual.

Cuanto más importante es la relación para el individuo, éste se vuelve más sensible a la imagen transmitida por la otra persona.

La importancia del tipo de relación ha sido señalada desde distintas perspectivas teóricas. Una manera ha sido verlo como sistemas de comunicación íntima, tales como romántico, hedonista, matrimonial y de prostitución (Ahlemeyer y Ludwig, 1997). Una misma persona puede participar con diferentes acciones en distintos sistemas íntimos y se comportará según los requerimientos del sistema de que se trate. Otra forma de analizar los tipos de relación sexual es el enfoque de las orientaciones íntimas. Para Bozon (2009:107), “existen configuraciones distintas, en número limitado, que asocian de manera estable las representaciones de sí y el ejercicio de la sexualidad. Esos tipos de orientación íntima constituyen verdaderos marcos mentales, que delimitan el ejercicio de la sexualidad, definiendo el sentido e indicando el rol que ella juega en la construcción de sí.” Se trata de lógicas sociales de interpretación y construcción de la sexualidad, que se “experimentan tanto en representaciones y normas culturales como en modos de interacción entre *partners*, modos de conocimiento de sí, disfunciones temidas o afectos ligados a la sexualidad”. Distingue tres tipos de orientación sexual: la red sexual, el deseo individual y el de sexualidad conyugal.⁶

Una tercera manera de tratar los tipos de relación, es presentada por Bastard *et al.* (1997), quienes distinguen entre individuos que viven en relaciones de fusión o de asociación. La relación de fusión se vincula con el romanticismo y la confianza y la de asociación con intercambios transparentes. Desde el punto de vista de la secuencia temporal, proponen tres fases de la relación: 1) cortejo-sedución; 2) familiaridad; 3) fase de separación. En la primera fase, los sujetos se preocupan por presentar la mejor imagen, ganar confianza y evitar fuentes de conflicto. En la fase de familiaridad, los *partners* ya tuvieron relaciones sexuales, sienten que conocen al otro, y que la relación es estable (con independencia del tiempo transcurrido, que pueden ser varios años o unos pocos días). Las hipótesis de Bastard *et al.* (1997) es que a cada tipo y fase de relación corresponde una forma de concebir el riesgo y prácticas preventivas. Por ejemplo, en una relación estable es posible que no se

⁶ De acuerdo con Bozon (2009) en el modelo de *red sexual*, es el vínculo del ego a múltiples *alter*, parejas sexuales pasadas, presentes y futuras, el que teje el sentimiento de existencia social y personal del sujeto. El temor en este modelo es al aislamiento. En el modelo de *deseo individual*, el motor de la construcción del sujeto es el regreso periódico de su deseo y de su realización; el sujeto se observa a sí mismo, la actividad sexual sirve a la restauración de sí y lo que el individuo teme más es el debilitamiento de su deseo. En el modelo de la *sexualidad conyugal*, las aspiraciones del individuo están dirigidas hacia la construcción de un ego conyugal: la actividad sexual no se concibe fuera de ese marco y su desarrollo informa a los *partners* sobre el estado de la diada. El temor principal es el enfriamiento de la relación, pues las consecuencias para la continuidad de la pareja son tangibles en una época de gran movilidad conyugal.

consideren riesgos de ITS y por tanto, que se descarte la prevención, y lo contrario con una pareja que no se conoce o que tiene el carácter de intercambio de sexo por dinero. Además, a medida que se avanza en la familiaridad con una pareja (dimensión de *tempo*), puede ocurrir que cambien los riesgos percibidos y la forma de prevención. De allí que Ferrand y Snidjers (1997:8) señalen que la “sexualización en tanto que proceso, como una secuencia de diferentes tipos de interacciones, es un asunto central para la prevención de comportamientos peligrosos para la salud.”

Los estereotipos de género en las prácticas sexuales

He dicho antes que las sociedades construyen normas de género a través de las cuales instruyen sobre lo que deben ser y hacer los hombres y las mujeres. Estas normas se aplican a una multiplicidad de ámbitos de la vida, y especialmente, a la sexualidad. Las relaciones entre los conceptos de género y sexualidad son complejas. De acuerdo con Vance (1997:106) “la sexualidad y el género son sistemas separados aunque entretnejidos en muchos puntos. [...] Para los investigadores de la sexualidad, la tarea no consiste sólo en estudiar los cambios de expresión de la conducta y las actitudes sexuales, sino en examinar las relaciones entre estos cambios y los movimientos más profundos en la organización del género y la sexualidad, dentro del contexto de relaciones sociales más amplias.” Como señala Bozon (2009), en sexualidad los límites de lo lícito y lo ilícito no coinciden para las mujeres y para los hombres. En la construcción tradicional de la sexualidad, una mujer “debe ser fértil, tener un (solo) hombre (aún si el hombre tiene muchas mujeres), no debe tener la iniciativa en materia sexual. En las tradiciones mediterráneas y latinoamericanas, la pérdida de la virginidad antes del matrimonio ha sido durante mucho tiempo (y es aún a nivel local), una transgresión moral mayor, que hace salir a la mujer de la categoría de mujeres honestas y aportan el deshonor sobre los hombres de su familia y sobre su esposo. En esas mismas culturas, la masculinidad es percibida como amenazada por los pares y requiere ser constantemente probada” (Bozon, 2009:17).

En las sociedades contemporáneas, según la interpretación de Bozon (2009), con el desarrollo de un individualismo sexual, se valoran normas de reciprocidad e igualdad en la sexualidad. La vida sexual se diversifica y se amplía. Hay una sucesión de relaciones y un alargamiento de la vida sexual (en los países estudiados por Bozon se registra un inicio más

joven y mantenimiento de la sexualidad en la tercera edad). Los cambios sociales ocurridos en las últimas décadas del siglo XX, con la generalización de la escolaridad de las mujeres, su participación mayor en mercados de trabajo, una mayor autonomía material y especialmente la difusión masiva de la anticoncepción resultaron en cambios en las prácticas sexuales de las mujeres. El ejercicio de la sexualidad a partir de la anticoncepción junto con un aumento de la autonomía social de las mujeres permite más fácilmente considerar rupturas y renovación de uniones. La sexualidad no inscrita en la institución matrimonial se vuelve legítima. Sin embargo, sostiene Bozon, aunque en la sociedad contemporánea las interacciones sexuales devienen menos codificadas a priori, no son libres del todo. “El marco, el repertorio y los significados de la sexualidad permanecen inscritos en las formas sociales interiorizadas de las relaciones entre individuos” (Bozon, 2009:45). Y si bien existe en la sociedad contemporánea un acercamiento de las prácticas y trayectorias sexuales de hombres y mujeres, sigue habiendo diferencias en las experiencias vividas, dependientes de las relaciones de poder entre *partners*, y de los juicios sociales sobre sus comportamientos. En este sentido “la sexualidad no ha revolucionado las relaciones de género, ni modificado radicalmente los lugares de cada uno.” (Bozon, 2009:74). Sigue existiendo una representación jerárquica relativamente estable de los roles de hombres y mujeres en la interacción sexual. Como señalamos antes, la oposición femenino/masculino se homologa con otras oposiciones como pasivo/activo, etc., y se traduce en la sexualidad en otras oposiciones binarias como “afectividad y pulsión/deseo, búsqueda de la reciprocidad y búsqueda del placer individual, duración de la relación e intensidad del deseo, exclusividad sexual y multiplicidad/simultaneidad de parejas” (Bozon, 2009:74). Los hombres son vistos como sujetos independientes, cuyo placer reclama satisfacción y las mujeres como sexualmente moderadas, que deben saber responder al deseo del otro. El deseo de los hombres no está cuestionado y el de las mujeres sólo es lícito en una relación estable (o que tenga objetivos amorosos o conyugales). Como señala Weeks (1998), si la masculinidad y la femineidad son definidos en referencia a la elección del objeto con quien se tendrá actividad sexual, se considerará hombre al que tenga sexo con una mujer, en tanto que la sexualidad femenina tradicionalmente ha sido definida como subordinada o reactiva a los impulsos del hombre.

Algunos autores sostienen que el esquema de género se aplica incluso cuando se trata de relaciones sexuales entre personas del mismo sexo. Weeks (1998) señala que aún cuando el hombre tenga relaciones sexuales con otro hombre, se concibe que uno de ellos deberá tener la cualidad de mujer (y se adjudica sea por edad, por feminidad reconocible, etc.). En la relación entre mujeres, también se hace referencia a los aspectos masculinos. Según Bozon (2009) los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres no forman una categoría aparte sino que también son clasificados como hombres o como mujeres según el rol activo o pasivo en la relación y por ello también están regidos por la matriz de género.

En las relaciones heterosexuales habría tres discursos de género relacionados con la sexualidad: a) tener-sostener, donde el objetivo de la joven mujer es 'adquirir' y sostener un hombre con propósitos de protección y reproducción; b) hombres impulsados por el sexo, donde se asume que los hombres tienen necesidad de un mercado sexual regular y que el papel de la mujer es satisfacer esta necesidad; y c) discurso permisivo, donde la actividad sexual es placentera en sí misma y puede ser llevada a cabo sin implicar compromiso. Dependiendo de la fuerza de cada discurso, devienen posibles algunas acciones y comportamientos particulares y otros resultan imposibles (Ingham y van Zessen, 1997).

Las demandas normativas en las sociedades latinas y latinoamericanas buscan retardar lo más posible el inicio sexual de las mujeres, en tanto que los varones son incitados a menor edad a dar pruebas de su hombría, teniendo relaciones sexuales con trabajadoras sexuales o con mujeres de mayor edad (Bozon, 2009). Hombres y mujeres tienen poderosos mandatos sociales; se espera de ellas recato y de ellos probar constantemente la hombría.

La asimetría social entre los sexos implica una depreciación de las mujeres que tienen muchas parejas (mujeres fáciles, putas). Y las mujeres que han sido estigmatizadas porque no tienen los comportamientos femeninos socialmente esperados (por ejemplo, porque tienen múltiples parejas), pueden tener dificultades para protegerse en las relaciones sexuales (Bozon, 2009). Ingham y van Zessen (1997) señalan que un hallazgo consistente en las investigaciones es la relativa debilidad de las mujeres en negociar cuándo desean tener relaciones.

Sin embargo, debe destacarse que las culturas tradicionales han diseñado normas, discursos y prácticas para justificar la existencia de un tipo de mujeres que tiene múltiples parejas: las trabajadoras sexuales. En la asimetría entre los sexos, aparece como característica más

fundamental el deseo sexual masculino incontenible. El papel esperado de las mujeres se ajusta a esa característica primordial, en algunos casos regulando el deseo a través de la formación de parejas estables, y en otros casos satisfaciendo el deseo como intercambio comercial. Según el comportamiento sexual, las sociedades tradicionales conforman dos tipos de mujeres, quienes tienen que adecuarse al mandato de género de manera diferencial. A ambos grupos de mujeres se les demanda una demostración de falta de deseo sexual. El grupo de las mujeres 'honestas' debe mostrarse cumpliendo el deseo masculino por atención o amor; el de las trabajadoras sexuales, lo cumplen por dinero. La categoría tabú es la de mujeres que se muestran con deseos sexuales y teniendo relaciones sexuales no por un intercambio cumpliendo supuestas necesidades del hombre, sino por su propio placer sexual. Este grupo es mucho más disruptivo, y en general, si bien se lo inscribe asociado al de las 'prostitutas', difiere de ellas porque no se mueven según el deseo masculino. En mi concepción, contra la interpretación de Bozon (2009), lo que divide normativamente a las mujeres no es sólo el número de parejas, sino la demostración del deseo de placer sexual. De allí que si las trabajadoras sexuales se muestran sin deseo, cumplen una función dentro del sistema de género tradicional. En coincidencia con Bozon, las mujeres que tienen parejas simultáneas o múltiples son desvalorizadas respecto a las monógamas. Desde mi perspectiva, una cultura sexual más equitativa en las sociedades contemporáneas no estaría dada sólo porque sea legítimo para ambos sexos tener un número similar de parejas sexuales, sino también por el intercambio legítimo de deseo de placer sexual entre los *partners*.

En México, investigaciones previas han puesto el acento en una conformación cultural híbrida o compleja, donde confluyen prácticas y sentidos sobre la sexualidad del tipo predominante en las sociedades denominadas por Simon y Gagnon como post-paradigmáticas y por Bozon como contemporáneas, y del tipo de las sociedades tradicionales de Bozon o paradigmáticas de Simon y Gagnon. En esta complejidad, habría un modelo predominante tradicional que incorpora como ambigüedad valores de los discursos modernos del individualismo y la libertad de decisión (Szasz, 2008). "Estas ambigüedades, que se expresan en estrategias de enmascaramiento, sutilezas, juegos de apariencias y dobles discursos, permiten que los diversos recursos culturales disponibles para que las personas interpreten sus actividades sexuales no choquen entre sí ni se eliminen mutuamente, sino que coexistan con cierto grado de tolerancia, con esfuerzos por evitar conflictos y sin necesidad

de llegar a un reconocimiento explícito de las actividades transgresoras” (Szasz, 2008:457-458). En la esfera de la interacción, señala Szasz, en México “los sujetos reinterpretan las normas dictadas por la jerarquía católica y por las generaciones mayores sobre las prácticas íntimas según las situaciones, adhiriendo frecuentemente a los discursos científicos modernos y a los mensajes modernizadores de los medios de comunicación para adecuar las interpretaciones a sus experiencias” (Szasz, 2008: 458).

Como señalé antes, las normas culturales son abstractas y tienen que ser interpretadas en cada situación. Para facilitar este ejercicio, se producen estereotipos basados en las normas, que simplifican la interpretación. En la sexualidad, los valores normativos sobre lo femenino y masculino se expresan en estereotipos como “los hombres tienen necesidades sexuales que deben satisfacer”, “las mujeres buenas no toman la iniciativa”, “las mujeres buenas son ingenuas en cuanto a sexualidad”, “las mujeres buenas tienen relaciones sexuales por amor”. Y las mujeres que no cumplen con estos estereotipos, son consideradas “locas, putas”, que implica una posición social inferior y repudiada. En contextos más tradicionales, también hay normas sobre el *tempo*, que se traducen en estereotipos como “las mujeres buenas tienen relaciones sexuales sólo en el matrimonio”, derivada de la norma de que las mujeres buenas deben tener una única pareja sexual.

La feminización de las ITS y estereotipos de género como obstáculos para la prevención

Como mencioné en el capítulo 1, la asignación de características femeninas y masculinas en un esquema de género tradicional se realiza no sólo a lo que deben ser hombres y mujeres, sino que se traslada a otros órdenes de la vida social. Algunas extensiones tienen una relación directa con el deber ser de hombres y mujeres, como la adjudicación de femeninas a algunas profesiones (por ejemplo, maestras de preescolar) y de masculinas a otras (por ejemplo, capitán de aeronave). La clasificación de profesiones se basa en las normas de género que adjudican a los hombres el rol del poder y control y a las mujeres el de cuidado y la atención de la familia. Otras extensiones simbólicas del sistema de género presentes en las sociedades contemporáneas son menos directas, y sus orígenes no son claros. La asignación de género a los colores (por ejemplo, femenino al color rosa y masculino al color azul), no tiene una referencia tan evidente y cambia con el tiempo. Y, como se vio en el capítulo 1, entre las

extensiones se encuentra la feminización de las enfermedades de transmisión sexual, que es el interés de esta investigación. Algunos investigadores han considerado que la extensión de género a las enfermedades deriva de la visión tradicional del cuerpo de hombres y mujeres (Spongberg, 1997). Sin intención de realizar aquí una genealogía de este proceso sociocultural, cabe volver mencionar en este capítulo la importancia de la feminización de las ITS para comprender la percepción del riesgo y las decisiones de prevención, y sobre todo, el cambio en la ubicación de las ITS, ya no en las mujeres en general, sino en un sólo tipo de mujeres, ‘las prostitutas’.

Según Spongberg (1997), antiguamente a las mujeres se las veía como naturalmente depravadas, “ellas eran el sexo, la tentación sexual personificada” y el deseo masculino sin control sólo era una respuesta a la depravación femenina. Luego se produce un cambio moral por el cual se les niega a las mujeres en general el placer sexual considerándolas de allí en adelante asexuadas e innatamente puras, y se cristaliza el estereotipo de la prostituta como cuerpo femenino sexualizado representativo, o como patológicamente incapaces de controlar su sexualidad. En general, las tempranas medidas contra las ITS tuvieron como foco a las trabajadoras sexuales (por ejemplo, en la España de fines del siglo XV para combatir la emergente sífilis). La asociación entre sexualidad y sífilis se realizó casi simultáneamente con las primeras descripciones de la enfermedad en Europa, y casi de inmediato se puso el énfasis en las relaciones sexuales de personas lujuriosas y pecaminosas. Entre las mujeres, el foco estuvo puesto en las ‘prostitutas’ y la preocupación por encontrar tratamientos curativos sólo tenía en cuenta la salvación de los hombres. “Es siempre el sexo masculino por el cual el doctor siente pena, siendo la mujer estrictamente confinada al rol de contaminador” (Quérel, 1992:23).

Dije más arriba que para Goffman (2006), en el actuar cotidiano los sujetos utilizan esquemas interpretativos primarios que les permiten situar, percibir, identificar y etiquetar sucesos concretos. La idea de que las ITS son transmitidas por un grupo específico de mujeres, consideradas ‘libertinas’, ‘promiscuas’, ‘pecaminosas’, y que los hombres sólo deberían cuidarse en presencia de ellas, constituye, a mi entender, un esquema primario. Este esquema, basado en estereotipos de género, tiene consecuencias para la percepción del riesgo como para las medidas de prevención, tanto de los sujetos en la interacción sexual, como de las sociedades en el nivel de la salud pública. En la interacción sexual, por una parte los

hombres se protegen una vez que han asignado estas características a las mujeres con las que interactúan (ubicándolas en un tipo de pareja específico), en tanto que las mujeres no quieren ser adscritas a este grupo. Y en las políticas de salud, se reglamenta, aísla o controla a las trabajadoras sexuales.

Como se vio en el capítulo 1, los estereotipos que ubican las ITS en cierto tipo de mujeres siguen en la actualidad. Estos estereotipos tienen consecuencias en la interacción sexual sobre la conceptualización del riesgo y la toma de decisión de prevención, y se relacionan con los tipos de pareja vistos antes. Como señalan Gogna y Ramos (2000), ‘conocer al otro’ parece ser una estrategia clave seguida por las personas para estimar el riesgo. Pero para hombres y mujeres, los estereotipos que operan en la selección de las personas son diferentes. “Para los hombres, era una cuestión de distinguir entre una esposa-hogareña y otro tipo de mujeres (por ejemplo, mujer de la calle, una loca, una mujer con muy activa vida sexual). La primera era digna de confianza y el condón era innecesario, mientras que hay que tener cuidado con la segunda. Las mujeres, en contraste, hicieron su selección por ‘conocer bien a la persona’ –esto es, conocer cómo es, dónde vive, como es su familia, con quién ha salido” (Gogna y Ramos, 2000:125-126). De aquí que ambos comparten la idea de que las ITS son algo transmitido por las mujeres. Por otra parte, siguiendo a estas autoras, “[e]stas normas respecto a la sexualidad y género toman distintas formas. Una de ellas es el ‘doble estándar sexual’, en el cual los hombres inician antes que las mujeres su vida sexual, están más orientados al disfrute de los aspectos físicos del sexo, tienen más parejas sexuales, y están más propensos a tener sexo fuera del matrimonio. Otro es el estereotipo femenino dual (chica mala/puta, chica buena/virgen) que describe a las ‘mujeres buenas’ como aquellas ignorantes sobre sexo y pasivas en las interacciones sexuales. Los hombres, en contraste, se espera sean expertos sobre sexualidad y no tengan problemas en buscar y encontrar placer en el sexo. Normas que etiquetan la comunicación entre la pareja sobre tabúes sexuales (especialmente si es iniciada por la mujer) o que asocian condones con ‘sexo ilícito’, son también parte del escenario cultural de cada todas las sociedades” (Gogna y Ramos, 2000:127-128). La “imagen dual de la mujer y los estereotipos sobre la masculinidad (que los hombres son audaces, calientes y prisioneros de una sexualidad ‘boy-scout’) contrapesa las percepciones de riesgo de los hombres de dos maneras: primero, inhibiendo la disposición de los hombres a protegerse dado que ‘un verdadero hombre toma riesgos’; segundo, evitándoles perderse

cualquier oportunidad de un encuentro sexual” (Gogna y Ramos, 2000:129-130). Además, prosiguen las autoras, estos estereotipos coexisten de forma contradictoria con las ideas sobre medios de prevención: no tener relaciones sexuales o usar condón con determinadas parejas (por ejemplo, mujeres de la calle). Entre las mujeres, está presente la idea de que los hombres son naturalmente infieles, y por ello ellas resultan vulnerables a alguna ITS. Sin embargo, no resulta posible para ellas proponer protección. El temor a las reacciones de los hombres, por ejemplo, que sintieran desconfianza, y la vergüenza, son elementos importantes en los costos y beneficios considerados. Además, la asociación del condón con sexo ilícito resulta un obstáculo para que la mujer proponga su uso, ya que en este esquema dual, le resulta necesario ser considerada como buena mujer.

2.4. CLAVES INTERPRETATIVAS PARA LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación trata sobre la construcción social e histórica del riesgo de ITS, influida por los estereotipos de género, que se pone en práctica en las percepciones e interacción sexual de jóvenes universitarios de México.

Desde una perspectiva epidemiológica de existencia de riesgos objetivos, el capítulo 4 presentará las prevalencias de algunas ITS en la población mexicana, y en particular, en los jóvenes objeto de la investigación. En este sentido, se considerará que las ITS son peligros contingentes, que pueden evitarse a través de la prevención con el uso del condón. Y se mostrará que tienen presencia en la población mexicana, por lo que se requeriría su prevención. Este capítulo servirá como el contexto objetivo de las prácticas de los jóvenes.

Por otra parte, desde una perspectiva construccionista o cultural, analizaré la construcción del riesgo de ITS desde una perspectiva histórica y en los discursos de los jóvenes. La percepción de riesgos en la sexualidad y su priorización son el resultado de una reducción de complejidad histórica que establece los marcos de comprensión del fenómeno y las guías de acción socialmente estandarizadas. En esta matriz cultural se conjuntan ideas sobre el género y la sexualidad, que constituyen el horizonte de sentidos con que se tratan las ITS, y presenta cambios y permanencias a través del tiempo. El capítulo 5 contiene un análisis histórico de las mentalidades sobre las ITS, tanto desde las hegemonías como de las resistencias en los intersticios del pensamiento dominante, que cristalizan la reducción de complejidad, forman el horizonte de familiaridad y sirven como marcos para la elaboración de guiones.

Por otra parte, la percepción de riesgos y la decisión de prevención están modeladas por estereotipos de género, y en particular, el esquema primario, también en las prácticas sexuales de los jóvenes. En la interacción, la presentación del yo y la evaluación del otro se realizan a partir de guiones culturales, interpersonales e intrapsíquicos. Entre la variedad de guiones existentes, en la interacción se aplica aquél que se considera adecuado a la situación específica. De allí que la presentación de la persona y las acciones defensivas para no ser desacreditado, forman parte esencial de las estrategias de la interacción. El capítulo 6 analizará la forma en que los jóvenes perciben los riesgos relativos a la sexualidad, los priorizan y los caracterizan, considerando los tipos de pareja y dimensiones temporales como elementos para la selección del guión a aplicar, donde confluyen los estereotipos de género, los riesgos de evaluación de género, y las decisiones de prevención, en función de la percepción del yo, la percepción del otro, y la creencia del yo sobre la percepción que el otro tiene del sujeto. Percepciones de riesgo y su contracara, establecimiento de confianza, serán indagados en los discursos de los jóvenes sobre la interacción sexual. Normas culturales y guiones interpersonales también serán explorados a partir de discursos de los jóvenes universitarios en relación con los riesgos de ITS.

CAPÍTULO 3. Los caminos de la ciencia no son inescrutables: Metodologías de la investigación

La investigación se propone objetivos específicos para los cuales se requirió desarrollar distintas metodologías: a) desde la perspectiva epidemiológica, se elaboró una síntesis de las prevalencias encontradas de tres ITS seleccionadas; b) desde la perspectiva histórica, se analizó la construcción del riesgo de ITS en discursos de políticas de salud y médico-académicos; y c) desde la perspectiva socio-demográfica, se analizó una encuesta sobre prácticas sexuales y el discurso de jóvenes universitarios. Presentaré en secciones separadas la metodología seguida desde cada una de las perspectivas.

El análisis se centró en tres infecciones de transmisión sexual: por el *Treponema pallidum*, el virus del papiloma humano y el virus del herpes simple tipo 2, porque eran las infecciones objeto de estudio del proyecto del Instituto Nacional de Salud Pública del cual esta investigación formó parte. Sin embargo, tanto en la revisión histórica como en los discursos de los jóvenes se amplió a las otras ITS, incluyendo el VIH/sida. En la parte de historia, la búsqueda de literatura se realizó sobre las tres ITS seleccionadas, pero se reportaron las formas de concebir todas las ITS cuando los textos ubicados lo permitían. En el estudio cualitativo con jóvenes, se abarcó la construcción del riesgo de todas las ITS.

Cabe destacar que cada una de las tres ITS seleccionadas hizo su aparición en distintos momentos históricos. La sífilis permite realizar la reconstrucción histórica de las políticas dirigidas a su mitigación desde fines del siglo XIX y durante todo el siglo XX. El herpes simple tipo 2 empieza a mencionarse en la década de 1970, y ha servido más recientemente como un buen indicador de prácticas sexuales sin protección. Finalmente, la elección del virus del papiloma humano, del que se empieza a hablar en la década de 1990, obedece a la magnitud de los problemas asociados, especialmente el cáncer cérvico-uterino.

3.1. METODOLOGÍA DE LA PERSPECTIVA EPIDEMIOLÓGICA

Como se mencionó más arriba, por ser esta investigación parte de otra investigación mayor, se seleccionaron como objeto de estudio las tres ITS incluidas en el proyecto mayor (sífilis, virus del herpes tipo 2 y virus del papiloma humano). Para poner en contexto el problema de

las ITS, se realizó una síntesis de los hallazgos epidemiológicos sobre las mismas, publicados entre el año 1990 y el 2001.

Dada la intensa actividad científica que se desarrolla en México, y el surgimiento de múltiples foros y eventos de presentación de resultados, diseminados a lo largo del país, uno de los mayores obstáculos a superar para realizar el estado del arte epidemiológico de las tres ITS seleccionadas fue encontrar los mecanismos pertinentes para identificar la mayor cantidad de literatura producida sobre el tema.

Existen algunos instrumentos que ayudaron en la búsqueda, a saber, distintas bases de datos sobre publicaciones científicas. Para el presente trabajo se han utilizado las siguientes:

- Pubmed (base de datos de citas y resúmenes de artículos biomédicos de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos)
- LILACS
- RIMSIDA

La primera es de alcance internacional, la segunda agrupa publicaciones latinoamericanas y la última contiene básicamente publicaciones mexicanas. Las tres fuentes son complementarias, ya que la primera contiene artículos publicados en revistas previamente seleccionadas, con mayor porcentaje de revistas en inglés; Lilacs privilegia artículos aparecidos en español y Rimsida agrega las ponencias presentadas en congresos nacionales, que no se encuentran en las tres anteriores.

Otra estrategia que se siguió fue ubicar toda la literatura pertinente citada en los artículos que se habían encontrado a través de las búsquedas en las bases de datos hemerográficas. Particularmente, se citaban presentaciones en congresos internacionales que no aparecían en las bases de datos, o artículos publicados en revistas que no habían sido consideradas.

Así se obtuvo un cuerpo de publicaciones sobre las investigaciones realizadas en México, que se agrupó según se tratara de estudios sobre población general (donadores de sangre, mujeres embarazadas, etc.), sobre trabajadoras/es sexuales, o sobre otras poblaciones específicas que se presuponía estaban en riesgo de padecer una ITS (pacientes de clínicas de ITS, personas vinculadas a las trabajadoras sexuales, personas que solicitaron la prueba de VIH). Se elaboró un cuadro donde se consignan los siguientes datos: autores, año de la publicación, tamaño de la muestra, grupo poblacional, lugar y momento de la investigación, técnica utilizada y prevalencia resultante.

Por otra parte, se obtuvo información de dos fuentes de registro continuo: la Dirección General de Epidemiología y el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea. En el primer caso se trabajó con información publicada sobre casos reportados, y en el segundo caso se realizó el procesamiento de la base de datos a nivel nacional de donadores de sangre, a los que se les realiza una prueba para el diagnóstico de sífilis.

El Centro Nacional de Transfusión Sanguínea entregó la base de datos completa sobre las pruebas de sífilis que se realizaron durante el año 2000 a los donantes de sangre reportados en todos los estados del país, con el detalle de las instituciones donde se realizaron las donaciones. Se mantuvieron varias reuniones con el responsable del seguimiento de esta información y se procesaron con el SPSS 8.0 los datos correspondientes a sífilis a fin de determinar la prevalencia de esta infección en donadores de sangre.

Los resultados de la síntesis epidemiológica se presentan en el capítulo 4.

3.2. METODOLOGÍA DE LA PERSPECTIVA HISTÓRICA

Dado que uno de los objetivos es la deconstrucción de significados tipificados históricamente, se ha considerado que una estrategia privilegiada es el análisis de los discursos médico-académico y político-salubrista. El análisis de los discursos médico-académicos se realizó a partir de la literatura científica médica sobre las tres ITS seleccionadas publicada en México durante el siglo XX, con especial atención a la literatura epidemiológica. Los discursos de políticas de salud sobre ITS se obtuvieron de documentos oficiales (programas nacionales, programas sectoriales, códigos sanitarios, boletines, etc.) emitidos durante el siglo XX por las autoridades correspondientes. Las principales variables que se analizaron en los discursos sobre políticas de salud fueron: grupos poblacionales en los que se focalizan las medidas, grupos por los cuales se dice que se instrumentan las políticas (grupos a los que se protege), grupos que se consideran con mayores grados de infección, grupos que se consideran vulnerables respecto a las ITS, tipo de medidas que se enuncian para la prevención de las ITS. Las variables que se indagaron en los discursos médico-científicos se refieren a los grupos estudiados y las prevalencias reportadas de las tres ITS seleccionadas, grupos considerados vulnerables o en riesgo.

Debido a la gran diversidad de fuentes existentes, decidí trazar un corte con dos criterios: Primero, considerar los textos que sobre el tema estuvieran disponibles en los principales

archivos históricos y centros documentales del área de salud, principalmente los que se referían a legislación y políticas. Para tal fin, se revisaron los acervos de las siguientes instituciones: Biblioteca del Instituto Nacional de Salud Pública; Centro de Documentación Institucional de la Secretaría de Salud; Archivo Histórico de la Secretaría de Salud; Archivo General de la Nación; Centro documental del H. Congreso de la Unión (Cámara de Senadores); Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina; Biblioteca Dr. “Nicolás León”, Palacio de Medicina, Facultad de Medicina de la UNAM; Hemeroteca J.J. Izquierdo, Facultad de Medicina de la UNAM; y Biblioteca Nacional de México.

El segundo criterio fue revisar todos los números de las publicaciones salubristas periódicas que hubieran permanecido a lo largo del siglo XX y que fueran de alcance nacional. La duración secular era importante para identificar en una misma fuente las presencias, las ausencias y los cambios de ciertas ideas. Se trataba de establecer un símil a la tarea de los demógrafos de registrar series en el tiempo, tales como las de defunciones, nacimientos, matrimonios. En este caso no se trataba de una serie numérica, sino cualitativa, que registra las ideas y relaciones a partir de textos científicos publicados. Muy pocas publicaciones cumplían este criterio, y se seleccionaron:

- a) la Gaceta Médica de México, editada por la Academia Nacional de Medicina, que abarca todo el período (desde antes de 1900 hasta el 2000). Esta publicación refleja el pensamiento científico en las diferentes épocas.
- b) el Boletín del Consejo Superior de Salubridad, que se convierte en 1959 en la revista Salud Pública de México, que ha estado presente casi todo el siglo, pero con cambios tanto de nombre como de objetivos. Esta revista contiene materiales tanto sobre políticas como científicos.
- c) la Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. Abarca el período 1959-2000. Si bien esta publicación no se inició con el siglo, sin embargo la Facultad de Medicina sí es una institución secular, y era importante conocer el pensamiento que recorría esas aulas. Por ello, para cubrir el pensamiento presente en la Facultad de Medicina en décadas previas, a falta de una publicación periódica, se seleccionaron las tesis de los alumnos, del período 1900-1936. Después de 1936 se suprimió la obligatoriedad de realizar tesis al instrumentarse el servicio social, por lo que quedó un período sin registros para el análisis del pensamiento en la Facultad de Medicina (1937-1958).

En cuanto a materiales sobre políticas, se han seleccionado los códigos sanitarios, leyes generales de salud, reglamentos, decretos que contuvieran referencias a las infecciones de transmisión sexual publicados en el Diario Oficial de la Federación (DO). También se incluyeron algunos borradores de esas reglamentaciones que se encuentran en los distintos archivos. Asimismo, se han seleccionado informes de gobierno, memorias de las instituciones, documentos de las campañas contra enfermedades venéreas, normas técnicas, circulares, manuales.

Si bien el corte temporal es arbitrario, sin embargo el siglo XX contiene múltiples visiones políticas que todavía hoy resuenan como discusiones no resueltas. Al inicio del siglo continuaban vigentes las ideas que hicieron surgir la primera reglamentación de la prostitución en la década de 1860, y por ello se ha realizado una síntesis del pensamiento de las décadas previas al siglo XX. La búsqueda de mitos en un lapso secular puede parecer un tiempo corto, si consideramos que el cambio en las mentalidades es de larga duración (Vovelle, 1985), y que se ha documentado la presencia de estos mitos desde cientos de años atrás (Spongberg, 1997), pero sumamente extenso como proyecto de revisión de fuentes antes no exploradas con esta finalidad.

Muchas fueron las dificultades enfrentadas en el análisis histórico de fuentes documentales de un período tan extenso. Para el pasado más lejano, el problema es que se han resguardado en los archivos un conjunto mínimo de documentos, ya sea porque se realizó una selección con base en criterios de relevancia (que pueden haber variado en el tiempo), o por las pérdidas ante diversas reorganizaciones o mudanzas de los archivos (incluyendo accidentes en las instalaciones que afectaron los documentos impresos). En contraste, los documentos del pasado reciente son numerosos, están dispersos y falta aún la perspectiva de su importancia. Muchos de ellos no se encuentran en archivos históricos aún, porque son considerados demasiado recientes. De allí la importancia de las publicaciones periódicas (revistas científicas) revisadas, que permiten recorrer el camino con menos tropiezos que los documentos de los archivos históricos. Sin pensar que este es un trabajo acabado, el capítulo 5 presentará los principales argumentos que sobre estas infecciones de transmisión sexual se sostuvieron durante el siglo XX.

3.3. METODOLOGÍA DE LA PERSPECTIVA SOCIO-DEMOGRÁFICA

Para conocer la construcción del riesgo de ITS de los jóvenes universitarios se siguieron dos estrategias. Por una parte se analizó la encuesta de comportamientos sexuales y prevalencias de ITS realizada por el Instituto Nacional de Salud Pública en el año 2001 en la Universidad Autónoma del Estado de Morelos y por otra parte se realizó un estudio cualitativo con entrevistas individuales y grupales.

3.3.1. Metodología de la investigación cuantitativa

Entre los años 2001 y 2005, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) llevó a cabo un proyecto para estimar prevalencias e incidencias de algunas ITS y factores asociados entre estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos. En el año 2001 se realizó el estudio basal, que consistió en una encuesta transversal con toma de muestras para la estimación de las prevalencias del Virus del papiloma humano, virus del herpes simple tipo 2 y sífilis. Las características del proyecto y de la encuesta han sido presentadas en diversas publicaciones (Sánchez Alemán *et al.*, 2002; 2005; 2010; 2011).

El objetivo del uso de la encuesta es caracterizar a la población de estudiantes universitarios respecto a distintos indicadores de vida sexual, percepción del riesgo de ITS y prevalencia de las ITS seleccionadas.

Para esta investigación se utilizó como fuente de datos la encuesta basal del año 2001, seleccionando estudiantes entre 18 y 29 años, y se analizaron conocimientos de ITS, características de comportamiento sexual y de percepción del riesgo de ITS. Se elaboraron cuadros descriptivos y se estimaron modelos estadísticos con el uso del paquete estadístico SPSS 17.0.

3.3.2. Metodología de la investigación cualitativa

Para estudiar las configuraciones simbólicas articuladas en relatos construidos social e históricamente, la primera cuestión que se debe tratar es la de definir cuáles son los mecanismos idóneos que permiten llegar a este tipo de símbolos. Dado que, por principio, es imposible conocer “las mentalidades colectivas en sí”, sino que sólo se las puede interpretar a través de manifestaciones, un requisito era seleccionar los signos que se consideran más

pertinentes para llegar a ellas. Una de las herramientas utilizadas en las ciencias sociales para comprender las ideas de una época es el análisis de los discursos (textos, documentos, actos de habla, etc.). Por la índole de los objetivos, esta investigación tuvo como estrategia metodológica la utilización de métodos cualitativos que permitieron la interpretación de las mentalidades a través de los discursos de los jóvenes.

Tipo de entrevistas realizadas

Los discursos de los jóvenes universitarios fueron reconstruidos mediante el abordaje directo de los mismos. Se usaron dos técnicas para ello con el objeto de revisar, por un lado, los discursos privados de los jóvenes y, por el otro, para reconstruir los discursos que los jóvenes consideran válidos frente a sus contemporáneos. Se realizaron 46 entrevistas individuales y 6 grupos focales con estudiantes de ambos sexos de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos entre enero y agosto del 2001.

Entrevistas individuales semi-estructuradas. Las entrevistas individuales proporcionaron las representaciones de los sujetos sobre el tema, especialmente sobre la construcción del yo y del compañero/a sexual como sujetos de riesgo y la negociación de las medidas de protección de las ITS. Se buscaba a partir de esta técnica interpretar cómo se ponen en operación los conceptos de riesgo y los estereotipos de género en las prácticas de los jóvenes. Se diseñó un guión de preguntas para estas entrevistas porque el tema de la sexualidad, y en particular de las infecciones de transmisión sexual, no suele surgir espontáneamente en los relatos de vida de los sujetos. Para garantizar contar con discursos sobre el tema de interés se propuso la realización de entrevistas semi-estructuradas, y no la utilización de técnicas más libres, como los relatos o las historias de vida.

Las categorías de búsqueda de participantes fueron: por sexo (hombres y mujeres), por actividad sexual (activos e inactivos), por uso de condón (usuarios y no usuarios). De las 46 entrevistas realizadas, se superó el número esperado en las categorías de usuarios de condón e inactivos y no se completó la categoría de no usuario de condón. En esta última categoría se esperaba entrevistar a unos 20 jóvenes sexualmente activos que no hubieran tenido ninguna experiencia en el uso de preservativos. Tras realizar alrededor de 40 entrevistas y no haber encontrado a ninguna persona de esta categoría, se solicitó ayuda a los investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública que habían realizado la encuesta a los estudiantes para

estimar cuántos de ellos habían respondido que nunca habían utilizado condón. Al ver que la frecuencia era mínima (menos de 10 casos en más de 500 encuestados) se consideró que era una categoría prácticamente inexistente. Aunque se había llegado al punto de saturación en las respuestas de los grupos de inactivos y de usuarios de condón, sin embargo se continuó el proceso de entrevistas un poco más para tratar de encontrar a los no usuarios de condón. Habiendo conseguido sólo a dos casos, se decidió concluir el proceso de entrevistas.

Grupos focales. La técnica de grupos focales tiene la capacidad de llegar a construcciones de pensamiento complejas o profundas recreadas social y culturalmente. Es decir, los grupos focales permitieron en esta investigación llegar a los estereotipos socialmente construidos, tal como aparecen en el discurso de los jóvenes universitarios. De acuerdo con los expertos en la realización de grupos focales, deben realizarse al menos dos grupos con cada categoría seleccionada para corroborar hallazgos (Knodel, 1993). En este caso, las categorías de participantes buscadas fueron: grupo con sólo hombres, grupo con sólo mujeres y grupo mixto, para obtener distintas interacciones entre los participantes, bajo el supuesto de que en grupos homogéneos por sexo habría menos pudor para hablar sobre el tema, en tanto que en los grupos mixtos habría mayor confrontación de ideas. Los grupos mixtos fueron de las carreras de farmacia (GF1) y psicología (GF6); los de varones de las carreras de medicina (GF2) y derecho (GF4); y los de mujeres de las carreras de ciencias de la educación (GF3) y derecho (GF5).

Principales temas de indagación en las entrevistas

Las variables que se exploraron en las entrevistas individuales son de tipo personal, y tienen que ver con los relatos sobre las experiencias de los sujetos. Se buscó información sobre qué conocimientos tiene cada joven y si esos conocimientos influyen en la manera en que toma las decisiones sobre las prácticas sexuales, especialmente sobre la caracterización del compañero/a sexual y sobre la prevención en la relación sexual. En este tipo de entrevista se preguntó en detalle sobre todas las relaciones sexuales que ha tenido el sujeto. Las variables que se investigaron son: 1) *Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual*; 2) *Comunicación sobre Infecciones de Transmisión Sexual*; 3) *Relaciones de pareja, atracción y la primera experiencia sexual*; 4) *Ideales sobre relaciones sexuales* (para aquellos que no son sexualmente activos); 5) *Experiencia de Infecciones Genitales* (para aquellos que no son

sexualmente activos); 6) *Experiencias sexuales* (para los sexualmente activos: con quién, a qué edad, en qué circunstancia, qué métodos de prevención se utilizaron, por qué se utilizó o no un método, cuál era la preocupación por la que se usó algún método, diferencias entre las distintas parejas sexuales de una misma persona); 7) *Experiencia de Infecciones de Transmisión Sexual* (para los sexualmente activos). (En el Anexo 1 se encuentran las guías de preguntas elaboradas para la realización de las entrevistas semi-estructuradas y los grupos focales).

Las dimensiones que se exploraron con los grupos focales son del tipo de lo que se establece como sentido común, y apunta a conocer lo que “se dice sobre”, sin un sujeto de enunciación definido, y no a experiencias personales. Las principales variables que se indagaron fueron las siguientes: 1) *Conocimiento de las ITS*: se indagó cuál era la representación sobre los problemas de salud relacionados a la vida sexual (si los tienen en cuenta, cuáles son las fuentes de transmisión que conocen, síntomas, cuáles son los sujetos de riesgo según sexo. Se hizo énfasis en el conocimiento de cada una de las tres ITS seleccionadas para este estudio, y en los medios por los cuales obtuvieron estas informaciones). 2) *Relaciones y sexualidad*: se trató de averiguar qué se dice sobre con quién tienen relaciones sexuales los jóvenes, y sobre cuán frecuente es que las tengan. Se exploró por las relaciones con parejas formales y con parejas informales. 3) *Riesgos sexuales, prevención y el uso de condones*: interesaba saber cuán presente tienen los jóvenes los riesgos, cuáles tienen presentes, y en qué momento los hacen conscientes. Por otra parte, se preguntó por métodos de prevención de los riesgos mencionados, haciendo hincapié en las opiniones sobre condón. Interesaba saber lo que se dice de cuándo usarían condones y cuándo no los usarían. También interesaba conocer las opiniones sobre quién es el responsable de la prevención. 4) *Detección de síntomas y comunicación*: se trató de explorar el discurso sobre qué hacen los jóvenes si advierten un síntoma de ITS, si es diferente siendo hombre o mujer. Asimismo, si se afirma que existe comunicación con las parejas sexuales sobre padecer una ITS.

Selección de los estudiantes a entrevistar

Se seleccionó una población de jóvenes universitarios porque, en tanto que jóvenes, han sido sujetos prioritarios de las políticas de educación sexual y se esperaba que hablaran con mayor soltura de temas de sexualidad que la población mayor; y en tanto que universitarios, porque

dado el alto nivel escolar, se esperaba que tuvieran conocimientos sobre las formas de transmisión de las infecciones sexuales y de esta manera poder aislar el efecto de la desinformación para identificar los estereotipos. Era importante que la población objetivo seleccionada tuviera alguna información sobre las ITS y las formas de prevenirlas, para poder explorar si el contar con esa información llevaba a tener prácticas sexuales protegidas. Si el tener conocimientos no mostraba relación con tener prácticas protegidas, era necesario interpretar cuáles eran las barreras que lo impedían. Es decir, la elección de jóvenes altamente escolarizados se debe a que ellos han estado expuestos a información sobre las ITS y su prevención, lo que permitiría “aislar” el efecto de la desinformación del efecto de la percepción estereotipada del riesgo. Cabe destacar que la proporción en el país de población con estudios universitarios es selectiva y minoritaria. De acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda del año 2000, el 14% de la población de 20 a 29 años tenía algún grado de estudios profesionales.

Durante los meses de octubre a diciembre del 2000 se realizó una intensa labor de promoción del proyecto (tanto encuesta como cualitativo) en el área de la carrera de Medicina, con presentaciones en el auditorio de la Facultad de Medicina de la UAEM, colocación de carteles y reparto de folletos salón por salón. Entre noviembre del 2000 y febrero del 2001 se trabajó exclusivamente en el Centro Médico de la Universidad, que era el lugar a donde debían llegar los jóvenes que deseaban participar en el estudio global. A los que llegaban se los invitaba a participar en el estudio cualitativo y se realizaba la entrevista audiograbada. Viendo que eran pocos los jóvenes que llegaban al Centro Médico y consultando con ellos sobre los motivos, se decidió ir a cada uno de los salones y así se logró una muy alta participación. Si bien al principio se había invitado sólo a los alumnos de la Facultad de Ciencias Biomédicas (carreras de medicina y de farmacia), con el transcurso de los meses realizamos la labor de gestionar el proyecto en otras carreras de la Universidad. Así, se logró ingresar a los salones de las Facultades de Psicología, Derecho y Ciencias Sociales, Ciencias de la Educación, Biología y Contaduría. Esto significó una nueva labor de información sobre los objetivos y la metodología del proyecto, esta vez incluyendo conferencias sobre las ITS bajo estudio. Todas las entrevistas fueron voluntarias, y al finalizar se entregaron folletos elaborados por la Secretaría de Salud sobre infecciones de transmisión sexual y uso del condón.

Entre los criterios de inclusión para el análisis se consideraron que fueran jóvenes (menores de 30 años), que fueran alumnos de alguna de las carreras de la universidad, y que hubieran vivido en México la mayor parte de su vida. Se excluyeron del análisis 2 entrevistas que no cumplieran con estos requisitos (en un caso se superaba el rango de edad, y en otro caso se trataba de un extranjero con pocos meses en el país). En el Anexo 2.2. pueden verse las características de los entrevistados.

Sistematización y análisis de los datos

Siguiendo las recomendaciones de McCracken (1988) se realizaron los siguientes pasos:

- a) Las entrevistas fueron grabadas en casetes. Se realizó una ficha/memoria de cada entrevista al finalizar la misma, que contenía información sobre las circunstancias en que se realizó, sentimientos de la entrevistadora durante el transcurso de la entrevista, y los resultados más llamativos de la entrevista.
- b) Se realizaron transcripciones de las entrevistas en archivos de Word. Las transcripciones fueron realizadas por una persona especializada utilizando una máquina transcriptor. Se guardaron las transcripciones en archivos magnéticos y una impresión de cada una en papel.
- c) El objetivo del análisis fue determinar las categorías, relaciones y supuestos que informan sobre la “visión” del entrevistado en general y respecto al tema de estudio en particular. Esto se realizó tomando en cuenta el sentido de lo que la literatura previa analizada decía que debería aparecer, el sentido de cómo el tema aparece constituido en la experiencia del entrevistado, y el sentido de lo que ocurre en la entrevista misma. En el primer paso se analizó cada entrevista en sí misma, y se codificaron las expresiones según sus propios términos. Se separó el material que se consideraba importante del material no importante. Luego se realizó un análisis síntesis de cada entrevista, registrando relaciones de similitud y coherencia entre las expresiones, y de oposición y contradicción. En el segundo paso se articuló en una lista única todos los códigos de cada entrevista, estableciendo similitudes y diferencias entre las distintas expresiones provenientes del conjunto de entrevistas. Se agruparon los códigos similares bajo una expresión común y se mantuvieron los códigos diferentes. Esto dio por resultado siete grupos categoriales, y un total de 92 códigos (en el anexo 2.1 se presenta la matriz de categorías). En el tercer paso, se puso en

relación las observaciones con los elementos teóricos y la literatura previa, y se establecieron los patrones generales y las expresiones únicas. Interesaba conocer no sólo las ideas que son comunes, sino incluir las ideas novedosas o contra el sentido común. En este punto ya no se habló de la vida de cada individuo en particular, sino de propiedades generales de pensamiento y acción dentro del grupo bajo estudio. Los resultados de la investigación socio-demográfica se presentan en el capítulo 6.

CAPÍTULO 4. El riesgo objetivado: panorama de algunas infecciones de transmisión sexual en la población mexicana

En el capítulo 2 se mencionó que el riesgo puede ser concebido desde varias perspectivas. En este capítulo consideraré el riesgo objetivado, es decir, lo que se ha propuesto como riesgo objetivo de ITS. Dado que la pregunta que guía la investigación es por qué los jóvenes no se protegen de las ITS en las relaciones sexuales que no buscan la reproducción, es necesario primero mostrar que las ITS están presentes en la población.

Presentaré una síntesis de la situación epidemiológica de las tres ITS seleccionadas, a partir de la revisión y análisis de los resultados de las encuestas y de los registros epidemiológicos continuos, estimados o ubicados en publicaciones de diversa índole de acuerdo a la metodología detallada en el capítulo 3. Esto permitirá poner en contexto el problema de las infecciones de transmisión sexual en México, mostrando las prevalencias obtenidas por distintas investigaciones de corte epidemiológico que se han llevado a cabo durante la década de 1990 sobre las infecciones por el *Treponema pallidum*, por el virus del papiloma humano (VPH) y por el virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2). Este contexto objetivado es el que tienen los jóvenes universitarios, cuya percepción de riesgo se analizará en el capítulo 6. El objetivo de este capítulo no es realizar un meta-estudio epidemiológico a fin de establecer los niveles y contrastarlos con los resultados obtenidos en otros países o regiones del mundo⁷, ni elaborar un análisis de la sensibilidad de los distintos métodos diagnósticos utilizados, sino evidenciar que las ITS están presentes en la población mexicana, y que por eso resulta necesaria su prevención. Como se verá en el capítulo, las técnicas de laboratorio utilizadas y las poblaciones bajo estudio difieren de una investigación a otra, por lo que resulta complejo realizar comparaciones o establecer prevalencias puntuales con validez absoluta. Sin embargo, los distintos estudios muestran que el riesgo de contraer una ITS no es nulo, y en algunos casos es muy alto, para la población mexicana sexualmente activa.

⁷ Para comparaciones específicas de las prevalencias encontradas en los jóvenes universitarios de Morelos con otros hallazgos en jóvenes y en estudiantes universitarios véase Sánchez Alemán, 2001; Sánchez-Alemán, Conde-Glez, Gayet *et al.*, 2005; Sanchez-Alemán, Uribe-Salas, Conde-González, 2002).

3.1. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE SÍFILIS EN MÉXICO EN DISTINTAS POBLACIONES

Como se puede observar en los cuadros 4.1.1. a 4.1.4., se cuenta con información de distinto tipo para estimar la prevalencia de sífilis en México. La mayor parte de las investigaciones se han dedicado a establecer la frecuencia de sífilis adquirida en poblaciones consideradas de riesgo (trabajadoras/es sexuales, personas que se realizan la prueba del VIH). Pocas investigaciones se basaron en población general (mujeres embarazadas, mujeres que asistieron a hospitales, donadores de sangre, encarcelados).

De acuerdo con la información que se presenta en el Cuadro 4.1.2., las prevalencias consignadas para población general abarcan un espectro que va desde 0.1% a 2.6%, con una media de 1.1% y una mediana de 0.7%. La información de donadores de sangre se refiere a una población que se autoselecciona por considerarse en buena condición de salud, por lo que se podría pensar en el umbral inferior de prevalencia de sífilis a partir de lo detectado en esta población. Las investigaciones que han dado información sobre donadores no han utilizado pruebas confirmatorias treponémicas, sino sólo pruebas no treponémicas (RPR y VDRL). En poblaciones con prevalencias bajas estas pruebas pueden dar más del 50% de falsos positivos, por lo que a las cifras 0.11%, 0.35% y 2% se debería descontar los falsos positivos. Esto significaría que el umbral inferior se ubicaría alrededor del 0.1%.

Los estudios sobre mujeres atendidas en distintos hospitales (embarazadas o que acuden a servicios de ginecología) muestran prevalencias que van del 0.09% a 2.6%. En tres estudios se realizaron pruebas confirmatorias (FTA-Abs), dando resultados diferentes: 0.09%, 1.1% y 2.5%. Esto puede deberse a que se trató de diferentes regiones del país, o a que hubo un brote ocasional que dio una cifra elevada para este tipo de población. Podría estimarse una cifra del orden del 1% para este tipo de población.

En síntesis, para población general en México podría pensarse en una prevalencia que se encontraría dentro de un rango que va del 0.1% al 1.5%. A manera de comparación, se ha estimado que la prevalencia de sífilis en mujeres embarazadas en algunos países de África en la década de 1990 van del 2.5% al 14.4% y en población general en la Federación Rusa, para 1995, alrededor del 2.6% (WHO, 2001). De manera clara, México se encuentra muy por debajo de las prevalencias altas de África e incluso del brote ascendente de los países de la ex Unión Soviética. Sin embargo, está por encima de las tasas de incidencia de Estados Unidos, donde se reportaba 2.9 casos de cada 100,000 mujeres para 1997, de Alemania con 1.4 o de

Canadá con 0.4 casos en la población general por cada 100,000 para 1995 (Aral y Holmes, 1999).

La mayoría de investigaciones publicadas a partir de 1990 hasta el año 2001 en México han tratado de establecer prevalencias de sífilis en trabajadoras sexuales, como puede verse en el Cuadro 4.1.3. Estos estudios han reportado prevalencias con una gran dispersión: desde el 1% al 27.8%, con una media de 7.8% y una mediana de 6.5%. Si eliminamos el caso extremo de 27.8% (una sola investigación encontró una cifra tan alta), podríamos estimar una prevalencia dentro de un rango del 2.5% al 10%.

Las prevalencias estimadas para otras poblaciones consideradas con prácticas de riesgo (población que acude a realizarse la prueba de VIH, empleados de bares donde hay trabajadoras sexuales, pacientes VIH positivos, pacientes con ETS), van de 0.6% al 34.9%, con una media de 8.4% y una mediana de 4.6%. Sin considerar los datos extremos, podríamos estimar una prevalencia para esta población que estaría entre el 1.5% a 7.6%.

En la población de jóvenes universitarios de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, el Instituto Nacional de Salud Pública no encontró casos de sífilis (Sánchez Alemán, 2001).

3.2. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE **HERPES SIMPLE-2** EN MÉXICO EN DISTINTAS POBLACIONES

Pocos estudios se han realizado para estimar la prevalencia de herpes genital, tal vez porque esta infección no tiene consecuencias directamente letales. Sin embargo, como se señaló en el capítulo 1, a diferencia de otras infecciones virales, el herpes tiene la característica de permanecer a lo largo de toda la vida una vez adquirido, con períodos de activación y períodos de latencia.

Los datos publicados sobre prevalencias de herpes simple 2 (cuadros 4.2.1 a 4.2.4) deben dividirse en dos tipos: los que basan el diagnóstico en la evidencia clínica de lesiones, y aquellos que, aún sin manifestaciones clínicas evidentes, pueden diagnosticar la presencia del virus a través de estudios de laboratorio a partir de muestras de sangre (Elisa o Western blot). Dada la característica de latencia de esta infección, es preferible atender a los resultados del segundo tipo de investigaciones.

Para población general mexicana, se han estimado prevalencias que van del 18.2% al 29.8%. Cabe destacar que todos los estudios se realizaron con base en población femenina. En

comparación, en Estados Unidos, para 1991 se reportaba una prevalencia de de 21.9% para una muestra estratificada de la población adolescente y adulta -25.6% en mujeres y 17.8% en hombres- (Aral y Holmes, 1999), pero datos más recientes de esa misma investigación muestran un descenso para el período 1999-2004, llegando al 17% para ambos sexos -23.1 para mujeres y 11.2 para varones- (Xu *et al.*, 2006). En Europa, las prevalencias parecen ser más bajas, alrededor del 9.7% en Gran Bretaña para el 2006 en población general, al igual que en Australia para el 2001, con una prevalencia de 16% en mujeres y 8% en hombres (Corey y Wald, 2008). En África, se afirma que los estudios muestran prevalencias muy altas en población general, donde las infecciones parecen darse al inicio mismo de la vida sexual, alcanzando proporciones del 80% en las mujeres y 40% en los hombres a la edad 24 (Corey y Wald, 2008). En América Latina, se han encontrado prevalencias del 20% en mujeres en Perú y de 43% en mujeres donadoras de sangre en Brasil (Corey y Wald, 2008).

La información sobre trabajadoras sexuales en México presenta prevalencias que van del 12.1% (con Elisa) a 65.1% (Inmunoelctrotransferencia o Western blot). Tres trabajos producidos por el mismo equipo de investigación muestran prevalencias similares para trabajadoras sexuales de la Ciudad de México: 63.4%, 65.1% y 60.8%. Los estudios realizados sobre otras poblaciones consideradas en riesgo (personas que acudieron a realizarse la prueba de VIH, empleados de bares donde hay trabajadoras sexuales) muestran prevalencias similares: de 28.8% a 32.4%, de manera equivalente para hombres y para mujeres.

En los jóvenes universitarios de Morelos, se encontró una prevalencia de virus de herpes simple 2 de 7.0% para las mujeres (14/200) y 4.3% para hombres (6/140), utilizando la técnica de detección de anticuerpos Western Blot, que indica infecciones pasadas (Sánchez-Alemán, Conde-Glez, Gayet *et al.*, 2005).

3.3. ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA DE **VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO** EN MÉXICO EN DISTINTAS POBLACIONES

En contraste con las dos infecciones de transmisión sexual anteriores (sífilis y herpes simple 2), la mayor parte de los estudios sobre prevalencia del virus del papiloma humano se han realizado en población general, no considerada a priori con prácticas de riesgo (cuadros 4.3.1 a 4.3.4). Es posible que este énfasis se haya dado por su asociación con el cáncer cérvico-

uterino, y por la mayor cantidad de elementos con que se cuenta para su diagnóstico entre mujeres de población general (especialmente una gran cantidad de muestras por Papanicolaou). Quizá por la primacía de esta asociación es que la mayoría de los trabajos se refieren a mujeres. Recientemente se ha comenzado a estudiar poblaciones masculinas.

Si bien muchas de las investigaciones se condujeron para buscar la asociación entre el virus y el cáncer cérvico-uterino, y en este sentido reportaban la prevalencia de VPH en mujeres que ya contaban con diagnóstico de cáncer, es de interés para esta tesis presentar las cifras de prevalencia en población no seleccionada por esta característica, que en general fungía como población control en esa clase de estudios.

Las prevalencias en mujeres de población general en México van del 1.1% al 31%, con una media de 14.4% y una mediana de 13.8%. El único dato que se tiene de hombres en la última década del siglo XX reporta una prevalencia del 43%. De acuerdo con Winer y Koutsky (2008), a nivel mundial la prevalencia de VPH en mujeres con citología normal en muestras de Papanicolaou va del 1.5% al 44.3%, dependiendo de la población estudiada y de la sensibilidad de la prueba de PCR utilizada, y en hombres va del 3.5% al 46.4%. En una muestra de estudiantes universitarios de la Universidad de Washington entre los años 2001 y 2002, se obtuvo una prevalencia 28%, similar en varones y mujeres (Winer y Koutsky, 2008; Weaver *et al.*, 2004).

Los pocos estudios realizados en México sobre trabajadoras sexuales provienen de distintos métodos diagnósticos -Papanicolaou y amplificación de ADN e hibridación-, lo que puede explicar los resultados disímiles. Las prevalencias oscilan entre 2% a 48.9%. Tres estudios realizados en mujeres VIH positivas dan también resultados dispersos, uno estima 12.1% de prevalencia de VPH, otro señala 69% y un último indica que el 90% de las mujeres VIH positivas resultó también positivo a VPH. Es de esperarse que conforme avance la investigación a partir de las pruebas de laboratorio recientemente disponibles las cifras se tornen convergentes.

En la investigación con jóvenes universitarios de Morelos se encontró una prevalencia de VPH de subtipos de alto riesgo para cáncer cérvico-uterino, con el método de captura de híbridos que identifica infección actual, de 17.9% para las mujeres y de 8.5% para los hombres (Sanchez-Alemán, Uribe-Salas, Conde-González, 2002; Sánchez Alemán, 2001).

En resumen, la estimación de prevalencias depende de las técnicas de laboratorio utilizadas y las poblaciones consideradas. Para las tres ITS seleccionadas se han encontrado casos en México, es decir, la prevalencia no es nula. Si bien establecer la dinámica de la transmisión de las ITS es muy útil para la formulación de políticas de salud, desde la perspectiva del individuo la visión cambia. El hecho de que algunas ITS tengan una baja probabilidad de transmisión, o sean poco prevalentes en la población, no significa que un sujeto en particular no pueda infectarse en un único acto sexual. Por otra parte, incluso es posible que la misma persona o la pareja no sepan que padecen una ITS si la infección permanece asintomática. Las ITS estudiadas se encuentran en la población mexicana, y el riesgo de infección para los estudiantes universitarios está presente. En el capítulo 6 analizaremos la percepción que tienen los jóvenes de este riesgo, y si toman medidas para prevenirlo.

Cuadro 4.1.1. Casos de sífilis adquirida reportados a la DGE

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Dirección General de Epidemiología (2001a y 2001b)	1757 casos	Casos nuevos de sífilis adquirida reportados a la DGE	En el año 2000: 1757 casos En el año 1999: 1821 casos (no se indica la forma en que se diagnosticó)

Cuadro 4.1.2. Prevalencia de sífilis. Estudios sobre población general

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Arredondo García <i>et al.</i> (1993)	116 mujeres	Menores de 20 años pacientes de la clínica de ETS del InPer entre 1986 y 1991	Pruebas de escrutinio para sífilis Positivas: 3 (2.6% - cálculo propio)
Zamilpa <i>et al.</i> (1994).	389 mujeres	Mujeres que asistieron al Hospital Civil de Cuernavaca, ene-jul 1994.	VDRL y FTA-Abs 2.5%
Conde <i>et al.</i> (1995).	450 mujeres	Mujeres sexualmente activas usuarias del servicio de Ginecología del Hospital Juárez de México del DF, entre oct. 1994 y mayo 1995.	VDRL/Látex y FTA-Abs. 1.1%
Rojó Medina <i>et al.</i> (1995)	200 muestras 83.5% hombres 16.5% mujeres	Donadores de sangre del Hospital General de México	VDRL+ -RPR- 4 casos de hombres (2%)
Pita Ramírez <i>et al.</i> (1997)	10077 muestras 8666 hombres 1411 mujeres	Donadores de sangre de un Hospital 3er. Nivel del ISSTE en Morelia, durante 7 años (90 al 96)	RPR + 12 (0.11%)
Flores Figueroa <i>et al.</i> (2000)	72 hombres	Presos en el sistema penitenciario de Puerto Vallarta	Ninguno VDRL+
Centro Nacional de Transfusión Sanguínea (2001)	814253 donantes	Donadores de disposición alogénica durante el año 2000 reportados por instituciones del país	VDRL + y RPR + (sin prueba confirmatoria) 0.35%
Instituto Nacional de Perinatología (2001)	8068 mujeres	Mujeres embarazadas atendidas en el INPer durante el año 2000	VDRL y FTA-Abs VDRL+ = 82 FTA-Abs+ = 7 0.09% (7/8068)

Cuadro 4.1.3. Prevalencia de sífilis. Estudios sobre trabajadores/as sexuales

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Calderón <i>et al.</i> (1990)	7200	Pacientes atendidos en la Clínica venérea “Dr. Eliseo Ramírez”, ene.1986-dic.1987	- 1.0%(72/7200)
Valdespino <i>et al.</i> (1991)	1066 mujeres	Prostitutas de 6 ciudades del centro de México	VDRL y FTA-Abs 27.8%
Conde <i>et al.</i> (1993)	3285 mujeres 1461 hombres	Trabajadoras sexuales y hombres que participaron en un programa de detección de Sida. Ene-oct 1992.	RPR y FTA-Abs Trabajadoras sexuales: 6.5% Hombres heterosex.: 4.2% Hombres homosex.:10.1% Hombres bisexuales: 7.1%
Gallegos García (1993)	133 mujeres	Prostitutas de Ojinaga, Chihuahua, oct.1989-abr.1991	VDRL o RPR 10.5%
Calderón <i>et al.</i> (1994)	3098 mujeres	Trabajadoras de sexo comercial en la ciudad de México-feb.1992-abr.1993	RPR y FTA-Abs 8.2% (255/3098) RPR+=245(7.9) RPR+yFTA+=189(6.1) RPR- y FTA-Abs+=66(2.1)
Valdespino-Gómez <i>et al.</i> (1995)	Revisión de la literatura sobre otras investig.	1386 mujeres dedicadas a la prostitución en Michoacán, Puebla, Veracruz e Hidalgo (INDRE - 1990-1995) 662 mujeres dedicadas a la prostitución en la ciudad de México (CONASIDA-INSP 1993)	VDRL y FTA-Abs 27.70% RPR y FTA-Abs Sitios de masaje: 1.5% Bares: 4.5% Calles: 12%
Cruz <i>et al.</i> (1996)	1389 mujeres	Trabajadoras sexuales atendidas en una clínica de VIH/ETS en la ciudad de México entre julio-dic 1995	VDRL y FTA-Abs 1% (14/1389)
Uribe-Salas <i>et al.</i> (1996)	3100 mujeres	Trabajadoras sexuales que acudían a una clínica de CONASIDA para detección de VIH/ETS en la ciudad de México entre 1992 y 1993	RPR y FTA-Abs 8.2%
Álvarez-López <i>et al.</i> (1997)	A: 34 hombres B: 45 hombres	2 poblaciones de hombres homosexuales (A: prostitutas; B: no prostitutas)	Técnicas más usuales en el INDRE A: 14.7% (rectal) B: 13.3% (rectal)
Cruz Palacios <i>et al.</i> (1997)	1586 mujeres	Trabajadoras sexuales que acudieron al SIETS entre junio 1996 y agosto 1997	VDRL y FTA-Abs 2.65%
López-Ortiz <i>et al.</i> (1997)	177 mujeres 25 hombres	Trabajadores sexo comercial en la ciudad de Oaxaca	VDRL 6.40%
Uribe-Salas <i>et al.</i> (1997 y 1999)	807 mujeres	Trabajadoras sexuales en la ciudad de México en 1993	RPR y FTA-Abs 6.4%
Juárez-Figueroa <i>et al.</i> (1998)	1498 mujeres	Trabajadoras sexuales que acudieron a un centro de CONASIDA para detección de VIH/ETS entre enero y octubre de 1992 en México D.F.	RPR y FTA-Abs 7.6% (114/1498)

Cuadro 4.1.4. Prevalencia de sífilis. Estudios sobre otras poblaciones consideradas en riesgo

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Terán <i>et al.</i> (1995)	1969 (ambos sexos)	Población que acudió a centros de detección de VIH de CONASIDA en 1995	RPR y FTA-Abs De los VIH+ (167): VRDL+: 22 y de ellos FTA+:7. Prev. 4.1% De los VIH- (1802): Sífilis+: 11 (0.6%)
Uribe-Salas <i>et al.</i> (1995)	170 hombres	Empleados de bares donde hay mujeres TS en la ciudad de México en 1993	RPR y FTA-Abs 2.4%
Valdespino-Gómez <i>et al.</i> (1995)	Revisión de la literatura sobre otras investig.	325 hombres con prácticas homo y bisexuales (desde 1990)	VDRL y FTA-Abs 34.9%
		700 pacientes con ETS (INDRE)	VDRL y FTA-Abs 17%
Bulmaro Manjárez <i>et al.</i> (1997)	106 hombres	Pacientes VIH+ del CMN La Raza	13 VDRL + y de ellos 8 FTA-Abs + en suero (8/106:7.6%). A 5 de los 13 se les hizo punción lumbar. Dos VDRL+ en LCR (Frecuencia de neurosífilis: 15% del grupo)
Hernández Girón <i>et al.</i> (1997)	454 mujeres	Mujeres que acudieron en 1992 a realizarse la prueba de VIH en una clínica de CONASIDA	RPR y FTA-Abs 4.6% (21/454)
Juárez-Figueroa <i>et al.</i> (1997)	1371 hombres	Personas que se hicieron la prueba de VIH en CONASIDA en la Ciudad de México	RPR y FTA-Abs 6.3% (87/1371)
Varela-Trejo <i>et al.</i> (1997)	3142 hombres 1751 mujeres	Personas que acuden a un centro de información para detección de VIH y otras ETS	Hombres: VDRL + y VIH +: 1.08% VDRL + y VIH -: 0.95% Mujeres: VDRL + y VIH -: 0.85% Total: 81 VDRL + y FTA (1.6%)

Cuadro 4.2.1. Casos de herpes genital reportados a la DGE

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Dirección General de Epidemiología (1998)	5928	Casos nuevos de herpes genital reportados a la DGE	En el año 1998: 5928 casos (no se indica la forma en que se diagnosticó)

Cuadro 4.2.2. Prevalencia de herpes simple-2. Estudios sobre población general

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Arredondo García <i>et al.</i> (1993)	116 mujeres	Menores de 20 años pacientes de la clínica de ETS del InPer entre 1986 y 1991	Antecedentes o lesiones presentes compatibles con virus herpes 1/116 (0.86% - no está el porcentaje)
Zamilpa <i>et al.</i> (1994)	389 mujeres	Mujeres que asistieron al Hospital Civil de Cuernavaca, ene-jul 1994.	Inmunoelctrotransferencia 29.3%
Conde <i>et al.</i> (1995)	450 mujeres	Usuarías (sexualmente activas) del servicio de ginecología del Hospital Juárez de México, D.F., entre octubre de 1994 y mayo de 1995	Electroinmunotransferencia específica de tipo 18.2%
García Malo <i>et al.</i> (1997)	18124 casos de citologías cérvico-vaginales	Citologías cérvico-vaginales revisadas del 1/enero/1996 a 30/junio/1997 de mujeres entre 15-45 años, del Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino	- 0.2%
Lazcano-Ponce <i>et al.</i> (2001c)	730 mujeres	Muestra aleatoria de mujeres residentes en la Ciudad de México de 25 a 85 años seleccionadas de 3694 hogares.	Western blot 29.8%

Cuadro 4.2.3. Prevalencia de herpes simple-2. Estudios sobre trabajadores/as sexuales

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Calderón <i>et al.</i> (1990)	7200	Pacientes atendidos en la Clínica venérea "Dr. Eliseo Ramírez", ene.1986-dic.1987	- 4.4%(316/7200)
Valdespino <i>et al.</i> (1991)	1066 mujeres	Prostitutas de 6 ciudades del centro de México	Anti-Herpes IgM (Elisa) 12.1%
Conde-González <i>et al.</i> (1993)	3285 mujeres	Trabajadoras sexuales que participaron en un programa de detección de Sida. Ene-oct 1992	Inmunoelctrotransferencia 63.4%
Gallegos García (1993)	119 mujeres	Prostitutas de Ojinaga, Chihuahua, oct.1989-abr.1991	Citología cervicovaginal 2.5%
Uribe-Salas <i>et al.</i> (1997 y 1999)	757 mujeres	Trabajadoras sexuales en la ciudad de México en 1993	Inmunoelctrotransferencia 65.1%
Conde-González <i>et al.</i> (1999)	997 mujeres	Prostitutas de la Ciudad de México	Western blot 60.8%

Cuadro 4.2.4. Prevalencia de herpes simple-2. Estudios sobre otras poblaciones consideradas en riesgo

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Uribe-Salas <i>et al.</i> (1995)	170 hombres	Empleados de bares donde hay mujeres TS en la ciudad de México en 1993	Inmunoelectrotransferencia 32.4%
Hernández Girón <i>et al.</i> (1997)	454 mujeres	Mujeres que acudieron en 1992 a realizarse la prueba de VIH en una clínica de CONASIDA	Anticuerpos tipo específicos por electroinmunotransferencia 29.3% (133/454)
Juárez-Figueroa <i>et al.</i> (1997)	538 hombres	Personas que se hicieron la prueba de VIH en CONASIDA en la Ciudad de México	Western blot 28.8% (155/538)

Cuadro 4.3.1. Casos reportados de cáncer cérvicouterino a la DGE

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Dirección General de Epidemiología (1998)	5928	Casos nuevos de cáncer cérvico uterino reportados a la DGE	En el año 1998: 5928 casos (no se indica la forma en que se diagnosticó)

Cuadro 4.3.2. Prevalencia de VPH. Estudios sobre población general

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Berumen <i>et al.</i> (1997)	n.d.	Pacientes afectadas por cáncer cérvicouterino y en mujeres asintomáticas clínicamente normales	PCR Presencia de cadenas de ADN de VPH en: Neoplasias cervicales: 82-85% Mujeres normales: 31%
García Malo <i>et al.</i> (1997)	18124 casos de citologías cérvico-vaginales	Citologías cérvico-vaginales revisadas del 1/enero/1996 a 30/junio/1997 de mujeres entre 15-45 años, del Programa de Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino del INDRE	- VPH+: 1801 casos (9.9%).
Hernández-Avila <i>et al.</i> (1997)	148 casos de cáncer cervical y 204 controles	148 casos de cáncer cervical (60 in situ y 88 en fase invasiva) y 204 controles seleccionados aleatoriamente de una muestra representativa del área metropolitana de la Ciudad de México entre agosto 1990 a diciembre 1992.	PCR (E6/E7) VPH 16: De 60 con CC in situ: 48.3%+ De 88 con CC invasivo: 48.8%+ De 204 controles: 13.2%+
Torroella-Kouri <i>et al.</i> (1998)	185 mujeres	Pacientes de servicios ginecológicos de cuatro hospitales de la Ciudad de México.	PCR HPV+: 87% de 69 cánceres, 83% de 24 "high-grade squamous intraepithelial lesions" (HGSILs), 33% de 21 "low-grade squamous intraepithelial lesions" (LGSILs), y 17% de 71 normales. La razón de tipos de alto riesgo:bajo riesgo fue 87:6 en HGSILs y cánceres, comparada con 11:8 para LGSILs y normales.
Lazcano-Ponce <i>et al.</i> (1999 y 2001a)	1340 mujeres	Mujeres con diagnóstico citológico normal de 33 municipios de Morelos, muestra aleatoria estratificada por edad	(Reverse line blot strip assay to detect 17 cancer-associated and 10 non-cancer-associated) Dos picos de prevalencia de DNA VPH: Menores de 25 años: 16.7% 35-44 años: 3.7% 65 años y más: 23%
Vera-Gamboa <i>et al.</i> (1999)	228 mujeres	48 mujeres VIH+ y 180 mujeres usuarias de una clínica de Planificación Familiar (PF) de la Secretaría de Salud en Yucatán, entre enero y diciembre de 1998.	PCR y PAP VPH+: De las VIH+: 0 De las 180 usuarias de PF: 2 (1.1%)

Cuadro 4.3.2. Prevalencia de VPH. Estudios sobre población general (continuación)

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Giuliano <i>et al.</i> (2001)	1258 mujeres	Mujeres que se atendían en clínicas de salud del sistema estatal de la Secretaría de Salud de Sonora, entre 1997 y 1998	Captura de híbridos 2 y PCR VPH+ (prevalencias ajustadas por edad): (Captura de híbridos 2): 15.5% PCR: Tipos oncogénicos: 11.3% Tipos no oncogénicos: 1.8% Global (oncogénicos y no oncogénicos): 13.8%
Lazcano-Ponce <i>et al.</i> (2001b)	120 hombres	Hombres saludables de Cuernavaca.	Muestras de orina y del surco coronal. PCR (GP5+/6+) De muestras de surco: Sexualmente inactivos: 0% Sexualmente activos: 43%

Cuadro 4.3.3. Prevalencia de VPH. Estudios sobre trabajadores/as sexuales

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Calderón <i>et al.</i> (1990)	7200	Pacientes atendidos en la Clínica venérea "Dr. Eliseo Ramírez", ene.1986-dic.1987	- 10.8%(777/7200)
Gallegos García (1993)	119 mujeres	Prostitutas de Ojinaga, Chihuahua, oct.1989-abr.1991	Citología cervicovaginal y PAP 29 casos de condiloma cervical (24.45%)
Martínez <i>et al.</i> (1997)	723 mujeres	Trabajadoras del sexo comercial atendidas en el SIETS entre agosto 1996 y agosto 1997.	PAP VPH+: 2%
Zamilpa Mejía (1999)	495 mujeres	Trabajadoras sexuales que acudieron al módulo de atención de ETS/sida de CONASIDA en Tlalpan, DF, entre enero y abril de 1998	Prevalencia global: 48.9% (242/495) Tipos oncogénicos: 43% (213/495) Tipos no oncogénicos: 24.6% (122/495) Ambos (oncogénico y no oncogénico): 18.8% (93/495)
Juarez-Figueroa <i>et al.</i> (2001)	495 mujeres	Trabajadoras sexuales de la Ciudad de México	Amplificación de ADN e hibridación para detectar 27 tipos de VPH Prevalencia global: 48.9% Tipos de VPH de alto riesgo: 43% Tipos de VPH de bajo riesgo: 24.6% Ambos (alto y bajo riesgo): 18.8% Dos o más subtipos: 28.5%

Cuadro 4.3.4. Prevalencia de VPH. Estudios sobre otras poblaciones consideradas en riesgo

Autor	No. Casos	Grupo poblacional	Técnica y Prevalencia
Villarreal <i>et al.</i> (1996)	58 mujeres	Mujeres VIH+ del IMSS Centro Médico La Raza, Hospital de Infectología.	PAP CIN y VPH+: 4 VPH+ sólo: 3 (Global: 7/58: 12.1%. No está esto en el resumen) Dudosas: 2.
Rubí-Vega <i>et al.</i> (1997)	40 mujeres	Mujeres VIH+, entre junio 1996 y mayo 1997	PCR primers universal y específicos para VPH 16 y 18 VPH+: 90% (36/40) Subtipos: VPH 16: 8 VPH 18: ninguna VPH 72: 2
Vera-Gamboa <i>et al.</i> (1999)	228 mujeres	48 mujeres VIH+ y 180 mujeres usuarias de una clínica de Planificación Familiar (PF) de la Secretaría de Salud en Yucatán, entre enero y diciembre de 1998.	PCR y PAP VPH+: De las VIH+: 0 De las 180 usuarias de PF: 2 (1.1%)
Volkow <i>et al.</i> (2001)	85 mujeres VIH+ y 9 mujeres controles	85 mujeres VIH+ Controles: 4 parejas heterosexuales de hombres VIH+ y 5 trabajadoras de sexo comercial	PCR VIH+: 57 (69%) Controles: 26 (29%) -

CAPITULO 5. Las fuentes y los cántaros: La construcción de riesgos de infecciones de transmisión sexual en las mentalidades médico-salubristas durante el siglo XX.

En el capítulo 2 presenté los lineamientos teóricos para analizar la toma de decisiones de usar protección para prevenir ITS. Expuse allí la forma en que se usan conocimientos del sentido común, estereotipados, como mecanismos de reducción de complejidad, aún cuando los sujetos cuenten con información científica que contradiga el sentido común. Se analizó cómo se construye socialmente el riesgo y cómo operan los mecanismos de confianza que hacen que el riesgo deje de ser tenido en cuenta. Una de las características de la confianza es la familiaridad, que se fundamenta en la reducción de complejidad operada por la historia. Por otra parte, señalé la necesidad de indagar las mentalidades para reconstruir la historia de los mitos y de las creaciones de lo imaginario colectivo (Vovelle, 1985). En este capítulo analizaré la manera en que históricamente se han formado las ideas sobre el riesgo de ITS en el pensamiento médico-salubrista desde finales del siglo XIX hasta finales del siglo XX.

Dentro de la construcción social histórica sobre riesgo de ITS, exploraré si siempre se han considerado a los mismos grupos como riesgosos o si ha habido cambios en el tiempo. Se pondrá el énfasis en los argumentos que se presentan en cada período histórico para definir el riesgo y los grupos de riesgo. También incluiré el análisis de las consideraciones para establecer políticas de prevención de las ITS hacia ciertos grupos de población.

La búsqueda de los antecedentes de estas ideas socialmente compartidas puede llevar a muchos caminos en la investigación. Como indiqué en el capítulo 3, a partir de documentos en archivos históricos y de publicaciones periódicas, he seleccionado la búsqueda del imaginario sobre distintos grupos de riesgo en los textos médico-salubristas y de legislación sanitaria desde el inicio del siglo XX. Existen otras fuentes (la literatura, los discursos de los líderes religiosos, los textos escolares, etc.) que han dicho mucho sobre la relación entre salud y sexualidad, y decidí escoger los textos del campo de la medicina porque allí aparece la referencia a los grupos de riesgo de estas infecciones de manera explícita, y porque esos discursos sentaron las bases para el diseño de la legislación y de la política a seguir en esta materia.

Esto no significa que considere que hay un desplazamiento mecánico entre el pensamiento salubrista del pasado y actual hacia la mentalidad de los jóvenes universitarios de hoy. No

está dentro de los objetivos de esta tesis el ver si influye o no el pensamiento de los grupos hegemónicos en el área de la salud hacia otros grupos sociales. Mi inquietud era encontrar las similitudes y diferencias en las mentalidades de unos y otros, y sobre todo, indagar si estas ideas han cambiado a través del tiempo o se han mantenido algunas constantes. La hipótesis es que se trata de mitos que recorren múltiples sectores sociales, no sin conflictos y reinterpretaciones. Como afirma Vovelle (1985:235-236), importa “saber qué es lo que resiste en las mentalidades colectivas, qué actúa de freno, eso que llaman a veces la ‘fuerza de la inercia’ de las estructuras mentales”, “saber no sólo ‘¿por qué el cambio?’, sino también ‘¿por qué la resistencia al cambio?’”.

La reconstrucción que he intentado hacer busca en los textos esas estructuras básicas de comprensión de la transmisión de ITS vistas en los capítulos 1 y 2, estructuras que se refieren a la feminización de las ITS. Sin embargo, aún cuando aparezcan esos “invariables” o “resistencias” que permanecen en la larga duración, he tratado de recomponer los cambios, las diferentes visiones sobre esta relación que surgen en los intersticios del pensamiento hegemónico o resistente, como se ha señalado en el capítulo 2.

Al hacer esta historia me he quedado en el nivel de las ideas. No porque crea que la concepción del mundo es independiente de las estructuras sociales, políticas y económicas, sino porque en el caso de mentalidades de larga duración, la correlación entre los acontecimientos y las ideas puede no ser puntual. Algunos grandes acontecimientos (como la Revolución de 1910) pueden cristalizar ciertos cambios en las mentalidades, pero, como se verá, aún así hay ideas que se resisten a mutar y que reaparecen a pesar de los intentos (y los logros) de generar un orden social diferente. Mi interés, siguiendo a Spongberg (1997), es realizar un análisis cultural sobre las opiniones médicas, más que una historia social y política de México.⁸

A su vez, la selección de los textos ha estado orientada por una búsqueda de las ideas acerca de la relación entre sexualidad masculina y femenina. El enfoque de género ha estado presente en la mirada hacia estos textos históricos. Aún cuando afirme que la relación de género (y sus mitificaciones) tiene una historia de milenios, esto no significa que no haya sido hecha por los hombres y las mujeres y que no pueda ser cambiada. Esas ideas no son

⁸ Para el lector interesado en un panorama resumido de la historia de México, véase Escalante Gonzalbo, P., *et al.* (2004) o para una lectura más detallada, véase García Martínez, B., *et al.* (2010).

anteriores a la humanidad misma, ni son algo diferente a lo producido por ella. No son estructuras a priori, sino un producto histórico de hombres y mujeres a lo largo de los siglos. No son inmutables, se reelaboran en cada período histórico a partir de múltiples luchas ideológicas y prácticas. En la búsqueda por lo que permanece en las creencias del sistema de género relacionado con la sexualidad también se hará el esfuerzo de mostrar los intentos de cambio.

El capítulo se organiza por etapas históricas, que he delimitado en función de los cambios en las ideas sobre las ITS. Presentaré al inicio de cada período un resumen de los principales acontecimientos sociales y políticos, y específicos sobre ITS (legislación, políticas, descubrimientos científicos), así como la síntesis de los argumentos sobre las ITS. Luego mostraré en extenso los argumentos que permiten interpretar la construcción de riesgo de ITS en cada época, diferenciando los del esquema primario y los que están en los intersticios. Incluiré ejemplos discursivos extraídos de los textos seleccionados, para resaltar las expresiones utilizadas en cada etapa. Para un lector menos interesado en los detalles, en la última sección del capítulo incluyo una revisión sintética de las ideas de cada período a fin de responder a las inquietudes sobre los intentos de cambio y la resistencia al cambio de los sentidos heredados en la construcción socio-histórica del riesgo de ITS.

ANTES DE 1900. ANTECEDENTES. EL LEGADO DE MAXIMILIANO

Durante la segunda del siglo XIX en México se suceden múltiples acontecimientos políticos de gran magnitud y profundidad, cuyas consecuencias marcan el comienzo del siglo XX. Desde la promulgación de la Constitución de 1857, llamada federal o liberal, las leyes de Reforma que le sucedieron encabezadas por Benito Juárez, que establecen la separación entre el Estado y la Iglesia, la intervención francesa y el imperio de Maximiliano, y finalmente el largo período de gobierno de Porfirio Díaz, influyeron en las formas en que se dirimieron los problemas de salud, y en especial, de las infecciones de transmisión sexual.

En los tiempos de la colonia, los hospitales dedicados a la atención de los enfermos venéreos estaban administrados por órdenes religiosas. A partir de la separación Iglesia-Estado, pasan a ser administrados por el gobierno, y en 1868 se destina un hospital para la atención exclusiva de las trabajadoras sexuales (llamado primero Hospital San Juan de Dios y más tarde Hospital Morelos).

En la política de prevención de las infecciones sexuales (las de mayor preocupación en la época eran sífilis y blenorragia) a comienzos del siglo XX la influencia francesa es evidente, y sigue las ideas forjadas en las décadas anteriores. El primer antecedente de normatividad legal en la materia fue durante el Imperio de Maximiliano, cuando se expidió en 1865 el primer reglamento para el ejercicio de la prostitución, y simultáneamente se creó la Inspección de Sanidad encargada de hacer cumplir ese reglamento (Valdés, 1930). Según Alvarez Amézquita *et al.* (1960, tomo I:275), fue una medida “para proteger la salud de los soldados franceses, austríacos y belgas del ejército invasor”. De acuerdo con Soto (1949), el reglamento fue importado de Francia por el Mariscal Bazaine. Durante muchas décadas la principal política contra las enfermedades de transmisión sexual fue la inspección sanitaria de las trabajadoras sexuales.

1877-1910. EL PORFIRIATO. LA INFLUENCIA FRANCESA EN LA POLÍTICA PÚBLICA PARA LA SALUD SEXUAL. LAS PROSTITUTAS Y LOS MILITARES. REGLAMENTO DE LA PROSTITUCIÓN

¿Quiénes son los sujetos imaginados en riesgo de contraer y/o transmitir infecciones de transmisión sexual en la época del Porfiriato? ¿A qué grupos se protege con las políticas que se diseñan? Se denomina ‘Porfiriato’ al período entre 1877 y 1911, durante el cual Porfirio Díaz gobernó por 30 años, en el que coexistieron en conflicto, formas diversas de entender el país, la sociedad y al individuo, como el liberalismo, el positivismo y el conservadurismo (Speckman Guerra, 2004). Porfirio Díaz, héroe de la lucha contra conservadores e imperialistas, mantuvo durante su mandato la separación Iglesia y Estado en tanto que no derogó la legislación anti-eclesiástica, aunque la flexibilizó en la práctica, no aplicando algunas de las reglamentaciones que limitaban la actuación de la Iglesia Católica. Si bien había sustentado el principio anti-reeleccionista antes de asumir la presidencia, cambió de idea y modificó la constitución para elegirse por varios períodos consecutivos, y reprimió a los sectores que se le oponían (Speckman Guerra, 2004). Es considerado el último de los presidentes del período liberal mexicano (González, 1981).

De acuerdo con Speckman Guerra (2004), si bien durante el Porfiriato coexistieron mentalidades opuestas, en el plano de los valores había una coincidencia entre los grupos anteriores. “Las elites, las clases medias e incluso algunos sectores de los grupos populares compartían las mismas nociones acerca de la familia y la función de la mujer en el núcleo

familiar y en el seno de la comunidad. [...] Se creía que la familia debía fundarse en el matrimonio, de preferencia religioso” y se asignaban esferas de actuación diferenciales por género. No era bien visto que las mujeres trabajaran fuera del hogar, y había restricciones, como el permiso del marido, para que lo hicieran (Speckman Guerra, 2004:222). Pero en los albores del siglo XX, las mujeres fueron ganando espacios de participación y destaca un incipiente movimiento feminista (Speckman Guerra, 2004).

Respecto a las ITS, en los textos históricos revisados en esta investigación, se enuncia el esquema que pone a las prostitutas como grupos de transmisión (ya sea que estén en las ciudades o migren hacia poblaciones rurales), a los hombres (especialmente los soldados) como grupos de riesgo de adquirir las infecciones, y a las mujeres casadas y niños como ‘víctimas inocentes’. La defensa contra las ‘venéreas’ se hace en nombre del peligro para la salud general y para la raza, y las políticas se centran en la Reglamentación de la Prostitución con la ayuda de la Inspección de Sanidad. Esto apoya las tesis sobre la feminización de las ITS, donde se responsabilizaba de la transmisión de las ITS a un grupo específico de mujeres, las prostitutas, en tanto los demás aparecían como víctimas, ya sea con responsabilidades (los hombres) o inocentes (las casadas y los hijos).

Si bien la mayoría de los argumentos de este período apoyan este cuadro, en los intersticios se ven otras ideas que resquebrajan esta posición sólida: los hombres también transmiten sus infecciones a las prostitutas, las mujeres casadas también pueden haber tenido una vida sexual previa a su matrimonio, no todas las solteras son vírgenes y la infección puede darse por ‘sodomía’. En cuanto a las políticas, se señala que es injusto hacer sólo el reconocimiento médico de la mujer y no del hombre y se introduce la necesidad de la educación sexual de hombres y mujeres, especialmente de los jóvenes así como de promover el uso del ‘capote inglés’ (condón).

Todo este período está surcado por una profunda discusión que se da a nivel internacional entre el abolicionismo, defendido con fuerza en Inglaterra, y la reglamentación de la prostitución, encabezada por Francia (Gayón, 1896; Ruiz, 1904; de Garay, 1905; Montes Vargas, 1905). Uno de los argumentos de los abolicionistas es la inequidad de género en la política de reglamentación, que sólo tiene en cuenta a las mujeres y olvida a los hombres. La

comunidad salubrista mexicana sigue en sus posiciones a la francesa,⁹ que proponía la reglamentación de la prostitución como política sanitaria para el bien colectivo (González Ureña, 1908).¹⁰ Esta reglamentación suponía que cada mujer que ejercía el comercio sexual tenía la obligación de darse de alta ante una autoridad sanitaria, quien le expedía una credencial, y a partir de allí ir periódicamente a consultas médicas para determinar la presencia de infecciones de transmisión sexual. Si el médico establecía que la mujer estaba enferma, entonces se le daba tratamiento. Para evitar que la mujer siguiera teniendo prácticas sexuales durante la convalecencia, se la recluía en hospitales especiales hasta su curación, que en algunos casos podía tardar años.¹¹ Cabe destacar que una de las situaciones más discutidas en ese momento era el cobro que establecía la autoridad sanitaria a cada mujer por el registro y por los ‘reconocimientos’ médicos. Sin embargo, las ideas abolicionistas se introducen en algunos de los argumentos, sobre todo porque a esta discusión se le agregan las insistentes críticas por el mal funcionamiento de la Inspección de Sanidad (Montes Vargas, 1905), y las numerosas reacciones de las trabajadoras sexuales que hacen eco en los discursos de los médicos (Lavalle Carvajal, 1909).

Entre los hitos a destacar en el campo de la salud, figuran que en el primer gobierno de Porfirio Díaz se instituye en 1879 el Consejo Superior de Salubridad, bajo la dependencia de la Secretaría de Gobernación. Tres Códigos Sanitarios rigen la legislación en la materia en este período, el de 1891, el de 1894 y el de 1902. Si bien en estos códigos no hay mención específica de las enfermedades venéreas, se señala que las mujeres que ejerzan la prostitución deberán ser inscritas en los registros del ramo, quedando sujetas a la inspección médica, conforme a los preceptos del reglamento respectivo. Y en materia de enfermedades venéreas, son los Reglamentos de la prostitución (1867, 1872, 1879) y de Sanidad de 1898, los que regulan la actividad de las trabajadoras sexuales. En la década de 1880 comienzan las críticas al funcionamiento de la Inspección de Sanidad, a la que se considera que en lugar actuar como una oficina de salubridad se ha convertido en oficina recaudadora (Alvarez Amézquita *et al.*, 1960; Conde *et al.*, 1993). La Primera y Segunda Conferencias internacionales para la profilaxia de la sífilis y de las enfermedades venéreas que se reunieron en Bruselas en 1899 y

⁹ La influencia francesa en la política de salud mexicana en esta época se analiza en Estrada Urroz (2006).

¹⁰ Se siguen las ideas francesas a pesar de haber solicitado a “naciones más cultas que la nuestra” como Alemania, Austria, España, EUA, Grecia, Inglaterra, Italia, Suecia y Uruguay, además de Francia, sus programas en la materia para examinarlos, en muchos casos muy diferentes a la propuesta mexicana (González Ureña, 1908).

¹¹ Para una visión sucinta de la reglamentación de la prostitución durante este período *cfr.* Estrada Urroz (2002).

1902 fueron el marco de una gran discusión sobre las políticas (Cicero, 1905), hitos que también tendrían una amplia influencia sobre la discusión en torno de los caminos a seguir en México. En materia científica, en 1905 Shaudinn en Alemania descubre la *Spirochaete pallida* (Cicero, 1906; Perrin, 1908) y en 1906 Wassermann, también en Alemania, crea la “suero-reacción de la sífilis”, conocida más tarde con el nombre del científico. Sin embargo, si la literatura médica en México comenta casi de inmediato el descubrimiento de Shaudinn, recién menciona la reacción de Wassermann (y métodos derivados como el de Porges) a partir de fines de 1909 (de Garay, 1910; Otero, 1910; Gayón, 1910).

Los argumentos del esquema primario durante el porfiriato: prostitutas que transmiten, hombres infectados, casadas y niños víctimas. Reglamentación de la prostitución

En esta sección se expondrán los argumentos del esquema primario extraídos de las publicaciones de la época porfiriana. Los autores mencionados en ellas ocuparon un papel significativo en el debate de la época. Algunos de ellos formaban parte de la Academia Nacional de Medicina y otros ocuparon posiciones en el sector salubrista del gobierno.

Durante el Porfiriato sigue vigente como política exclusiva la reglamentación de la prostitución, puesta en marcha durante la intervención francesa. La idea que está por detrás de la inspección no es el bien de la prostituta misma, sino que la defensa contra las venéreas se hace en nombre del peligro para la salud general y para la raza (Gayón, 1896). Señala el Dr. Alfaro (1890), en su estudio para proponer reformas a la reglamentación vigente que el objeto de la vigilancia de la prostitución es cuidar de la persona de la prostituida para evitar el mal que a otros pueda ocasionar. El argumento justificatorio que se enarbola como prueba es que las enfermedades venéreo-sifilíticas se propagan con más facilidad y causas mayores males donde las autoridades no vigilan la prostitución (Gayón, 1896).

Sin embargo, el riesgo mayor es visto en las mujeres no inscritas, es decir, la prostitución clandestina (Alfaro, 1890; Wolff, 1901). Sintetiza el Dr. Ruiz (1904) señalando que los peligros de la prostitución son tres: generalizar los accidentes venéreos y la sífilis; disminuir las fuerzas sociales y causar escándalos. Dice que se recurre a dos medios para tratar a la prostitución: Austria y Estados Unidos en nombre de la libertad y por respeto individual la dejan libre; Francia y México en nombre de la salubridad pública y por el bienestar privado la reglamentan y vigilan. Retoma el pensamiento de Fournier (1902; 1903), el pensador

francés más influyente en la época, quien considera a la prostitución como una industria, y de las más peligrosas, y que como todos están de acuerdo en que los establecimientos industriales deben ser reglamentados y vigilados, también la prostitución. El Dr. de Garay (1905:1) agrega en la discusión entre reglamentación o abolicionismo el asunto de los ‘culpables’ y los ‘inocentes’:

“No cabe duda que las enfermedades venéreas y en particular la sífilis y la blenorragia, son verdaderos azotes para la humanidad y que los gobiernos y la higiene poco han podido hacer para remediar o atenuar al menos un mal tan grave. En algunos países, como en Inglaterra, ni se reglamenta ni se reconoce a la prostitución, considerándose como un ataque a la libertad individual, o aun como inmoral el que el gobierno se ocupe de estas cuestiones. Mientras la enfermedad ataca solamente al individuo mismo que la provoca, sin perjudicar en nada a los demás, pudiera dejarse en libertad a esas personas para que gozaran de su ruina [...]; pero cuando el mal puede cundir a personas inocentes, es un mal grave que los gobiernos, que son los encargados de los intereses públicos, no tomen cartas en el asunto”.

La idea extrema de que la prostitución es la fuente de las ITS, aparece claramente en el texto del Dr. Cicero (1905:112)

“Mas por variados que sean todos estos medios [de transmisión], puede suponerse fundadamente que si sólo ellos existiesen para mantener viva la sífilis en nuestro planeta, esta funesta enfermedad no tardaría en desaparecer; pues su inagotable fuente es sin duda la prostitución. Esta asquerosa plaga no es solamente el origen directo de una fortísima proporción de los casos de sífilis, de su casi totalidad; sino que aun los que reconocen directamente otro origen provienen en el último resultado de alguno nacido en los antros del vicio. De aquí ha ocurrido el que la acción de los gobiernos en lo relativo a profilaxia de la sífilis, como de las otras enfermedades venéreas, se haya fijado desde luego y en realidad exclusivamente por mucho tiempo, ya no exclusiva pero sí principalísimamente en las naciones más civilizadas en la época contemporánea, en la prostitución, y ésta haya sido reglamentada.”

Ya en el cierre del período porfiriano, se insiste en que en el caso de las enfermedades venéreas la ley se aparta de lo establecido para las enfermedades transmisibles, por ser de “orden social” y tomando en cuenta “lo grave que sería exigir la declaración obligatoria de ellas”. Por eso, se

“ha decretado el aislamiento de las personas que la padecen, siempre que éstas estén bajo la jurisdicción de la autoridad encargada de hacer que se cumpla con las disposiciones de dicho Reglamento, es decir, que sean mujeres públicas inscritas en la Oficina respectiva para ejercer la prostitución o que la ejerzan clandestinamente, no siendo posible ejercer el aislamiento de las personas que no estén en estas condiciones.” (Liceaga E. y Monjarás, 1910:391)

Algunos argumentos colaterales a la centralidad de la prostitución como fuente de las ITS no hacen sino reforzarla. Una de estas perspectivas colaterales es la que considera la polaridad urbano-rural. Se piensa que el incremento de estas enfermedades se debe a la mayor comunicación entre poblaciones que trajo el ferrocarril y, a su vez, un “aumento de los enfermos que vienen a sembrar sus males”, incluyendo hombres sífilíticos y blenorragicos y mujeres prostitutas. Estos enfermos pueden venir de lugares donde no se reglamenta la

prostitución como Estados Unidos o numerosas poblaciones mexicanas (Gayón, 1896). Paralelamente, se considera que la gonorrea no existe endémica en las regiones poco pobladas

“donde todas las personas se conocen, y por consiguiente todos los secretos sexuales son inmediatamente descubiertos. Pero a veces sucede que se desarrolla una epidemia de gonorrea, de la cual siempre se puede determinar el origen por la visita de una prostituta llegada de Oaxaca, Acapulco o Colima, que deja tras de sí innumerables gonorreicos” (Effertz, 1901:11).

Otra de estas perspectivas colaterales, que registramos en estas épocas tempranas y que reaparecerá después, es la conexión entre sífilis y alcoholismo, por la presencia de cantinas donde se ejerce la prostitución (Gayón, 1896). El Dr. de Garay (1905:4) recomienda que “no se verifique [realice] el coito en estado de semi-embriaguez, porque entonces no se sabe lo que se hace ni se cumple con ninguna regla [de higiene sexual].”

Uno de los testimonios más notables del tránsito en la confrontación de ideas de una y otra posición internacional (la que defiende la reglamentación y la que propone su abolición) y que se refiere explícitamente a la desigualdad de género lo encontramos en el trabajo que el Dr. Lavalle Carvajal presentó en 1908 para ocupar una vacante en la sección de Dermatología y Sifilografía de la Academia Nacional de Medicina. A partir de la propuesta de implantar el delito de contaminación (que abarcaría también a los hombres) que se discutía en la época, dice con cierta ironía el Dr. Lavalle Carvajal (1909:317)

“Por ahora este es el único medio práctico de perseguir entre nosotros el delito de contaminación intersexual: castigar con la curación a la única categoría de delincuentes que son incapaces de entablar demanda por calumnia judicial o por difamación. Aunque la equidad proteste, el macho seguirá gozando de fueros especiales para esta clase de delitos. Bástenos alcanzar, con la más benigna de las leyes correccionales, a un grupo muy restringido de culpables.”

La posición de Lavalle Carvajal muestra que era claro en la época que las mujeres estaban sometidas a un régimen de control que privilegiaba a los hombres, pero que esta desigualdad era avalada, en su caso, por circunstancias prácticas. No es que en la época hubiera ceguera respecto a la injusticia, sino que la injusticia se mantenía con el argumento de beneficiar al conjunto de la población.

Con respecto a los grupos que se consideran en riesgo de contraer ITS, una de las preocupaciones de la época era practicar la sumisión de las mujeres prostitutas que frecuentaban los cuarteles (Alfaro, 1890). Uno de los primeros grupos poblacionales a los que se identificó con riesgo de adquirir enfermedades venéreas fueron los militares (Gayón, 1897). En 1909, Jesús Alemán Pérez, médico del Ejército, presenta la tesis “Breves apuntes

sobre higiene militar. Proyecto de profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas en el Ejército”. Señala que un 21% de la Guarnición de la Plaza de México entre 1907 y 1908 fueron venéreos, sin contar a los oficiales que no van al hospital. Dice que:

“las condiciones de nuestro régimen disciplinario, hacen que en la mayoría de los casos, sea la mujer la que vaya a buscar al Soldado a su Cuartel. Estas mujeres no siempre están unidas a un sólo hombre, sino que hay muchas que van al Cuartel para satisfacer los deseos carnales de todos los que quieran poseerlas” (Alemán Pérez, 1909:4).

A estas mujeres el Dr. Lavalle Carvajal (1909) las denomina “la soldadera andrajosa”. El Dr. Otón Effertz (1903) lucha contra la afirmación que sostiene que todos los militares son sifilíticos.

Además de los militares ¿qué otro tipo de hombres aparecen mencionados?: un joven español, un hacendado de Guanajuato, un hacendado de la frontera norte, “un apreciable jurisconsulto de un estado occidental de la República”, un industrial francés muy inteligente (Ramos, 1903:320), un conductor del S.P.R.R. (Ortega, 1906), un escritor soltero de Durango de 28 años (González Ureña, 1904). La tendencia es a ver a los hombres como el sujeto receptivo de la transmisión cuando se trata de la relación sexual con una prostituta: “un apreciable cliente que joven y lleno de ilusiones tuvo la desgracia de contraer la terrible afección” (Ramos, 1903:320), un comerciante de 23 años que “atrapó” una blenorragia aguda (García, 1902); y como sujeto activo cuando se trata de la transmisión a la esposa e hijos (Cicero, 1908).

Detrás de la preocupación por los hombres está el interés por la mujer casada y fundamentalmente, por los hijos. Dice el Dr. de Garay (1905:1)

“Un blenorragico puede ocasionar la ceguera de su hijo; un sifilítico puede hacer sifilítica a su mujer y a sus hijos, y aun en la segunda o tercera generación”.

De manera más efusiva, clama en su tesis Montes Vargas (1905:9)

“¿Cuántas veces el hombre lleva por único regalo de bodas y por único patrimonio al tálamo nupcial, un escurrimiento blenorragico! Escurrimiento que no tardará en aparecer también en la infeliz mujer que, inocente y confiada en el hombre que la ha hecho su esposa, nada sospecha y de nada duda.”

El Dr. Cicero (1908:308) señala

“Pocas de las fatalidades del destino pueden ser más crueles que aquélla que condena a estos inocentes niños, y sobre todo, a las niñas, a ser víctimas inconscientes de pecados o desgracias ajenas, y más cuando los culpables o los infortunados son sus propios padres.”

¿Cómo proteger a las casaderas de las infecciones de los hombres?

“Si las leyes civiles o religiosas no exigen para contraer matrimonio que el hombre esté libre de blenorragia o de sífilis, nosotros los padres de familia, debemos de exigirlo en bien de nuestras hijas y de

la humanidad. [...] La sífilis comunicada a la mujer por el hombre, debería de ser considerada como causa de nulidad de matrimonio” (de Garay, 1905:3).

En esa época, la exigencia del certificado médico para el matrimonio se veía como una simple utopía (Lavallo Carvajal, 1909). Si bien con la invención de la reacción de Wassermann comienza a pensarse en solicitar al hombre que va a casarse la prueba de que no tiene sífilis aún antes de tener síntomas, tras realizar algunas pruebas de laboratorio los médicos se muestran cautos sobre su eficacia (Otero, 1910). El papel adjudicado a la mujer (con excepción de las prostitutas) es, ante todo, el de madre y no el de amante.

“Si a una mujer, próxima a casarse, se le dice que su prometido tiene blenorragia o sífilis y que ella va a ser infectada, a sufrir enfermedades graves, a tener hijos ciegos, paralíticos o atáxicos, esta mujer no se casará seguramente porque sobre el amor del hombre está el amor de los hijos” (de Garay, 1905:2).

Y si el esposo le transmite una enfermedad venérea que provoque como consecuencia la castración de la mujer, ésta “no podrá en lo sucesivo cumplir la elevada misión para que ha sido creada; suprimido el principal fundamento de la vida conyugal” (Montes Vargas, 1905:10). Otra clase de mujeres que también se advierte como sujeto de riesgo de contraer la sífilis son las nodrizas (Montes Vargas, 1905). Dice el Dr. Carrillo (1909:662-3):

“Entre las numerosas víctimas que la asquerosa plaga de la avería [sífilis] hace en la humanidad, hay dos grupos que merecen toda la atención del pediatra: los inocentes niños que pagan con su vida los pecados de la venus, y las desgraciadas mujeres que se infectan amamantando a los niños averiados o que contagian a los hijos ajenos durante la lactancia mercenaria.”

Que las prostitutas no son consideradas para la función de madres (a pesar de que la Reglamentación hace entrever que sí tienen hijos) puede verse en la propuesta del Dr. Ortega (1909) de promover que las prostitutas usen unos aparatos con el falso nombre de pesarios para evitar contagios, que se utiliza en EUA como anticonceptivo. Ante la objeción de que el uso de este aparato es inmoral porque impide la fecundación, señala que es mejor que las prostitutas no tengan hijos.

Otras medidas que se proponían en la época (sobre todo en Francia e Inglaterra) para el combate de las ITS como opción al reglamento de la prostitución o como complemento era la promoción de la abstinencia sexual y el fomento del matrimonio temprano. Muchos argumentos se esgrimieron para señalar la ineficacia de la promoción de la abstinencia en el medio mexicano. La idea que se hacía necesario reforzar y que guiaba las políticas sobre las enfermedades sexuales era que la prostitución era un mal necesario (Ruiz, 1904; de Garay, 1905). Y esto se encontraba relacionado con la visión de la imposibilidad masculina de contener su sexualidad hasta la edad del matrimonio (Lavallo Carvajal, 1909 y 1911). Detrás

de la crítica que hace el Dr. de Garay (1905:2), se advierte la presión sobre la sexualidad masculina como determinante de género:

“Los jóvenes, niños de ayer, al despertar a la vida genital, hacen por lo general gala de desenfreno, de disipación, creyendo que con esto tienen el honor de ser muy hombres, y lucen sus pústulas y cicatrices y su gota militar como los veteranos del ejército lucen las condecoraciones ganadas en los campos de batalla”.

La abstinencia masculina se considera irrealizable. Explica el Dr. Lavalle Carvajal (1909:321) con notable lucidez que las relaciones intersexuales derivan de una función fisiológica, que “detalles diferenciales de la función entre los dos sexos, leyes sociales seculares e inmodificables (por ahora), hacen que el varón sea más accesible al reclamo imperioso que la hembra.” La idea general es que, dado que el hombre no puede esperar, necesita un cómplice, para no caer en la ‘Ley de Onán’, que lo puede mandar al manicomio. Lo menos malo para esta necesidad social es que haya mujeres destinadas a satisfacerla. “La ramera es una de las salvaguardas de la doncella y de la casada” (Lavalle Carvajal, 1909:321). Otra consecuencia que imagina Lavalle Carvajal (1911) de promover con exageración la castidad “heterosexual, se entiende” de los varones solteros, además del onanismo, es la homosexualidad. El Dr. de Garay (1905:3) presenta un argumento similar:

“El comercio sexual, malo y todo como es, es necesario, fisiológicamente para el hombre no casado, y como garantía social, como válvula de seguridad.”

A pesar del reconocimiento de que se trata de una sociedad católica, Lavalle Carvajal (1909:312) muestra lo endeble de la moral en el México de su época, ya que la mayoría se ve imposibilitado de cumplir el mandamiento que señala ‘no fornicarás’, por lo que sería inapropiado promover políticas de abstinencia:

“La moral cristiana exige cumplir con los Mandamientos de la ley de Dios. El cumplimiento del sexto es suficiente para alejar de los humanos el 99% de las probabilidades de pagar tributo a la peste moderna. Los católicos más fervientes, hasta los de profesión, faltan al mandamiento, confiesan periódicamente su pecado e indefectiblemente reinciden. [...] No se aceptan coitos inútiles a sabiendas. Siempre debe haber intención reproductora. Los que han pretendido cumplir con estos preceptos religiosos, no teniendo elementos para soportar todas las cargas del matrimonio, o han visto flaquear sus santos propósitos o se han hecho ermitaños.”

Los jóvenes son los sujetos que se considera que menos pueden contener su sexualidad, por eso le preocupan al Dr. Cicero (1908:313):

“los males que resultan, no precisamente del comercio sexual, sino de la manera imprudente y loca como se practica, sobre todo en la adolescencia.”

Lavalle Carvajal (1911:58-9) relaciona los “ardores juveniles” con el tiempo que los hombres tienen que esperar hasta que tengan las condiciones de formar un hogar, que no ocurre antes

de los 25 años, y señala que durante 10 años el varón no desoye los llamados de la carne para llegar casto al matrimonio. En cambio, las mujeres sí pueden casarse jóvenes:

“El matrimonio precoz del hombre casto es el non plus ultra de la profilaxis sanitaria antivenérea y de la moral sexual. El precepto tiene el inconveniente [...] de oponerse al instinto genésico que llega a su apogeo cuando la aptitud matrimonial comienza todavía a recorrer la órbita preparatoria que la sociedad por otros conceptos le traza, y todos sabemos que el instinto es muy desobediente.”

La necesidad de que los hombres cuenten con una posición social mínima para poder casarse es la razón por la que desecha la posibilidad de promover el matrimonio precoz, que era una medida discutida en Francia que pretendía alejar a los hombres de las trabajadoras sexuales. Aunque no se menciona de manera explícita, la reglamentación de la prostitución como medida en última instancia de protección de la mujer casada y de sus hijos ante las ITS, implica, además, la necesidad de la virginidad de la hija “de familia”. De estos relatos podemos interpretar una división de los papeles que se adjudican a las mujeres: las hijas “de familia”, vírgenes que serán en el futuro esposas y cuya finalidad principal es la maternidad, y las prostitutas que tienen por objetivo resguardar la virginidad de éstas ante la imposibilidad de la contención sexual de los hombres. Las infecciones de transmisión sexual se conceptualizan en función de ese esquema.

Los argumentos en los intersticios en el Porfiriato: hombres que transmiten, mujeres no prostitutas con prácticas sexuales fuera del matrimonio, homosexualidad masculina. Promoción de la educación sexual y del uso de pomadas y condón

En este apartado se presentarán los argumentos de la época porfiriana que muestran un enfoque contrario al esquema primario de dividir a las mujeres en dos grupos y considerar el origen de las infecciones sexuales en un grupo particular, culpable de todos los casos. Estos argumentos contrarios se presentan paralelamente a los del esquema primario, pero no fueron hegemónicos como para traducirse en políticas en este período histórico. Estas ideas diferentes sirven para mostrar cuán parciales eran las políticas de la época, dado que se concebían otras formas de contagio que no tenían que ver con las trabajadoras sexuales y sin embargo se seguía estableciendo como principal medida de política pública el control de este grupo de mujeres. El Dr. Alfaro, por ejemplo, sostiene que la sífilis puede adquirirse de múltiples maneras (1890:55):

“hoy es bien sabido que la adquisición de la sífilis no siempre es el resultado obligado de una vida libertina, sino más bien obra de la fatalidad como cualquiera otra enfermedad contagiosa.”

Montes Vargas (1905:5) comenta que ninguno está exento del peligro de las enfermedades venéreas, “porque se encuentra colocado en el fondo de una función orgánica y de un placer fisiológico: la reproducción de la especie y la satisfacción corporal que esto trae consigo.” Dice el Dr. Ramos (1903:319) “Ni posición social, ni edad ni sexo ponen al abrigo de la infección”, y comenta que la ha encontrado en los ojos del niño, de la doncella, de la esposa, del anciano y que ha observado la sífilis ocular hereditaria en todas las clases sociales, tanto en la consulta del hospital como en la clientela particular.

En la época se pensaba que había múltiples maneras de adquirir las enfermedades venéreas (en especial la sífilis), además de la práctica coital heterosexual, lo que ponía en riesgo a prácticamente toda la población: a través de las nodrizas que amamantan niños ajenos, por la vacuna (Cicero, 1905, de Garay, 1910), por los médicos, parteras y dentistas que se han infectado en el ejercicio de su profesión (Cicero, 1905), por objetos de uso común entre obreros, por besos “o refinamientos sexuales de otro orden” (Montes Vargas, 1905), contacto con utensilios cotidianos - cucharas, tazas, cigarros, pañuelos, lápices, ropa, navajas de rasurar, etc.-, por instrumentos musicales (Aleman Pérez, 1909), por la saliva de los tatuadores al realizar tatuajes, por mordeduras (durante riña o acto erótico) (Montes Vargas, 1905).

Si consideramos las múltiples formas imaginadas de adquisición de las infecciones, sorprende que la única política en marcha fuera el control sanitario de la prostitución. La reglamentación se centra en que son las ‘prostitutas’ las portadoras de las infecciones venéreas, acepta que también los hombres que las visitan pueden estar enfermos y que ellas pueden adquirirlas de ellos. Así, dice el artículo XIII del Reglamento que las matronas deberán evitar el comercio de las mujeres a su cuidado con hombres de quien se sospeche estar enfermos de un mal venéreo. Se considera necesario controlar a los hombres pero también que esta práctica es dificultosa. El Dr. de Garay (1905) propone que haya un médico o un estudiante de medicina en las casas públicas que reconociese a los hombres que fuesen a esas casas, no permitiéndoles la entrada sino a los que estuviesen sanos.

Ya que se acepta que los hombres también pueden transmitir las enfermedades venéreas a las prostitutas, los argumentos que reclamaban la inequidad en las políticas no tardaron en surgir, pero matizados por lo que se advertía como dificultades en la sociedad mexicana.

Según Cicero (1905:113), en la Primera Conferencia internacional de Bruselas en 1905, resaltaron las deficiencias del sistema de reglamentación, entre las que se encontraba:

“que no tenía en cuenta al elemento masculino, y que los procedimientos empleados, particularmente los del *Bureau desmoeurs* de París, eran vejatorios para la mujer e ilegales.”

Por esta razón el programa de la segunda conferencia internacional se proponía discutir las medidas legales para la profilaxis pública de las enfermedades venéreas, “tanto dentro como fuera de la prostitución”. Entre las medidas propuestas figuraba la responsabilidad penal por transmisión de sífilis (para ambos sexos). Esta medida implicaba la declaración obligatoria por parte del médico ante las autoridades sanitarias de los casos de enfermedades contagiosas, y la demanda si se sabía que el paciente contaminó a otra persona. Ante la propuesta de algunos autores de introducir en México la responsabilidad penal, la comunidad médica mexicana comenzó una profunda discusión sobre lo que se entendía como una violación del secreto profesional, bajo el argumento de que los enfermos huirían de los médicos y se pondrían en manos de charlatanes.¹² Además se declamaba el argumento de la inequidad de género en la aplicación de esta medida. Considera Cicero (1905:118) que para el hombre no sería difícil denunciar a la mujer con quien tuvo relaciones, en tanto que “para la mujer que hace comercio de su cuerpo, que recibe unos tras otros a diversos hombres sin saber de dónde vienen y a dónde van” resulta prácticamente imposible la denuncia:

“¿Y en estas condiciones, qué fue de la decantada igualdad en que ante la ley iban a quedar los dos sexos? ¿qué de la superioridad sobre la reglamentación que sólo se aplica a la mujer impidiéndole que infecte al hombre y dejando a éste en libertad de infectarla a ella?”

Y en una nota al pie agrega el Dr. Cicero (1905:118):

“De ninguna manera podría equipararse el examen de la mujer hecho por médico para defensa de los hombres a la obligación que en el reglamento de nuestra Capital, por ejemplo, tienen las matronas para impedir las relaciones sexuales de los hombres en quienes sospechen alguna enfermedad venérea, con pupilas a su cargo. Por mil motivos esta obligación de las matronas no puede ser más que letra muerta, vista la ignorancia y la venalidad de esa clase de gente”.

El Dr. Ruiz (1904) explicita la posición del higienista Gruber (catedrático de Viena), partidario de la libertad para el ejercicio de la prostitución (contra la reglamentación) quien considera que “se comete la estúpida injusticia de someter a examen sólo a la mujer, dejando sin reconocimiento al hombre”. Ruiz no está en desacuerdo con esta posición, pero señala que presupone una sociedad con cierto grado de ilustración general y cierto nivel moral, “nuestro estado social nos impone el deber de ser reglamentaristas”. Relacionados con

¹² Un interesante análisis sobre el secreto profesional en este período puede verse en Estrada Urroz (2007).

la inequidad, están los argumentos sobre la doble moral de la sociedad con respecto a las prostitutas. A partir de la crítica al funcionamiento de la Inspección y del Hospital Morelos, el Dr. Lavalle Carvajal (1909:340) advierte:

“No provoquemos sus rencores, muchas veces justificados, contra una sociedad que en la alcoba las acaricia brutalmente para luego despreciarlas hasta el grado de convertirlas en guiñapos, en desperdicios que ni siquiera es dable llamar humanos.”

En el área militar, son los soldados los que ejercieron presión para que no se practique la inspección de mujeres que ingresan en los cuarteles:

“Los reconocimientos no deben practicarse porque las mujeres lo rehúsan, causándoles gran disgusto tanto a ellas como a los Soldados, quienes suelen desertarse por esta causa”. “En el concepto de los médicos militares”, se recomienda además del reconocimiento de las mujeres, “practicar a los Soldados tres veces por mes un reconocimiento de sus órganos genitales, enviando al hospital a los que estén enfermos.” (Alemán Pérez, 1909:5-6)

El trabajo del Dr. Ramos (1903:324) es indicativo de la existencia de prácticas sexuales fuera del matrimonio de mujeres “casadas”. Señala que es delicado y difícil hacer una pesquisa para conocer el origen de la enfermedad:

“con la madre no conviene abordar la cuestión, por razones que no es necesario mencionar; no debe olvidarse que el asunto se complica aún más en el caso de que el niño que sufre la enfermedad sospechosa no es hijo de aquel ‘quem nuptiae demostrant’, lo cual, aun cuando es triste, puede acaecer.”

Aparece así un hijo fruto de una relación de la esposa con alguien que no es su esposo. Queda claro que aún cuando se reconoce la existencia de prácticas sexuales fuera del matrimonio de las mujeres casadas, sobre esta cuestión no se puede hablar. Otro autor que se refiere al ejercicio sexual de las mujeres fuera del matrimonio y que no son prostitutas es Lavalle Carvajal (1909:323-4) en un notable texto que identifica el cuerpo enfermo de la mujer con otros productos que pueden regalarse como la leche adulterada o las conservas nocivas. Sin embargo, llama la atención que aunque estas mujeres no cobran por sus servicios sino que “regalan sus cuerpos”, Lavalle Carvajal se ve en la necesidad de incluirlas bajo el concepto de “prostitutas”:

“No cabe duda que como ramerías pueden ser socialmente consideradas numerosas mujeres que no especulan con su prostitución. Basta para eso con que tengan tienda abierta, aunque obsequien la mercancía a todo solicitante. [...] No hay restricción anticonstitucional a la libertad de comercio, cuando el control se ejerce para proteger a la multitud con los efectos dañosos de los productos que se ofrecen. [...] Los cuerpos femeninos que se venden o se regalan, deben ser examinados periódicamente para evitar que transmitan, en la medida de lo posible, a los cuerpos masculinos que compran o reciben el obsequio, la serie negra de las enfermedades [...]. Desgraciadamente, a las prostitutas *gratis pro ... homo*, sólo es dable perseguirlas muy cautelosamente [...].”

Y que algunas mujeres no prostitutas tienen actividad sexual no reproductiva, lo demuestra el artículo de Ortega (1909:823), quien al sugerir la utilización por parte de las prostitutas del falso-pesario para prevenir infecciones sexuales, dice

“Que puede propagarse su uso, y algunas de las que malamente llevan el nombre de señoras o señoritas lo usarán también para evitar la natalidad, será muy triste en verdad, pero desgraciadamente las que no conocen este medio y no tienen el freno moral para evitar las ocasiones, emplean otros procederes menos seguros, que a veces no les dan el resultado que desean y entonces muchas de ellas se convierten en criminales.”

Es notoria en este texto la temprana defensa de un anticonceptivo que se cree que también puede evitar infecciones venéreas, como forma, además, de evitar el aborto.

Sobre la sexualidad de los hombres, como vimos, se acepta en general que tienen “necesidades genésicas” que no pueden contener, y por eso buscan relaciones heterosexuales antes, dentro y fuera del matrimonio. Sólo hay dos referencias a la homosexualidad masculina o ‘sodomía’ en esta época. Una es cuando Montes Vargas (1905) describe las formas de contagio de sífilis, clasificadas según las partes del cuerpo donde se encuentre el chancro. Al mencionar el chancro del perineo y del recto, sólo indica “de origen casi siempre sodómico, y sobre los cuales no insistiré.” Al igual que en la sexualidad fuera del matrimonio de las mujeres casadas, se impone otro silencio al hablar de la sexualidad de los hombres fuera de la relación heterosexual. La otra referencia la hace el polémico Dr. Lavalle Carvajal (1911:62-3), quien escribe un artículo contra los partidarios de promover “la castidad de los solteros” a través de la exhibición de películas ‘de pecadores castigados con todas las tenebrosidades sifilíticas’ y hace mención indirecta a la redada de los 41 de 1901 (Monsiváis, 2001)¹³:

“muchas son las prédicas é innumerables los escritos radicales que tienden á provocar la obsesión de la castidad (heterosexual, se entiende) [...] El ínfimo número de los predispuestos á la ginofobia (únicos que nos harán caso, ó mejor dicho, que se lo harán á los pregoneros de abstinencia), al contemplar la película ya bosquejada, se dividirán en dos grupos: los renunciantes temporales á la mujer y á la función sexual, y los que sólo renunciarán casi definitivamente á la temible mujer. Estos últimos se dividirán en homosexuales y onanistas. Dudo que existan los ‘limpios’ del primer grupo. El número de los de la primera subdivisión va aumentando; ya se dan á conocer por partidas de más de cuarenta. Los malthusianistas rudimentarios de la segunda, crecerán en progresión geométrica si se sigue extremando la nota profiláctica en las agrupaciones juveniles.” (Lavalle Carvajal, 1911)

El texto desenmascara el estereotipo de género: cuando se habla de abstinencia sexual para prevenir las infecciones, sólo se piensa en que la mujer la transmite, y por ello, la castidad de

¹³ Se refiere a la redada que hizo la policía el 18 de noviembre de 1901 en una reunión de homosexuales, algunos vestidos de mujer, donde hubo 41 detenidos. Pasa a la historia la leyenda que dice que los detenidos fueron originalmente 42, pero que se le permite a uno huir, ni más ni menos a quien está casado con la hija de Porfirio Díaz (Monsiváis, 2001).

los jóvenes sólo se refiere a las relaciones ‘heterosexuales’. El gran valor del texto es no sólo el reconocimiento explícito de que la homosexualidad era un tema de interés entre los médicos que se ocupaban de las enfermedades venéreas, sino también de que no se pide castidad cuando se trata de relaciones entre hombres, quizás porque no se los imagina como fuente de enfermedades, o porque este tipo de relaciones queda fuera de cualquier política preventiva.

A partir de todos estos elementos que se diferencian del esquema primario (todos están en riesgo por las múltiples formas de contagio, los hombres también infectan a las prostitutas, hay una inequidad de género en la política reglamentarista, existen otras prácticas sexuales difícilmente reconocidas de mujeres no prostitutas diferentes a la que se da dentro del matrimonio y de hombres no heterosexuales) aparecen algunas propuestas de tomar otras medidas políticas para la profilaxis de las enfermedades venéreas. Siguiendo en esto más a la corriente inglesa y americana, algunos abogan por la educación sexual. Dice de Garay (1905:2)

“lo fundamental en estos asuntos, como en todos los que se refieren a la higiene, está en ilustrar a las masas, es decir, al pueblo en general. Y muy poco se hace para ilustrar al público en esta materia. En los libros de higiene de las escuelas normales o profesionales no médicas, o en las destinadas a los obreros o a las escuelas primarias superiores, se dice muy poco o no se dice nada sobre la profilaxia de las enfermedades venéreas. [...] Los jóvenes no son instruidos sobre el peligro de las enfermedades venéreas, por sus padres, ni por sus amigos ni por sus maestros, ¿quién les enseña cómo deben salvarse? Nadie. [...] Alumbremosles; pongamos en manos de los jóvenes libros que se ocupen de las enfermedades venéreas, de sus peligros y de la manera de salvarse. Y aun a las señoritas digámosles algo de lo que las interesa en la cuestión de la maternidad y del porvenir de sus hijos.”

Agrega Montes Vargas (1905), citando a de Garay, la propuesta de realizar proyecciones luminosas con la linterna para la enseñanza de higiene y también enseñar en las escuelas. Cicero (1908:313) refuerza la idea (cuyo origen está en Fournier) de la necesidad de instruir a los jóvenes “de ambos sexos”.

“Hoy nadie piensa ya, entre los verdaderos educadores, en infundir el santo temor jesuítico de nuestros abuelos, a todo lo que se refiere a cuestiones sexuales; más vale dar a conocer, con discreción, el peligro, que dejar a los inexpertos caer en él, vendados y ciegos, por respeto a un falso pudor.”

Pero Lavalle Carvajal (1909) pone restricciones a esta propuesta educativa. Opina que la educación sexual en las escuelas primarias será considerada como profanación. En las escuelas profesionales no se mezclan los dos sexos, por lo que puede iniciarse una propaganda antivenérea, pero sólo a los hombres. A las mujeres debe hablarles su madre, cuando lo juzgue necesario. Como se desecha la posibilidad de promover la abstinencia

sexual, Lavalle Carvajal (1909:313) sugiere para calmar los ardores juveniles, la práctica de ‘sports’, de ejercicios atléticos.

“El funcionamiento supra-activo de unos órganos disimula la pereza de otros. [...] fortificaríamos a nuestra enclenque juventud; el cansancio la haría no frecuentar sino muy de tarde en tarde el lupanar, y llegaríamos así, sin esfuerzo, al máximo de castidad de que somos capaces.”

Una de las novedades, siguiendo las recomendaciones de los congresos internacionales, es que se pide que se abran más lugares de atención para las prostitutas y que allí se puedan atender hombres, para evitar que usen recetas de curanderos (Gayón, 1896). Cicero (1905) señala como medio supremo para la profilaxis social la creación y multiplicación de dispensarios gratuitos. Lavalle Carvajal (1909) propone crear instituciones para dar tratamiento gratuito donde las consultas nocturnas serían más accesibles a los obreros, empleados, hombres y mujeres de trabajo en general.

Otras medidas preventivas que se señalan son: hacerse la circuncisión (de Garay, 1905), uso de condón (llamado también ‘capote inglés’) “que es el mejor preservativo para el hombre y la mujer” (de Garay, 1905), pomadas y lavados con jabón antiséptico (de Garay, 1905; Alemán Pérez, 1909). Ortega (1909) señala los inconvenientes de estos métodos: del condón, al que denomina ‘cubierta de caucho para el pene’ dice que es muy eficaz pero no segura, porque puede romperse y “además por muchas causas es poco usada. Alguien ha dicho que no es útil porque no cubre sino el pene; pero tal vez este microlúfobo¹⁴ pretenderá que se hagan trajes completos de caucho”. De las aplicaciones de pomadas antes y después del coito dice que pocas veces son útiles, y que hay autores que las consideran nocivas. Finalmente, no considera posible una antiseptia y asepsia tan rigurosa como la que se propone. Por esta razón, lo novedoso es el falso-pesario, “que unos son de metal y otros de caucho vulcanizado que se introducen en el cuello”.

En el marco de la defensa de las nodrizas puede verse que existía una inequidad de clase social en las prácticas profilácticas. Montes Vargas (1905:29-30) propone para hacer más equitativa la relación en los consultorios especiales que existen para examinar a las nodrizas, se obligara a los médicos:

“a que hiciesen otro tanto con los niños y los padres, para que así como garantizan a la familia de una buena nodriza, puedan asegurar a ésta que el niño que le confían no la irá a contagiar esta funesta enfermedad. De esta manera se conciliarían los intereses de las familias con los de esas pobres mujeres, cuya ignorancia las hace, muy a menudo, víctimas del deseo de lucrar con la leche de sus hijos.”

¹⁴ La expresión que utiliza el autor se refiere a una persona que tiene fobia a los microbios.

La propuesta más sorprendente la hace el Dr. Lavallo Carvajal (1909:320), quien asocia a la prostitución con la plaga de vagabundos a los que hay que hacer una guerra sin cuartel, y se pregunta:

“¿Podría perseguirse la holgazanería femenina? ¿Es posible lograr que el comercio del cuerpo se asocie siempre a alguna otra ocupación lucrativa, de tal modo que no tengamos ramera profesionales, sino domésticas, obreras, artistas, etc., que en sus ratos de ocio se alquilen para nivelar el presupuesto? Muy adelantados estaremos en la lucha moral cuando esto llegue a realizarse”.

Finalmente, se señala que no se pueden regular los espectáculos cinematográficos y bailables considerados pornográficos, “no hay ley que pueda impedir esto”, por lo que se propone que el gobierno financie espectáculos moralizadores, baratos para la clase media y gratuitos para los pobres, de manera de reducir la concurrencia a las “salas impregnadas de lubricidad” (Lavallo Carvajal, 1909).

Durante este período se mantuvo el reglamento de la prostitución como política de control de las infecciones de transmisión sexual a pesar de las numerosas propuestas que apuntaban hacia la población más amplia. Es importante señalar que el interés de los médicos salubristas al publicar sus ideas en revistas de la Academia Nacional de Medicina, de la Universidad Nacional, o del propio sector de salud del gobierno, era, sin duda, incidir en el diseño de las políticas públicas que se ocupaban de las infecciones de transmisión sexual. Algunos de estos profesionales fueron los encargados de redactar las propuestas de reglamentos a pedido del gobierno, y otros dirigieron los programas sanitarios (la Inspección de Sanidad, por ejemplo). Pero para que se instrumentaran esas medidas que se dirigían a la población general, se necesitaba un gran cambio de paradigma que pusiera en cuestión el sistema de sexo-género vigente en la época. Ese cambio fue propiciado por la gran transformación social que significó la revolución mexicana, y sólo fue logrado en extensión durante el período cardenista. Algunas medidas pudieron aplicarse antes de que se aboliera el reglamento de la prostitución en el período cardenista, como el examen prenupcial obligatorio. Entre el período del porfiriato y el cardenista se encuentra un período de crisis de la hegemonía del pensamiento que sostenía el esquema primario, pero aún no se logra imponer un modelo que cambie el imaginario de las infecciones de transmisión sexual.¹⁵

¹⁵ Cfr. Estrada Urroz (2007)

1911-1924. LOS GOBIERNOS DE LA REVOLUCIÓN. LA LEY SOBRE RELACIONES FAMILIARES DE 1917: EQUIDAD PARA LA MUJER. LA DISCUSIÓN DEL CERTIFICADO MÉDICO PRENUPIAL Y DE LA DECLARACIÓN OBLIGATORIA DE LOS CASOS DE SÍFILIS. REGLAMENTO DE LA PROSTITUCIÓN.

Este período está marcado por grandes conflictos bélicos, tanto a nivel nacional con la Revolución Mexicana, como a nivel internacional, con la Primera Guerra Mundial. En los últimos meses de 1910 y primeros de 1911 estalla la lucha armada contra el régimen de Porfirio Díaz, quien en mayo de 1911 sale exiliado a Francia. Tras la instauración del gobierno de Madero a la lucha contra los porfiristas contrarrevolucionarios se agregan los conflictos entre los propios revolucionarios, y mientras continúan los conflictos armados y sublevaciones se sigue una serie de gobiernos, interinos o de corta duración, algunos de los cuales terminan con asesinatos de presidentes (Ulloa, 1981).¹⁶ La Constitución de 1917, bajo el gobierno de Carranza, puede verse como un parteaguas en este período, que significó el paso del proceso revolucionario a la creación del Estado posrevolucionario, interventor en materias como la economía, la educación y la religión (Garcíadiego, 2004). A partir de 1920, con la presidencia de Obregón, se establece el “auténtico estado posrevolucionario”, conformado por los grupos fundamentales durante el proceso revolucionario, nacionalista, de carácter autoritario pero ampliamente legitimado y estable (Garcíadiego, 2004:251).

A pesar de que en el país comienza una larga y extendida lucha interna y de que la institucionalidad queda puesta en jaque, las publicaciones analizadas siguen apareciendo con cierta regularidad. Las únicas interrupciones importantes son las de los años 1914 y 1915 del Boletín del Consejo Superior de Salubridad, y las de los años 1923 y 1924 del Boletín del Departamento de Salubridad Pública. Hasta 1915, siguen publicando algunos de los autores que analizamos en el período anterior (Cícero, Ortega, Lavalle Carvajal, Ruiz, González Ureña). Sin embargo, esta aparente estabilidad en materia de publicaciones sobre enfermedades venéreas durante la Revolución está surcada por la profundización de las críticas a la Inspección de Sanidad, y de las discusiones sobre reglamentación o ‘libre prostitución’ (Soriano, 1914; Editorial, 1920; del Raso, 1921; Albarrán, 1923), que llevó incluso a dejar un año -entre 1913 y 1914- sin presupuesto a la Inspección de Sanidad (Lavalle Carvajal, 1914). Estas idas y vueltas en cuanto a la inspección de la prostitución se

¹⁶ Durante este período se sucedieron (algunas fueron simultáneas) las presidencias siguientes: 1911 Francisco León de la Barra; 1911-1913 Francisco I. Madero; 1913 Pedro Lascuráin Paredes; 1913-1914 Victoriano Huerta Ortega; 1914 Francisco S. Carvajal; 1914-1920 Venustiano Carranza; 1914-1915 Eulalio Gutiérrez; 1915 Roque González Garza; 1915 Francisco Lagos Cházaro; 1920 Adolfo de la Huerta; 1920-1924 Álvaro Obregón.

verifican en la legislación: en julio de 1913 se publica en el Diario Oficial un nuevo Reglamento para el ejercicio de la prostitución en el Distrito Federal, y en mayo de 1914 queda derogado y reemplazado por el Reglamento de Sanidad. El primero eliminaba la Inspección de Sanidad (aunque no el régimen de tolerancia, con la inscripción de las prostitutas) y el segundo la reinstalaba. En el orden internacional, la Primera Guerra Mundial (1914-1918) cambió las relaciones de los médicos mexicanos con el pensamiento foráneo, alejándolos de las discusiones y publicaciones francesas sobre infecciones de transmisión sexual y acercándolos a las de Inglaterra y Estados Unidos (Vasconcelos, 1920a y 1920b; Pierce, 1923; Rangel, 1923).

Los temas que se tratan en el período son una continuación de la etapa anterior, pero con un cambio fundamental en la visión a partir de 1918. Primero, la discusión sobre la sífilis vacunal (que comenzó en 1911) dio por resultado que se proyectara la creación de un Instituto para la vacuna animal, para reemplazar la vacuna humanizada. Luego, una vez promulgada la Constitución de 1917, se realizaron cambios en la legislación de las relaciones familiares, cuyo objetivo central era la protección de la mujer:

“ [...] por el hecho de que las trascendentales reformas políticas llevadas a cabo por la Revolución no pueden implantarse debidamente sin las consiguientes reformas a todas las demás instituciones sociales, y muy especialmente a las familiares, pues, como se ha dicho muchas veces, la familia es la base de la sociedad, se hace indispensable realizar cuanto antes la promesa hecha en el mencionado informe, reglamentando el matrimonio de tal manera que se aseguren los intereses de la especie y los de los mismos cónyuges, sobre todo de aquel que, por razones de educación u otras análogas, está expuesto a ser una víctima, más bien que un colaborador de tan importante función social” (DO 14 de abril de 1917:418).

También se creó el Departamento de Salubridad Pública con potestad nacional (DO 14 de abril de 1917). Y en 1918 se dio una profunda discusión en el Consejo Superior de Salubridad sobre las medidas a seguirse para la profilaxis de la sífilis, a partir del conocimiento de nuevas disposiciones instauradas en Alemania (delito de contagio, registro de casos y exigencia del certificado médico prenupcial). Si bien en el período anterior algunos de los salubristas mexicanos mencionaron estas medidas, propuestas por algunos expositores de las dos conferencias internacionales de Bruselas de 1899 y 1902, lo habían hecho para mostrar su oposición. Desde 1918, nuevos autores aparecen en las distintas publicaciones en torno al debate sobre el secreto profesional *versus* la declaración obligatoria de los casos y sobre la necesidad o no del certificado médico prenupcial. Aparece la idea de que puede controlarse a la población en general para prevenir el contagio de la sífilis, como

política diferente de la exclusiva focalización en grupos de riesgo. La práctica “corriente y universal” de la reacción de Wassermann hace posible pensar en estas políticas (del Raso, 1919). En 1920, el Hospital Morelos pasa a depender del Departamento de Salubridad Pública (DO 19 de octubre de 1920).

Este período puede ser visto como la génesis de un gran cambio de enfoque respecto a las políticas y los grupos de riesgo, pero con acciones incipientes. Para la consolidación y puesta en práctica de las ideas que surgen en este tiempo debe esperarse a una mayor institucionalización del país de la mano de una política centralista, que se dará con el gobierno de Calles.

Desde finales de 1918 hasta 1921 comienzan a publicarse estadísticas del Gabinete de Bacteriología para la ‘Campana contra la Sífilis y la Tuberculosis’, donde se presenta el número de reacciones de Wassermann realizadas (Boletín del Departamento de Salubridad Pública, 4ª época, noviembre de 1918 a diciembre de 1920). A partir de 1921, se presenta el número de reacciones Wassermann bajo el título Laboratorio de Diagnósticos, sin mencionar la campana.

Los grupos de riesgo que se mencionan siguen siendo las prostitutas y los militares (este último con más énfasis después de la Primera Guerra Mundial), se agrega como grupo especial a los obreros y con la propuesta de delito de contagio y del certificado prenupcial hay una ampliación hacia la población en general. El interés principal es evitar, sobre todo, la llamada ‘heredosífilis’ (Gaviño Iglesias, Breña Alvérez, y Cañas, 1918).

Los argumentos del esquema primario: prostitutas que transmiten, militares y obreros infectados, mujeres casadas víctimas. Reglamentación de la prostitución.

En el año en que se suspendió la Inspección de Sanidad, más por un conflicto de intereses entre la Inspección y los encargados del Hospital Morelos que por una pretensión de suspender la Reglamentación como tal (Lavallo Carvajal, 1914), los argumentos se hicieron aún más extremos. Soriano (1914:364), citando al Dr. Alfaro, dice que

“Las prostitutas son, por decirlo así, los banqueros de la sífilis, la fuente perenne e inagotable de este virus; ellas lo dan a los hombres y también lo toman de ellos; pero el hombre que lo comunica a una prostituta, es casi seguro que, con muy contadas excepciones, lo ha tomado de otra prostituta. [...] Si es evidente que las prostitutas son la fuente de la sífilis, ciéguese esta fuente haciendo que las desgraciadas que ya recibieron el mal no puedan transmitirlo [...].”

En agosto de 1913 se discutieron en el marco del XIII Congreso Internacional de Medicina de Londres, los trabajos de cinco profesores sobre la profilaxis de las enfermedades venéreas, sobre la sífilis como peligro social y sobre la cuestión del *control* por parte del Estado. El debate llegó a México a través de un folleto publicado por la ‘Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de Enfermedades Venéreas’ hecho a moción de González Ureña, donde se sintetiza lo que ocurrió en la sesión. Ruiz (1915:167), contrariado por la predominancia abolicionista de las posiciones y por la afirmación de González Ureña de que la reglamentación ha hecho bancarrota, repite argumentos que había sostenido años atrás,

“[...] bien sabido es, que la prostitución acarrea, como peligros fundamentales: 1º generalizar las enfermedades venéreas; 2º, disminuir las fuerzas sociales; y 3º, causar escándalo.”

La discusión entre los reglamentaristas y los antirreglamentaristas se registra también en el VI Congreso Médico teniendo a Vergara, de Tampico, y a Camillo, de Puebla, como exponentes.

“El delegado angelopolitano, por su lado, y fijando su atención preferentemente en el prostíbulo (fecundo manantial de dolencias sexuales, pero no el único, como lo demuestran entre otros hechos el de la enorme proporción de sifilíticos que hay en Rusia, en donde es universal, casi, la costumbre de la salutación oscular) proponía, en resumen, que la reglamentación a que han de someterse las vendedoras de caricias fuera más estricta que lo es ahora y que las “horizontales” fuesen tratadas por métodos verdaderamente científicos, es decir, que no se contenten las autoridades con saturarlas de mercurio, sino que se las administre, preferentemente, la arsfenamina y que, en todo caso, no se las considere como inofensivas para sus parroquianos mientras su suero sanguíneo no se muestre Wassermann-negativo.” (Editorial, 1920:291).

También del Raso (1921:52,62,63) señala en su tesis

“[...] siendo prácticamente imposible impedir el contagio de todos los sifilíticos, aislándolos rigurosamente y sometiéndolos a un tratamiento apropiado hasta el momento en que ya no son peligrosos, existen, sin embargo, dos categorías de individuos a los cuales se ha llegado a imponer medidas de una manera más o menos completa: las prostitutas y los militares. [...] ya que la prostitución existe, considerada, por otra parte, como un producto inevitable de la organización de la sociedad humana, no siendo, seguramente, las prostitutas las únicas responsables, y siendo la fuente principal de las enfermedades venéreo-sifilíticas, es necesario despojarla lo más posible de sus peligros. [...] Si bien es cierto que las prostitutas son peligrosas para la sociedad, y, por lo mismo, no se las debe dejar en libertad, no por eso se las debe castigar ni humillar y sólo cuando los medios humanos no den resultado, se apelará a la severidad y a la fuerza. [...] Una buena reglamentación sería, sin duda, una arma de primer orden de combate antivenéreo.”

En 1923, un practicante del Hospital Morelos presenta su tesis, donde señala “[...] meditando bien cuál es el punto de partida de los males venéreos, no es difícil comprender que la prostitución ha sido y sigue siendo la fuente de origen de todas ellas [...]” (Albarrán, 1923:12). Sin embargo, tras esta fuerte afirmación presenta una visión más dialéctica: “[...] teniendo casi día con día repetido número de contactos sexuales con diversos sujetos, en

algunas de esas ocasiones son contaminadas y desde ese momento contagian a varios o a todos de los que tienen otros contactos con ellas [...]” (Albarrán, 1923:13).

Otra idea que muestra que las ITS son vistas como algo femenino e inherente al cuerpo de la mujer, es la relación entre ITS y flujo menstrual:

“La sangre del sifilítico contiene el germen de la enfermedad; es necesario, pues, evitar todo coito con una mujer durante el período menstrual” (del Raso, 1921:76-77).

Sorprende en la afirmación el salto lógico: de la sangre del sifilítico en general (sin sexo), a la referencia directa del flujo menstrual de la mujer.

Si las posiciones se hacen más extremas cuando se suspende la Inspección de Sanidad, encontramos otra vez la necesidad de dar explicaciones sobre el control de la prostitución cuando se discute la instauración de la responsabilidad penal por el contagio. Es decir, cuando se discute hacer extensible a todos el control, aquellos que se oponen a esta medida deben, sin embargo, dar alguna justificación sobre el control de un único grupo social. Dicen los miembros de la Comisión que ampliaron el voto en contra de la propuesta de penalizar el contagio y de instaurar la declaración obligatoria de los casos

“Vigílese la prostitución haciendo que desaparezcan de la práctica actual muchos vicios que no solamente invalidan ésta, sino que la hacen aún más pernicioso. La coacción aquí se impone en virtud de tratarse de un comercio en que de antemano las interesadas consienten en ella.” (Cañas *et al.*, 1918:316-317)

¿Habían consentido de antemano las prostitutas en la coacción sobre ellas? El dictamen final de esta polémica señala

“[además del elemento militar] Hay otro grupo, interesantísimo, sobre el cual el Consejo debe concentrar sus energías para hacer efectiva su vigilancia: el de la prostitución. Las prácticas actualmente seguidas necesitan en concepto de los suscritos que se reconsideren y reformen, y llamar la atención de la Asamblea sobre este punto, es tanto más justificado, cuanto que sobre ningún grupo puede ejercer una acción más segura y eficaz el Consejo que sobre éste.” (Gaviño Iglesias *et al.*, 1918:357).

¿A quién se protege con el control sanitario de la prostitución? Ruiz (1915) presentando las ideas de la época (abolicionistas versus reglamentaristas), dice que se reglamenta la prostitución en nombre de la salubridad pública y el bienestar privado. También justifica la intervención del Estado:

“[...] si es un derecho ejercer la prostitución, es un delito propagar la sífilis; y desde este instante la sociedad está obligada a poner los medios de precaver el mal; y esta precaución general para preservar a la colectividad contra los males que le causen los individuos en el uso de una autorización, incumbe ejercerla al Estado, por medio de la aptitud médica y estableciendo reglas que normen, de un modo claramente definido, las relaciones entre los individuos y la sociedad; y esta parte (del combate general) se hace con la reglamentación [...]” (Ruiz, 1915:167).

¿Qué grupos se supone tienen riesgo de contraer las ITS? Los hombres en general,

“Por ser el origen venéreo de la enfermedad el más frecuente de todos, el hombre, a causa de la libertad mayor de sus costumbres, está más expuesto a la sífilis que la mujer” (del Raso, 1921:21).

Sin embargo, parece que es el número de relaciones y no sólo el tipo de pareja el que expone al hombre al riesgo de infectarse,

“todo hombre no debe tener sino un solo contacto, una sola cópula, con una mujer desconocida para él (de esas de ocasión), porque en el primer coito, generalmente, no hay órgano sensual en la hembra, y por consiguiente, las glándulas del trayecto genital no expelen su contenido de genococos” (del Raso, 1921:76).

La idea central es que no es posible tener control sobre los hombres, tal como se hace con las prostitutas:

“[...] a nadie podrá ocurrírsele que se aislen los enfermos sifilíticos. Su número es tan grande y su papel social tan considerable que no se imagina uno en dónde podrían confinarse, cómo se subvendería a su manutención y curación y cómo se repararían los daños que su segregación del agrupado social produciría. Tampoco es posible advertir a los sanos del peligro que tiene el contacto con los enfermos, señalando a éstos como se señala a los tífosos, a los variolosos, con caracteres visibles. Esto sería sencillamente infamante. Solamente los enfermos son los que, obedeciendo a su conciencia, pueden evitar el contacto con los sanos” (Cañas y Aragón, 1918:276).

Los militares (“los soldados de ejército de mar y de tierra”, del Raso, 1921) siguen estando en la atención de los salubristas (Soriano, 1914). Dice Cavazos

“Por las circunstancias anormales en que se ha encontrado el país en estos últimos años, la estadística de la morbilidad de la sífilis en el ejército se lleva muy incompleta. De los datos que he podido obtener, resulta que han ingresado a los diversos hospitales militares 5500 enfermos de sífilis en los 12 meses anteriores. Puede asegurarse que hay un número mayor entre los soldados enfermos que no han ingresado a los hospitales y por lo mismo el tanto por ciento de averiados en el ejército resulta muy alto, no menor de 15 a 20%” (Cavazos, 1918:430).

El impacto de las guerras es resaltado:

“Las emigraciones, las aglomeraciones, los movimientos de tropas, han tomado en todo tiempo una gran participación en la diseminación de la sífilis. [...] Los doctores César Margáin y Francisco Robles, Médico Militar, afirman haber aumentado considerablemente el número de sifilíticos desde que comenzó la revolución mexicana. Lo mismo he podido observar en los últimos cinco años al prestar mis servicios como Practicante en diversos Cuarteles de la ciudad. [...] La historia de las pasadas guerras ha hecho ver que uno de los resultados desastrosos de los conflictos armados era un aumento excesivo en la preponderancia de las enfermedades venéreas. No tan sólo con relación al ejército, sino también con respecto a la nación misma y al bienestar de las generaciones futuras, es necesario que se tomen medidas bien meditadas y eficaces para prevenir la diseminación de las enfermedades venéreas en los organismos militares” (del Raso, 1921:22,64).

Dice Rangel (1923:10,16,21)

“La guerra [de Europa] creó la necesidad urgente de obrar, dando lugar a que se concentrara la atención en todas las causas que podían producir debilidad en el poder militar, y las enfermedades venéreas fueron uno de los mayores peligros que hubo que afrontar en todas las naciones, de un modo franco y sin temor. Entonces fue cuando en algunos países se pusieron a la vista hechos, se prepararon proyectos y se aplicaron métodos, todos ellos de tal naturaleza, que hubiera sido imposible antes de la guerra conseguir que fueran aceptados, tanto por los civiles como por los militares. Las objeciones tradicionales vinieron por tierra bajo el empuje de la necesidad urgente de obrar. [...] No hay grupo social que no esté relacionado con los demás y así nuestro ejército, sin duda que está en relación, entre otros grupos, con el

de la prostitución y, por lo mismo, todo esfuerzo encaminado a resolver el intrincado problema de ésta, será benéfico para todos los grupos sociales que con ella tengan relación. El ideal de una campaña antivenérea sería la simultaneidad de la acción en todo el mundo. [...] se puede considerar que cuando menos 71.2% de los componentes del ejército, son clínicamente sifilíticos.”

Y se agregan los obreros y los estudiantes:

“Siempre que individuos jóvenes [...] privados de la influencia de la familia y alejados del hogar, se encuentran abandonados a sí mismos en un medio en que el libertinaje es habitual y en que encuentran facilidades para abandonarse al alcoholismo o a la ociosidad, tienen las más grandes oportunidades para contraer la sífilis. Así es como los militares, los marinos, los estudiantes, etc., están particularmente expuestos” (del Raso, 1921:21).

“Vigílese, desde el punto de vista de la profilaxis de la sífilis, las aglomeraciones obreras, militares y escolares, reglamentando cómo deba de hacerse esta vigilancia, a la que de antemano quedan sometidos sus miembros por el sólo hecho de ingresar a ellas” (Cañas *et al.*, 1918:317).

El Reglamento de la Prostitución de 1913 obliga a las dueñas de los burdeles a prohibir la entrada a jóvenes menores de 18 años, a colegiales o militares con uniforme, y prohíbe la instalación de los burdeles cerca de establecimientos de instrucción y de beneficencia o industriales en que trabajen obreros.¹⁷

El vínculo entre infecciones de transmisión sexual y alcohol se repite, pero con otros argumentos:

“[...] el consumo exagerado de bebidas alcohólicas predispone en los hombres a contagiarse más fácilmente de gonorrea por la irritación que determina el alcohol, que se elimina por vía renal” (Albarrán, 1923:29).

La idea de que las esposas contraen la sífilis de sus maridos, sigue presente, ya sea porque ‘reaparece’ la enfermedad después del matrimonio –por relaciones que tuvo el marido antes del matrimonio-, o porque su marido haya tenido una “aventura extraconyugal” (del Raso, 1921:40). De “cien sifilíticas, de la clientela de la ciudad, por lo menos veinte han sido conyugalmente infectadas” (Chapa y Chapa, 1923:19). Y se agrega la imagen de una esposa confiada, que no sospecha de su esposo:

“soy consultado á menudo por señoras que se creen enfermas de la cintura, y aún entre las abortadoras, inocentemente creen ellas, que la causa está en sí misma. Qué remoto es que alguna creyera, que sus antecedentes se debían al esposo.” (Mejía, 1912:32).

Sigue vigente también la idea de que la principal función de la mujer es la maternidad (Chapa y Chapa, 1923).

El estereotipo de la incontinencia sexual de los jóvenes varones y la falta de instinto sexual en la mujer también aparece en este período.

¹⁷ Reglamento para el ejercicio de la prostitución en el Distrito Federal, Art. 21 a 23, DO 15 de julio de 1913.

“en el hombre de nuestros días, sobre todo en el joven de nuestras sociedades modernas, el despertar de los sentidos precede a la edad social del matrimonio, no tiene más ilusión que el placer, olvidando, haciendo a un lado el fin profundo y maravilloso de la reproducción” (Chapa y Chapa, 1923:22).

Si la mujer virgen tiene apetito sexual, se interpreta como patología

“El apetito sexual, activo en el hombre, aguijoneado por la acumulación de esperma, hace falta en la mujer. Por esa simple razón, es necesaria una excitabilidad sexual muy fuerte, más o menos patológica, para provocar en la virgen espontáneamente sueños voluptuosos o la masturbación [...]. El onanismo no es raro en la mujer; pero siempre es menos frecuente que en el hombre” (Chapa y Chapa, 1923:48).

Las políticas propuestas derivadas de este esquema siguen siendo la reglamentación de la prostitución, y la vigilancia epidemiológica de los militares, de los obreros y estudiantes.

Los argumentos en los intersticios: la ampliación del control. Delito de contagio y certificado médico prenupcial. El legado de la Revolución: nueva visión de las 'soldaderas'. Los dispensarios venéreo-sifilíticos. Patologías sexuales.

El hecho de que los hombres pueden transmitir infecciones a las trabajadoras sexuales está registrado en los reglamentos de la prostitución, al darle a las dueñas de los burdeles la función de impedir el contacto de las mujeres con hombres de quienes se sepa o sospeche que están afectados de un mal venéreo.¹⁸ La tesis de Albarrán subraya el contagio del hombre a la prostituta y de ella a otros hombres (Albarrán, 1923).

En 1915 se pone a la sífilis como impedimento para celebrar el matrimonio y como causa de divorcio.¹⁹ En 1917, esto cambia y sólo queda como impedimento para celebrar el contrato de matrimonio.²⁰ Aunque es una derivación del esquema tradicional de interpretación (las prostitutas infectan a los hombres, y éstos a su vez lo transmiten a la esposa, quien tendrá hijos sifilíticos), y busca cortar la posibilidad de la segunda transmisión, sin embargo implica un gran cambio sobre la extensión universal de las medidas de protección. Y se hace en nombre de la patria.

“Que así mismo es necesario, en interés de la especie aumentar la edad requerida para contraer matrimonio, a fin de que los cónyuges sean lo suficientemente aptos para llenar las funciones fisiológicas y morales que les están encomendadas y por la misma causa, conviene también incapacitar legalmente a los incapacitados ya por la naturaleza para las funciones matrimoniales, es decir, a los que padezcan de impotencia física incurable, a los enfermos de sífilis, tuberculosis o cualquiera otra enfermedad crónica e incurable, que sea además contagiosa o hereditaria, así como a los ebrios habituales, pues todos los que se encuentran en los casos mencionados dejan a sus descendientes herencias patológicas que los hacen débiles e incapaces de un trabajo eficiente tanto en el orden físico como en el intelectual y transmiten a su vez a las generaciones posteriores su misma debilidad, redundando todo ello en perjuicio de la patria,

¹⁸ Reglamento para el ejercicio de la prostitución en el Distrito Federal, Art. 24, V, DO 15 de julio de 1913 y Reglamento de Sanidad, Art. 20, K, DO 30 de mayo de 1914.

¹⁹ Decreto del 12 de febrero que reforma al Código Civil

²⁰ Ley sobre relaciones familiares, Capítulo II, art. 17. DO 14 de abril de 1917.

cuyo vigor depende de la fuerza de sus hijos y en perjuicio también de la misma especie, que, para perfeccionarse, necesita que a la selección natural se le añada una cuerda y prudente selección artificial encaminada a orientar y mitigar los rigores de aquella.” (Ley sobre relaciones familiares. DO del 14 de abril de 1917:418).

En 1918 comienza la discusión sobre considerar el contagio de la sífilis como un delito, con la consecuencia de la declaración obligatoria de parte de los médicos de los casos conocidos por ellos. La idea de que se debe identificar a todas las personas que padezcan sífilis, no sólo a las prostitutas, era revolucionaria. La justificación se expresa así:

“[...] ante las imperiosas y humanitarias exigencias de salubridad del individuo, de la familia, de la sociedad y de la raza, no hay derecho individual que impere, ni falta, ni crimen en revelar la existencia de un peligro, para que todos procuren librarse de él. Sería hacer alarde de un refinado egoísmo, el cuidar el nombre, la reputación y hasta el honor de un individuo, si con éste se condena a los demás a sufrir las tremendas consecuencias de tan culpable reserva, sería el ‘Apres moi le deluge’ de Louis XIV. Sálveme yo y que la humanidad perezca; y esa humanidad es frecuentemente, la esposa, los hijos y los que viven en la proximidad que contraen la enfermedad por diversos mecanismos” (Gaviño Iglesias, Huici, y Breña Álvarez, 1918:240).

Sin embargo, se propone que el sujeto figure con un número, y que su nombre aparezca sólo en un registro secreto para resguardar el secreto profesional:

“[...] es preciso que exista ese *Secreto profesional*, pero en el lugar que en el caso debe ocupar y con lo cual quedan garantizados el nombre y el honor de quienes no consideramos como culpables, sino como víctimas” (Gaviño Iglesias, Huici y Breña Álvarez, 1918:241).

Ante esta radical propuesta, aparece el voto en contra, señalando la preocupación por la identidad del enfermo, “secreto de tres, ya no es” (Cañas y Aragón, 1918:277).

En cuanto al certificado prenupcial, también implica un cambio hacia una visión amplia del problema de las enfermedades sexuales. Y es interesante ver la discusión respecto al paradigma de género. ¿Debe pedirse a ambos cónyuges o sólo al hombre? La primera propuesta es que ningún Juez del Registro Civil podrá autorizar el matrimonio si los futuros cónyuges no presentan el certificado de sanidad (Gaviño Iglesias, Huici, y Breña Álvarez, 1918). La pregunta incluida en el voto en contra muestra que se piensa sólo en los hombres “¿a un sifilítico a quien se impide el matrimonio dejará de tener contacto con otras mujeres?” (Cañas y Aragón, 1918:280). Es en las “Proposiciones del señor Presidente”, firmada por el Gral. y Dr. José M^a Rodríguez, donde aparece la referencia explícita de los varones, y de algunos sitios seleccionados:

“1^a Los Jueces del Registro Civil en las Capitales de los Estados del Centro de la Unión, los del puerto de Veracruz, Tampico, Torreón, León de los Aldamas, y los de las Capitales de Nuevo León, Coahuila y Yucatán, deberán exigir a los varones que deseen celebrar el contrato de matrimonio, certificado del Departamento de Salubridad General de la República o de los Laboratorios Bacteriológicos aceptados por este Departamento, de haberse practicado la reacción de Wassermann y que ésta haya resultado negativa, sin cuyo requisito no podrá celebrarse el contrato. 2^a Los Jueces del Registro Civil del resto de

la República, sólo podrán autorizar el contrato, previa consulta del Departamento de Salubridad. [...] 5ª Los Jueces del Registro Civil en toda la República, sin excepción, no autorizarán el contrato de matrimonio, si además de los requisitos anteriores, no se les presenta el certificado de sanidad de dos médicos en las poblaciones de más de diez mil habitantes, de uno en las poblaciones donde sólo existe un médico, o de los médicos prácticos donde no existen titulados. 6ª Los certificados de sanidad se referirán principalmente a la lepra, tuberculosis, sífilis, epilepsia y alcoholismo crónico” (Rodríguez, 1918:319-320).

Agrega en un prólogo a la publicación de toda la discusión

“¿Que por qué la ley exime a la mujer de la obligación de presentar el certificado? Sencillamente porque en nuestro medio social la mujer llega al matrimonio sin mancilla en la mayoría de los casos, en tanto que el hombre ha recorrido antes un camino, cuyos accidentes, lo dejan frecuentemente maltrecho. Ciertamente es que hay hechos excepcionales, [...] pero las leyes no abarcan las excepciones” (Rodríguez, 1919:3).

El Dr. Cañas, a nombre de la minoría, responde a esto señalando que hay grandes ciudades excluidas en el art. 1º, y que debería extenderse a todos los lugares donde haya médicos y elementos para practicar el examen de la sangre. Y agrega

“El señor Presidente pide que las constancias de sanidad se exijan solamente a los varones. En estricta justicia a ambos contrayentes deberían pedirse; pero una serie de consideraciones de orden social hacen prudente la omisión que se refiere a la mujer, y sólo sería de desearse que esta omisión fuese relativa, quedando siempre a criterio del Juez exigir dichas constancias cuando lo creyere conveniente” (Cañas, 1918:323).

Sin embargo, en la propuesta formal de la minoría sólo se incluye la solicitud a los varones. Finalmente, en el dictamen final, aprobado por todos los miembros, se resalta la exigencia para los dos contrayentes:

“La descendencia de uniones legales quedará asegurada en cuanto es posible con el mandato a los jueces del Registro Civil para que exijan a los solicitantes de matrimonio las pruebas de estar indemnes de avería. Para evitar que en uniones, no sancionadas por la ley, haya hijos sífilíticos, o que en las legales los haya por avería de los padres contraída posteriormente a la fecha de la celebración del matrimonio, la Comisión, fuera de las medidas que acaba de señalar con motivo de la curación del mal, no encuentra digna de ser tomada en consideración, ninguna otra.” (Gaviño Iglesias, Breña Alvérez, y Cañas, 1918:358)

Una de las diferencias entre los enfoques estriba en que el Presidente sólo estaría pensando en evitar la ‘heredosífilis’ en tanto que los otros miembros del Consejo estaban proponiendo medidas más amplias (Cañas, 1918). La exigencia del certificado libre de sífilis para la mujer que desea contraer nupcias, ya sea obligatorio para todas o a criterio del Juez, muestra que también se pensaba que la futura esposa podría haber tenido relaciones sexuales antes del matrimonio, aún cuando se considera como un hecho excepcional. Un comentario que llama la atención sobre el certificado prenupcial es la opinión de Cavazos (1918) de que en algunos casos para evitar esta disposición se celebraría sólo el matrimonio por ley eclesiástica sin hacerlo por civil, y para ello propone

“[...] que también se le prohíba al Sacerdote y si esto no es posible, cuando menos se le recomiende que no autorice ningún matrimonio sin la previa presentación del certificado de sanidad.” (Cavazos, 1918:399)

Otra idea sobre la sexualidad femenina en los márgenes, que recorre varias tesis de principios de la década de 1920 (Del Raso, 1921; Chapa y Chapa, 1923), y que proviene de un médico inglés (Dr. Douglas White), es que son las mujeres menores de 18 años las que diseminan la sífilis, “aunque no se trate de prostitutas verdaderas” (Chapa y Chapa, 1923:20). Se enfatiza la personalidad sexual ‘tan exagerada’ de la mujer mexicana:

“Los sajones son de por sí desapasionados y fríos, por tradición y herencia tienen un recato exagerado con la mujer, no parecen conmoverse en su presencia y guardan en sus relaciones mutuas, mucha corrección, donde no se asoma la más leve influencia sexual. Cuando se consiguiera borrar de la mujer mexicana, o por lo menos disminuir su personalidad sexual tan exagerada, permitiendo con el hombre relaciones naturales y francas en las otras manifestaciones de la vida colectiva, se habría dado un paso sumamente útil en la educación que consideramos” (Chapa y Chapa, 1923:37).

Abogando por la importancia de la educación sexual en las escuelas superiores, resalta Chapa y Chapa (1923:44) “Aun en la llamada burguesía, las jóvenes, no son siempre tan cándidas como pretenden los adversarios de la educación sexual.” El peligro de infección ya no se visualiza sólo en las relaciones con las trabajadoras sexuales, sino dentro de un espectro más amplio, en toda relación sexual fuera del matrimonio o unión libre. Dice Rangel (1923:24) citando al Dr. Gambier de París:

“¿qué era el peligro venéreo antes de la guerra, con el que es hoy, en que corre las calles, escondido debajo de cada falda, disimulado traídoramente, tras las más bellas sonrisas; en que toda relación sexual, fuera de matrimonio o unión libre, basada sobre recíproca afección, constituye un peligro seguro, pues el juego del amor se ha vuelto un juego en que siempre se pierde, aun contra una pareja conocida, o de confianza?”

Entre otras sexualidades de las mujeres, aparece una nueva visión del papel social de las soldaderas. Antes de la Revolución se las consideraba una clase de prostitutas, y algún autor se refería a ellas como ‘andrajosas’. Después de la Revolución, preocupa la atención que se brinde a ellas en el marco de la profilaxis contra las enfermedades venéreas del Ejército. Rangel (1923:51) incorpora en su tesis un capítulo titulado “Para seguridad en el éxito terapéutico de las afecciones venéreas en nuestros soldados, hay necesidad de prodigarlo también a las mujeres de éstos, a las soldaderas.” Y se refiere a ellas como

“Mujeres son éstas, de cuya abnegación y sacrificio por los soldados, hemos tenido verdaderas pruebas, durante la última guerra intestina habida en nuestro país. Estas mujeres en la actualidad, no sólo son útiles para nuestro Ejército, sino indispensables; pues carecemos de cocina por cuenta del gobierno, de lavado de ropa, etc., etc., cosas todas estas que deben ser desempeñadas por mujeres, a falta de maquinarias especiales para estos servicios y en las cuales sí que pueden ser empleados los hombres. Tanto más si, como ellas lo han demostrado en numerosas ocasiones, por servir a su soldado exponen la vida con heroísmo y sufren los achaques de la guerra con admirable resignación. Dadas las prerrogativas

de que en la actualidad gozan entre nuestros medios militares, casi se les puede considerar como parte integrante de ellos, viviendo en una verdadera promiscuidad. Me ocupo de ellas porque todos comprendemos y debemos estar seguros de ello, de que al par que sus hombres, están perfectamente contaminadas de afecciones venéreas, constituyendo un constante peligro para los soldados no afectados, y para los afectados sometidos a tratamiento. ¿De qué sirve que a un soldado cualquiera se le esté proporcionando gratuitamente el mejor tratamiento, invirtiendo el capital necesario para ello, si su mujer está afectada del mismo padecimiento venéreo, y ni por su cuenta, ni por la del gobierno se trata su afección? Todos estamos seguros del fracaso terapéutico establecido en estas condiciones. Estas mujeres siguen a los soldados en todas sus excursiones por el país, permaneciendo con ellos en los lugares donde son comisionados. En muchos de estos lugares no hay más médico que el militar y si éste no les imparte su ayuda, estarán sujetas a continuar con sus terribles afecciones o a ponerse en manos de los charlatanes, que abundan por los pueblecitos que recorren.” (Rangel, 1923:51-52)

Respecto a los hombres, otra visión diferente a la de la incontinencia sexual emerge. Chapa y Chapa (1923), defensor de la continencia para ambos sexos, considera a la incontinencia masculina como una leyenda

“La necesidad sexual de los adolescentes, es una simple leyenda; normalmente, no existe; y si viene a manifestarse, es que ha sido despertada por excitaciones psíquicas o físicas indebidas. [...] Es un prejuicio creer la castidad imposible, o solamente nociva al hombre.” (Chapa y Chapa, 1923:51-53)

También entre los intersticios de la conceptualización de la sexualidad masculina aparece la interpretación de otras sexualidades como “patológicas”, con componentes hereditarios sobre los que no se puede obrar directamente: apetitos homosexuales, sadismo, fetichismo, etc. La educación moral en estos casos sólo podrá combatir lo que excite los apetitos (Chapa y Chapa, 1923).

Un argumento que se reiterará en épocas posteriores es el que relaciona enfermedades venéreas con falta de higiene. Dice Santín (1921:229-230)

“al descuido con que nuestra falta de educación en higiene personal hace ver cuanto a enfermedades venéreas y sífilíticas se requiere, causa importantísima de esterilidad, y, por ende, de despoblación, ha venido a agregarse, como último azote, la guerra”.

Y del Raso (1921:18) señala

“la frecuencia y la gravedad de la sífilis en una región dependen más bien de la miseria, del desaseo, de la negligencia y de las aglomeraciones que de los climas y de la raza.”

Esta idea aparece relacionada con una separación de clase social. A pesar de los numerosos registros de individuos de clases adineradas con sífilis y gonorrea (algunos vistos en el período anterior), se considera que son los pobres los que no tienen higiene, y por tanto, los que están más expuestos a la sífilis.

“La influencia del medio social sobre su propagación es en general muy marcada, permaneciendo las clases acomodadas generalmente indemnes a causa de las condiciones de higiene favorable en que viven” (del Raso, 1921:21).

A esto se agrega un concepto más: sucios, pobres y promiscuos.

“[...] en los lugares en que los habitantes viven en malas condiciones de higiene y en una promiscuidad continua. En estas condiciones la sífilis no tiene necesidad de relaciones venéreas para diseminarse rápidamente” (del Raso, 1921:24).

Aunque no aparece una referencia explícita, detrás del pensamiento sobre los pobres parecerían estar los obreros, y en esta cadena de ideas se estaría gestando el nuevo grupo social estigmatizado:

“Está comprobado que la clase obrera joven, masculina y femenina, dan a las enfermedades venéreas un enorme contingente, contaminadas primero y como contaminadoras después [...]. La obligación parece necesaria, para que en los centros obreros, asistan éstos a las conferencias profilácticas, y a que tomen sus baños semanarios. [...] Forzosamente al principio, habrá protestas de los que proclaman la libertad individual, de los que quieren ser sucios y de los que no vayan a las conferencias por simple ociosidad o por mera oposición” (Chapa y Chapa, 1923:55-57).

Las políticas propuestas dentro de este esquema de control amplio, además de la declaración obligatoria de los médicos, la penalización del contagio y el certificado de sanidad prenupcial, son la apertura de dispensarios y laboratorios gratuitos para los indigentes (Cañas y Aragón, 1918), y que los médicos hagan una propaganda profusa entre todas las clases sociales los conocimientos sobre la enfermedad (Cañas y Aragón, 1918; Gaviño Iglesias, Breña Álvarez y Cañas, 1918; Editorial, 1920). El primer dispensario gratuito de la Sociedad Mexicana de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas se encontraba abierto hacia 1920 (Editorial, 1920), seguido por la inauguración de los Dispensarios Antivenéreos 1 y 2 dependientes del Departamento de Salubridad en 1921 (Alvarez Amézquita *et al.*, 1960).

La educación en la escuela se reitera como programa en este período y se agrega la educación post-escolar, instituyendo talleres de obreras (del Raso, 1921). Pero no sólo para difundir las consecuencias de las infecciones sexuales, sino para

“[...] indicar la manera cómo debe ser dirigido el instinto sexual. [...] Así, el objeto principal de la educación sexual, es dirigir el instinto sexual conforme a las leyes fisiológicas, corregir los hábitos sexuales patológicos que se han adquirido, evitar que se formen éstos, ilustrar sobre las enfermedades que se pueden contraer y la manera como puede librarse de ellas. Enseña, igualmente, el origen de la vida, los fenómenos de la generación y nacimiento, considerando el acto de la reproducción como el más sagrado de cuantos existen, puesto que de él dependerá en gran parte nuestra salud, la de la especie y la de los descendientes” (Chapa y Chapa, 1923:13,28).

La influencia de las ideas sajonas van moldeando las propuestas de educación sexual hacia la continencia, y poniendo el énfasis en evitar las llamadas ‘perversiones’ (onanismo, homosexualismo, pederastia) (Chapa y Chapa, 1923). Entre aquellos que no están a favor de la reglamentación de la prostitución, comienza la idea de penalizar el proxenetismo (Ruiz, 1915).

Aunque se reconoce la eficacia del condón como medida de protección de las infecciones sexuales, preocupa su uso con fines anticonceptivos, en una época de promoción de la natalidad. Cita Rangel (1923:42-43) al médico francés Gambier,

“Estimo que la preservación mecánica ofrecida por el capote, es de las más reales. Hoy, fabricanse condones, que se rompen rara vez, a condición de tener cuidado de emplearlos de buena calidad, no habiendo jamás servido, a condición de no aceptar nunca los ofrecidos por otras personas y sobre todo, por la misma mujer, podéis recurrir a ellos; ciertamente que será atenuado en mucho el riesgo del contagio. Por otra parte, no existe ninguna incompatibilidad entre el preservativo mecánico y el preservativo químico; sería el ideal asociarlos, empleando uno primero y el otro después; EL HOMBRE QUE RECURRIERA A UNO Y OTRO, JAMAS SE CONTAMINARÍA POR VIA GENITAL. Pero, desgraciadamente el condón, en razón de la repugnancia que el hombre de todas las clases sociales experimenta para usarlo, ostensible y clandestinamente, por temor de ofender o ver ofendida a su pareja, si ésta ve hacerlo o se percibe de que lo ha hecho, el condón es empleado rara vez como preservativo de las enfermedades venéreas. [...] en realidad el hombre no los utiliza sino como anticoncepcional, con el consentimiento formal de su pareja, o lo más a menudo, como argumento decisivo para vencer las resistencias basadas sobre el temor de una preñez. Teniendo en cuenta el consumo enorme hecho a ese título, como mis encuestas me lo han demostrado y demuestra qué influencia nefasta podría tener sobre la natalidad su recomendación por los médicos y consejos de higiene de recurrir al condón, pienso, que es legítimo, en un medio como el nuestro, reconocer sus ventajas como profiláctico antivenéreo. [...] Sería penetrar en una funesta dirección, hacer campaña en su favor entre la masa del pueblo. El remedio correría el riesgo de ser tan grande, como el mal.”

1925-1934. LOS GOBIERNOS DE LA REVOLUCIÓN Y LA INSTITUCIONALIZACIÓN: CALLES Y EL MAXIMATO. LA DICTADURA SANITARIA. CAMPAÑA NACIONAL ANTIVENÉREA. REGLAMENTO DE LA PROSTITUCIÓN. LA ‘CLASE MEDIA’ EN LA MIRA.

A partir de 1925, con el comienzo del gobierno de Calles y los siguientes presidentes provisionales bajo su influencia -período que se ha llamado ‘Maximato’ (Meyer, 1981)- se inicia una nueva etapa de la historia política de los presidentes revolucionarios mexicanos, con una mayor institucionalización del país, y una mayor injerencia del ejecutivo federal en el conjunto del territorio nacional.²¹ La presidencia de Calles, de fines de 1924 a finales de 1928, durante la cual mantuvo su influencia Obregón, se caracterizó por sus “esfuerzos institucionalistas, su enfrentamiento con la iglesia católica y sus afanes civilistas”, y la transformación del ex ejército revolucionario, reduciéndolo y despolitizándolo (Garcíadiego, 2004: 258). Se vive una nueva etapa de anticlericalismo, que desemboca en 1926 en la Guerra Cristera, que se soluciona hacia 1929 con algunas concesiones a la Iglesia Católica (Meyer, 1981; Garcíadiego, 2004). El relevo de Calles en la presidencia al concluir su mandato trajo otra vez una serie de asesinatos de la élite política, con especial importancia del asesinato de Álvaro Obregón, presidente electo. A fin de superar los problemas que se

²¹ Fueron presidentes en este período: 1924-1928 Plutarco Elías Calles; 1928-1930 Emilio Portes Gil; 1930-1932 Pascual Ortiz Rubio; 1932-1934 Abelardo L. Rodríguez.

habían presentado para las distintas sucesiones presidenciales, uno de los últimos actos de Calles fue anunciar la creación del Partido Nacional Revolucionario, fundamental para la institucionalización del sistema político (Meyer, 1981). De todas formas, a pesar de la creación del PNR, se continúan crisis políticas y los presidentes asumen como provisionales o se ven obligados a renunciar, por influencia de Calles, sin concluir sus mandatos (Meyer, 1981).

En materia de salud, se advierte un fuerte programa de centralización de las decisiones desde el gobierno federal. Y en asuntos de enfermedades de transmisión sexual, las medidas que aparecían como incipientes en la etapa anterior, ahora se cristalizan y se imponen por decreto. La sífilis continúa siendo de interés público, y se afirma que en esta época el 60% de la población del país la padece (Gastélum, 1926a). La separación profunda entre el Estado y la Iglesia Católica no implica sin embargo que las políticas sanitarias no consideren el punto de vista moral. Sigue vigente el reglamento de la prostitución, y la autoridad sanitaria, además de velar por la salud, se asume ahora como guía moral de las ‘prostitutas’, obligándolas, cuando pasan por el Hospital Morelos, a asistir a talleres para su ‘regeneración’. El Boletín del Departamento de Salubridad Pública transcribe una nota del periódico El Universal titulado “La peligrosa dictadura sanitaria” que denuncia el “rumbo puritano” que ha seguido el Departamento de Salubridad.

“[...] en nombre de la Salubridad pública, se juzga autorizado para intervenir en lo más íntimo de la vida privada, y para ampliar su acción hasta los linderos de la moral, a pesar de que no hay ley ni jurisprudencia que lo autorice para ello. El Departamento de Salubridad tiene, de acuerdo con los mandatos de la ley suprema, una misión que podríamos llamar física. Su jurisdicción no alcanza las conciencias. La salud de los cuerpos le pertenece, pero no la de las almas. Por consiguiente el rumbo puritano que últimamente ha seguido, la preocupación cualquiera de intervenir en las costumbres y de trazar una ética gazmoña de importación a la medida de sus directores, está fuera de su papel constitucional. No es una oficina que tiene a su cargo el cuidado de la higiene colectiva la que puede erigirse en pastora de espíritus, porque la moral de los pueblos jamás ha florecido entre las páginas de los expedientes de la burocracia. El Departamento de Salubridad, en esa cruzada moralizante llevada a cabo por agentes que individualmente son inmorales, en esa cruzada en la que son las primeras y más ultrajadas víctimas las mujeres, se sale de su función constitucional y se pone en desacuerdo con nuestra idiosincrasia y con nuestras costumbres. Porque lo que el Departamento de Salubridad está haciendo no es más que copiar las medidas de hipocresía social que tan mediocre resultado dan en los Estados Unidos. Es importar un puritanismo de pega, que aquí como allá, no tiene más fruto verdadero que el de aumentar la inmoralidad pública, con un nuevo caudal de inmoralidades burocráticas. [...] El Departamento adquiere los perfiles de una torva organización de inquisidores laicos.” (El Universal, 1926a:223).

En materia de legislación, se modifica en 1926 el reglamento de la prostitución, cambiando el cobro a las prostitutas por el cobro a los lugares donde ejercen, penalizando a las personas que inciten a la prostitución a mujeres no inscritas, y permitiendo a las ‘aisladas’ atenderse en

los Dispensarios y ya no obligándolas a recluirse en el Hospital Morelos (DO 14 de abril de 1926). En ese mismo año, el nuevo código de sanidad impone a los médicos y otras autoridades la declaración obligatoria mensual de los casos de sífilis, con todos los datos del paciente. Se obliga a los jueces y sacerdotes que exijan la reacción de Wassermann a aquellos que quieran contraer matrimonio (DO 8 y 9 de junio de 1926). En 1927 se inaugura una gran campaña nacional antivenérea, basada en proporcionar información a través de películas y conferencias en numerosas ciudades del país. Se abren más dispensarios antivenéreos en la capital y otros en los estados. Si bien continúa la reglamentación de la prostitución, hacia 1930 se encarga a una comisión la revisión de medidas que podrían suplantarla. Se publican nuevos alegatos a favor de la reglamentación, en tanto que el clima general supone que pronto se cancelará. En 1931 se incorpora al Código Penal el delito de contagio y en 1932 se publica un decreto que modifica el Reglamento de la Prostitución del Distrito Federal, de manera provisional, hasta que se concluya el estudio que se había encargado. Entre 1933 y 1934 se agregan como enfermedades transmisibles el granuloma venéreo y los papilomas de la vulva. En 1934 se publica un nuevo Código Sanitario, que además de reafirmar las novedades del anterior (certificado médico prenupcial, declaración obligatoria por parte de los médicos de la sífilis, no cobro a la prostituta) extiende las enfermedades transmisibles de declaración obligatoria (blenorragia, granuloma venéreo, sífilis, chancro blando y papilomas de la vulva), y obliga no sólo a los médicos a realizar la declaración sino también a los directores de hospitales, de escuelas, fábricas, talleres y asilos, jefes de oficina, etc. Señala que los reglamentos de los Estados sobre prostitución no podrán oponerse a las disposiciones dictadas por el Consejo y el Departamento sobre enfermedades venéreas. Se impone la tarjeta sanitaria para personal que pueda transmitir enfermedades (dedicado al comercio de comestibles). Se indica que habrá un reglamento especial para la prostitución en el Distrito Federal, pero que el Consejo podrá derogar las disposiciones concernientes a la reglamentación de la prostitución cuando a su juicio el resultado obtenido en la campaña contra las enfermedades venéreas lo justifique. Este Código abre la puerta para eliminar en el mediano plazo el reglamento de la prostitución (DO 31 de agosto de 1934).

Entre los descubrimientos científicos, comienzan los llamados a la cautela en la interpretación de la positividad de la reacción de Wassermann (Escomel, 1925; Arroyo, 1929): “no son sifilíticos todos los que la dan, ni la dan todos los que son” (Escomel,

1925:288). Se analizan otras reacciones distintas a la de Wassermann, como la de Kahn (Cervera, 1925), y otras derivadas de esta última, como la de Kline y Young (Perrin, 1926). Se advierte una intensa comunicación entre los científicos mexicanos y los de Estados Unidos sobre las suero-reacciones para sífilis (Perrin, 1926; Vasconcelos, 1933). Pero en materia de políticas de prevención, se traducen artículos de Inglaterra y Francia, de corte abolicionista (Boletín de la Oficina Panamericana, 1925; Neville-Rolfe, 1925; Gauthier, 1925).

Los argumentos del esquema primario: prostitutas que transmiten, hombres infectados. Los marinos. Defensa del Reglamento de la prostitución.

El control de la prostitución sigue siendo una medida de profilaxis en este período, y continúan algunos exponentes del esquema conceptual que considera a la prostituta como quien infecta al hombre, y el hombre a su vez a la mujer casada, en el marco de una sexualidad incontenible del hombre. Sin embargo, la profunda discusión sobre la ineficacia de la reglamentación sigue como telón de fondo, y comparando con épocas anteriores, cada vez son menos los salubristas que salen a su defensa. Gastélum (1926a) como delegado del Gobierno de México ante la Primera Conferencia Panamericana de Directores de Sanidad Pública, señala que

“La prostitución y esencialmente el clandestinaje, son los factores más interesantes en la propagación de la sífilis. El mal venéreo se adquiere siempre de la clandestina o de la prostituta, sin olvidar por otra parte el papel que desempeña el hombre infectado frente a la mujer sana. [...] No permitiremos en ninguna forma el comercio sexual clandestino. Respetamos la libertad de una pareja sin pretender regularizarla por medio del matrimonio, pero si la mujer se dedica a más de un individuo se le considera como clandestina y se le sujeta a la vigilancia médica, que está fundada en que toda mujer que se dedica a varios sujetos, lo mismo que los que tienen relaciones sexuales con ella se pueden suponer infectados de sífilis.” Gastélum (1926a:18,20-21)

Esto significa que se considera clandestina no sólo a la mujer que cobra por relaciones sexuales sin estar registrada, sino la que tiene relaciones con más de un hombre, aunque no haya intercambio de sexo por dinero. Y citando a San Agustín justifica el papel de la prostituta en la sociedad

“Así como el verdugo, por repugnante que sea, ocupa un puesto necesario en la sociedad, así la prostituta y sus similares, por mercenarias, viles e inmundas que parezcan, son también necesarias e indispensables en el orden social; apartad a las prostitutas de la vida humana y llenaréis el mundo de lujuria.” Gastélum (1926a:22)

En 1930, cuando comienzan a propugnarse por medidas diferentes de la reglamentación, el Director de la Inspección de Sanidad, en defensa del reglamento, asegura que

“Las labores de esta Oficina [...] han tomado un gran vuelo por el gran interés que ha despertado en nuestro espíritu el estudio de la prostitución y sus fatales consecuencias cuando no está debidamente gobernada, pues siempre hemos tenido la convicción de la imposibilidad de llegarla a prohibir y de los funestos resultados que reportaría su abolición, en la actualidad. Entre los estudios científicos que ha llevado a cabo el personal técnico de este establecimiento se encuentra la estadística de la sífilis que a dado la abrumadora cifra del 85% de Reacciones de Wassermann positivas entre todas las mujeres que son atendidas en nuestro Dispensario, debiendo advertir que gran parte del 15% restante la tienen negativa debido al tratamiento antilúético que se les ha impartido” (Campuzano, 1930a:752-754).

Otra encendida defensa del reglamento se hace en 1931

“Tanto se ha clamado a diestra y siniestra contra la Reglamentación de la Prostitución, que hemos decidido demostrar de una vez para todas que no solamente es útil sino de todo punto necesaria. [...] A todos los enemigos de la reglamentación les podríamos preguntar qué otro medio más eficaz podríamos obtener para combatir con seguridad las enfermedades venéreas, que tanto se han propagado por el mundo y que se han encargado de sembrar nuestras huestes revolucionarias de uno a otro confín de nuestra República, y con toda seguridad pasarían de simples teorías las que arriesgaran. En cambio, con una revisión sabia que se le haga al actual Reglamento, puede llenar su objeto con una eficacia cercana a la perfección. [...] No estimamos que la reglamentación tenga que existir por toda la vida de la humanidad, pero sí creemos que por ahora es necesaria” (Campuzano, 1931a:151-152).

Otra medida legislativa que ve en las prostitutas un peligro es el Código Sanitario de 1926, en cuyo Libro Primero, título primero, capítulo III, art. 72, indica que no podrán entrar a la República los extranjeros comprendidos en alguno de los siguientes casos: IV. Las prostitutas y los ebrios habituales.

La justificación sigue siendo en términos de la higiene y salud pública del país (Editorial, 1925), pero el interés en regenerar a la prostituta muestra que las políticas también se imponen en nombre de la moral. Anunciando los cambios en estudio que derivarán en la reforma al reglamento de 1926, dice Gastélum (1925:9-10)

“El problema de la prostitución ha interesado especialmente a la actual administración del Departamento de Salubridad, que no pretende resolverlo desde el punto de vista moral -lo que requeriría un radio más amplio de acción y posibilidades de hecho y de derecho de que carece en absoluto- sino desde el puramente higiénico y de salubridad pública. Se perseguirán -se están persiguiendo muy de cerca- las enfermedades venéreo-sifilíticas, que atacan directamente en el organismo las fuentes mismas del pensamiento y de la vida y cuyos resultados se hacen dolorosamente sentir en las degeneraciones mentales y físicas de los pueblos que las padecen. A este efecto se vigilará no la conducta, sino el estado de salud de todas aquellas personas que profesionalmente ejerzan el acto sexual y puedan ser, más que las otras, vehículos de contaminación sifilítica o blenorragica. El reglamento de prostitución que tiene en estudio el Departamento, hace obligatorio el examen médico de las mujeres que la ejerciten; pero prohíbe toda contribución personal sobre las mismas, denigrante para la autoridad que la cobra y vejatoria para la contribuyente que la paga.”

Y aunque se habla de la separación entre el punto de vista moral y sanitario, también señala que en el Hospital Morelos

“se imparte desde ahora un pequeño número de enseñanzas prácticas e industriales a las reclusas, procurando de esta suerte elevar en ellas el sentido moral y dándoles armas más honradas para la lucha por la vida.” (Gastélum, 1925:8) “Las mujeres que son detenidas para su curación quedan obligadas a aprender un oficio en relación con su capacidad. Al mismo tiempo se desanalfabetiza a las que no saben

leer. [...] Así, en muchas ocasiones, hemos convertido a una prostituta en una obrera. Lo que antes hacía por paga, lo ejecutará después por amor” (Gastélum, 1926a:21).

Detrás de este sentido moral se vislumbran dos posiciones entre los salubristas, unos tienen un discurso compasivo y otros de profundo desprecio. Los primeros usan denominaciones como “personas que profesionalmente ejerzan el acto sexual” (Gastélum, 1925:9), “mujeres que hagan del comercio sexual un medio de vida” (Código Sanitario de 1934, art. 164) y los segundos, en general profesionistas ligados a la Inspección de Sanidad, utilizan palabras como “rameras” (Izaguirre Rojo y de los Ríos, 1925:80).

¿Quiénes eran estas mujeres que se ‘dedicaban al ejercicio de la prostitución’? En 1930, el director de la Inspección de Sanidad, hace un recuento del origen de la prostitución, desde la época colonial, cuando los encomenderos exigían a los súbditos femeninos primicias y tributos en especie, sin que fuera un obstáculo el casamiento, el noviazgo o el amancebamiento con extraño, hasta 1930, donde señala que las que se dedicaban al ejercicio de la prostitución eran criadas, hasta que se abrieron las academias de baile, cabarets, y los restaurantes y cantinas utilizaron meseras.

“Otra clase social que da su contingente a la prostitución es la sufrida clase media de la que salen empleaditas que, soñando con una vida regalada en que terminen sus luchas cotidianas con el fin de poder conservar una posición que siempre han tratado de sostener a costa de grandes sacrificios, se dejan seducir por señoritos o señorones, quienes posteriormente con el más completo abandono pagan la buena fe de las incautas. Es de hacerse notar que esta clase no es la que más abunda” (Campuzano, 1930b:515).

El argumento de que los hombres se infectan de las prostitutas lo hemos visto en los textos citados de Gastélum (1926a:18,21), “el hombre infectado”, “los que tienen relaciones sexuales con ella se pueden suponer infectados de sífilis.” Sin embargo, hay menos menciones que en épocas anteriores. El Dr. Meneses, en el informe sobre los dispensarios antivenéreos, señala que “el padecimiento dominante es el de orden gonocócico, siendo la mayoría dada por enfermos del sexo masculino” (Meneses, 1930a:402). Durante la crisis de la Inspección de Sanidad que ocurrió en 1930, cuando se esparció “el rumor [...] de que la reglamentación iba a ser suspendida definitivamente” (Campuzano, 1930c:1223, la Inspección de Sanidad reporta que

“nos concretamos a la propaganda y educación por medio de volantes y cartones que se fijaron en las casas de asignación y mingitorios públicos para hombres a quienes se dirigían principalmente las prevenciones con el fin de evitarles, en lo posible, el contagio” (Campuzano, 1930c:1225).

Los adolescentes siguen siendo un grupo particularmente mencionado:

“Cada vez que a mi consulta llega un joven infectado por el treponema pálido de Shaudinn o por el gonococo, sufro al pensar todo lo que estos microbios son capaces de ocasionar en el futuro de esa vida

temprana. ¡Es una verdadera tragedia, el que casi siempre en los contactos sexuales, los primeros placeres, traigan consigo el mayor sufrimiento de la vida! [...] Entre los padecimientos que más frecuentemente se adquieren en la adolescencia, se encuentra la blenorragia, al grado que, según las estadísticas, se puede conceptuar como el mal contagioso que después del sarampión, ataca mayor número de sujetos” (Gómez Jáuregui, 1930:576).

Aparecen como un grupo de riesgo los marinos, a partir de una circular girada por la Oficina Internacional de Higiene Pública con una lista de los puertos que cuentan con dispensarios antivenéreos (Noticias Varias, 1930). En 1933 se reporta el número de “enfermos venéreos atendidos en el servicio de las delegaciones sanitarias en puertos y fronteras” (Salubridad, nº1, 1934:143). Una mención indirecta a los militares aparece cuando se habla de los sueros procedentes del Laboratorio del Hospital Militar (Cervera, 1925).

Una ampliación del argumento hacia las mujeres en general, donde vuelve a relacionarse enfermedad sexual con menstruación, puede verse en la crítica que hace González Enríquez (1933:502) sobre las falsas creencias en los estudiantes de Medicina:

“Debemos partir de un hecho: la lamentable ignorancia que sobre cuestiones sexuales se tiene, a tal grado que he tenido oportunidad de comprobar, no sólo en preparatorianos, sino también en estudiantes de Facultad, la aceptación de que el coito con una mujer en menstruación acarrea indefectiblemente gonorrea, cuya duración es tanto más difícil, según haya sido en los primeros o en los últimos días del período.”

Se sigue considerando al joven incapaz de contener su sexualidad, y contra las publicaciones inglesas que recomiendan la continencia, los salubristas mexicanos afirman

“La mayoría de las infecciones se adquieren al finalizar la adolescencia y principiar la juventud; es precisamente el instante en que aparecen los instintos, cuando el hombre inaugura derroteros diversos a los que recorrió hasta entonces. [...] El hombre encuentra su libertad fuera de las normas establecidas por la costumbre. Contemplando los impulsos desde este observatorio, podemos asegurar que las fugas de la continencia, aún por instantes, están dentro del microcosmos de cada individuo... [...] No nos ocuparemos de lo que favorece o lo que detiene esta tendencia -sería colocarnos francamente ya en el terreno de la psicología- sino que, aceptando que existe, y tomando como ejemplo el hecho de que todos, aunque sea por breves minutos, hemos encontrado en la prostitución la flaqueza de nuestra propia lógica, expondremos cómo ha comprendido el movimiento social de México este grave aspecto de la comunidad en relación con las nuevas tendencias espirituales de la cultura médica. Las solicitudes naturales no puede resolverlas exclusivamente el matrimonio, aun en aquellos casos que se encuentran dentro de esta situación. [...] Fundar la desaparición de la prostitución en su ignorancia y en una propaganda inteligente que convenza al joven que debe reprimir su aspiración sexual hasta encontrar esposa, es volver a la oscuridad de la que, a toda costa, deberemos huir para reducir a mínima proporción el mal venéreo” (Gastélum, 1926a:7,18-19).

Comenta Ojeda Falcón (1930:517)

“La prostitución es no sólo tolerable, sino necesaria. Acepto la castidad no como regla, sino como la excepción. No creo que sean suficientes las lecturas y prácticas morales y religiosas, cuando el impulso sexual domina a la materia. La castidad impuesta a outrance, ha sido y será causa de muchos delitos y perversiones sexuales. El que encontrándose en la plenitud de sus energías físicas, no puede o no ha sabido formar un hogar, o tiene necesidad de permanecer alejado de su esposa, llega un momento en que siente imperiosa necesidad de contacto sexual, y en este caso, la sociedad debe preferir que ese hombre

(bestia humana) sacie su instinto en el amor de un momento. Con toda razón ha dicho Lecky: ‘La prostituta es en último término la eficiente guardiana de la virtud.’”

Hay quien recomienda la abstención hasta el momento del matrimonio, pero “para voluntades firmes y organismos excepcionales” (Gómez Jáuregui, 1930:578).

A su vez, sobreviene la preocupación ya vista en períodos anteriores por la esposa.

“El matrimonio ha llegado a ser, en infinidad de casos, [...] el sanatorio en el cual la esposa, antes que esposa, viene a ser enfermera. ¡Y si fuera sólo esto! ¡Y si sólo sufrieran las dolorosas consecuencias de tan imperfecto vínculo los que los contraen! Más no acaece así” (Editorial de El Universal, 1926:219).

Ahora se habla en nombre de la especie “Las enfermedades venéreas minan la fuerza de la especie. Si Usted oculta su mal, lo exhibirán sus hijos” (Dirección de Acción Cívica, de Reforma y Cultural del Departamento del Distrito Federal, 1929:80). Y sigue vigente la maternidad como principal función de la mujer, incluso como ideal para convertir a las prostitutas (Campuzano, 1931a). Sin embargo, ante el peligro de salud del hijo, la madre es un ser al que se debe castigar: “Tengo para mí que la ley debería ser inexorable para la madre, que en vías de serlo, no se cura de sífilis” (Campuzano, 1931b:157). En esta dupla madre-hijo, otras mujeres de las que se sigue ocupando la literatura son las nodrizas, ya sea porque se infecten de los niños que amamanten o que ellas sean las que infecten al niño (Código Sanitario de 1934).

Los argumentos de los intersticios pasan al centro: la ampliación del control. Declaración obligatoria y certificado médico prenupcial. Dispensarios y Campaña Nacional Antivenérea. Gonorrea virginal.

Aún cuando todavía en este período sigue vigente el control de la prostitución, se tomaron varias medidas que indican un gran cambio de concepción en la prevención de las infecciones de transmisión sexual. La apertura de numerosos dispensarios venéreo-sifilíticos, la declaración obligatoria de los casos de enfermedades venéreas, el certificado médico prenupcial, la obligatoriedad de las tarjetas sanitarias a personas de distintos oficios, el reglamento para peluquerías, y una extensa campaña de propaganda en todo el país muestran que la visión del problema había dejado de centrarse en la prostitución. Por esta razón, tras nuevas discusiones y transformaciones paulatinas de la reglamentación, hacia el final de este período, la reforma al reglamento de la prostitución anuncia el camino a su anulación.

La idea de que la población en general padecía de enfermedades venéreas, y que eran muchos los que no podían costear los tratamientos en consultorios médicos privados, llevó a instalar

dispensarios en toda la ciudad de México y en los estados, aunque su funcionamiento no fue continuo. En 1925 en la capital, había tres dispensarios donde se atendían hombres, mujeres y niños; uno dedicado exclusivamente a los hombres, uno dedicado a mujeres en general, y otro para mujeres ‘clandestinadas’. Estos dispensarios atendían también por la tarde-noche - de 5:30 a 9:00 p.m.- (de Garay, 1925; Dirección de Acción Cívica, de Reforma y Cultural del Departamento del Distrito Federal, 1929), “Funcionan por la noche que es el momento más oportuno para que nadie tenga pretexto para dejar de atenderse” (Gastélum, 1926a:16). En 1926, se reporta que se han abierto dispensarios en Mazatlán, Sin., Zacapoaxtla, Pue., Iguala, Gro., Juchitán, Oax., y los Mochis, Sin., y se amplía en número en la ciudad de México a siete. Hay uno “destinado para hombres en el turno de la noche y para los estudiantes en general” (Alvarez Amézquita *et al.*, 1960, tomo II:246). A quienes lo requieren, se les entrega pases para el Hospital General (de Garay, 1926). Entre el 1° de diciembre de 1924 y el 1° de junio de 1926, se atendieron en los dispensarios de la ciudad de México, destinados a “las personas honradas, no a las que han hecho del comercio sexual un medio de vida”, a “27,218 enfermos de sífilis, y en los centros de higiene dedicados a los cuidados pre y post-natales, se han tratado trece mil ciento veintidós mujeres embarazadas y cinco mil cuatrocientos cincuenta niños” (Gastélum, 1926a:16). La asistencia en el horario nocturno en algunos dispensarios rebasó las posibilidades de atención, y en 1930 se señala que han tenido que limitar el número de asistentes por lo reducido del local (Meneses, 1930c). Los enfermos que asisten a los dispensarios “pertenecen casi en su totalidad a obreros y obreras y el resto a sirvientes; es raro ver a personas de la clase media, por lo cual, en realidad, estos Dispensarios pertenecen a la clase trabajadora” (Meneses, 1930a:402). En el de Coyoacán, se atiende a los peones de haciendas y obreros de fábricas (Boletín del Departamento de Salubridad Pública, n° 3, 1927:15). En 1930, un artículo menciona la apertura de un dispensario atendido exclusivamente por personal femenino, cuyo objetivo original era “facilitar a determinadas mujeres de conducta fácil los medios para curarse las enfermedades venéreas que casi todas ellas padecen, sin tener que recurrir a la inscripción forzosa en la Inspección de Sanidad y en consecuencia a prostituir las oficialmente y a aumentar el ya alarmante número de esta clase de mujeres que existe en la capital” (Vergara de Segura, 1930:544), pero que inesperadamente se amplió a las mujeres de la clase media:

“como estas mujeres tenían relaciones con señoras casadas de conducta fácil, lógicamente éstas fueron también atraídas y ellas a su vez llevaron a señoras casadas honestas de la clase media, quienes por la

particular psicología de los componentes de nuestra clase media, de ninguna manera ponen los medios para asistir a un Dispensario Antivenéreo que se anuncia como tal, no obstante que la curación sea gratuita y aunque sepan que están contagiadas de esos males, porque se revelan ante la posibilidad de que las vean asistir personas conocidas y en consecuencia denuncien su enfermedad, pues consideran que esto es enormemente vergonzoso. Por otra parte no asisten porque saben que son médicos los que atienden esos dispensarios y ya sabemos que el pudor de nuestras mujeres mexicanas está exacerbado al máximo; teniendo además que considerar la resistencia natural de muchos maridos a fin de que sus esposas sean atendidas por médicos. Sabido es que tampoco se atienden las mujeres de la clase media con médicos de su confianza porque el tratamiento de estas enfermedades es largo y costoso y por su poca educación médica no creen que esté bien empleado un gasto en estas atenciones, teniendo que añadir también las malas condiciones económicas generales por las que atravesamos. Con toda seguridad todo esto contribuyó a aumentar la asistencia de señoras casadas de la clase media [...]. Esto mismo creó un ambiente de decencia y confianza alrededor del Dispensario y las señoras principiaron a preguntar si era posible atender a sus hijas niñas o señoritas que padecían un ‘escurrimiento’” (Vergara de Segura, 1930:544-545).

También en 1930 se reporta que hubo un cambio de objetivo en un dispensario, pasando de curar padecimientos a dar tratamiento abortivo de la enfermedad y de profilaxis en las primeras cuarenta y ocho horas a partir de que se sospecha que hubo infección (Meneses, 1930b).

En el período anterior se había dado una intensa discusión sobre la medida de la notificación obligatoria a la autoridad sanitaria por parte de los médicos de los casos de enfermedades venéreas, que analizamos a partir de una primera propuesta en el Consejo de Superior de Salubridad en 1918 y luego el voto en contra y su ampliación, y la declaración final. A principios de 1925 se anuncia que se está planeando cambiar la legislación porque cambió la modalidad de las labores del Departamento de Salubridad Pública a partir del 1º de diciembre de 1924. Se señala que la nueva ley tiene por criterio “perseguir en la forma más estricta el contagio de las enfermedades venéreo-sifilíticas, haciendo obligatorio el denuncia de estos males y estableciendo penas para el paciente y el médico que los oculten” (Editorial, 1925:4). Ya no hay salubristas que publiquen ideas contrarias a esta próxima resolución; las voces que cuestionaban la violación del secreto médico ya no publicaron en estos medios. La medida se legaliza en el Código Sanitario de 1926, en el capítulo de Profilaxis de las enfermedades transmisibles (DO 8 de junio de 1926). El art. 128 habla específicamente de sífilis:

“Todas las personas que ejerzan la medicina, deberán llevar un registro privado de sus enfermos de sífilis, en que constarán: I. su sexo, nombre y apellido; II. El lugar de su origen; III. Su edad, estado y profesión; IV. Su domicilio; V. Los demás datos que exija el reglamento respectivo. Mensualmente las indicadas personas, remitirán a la autoridad sanitaria del lugar de su residencia, los datos de dicho registro que hayan recogido durante el mes, para que sean transmitidos al Departamento de Salubridad Pública.”

El art. 129 dice

“Cuando algún enfermo de sífilis, sin haber sido dado de alta, abandone el tratamiento y cuidados del médico o persona que lo atendía, éste deberá dar aviso a la autoridad sanitaria correspondiente, para que proceda en los términos que el mismo reglamento establezca.”

El art. 130 dispone

“Todos los datos y constancias que obren en poder de las autoridades sanitarias con motivo de lo dispuesto en los dos artículos anteriores, serán secretos, y su divulgación será motivo de consignación del culpable a las autoridades judiciales competentes, por delito de violación del secreto profesional.” (DO 8 de junio de 1926).

Sin embargo, si bien no hubo artículos contrarios en las publicaciones analizadas cuando se expidió el Código, con el paso de los años la autoridad comenzó a reconocer que había incumplimientos por parte de los médicos. Se suscitó una polémica entre el Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas e Intercambio del Departamento de Salubridad Pública y la Asociación Médica Mexicana que se ventiló en la prensa diaria, porque el primero dijo que en general los médicos de todo el país suelen desatender la obligación de declarar ante las autoridades sanitarias los casos de enfermedades transmisibles.

“Nuestro Código incluye a la sífilis y la blenorragia en el deber de la declaración; pero la costumbre, en virtud del carácter asignado a tales padecimientos, se impone en contra de la ley, en forma irrevocable, al menos por ahora” (Departamento de Salubridad Pública, 1930:495).

Tal vez por esta situación, el Código Sanitario de 1934 mantuvo el registro privado pero eliminó en la declaración a las autoridades los datos identificatorios del paciente, debiendo remitir a la autoridad federal un aviso donde constara el sexo del paciente y la enfermedad. Sólo en caso de abandono del tratamiento, se le enviarían los datos completos (DO 31 de agosto de 1934).

Otra de las medidas de trascendencia incluidas en el Código Sanitario de 1926 (y reafirmada en el Código de 1934) fue la exigencia de no padecer determinadas enfermedades y de presentar la reacción de Wassermann para aquellos que quisieran casarse. Si bien el impedimento para contraer matrimonio si se tenía sífilis ya había aparecido en la Ley de Relaciones Familiares de 1917, es recién en el Código de 1926 cuando se impone la obligación al Juez y a los sacerdotes de los cultos de que se cumpla esta exigencia (DO 8 y 9 de junio de 1926). El Boletín del Departamento de Salubridad en 1926 transcribió los comentarios publicados en diversos periódicos sobre esta medida. Una de las cosas que se discute es la posibilidad de ejecución legal. El periódico El Universal hizo entrevistas a jurisconsultos, quienes manifestaron opiniones divididas. Hubo quien consideró que dadas las facultades que la Constitución confería a la autoridad sanitaria, la base legal de la nueva

disposición era perfecta. Pero otros abogados consideraron que podían darse amparos que dejaran sin efecto la ley:

“sería tan grande la presión de la sociedad, cuando a un grupo más o menos numeroso de ella se le impidiera contraer matrimonio, que haría sentar un precedente por la justicia federal, amparando a los quejosos contra los actos de la autoridad sanitaria, y destruyendo, en último término, la nueva ley” (El Universal, 1926b:217).

Otro autor que publicó en El Universal señalaba

[...] me limitaré a considerar las próximas reformas al Código Sanitario que han de referirse a la salubre legalidad del matrimonio. Como todas nuestras leyes liberales, comienza por preceptos de terror. [...] La idea de la mejora que se va a poner en vigor, es la de purificar a las especies del país, inmunizándolas por procedimientos administrativos, contra las enfermedades transmisibles. [...] No hay que criticar la intención, sino la inocencia de su práctica posible. Sería una novedad de la familia de los milagros, que las generaciones del futuro vinieran a la vida sanas y fuertes por mandato de la ley. [...] Y va de consejo: Una ley que no ha de cumplirse o a la que se la ha de buscar la puerta falsa, mejor es no expedirla” (Góngora, 1926:220,222).

Otra de las críticas a la medida indicaba que podrían fomentarse las uniones ilegales, que para el caso de la salubridad pública, tendría tan perniciosos resultados como los matrimonios sin control sanitario entre individuos enfermos (El Universal, 1926b).

Si bien la medida abarca a hombres y mujeres, subsistía por debajo la idea de que se trataba de cuidar a la mujer de una infección que pudiera transmitirle el hombre.

“La innovación establecida en el Código Sanitario constituye, en primer término a nuestro modo de ver, y por lo que atañe a características predominantes en nuestro ambiente social, una medida protectora de la mujer y de sus nobles destinos. En nuestras sociedades modernas, dígame lo que se dijera, y a pesar de legislaciones protectoras puramente teatrales, la mujer está mucho más desamparada que las antiguas. Por lo que se refiere al trabajo en pro del pan, tiene hoy prácticamente, las mismas obligaciones que el hombre; a la par que, en el orden doméstico no han prescrito ni podrán prescribir las que por tradición le corresponden. Y en cambio al descargar sobre ella deberes que antes exclusivamente le correspondían, no sólo el hombre ha dejado de rodearla de los cuidados y protección que la vieja organización patriarcal le imponía, si no que, arrebatado por el ansia de placeres, muy poco se cuida ahora de llegar, en edad temprana, los elementos no ya económicos, sino de salud, necesarios para la fundación del hogar” (Editorial de El Universal, 1926:218-219).

Otro argumento publicado en El Excélsior veía a la sífilis como castigo divino, y consideraba a la nueva ley como defensora de los débiles, mujeres y niños:

“El amor se había trocado en mercancía. Toma y daca, como en las lonjas de mercaderes y en las alcaicerías de moriscos. Al profanar un sentimiento santo, eje del universo y causa de su conservación, el hombre se hizo acreedor a castigo y el cielo arrojó sobre él la plaga más terrible que pueda cebarse en carne humana. Hierro candente que marca al pecador y a sus descendientes hasta la cuarta generación, como lo preconiza el apotegma bíblico. Ciertamente, las leyes no son poderosas a evitar lo que la educación, la moral y la religión no contrarrestan; pero ya es mucho que el Estado pretenda defender a los débiles, o a los que por sí mismos no son válidos para imponerse a la invasión de un mal que ha de lesionar para siempre sus pobres organismos: las mujeres, los niños. En pocos países se toman tan pocas precauciones como en México para contraer matrimonio. La mujer marcha al altar segura, confiada en que la bendición del sacerdote o la sanción del Juez han de abrir para ella un paraíso de dichas fáciles, cómodas y burguesas. [...] pobre oveja que se inmola en una pira. Porque eso son, en realidad, la mayor parte de las mujeres que se casan, en nuestro medio. Ignorantes de todo, marchan tranquilas al desastre

sin una mano amiga que se tienda en su camino ni un espíritu generoso que les advierta el peligro” (Jiménez Rueda, 1926:225-226).

Tal vez por el énfasis que se le dio a la medida como cuidado de la mujer es que Gastélum (1926a:12) tuvo que insistir en que “La mujer no quedará exenta de la reacción de Wasserman u otra equivalente”.

Si bien en las etapas anteriores se suponía que la sífilis se contagiaba a partir de decenas de mecanismos diferentes a las relaciones sexuales, las políticas sólo se habían centrado en controlar a las trabajadoras sexuales. Es a partir de 1925 que se empiezan a formular disposiciones no dirigidas a la prostitución para prevenir los contagios. Así, por ejemplo, se elaboró un reglamento de baños, peluquerías y salones de peinados, cuyas disposiciones “tienden a hacer cada vez más remota la posibilidad de un peligro de contagio de la sífilis o de enfermedades de la piel en esos establecimientos públicos” (Gastelum, 1925:6). Otra medida propuesta en este sentido fue la exigencia de un certificado de buena salud para las personas que se dedican a la preparación y venta de comestibles relacionado “con las disposiciones de la reglamentación de profilaxia de enfermedades venéreo-sifilíticas”.²²

Parece que la ejecución de esta medida tuvo consecuencias contrarias a su sentido:

“en el Dispensario No. 8, se ha tropezado con la dificultad de control en los tratamientos de las meseras con lesiones sifilíticas contagiosas, pues apenas mejoradas o no, suspenden sus tratamientos, y aun cuando se les niegan las tarjetas de salud ellas siguen sembrando padecimientos que no se tratan. Algunas de ellas que después vuelven, confiesan que por falta de las tarjetas de salud para trabajar, como meseras, se han visto en la necesidad de prestar sus servicios en calidad de domésticas en casas particulares en donde no se les exige ese requisito y el peligro de contagio es casi igual o mayor” (Meneses, 1931:196).

El Código Sanitario de 1934 siguió manteniendo la disposición en el art. 170: “el personal que por razón de las actividades a que se dedique, pueda transmitir alguna de las enfermedades enumeradas en los artículos 137, 160 y 164, deberá proveerse de una tarjeta sanitaria” (DO 31 de agosto de 1934). También en este período se reconoció el contagio de sífilis a través de transfusiones sanguíneas, pero la única medida que se enunció era realizar la reacción de Wassermann al transfundido:

“Desde que se practican en gran escala transfusiones de sangre, no cabe la menor duda sobre la realidad de la sífilis sin chancro” (Vasconcelos, 1933:278).

Una de las medidas de tipo legal que empieza a diseñarse pero que no se legisla en este período es el delito de contagio. Entre 1926 y 1927 se dieron intercambios de oficios entre la

²² Proyecto para suprimir el reglamento para ejercer Prostitución, 1932. Archivo General de la Nación, Sección Departamento de Salubridad y Asistencia, DSP, Exp. 33, V-1, f. 1-6.:5.

Secretaría de Gobernación y el Departamento de Salubridad Pública para incluir en el Código Penal el delito de contagio intersexual o contagio sexual y nutricio (Departamento de Salubridad Pública, 1927). El argumento base era que las relaciones sexuales implican un contrato privado, basado en la buena fe (Almaraz, 1926). Si una de las personas infecta conscientemente a la otra, hay engaño y le infiere un daño, clasificado penalmente como lesión. A su vez, señala Almaraz (1926), todo hecho delictuoso puede ser intencional o de culpa; y es de culpa cuando la contaminación es inconsciente (“nuestras clases sociales bajas, atrasadas y ligeras por ignorancia, ignoran la naturaleza de la enfermedad, sus consecuencias, si ya están curados, etc.” Almaraz, 1926:4). En ambos casos debe ser igualmente penado. Si el contagio es inconsciente, se dice que la represión servirá para la prevención y como medio profiláctico. Se presentan como fundamentos del delito de la contaminación, la legislación francesa de 1903, y las legislaciones de Noruega, Finlandia, Suiza y otros países europeos (Departamento de Salubridad Pública, 1927). La duda que aparecía era si incluirlo en el delito de lesiones o crear un nuevo delito. Esta propuesta no volvió a aparecer en el período, ni siquiera en el documento de la comisión que estudió las medidas en sustitución de la Reglamentación de la prostitución en 1930.

Una de las políticas de mayor magnitud del período fue la de propaganda, difusión y educación, que tuvo su cenit a partir de 1927, con la inauguración de la Campaña Nacional Antivenérea. Ya en 1925 se reporta que el Departamento de Salubridad Pública ha dado pláticas (algunas con proyecciones cinematográficas) sobre Higiene sexual en la Asociación Cristiana de Jóvenes y en algunas sociedades de madres que se reúnen en Escuelas Oficiales (Chávez, 1925). En 1927 se inauguró la campaña en Toluca y en Cuernavaca, y sus alrededores, y luego se extendió a los estados de Hidalgo y Querétaro. Se dieron conferencias, se proyectaron películas, se repartieron folletos sobre enfermedades venéreas. El público era variado: presos en las cárceles, Jefes, oficiales y tropa militares, en mercados, vía pública y Portales, obreros, maestros y estudiantes de escuelas superiores, damas de la población, en plazas públicas, teatros y centros obreros, médicos y empleados del hospital, en escuelas de niños y damas del lugar, sociedades de padres de familia. Se imprimieron también carteles, láminas de propaganda para camiones y para establecimientos comerciales, como cafés y peluquerías (Izábal, 1927). En 1928 se señalaba que se habían dictado 302 conferencias, 242 proyecciones de películas y repartido folletos en Puebla, Tlaxcala,

Veracruz, San Luis Potosí, Tamaulipas, Nuevo León, Coahuila, Durango. Los sitios donde se desarrollaron las actividades eran variados: cines, teatros y parques de las localidades, uniones de trabajadores (estibadores del puerto, carretilleros, pescadores, mecánicos del ferrocarril, choferes, de industrias varias), escuelas preparatorias, Aduana, Escuela Naval, casinos, cuarteles militares, cárceles, fábricas (de hilados, de cervezas, de refrescos, de cemento), escuelas industriales, universidades, club de rotarios, escuelas normales, cámaras de comercio, escuelas para maestros y de agricultura, gran logia masónica, asociación cristiana de jóvenes. (Laguna, 1928). En 1930, la Sección de Propaganda y Educación Higiénicas reportó que se habían dado conferencias sobre los tópicos higiénicos, muchas de ellas referidas a enfermedades venéreas. En el informe se incluyó un pequeño temario de cada conferencia. Entre ellas resaltan: “Peligros de una mala educación sexual” (Martínez Báez, 1930:430). Bajo este título (repetido) hay dos temarios:

“La práctica de la higiene rige todas las funciones del organismo procurando un funcionamiento normal. El mecánico debe conocer la máquina que maneja para evitar que se descomponga, y obtener de ella un máximo de eficiencia, haciéndola durar más. El conocimiento del funcionamiento de nuestro organismo nos hará saber cómo debemos manejarnos. Los jóvenes necesitan saber también del funcionamiento de sus órganos sexuales para no enfermar. Las enfermedades venéreas se adquieren principalmente por ignorancia debida a una mala o ninguna educación sexual. Muchos hombres lamentan la adquisición de las enfermedades venéreas atribuyéndolas a la falta oportuna de un consejo higiénico.” (Martínez Báez, 1930:430)

El otro temario indica:

“Causas de una mala educación sexual: a) Silencio. b) Reticencias. Efectos de una mala educación sexual: a) Malthusianismo; b) Reticencias; c) Excesos sexuales; d) Desviaciones sexuales. (Onanismo, inversión). Resultados finales: a) Esterilidad; b) Impotencia; c) Neurastenia; d) Senilidad precoz.” (Martínez Báez, 1930:431)

Otra conferencia se titula “Manera de evitar los peligros de una mala educación sexual”, y su temario incluye:

“Derivativos del instinto sexual exaltado (trabajo, deporte). Instrucción. Manera de evitarlos en lo futuro: educación sexual correcta [sic]: a) Condiciones que debe reunir; b) Manera de hacerlo; c) Edad en que principia y cómo se debe ir modificando con el crecimiento.” (Martínez Báez, 1930:432)

Otra conferencia es “Profilaxis de las enfermedades venéreas”, donde se habla sobre:

“Necesidad del certificado matrimonial. Enfermedades que se transmiten más frecuentemente. Sífilis y heredosífilis. Reglamentación de la Prostitución.” (Martínez Báez, 1930:432)

Además de algunas conferencias sobre sífilis referidas a origen, germen, dónde se encuentra el microbio, cómo se propaga, manifestaciones, sífilis y enfermedades mentales, hay una sorprendente, titulada “Sífilis y criminología”, que aborda:

“Los degenerados inferiores en relación con la sífilis. Estigmas de degeneración y estigmas heredo-sifilíticos y heredo-alcohólicos. Las enfermedades mentales sifilíticas y la criminología. Los criminales natos y los heredo-sifilíticos. Sus relaciones de coexistencia y las de causalidad. Profilaxis criminológica.” (Martínez Báez, 1930:433)

En una línea más acorde al pensamiento de la época, y relacionada con las preocupaciones poblacionales, se encuentra la conferencia “La gravedad social de la sífilis”, que abarcaba:

“La despoblación de origen sifilítico. Economía política en relación con las bajas individuales por enfermedades sifilíticas. Los útiles y los cuidados inútiles debido a las enfermedades venéreas. La falta de nacimientos y los individuos defectuosos debido a la sífilis.” (Martínez Báez, 1930:435)

También se menciona una serie de conferencias sobre responsabilidad:

“Responsabilidad material del que contagia la sífilis: El hogar del sifilítico. La esposa enferma. Los hijos del heredo sifilítico. Los hogares sin hijos. Las consecuencias materiales de la sífilis en el hogar.”

“Responsabilidad legal del que contagia la sífilis: Leyes prematrimoniales de profilaxis antivenérea. Castigos al que contagia las enfermedades venéreas y particularmente la sífilis. La sífilis como causa de divorcio. Comprobación médica de los contagios venéreos.”

“Responsabilidad moral del que contagia la sífilis: Conceptos del bien y el mal en nuestra sociedad. El contagio de sífilis considerado como un acto de gran inmoralidad. El contagio a la esposa y la transmisión a los hijos de la misma enfermedad, como inmoralidad y como actos que condena el concepto moral del hombre.” (Martínez Báez, 1930:435)

Por último, destaca la importancia de educación sexual para los jóvenes:

“Educación moral de la juventud: Somera explicación de las enfermedades venéreas. La importancia moral y educativa que iban a admirar. La educación del adolescente como factor basal de higiene sexual. La educación del joven en el hogar y en la escuela. Importancia de que los padres y los maestros entiendan el problema sexual y lo transmitan a sus educandos.” (Martínez Báez, 1930:436).

Se repite en este período la necesidad de la educación en las escuelas secundarias (Rojas Avendaño, 1933; González Enríquez, 1933).

Otras medidas que se sugieren como profilaxis contra las enfermedades venéreas con mucho menos énfasis son la circuncisión masculina (Flores, 1926) y el uso del condón (Gómez Jáuregui, 1930).

Si bien todas estas medidas se desarrollan de manera paralela a la vigencia del reglamento de la prostitución y de las prácticas persecutorias de la Inspección de Sanidad y de ‘asilo’ en el Hospital Morelos, era claro que las nuevas medidas tenían como fundamento una mentalidad diferente. Aparecen nuevas críticas al reglamento, resaltando la inequidad de género que significaba. Entre crítica y crítica, el reglamento va sufriendo transformaciones, y aunque se lo deja a su mínima expresión hacia 1934, habrá que esperar al siguiente período para su total abolición. En 1930, el Dr. Alberto Oviedo Mota, residente en Morelia, le envía al Presidente Pascual Ortiz Rubio una carta adjuntando el trabajo “El problema social de la prostitución”, diciendo que lo envía

“en ocasión de haber suprimido la Reglamentación y las casas de lenocinio, durante tu gestión administrativa en Michoacán, hubo algunas críticas y entonces pediste un estudio sobre el asunto al Consejo de Salubridad a mi cargo” (Oviedo Mota, 1930).

En ese trabajo pone las bases para eliminar la reglamentación. Señala:

“El Gobierno de la Dictadura consideró la prostitución como ‘un mal necesario’ y estableció la tolerancia en condiciones más o menos semejantes a las actuales. Y para realizar la defensa social contra los males venéreos que de la prostitución se derivan se reglamentó sanitariamente, estableciendo un registro obligatorio que permitiera el aislamiento de las mujeres enfermas, confinándolas en los hospitales para su curación. La Revolución que en todos los órdenes destruyó el vetusto edificio no ha renovado los procedimientos y las doctrinas acerca de este punto y hoy como ayer sigue “tolerándose” la prostitución y aplicándose la “Reglamentación” de los buenos tiempos del señor Gobernador Mercado. Apenas si durante algún tiempo se hizo un esfuerzo para cambiar de procedimientos, iniciándose entonces una verdadera campaña en contra de la transmisión de las enfermedades venéreas. [...] Nada hay tan absurdo como considerar la prostitución mal necesario y aplicar a las víctimas de este ‘mal’ las sanciones durísimas que la Reglamentación establece entre nosotros. [...] las consecuencias prácticas de dicha reglamentación llegan hasta el establecimiento tolerado por la ley de una clase esclava en el seno de una sociedad regida por una constitución democrática; hasta la privación de la libertad a la mujer por un delito que la ley no clasifica; hasta la segregación social de la que cae en ese ‘mal necesario’, en la mayoría de los casos una menor, que ni sabe porque ha caído, ni es directamente responsable de su caída por que fue seducida, las más de las veces, bajo el influjo del indomitable impulso del más poderoso de los sentimientos. En tanto que el coautor de este ‘mal necesario’, queda absolutamente fuera de toda sanción, se esfuma ante la Reglamentación que para nada lo tiene en cuenta.” (Oviedo Mota, 1930:1-2)

A continuación cita a dos mujeres (Josefina Butler y Clara Campoamor) para responder a la pregunta de si hoy puede considerarse a la prostitución como un mal necesario:

“«Y bien, si lo es, estaremos ante un dilema: o será preciso que toda mujer se preste a cumplir esa servidumbre para el mal necesario, o será preciso crear un cuerpo que se dedique exclusivamente a servir ese necesario mal. Y si ha de crearse ese cuerpo, ¿porqué vosotros, los que afirmáis la necesidad del mal, no entregáis ahora mismo vuestras madres, vuestras hijas, vuestras hermanas, vuestras esposas?, ¿qué queréis?, que os las entregue el prójimo ¡Concepto donoso de la justicia!». Más lógico sería el considerar la prostitución como un delito. Pero en este caso sería necesario establecer sanciones para el hombre y para la mujer, porque este sería un delito cometido por ambos. «No puede olvidarse nunca - dice Clara Campoamor- que si hay una mujer perdida es porque un hombre la perdió, y si hay mujeres prostituidas, es porque los hombres las prostituyeron y siguen pagándolas para que se prostituyan. No puede olvidarse la relación de causa a efecto que hay siempre entre uno y otro sexo, en estos verdaderos contratos bilaterales.»” (Oviedo Mota, 1930:2)

Más adelante, el autor señala

“Si no es posible considerar la prostitución como un delito, y es absurdo declararla un ‘mal necesario’, en cambio debe considerársele como un gravísimo mal social que es ‘necesario’ combatir con toda energía, especialmente en lo que se refiere a la prostitución de las menores de edad. Y en tratándose de estas no solo por razones de profilaxia venérea sino por una suprema razón de moral, no únicamente para evitar la propagación de las enfermedades venéreas sino también por la suprema obligación que tienen el Estado y la Sociedad de defender a los seres débiles, a los menores, en quienes se involucra el porvenir de la raza.” (Oviedo Mota, 1930:3)

Luego examina el asunto desde el punto de vista legal, y refuerza la tesis de que la reglamentación está en contra de los postulados de la Revolución, en tanto establece a una clase esclava.

“la mujer registrada es un ser colocado fuera de las consideraciones y garantías sociales, obligada a vivir en condiciones denigrantes y sujeta casi siempre a la más odiosa de las explotaciones mientras dura su salud y su juventud, confinada después a un Hospital en calidad de reclusa, sin derecho siquiera a protestar contra las iniquidades que sobre ella se acumulan hasta el último de sus días.” (Oviedo Mota, 1930:5)

Otra vez señala que en general fueron seducidas mientras eran menores de edad, por lo que se las culpa por un delito en el que han sido víctimas, y en el que no se tiene en cuenta a los verdaderos autores: el seductor o la celestina. Señala también que los resultados de la Reglamentación en el terreno sanitario han sido nulos. Examina el asunto desde el punto de vista moral, y muestra que las prostitutas ricas se han puesto por encima de la Reglamentación y eluden el registro y la inspección. Finalmente propone dividir el problema en dos: el que se refiere a la prostitución (separado a su vez en menores de edad y adultas), y el que ve la propagación de las enfermedades venéreas. Este último abarcaría establecimiento de Dispensarios, propaganda y educación sexual de los menores. (Oviedo Mota, 1930).

Sin llegar a estar contra la reglamentación, Ojeda Falcón (1930) menciona la desigualdad de género en la medida, y aboga, no por eliminar el control de la mujer sino por controlar también al hombre:

“En la eterna controversia entre el Capital y el Trabajo, el primero ha perdido las prerrogativas de que antaño gozara y es de suponer que en este caso, también el capital, representado por el varón que compra caricias, perderá sus prerrogativas, y tendrá, al igual que la mujer, que someterse a algún examen médico que defienda a la sociedad contra su posible difusión de treponemas y gonococos.” (Ojeda Falcón, 1930:517)

Como señalamos anteriormente, en 1930 se presentó el trabajo encargado a una comisión para estudiar y proponer medidas en sustitución del reglamento de la prostitución. La comisión estaba formada por Gea González, Iturbide Alvarez, Monterrubio, Torres Torija, y Espinosa de los Reyes. El documento, del que encontramos varias versiones mecanografiadas en borrador con modificaciones a mano, señala como resultado de la evaluación:

“Considerando: Que todos los poderes han comprendido la imposibilidad de ejecutar reglamentos antiguos prohibitivos y por consecuencia la necesidad de tolerar la prostitución como algo inherente a las aglomeraciones humanas; que el fenómeno social de la prostitución representa verdaderamente un problema insoluble, pues o la Ley reglamenta la prostitución, le reconoce existencia civil, se convierte en cómplice de la inmoralidad, subleva la conciencia de las gentes honradas, implica la malediscencia del clero [*corrección a mano, está tachado “del clero”*] y cae en el desprecio público, o la Ley prohíbe la prostitución, la castiga como un crimen o cuando menos como un delito; entonces la ley es inejecutable, se convierte en letra muerta, al mismo tiempo que el mal que trata de impedir se agrava con la hipocresía y la clandestinidad [...]. Considerando: que, la Séptima Conferencia Sanitaria Panamericana de las República Americanas, efectuada en La Habana, Cuba, en su sesión verificada el 4 de noviembre de 1924 aprobó una resolución declarando que la profilaxis venérea debe comprender los tres puntos siguientes: Primero. Extinción del contagio por la higiene, la terapéutica y la propaganda educativa. Segundo. La abolición de la reglamentación y persecución de la prostitución como factor capital de la

difusión venérea; y Tercero. La extinción de los derechos e impuestos que gravan los medicamentos específicos de las enfermedades venéreas; que por otra parte el Comité de la Trata de Blancas y Menores, de la Sociedad de las Naciones [...] declara en su comunicación de 22 de julio último dirigida a nuestro Gobierno «que reconoce que no tiene fundamento el temor de que esta abolición pudiese dar lugar a un aumento de las enfermedades venéreas o a que se perturbase el orden público y, que el cierre de las casas de tolerancia ha reducido los peligros de la trata internacional [...]» (Gea González *et al.*, 1930:1-2)

A continuación se sugieren medidas para reemplazar el reglamento: derogar los artículos del Código Sanitario que se refieren al reglamento de la prostitución y también el reglamento en vigor en el Distrito Federal del 12 de febrero de 1926; derogar el decreto del 1 de enero de 1927 por el cual se señala el cobro de derechos por inspección sanitaria; reformar el código penal para comprender los delitos de lenocinio, proxenetismo, trata de blancas y trata de niños; expedir un reglamento sobre profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas a fin de obtener el control sanitario de todos los enfermos independientemente de su condición social, la atención de los mismos enfermos obligatoriamente por los médicos particulares o en dispensarios gratuitos, la reclusión obligatoria en hospitales para los enfermos que sean reacios -que no acepten tratamiento médico; expedir la reglamentación del matrimonio, considerando a la sífilis y a la blenorragia como impedimento para contraer nupcias; multiplicación de dispensarios en toda la República y especialmente en centros obreros con la colaboración de los sindicatos, en agrupaciones agrarias con la colaboración de agrupaciones campesinas, en centros estudiantiles con la colaboración de la Secretaría de Educación Pública, Universidad Nacional, Gobiernos de los Estados, etc., entre los militares y la marina, con la colaboración de la Secretaría de Guerra y Marina; creación de dispensarios discretos, especiales para la atención de aquellas mujeres que se dediquen al ejercicio de la prostitución y que sean atraídas con el concurso de visitadoras sociales, preferentemente por convencimiento; creación de dispensarios especiales disimulados; creación de un grupo competente de visitadoras sociales; intensificación de las enseñanzas sobre higiene sexual; disminución o anulación de los impuestos a la fabricación y derechos arancelarios de los productos medicinales; creación de establecimientos para la regeneración de la mujer expuesta ‘a caer en el vicio’; relacionar las disposiciones que obligan a presentar certificados de buena salud para las personas que se dedican a la preparación o venta de comestibles y bebidas con las disposiciones de la reglamentación de profilaxis de enfermedades venéreo-sifilíticas; expedir reglamentación sobre certificados de buena salud para nodrizas; que se cumplan las reglamentaciones sobre la prohibición de la entrada al país

de 'prostitutas extranjeras', aplicándose el art. 33 constitucional a las que se encuentren en territorio nacional; prohibir el trabajo a las mujeres como mesera en cantinas, cabarets, academias de baile, y en lugares donde esté expuesta al vicio y a la prostitución; etc. (Gea González *et al.*, 1930). De este documento tenemos también una versión que remite el Jefe del Departamento de Salubridad Pública, Dr. Rafael Silva, al Presidente Pascual Ortiz Rubio, ya como dictamen aprobado por el Consejo de Salubridad General de la República, el 23 de octubre de 1930, pero sin firmas. No aparece "la malediscencia del clero", y cambia la cláusula sobre las nodrizas quedando "estudiar las medidas para evitar la transmisión de las enfermedades venéreas de la nodriza al niño y viceversa" (Silva, 1930a). Otra versión del mismo documento está firmada por Rafael Silva, y aparece tachado a mano con rayas oblicuas la prohibición del trabajo de la mujer como mesera en cantinas, etc. (Silva, 1930b). Como se ve, el conjunto de medidas analizadas se conciben como alternativas del reglamento de la prostitución, y la idea central era derogarlo. Sin embargo, en 1931 el Jefe del Departamento de Salubridad Pública le consulta al Secretario de Gobernación cuál era el estado del trámite, porque no tenía noticias de la resolución del asunto. A los dos meses, la Secretaría de Gobernación devuelve copia del proyecto, junto con un proyecto para un nuevo código penal (Silva, 1931; Araujo Valdivia, 1931). A pesar de las idas y vueltas de este documento al más alto nivel, el reglamento de la prostitución siguió vigente durante este período. Vuelve a circular este documento en 1938 bajo el gobierno de Cárdenas. Pero la tendencia de abolir el reglamento, si bien no lograba cristalizarse a nivel nacional, ejercía influencia a nivel estatal. En 1932 el Jefe de la Unidad Sanitaria de Veracruz señalaba que Veracruz ha sido "hábilmente aconsejado por la Dirección de Salubridad y secundado por esa H. Cámara, el primero en la República que ha roto con la secular, infamante e inútil Reglamentación" (Iglesias, 1932:1).

"Por centenares de años, el mal social llamado Prostitución, ha estado sujeto a la Reglamentación, [...] y en todo ese lapso de tiempo más bien por rutina que por convicción ha figurado entre los medios de profilaxis venérea. [...] La Reglamentación es inútil no solo porque abarca a un muy reducido número de prostitutas sino ante todo y sobretodo por las siguientes razones: las enfermedades venéreas como todas las transmisibles, tiene un periodo de incubación durante el cual no tienen absolutamente la menor manifestación y durante este periodo la mujer puede ser rigurosamente examinada sin presentar nada anormal pero cuantas veces acontecerá que horas después se presenten las primeras manifestaciones de la enfermedad y con su falsa garantía de salud, que le ha sido expedida por el médico oficial, por largos siete días inconscientemente se dedique a transmitir su padecimiento [...]. Ninguna de las afecciones venéreas es el resultado del abuso en el coito sino que son producidas por gérmenes especiales de que pueden ser portadores tanto el hombre como la mujer y jamás se ha ocurrido a autoridad alguna proceder a la inspección obligatoria de los hombres que son seguramente los principales responsables de la diseminación de estos padecimientos puesto que con plena consciencia de su estado, que es imposible,

por razones anatómicas pase a ellos inadvertido, contaminan a las infelices mujeres que por necesidad o inexperiencia aceptan sus proposiciones.” (Iglesias, 1932:1-4)

Además de la desigualdad que representaba el reglamento de la prostitución desde la perspectiva de género, existía en la época cierto reconocimiento de prácticas sexuales de las mujeres que no eran prostitutas oficiales, y que no se enmarcaban en el ámbito de una pareja legal. Esta es la razón por la que se propuso la apertura de un nuevo dispensario.

“Como esta acción se limita a las mujeres que caen bajo la sanción del Reglamento y todos sabemos que existe un número enorme de sacerdotisas del amor, que permanecen fuera de nuestra férula, se tiene en proyecto un dispensario, del cual ya existe personal nombrado y que se encuentra comisionado en diferentes servicios, que se encargará fuera de esta Inspección de llevar a cabo la misma tarea aunque con suma discreción” (Campuzano, 1930b:516).

A estas mujeres también se refiere la Dra. María Luisa Vergara de Segura (1930:544), quien dirigía el dispensario de exclusivo personal femenino cuando habla de “mujeres de conducta fácil”, quienes a su vez tenían contactos con las “señoras casadas de conducta fácil”.

En un sentido de víctimas, dice Iglesias en 1932 que los hombres “contaminan a las infelices mujeres que por necesidad o inexperiencia aceptan sus proposiciones” (Iglesias, 1932:4).

Finalmente, encontramos una interesante referencia a la sexualidad de las señoritas “vírgenes”:

“Aumentó el número de señoritas asistentes [al dispensario] hasta llegar en la actualidad a atenderse cerca de cien, de las cuales tienen escurrimiento gonocócico noventa, lo que hace un porcentaje muy elevado y que quiere decir que la gonococcia en las vírgenes, cuando menos en la actualidad, es mucho más frecuente de lo que se creía o sospechaba. En cuanto a las causas de esta gonococcia virginal son dos las fundamentales: 1ª, contacto directo, en la mayor parte de los casos por relaciones sexuales incompletas, y 2ª, contagio producido por excusados, albercas (?) ropas de cama, etc.; causas que me permito indicar, pues por el conocimiento exacto de ellas deberá orientarse la campaña antivenérea a fin de suprimirlas. [...] ha permitido principiar a resolver el problema del tratamiento de estas enfermedades en las doncellas, cuya solución iniciada aisladamente, casi con seguridad, no hubiera dado ningún resultado por las siguientes razones: 1ª. La mujer virgen, por su estado se ve obligada a callar todo padecimiento de esta índole. 2ª. Aun comunicándolo a sus padres de ninguna manera se les dirá su origen. 3ª. No se dejará tratar de ningún médico y si es señorita perteneciente a la clase media no gastará su dinero en esto, por ser más o menos largo el tratamiento. Por lo cual este grupo permanecía segregado y casi en la imposibilidad de controlarse, pues una virgen no se deja examinar por un médico hombre y éste casi siempre se ve imposibilitado para proponerlo, de tal manera que son vectores de contagio, tal vez en mayor escala de lo que pueda creerse, con hermanas menores, amigas, esposo, etc. ...; de esta manera la campaña en contra de las enfermedades venéreas era incompleta.” (Vergara de Segura, 1930:545).

También en este sentido dice la Dra. Paz de Ortiz (1930:548), que “las vulvo-vaginitis gonococcicas y mixtas que se presentan en las niñas mayores de tres años y doncellas, frecuentemente reconocen un origen sexual.” Se advierte un mayor reconocimiento de las prácticas sexuales antes del matrimonio, e incluso de las prácticas sexuales de las mujeres

casadas fuera del matrimonio. En esta época estas prácticas forman parte del discurso explícito de los médicos.

1934-1940. EL ABOLICIONISMO CARDENISTA. DELITO DE CONTAGIO Y OBLIGACIÓN DE CURARSE. LA HIGIENE RURAL.

Lázaro Cárdenas asume la presidencia en 1934 en reemplazo de Abelardo Rodríguez, bajo la influencia de Calles, quien prolongaba su poder a través del nombramiento y cambio de funcionarios. Sin embargo, en 1935 Cárdenas rompe con las posiciones callistas y en 1936 obliga a Calles a salir del país. Se consolida a partir de ese momento el modelo donde la figura política clave es el presidente de la república (Aboites Aguilar, 2004). Durante su presidencia hasta 1940, se radicaliza y extiende la reforma agraria y se impulsa la educación socialista. Surgen dos grandes instituciones sociales: la Confederación de Trabajadores Mexicanos (CTM) y la Confederación Nacional Campesina (CNC). Se transforma el Partido Nacional Revolucionario y se funda el Partido de la Revolución Mexicana integrado por sectores: obrero, campesino, popular y militar, desde donde se controlaba a los grupos sociales organizados (Meyer, 1981). Las competencias de poder se dirimen y resuelven a partir de este momento dentro del partido oficial (Aboites Aguilar, 2004). Otra medida de largo alcance fue la expropiación de las compañías petroleras en 1938, derivada de un conflicto obrero salarial, y la creación de la empresa Petróleos Mexicanos. En el ámbito internacional, Cárdenas apoya a la República Española contra el conservadurismo de Franco, y acoge a miles de refugiados españoles tras la derrota (Aboites Aguilar, 2004).

En cuanto a las ITS, durante este período, tras numerosos argumentos que continúan las críticas a la reglamentación de la prostitución, finalmente en 1940 se deroga y se reemplaza por el Reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas, que contiene políticas dirigidas a la población en general (obligación de tratarse, registro privado de enfermos por parte de los médicos y notificación a la autoridad con identificación si no presenta constancia de tratamiento, certificado médico para amamantar, certificado prenupcial) y por las reformas al Código Penal que incorporan el delito de contagio. La eliminación de la reglamentación de la prostitución puede verse como un ‘parteaguas’ en la historia de las políticas contra las infecciones de transmisión sexual, hecha posible por la modificación de las estructuras sociales ocurrida en la Revolución. No debe concebirse como

un acontecimiento que irrumpe de manera sorprendente, sino como la cristalización de una tendencia que había comenzado como pensamiento marginal a fines del siglo XIX y que fue adquiriendo importancia sobre todo a partir de la Revolución, y también por la influencia del curso de las políticas en el orden internacional. Si durante el gobierno de Calles se había desplazado la atención política de un grupo particular al conjunto de la población con la inauguración de la Campaña Nacional Antivenérea; a partir de la abolición en 1940 del Reglamento de la Prostitución se consolida la idea de que todos son sujetos de riesgo y focos de contagio. Pero las concepciones del mundo no son homogéneas, y aunque cambia la forma en que se concibe el problema de las infecciones de transmisión sexual, la prostitución como sujeto privilegiado de políticas aparecerá nuevamente durante la Segunda Guerra Mundial, bajo el gobierno de Ávila Camacho. Esto es posible porque durante la etapa cardenista siguieron existiendo grupos que tenían otras opiniones, pero permanecieron silenciados en las publicaciones oficiales. Por otra parte, el abolicionismo tampoco se extendió a todo el país. Algunos estados o municipios mantuvieron los reglamentos a la prostitución a pesar de los preceptos contrarios de la campaña nacional.

Los años que transcurrieron entre el inicio del gobierno de Cárdenas -1934- y la derogación del reglamento de la prostitución -1940- se dedicaron a continuar la campaña informativa, factor que se veía como básico antes de aprobar las reformas legislativas (Siurob, 1937). El hecho de que pasaran tantos años hasta que se tomara esta medida debe ser visto como signo de resistencia, aún cuando no se encuentren voces opositoras en las publicaciones analizadas. Sólo después de que se deroga el Reglamento, un funcionario admite en un artículo escrito en 1940 que hay quienes reclamaban la vuelta al reglamentarismo, tanto en la sociedad y la prensa, como entre diversas autoridades, en la Cámara de Senadores y en la comunidad médica (Pruneda, 1941).

Las enfermedades venéreas siguen siendo vistas como un problema grave y generalizado de salud. Se habla del “ejército de los enfermos venéreos, cuyas filas, con voracidad insaciable, enrolan sin cesar y en número creciente a sus víctimas, hasta alcanzar cifras que antójanse fantásticas” (Villela, 1939:519).

Aún cuando se elimina el Reglamento, la idea de que son las prostitutas las principales responsables de las infecciones venéreas no desaparece del todo, pero hay acuerdo en que la reglamentación de la prostitución había fracasado en el intento de disminuir el número de

contagios. Hay insistencia en mencionar que los ideales revolucionarios del nuevo gobierno son contrarios al estado de desigualdad que imponía el reglamento de la prostitución.

Se advierte una intensa comunicación entre las distintas áreas del gobierno para redactar las medidas que finalmente abolirán el reglamento de la prostitución en 1940, con el envío entre distintas oficinas de numerosos documentos nacionales e internacionales que justifican la decisión. Se señalan como antecedentes en el ámbito internacional la Conferencia Panamericana celebrada en La Habana en 1924, una de cuyas conclusiones fue dejar libre a la prostitución y un documento de la Sociedad de las Naciones sobre el sistema de casas de tolerancia, que invita a los gobiernos a abandonar ese sistema donde lo hubiera. Se analizan las medidas tomadas por los países donde no existía la reglamentación, y se identifican dos posiciones: tratamiento voluntario (Inglaterra) y tratamiento obligatorio (Alemania).

Siguiendo en esta etapa la cercana atención a las políticas seguidas en Estados Unidos, los salubristas mexicanos comienzan a proponer dos métodos epidemiológicos que en ese país se desarrollaban y que tendrán auge en décadas posteriores: la localización del foco y de los contactos, y los censos serológicos (Villela, 1938). Se tiene constancia de que también en Estados Unidos se miraba con especial interés los cambios de política que ocurrían en México. La Unión de Mujeres Americanas, desde sus oficinas en Estados Unidos, le envía al presidente Cárdenas su entusiasta felicitación por el decreto que reforma el Código Penal que virtualmente elimina la prostitución reglamentada (Unión de Mujeres Americanas, 1940).

Entre los acontecimientos sobresalientes referidos a las políticas dirigidas a combatir las infecciones de transmisión sexual se encuentran el acuerdo para la fundación de la Liga Nacional contra el Peligro Venéreo en 1938; la ampliación del radio de acción de la Asociación Nacional de Venereología (antes Sociedad Médica del Hospital Morelos) en 1939; se agregan el chancro blando y la enfermedad de Nicolás y Favre en la declaratoria de enfermedades transmisibles en 1940; y, sobre todo, el 8 de febrero de 1940 se publica en el Diario Oficial, el Reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas, que deroga el Reglamento para el Ejercicio de la Prostitución del 12 de febrero de 1926, y se publica también el 14 de febrero de 1940 el decreto que reforma el Código Penal, agregando el capítulo “Del peligro de contagio”.

Los argumentos del esquema primario: prostitutas responsables; los soldados, marinos, trabajadores petroleros, ejidatarios y rancheros como poblaciones afectadas.

Entre los trabajos que circulan a través de las distintas dependencias de gobierno, figura uno escrito por el Dr. Gea González en 1930, en el que señala

“estoy convencido y esta es mi opinión personal, del grave mal que causará a la colectividad dejando libre la prostitución en México; [...] me voy a concretar a señalar las medidas que se podrán tomar en caso de que se llegue a cometer este atentado contra la higiene, la profilaxis, el derecho y la moral” (Gea González, 1930:1).

Y si bien se sigue viendo a la prostituta como foco de infección, se considera que la reglamentación no soluciona el problema:

“Establecido bien el hecho de la alta contagiosidad de la prostituta, aún aparentemente sana, hay que reconocer que la reglamentación solamente logra realizar el aislamiento de un mínimo de enfermas” (Oficina General de la Campaña Antivenérea, 1938b:132).

Haciendo una clasificación de los grupos del medio rural según su grado de exposición al contagio, Villela y Reyes (1939:341) identifican el contagio venéreo según el contacto que puedan tener las diferentes poblaciones con los sitios donde se ejerce la prostitución, como por ejemplo, el rancharo que visita las ciudades:

“hay un tercer tipo, de mayores recursos económicos, el ‘rancharo’, que se va acercando al burgués o semiburgués citadino, y el cual presume de conocer la ‘ciudad’, a la que acude con más o menos frecuencia, ya no sólo con fines de comercio, sino en busca de placer o de alguna aventurilla fácil, y ya en este plano suele caer en los prostíbulos, en donde es víctima codiciada por sus recursos monetarios de los que hace gala y derroche. Y no es raro que al volver de la ‘ciudad’ se vea sorprendido por alguna, cuando no varias, de las dolencias venéreas que hacen de él presa tanto más fácil cuanto que su rudeza e ignorancia alcanzan lindes apenas concebibles.”

Y describiendo a las colectividades industriales, permanentes (fábricas, talleres, minas, plantas eléctricas, campos petroleros) o temporales (campos agrícolas: siembra, cosecha, zafra, etc.) dicen:

“Es un hecho de sobra conocido que dondequiera que se funda una colectividad de esta naturaleza, no tarda en aparecer la prostitución como corolario obligado. Prostitutas de la peor ralea, ciento por ciento enfermas, cumplen a conciencia su papel vehicular, transmitir y esparcir las enfermedades venéreas.” (Villela y Reyes, 1939:341).

¿Quiénes son los hombres contagiados por las prostitutas en el paradigma de la época cardenista? Además de la reiteración de los hombres del ejército y la marina (Gea González, 1930), el artículo sobre la campaña en el medio rural ofrece un listado sumamente interesante, por los nuevos grupos que se agregan a la observación epidemiológica:

ejidatarios, rancheros, obreros de la industria del petróleo, los ‘ambulatorios’ (peones eventuales, arrieros) (Villela y Reyes, 1939).

Los argumentos contra el reglamento de la prostitución en el cardenismo. Injusticias por género y clase social. En el nombre del ideal revolucionario.

Entre los documentos que circularon por las distintas dependencias gubernamentales para justificar la abolición de la reglamentación, hay referencias explícitas a lo que se entiende como un cambio histórico de mentalidad en torno a las enfermedades venéreas, sobre todo en materia moral, religiosa y científica, y sus relaciones.

“Tanto los artículos del Código Penal como los del Código Sanitario que tienen relación con la prevención de las enfermedades venéreas, fueron hechos adaptándolos a un sistema que tiene como base la reglamentación del ejercicio de la prostitución. Este sistema fue implantado por Maximiliano en el año de 1871, al expedirse el primer Reglamento de la prostitución en México, que con algunos cambios de palabras que sufrió al implantarse los Reglamentos de 1898 y 1914 es el mismo que está en vigor desde 1926. Así pues las leyes con que se pretende todavía luchar contra las enfermedades venéreas derivan de la noción de que la fuente de estos padecimientos se encuentra únicamente en la prostitución, ya que en el Siglo XIX dada su ideología aristocrática y religiosa, se pensaba más que ahora que las gentes decentes no se enferman de sífilis, que las gentes decentes no deben hablar de sífilis y que las gentes decentes no deben preocuparse por quienes padezcan sífilis, ya que esta enfermedad, según el sentir de la época a que nos referimos, era el justo castigo de la falta cometida. Estas ideas encuadraban bien entonces, pero ahora que tanto ha variado nuestra estructura social y que nos hemos librado de los prejuicios religiosos y de la ignorancia de ayer, ahora que sabemos que la sífilis ataca lo mismo al rico que al pobre, que no respeta ideologías, que junto con el cáncer, la tuberculosis y las gastro-enteritis de la infancia, forma el grupo de enfermedades más destructoras de vidas; de que una gran proporción de las víctimas de la sífilis han adquirido inocentemente dicha enfermedad y de que por exagerado que nos parezca, son muy pocos los jóvenes de ambos sexos, mayores de 21 años, que no han sido expuestos al peligro de la sífilis, ya que hasta un beso puede ser el medio de contagio. Todo aquel que tenga un conocimiento exacto del problema que tratamos, fácilmente podrá darse cuenta de que un reglamento de policía útil para normar la vida de las meretrices dentro de las casas que habitan, útil también para que el Gobierno perciba un impuesto que resulta de la clasificación vejatoria que se hace de su cuerpo y de su clase, útil para que se les explote por las autoridades inferiores y para que el individuo confiado crea que el libreto que se le presenta es una patente de salud, es casi inútil para luchar contra las enfermedades venéreas y lo que es más aún está muy lejos de constituir una legislación apropiada para ello.”²³

Uno de los argumentos que se esgrimen reiteradamente en esta época, es que el Estado debe dejar de ser quien garantice la salud de las prostitutas para tranquilidad de los clientes, sobre todo porque los métodos de inspección empleados no aseguran que las mujeres estén sanas (Cervera, 1938), y porque el Estado no debe funcionar como cómplice y protector del proxeneta y del tratante de blancas (Oficina General de la Campaña Antivenérea, 1938a).

²³ AGN, Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección Departamento de Salubridad Pública, Vol. 20, Exp. 10.No. exp. 11/373. 1937.

El deseo de eliminar la desigualdad de género en la política se expresa con un argumento publicado en México pero extraído de un artículo del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana:

“En nuestro País, como en todas partes, el Reglamentarismo ha fracasado ‘por haber encarado de modo principal el problema, por confinarlo a unos cuantos centenares de mujeres que ejercían la prostitución patentada y por haberlo agravado con el prostíbulo. No es solamente a una parte de las mujeres que trafican con su cuerpo, a unos cuantos cientos de personas, por peligrosas que sean, a las que un plan de lucha antivenérea general debe tomar en cuenta, sino a su totalidad, sumen ellas veinte millones o más. Pero esto solo no basta, si al mismo tiempo las medidas sanitarias no tienen en cuenta a algunas decenas de miles de hombres que sufren de iguales males, y los esparcen a su vez entre aquellas mismas mujeres y entre los sanos, a menudo inocentes, con ulterioridades graves para el individuo y no raramente para su descendencia” (Oficina General de la Campaña Antivenérea, 1938a:120-130).

Y si bien se tienen en cuenta los alegatos de los organismos internacionales, se enuncian justificaciones acordes con los acontecimientos nacionales. Se afirma que la reglamentación

“Crea una subclase, antisocial, antirrevolucionaria e incompatible con las ideas sustentadas por el actual gobierno revolucionario. [...] La reglamentación es unilateral, se contrae exclusivamente a la prostituta enferma; el hombre atacado de males venéreos, queda en libertad y goza de fuero para continuar transmitiéndolos. Dentro de la lógica más elemental, y desde un punto de vista epidemiológico, ¿qué se pensaría de una reglamentación sanitaria que impusiera la vigilancia de los tíficos mujeres, y eximiera de ella a los tíficos hombres, que aislara a los diftéricos del sexo femenino y permitiera el contacto con los del sexo masculino?” (Oficina General de la Campaña Antivenérea, 1938b:131).

Ramírez señalaba la ‘inmoralidad’ de haber considerado a uno solo de los sexos:

“Las mujeres enfermas [prostitutas] fueron contaminadas por hombres. [...] se ha aislado a las mujeres pero no a los hombres. [...] es la inmoralidad que entraña hacer recaer todas las sanciones sobre uno solo de los dos sexos, en tanto que la misma peligrosidad exactamente corresponde al hombre o a la mujer, puesto que ambos son capaces de transmitir su padecimiento” (Ramírez, 1940:380-383).

Que las personas que no ejercían la prostitución también se consideraban como focos de infección, lo remarca Ramírez (1940:382):

“Hace pocos años han sido establecidos dispensarios especiales para atender a esa clase de enfermos [venéreos]. Durante el año de 1929 concurrieron a ellos para recibir tratamiento, 11,563 hombres y 6,264 mujeres, cifras que indicaban que dichos dispensarios han venido a colmar una necesidad urgente. Proporcionar tratamiento a cerca de 18,000 es ya obra muy efectiva, y su importancia sube de punto, si se tiene en cuenta que cada uno de estos enfermos era un foco de infección, ya que no hay modo de ejercer control de ninguna especie sobre personas que no son profesionales de la prostitución.”

En cuanto al objetivo final por el que se tomaron las nuevas medidas (o la población protegida por las nuevas políticas), se afirma que es la salud de las generaciones futuras, pero ahora con medidas coherentes dentro del concepto de vida social ‘revolucionario’.²⁴ La idea es tratar a las enfermedades venéreas y a la prostitución con las normas generales de salud

²⁴ Considerandos que se hicieron con motivo de las reformas al Código Penal. AGN, Fondo Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección, Departamento de Salubridad Pública, Vol. 20, Exp. 10.No. exp. 11/373. 1937.

pública respecto al aspecto sanitario, y con el Derecho común, si se considera “el punto de vista social” (Oficina General de la Campaña Antivenérea, 1938b).

¿Cuáles son los nuevos grupos de observación? Villela (1938:48) propone practicar pruebas serológicas sistemáticas en busca de sífilis a:

“enfermos de hospitales, clínicas, dispensarios, y de consultorios particulares, médicos y enfermeras, dentales, obreros en general, campesinos, sirvientes, manipuladores de alimentos, empleados de hoteles, solicitantes de seguros, de certificados de matrimonio, de permisos para manejar automóviles, estudiantes, empleados de compañías de transporte, empresas industriales, reclusos, prostitutas... ‘y en fin lo que sería ideal: *toda la población.*’ [subrayado en el original]”

También se cita una encuesta realizada por el Dr. Ramírez entre cien estudiantes de medicina, de los cuales 96 respondieron que habían tenido blenorragia y se exponían al contagio copulando con prostitutas (Oficina General de la Campaña Antivenérea, 1938b). A pesar del resultado asombroso entre los estudiantes de medicina, la idea detrás del argumento de Ramírez, es que los grupos sociales más favorecidos tienen menos impacto de las enfermedades venéreas:

“Nótese que si lo anterior sucede dentro de un grupo de cierto nivel cultural, ¡qué no pasará en grupos sociales más atrasados!” (Oficina General de la Campaña Antivenérea, 1938b:134)

Contra esta idea de diferenciar entre niveles culturales e identificar a los atrasados como expuestos a mayor riesgo, Villela y Reyes (1939) presentan una interesante clasificación de grupos expuestos a riesgo en el ámbito rural, analizando las prácticas sexuales según el nivel de aislamiento o comunicación entre comunidades, y muestran que las comunidades indígenas aisladas tienen un porcentaje mínimo o moderado de sífilis. La conclusión que extraen es que los males venéreos se propagan de la ciudad al campo, localizando el problema cuando la vida colectiva es más intensa y crecen las intercomunicaciones por las modernas carreteras.

En consonancia con estas nuevas ideas, el programa político que se diseña se dirige a la población general, y puede sintetizarse así:

“organización administrativa de quienes lo dirijan y presupuesto para su desarrollo; facilidades adecuadas para el tratamiento tanto en las comunidades urbanas como en las rurales; distribución gratuita de drogas antisifilíticas; centros de diagnóstico y tratamiento de los enfermos; estandarización del tratamiento; prevención de la transmisión prenatal de la sífilis; prevención de la oftalmía y de las vulvovaginitis en los recién nacidos; trabajos de epidemiología; laboratorios al alcance de todos los servicios; cooperación del Departamento de Salubridad con los médicos y de éstos con aquél; notificación de morbilidad y mortalidad; programa de información, educación y propaganda; profilaxis de las enfermedades venéreas y por último estudio de los resultados del programa.”²⁵

²⁵ AGN, Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección Departamento de Salubridad Pública, Vol. 20, Exp. 10.No. exp. 11/373. 1937.

A este programa deben sumarse las medidas incluidas en el nuevo reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas (DO 8 de febrero de 1940): curación obligatoria del enfermo, registro privado de los pacientes por parte del médico, notificación a la autoridad en caso de abandono del tratamiento en período infectante, certificado médico para amamantar a un hijo no propio, certificado prenupcial y la Reforma al Código Penal (DO 14 de febrero de 1940) que instaura la penalización con multa o prisión por contagio venéreo por relaciones sexuales (cuando se trata de cónyuges, sólo podrá procederse por querrela del ofendido), por publicación o distribución de libros u objetos obscenos y al que cometa delito de lenocinio. Se estandariza y se extiende a toda la República el certificado médico prenupcial (DO 29 de agosto de 1940). Y también sigue vigente la propuesta educativa a través de conferencias y folletos, con énfasis en que las pláticas deben ser discretas, de manera que no lastimen los sentimientos de las personas o las colectividades.²⁶ Se propone crear un cuerpo de visitadoras sanitarias en substitución de los procedimientos forzados (Oficina General de la Campaña Antivenérea, 1938a). Cabe destacar que en esa época también existieron argumentos que consideraron que la curación obligatoria era una neo-reglamentación, porque la sujeción médica periódica se aplicaría sobre todo a la mujer, a pesar de que la ley ponía en igualdad a los dos sexos. Y también que la sujeción se ejercería, casi exclusivamente, con los indigentes.²⁷

Una medida novedosa se da en abril de 1940 cuando comienza una campaña de distribución masiva desde la capital hacia los estados de un ‘paquete profiláctico’ que contiene un preservativo, un tubo de pomada profiláctica y un instructivo, ‘formando un paquete apenas algo más grande que una caja de cerillos’ para ser vendido a bajo precio en las farmacias. Como el margen de ganancia para el farmacéutico puede ser poco atractivo, se pide a los farmacéuticos que miren el interés público de prevenir el contagio venéreo:

“contribuyendo a popularizar estos recursos sencillos, económicos y de probada eficacia, para salvar al mayor número posible de personas de ser víctimas de enfermedades que no solamente producen daños serios en la persona que los ha contraído, sino que además tienen consecuencias graves para la descendencia y la raza.”²⁸

²⁶ Oficio del Jefe de la Oficina Central de Higiene Rural a los Jefes sanitarios de los estados del 11 de octubre de 1938. AGN, Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, Vol 59, exp. 7 129 f.

²⁷ AGN, Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección, Departamento de Salubridad Pública, Vol. 20, Exp. 10. 1937.

²⁸ AGN, Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección, Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, Vol 59, exp. 7 129 f. 1940.

Los argumentos durante el período cardenista muestran una concepción de género más equitativa, criticando al estereotipo de sexualidad masculina vigente, que permite pensar que todas las personas pueden ser sujetos de riesgo de infecciones de transmisión sexual. Este cambio de mentalidad posibilita medidas salubristas dirigidas a la población en general, apelando al compromiso social de los involucrados. Sin embargo, permanecen en los reductos argumentos que siguen enfocando a la trabajadora sexual como responsable de la diseminación de enfermedades.

“Un distinguido periodista, P. Gringoire, escribía no ha mucho acerca de la prostitución [tomado de *Excelsior*, 29 de octubre de 1937] considerándola como fruto de mitos sociales ‘sumamente extendidos y tácitamente aprobados que costará trabajo derribar, pero que hay que atacar resueltamente como falsos, y por falsos, inmorales’. Uno de estos mitos a que alude este notable escritor, es -trasladando textualmente sus palabras-, ‘el que Marañón ha llamado con impaciencia y acierto ‘el culto estúpido’ del sexo masculino. Se nos ha enseñado a los varones que nuestra vitalidad debe convertirse en una carrera de resistencia en que la pureza femenina es la pista pisoteada. Se nos dice que así debe ser, que no podemos remediarlo, que no seríamos hombres si no lo hiciéramos así. Y ante el altar de este mito cruel, de este Moloc insaciable, surge, como rito demoníaco, la prostitución. Bajo el pretexto imbécil de que la salud de la Sociedad lo exige, infinidad de mujeres son condenadas a la brutal propiciación. Se creería, no obstante, que dado este concepto, la Sociedad sería benévola con las víctimas del ‘necesario y saludable’ (?) sacrificio. Pero no es así. A la que se sacrificó por el bien (?) de la Sociedad ésta la condena a la ignominia. La mujer que ha sido seducida se encuentra con la inexorable hostilidad de la Sociedad; tiene la sensación de que su catástrofe es irreparable; se le cierran las puertas y se le niegan las manos; la desesperación y el despecho la hacen caer cada vez más bajo.” (Oficina General de la Campaña Antivenérea, 1938b:135-136)

Además de considerarse el peligro de transmisión de infecciones en la cópula heterosexual, se incorporan otras prácticas sexuales bajo la consideración, al tiempo que se las estigmatiza. Por ello, si bien en el borrador de las reformas al Código Penal estaba considerado como un delito el contagio por cópula, fue cambiado este último término por el de relaciones sexuales,

“por ser más amplio aquél y comprender todas las desviaciones y perversiones que quedarían exentas de penalidad, a pesar de exponer lo mismo que el coito a idéntico peligro” (Villela, 1940:459).

1941- 1952. LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL: ENFERMEDADES VENÉREAS Y DEFENSA NACIONAL. REPRESIÓN DE LA PROSTITUCIÓN. PENICILINA PARA TODOS. HOMOSEXUALIDAD, INFANCIA Y SÍFILIS.

El período de 1941 a 1952 abarca dos períodos presidenciales: el de Manuel Ávila Camacho hasta 1946 y el de Miguel Alemán hasta 1952. Con el cambio de presidencia de Lázaro Cárdenas a Manuel Ávila Camacho en 1940, el país se encuentra ante un nuevo escenario internacional: en 1939 se había desencadenado la segunda guerra mundial. México mantuvo al inicio una posición neutral, pero en 1942 se suma a los aliados (Aboites Aguilar, 2004). Entre 1941 y 1942 se solucionan los principales problemas con Estados Unidos derivados de la expropiación petrolera realizada por Cárdenas. “La guerra en Europa y la tensión

americano-japonesa indujeron a Norteamérica a buscar cierta cooperación con México para vigilar fronteras y costas [...]. Era necesario también asegurar el suministro de ciertas materias primas.” (Meyer, 1981: 1269). Comienza en esta etapa el período de industrialización denominado sustitución de importaciones (Aboites Aguilar, 2004), y se pasa de los términos de socialismo mexicano presentes en el cardenismo, a desarrollo y economía mixta (Meyer, 1981). En 1943 se crea el Instituto Mexicano del Seguro Social, institución que da garantías de seguridad social a los obreros, compartiendo los costos con los empresarios y el gobierno. En 1946 el Partido de la Revolución Mexicana se transforma en el Partido Revolucionario Institucional (PRI), que tendrá hegemonía en la presidencia hasta el año 2000.

Respecto de las ITS, en principio continúa la política contra el reglamento de la prostitución. En 1941 se avanza en el plano legal modificando el Código Sanitario para coordinarlo con el Reglamento para la Campaña contra las enfermedades venéreas (DO 31 de enero de 1941). Pero con el ingreso de Estados Unidos a la Segunda Guerra Mundial, en 1941 se renovaron los intereses de ese país en el control de las enfermedades venéreas del lado mexicano, y esto representó un viraje de la concepción revolucionaria. Este interés tuvo por resultado un programa de cooperación entre México y Estados Unidos en la frontera norte mexicana, ejecutado a través de la Oficina Panamericana de la Salud (Boletín del Departamento de Salubridad Pública, 1942; Villela, 1943), a partir del cual se trató de controlar a las prostitutas mexicanas para que no contagiaran a los soldados americanos que cruzaban la frontera. No sólo se diseñaron manuales y se dio capacitación a los funcionarios mexicanos sino que hubo solicitudes puntuales de la Oficina Sanitaria Panamericana de investigación de contactos.²⁹ La intervención de Estados Unidos a través de la Oficina Sanitaria Panamericana en las políticas mexicanas fue marcada en este período.

Una nueva campaña impulsada a partir de 1942 (año en que México abandona la posición neutral y entra como miembro activo al escenario bélico de la Segunda Guerra Mundial) vuelve a poner el acento en ciertos grupos sociales: se pide la represión de la prostitución en nombre de la defensa nacional, especialmente para garantizar la salud de los miembros del ejército (Soto, 1943). Sin embargo, y aunque se vuelve a poner el énfasis en la prostitución,

²⁹ AGN, Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección, Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, Vol 59, exp. 7 129 f. 1944.

las medidas que se recomiendan no son contrarias a las instauradas por Cárdenas: eliminar la prostitución organizada, el lenocinio y la trata de blancas. Se señala que las medidas legales para la campaña de represión de la prostitución no culpan a la prostituta ni intentan suprimir la prostitución, sino que tratan de eliminar la incitación pública a la prostitución.³⁰ Lo que se advierte explícitamente en esta época es que el haber abolido el reglamento no separó el aspecto salubrista del policíaco respecto de la prostitución. Las autoridades de salud siguieron creando políticas para combatir “delitos” en nombre de las enfermedades venéreas. No obstante todos los trabajos del período revolucionario que mostraban que el origen de la prostitución se encontraba en profundos problemas sociales y que tratar de suprimirla no era tarea del personal de salud, en esta etapa belicista otra vez las autoridades sanitarias se muestran con el derecho de buscar mecanismos para que disminuya el comercio sexual (Hernández Manero, 1942; Soto, 1943; Sánchez Covisa, 1949). La idea general es que en época de guerra hay un aumento de las enfermedades venéreas, y se propone un combate mayor (Soto, 1943). Tal vez por este motivo a partir de 1942 se llevan a cabo “Semanas de Estudios Venereológicos” organizadas por la Asociación Nacional de Venereología y patrocinadas por el Departamento de Salubridad (Boletín del Departamento de Salubridad Pública, 1942).

Pese a todos los discursos contra la reglamentación, en esta época se advierte que una de las consecuencias de la forma en que está redactada la nueva ley (el Reglamento para la Campaña contra las enfermedades venéreas) es que en la práctica las prostitutas seguirán estando vigiladas por el gobierno. El cambio es que se señala que no sólo sobre ellas sino también sobre los hombres podrá recaer dicha vigilancia (Soto, 1943).

Otro eje que marca esta época es el esfuerzo que realizan las autoridades federales para que en los estados y municipios del país se aplique la derogación de la Reglamentación, tal como ya se había puesto en práctica en la ciudad de México. Sin embargo, parece haber resistencia a este cambio, y se constata que en muchos estados permanece el sistema anterior (Yrizar Lasso, 1946; Soto, 1949). El Código Sanitario de 1950, en su artículo 117, establece explícitamente que los “reglamentos de los Estados sobre prostitución no podrán oponerse a la realización de las medidas y a la observancia de las disposiciones dictadas por el Consejo o

³⁰ Hernández Manero, Archivo Histórico de la Nación (AGN), Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección, Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, Vol 59, exp. 7 129 f. 1942.

por la Secretaría, sobre enfermedades transmisibles y principalmente venéreas” (DO 25 de enero de 1950).

Uno de los grandes acontecimientos ocurridos durante este período es el descubrimiento de la eficacia de la penicilina para la sífilis en 1943 (Arias, 1953). En 1944 se expide en México un decreto para controlar el uso de la penicilina (DO 18 febrero de 1944), y en 1945 a través de otro decreto se quita el control del gobierno y se extiende el uso a la población civil (DO 5 junio de 1945). Se realizaron muchas reuniones internacionales para analizar este nuevo medicamento: en San Luis Missouri en 1944, en Washington en 1948, en Roma se reúne la Unión Internacional contra las enfermedades Venéreas en 1949 y se organiza el Coloquio Internacional sobre la Sífilis en París en 1950 (Arias, 1953).

El fin de la Segunda Guerra Mundial y la generalización del uso de la penicilina propiciaron el regreso de la idea de que las políticas deben dirigirse a la población en general y no sólo a algunos grupos. Siguiendo este principio se propusieron dos medidas para detectar a los sujetos infectados: la investigación de contactos y las encuestas o censos serológicos (Soto, 1943; Campos Salas, 1948; Rodríguez, 1948). Durante la presidencia de Miguel Alemán, en 1948 se expide un decreto por el cual se obliga a tomar sangre a las mujeres embarazadas para detectar sífilis y también se vigila a los recién nacidos si la madre es sifilítica (DO 29 de septiembre de 1948).

Hacia el final de este período, durante la presidencia de Miguel Alemán, se publica un nuevo Código Sanitario, que deroga el de agosto de 1934. Sobresale su carácter pronatalista al establecer que la Secretaría evitará que se haga propaganda que aconseje prácticas anticoncepcionales o abortivas. Esto pudo tener como efecto una disminución de la política de promoción del condón. Sin embargo, también se señala de interés público la campaña contra las enfermedades transmisibles como blenorragia, chancro blando, enfermedad de Nicolás y Favre (linfogranulomatosis inguinal subaguda), granuloma venéreo y sífilis. Se mantiene el aviso obligatorio de los casos de estas enfermedades (DO 25 de enero de 1950).

Aunque se hacen estos esfuerzos de “normalización” (De Cock, 1998) en las políticas sobre estas infecciones, sin embargo aparece marginalmente un nuevo grupo responsable de los casos pediátricos: “los homosexuales”. Siguiendo la temática instaurada por una investigación hecha en la Universidad Johns Hopkins (uno de los centros más prestigiosos de salud pública de los Estados Unidos), un médico mexicano analiza unos pocos casos de lo

que denomina sífilis por violencia homosexual (Latapi, 1942). Es una publicación aislada en este período, pero que debe resaltarse porque el tema volverá a aparecer durante los años setentas. Otro grupo que aparece mencionado como fuente de contagio por su vida pasada libertina son las mujeres jóvenes recluidas en centros de readaptación social.³¹

Con el advenimiento de la penicilina comenzó una discusión sobre las medidas eficientes para el combate de las enfermedades venéreas, y si bien en la mayoría de los documentos continúa la visión de desarrollar políticas diversas (prevención, detección de casos y terapéutica), se llega a señalar que, dadas las dificultades para cambiar las conductas sexuales y por la falta de un profiláctico de valor práctico comprobado para las poblaciones civiles, la responsabilidad del control de la sífilis recae sobre la terapia basada en el uso de la penicilina (Wright, 1948). Esta idea presagia el relativo olvido en el que años más tarde caerán las políticas preventivas contra las enfermedades venéreas.

En el ámbito internacional, la XII Conferencia Sanitaria Panamericana incluyó una sección sobre Control de Enfermedades Venéreas, donde se propone una variedad de medidas, resultado de la negociación de las distintas visiones de los países participantes (Salubridad y Asistencia, 1947).

Hacia el final de este período, el concurso organizado por la Academia Nacional de Medicina titulado “Estudio crítico de la campaña antivenérea en México. Sus antecedentes, cómo se está realizando, cuáles son sus resultados” y la publicación de dos extensos trabajos premiados que describen la historia de las enfermedades venéreas en México y de las políticas destinadas a combatirlas, muestra el interés por hacer un balance en el tema en un momento de profundo cambio técnico (Sánchez Covisa, 1949; Soto, 1949).

Los argumentos del esquema primario: prostitutas responsables; los soldados y obreros como poblaciones afectadas.

Como decíamos antes, la guerra trajo nuevamente la preocupación por el papel de la prostitución en la diseminación de las enfermedades venéreas, y hay un regreso, no sin contradicciones, a la visión tradicional de que un grupo de mujeres, las prostitutas, son la fuente de las infecciones de los hombres, quienes a su vez la transmiten a las esposas/madres.

³¹ Archivo Histórico de la Nación (AGN), Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección, Departamento de Salubridad Pública, Vol 1, exp. 9, 4 f, 1941.

Aunque México participó con pocos y muy selectos hombres en la Segunda Guerra Mundial, en el discurso hay preocupación por las bajas militares que provocan las enfermedades venéreas. En nombre de la defensa y de la seguridad nacional se propone el control de los “centros de vicio” y se vincula la prostitución con la delincuencia, y, a su vez, se confunde la delincuencia con la subversión y la deslealtad. En el ambiente de guerra, se relaciona a las prostitutas con el enemigo. Y esta idea encuentra exponentes en la más alta jerarquía, como se ve en un oficio firmado en 1942 por el presidente de la República, Gral. de Div. Manuel Ávila Camacho y enviado a todos los gobernadores del país:

“uno de los peligros que más amenaza y compromete el éxito de nuestro actual esfuerzo de defensa: el de las enfermedades venéreas que provoca mayor número de incapacidades que cualquier otra causa aislada y que tanto en el elemento civil como en el militar, constituye uno de los factores más serios de ineficiencia. Está demostrado, sin género de duda, que el medio más a propósito para la rápida propagación de estos perniciosos males son los centros de vicio, ya que sus residentes, en muy alto porcentaje se encuentran afectadas. Estos centros de vicio son igualmente el foco de un cúmulo de actividades peligrosas y antisociales, que incrementan la delincuencia y que, en las actuales circunstancias, pueden ser utilizados como agencias o bases de operaciones de elementos subversivos y desleales.”³²

Una de las tensiones que aparecen en esta época es cómo aplicar el Reglamento para las enfermedades venéreas, que quita la inspección a las trabajadoras sexuales, sin perder el control de las mismas. Si en la época cardenista el esfuerzo era tratar a estas mujeres igual que al resto de la población, los argumentos muestran que las autoridades, y no sólo las mexicanas, no estaban totalmente dispuestas a perder el poder ganado durante las largas décadas de tratarlas como grupo discriminado. Así, se dice que “por definición” la prostituta es sospechosa de padecer enfermedades venéreas. La Declaración de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1947 muestra este punto de manera explícita:

“E. Establecer el derecho a examinar clínicamente y por medios de laboratorio, a toda persona sospechosa de padecer enfermedad venérea; [...] facilita la solución sanitaria del complejo problema de la prostitución [...] siendo la prostituta por definición, persona sospechosa de padecer enfermedad venérea, se hace posible supervisarla sanitariamente, sin reglamentación previa ni discriminación.” (Salubridad y Asistencia, 1947:32)

Si bien hay un regreso al control de la prostitución, lo que cambia respecto al período de la Reglamentación es que antes de que la Policía Sanitaria las recluya en un hospital, las prostitutas son entrevistadas por “enfermeras visitadoras” que intentan convencerlas de que se hospitalicen de manera voluntaria.

³² AGN, Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección, Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, Vol 59, exp. 7, 129 f, 18 septiembre 1942.

“Hasta ahora son las enfermeras visitadoras las encargadas de hacer cumplir sus obligaciones a los enfermos renuentes, mediante procedimientos educativos y persuasivos; sólo en casos de desobediencia manifiesta entra en acción la Policía Sanitaria para conducir enfermos a los Dispensarios donde deben continuar el tratamiento o para hospitalizarlos. Tal acontece en el caso de las mujeres que figuraron en el antiguo registro de la desaparecida Inspección de Sanidad, que son consideradas como ‘enfermas o sospechosas’, y, de acuerdo con el Artículo 143 del Código Sanitario, deben ‘ser aisladas o vigiladas en lugares apropiados a satisfacción de la autoridad sanitaria, por todo el tiempo que ésta juzgue conveniente’, por esta razón cuando la labor de convencimiento de las trabajadoras sociales fracasa, como fracasa a menudo con estas personas a las que se asigna una reconocida inferioridad mental, no queda otro recurso que el empleo de los métodos de coerción mediante el instrumento más inapropiado que existe, pero el único de que se dispone: el agente de Policía Sanitaria, que las conduce al Hospital donde son internadas las que se encuentran en periodo infectante. La misma conducta debe seguirse con todo enfermo que abandona el tratamiento en condiciones semejantes. Una campaña contra la prostitución, que no es por cierto tarea sanitaria, pero que constituiría una ayuda de gran eficacia para aquilatar el alto valor sanitario, legal y social de la legislación antivenérea vigente, debe emprenderse [...]” (Soto, 1943:228)

La migración, o de manera más general, la movilidad espacial, había aparecido desde décadas anteriores como un factor importante en la diseminación de las enfermedades sexuales. Y dentro de los contingentes que se desplazan se pone el énfasis en las prostitutas. El argumento que sigue contiene calificativos agraviantes para estas mujeres: “frívola caravana”, “sed insaciable de dinero”, que se encuentran lejos de otros argumentos que las concebían como víctimas.

“Pero hay, además, algo que no debemos pasar inadvertido, por su importancia: la población flotante, que precisamente por su movilidad ha sido hasta hoy incontrolable y que, sin embargo, debemos controlar a toda costa, ya que por la naturaleza de los sectores que la integran, es la más expuesta a contraer la enfermedad y a convertirse, por el mismo hecho, en factor peligroso de propagación. Me refiero a esa población heterogénea integrada por agentes viajeros de todas las ramas; militares, especialmente la clase de tropa, que tan frecuentemente son movilizados; y la frívola caravana de meretrices, cuya inestabilidad [sic] es bien conocida, pues fustigada siempre por su sed insaciable de dinero, apenas si permanece en un lugar, el tiempo indispensable para probar fortuna. Quizás sean estos elementos los principales factores, aunque no los únicos, del auge de la sífilis en nuestro País.” (Rodríguez, 1948:247-248).

Uno de los artículos interesantes de este período muestra la discriminación hacia las trabajadoras sexuales. El Hospital Morelos, que albergaba a las trabajadoras sexuales que tenían infecciones venéreas, funcionaba también como Escuela de Ginecología Quirúrgica, y, como da a entender el autor que sigue, realizaba muchas más cirugías mutiladoras que las que eran necesarias, como parte del proceso de enseñanza. Esto muestra una de las razones por las que las trabajadoras sexuales evadían la hospitalización.

“Es oportuno señalar que hasta épocas recientes el Hospital Morelos era considerado como una Escuela de Ginecología Quirúrgica, orientación errónea que pervertía su finalidad y que el actual director ha rectificado, limitando los tratamientos quirúrgicos a unos cuantos casos en que éste se hace indispensable y restringiendo sobre todo la cirugía mutiladora, ya que la inmensa mayoría de las enfermas son mujeres en plena actividad sexual, cuyos padecimientos se alivian o curan generalmente mediante la aplicación de recursos menos radicales.” (Soto, 1949:147).

Los grupos de hombres más mencionados en esta época que contraen las enfermedades de las trabajadoras sexuales son los militares. Un informe señalaba que entre 1936 y 1940 el 75% de los militares tenían o habían tenido alguna de las enfermedades venéreas conocidas (Soto, 1949). Las razones, como advertimos en la cita del Jefe de la Campaña Antivenérea en el DF, se vinculan al cambio de hábitos (se entiende que sexuales) provocados por las grandes movilizaciones y la incertidumbre del mañana.

“La situación de beligerancia de nuestro país ha traído consigo mayor suma de obligaciones no sólo para el Estado sino para todos y cada uno de los ciudadanos de México y entre estas obligaciones no es la menor la guarda de la salud pública, cuya responsabilidad corresponde tanto a las autoridades sanitarias civiles y militares como a cada individuo de la colectividad. De aquí que la Campaña contra las Enfermedades Venéreas que presentan una enorme morbilidad en nuestro país y que determinan la pérdida de gran suma de días de trabajo, lo que disminuye la producción y la riqueza nacionales, y cuyas secuelas ocasionan la invalidez temporal o permanente de gran número de jóvenes para el servicio activo de las armas, requiera, más que nunca, los esfuerzos de todos. [...] Es bien sabido por experiencias anteriores que en tiempo de guerra aumentan las enfermedades venéreas, lo que se debe a la multiplicación de las ocasiones de contagio por el traslado de los contingentes armados, la movilización general que desequilibra la guerra y los hábitos normales de la gente, y el estado de excitación engendrado por los acontecimientos bélicos y la incertidumbre del mañana; por tales razones la Campaña Profiláctica deberá ser forzada, bien imponiendo medidas de emergencia en determinados sectores (Ejército y Marina, por ejemplo), bien simplemente forzando y exigiendo el cumplimiento estricto de las disposiciones sanitarias y legales del tiempo de paz. En las circunstancias apuntadas, mientras el Departamento de Salubridad Pública intensifica la lucha en la población civil y estrecha su colaboración con el cuerpo de Sanidad Militar, éste deberá tomar enérgicas medidas para prevenir los males venéreos en el Ejército.” (Soto, 1943:221-222)

Si bien se había avanzado en suprimir el reglamento de la prostitución, las medidas que se tomaron con los militares en esta época son similares a las que antes se ejercían sobre las trabajadoras sexuales: reclusión y hospitalización forzada.

“La Secretaría de la Defensa Nacional cooperó implantando los mismos métodos de control sanitario, aislamiento, hospitalización y tratamiento forzoso, pero dentro de la disciplina de nuestro Ejército Nacional. El servicio militar obligatorio extenderá a muchos miles de hombres las ventajas de esta organización.” (Sánchez Covisa, 1949:413)

Pero no solamente la preocupación es por los soldados mexicanos, sino, y tal vez principalmente, por los soldados estadounidenses que traspasaban la frontera con México para sus encuentros sexuales. Esto llevó a una intensa campaña de “represión de la prostitución” en Ciudad Juárez, que fue mostrada como ejemplo a seguir a las autoridades de otras ciudades fronterizas. En el “Informe relacionado con la Campaña Antivenérea Cooperativa” queda explícito este interés. Además, sorprende que se presenten como “logros” de la campaña mexicana, las estadísticas del U.S. Public Health Service sobre infección de los soldados de Estados Unidos (Villela, 1943).

Otro de los grupos de hombres que se mencionan durante esta época son los obreros, pero menos que los militares, y con menor argumentación. Se cuentan con referencias sobre censos serológicos aplicados en fábricas, método que se expandirá en años posteriores. También se señalan conferencias dadas en fábricas o agrupaciones sindicales.

“Reacciones de Wassermann practicadas a los trabajadores de la planta de Montaje General Motors: 772; positivas: 51. Reacciones de Wassermann practicadas a los alumnos en la Escuela Hijos del Ejército No. 2: 520; positivas: 24. Reacciones de Wassermann practicadas a trabajadores de la refinería de la Pémex: 74; positivas: 7.” (Soto, 1943:223).

Otro de los argumentos que se reitera aparecido en décadas anteriores es el que considera a las enfermedades venéreas por su impacto en la familia y la despoblación. Importa considerar a los hombres porque estos transmiten las infecciones a sus esposas y ellas, a su vez, a los hijos. Lo que se sugiere como novedad es el divorcio a causa de estos impactos y que tanto esposo como esposa, tras la separación, se convierten en vectores.

“Para la familia es la desunión de los esposos, el fracaso y la decepción de la maternidad, o lo que es peor aún, la descendencia señalada con la marca indeleble de las taras hereditarias. [...] Para la patria es la detención de su desarrollo moral y económico, es la decadencia de la raza, el debilitamiento de la natalidad y la despoblación. [...] Blenorragia y matrimonio. [...] la mayor parte de las veces esta purgación crónica, esta gota militar de apariencia tan inofensiva, que sin embargo es contagiosa, reavivada además por las relaciones más ardientes y repetidas del principio del matrimonio, infectará, contagiará a la virgen, inocente víctima de la imprudencia y de la lujuria del esposo. [...] La mujer amargada por el dolor se vuelve neurasténica, se desune de su marido; el hombre, no encontrando ya en su mujer todas las satisfacciones, las busca fuera del hogar y cada día se aleja más de su esposa. Es así como la blenorragia determina a menudo la supresión de la maternidad y la disolución del matrimonio. Si el divorcio se realiza, estos dos individuos que permanecen contaminados de blenorragia, puede, reanudando nuevos lazos, multiplicar el número de víctimas.” (Soto, 1944: 14-15, 27-29)

Las propuestas políticas de esta época que siguen el enfoque del esquema primario se basan en la represión de la prostitución, bajo el supuesto de que haciéndola menos visible, habrá menores oportunidades de contactos (Hernández Manero, 1942; Soto, 1943). Otras medidas que se propusieron sin éxito se basan en la regulación de la nupcialidad como mecanismo para disminuir los encuentros sexuales con prostitutas, y para disminuir el número de prostitutas. El argumento es que son los jóvenes los que en su tiempo de espera para el matrimonio recurren a las prácticas sexuales con prostitutas. Las medidas propuestas abarcan el fomento de matrimonios precoces o tempranos con leyes favorecedoras, disminución de impuestos a los matrimonios, protección de la infancia, subsidios a matrimonios jóvenes con hijos, a las familias numerosas, becas escolares para los hijos de matrimonios jóvenes, etc., creación de impuestos a la soltería, crecientes para mayores edades, que “producirán una baja

en el número de prostitutas por dos razones: disminución del número de mujeres solteras y de la ‘*demanda de mercancía*’” (Sánchez Covisa, 1949:427).

Los argumentos contra el reglamento de la prostitución. En nombre de la equidad de género. La promiscuidad y la responsabilidad individual.

En continuación con las ideas que llevaron a derogar el reglamento de la prostitución en el período cardenista, se sigue sosteniendo que dicho reglamento contenía una injusticia de género y se cuestiona el papel de “proxeneta” que ejercía el Estado con ese reglamento.

“Es una reglamentación unilateral e incompleta, ya que sólo se aplica a las mujeres y de éstas a un sector muy reducido. La reglamentación no se aplicaba a hombres enfermos de los mismos padecimientos. [...] No faltaron impugnadores a estas bellas realidades de la ‘campana’; el error más importante que señalaban era que el actual reglamento dejaba fuera de control sanitario a las antiguas mujeres registradas. Esto es totalmente inexacto, ya que el reglamento previene el control de todos los enfermos venéreos y sospechosos y no sólo de las mujeres, sino absolutamente de todos los enfermos que estén en período infectante, independientemente de su sexo, oficio y condición.” (Sánchez Covisa, 1949:407, 411)

Esta crítica al reglamento lleva a una nueva manera de comprender el problema de la transmisión de infecciones, considerando a los hombres también como fuentes.

“La reglamentación es unilateral e incompleta en cuanto al control de los enfermos o presuntos enfermos de padecimientos venéreos, ya que por una parte sólo se aplica a las mujeres que se dedican al comercio sexual, y de éstas a un sector muy reducido [...]; por otra parte, este reglamento no se aplicaba a los hombres enfermos de los mismos padecimientos, los cuales disfrutaban de completa libertad para diseminar sus males, lo que inutilizaba totalmente la acción sanitaria ejercida sobre las mujeres, ya que suponiendo que muchas de éstas se encontraran sanas en un momento dado, en pocos días o semanas pasarían a estar contaminadas por los hombres ya que en breve plazo se exponen un gran número de veces a esta contaminación” (Soto, 1949:150)

“si bien es cierto que la promiscuidad sexual en que la prostituta vive trae consigo la infección segura de ella, ya que al cabo de tres años de ejercicio puede considerarse que una de estas mujeres ha sufrido todos los males venéreos, es indudable que sus fuentes de infección son individuos del sexo masculino, sobre los que no se ejerce vigilancia sanitaria” (Soto, 1943:229)

Otra injusticia que se señala es que el reglamento establecía un símil de un sistema de castas, que incluía la persecución y represión de las trabajadoras sexuales.

“Desde el punto de vista social el reglamentarismo crea una casta inferior, pues al inscribir a una mujer y darle su patente la sujeta a las prescripciones de un registro sanitario que no se extiende al resto de la población y la somete a investigación y persecución policíaca que la colocan casi en calidad de delincuente [...]. Podría pensarse que considerada la prostitución como una válvula de escape de los instintos viriles que protege al resto de la sociedad, esta misma sociedad, agradecida, sería generosa con las que se sacrifican por su bien; pero sucede todo lo contrario: la mujer seducida tropieza en todas partes con manifiesta hostilidad, llega a tener la sensación de que su catástrofe es irreparable y su desesperación y la falta de ayuda la hacen caer cada vez más bajo.” (Soto, 1949:151-152)

Uno de los argumentos más repetidos de crítica contra el reglamento es que la lucha contra las enfermedades venéreas se convierte en la lucha contra la prostituta.

“hace de la lucha contra las enfermedades venéreas una lucha contra la prostituta, como si para luchar contra una enfermedad cualquiera fuese menester vejar y denigrar al infeliz enfermo” (Soto, 1949:152)

Por otra parte, además de la inequidad de género, se cuestiona la política de la reglamentación basada en desigualdades de clase. El reglamento no se aplicaba a todas las trabajadoras sexuales por igual, sino que había prerrogativas para aquellas consideradas de la clase “aristocrática”.

“En la ciudad de México, las mujeres inscritas en la antigua Inspección de Sanidad habían sido calificadas como sigue: A).-Mujeres de casas de cita. B).-Mujeres de cabarets. C).-Mujeres de cervecerías. D).-Mujeres de rodeo y accesorias, designadas como de rodeo a las que circulan libremente por las calles incitando a los transeúntes. Esta clasificación era arbitraria, puesto que lo importante para la Salubridad Pública sería clasificarlas en sanas y enfermas [...]; y en cambio dejó de clasificarse un grupo muy importante, que podría considerarse como el sector aristocrático, ya que corresponde a mujeres de mejor posición económica y más alta categoría por la clase de las casas a que concurren y por los emolumentos que devengan; este grupo gozaba del favor y prerrogativas que la Inspección de Sanidad les otorgaba enviando especialmente a determinadas casas donde ellas deberían reunirse, y en días fijos señalados de antemano, médicos y enfermeras para practicar el examen clínico, en tanto que las que no gozaban de este privilegio deberían presentarse semanalmente en el local de la Inspección de Sanidad. [...] existía una contradicción flagrante entre los principios generales que orientan la administración pública del país hacia la supresión de castas, prerrogativas y privilegios, ya que el factor económico tenía una influencia preponderante para evadir o atenuar el cumplimiento de la ley y esto con el acuerdo y complicidad de las mismas autoridades encargadas de cumplirla.” (Soto, 1949:154-155)

Desde principios de siglo se había establecido una relación entre la ocupación de las mujeres en el trabajo sexual y en el trabajo doméstico. En esta época se sigue señalando que la mayoría de las mujeres que ejercen el comercio sexual no lo hacen de manera exclusiva, sino que son sirvientas que necesitan completar su presupuesto. Se dice, además, cómo llegan a dedicarse a la prostitución:

“Generalmente la doméstica no está prostituida al ingresar a la servidumbre; se prostituye más tarde bajo la influencia de las amistades: sus compañeros de servicio, el tendero de la esquina, el muchacho repartidor, con quienes concurre a los bailes de barriada o a los grandes salones de abigarrada, promiscua y nutrida concurrencia de donde, bajo la influencia de una música primitiva y sensual, de los vapores de bebidas baratas y del ritmo desorbitado del baile moderno, salen al cuarto del Hotel o a la “Leonera” de sus galanes de ocasión; a esos salones ocurría con frecuencia uno de mis clientes, hombre de cierta jerarquía gubernamental, en busca de ‘gatitas’ para su esparcimiento y solaz y es allí también donde acuden en busca de nuevas ‘pupilas’ para engrandecimiento y auge de su comercio, proxenetas y rufianes, celestinas y alcahuetes.” (Soto, 1949:162-163)

Una de las razones por las que se quitó el reglamento de la prostitución fue la aceptación de que la mayoría de la población se enfrentaba al problema de las enfermedades venéreas, y no sólo un grupo de mujeres. Además, en esta época se constatan las infecciones asintomáticas.

“Ni la juventud ni la senectud preservan de la sífilis; ataca a todas las edades y se encuentra con igual frecuencia en ambos sexos; sus víctimas pertenecen a todos los medios sociales; ricos y pobres, elegantes y harapientos, todos son iguales delante de la sífilis como delante de la muerte. Ni la constitución física ni el estado de salud influyen en su inoculación; el hombre casto y vigoroso la contrae con la misma facilidad que el lujurioso del cuerpo debilitado; a lo más, en este último, sobre todo si es alcohólico, el

desarrollo de la sífilis puede ser más grave. En fin, hemos dicho ya que en tratándose de enfermedades venéreas no debe uno fiarse de las apariencias; se puede ser sifilítico sin que esto se vea, sin que nada en el aspecto exterior permita adivinarlo ni sospecharlo siquiera. (Soto, 1944:4-5)

Si bien se asume la generalidad de las enfermedades venéreas, se sostiene que ocurren en mayor medida entre los menos “cultos”.

“se dice que de sesenta a ochenta por ciento de los hombres la han tenido o la tienen; en suma es verdaderamente raro que un hombre llegue al matrimonio sin haber tenido previamente uno o varios ataques de blenorragia. Naturalmente la proporción que hemos indicado es variable, disminuyendo en razón inversa de la cultura de las diversas capas sociales.” (Soto, 1944:15)

Si se acepta que las enfermedades venéreas no se relacionan sólo con la prostitución, y que la población general las padece, se esgrimen justificaciones sobre las conductas sexuales en las que se basan, y un argumento menciona la “promiscuidad”, presente en todos los lugares.

“encontré el aspecto de la campaña antivenérea sumamente descuidada, al grado que pudiera decirse que no existía, ya que ningún enfermo estaba en tratamiento, pues el concepto que había imperado era que estas enfermedades no constituían problema del lugar, ya que no existía la prostitución organizada comercialmente. Convencido de que si bien es esta la mayor fuente de diseminación de estos males, no es el único y de que en todos los lugares, por existir, desgraciadamente, la promiscuidad sexual, el problema venéreo que la acompaña siempre, existe y es uno de los más difíciles de resolver, me propuse comprobarlo haciendo exámenes sistemáticos a sospechosos y sus contactos y a las embarazadas de la clínica prenatal, estableciendo el tratamiento a quienes resultaron positivos.” (Yrizar Lasso, 1946:99)

En esta época también se relaciona promiscuidad con hacinamiento y pobreza.

“lo tremebundamente amontonados que viven muchos de los habitantes de México; hay que haber pasado por esas vecindades y esos miserabilísimos barrios, no sólo en el Distrito Federal, sino en todas las pequeñas y grandes ciudades de nuestro país, para darse cuenta de la promiscuidad peligrosísima en que viven muchas familias mexicanas; un gran número de nuestros paisanos dispone de una sola habitación y a veces de una sola cama, donde descansan sus tristes organismos, padres e hijos, hermanos y hermanas, esto a veces agravado por algunos otros familiares recogidos; en estas condiciones, la moralidad, la decencia familiar y el pudor mínimo, son muy difíciles, por no decir imposibles, siendo en términos generales, el punto de partida de iniciaciones sexuales precoces, de inclinaciones hacia la prostitución, y cuando no, de la producción de otros delitos mayores.” (Sánchez Covisa, 1949:426)

Una de las consecuencias de generalizar el problema de las infecciones sexuales hacia el conjunto de la población fue la insistencia en la prevención en mujeres embarazadas como sector privilegiado, especialmente para combatir la sífilis congénita. Ya no se trata sólo de las que tienen sintomatología, sino que se busca encontrar a todas las mujeres infectadas mediante la realización de censos serológicos (Campos Salas, 1948; Soto, 1949).

Las políticas nacionales en este período se enfocaron a tratar de hacer cumplir los lineamientos de la Campaña para las Enfermedades Venéreas, que se basaban en la supresión de la reglamentación a nivel nacional, a lo que se llamó “represión de la prostitución” (Hernández Manero, 1942; Soto, 1943), en la curación obligatoria y en la solicitud del certificado prenupcial (Soto, 1949). Si bien permanece la obligatoriedad para el personal de

salud de notificar los casos de enfermedades sexuales, es claro que no se pone el énfasis en su cumplimiento.

“Es pavoroso el problema que significan las enfermedades venéreas en nuestro país, cuya morbilidad, sobre todo por lo que respecta a sífilis y blenorragia, es muy alta, aunque las estadísticas de Salubridad y Asistencia sean incompletas, ya que sólo se refieren a los enfermos hospitalizados y los sujetos a tratamiento en sus hospitales y dispensarios, puesto que no se han querido imponer las sanciones que ameritan la mayor parte de los médicos que no cumplen el deber reglamentario de la declaración obligatoria.” (Soto, 1949:140)

Se fomentó la investigación de contactos y los censos serológicos, como forma de encontrar a los casos infectados para proporcionarles tratamiento (Campos Salas, 1948; Rodríguez, 1948). La base de esto es que se comenzó a concebir a las infecciones sexuales como cualquier enfermedad infecciosa.

“Resultado de la campaña. 1° Desde un punto de vista estrictamente sanitario, la prevención de las enfermedades venéreas no constituye sino un capítulo de la prevención de las enfermedades transmisibles y, así, se aplican a este sector las mismas normas generales de la epidemiología. 2° Los enfermos en período infectante se consideran como fuentes de infección, independientemente de su sexo, edad y oficio, y se procede a su aislamiento cuando es necesario. 3° A los promiscuos sexuales, prostitutas o no, se les aplican los ordenamientos sanitarios si están enfermos; los no enfermos quedan sujetos a las leyes y reglamentos comunes a toda la población. [...] 5° Con el certificado prenucial [sic] se evitan la sífilis congénita y la oftalmía purulenta y, con el Método de Credé obligatorio, esta última infección.” (Soto, 1949:179)

Hay un énfasis menor que en épocas pasadas en la educación sexual, y comienza a hablarse de la responsabilidad individual respecto a contraer una infección.

“Por otra parte, no parece ni justo ni moral, sin caer en un extremo de liberalidad, por no emplear otro término, incluir entre las obligaciones del Estado a los contribuyentes la de proporcionarles mujeres con garantía de salud. Sí es un deber gubernamental el educar a los ciudadanos, el señalarles el peligro, el enseñarles a evitarlo y el facilitarles la adquisición de elementos de prevención; pero queda como un asunto de responsabilidad individual exclusiva el exponerse al peligro y el contraer una enfermedad venérea.” (Soto, 1943:229)

Una de las medidas llamativas que se incluyen en la declaración de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana es la promoción de la abstinencia sexual. Como vimos en los argumentos de épocas anteriores, los salubristas mexicanos no creían que la promoción de la abstinencia fuera una medida exitosa para basar la campaña contra las enfermedades venéreas, y marcaban la diferencia entre otros pueblos y el mexicano. En el texto aprobado por el conjunto de países participantes en la Conferencia, se nota cierta tensión entre promover la abstención y señalar las limitaciones de la medida.

“La abstinencia sexual hasta el matrimonio, se reconoce como el medio más efectivo de profilaxis venérea y se considera como una medida aplicable solamente a minorías selectas, lo cual reduce su eficacia práctica. Aunque debe ser preocupación de moralistas y religiosos, las autoridades sanitarias reconocen su utilidad.” (Salubridad y Asistencia, 1947:29)

La enseñanza sobre el condón y las pomadas como métodos profilácticos se propone sólo para el hombre, y en especial para los militares.

“La profilaxis química y mecánica, es recomendable como sistema de efectiva profilaxis, cuando se emplea hábil e inteligentemente. Aunque sólo rinde sus mejores resultados en grupos disciplinados y bien entrenados en su uso, por ejemplo, en los ejércitos, su enseñanza debe formar parte de la instrucción anti-venérea que se imparta a grupos masculinos, a partir de la pubertad.” (Salubridad y Asistencia, 1947:29-30)

La preponderancia de las opiniones de los delegados de Estados Unidos puede leerse también en la forma en que se propone hacer propaganda y divulgación preventiva: a través de organizaciones privadas.

“Para la realización de la propaganda popular o divulgación, se aconseja la creación, estímulo y apoyo a organizaciones privadas, integradas por representantes de todas las clases sociales, que servirán para dar a éstas una participación activa en la campaña; y actuando como voceros de los organismos oficiales, harán llegar el mensaje de la divulgación, a todos los ámbitos de la sociedad.” (Salubridad y Asistencia, 1947:30)

También se recomienda la inclusión de la educación sexual en las escuelas primarias y secundarias, hecho que no sucederá en México hasta mediados de la década de 1980.

“Se recomienda que por los Ministerios de Educación o Instrucción Pública de las naciones americanas, se incluya en el programa de las enseñanzas primaria y secundaria, la educación sexual, dosificada al momento pedagógico de los diversos grados.” (Salubridad y Asistencia, 1947:30-31)

Además de las medidas ya puestas en práctica en México de declaración obligatoria de las enfermedades venéreas, de tratamiento obligatorio, del examen prenupcial, de delito de contagio venéreo, de creación de dispensarios, la declaración de la XII Conferencia Sanitaria Panamericana agrega: establecer el derecho a examinar clínicamente y por medios de laboratorio, a toda persona sospechosa de padecer enfermedad venérea; establecer el examen prenatal, es decir, el ordenar la práctica de exámenes serológicos de sífilis, y clínicos y de laboratorio para las otras enfermedades venéreas, en los primeros meses de la gestación, y posteriormente en los meses finales; conceder exención arancelaria a la importación de los medicamentos de eficacia venérea y librar de gravámenes su producción industrial; la adopción de un esquema de tratamiento estándar de la sífilis reciente, de acuerdo con los conceptos científicos vigentes; la realización de censos serológicos, investigando colectivamente diversos sectores de la población, como un mecanismo eficaz para descubrir el reservorio de la sífilis latente y, en menor escala, casos recientes contagiosos; y la inclusión de exámenes clínicos y de laboratorio ‘eliminativos’ de enfermedades venéreas entre los requisitos sanitarios exigibles para autorizar el desempeño de oficios o profesiones

en contacto con el público, manipulación de alimentos, cuidado de niños o propicios a la transmisión de infecciones.

En 1948 se reúne la Conferencia Sanitaria Panamericana en México, y el Dr. Wright, de la delegación de los Estados Unidos sintetiza la línea política basada en la terapéutica, que será esencial en las décadas siguientes. Llama la atención que no considera práctico tratar de modificar los hábitos sexuales, fin que perseguían todas las propuestas de educación sexual:

“Teóricamente hay otros modos de abordar el control de las enfermedades venéreas, entre ellos: la modificación de los hábitos sexuales del género humano; la producción de vacunas aceptables y eficaces; y el uso de la profilaxis. La primera de estas alternativas es demasiado ardua para merecer consideración amplia por los hombres prácticos. Por otra parte, no contamos con una vacuna eficaz contra ninguna de las enfermedades venéreas, y tampoco se ha inventado un profiláctico de valor práctico comprobado, para uso de poblaciones civiles. La responsabilidad del control recae, pues, sobre la terapéutica.”
(Wright, 1948:254)

1953-1960. LA EXTENSIÓN DE LA PENICILINA. LOS CENSOS SEROLÓGICOS EN GRAN ESCALA Y LA INVESTIGACIÓN DE ‘CONTACTOS’. COMIENZOS DE LA LITERATURA SOBRE RESISTENCIA BACTERIANA A LOS ANTIBIÓTICOS.

Esta etapa corresponde a la presidencia de Adolfo Ruíz Cortines y una parte de la de Adolfo López Mateos. Fueron años de crecimiento económico y de expansión del gasto público, así como de gran crecimiento demográfico. La tasa de crecimiento poblacional hacia 1960 era de 3.28%. Hubo grandes movilizaciones de población, migrando del campo a las ciudades. Hubo grandes inversiones gubernamentales en infraestructura, energía y comunicaciones, así como protección de la inversión privada ante la competencia exterior (Aboites Aguilar, 2004). En 1953 se instaura derecho al voto de las mujeres. Pero el modelo mostraba grandes injusticias, y la distribución del ingreso era claramente regresiva. La guerra fría entre Estados Unidos y la Unión Soviética y la revolución cubana de 1959, marcan las relaciones internacionales, donde México no sigue las instrucciones de Estados Unidos de aislar a Cuba. Al interior del país, en cambio, son reprimidas las manifestaciones populares o huelgas con el ejército (Meyer, 1981).

En cuanto a las ITS, la extensión del uso de la penicilina en el tratamiento de la sífilis supone un cambio sustancial en el combate a esta enfermedad. Arias (1953) reconoce, a diez años de su descubrimiento, que la penicilina revolucionó la profilaxis y los tratamientos, y que no hay precedentes médicos de una enfermedad o un medicamento que en un decenio haya provocado tanto trabajo, publicado una extensa bibliografía y haya suscitado tantas reuniones internacionales. Incluso señala que la penicilina abatió en el mundo la morbilidad de la sífilis

al grado que para mediados del siglo XX era difícil encontrar “sífilis florida” para la enseñanza médica (Arias, 1953). La terapia basada en la aplicación de la penicilina logró niveles de eficacia tales que la meta que se propone a partir de este período es la erradicación de la sífilis (Morones Prieto, 1957). La idea de la erradicación marcará las políticas: de acciones en grupos específicos se pasará a buscar cada caso de infección en toda la población. Esto da inicio a la búsqueda sistemática de casos a través de los censos serológicos (Campos Salas, 1957; Arias, 1959).

Un nuevo Código Sanitario se publica en 1955 durante el sexenio de Adolfo Ruiz Cortines. Este Código continúa la política de prohibición de medidas que aconsejen al público prácticas anticoncepcionales o abortivas (artículo 24), al tiempo que declara de interés público la campaña contra las enfermedades transmisibles (artículo 73), tales como chancro blando, gonococias (blenorragia y oftalmía purulenta), treponemosis (sífilis y pinto), linfogranuloma venéreo, entre otras (DO 1° de marzo de 1955).

La Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas de la Secretaría de Salubridad y Asistencia tenía una extensa red nacional de servicios antivenéreos oficiales, semioficiales y aún particulares, representados por dispensarios específicos, centros materno-infantiles, hospitales, consultorios, que trabajaban siguiendo sus normas. El órgano responsable por parte del gobierno era la Jefatura de la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas, oficina técnica dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que se coordinaba con instancias tales como la Dirección General de Servicios Coordinados en los Estados, la Dirección General de Servicios Rurales Cooperativos, la Dirección coordinadora de los Centros de Bienestar Social Rural, la Dirección de Asistencia Materno Infantil, la Dirección de Asistencia Médica, la Dirección de Salubridad en el D.F., etc. A estas direcciones pertenecían los dispensarios antivenéreos, unidades sanitarias, centros de higiene, hospitales, maternidades, laboratorios, etc. (Campos Salas, 1957). Si la meta del período era la erradicación de la sífilis, para lograrla se proponía también la acción conjunta de todos los profesionistas de la medicina (públicos y privados). Comienza a hablarse de capacitar incluso a las parteras (tituladas o empíricas) para llegar a la mayor población posible. Para acceder a la notificación de los casos descubiertos y tener facilidades para la investigación de contactos, la Secretaría de Salubridad proporcionaba a los estados y a las sociedades de médicos penicilina a precio de costo y facilidades para la práctica de reacciones serológicas

(Campos Salas, 1957). La atención de los pacientes se va desplazando de la medicina institucional a la práctica privada incluyendo a las parteras y pasantes de medicina y muchas veces también se recurre a la automedicación, especialmente porque los antibióticos son de fácil acceso y de bajo costo (Morones Prieto, 1957).

Y en torno a este renovado interés por la sífilis y la gonorrea, las autoridades nacionales de Salubridad elaboran un Manual sobre enfermedades venéreas dirigido a los profesionales de la medicina en general con el objetivo de orientarlos en la solución de problemas (Campos Salas, 1957).

Parte de la política gubernamental del período fue ratificar los Convenios Internacionales sobre la Represión de la Trata de Blancas de París de 1904 y de mayo de 1910, así como el Convenio para la Represión de la Trata de Personas y la Explotación de la Prostitución Ajena de 1950 (DO 28 de febrero de 1955 y DO 19 de junio de 1956).

En el ámbito de la investigación comienza a aplicarse la prueba V.D.R.L. y la elaboración del antígeno utilizado en la misma a base de cardiolipina, que se distribuye a los laboratorios oficiales y privados (Campos Salas, 1957).

También en este período comienza a hablarse de la resistencia a la penicilina, y se señala que esta resistencia se dio cuando pudo ser adquirida a bajos costos y distribuida en forma masiva (Ruiz Sánchez, 1957). Sin embargo, hay argumentos que señalan que si bien este pudo ser el origen de la resistencia en EUA, también hay desconocimiento y errores en la interpretación de algunos casos y se atribuyen cepas resistentes en enfermedades para las que no se da el fenómeno (como sífilis y gonorrea), siendo otros los factores de la falta de curación (González Ochoa, 1957). Por otra parte, empiezan a mencionarse las reacciones graves a la penicilina, ya sea reacciones cutáneas alérgicas o incluso reacciones de tipo anafilácticas (Campos Salas, 1959).

En esta época se publican dos artículos sobre virología, y se habla del herpes, pero no del herpes genital. Se advierte que todavía no había distinción entre tipos de herpes y que aún no se señala la existencia del virus del papiloma humano. Dentro de las enfermedades venéreas debidas a virus sólo se incluye el linfogranuloma venéreo (Gutiérrez Villegas y Sosa Martínez, 1955; Campillo Sáinz, 1955).

Los argumentos del esquema primario: prostituta como mujer venérea.

Se cuenta con muy poca información para este período sobre los grupos considerados como responsables de transmitir enfermedades venéreas, en parte quizás porque la revista Salud Pública de México interrumpe su publicación entre 1948 y 1959.

El nuevo Código Sanitario del 1° de marzo de 1955, mantiene vigente el uso de las tarjetas sanitarias para controlar a la población infectante.

“Artículo 89.- Sólo las personas que por su estado de salud cuenten con tarjeta sanitaria al corriente, expedida conforme al respectivo reglamento, podrán dedicarse a trabajos o realizar actividades mediante los cuales se pudiera transmitir alguna de las enfermedades enumeradas en el artículo 73.” (DO 1° de marzo de 1955)

El argumento del esquema primario de considerar a las prostitutas fuente de contagio está presente durante la presidencia de Adolfo Ruiz Cortines. Ya no se recluye a las prostitutas pero siguen los argumentos de represión de la prostitución y se aconseja la promoción de programas profilácticos, consistentes en la aplicación de penicilina en forma periódica en aquellas comunidades donde hay prostitución organizada. Hay que destacar que se aconseja la aplicación de penicilina aún sin evidencia de infección, sólo porque la prostituta es considerada como mujer venérea por excelencia, y sin atender a la literatura científica que muestra que puede haber reacciones alérgicas por el uso de penicilina y la aparición de cepas resistentes de otras infecciones que pueden ser concomitantes. El Jefe de la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas recomienda:

“La represión de la prostitución, para hacer difícil el encuentro y el contacto con la mujer enferma venérea por excelencia: la prostituta. Mientras en algunos lugares del país persista la prostitución organizada en comercio público, actuando en zonas rojas y en lugares bien conocidos de las comunidades, es aconsejable la aplicación periódica de penicilina de absorción y eliminación retardadas al grupo de mujeres que por sus actividades están más expuestas a enfermarse y a diseminar su infección. Estos programas profilácticos establecidos en un número cada vez mayor de las citadas poblaciones, han logrado disminuir significativamente el peligro que significa el Reglamentarismo de la Prostitución.” (Campos Salas, 1957:12)

En los reportes de encuestas serológicas, si bien se incorporan otros grupos de población a estudiar, las “meretrices” siguen siendo presentadas con los mayores porcentajes de infección (Arias, 1959).

Los argumentos sobre la población en general y los nuevos grupos: choferes, policías y meseras.

Aunque sigue hablándose de las prostitutas como el grupo con mayor prevalencia de enfermedades venéreas, aparece en este período la idea de que cualquier persona puede estar infectada. Por ello ahora se hace énfasis en el entorno familiar y se promueve la atención prenatal para evitar la sífilis congénita.

“Se precisa de un esfuerzo colectivo para descubrir los pacientes venéreos que en relación con los enfermos conocidos existen en el seno de las familias; es necesaria una acción coordinada para disminuir significativamente la sífilis congénita mediante los cuidados prenatales específicos.” (Morones Prieto, 1957:8)

Los grupos que aparecen señalados en los censos serológicos, además de las trabajadoras sexuales, son los obreros, los campesinos, los empleados, los mozos, choferes, la servidumbre, los soldados, los policías, las embarazadas, los adolescentes, los escolares menores de 15 años, los presos. Y las prevalencias presentadas son:

“En nuestros días, los censos serológicos realizados por la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas, en algunos grupos de población indican que el problema, aunque de franca tendencia descendente, aún está en pie, oscilando la serología positiva entre los siguientes porcentajes: obreros del 3 al 12; campesinos del 2 al 10; empleados del 2 al 9; mozos, choferes y servidumbre del 10 al 20; soldados del 3 al 13; policías del 8 al 20; embarazadas del 2 al 8; adolescentes del 1 al 3; escolares menores de 15 años 0.5 al 1.5; en presos del 10 al 20 excepto en el D.F. que fue del 30 al 42; en meretrices del 10 al 30 excepto en el D.F. que fue del 35 al 56%.” (Arias, 1959:239)

Esta época está marcada por el énfasis en la justificación de la realización de censos serológicos. Se habla de hacerlos en “núcleos de población con elevada incidencia”, pero no se explicitan los criterios de determinación de la “elevada incidencia”. La búsqueda sistemática con el examen prenupcial y durante el embarazo muestra el interés de considerar a la población en general como sujeto de riesgo.

“b) Incrementar la demanda de las reacciones serológicas y otros estudios de laboratorio en enfermedades venéreas, sobre todo en los núcleos de población con elevada incidencia de estos males y durante el embarazo. c) La investigación rutinaria de padecimientos venéreos, en todos los contactos de los enfermos infectantes: sífilíticos en periodo primario o secundario, embarazadas sífilíticas, sífilíticos recientes latentes, madres con sífilis, casos de gonorrea en hombres, etc. que se enumeran según su importancia.

4. La prevención de nuevos casos depende de: a) El encuentro oportuno y tratamiento inmediato de las fuentes de infección, es decir, de los enfermos infectantes y sus contactos. La sífilis congénita será casi totalmente evitada cuando se logre hacer rutinariamente el estudio serológico prenupcial y sobre todo el prenatal realizado oportunamente en cada embarazo, es decir, un primer examen antes del 4º mes, durante la primera consulta y otro más, al final de la gestación.” (Campos Salas, 1957:11-12)

Todos los centros donde se da atención a mujeres embarazadas están obligados a hacer estudios para detectar la sífilis y practicarles a recién nacidos de madres sífilíticas un estudio

del cordón umbilical. La idea prevaleciente es que los pacientes que se presentan a la consulta por cualquier enfermedad deben ser examinados para descartar una posible enfermedad venérea. Esto significa que no sólo se trata de algunos grupos de población, sino la población en general la que es considerada como posible portadora de una infección sexual. La facilidad del examen de VDRL puede ser uno de los elementos que ayudaron a ampliar a la población bajo estudio.

“El médico, la partera, el laboratorista y el estudiante de medicina, ya sea desde una posición oficial o en su práctica privada, tienen las mejores oportunidades de realizar los dos objetivos citados. Magníficas posibilidades de descubrir enfermos venéreos se presentan cada vez que un paciente acude a una consulta médica por cualquier causa.” (Campos Salas, 1957:14)

“VIII.- Los médicos, parteras, las comadronas y el personal médico de las maternidades o de cualquier otro establecimiento en donde se atiendan mujeres embarazadas, tienen la obligación de practicar a éstas la toma de sangre y remitir los especímenes a los laboratorios de la Secretaría de Salubridad y Asistencia para sus análisis serológicos, a fin de investigar la sífilis. [...]

IX.- El personal médico de las maternidades o de cualquier otro establecimiento en donde se atiendan mujeres embarazadas está obligado a practicar la investigación microscópica por medio del campo oscuro, de la presencia del treponema pálido en el producto obtenido por el raspado del endotelio venoso del cordón umbilical de los recién nacidos de madres sifilíticas, dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento y de cualquier lesión dermatológica cutánea o mucosa que presente al nacer o llegue a presentar el recién nacido durante su permanencia en el establecimiento.

X.- Los médicos, las parteras, las comadronas y el personal médico de las maternidades o de cualquier otro establecimiento en donde se atiendan a mujeres embarazadas, están obligados a practicar la toma de sangre de los recién nacidos hijos de madres sifilíticas.” (Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1957: 117-118)

La política que establece que los médicos reporten a los pacientes con sífilis y gonorrea está presente en el nuevo Código Sanitario, y también obliga a los jefes de laboratorios de diagnóstico, a los directores de hospitales, escuelas, fábricas, talleres y asilos; a los jefes de oficinas, establecimientos comerciales o de cualquier otra índole; y en general, a toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tengan conocimiento de alguno de los casos de enfermedades. Sin embargo ahora se señala que será la autoridad sanitaria quien determine a qué enfermo deberá excluirse de los sitios de aglomeración de individuos (DO 1 de marzo de 1955).

Por otra parte, la investigación de contactos de los casos ya diagnosticados (es decir, de las personas con quien el sujeto haya tenido relaciones sexuales) sigue siendo una política de búsqueda de nuevos casos, que llega hasta el hogar familiar. Se sugiere a los salubristas no indagar en forma inquisitoria cómo se contrajo la enfermedad, sino tratar de dar tranquilidad a sus pacientes en aras de que revelen todos sus contactos para darles tratamiento. Se clasifica a los contactos a investigar en “sexuales” (los nombres y datos de identificación de todos los contactos habidos) y “familiares” (todos los contactos familiares, especialmente

niños y compañero marital), y se establece a quién deberá investigarse según la etapa de la sífilis (reciente o tardía). La idea de que la enfermedad se obtiene fuera del hogar aparece bajo la sentencia de que al dar los nombres de los contactos sexuales no se hará nada que pueda crearle conflictos familiares o sociales (Campos Salas, 1959).

“Sobre la base de una cuidadosa información al paciente acerca de que la sífilis es una enfermedad transmisible, para la cual no hay inmunidad; de asegurarle que no se divulgará ninguna información que puede identificarle, si así le conviene; de que no se hará nada que pueda crearle conflictos familiares o sociales, y de que sólo se pretende ayudar a otras personas posiblemente enfermas, que sólo él conoce, la investigación de contactos tendrá por objetivos principales, los siguientes: 1. Obtener los nombres y datos de identificación de todos los contactos, según el diagnóstico formulado. 2. Ofrecer al paciente todas las facilidades que existan para que en forma enteramente confidencial sean entrevistados y examinados sus contactos y para que reciban tratamiento los que así lo ameriten. 3. Planear con el enfermo la mejor manera de lograr el pronto examen de dichos contactos y la colaboración que él dará a ese respecto, y 4. Llevar a cabo el examen médico de los contactos declarados, o cuando menos el estudio serológico.” (Campos Salas, 1959:126)

Se menciona en esta época explícitamente la posibilidad de que las personas tengan relaciones sexuales extramaritales y se advierte a los médicos que no deben tener actitud de censura.

“5. En todos los casos de personas que hacen vida marital, es necesario investigar con especial interés el nombre de los contratos extramaritales. 6. Al entrevistar un paciente deberán evitarse las actitudes de censura o de extrañeza en relación con su conducta.” (Campos Salas, 1959:127)

Pero aunque la población general es la que es vista padeciendo enfermedades venéreas, sin embargo la idea de la promiscuidad sexual aparece como un argumento para señalar nuevos grupos como los choferes, las meseras y los policías.

“3. El descubrimiento del mayor número de casos venéreos, está en relación directa con la intensidad con que dichas autoridades sanitarias y los profesionistas de la medicina apliquen los tres métodos clásicos que sirven para ello: a) Información antivenérea a la población y principalmente a los grupos en que, por sus hábitos de promiscuidad sexual, es frecuente una alta incidencia de estas enfermedades: choferes, meseras, policías, etc.” (Campos Salas, 1957:11)

1960-1970. LOS MARINOS MERCANTES. ENCUESTAS SEROLÓGICAS: LOS OBREROS Y LA DISCRIMINACIÓN LABORAL POR SÍFILIS

Este período corresponde a la segunda parte de la presidencia de Adolfo López Mateos (1958-1964) y la de Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970). Es una época de conflicto social, marcada también por la insurgencia de movimientos guerrilleros. Un importante movimiento de médicos internos y residentes de las instituciones públicas (IMSS, ISSSTE) fue enfrentado por el gobierno de Díaz Ordaz en su inicio. Como en otros lugares del mundo, tuvo lugar el movimiento estudiantil de 1968, acontecimiento que tuvo como desenlace la matanza de

Tlatelolco, en la que murieron decenas de personas y centenares fueron llevadas a la cárcel (Aboites Aguilar, 2004).

La década de 1960 representa un momento de corte en el pensamiento sobre las infecciones de transmisión sexual, donde comienza la etapa que después fue llamada de “olvido” de estas enfermedades (Mazín, 1999). Los grandes logros tecnológicos obtenidos por los masivos tratamientos con antibióticos y las nuevas pruebas diagnósticas permitieron, como se vio en el período anterior, que ya no se pensara sólo en disminuir la incidencia de las dos enfermedades relevantes (sífilis y gonorrea) sino en su erradicación (Campos Salas, 1961). Sin embargo, y gracias al efecto de estos logros, comienza a hablarse de la despreocupación de la comunidad médica respecto de estos males. Justo porque pueden tener una rápida curación, las autoridades sanitarias alertan sobre la posibilidad de que dejen de ser vistos como problemas (Campos Salas, 1965). Esto repercute en una disminución del reporte de los casos, tanto porque los médicos no consideran la necesidad de notificar a la autoridad como porque comienzan a realizarse estudios que muestran que las personas recurren a la automedicación a partir de la venta libre de la penicilina en las farmacias (Campos Salas y Montañó Vallejo, 1968). Sin embargo, la emergencia de resistencias a los antibióticos o de pérdida de sensibilidad (especialmente de la gonorrea) hace que las autoridades sanitarias sigan llamando la atención de la comunidad médica para continuar la campaña contra estas enfermedades (Campos Salas, 1961).

Por otra parte, la invención de técnicas de laboratorio que comienzan a aplicarse de manera masiva para detectar sujetos infectados aún antes de la aparición de síntomas (como el V.D.R.L. de la década anterior y la prueba confirmatoria FTA-Abs que aparece en este período) es vista como la solución para cortar la cadena de infecciones. Pero el límite se advierte también en esta década: la búsqueda sistemática y masiva de casos de sífilis deriva en discriminación laboral (Campos Salas, 1960). La actitud de los empresarios de expulsar de los trabajos a quien presente serología positiva es vista como socialmente injusta y médicamente absurda (Campos Salas, 1960). Y dado que estas enfermedades siguen siendo consideradas de “estigma popular” (Bravo Becherelle, 1960) comienzan a buscarse mecanismos que garanticen la confidencialidad de los resultados (Campos Salas, 1960). Otro medio de encontrar infectados sigue siendo la investigación de contactos sexuales de los casos diagnosticados (Salud Pública de México, 1964).

Otro de los elementos de discusión en la época es si debe darse tratamiento de penicilina sólo a los que han demostrado estar infectados (por síntomas o por prueba de laboratorio) o si es conveniente aplicarlo de manera preventiva a aquellos que se consideran expuestos a la infección, aún cuando la prueba diagnóstica haya dado negativa y no presenten sintomatología (Campos Salas, 1962).

Además de los grupos considerados en la etapa anterior (especialmente los obreros) se agregan los braceros y los marinos mercantes. Se pone gran énfasis en los adultos jóvenes y los adolescentes. Aparece como preocupación la falta de exámenes de laboratorio en la población rural y el reporte de un número menor de casos en las mujeres. Si bien se menciona a las trabajadoras sexuales como fuentes seguras de infección, sólo en pocos textos aparece la mención explícita a este grupo de población. El gobierno advierte sobre la existencia de casos de sífilis congénita, que podrían ser fácilmente evitados con los tratamientos existentes. Junto de las encuestas serológicas, comienza a mencionarse la necesidad de realizar estudios de conducta sexual.

Entre las políticas de extensión de la salud a la población bajo el gobierno de Adolfo López Mateos se encuentra la creación en 1960 del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los trabajadores del Estado –ISSSTE- (DO 30 diciembre 1959).

El intercambio de ideas con autoridades que se ocupan de las enfermedades venéreas en Estados Unidos es periódico en esta etapa a través de las reuniones anuales de la Asociación Fronteriza Mexicano Estadounidense de Salud (Campos Salas, 1965). Tres temas adquieren relevancia en la agenda de las autoridades estadounidenses: la movilidad internacional facilitada por el desarrollo de las comunicaciones como causa de infecciones sexuales, el impulso a nuevos avances tecnológicos (búsqueda de una vacuna para la sífilis y de una prueba filtro para la gonorrea) y la preocupación por la suspensión de la enseñanza de enfermedades venéreas en los programas de estudios de las carreras de medicina de ese país (Callin, 1968; Brown, 1968; Brown, 1969). En el ámbito internacional, la Organización Mundial de la Salud mantiene contacto con las autoridades mexicanas para dar seguimiento al cumplimiento de los acuerdos internacionales en la materia, especialmente respecto a los marinos.³³

³³ Oficio del representante adjunto de la Organización Panamericana de la Salud al Subsecretario de Salubridad adjuntando ejemplares de la publicación de la OMS “Directorio Mundial para Centros Portuarios para Tratamientos Antivenéreos”. AGN, Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección Asuntos Internacionales, Vol. 53, 2 noviembre 1961.

Los argumentos del esquema primario: prostituta como fuente de infección.

Si bien las trabajadoras sexuales siguen siendo vistas como sujetos de infección, en el recuento de los resultados de serologías para sífilis aparecen con un nivel menor que los policías: “Porcientos de serología positiva (1958-1959). Policías 15.7; Meretrices 11.0 [...]” (Campos Salas, 1961:226).

Pero entre las causas de que la sífilis y la blenorragia persistan como problema de salud pública se menciona a las “mujeres dedicadas al comercio sexual”:

“Las principales causas complejas que pueden invocarse para explicar la persistencia de estos problemas, algunas de las cuales tienden más bien a acentuarse que a desaparecer, son las siguientes:

- 1.-Disminución del temor a la sífilis y blenorragia.
- 2.-Recelo de importantes sectores del cuerpo médico, de empíricos y de población, para utilizar de preferencia la penicilina en la sífilis y blenorragia, por aprensión a posibles accidentes.
- 3.-Creciente movilización de grupos ante el aumento de vías de comunicación y de facilidades socio-económicas.
- 4.-Hacinamiento de personas en las zonas marginales de las ciudades.
- 5.-Mayores posibilidades de los adolescentes de sexos opuestos para relacionarse entre sí.
- 6.-Debilitamiento, en años anteriores, de la búsqueda y tratamiento de casos infectantes por parte del cuerpo médico en general, atribuible principalmente al optimismo y a la disminución de la instrucción sobre enfermedades venéreas en algunas escuelas de medicina.
- 7.-Por último, la existencia en diversos lugares del país de grupos de mujeres dedicadas al comercio sexual, que ningún sistema de vigilancia médica puede eliminar como seguras fuentes de infección.” (Campos Salas, 1965:379-380).

Otro texto que menciona a las “prostitutas” es la reseña en la Revista Salud Pública de México de un artículo de J. Zeledón Alvarado, publicado en Costa Rica, donde se dice que en Centroamérica el empleo profuso y empírico de la penicilina junto con el régimen abolicionista ha originado un auge disimulado de la prostitución. Propone entre las medidas para la lucha antivenérea, la vigilancia de la prostitución y las “redadas” (Martínez Maraño, 1961:344).

Los argumentos sobre los nuevos grupos: los jóvenes, los marinos mercantes, los braceros y las mujeres. La discriminación laboral.

El programa propuesto en esta época sigue siendo detectar en grandes núcleos de población a los que están infectados para darles tratamiento, ya sea a través de métodos de rutina como el examen prenupcial y prenatal (Campos Salas, 1961), o de la búsqueda sistemática en centros de trabajo.

“Ahora bien, desde el punto de vista de la salud pública, encontrar a las personas que padecen sífilis, ya sea que sepan de su infección o que la ignoren, es el primer paso indispensable para su tratamiento, paso que no podrá darse sin practicar exámenes de sangre en masa, puesto que ese es el único procedimiento con el que se puede descubrir la mayoría de los que existen en las comunidades, o sea los asintomáticos,

que según se estima, aparte de que constituyen aproximadamente el 85% del total de pacientes, muchos desconocen estar infectados. Esa es la razón por la que: promover, crear y mantener en las poblaciones un ambiente favorable a las encuestas serológicas, que permita sean aceptadas y realizadas fácilmente, es una necesidad vital para el exterminio de esta enfermedad. [...] Es por lo tanto evidente que para la efectividad en la lucha antisifilítica deberán practicarse encuestas serológicas en cuantas ocasiones sea posible, entre las cuales las que ofrecen los trabajadores son del más alto interés.” (Campos Salas, 1960:316)

Las autoridades sanitarias insisten en señalar la facilidad con que pueden curarse los casos de nuevas infecciones pero se enfrentan a un medio que sigue discriminando a todos aquellos que tengan serologías positivas. Se considera que estas enfermedades siguen teniendo “estigma popular” (Bravo Becherelle, 1960:16) y aparecen acciones evidentes de discriminación laboral. La paradoja para las autoridades sanitarias se presenta porque en el afán de detectar casos de sífilis reciente para darles tratamiento se acude a los centros de trabajo a realizar serologías. Pero estas pruebas son utilizadas por los empresarios como mecanismo de selección de los trabajadores que solicitan empleo o para expulsar a los ya contratados. El Jefe de la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas (Antonio Campos Salas) menciona los argumentos que esgrimen las empresas como justificación de la discriminación:

“Durante los últimos años, en un número creciente de centros de trabajo se ha ido implantando el estudio serológico de la sífilis, tanto en las personas que solicitan empleo, como periódicamente en los que ya lo tienen. A ello han contribuido múltiples causas, entre las cuales podrían citarse: las promociones que para la realización de encuestas serológicas hacen las autoridades sanitarias, las mayores facilidades de laboratorio que ahora existen, la mejor información médica en algunos grupos de población, el descubrimiento y popularidad de medicamentos antisifilíticos altamente eficaces, el aumento de la industria, etc.

A medida que se ha incrementado el estudio serológico en los trabajadores, ha ido creciendo el problema que para la aceptación en el trabajo plantean los que tienen serología positiva, problema para cuya correcta solución carecen de orientaciones precisas muchos empresarios, trabajadores, y aun diversos médicos, de los cuales algunos actúan en posiciones claves por estar al servicio de las empresas. Hay una peligrosa tendencia a dictaminar en forma tan simplista como absurda en el sentido de que dichos trabajadores seropositivos podrán ser admitidos tan pronto como cambien a seronegativos, como si la reacción negativa fuera algo muy valioso o significativo que se buscará con el tratamiento, cuando que los resultados en que se base el éxito de la curación son muy distintos y verdaderamente trascendentales para el enfermo, su familia, las empresas y la comunidad. [...]

La actitud de los patronos frente a los obreros con serología positiva varía en sentidos opuestos. Seguramente es la minoría la que, previa constancia de tratamiento adecuado, los acepta cuando solicitan trabajo, sin ninguna limitación especial en cuanto a la estabilidad o a las prestaciones establecidas para los otros obreros. Los demás patronos, o sea la mayoría, rechazan los solicitantes seropositivos, y, de ser posible, liquidan al que ya estaba laborando.

Desde el punto de vista patronal, esta actitud es fácilmente comprensible, ya que cuando las empresas contratan trabajadores, les interesa en primer término el aspecto económico de la producción, para lo cual es fundamental contar con mano de obra sin sospecha de enfermedades, que es fácil de obtener en nuestro medio, donde puede decirse que sobran brazos. Es por eso que rechazan indiscriminadamente a los que presentan serología positiva.

Las razones más frecuentemente esgrimidas por las empresas para rechazar a estos trabajadores que se suponen sifilíticos son las siguientes:

1ª.- La posibilidad de que contagien a otras personas.

2ª.- El supuesto peligro de que al manejar una máquina amenace su vida o la de otros, y

3ª.- El temor al pago de incapacidades, invalideces, seguros, etc., por esta causa.

Contribuye a que persista esta actitud, socialmente injusta y médicamente absurda, la errónea suposición que existe en muchas personas, y sobre todo en algunas relacionadas con la contratación de trabajadores, de que todo aquel que tiene serología positiva indiscutiblemente está padeciendo sífilis, la cual consideran como una enfermedad todavía incurable, y sobre estas bases falsas fincan otra serie de conclusiones absurdas, entre las cuales figuran las ya expuestas de que un sifilítico debe considerarse siempre como contagioso para sus compañeros de trabajo; de que es muy probable que ese paciente, hágase lo que se haga, desarrolle con el tiempo graves complicaciones, o que, cuando menos, tenga mayor propensión que otras personas a los accidentes de trabajo. [...] La negación de empleo ante los remotos peligros que pudiera originar la sífilis -padecimiento fácil y rápidamente dominable en la época actual- es la más injusta y torpe de todas las soluciones.” (Campos Salas, 1960:313;315-316).

Aunque se menciona el carácter voluntario de la prueba diagnóstica en los centros de trabajo, queda también la idea de que se vuelve obligatoria, ya sea como decisión patronal o a partir de un acuerdo entre los dirigentes sindicales y los empresarios.

“Uno de los grupos sociales en el que más atención se ha puesto es en el del sector obrero donde las encuestas serológicas han sido aceptadas con beneplácito, proporcionando amplia colaboración tanto de los empresarios como de los dirigentes sindicales que han comprendido los beneficios económicos que representan estas labores para los trabajadores y la industria. [...] La toma de sangre se hizo en cada fábrica y los obreros fueron pasando por grupos formando con ellos la lista de las personas censadas y su sangre fue elaborada en el laboratorio de los servicios coordinados. Los resultados puestos en lista se comunicaron al jefe de la unidad quien se encargó del tratamiento y control; a cada una de las personas se les entregó su resultado en sobre cerrado, a los positivos con una nota que contenía información para ser tratados en la unidad de salubridad de la misma población.” (Montaño Vallejo y Vázquez Lapuente, 1960:537).

Si bien en el pensamiento salubrista de la época está latente la idea de que cualquier persona puede ser sujeto de infección, sin embargo también hay argumentos que mencionan la identificación de los grupos de personas que están más “expuestas” a enfermarse en razón de su “ambiente socio-sexual”. Esto se combina con la nueva idea de realizar investigaciones sobre conducta sexual (Martínez Marañón, 1961).

“la divulgación de conocimientos antivenéreos, sobre todo a los grupos de población que por razón del ambiente socio-sexual en que actúan están más expuestos a enfermarse.” (Campos Salas, 1961:227).

Preocupa especialmente la recurrencia de casos de sífilis congénita, más aún cuando podrían ser fácilmente descubiertos y tratados durante el embarazo de la madre (Campos Salas y Montaño Vallejo, 1966).

Otro grupo sobre el que se insiste son los adolescentes y adultos jóvenes, en razón de las estadísticas de sífilis reciente. Uno de los argumentos señala que la mayor posibilidad de relación entre adolescentes de sexo contrario es una de las causas por la que persisten los problemas de enfermedades venéreas (Campos Salas, 1965).

“Durante 1964 y en años anteriores, el grupo de 15 a 19 años registró un coeficiente de morbilidad de sífilis reciente sintomática aproximadamente 30 veces mayor que el del grupo anterior, o sea el de menos de 15 años, siendo apenas doble el del grupo siguiente, es decir el de 20 a 24 años.

Esto indica que en México, una especie de explosión de sífilis está ocurriendo en el grupo de 15 a 19 años. Por otra parte, la población de 15 a 24 años absorbió casi la mitad del total de recién infectados de sífilis. Por este motivo se procura que los esfuerzos destinados a la prevención y descubrimiento de casos, se concentren en los grupos de adolescentes y de adultos jóvenes.” (Campos Salas, 1965:375-379)

La literatura internacional focaliza sus argumentos en el tratamiento de personas con movilidad espacial: marinos mercantes, inmigrantes (Martínez Marañón, 1961). Hay registro de distintos oficios remitidos por la Organización Mundial de la Salud al gobierno mexicano y entre distintas oficinas mexicanas a través de los cuales se envían indicaciones para el caso de los marineros y la atención en los puertos, en el marco de un recrudecimiento de enfermedades venéreas.³⁴

“Los datos recibidos el pasado año en cumplimiento de la resolución EB34.R25 (1964), por la que el Consejo Ejecutivo encareció en particular a los Estados Miembros que combatiesen en sus respectivos territorios el recrudecimiento de las enfermedades venéreas, se publicarán en el Tercer Informe sobre la Situación Sanitaria Mundial pero son bastante limitados, habida cuenta de la naturaleza y las proporciones del problema de las infecciones venéreas de los tripulantes de embarcaciones marítimas y fluviales.”³⁵

Los braceros son mencionados por primera vez en un reporte de prevalencias de sífilis. Entre los grupos que se enlistan, los “Braceros” figuran después de los presos y los soldados.

“Porcientos de serología positiva. (1958-1959): Policías, 15.7. Meretrices, 11.0. Choferes, mozos y servidumbre, 10.3. Soldados, 9.8. Presos, 8.5. “Braceros”, 8.2. Empleados, 4.2. Embarazadas, 3.5. Adolescentes, 1.9. Escolares, 1.2.” (Campos Salas, 1961:226)

Como puede verse en la cita anterior, los policías son quienes presentan la mayor tasa de serología positiva. Llama la atención que ningún documento trata de explicar esa prevalencia ni se mencionan medidas específicas para ellos.

Si bien no se identifica explícitamente a un grupo, otro factor que se menciona como causa de la persistencia de las enfermedades venéreas es el hacinamiento de personas en zonas marginadas de las ciudades (Campos Salas, 1965).

Una preocupación que recorre la década es que las prevalencias de sífilis reciente sintomática de los hombres duplican a las de las mujeres, en tanto que en los resultados de los exámenes serológicos la desproporción es menos marcada. Se adjudica a la falta de síntomas en las

³⁴ AGN, Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección, Asuntos Internacionales, Vol. 53.

³⁵ Oficio del Director General de la OMS del 24 de junio de 1966 al Secretario de Relaciones Exteriores. AGN, Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección, Asuntos Internacionales, Vol. 53.

mujeres en las etapas iniciales de la enfermedad, y se propone lograr un mayor acceso de la mujer a las consultas y a la información (Campos Salas, 1965).

1970-1980. LA REVOLUCIÓN SEXUAL Y LOS JÓVENES, LA ANTICONCEPCIÓN Y LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL. UN NUEVO GRUPO DE RIESGO ENCABEZA LA LISTA: LOS HOMOSEXUALES.

La presidencia de Luis Echeverría (1970-1976) está marcada por la crisis económica y continúa con la represión de los movimientos opositores. La economía tuvo un respiro ante el descubrimiento de grandes yacimientos de petróleo, que subvencionaron las necesidades gubernamentales de gasto público. Este gasto se tradujo en aumento sostenido de salarios y grandes gastos en salud, educación e infraestructura (Aboites Aguilar, 2004). Y en este período se instaura la política de población, con su fuerte componente de planificación familiar. En 1974 se crea el Consejo Nacional de Población.

En el período entre 1970 y 1980 encontramos numerosa literatura respecto a las enfermedades venéreas, las que a partir de mediados de la década se propone llamarlas enfermedades de transmisión sexual (Vilchis Villaseñor, 1976). La llamada “revolución sexual” y la “liberación femenina”, que se dice ocurre en otros países y que coincide con el reporte de un incremento en los casos de gonorrea, son temas de preocupación para los médicos mexicanos dedicados a estas enfermedades (Campos Salas, 1971; Vilchis Villaseñor *et al.*, 1974). Atribuyen la existencia de una mayor liberalidad sexual por una parte al incipiente programa de anticoncepción en el país instaurado por el nuevo Código Sanitario de 1973 (DO 13 de marzo de 1973) y reforzado con la Ley General de Población de 1974 (DO del 7 de enero de 1974), y por otra parte, a la creencia popular de que por medio de la penicilina se trata de enfermedades fáciles de curar, considerada errónea por los médicos (Beirana *et al.*, 1977). Los médicos aparecen en esta década muy activos atribuyendo las enfermedades sexuales a los comportamientos “promiscuos” (Vilchis Villaseñor *et al.*, 1974; Beirana *et al.*, 1977). La moralidad de las reflexiones se asemeja más a la del inicio del siglo que a la de las décadas previas. Sin embargo, hay tensiones entre las posiciones; no todos los médicos están de acuerdo con las interpretaciones conservadoras de la sexualidad que dan algunos colegas (Beirana *et al.*, 1977). Y si bien se comentan distintos factores relacionados con la revolución sexual que contribuyen a la diseminación de las enfermedades de transmisión sexual en países desarrollados, se aclara que en México no todos ellos tienen

peso y algunos médicos mexicanos se preocupan por marcar la diferencia entre lo que sucede en países como EUA y lo que pasa en México (Solís Jabalera, 1975; Vilchis Villaseñor, 1976).

Aparecen en este período, además de la propuesta del cambio de denominación a ETS, dos novedades conceptuales: la mención a grupos “vulnerables” (Romero García, 1971) y el enfoque, por primera vez, no en los sujetos o grupos sino en las prácticas sexuales; se trata de una idea incipiente, que ganará fuerza décadas más tarde (Beirana *et al.*, 1977).

En esta época surgen muchas novedades en términos técnico-científicos. Se habla otra vez de la transmisión de la sífilis a través de transfusiones sanguíneas y, para contrarrestar aquellos casos de donadores que siendo positivos pudieran dar negativos en la prueba rutinaria de VDRL, se establece que el mejor mecanismo es el almacenamiento a bajas temperaturas de la sangre antes de transfundirla (Becerra-García, 1971). Sin embargo, preocupan otras infecciones que también se transmiten por transfusión (como la hepatitis) y se recomienda en consecuencia cambiar el Reglamento de Bancos de Sangre y Servicios de Transfusión vigente para estimular la donación gratuita dado el mayor riesgo que suponen de los donadores de sangre profesionales (Sánchez-Medal, 1971).

Aunque se sigue reconociendo que la sífilis y la gonorrea son las dos enfermedades sexuales consideradas como problema de salud pública –y esta década está especialmente dedicada a explicar el incremento de casos por gonococos-, aparece la mención a un número mayor de enfermedades sexuales, aunque no se da cuenta de las prevalencias de las mismas. Así, además de las enfermedades referidas en la legislación desde comienzos de siglo como el linfogranuloma venéreo o el chancro blando, ahora comienza a hablarse de condiloma acuminado, mycoplasma, tricomonas, chlamydia o candida, virus del herpes tipo II (o genital), y se relaciona a este último con el cáncer del cuello del útero (Vilchis Villaseñor, 1976; Beirana *et al.*, 1977).

Por otra parte, la cuestión vigente en la década anterior sobre si debía aplicarse tratamiento de penicilina a las trabajadoras sexuales aún sin datos diagnósticos de infección, se resuelve en este período de manera negativa. Se advierte que si bien es útil este procedimiento para combatir la sífilis, la aplicación masiva y sin estricta necesidad estaba generando cepas más resistentes de gonorrea y complicaciones para su curación (Campos Salas, 1971). En cuanto

al tratamiento del herpes genital, una investigación de médicos del IMSS intenta establecer si es posible curarlo con la vacuna triple Sabin (Macotela *et al.*, 1979).

En cuanto a reuniones científicas donde se plantearon estos temas, en 1973 se llevó a cabo la primera Convención Nacional de Salud, que pasará a llamarse en años siguientes Reunión Nacional de Salud Pública, de periodicidad anual, que contó con un espacio donde se presentaron ponencias referidas a las enfermedades venéreas. Por otra parte, se realizaron dos mesas redondas coordinadas por la Facultad de Medicina de la UNAM con médicos de distintas instituciones; la primera en 1977 sobre Enfermedades venéreas y la segunda en 1979 sobre Vulvovaginitis. Allí los médicos expresaron sus opiniones, no siempre homogéneas (Beirana *et al.*, 1977; Bravo Sandoval *et al.*, 1979).

Las políticas siguen el curso de las décadas anteriores. Si bien sigue existiendo la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas, el tema de estas enfermedades comienza a ser inscrito dentro del marco más general de las enfermedades infecciosas y de la epidemiología (Vilchis Villaseñor *et al.*, 1974; Vilchis Villaseñor, 1975; 1976). En 1970, un decreto establece que el certificado médico prenupcial únicamente puede otorgarlo un médico cirujano con título registrado en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, cuando según el reconocimiento hecho no aparezca, entre otras, ninguna enfermedad venérea (DO 2 de enero de 1970). El nuevo Código Sanitario de 1973 mantiene vigente la declaración obligatoria de los casos de enfermedades venéreas (DO 13 de marzo de 1973) y llama la atención que se obliga a declarar el conocimiento de casos no sólo a los médicos sino a prácticamente toda la población (artículo 115: “los jefes o encargados de laboratorios de diagnóstico; los directores de unidades médicas, escuelas, fábricas, talleres, asilos; los jefes de oficinas, establecimientos comerciales o de cualquier otra índole y en general, toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentes, tenga conocimiento de alguno de los casos de enfermedades [...]”). Se comenta que los médicos particulares no cumplen con esta regla (González Galván, 1975). Si bien se afirma que se elaboraron puntos generales de coordinación entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el IMSS y el ISSSTE, en relación con el control de padecimientos venéreos, se admite que existe “anarquía laboral” dentro del campo de la salud, donde unos a otros se esconden la labor que realizan y esto ha propiciado un aumento de las enfermedades venéreas (González Galván, 1975).

Los médicos recomiendan educación sexual y búsqueda sistemática de infectados como principales medidas de prevención (Campos Salas, 1971; González Galván, 1975; Torre López, 1972; Beraina *et al.*, 1977). Se discute la utilidad del suministro de penicilina de efecto prolongado como medida de prevención si se va a tener relaciones sexuales donde se considera que puede haber riesgo de infección, y especialmente para los soldados antes de que salgan de vacaciones (Beraina *et al.*, 1977; Bravo Sandoval *et al.*, 1979). Otras medidas que se proponen son el uso de preservativos y el aseo local (Beraina *et al.*, 1977). Preocupa que el uso de preservativos no puede ser controlado por el sistema de salud y depende enteramente de decisiones individuales (Bravo Sandoval *et al.*, 1979).

Los argumentos del esquema primario: las prostitutas profesionales y las "amateurs".

La posición que señala a la trabajadora sexual como responsable (esquema primario), aparece en este período, pero como una de las causas entre muchas otras del aumento de las enfermedades sexuales, y en particular de la gonorrea. Al peligro representado por las "prostitutas" (Esesarte y Bernal, 1973) se agregan las mujeres "frívolas o mundanas", consideradas prostitutas "amateurs" (Vilchis Villaseñor, 1976), las mujeres de vida sexual muy promiscua (Bravo Sandoval *et al.*, 1979), las sirvientas y meseras (Beirana *et al.*, 1977). Los grupos de hombres afectados que se mencionan en este período son los presos, los policías, los choferes, los cantineros y los soldados (Romero García, 1971; Beirana *et al.*, 1977). Para las trabajadoras sexuales, hay una política de administración sistemática de penicilina, que resulta útil para el control de la sífilis, pero ahora parece derivar en problemas para el control de la gonorrea. Las trabajadoras sexuales aparecen como foco de infección de cepas resistentes de gonococos.

"[...] existen en nuestro medio otros más que favorecen selectivamente el aumento de los casos de blenorragia como son: [...] Predominio de los casos de blenorragia en las mujeres prostitutas declaradas." (Torre López, 1972:234)

"Para conocer la prevalencia de la gonorrea en mujeres de "alto riesgo" (prostitutas) realizamos una encuesta en las ciudades de Agua Prieta, Cananea, Naco y Nogales, todas en el estado de Sonora, y tres de ellas en la frontera de México. [...] Estos 50 casos positivos fueron mujeres que ignoraban estar enfermas y que también eran desconocidas por los Centros de Salud respectivos. [...] Todas las positivas fueron prostitutas. Sólo una mujer embarazada no prostituta resultó positiva y se agrupó también entre las de "alto riesgo" por ser un contacto de un enfermo del sexo masculino que se presentó a la consulta del Centro de Salud padeciendo gonorrea." (Esesarte y Bernal, 1973:850, 854)

La cita del Dr. Campos Salas muestra que existen todavía lugares en el país que aplican el sistema reglamentarista de la prostitución, pero se advierte las falsas seguridades que este sistema representa.

“De diversos lugares se ha reportado el encuentro de pacientes masculinos con infecciones gonocócicas de las más resistentes a droga, que fueron infectados por prostitutas inyectadas periódicamente con penicilina de larga acción para evitarles enfermedades venéreas. Estos tipos de tratamientos profilácticos a meretrices, que parecen ser efectivos en prevenir la sífilis, están contraindicados en lo que concierne a la gonorrea, porque favorecen el desarrollo de cepas de gonococos con más alta resistencia al medicamento, y además, porque pueden cambiar la infección sintomática en asintomática, sin que por ello deje de ser transmisible. [...] Si así como sucede ordinariamente en lugares donde se practican sistemas reglamentaristas de la prostitución, numerosos hombres están siendo infectados por mujeres sujetas a exámenes médicos, a curación cuando se las juzga infectadas, y en ocasiones, a tratamientos profilácticos casi siempre con preparación penicilínica de larga acción, es legítimo empeñarnos en lograr que los grupos de población que se aventuran a visitarlas entiendan bien claro la innegable falsa seguridad que estas mujeres ofrecen en cuanto a contagiosidad. [...] la confianza en falsas seguridades, como es el caso con las prostitutas que ejercen con autorización médica, escrita o verbal.” (Campos Salas, 1971:43-49)

En una mesa redonda realizada en la UNAM, se discute específicamente el peso de la prostitución en la transmisión de estas enfermedades, y si bien las trabajadoras sexuales aparecen en el segundo lugar de la lista de grupos transmisores y no en el primero, se le sigue dando un papel relevante en la difusión.

“**Dr. Beirana** Parece entonces que el problema es fundamentalmente educativo, de miseria y de difusión. Dentro de las facetas de la miseria humana cabe la prostitución organizada.

Dr. Rivera Melo, ¿qué importancia tiene la prostitución en relación con estas enfermedades?

Dr. Rivera Melo Recientemente, estudiamos algunos aspectos de la prostitución en México. Observamos que existe principalmente en el Distrito Federal, en ciudades turísticas, fronterizas, puertos, centros petroleros donde hay dinero; en contraste, aparece también donde hay miseria. En el medio rural no existe, o es muy limitada. Se calcula que en el Distrito Federal, existen 53 000 prostitutas o prostitutos profesionales; los que, en promedio, tienen de tres a cuatro relaciones diarias, es decir 200 000 contactos al día, 6 millones al mes. Por lo general, no utilizan ningún medio preventivo, y lo único que practican es el aseo con agua y a veces jabón, lo que no representa protección alguna, teniendo elevada posibilidad de infectar a los clientes.

Si consideramos que en el Distrito Federal, 7 de cada 10 prostitutas tienen serología positiva (aunque esto no signifique que sean transmisoras), vemos que las posibilidades de transmitir sífilis son elevadas. Este grupo también constituye un alto riesgo de difusión de otros padecimientos como gonorrea, tricomoniasis y sarna.

Dr. Beirana ¿Cuáles son los grupos de más alto riesgo en la transmisión de las enfermedades venéreas?

Dr. Rivera Melo El primer lugar, aunque parezca extraño, corresponde a los homosexuales, seguidos por las prostitutas, soldados, sirvientas, choferes y meseras.” (Beirana *et al.*, 1977:10)

Otro autor señala que la prostitución sigue ocupando un lugar importante, pero está perdiendo importancia entre jóvenes urbanos.

“La prostitución, en su concepto clásico, ocupa un lugar importante en la transmisión de estos padecimientos en numerosas áreas del país pero comienza a perder importancia entre algunos grupos de jóvenes de las grandes ciudades.” (Vilchis Villaseñor, 1976:224-225)

También se realiza una ampliación conceptual e incluyen dentro de la prostitución a mujeres de la población general que no cobran por sus servicios, pero son consideradas como mujeres frívolas. Una cita incluso agrega a las mujeres casadas “fáciles”:

“La prostitución, tanto la clásica entendida como comercio carnal, como la “amateur” representada por mujeres frívolas o mundanas que compiten deslealmente con las profesionales.” (Vilchis Villaseñor, 1976:218)

“Un porcentaje grande de los jóvenes que se casan en nuestra sociedad llegan con experiencia conseguida con prostitutas o con mujeres casadas, pero fáciles. Esta experiencia en lugar de ser beneficiosa para el matrimonio que se inicia, da lugar a problemas serios, difíciles de superar: la esposa no se comporta como la prostituta y eso le deja al hombre un cierto desencanto y, por otra parte, a la esposa que ha sido tratada como prostituta le produce un resentimiento que a veces empaña la vida sexual del matrimonio de por vida. Cuando la experiencia sexual se ha adquirido con mujeres fáciles, puede dejar en el marido un sentimiento de inseguridad que trastorna su vida matrimonial.” (Gutiérrez-Murillo, 1973:353-354)

El esquema primario ampliado, reaparece en la cita del Dr. García Hidalgo, donde el hombre se infecta de mujeres de vida sexual muy promiscua, se convierte en portador y transmisor e infecta a su esposa.

“**Dr. García Hidalgo.** Si tenemos en cuenta que la tricomoniasis es muy frecuente en los sectores socioeconómicos bajos y entre mujeres de vida sexual muy promiscua, es evidente que, para tratarla, hay que considerarla siempre como una enfermedad de la pareja. Los fracasos que había antes se debían a que se trataba solamente a la mujer, que es la que suele tener síntomas, y no al varón que es el que la transmite. [...] Aunque el hombre no tenga manifestaciones ni ninguna molestia, siempre hay que tratarlo porque es seguro que si la mujer está infectada, el hombre también lo esté y además, sobre todo en los matrimonios, lo más probable es que empiece el hombre por ser el portador de las tricomonas.” (Bravo Sandoval *et al.*, 1979:14-16)

Un nuevo concepto aparece en la literatura para referirse a los grupos expuestos al contagio: vulnerabilidad. Se hablará de las prostitutas como grupo vulnerable:

“Para llevar a cabo la educación a grupos es necesario hacer una relación de todos los que existen en la comunidad, empezando por los más vulnerables: prostitutas, presos, policías, choferes, cantineros y soldados.” (Romero García, 1971:210)

Una de las medidas de prevención que se recomiendan desde la perspectiva del esquema primario consiste en “hacer una buena selección de pareja”, es decir, evitar las relaciones sexuales con profesionales de la prostitución o con desconocidos.

“**Dr. Beirana** ¿Qué medidas conviene recomendar a un paciente después de que ha recibido tratamiento adecuado?

Dra. Hirata En primer lugar, que se traten de evitar nuevos contagios; para ello debe estar consciente de los peligros de las enfermedades venéreas, y de que debe evitar tener relaciones con desconocidos o profesionales de la prostitución; esto es, hacer buena selección de la pareja.” (Beirana *et al.*, 1977:28)

Otra medida es buscar los contactos de las trabajadoras sexuales para seguir la cadena de transmisión, y curar a los infectados.

“**Dr. Rivera Melo** [...] Con respecto a la rama médica, es necesario que aprenda a pensar con orientación epidemiológica, reconociendo que no sólo se trata de curar a la persona que asiste a consulta, sino que siempre hay que seguir la pista de los casos, investigando quién contagió al paciente y a quiénes puede éste contagiar a su vez, para evitar que se siga diseminando la enfermedad a partir del primer contacto. En los Estados Unidos de Norteamérica, se llevó a cabo un estudio de una prostituta que llevaba como curiosidad una agenda con el nombre y dirección de sus clientes. En seis meses, esa mujer produjo directamente 90 nuevos casos de sífilis, diseminados por siete diferentes países, y que fueron el origen de 276 casos más entre cónyuges y amistades íntimas. Esto constituye un muy buen ejemplo del seguimiento de contactos en abanico.” (Beirana *et al.*, 1977:30-31)

Los argumentos sobre los nuevos grupos: la liberación sexual y la anticoncepción, los jóvenes y los homosexuales en la mira.

Los argumentos que ponen la mira en la población en general están mucho más presentes en este periodo que los argumentos del esquema primario, y ponen el énfasis en la vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes (Torre López, 1972), en las mujeres y los hombres asintomáticos, para el caso de la gonorrea (Campos Salas, 1971) o la tricomoniasis (Bravo Sandoval *et al.*, 1979), y aparece la mención a un nuevo grupo encabezando la lista de los considerados grupos de riesgo de transmitir estas enfermedades: los homosexuales (Beirana *et al.*, 1977). Como causas del incremento en estas enfermedades se menciona la promiscuidad sexual derivada de la pérdida de temor a embarazos por el uso de anticonceptivos, el cambio de valor frente a los abortos, las relaciones extramaritales, y, en general, el cambio en los patrones normativos de la sexualidad (Torre López, 1972; Vilchis Villaseñor *et al.*, 1974, Vilchis Villaseñor, 1976; Beirana *et al.*, 1977). Se señala que el aumento de las enfermedades sexuales en este período se debe también a la migración del campo a la ciudad, la urbanización, los mejores estándares de vida, el incremento de viajes al extranjero, y en contraposición, también se dice que la tricomoniasis es frecuente en sectores socioeconómicos bajos (Bravo Sandoval *et al.*, 1979).

Se recomiendan búsquedas sistemáticas de casos entre las mujeres cuyas parejas han resultado positivas, mujeres que ingresan a prisiones, mujeres que acuden a clínicas obstétricas, clínicas prenatales, ginecológicas, de detección oportuna de cáncer y de planeación familiar, así como en servicios médicos de prisiones (Campos Salas, 1971). En el ámbito internacional se señala la importancia que tienen para la transmisión de enfermedades sexuales el regreso de los veteranos de guerra, el espectacular aumento mundial de la industria del turismo (Vargas, 1971) y el incremento en la migración internacional (Campos Salas, 1971).

Una de las palabras clave que definen la preocupación de los médicos de la época es “promiscuidad”, y esta vez se la focaliza en la población en general, especialmente en los jóvenes. Se asocian las infecciones a las personas promiscuas, y se dan múltiples argumentos para lo que se considera un incremento en la promiscuidad: liberalización femenina, uso de anticonceptivos, falta de temor a las enfermedades sexuales por su aparente curación con antibióticos.

“[La gonorrea] Sólo ataca al género humano y se transmite casi exclusivamente por contacto sexual, siendo una infección prevalente en las personas promiscuas.” (Campos Salas, 1971:41)

“Las razones aducidas más comúnmente son [...] el empleo generalizado de anovulatorios y anticonceptivos, que han estimulado la promiscuidad sexual al vencer el miedo al embarazo.” (Pérez Miravete, 1975:57)

“En el aumento de las tasas hay que considerar dos factores. Por una parte los cambios sociológicos de la liberación femenina y de la irrupción de los adolescentes, que propician la promiscuidad y por otra, la automedicación que por insuficiente y mal administrada no ciega las fuentes de infección y ha condicionado, en el caso del gonococo, la aparición de cepas resistentes. (Vilchis Villaseñor *et al.*, 1974:660)

Se advierte un cambio en la escala de valores en la sociedad respecto a la sexualidad. En contracara, se señala falta de educación sexual y además que el gremio médico sigue considerando a estos padecimientos como tabú.

“El menor temor, tanto a la enfermedad por la confianza en los antibióticos, como a que ocurra un embarazo intempestivo por el uso generalizado de los anticonceptivos y la aceptación social del aborto y el cambio de la escala de valores, en la que ha desaparecido o pasado a segundo término el freno que representaba la religión, la autoridad familiar y la opinión de la sociedad, que ha propiciado las relaciones sexuales a más temprana edad y mayor promiscuidad.” (Vilchis Villaseñor, 1976:217)

“**Dr. Beirana** ¿Cuáles son los grupos de más alto riesgo en la transmisión de las enfermedades venéreas? [...] Aparentemente, el auge de estas enfermedades se debe a la explosión de la sexualidad humana, sobre todo en los jóvenes; este es un problema que depende de factores múltiples: culturales, psicológicos, sociales, económicos, familiares y religiosos; pero aún más, de otros factores como son la educación sexual e higiénica, y la actitud negativa del gremio médico que no da importancia a este tipo de padecimientos y trata de seguir considerándolos tabú. En otras palabras, la denominada revolución sexual no ha sido seguida por otra revolución: la educativa.” (Beirana *et al.*, 1977:10)

También se habla de machismo, sobre todo en estratos bajos.

“**Dr. Beirana** Existen grandes variaciones en las normas o conductas sexuales de acuerdo a los grupos de edad y las culturas. Una de estas últimas mejor estudiadas es la identificada con el machismo, cuyos rasgos característicos se hacen más manifiestos en los niveles socioeconómicos bajos y que cuentan, entre sus principales valores, la conducta sexual promiscua en el hombre.” (Beirana *et al.*, 1977:30)

Sin embargo, hay quien trata de marcar la diferencia entre lo que ocurre en México respecto a los Estados Unidos. Se dice que en México no hay promiscuidad indiscriminada, aunque se señala la existencia de mujeres con múltiples parejas sucesivas.

“Se considera que la homosexualidad, la promiscuidad indiscriminada y las relaciones sexuales “en grupo” no han tenido una influencia importante. La promiscuidad en la mayoría de los casos es en “cadena” y no “simultánea”, es decir, es frecuente entre las mujeres de determinado estrato social cambiar de pareja, pero le guardan fidelidad durante el tiempo que dura la unión y no es lo habitual que mantengan relaciones simultáneas con varios individuos.” (Vilchis Villaseñor, 1976:224)

Con estas ideas sobre el cambio cultural de la sexualidad, se pone el énfasis en los adolescentes y jóvenes como principales actores de ese cambio y, por lo tanto, como grupos vulnerables al contagio.

“[...] nos encontramos ante una situación paradójica de florecimiento de las enfermedades venéreas en la mayoría de los países de América y del mundo. Ha sido notoria, también, la elevación progresiva de las tasas de las enfermedades venéreas entre los adolescentes de ambos sexos que están constituyendo nuevos grupos de población de gran vulnerabilidad al contagio.” (Torre López, 1972: 233)

“Al igual que en el país, también se ha registrado un incremento de la incidencia de la sífilis adquirida recientemente, sintomática, y de la blenorragia en los grupos de edad de 15 a 19 años, que es más agudo en el siguiente grupo de edad, de 20 a 24 años; por lo que el grupo de población de 15 a 24 años viene a ser el más importante desde el punto de vista preventivo y de descubrimiento de casos de enfermos.” (Torre López, 1972:234)

“Indiscutiblemente la sífilis representa mayor riesgo para los adolescentes y adultos jóvenes, por lo que en este grupo es en donde se deben encauzar los programas de control.” (Solís Jabalera, 1975:406)

Como factores del incremento de enfermedades sexuales entre los jóvenes, se habla de un cambio en los comportamientos sexuales (relaciones más tempranas, múltiples parejas y elegidas al azar).

“De los factores condicionantes del aumento de casos, en México [...] comienzan a aparecer entre los adolescentes y jóvenes de las grandes ciudades cambios en los hábitos, en las costumbres y en el comportamiento.” (Vilchis Villaseñor, 1976:224)

“**Dr. Beirana** En conclusión, vemos que gran parte del problema gira alrededor de la ignorancia, y de patrones culturales entre los que destacan, sobre todo en jóvenes y adolescentes, la búsqueda de aventuras sexuales con cambios frecuentes de pareja, la elección de compañeros sexuales al azar, y también las prácticas sexuales en grupo.” (Beirana *et al.*, 1977:31)

Las razones que se mencionan como propiciadoras de ese cambio de comportamientos son las mayores facilidades para relacionarse entre sí, y, particularmente, el menor temor al embarazo por el uso de anticonceptivos.

“**Dr. Beirana** [...] ¿Cuáles son los factores que favorecen o determinan la diseminación de las enfermedades venéreas?”

Dra. Hirata Son numerosos y muy variados, y dependen en gran parte del auge, en casi todos los países, de la actividad sexual y la promiscuidad a edades muy tempranas, por diversas razones, entre las que destacan la relajación moral y la pérdida del miedo a los embarazos “fáciles de evitar” y a las enfermedades venéreas “fáciles de curar.” (Beirana *et al.*, 1977:8)

“el incremento de contactos sexuales extramaritales a que da lugar el relajamiento de costumbres que acontece en algunos grupos sociales de diferentes países, así como la mayor facilidad actual de los adolescentes y adultos jóvenes para relacionarse entre sí” (Campos Salas, 1971:49)

Una lista más amplia de factores asociados a la presencia de enfermedades sexuales en los adolescentes la da el Dr. Torre López, que incluye la circulación de pornografía, las películas con temas eróticos y, de manera más general, “la relajación moral”, o dicho de otra forma, cambios en el “criterio moral” “hacia una forma más liberal”.

“Existen varios factores que están influyendo en la incidencia de las enfermedades venéreas en los adolescentes; de ellos, a continuación exponemos:

1. La mayor movilización de la población adolescente de las zonas rurales a las zonas urbanas por falta de escuelas intermedias para continuar sus estudios, lo que implica mayores posibilidades de relación entre dicha población.
2. El complejo de hombría o machismo propio de esta edad, con el que tratan de adquirir prestigio entre sus compañeros.
3. La mayor difusión del conocimiento y uso de los anticonceptivos, que ha provocado aumento de las relaciones sexuales con pocas probabilidades de embarazo y muchas de contagio.
4. El aumento de la circulación libre y nociva de gran variedad de revistas pornográficas, así como el auge de películas con temas eróticos. Lo mismo se puede decir de estos temas en la televisión.
5. La ignorancia en estos grupos de población del conocimiento de las enfermedades venéreas.
6. Los cambios de criterio moral así como de conducta, con respecto a la autoridad paternal, hacia una forma más liberal. [...]” (Torre López, 1972:237)

La educación “higiénica” en las escuelas es la medida que se propone para contrarrestar el incremento de las enfermedades en los jóvenes.

“La educación higiénica se debe llevar a cabo en forma amplia, precisa y continua, iniciándola e impartiendo desde la escuela primaria para ser continuada en la educación superior, tomando en cuenta el aumento notable de casos de enfermedades venéreas en los adolescentes tal y como se ha observado en los últimos años.” (Vilchis Villaseñor *et al.*, 1974:665)

Otros de los fenómenos sociales que se perciben como claves en el incremento de enfermedades sexuales, son la urbanización y el aumento en la movilidad espacial de la población. El traslado del campo a la ciudad, el aumento de los viajes por turismo, una mayor proporción de población flotante en las ciudades de la frontera norte, y la creciente migración internacional son factores que se relacionan con las enfermedades sexuales.

“Asimismo, favorecen su aumento: [...] la creciente movilización de grupos humanos y los hacinamientos de población alrededor de las grandes ciudades, en zonas de depresión económicasocial.” (Campos Salas, 1971:49)

“En la distribución de los casos de sífilis todas formas y de gonorrea por entidades federativas, los valores más altos [...] corresponde en general a las entidades de la frontera norte, aquellas que tienen un ingreso económico alto, grandes concentraciones urbanas o una importante proporción de población flotante.” (Vilchis Villaseñor *et al.*, 1974:661)

“De los factores condicionantes del aumento de casos, en México están presentes: la urbanización, la industrialización y la automedicación; en forma más limitada los viajes fuera y dentro del país [...]” (Vilchis Villaseñor, 1976:224)

“Si el creciente movimiento migratorio internacional contribuye al aumento de infecciones gonocócicas, es un deber de las naciones americanas involucradas en este fenómeno sumar esfuerzos, bajo los

auspicios de la Oficina Sanitaria Panamericana, para que se implanten o fortalezcan medidas encaminadas a contrarrestar esta situación.” (Campos Salas, 1971:48)

“En varios países en donde no hubo transmisión de las enfermedades infecciosas que nos ocupan, o en los países donde han sido erradicadas, están ocurriendo casos en cantidades crecientes, debido principalmente al regreso de veteranos de guerra, al espectacular aumento mundial de la industria del turismo, a las facilidades otorgadas a estudiantes procedentes de regiones o países infectados, a faltas en la legislación sanitaria internacional.” (Vargas, 1971:91)

La explicación que se da es que la migración favorece el cambio de hábitos:

“La industrialización que propicia la migración del campo a la ciudad, aumenta el ingreso y favorece los cambios de hábitos, costumbres y patrones culturales.” (Vilchis Villaseñor, 1976:217)

Los grupos de mujeres consideradas se amplían a la población general, incluyendo a mujeres en las prisiones y en las clínicas obstétricas (Campos Salas, 1971). Se habla especialmente de las mujeres asintomáticas como reservorios (Campos Salas, 1971; Pérez Mirabete, 1975).

“[...] la educación sanitaria antivenérea tiene una gran limitación en la gonorrea, y ello acontece precisamente en el grupo mayoritario del reservorio de fuentes de infección, o sea el de las numerosas mujeres asintomáticas que no es de esperarse acudan a tratamiento por carecer del estímulo sintomático” (Campos Salas, 1971:44)

“Las razones aducidas más comúnmente son el breve periodo de incubación; la frecuencia de la infección asintomática en las mujeres, lo que crea un gran reservorio infeccioso” (Pérez Mirabete, 1975:57)

Entre los hombres comienza a hablarse de casos asintomáticos que pueden transmitir estas enfermedades, y se hace la mención explícita de que le ocurre tanto a los homosexuales como a los heterosexuales. Sin embargo, a los hombres asintomáticos no se los presenta como reservorios sino como portadores, y esto puede interpretarse como parte de los argumentos del esquema primario.

“Cada día son más frecuentes los informes sobre hombres portadores de *Neisseria gonorrhoeae* en el recto, en la uretra y en la próstata, quienes son también asintomáticos; ya sean homosexuales o heterosexuales. Hay autores que dan cifras de un 10%, y otros, por encuestas que se han realizado en personas de "alto riesgo", han encontrado hasta un 26% de portadores asintomáticos, los cuales son susceptibles de transmitir la enfermedad.” (Esesarte y Bernal, 1973:849-850)

“**Dr. Beirana** ¿Existen casos de gonorrea asintomática en hombres?

Dr. Breña En 1970, al investigar contactos de mujeres afectadas, se descubrieron cultivos selectivos que revelaron casos de portadores masculinos asintomáticos. (Beirana *et al.*, 1977:19)

Entre los casos de hombres, hay una referencia aislada a “prostitutos”.

“Se calcula que en el Distrito Federal, existen 53 000 prostitutas o prostitutos profesionales” (Beirana *et al.*, 1977:9)

Por último, aparecen referencias a los homosexuales como el grupo con el más alto riesgo. Se menciona mayor promiscuidad entre ellos. Uno de los autores resalta la sorpresa de que este grupo encabece la lista.

“La homosexualidad, que en algunos países adquiere características alarmantes; hay clínicas antivenéreas en las que el 90% de los pacientes son homosexuales. Desde el punto de vista de la transmisión se considera más peligroso al homosexual masculino que al femenino, ya que el primero es más promiscuo y cambia de pareja con mayor frecuencia.” (Vilchis Villaseñor, 1976:218)

“**Dr. Beirana** ¿Cuáles son los grupos de más alto riesgo en la transmisión de las enfermedades venéreas?
Dr. Rivera Melo El primer lugar, aunque parezca extraño, corresponde a los homosexuales, seguidos por las prostitutas, soldados, sirvientas, choferes y meseras.” (Beirana *et al.*, 1977:10)

Una formulación conceptual novedosa es la referencia a prácticas sexuales a través de las que se transmiten las enfermedades, más que a grupos específicos de la población. Si bien la literatura de este período habla repetidamente de grupos de riesgo o grupos vulnerables, hay una referencia que pone el énfasis en las prácticas sexuales, y no en los grupos:

“**Dr. Breña** También se descubrió que el gonococo puede vivir en boca, amígdalas u orofaringe de personas que practican la felación; y en secreciones anales de homosexuales y mujeres que practican el coito anal.” (Beirana *et al.*, 1977:19)

También se habla de prácticas no sexuales a través de las cuales puede darse la transmisión:

“**Dr. Beirana** Ya mencionamos que, muy excepcionalmente, las enfermedades venéreas pueden transmitirse fuera del contacto sexual. En lo que se refiere a la sífilis, puede adquirirse en forma inocente, como es el caso de las vulvovaginitis en las niñas, o en contagio por besos; o en forma accidental, como en las transfusiones brazo a brazo, o la inoculación en laboratorios. En cuanto a la gonorrea, es fácil adquirirla al sentarse en un excusado contaminado con secreción fresca; al nacer, los niños pueden contraer oftalmia purulenta, al pasar por el canal del parto cuando la madre está afectada.” (Beirana *et al.*, 1977:8)

1980-1990. LOS JÓVENES Y LAS ETS. APARICIÓN DEL SIDA.

El final de la presidencia de José López Portillo (1976-1982) estuvo marcado por una medida impactante: la nacionalización de la banca, para evitar la fuga de capitales al exterior, tras haber decidido la suspensión de pagos a los acreedores extranjeros (Aboites Aguilar, 2004). La presidencia de Miguel de la Madrid (1982-1988) se caracterizó por el giro hacia posiciones denominadas neoliberales, con disminución del gasto público y venta de empresas estatales. Desempleo y precarización del empleo a través del autoempleo fueron los signos de la época, donde preponderaba la actividad industrial de maquila (Aboites Aguilar, 2004). Se sumó además el sismo ocurrido en 1985, con la muerte de miles de personas. Los problemas de inseguridad, y una cada vez mayor actividad en el ilícito negocio de las drogas, forjaron el descontento social (Aboites Aguilar, 2004). En 1988 la presidencia pasa a manos de Carlos

Salinas de Gortari, tras un proceso electoral tildado de fraude. El modelo neoliberal profundizó sus medidas, y la privatización de empresas públicas tuvo su mayor expresión bajo la presidencia de Salinas de Gortari.

Si en la década de los setentas los médicos se mostraban contrariados por las consecuencias de la masificación de la anticoncepción sobre la actividad sexual y, por tanto, sobre las infecciones de transmisión sexual, en la década de los ochenta los médicos han aceptado la necesidad de la anticoncepción y tratan de integrar la prevención de embarazos no deseados con la prevención de las ITS.

Por otra parte, se advierte en este período una política activa de reglamentación en materia de salud. En 1984 se publica la Ley General de Salud que deroga el Código Sanitario de 1973 (DO 7 febrero de 1984), y en 1986 se publican en el Diario Oficial numerosas normas técnicas que regulan, entre otras, a las enfermedades transmisibles en general, dentro de las que se cuentan las de transmisión sexual, y en particular a las enfermedades de transmisión sexual en la atención primaria de salud (DO 7 julio de 1986). Además, la aparición de los primeros casos de sida a mediados de la década da lugar a un viraje en las políticas de salud destinadas a las ITS. En 1987 un decreto modifica y adiciona a la Ley General de Salud, dando prioridad al programa de planificación familiar dirigido a menores y adolescentes y prohibiendo el comercio de la sangre humana, la que a partir de este decreto sólo podrá conseguirse de voluntarios que la proporcionen gratuitamente (DO 27 de mayo de 1987). En 1988 se crea el CONASIDA (DO 24 agosto de 1988).

En general, hay poca literatura en este período sobre las ITS que no son sida, y el herpes genital parece desplazar la atención que hasta el momento se centraba en la gonorrea. Aparece una división en la concepción de los grupos de riesgo según las distintas infecciones. Para las ITS que no son sida, especialmente gonorrea al inicio de la década y herpes genital después, los jóvenes solteros heterosexuales, tanto mujeres como hombres, son los más mencionados. Hombres y mujeres casados también aparecen, y las normas no identifican grupos de riesgo sino que parecen dirigirse a toda la población que haya tenido un contacto sexual “sospechoso”. En cuanto a la diferenciación por estrato social, un autor afirma que el herpes se presenta en individuos de situación socioeconómica media alta, en tanto que otro autor señala que las tasas de gonorrea son mayores en mujeres de medios socioeconómicos bajos. Sólo hay una mención a las trabajadoras sexuales en relación a las

ITS en este período. La política de prevención para estas ITS se basa en medidas educativas, que informan a la población sobre el problema de salud pública, sobre la identificación de síntomas, muestran la importancia de recurrir a la atención médica, recomiendan evitar la promiscuidad sexual, usar preservativo, aseo de órganos genitales y abstención de relaciones sexuales hasta la curación (Marion-Landais, 1981; Norma técnica N°31, DO 7 julio de 1986; Ruiz Maldonado, 1986).

Por el contrario, cuando se trata del VIH/sida, el énfasis se pone en “grupos de alto riesgo”, como los “homosexuales, farmacodependientes, bisexuales, receptores de sangre y otros” (Norma técnica N°31, art. 21, DO 7 julio de 1986).

Los argumentos del esquema primario: mujeres dedicadas a la prostitución en Ciudad Juárez

En esta década encontramos una sola referencia que relaciona a las trabajadoras sexuales con las ITS. Se trata de un artículo que resume un trabajo de colaboración binacional entre un grupo de la Universidad de El Paso, Texas, y el Comité Binacional de Enfermedades Venéreas El Paso-Juárez (Harris, 1984). Se dice que en El Paso, Texas, se realizó un programa educativo sobre las enfermedades de transmisión sexual, a partir de una preocupación por las tasas de gonorrea en estudiantes de escuelas secundarias. Se entrenó a alumnos que cursaban los dos últimos años de la carrera de educación física y salud pública para realizar seminarios en las escuelas, con apoyo de materiales audiovisuales, folletos y carteles, quienes impartieron los seminarios en los grados superiores de las escuelas secundarias de El Paso y en otras organizaciones de jóvenes. En 1979 funcionarios del gobierno mexicano (de los niveles federal, estatal y municipal) visitaron dicha universidad para acordar la realización del programa en Ciudad Juárez. Si bien el programa estaba diseñado para educar a jóvenes, en la primera fase del lado mexicano se aplicó a “mujeres dedicadas a la prostitución y empleadas de cantinas”.

“En su fase inicial el programa se enfocó hacia las mujeres dedicadas a la prostitución y empleadas de cantinas. Los estudiantes aceptaron este reto y se ha estado trabajando semanalmente en México desde octubre de 1980.” (Harris, 1984:449)

Los argumentos sobre los nuevos grupos: los jóvenes heterosexuales. Las consecuencias psicológicas.

Entre las pocas publicaciones que encontramos en esta década dedicadas a las ITS que no son sida, la mayoría señala que los más afectados son los jóvenes heterosexuales. Se menciona a mujeres solteras, hombres jóvenes heterosexuales solteros, y en un caso también a las mujeres casadas. La preocupación son las consecuencias de los padecimientos, ya sea clínicas (infertilidad) como psicosociales (disminución del placer, de la frecuencia de relaciones sexuales, depresión, etc.). Uno de los médicos quiere lograr un óvulo anticonceptivo con propiedades preventivas de infecciones sexualmente transmisibles, a fin de combinar la protección para prevenir embarazos con la prevención de ITS, medida que daría independencia a las mujeres que hasta ahora dependían del uso del condón por parte del hombre para evitar infecciones (Marion-Landais, 1981).

“Dado que en muchos países las mujeres con riesgo de contraer gonorrea se encuentran entre los 15 y los 30 años de edad, o sea al inicio de su vida reproductiva, la inhabilidad de concebir podría ser trágica. El grupo de mujeres con mayor riesgo de embarazos no deseados, solteras, jóvenes sexualmente activas, mujeres menores de 25 años de edad, tienen el riesgo de contraer enfermedades sexualmente transmisibles. Por este motivo, sería de gran valor contar con un agente que brindara protección contra estas enfermedades y eficacia anticonceptiva. En vista de que muchas de las mujeres en este grupo de alto riesgo no tienen acceso a la atención médica, sería más factible que utilizaran un anticonceptivo tópico que pudieran conseguir con facilidad y sin receta.” (Marion-Landais, 1981:345-346)

Se dice que las enfermedades venéreas son más comunes entre las mujeres jóvenes por el fácil acceso a la anticoncepción, los cambios en los valores y en las prácticas sexuales. Se señala que las mujeres están teniendo relaciones sexuales con un número cada vez mayor de compañeros y a edades más tempranas y que las mayores tasas se encuentran en mujeres urbanas, solteras, divorciadas y de medios socioeconómicos bajos. En palabras de médicos de la Facultad de Medicina de la UNAM:

“La prevalencia de ETCS [enfermedades transmitidas por contacto sexual] y sus complicaciones entre las mujeres se ha incrementado desde el decenio de los sesenta, estas enfermedades son más comunes entre adolescentes y mujeres jóvenes. En los últimos decenios, el número de jóvenes que tienen relaciones sexuales no maritales se ha incrementado. Son varios factores los que han contribuido a esto, dentro de ellos se incluyen: un más fácil acceso a la anticoncepción, cambios en los valores sexuales y menor desaprobación de las actividades sexuales y embarazo en la adolescencia, las personas infectadas asintomáticas, de esta población tan móvil han extendido de manera importante las ETCS. Los métodos anticonceptivos se han modificado también, pasando del preservativo a aquellos procedimientos que ofrecen menor protección contra la transmisión de enfermedades. Asimismo, las mujeres están teniendo relaciones sexuales con un número cada vez mayor de compañeros y a edades más tempranas, época de la vida en que su fisiología y anatomía favorecen el desarrollo de ETCS. Estas alteraciones en el comportamiento sexual son responsables de la diseminación de ETCS entre las mujeres; las tasas de las ETCS informadas, al parecer, son mayores entre mujeres urbanas, solteras, divorciadas y de medios socio-económicos bajos. En un estudio sobre infecciones por *neisseria gonorrhoeae* se registró una tasa

de 1.7% en mujeres casadas con altos ingresos y de 24.9% entre mujeres solteras de ingresos limitados.” (González Pedraza, Ortíz Zaragoza y Sánchez Cabrera, 1989:38)

En un artículo que estudia pacientes de herpes simple genital, se indica que la mayoría eran jóvenes solteros, y que tenían relaciones sexuales con varias personas.

“Como se menciona en la literatura, el grupo de pacientes estudiados mostraron que la iniciación del herpes simple genital se hace en una época temprana de la vida y que estas lesiones pueden provocar síntomas generales como febrícula y astenia, que no siempre son investigados. En los pacientes de esta serie no se tomó en cuenta la presencia de lesiones herpéticas en la cónyuge, ya que la mayoría de los pacientes eran jóvenes solteros y en una proporción elevada tenían relaciones sexuales con varias personas.” (Macotela *et al.*, 1984:60)

Otro artículo que también estudió a pacientes de herpes simple genital indica que se presenta en individuos jóvenes de ambos sexos, con vida sexual activa y situación socioeconómica media alta.

“El HSG [herpes simple genital] se presenta con mayor frecuencia en individuos jóvenes, de uno u otro sexo, heterosexuales, con vida sexual activa y de situación socioeconómica media alta. Por lo general el HSG es el primer padecimiento venéreo en estos individuos.” (Ruiz Maldonado, 1986:86)

Un autor se preocupa por la infección de gonorrea en mujeres casadas, con el argumento de que ellas tienen relaciones sexuales sólo con el marido, pero que un solo contacto extramarital de él puede resultar en una infección para la esposa. Si bien este argumento podría incluirse dentro del esquema primario, el autor no indica explícitamente el tipo de pareja del contacto extramarital del marido.

“En el pasado, no se contaba con medios simples y bien aceptados para que las mujeres se protegieran contra la gonorrea; y han tenido que confiar en el uso del condón por sus parejas. Ahora las mujeres pueden utilizar los óvulos vaginales de acetato de fenilmercúrico. Pueden ser de gran valor no sólo para la población joven, soltera y sexualmente activa, sino también para las mujeres casadas que sostienen relaciones sexualmente únicamente con sus maridos, ya que un solo contacto extramarital por parte del marido puede resultar en una infección para la esposa y una posible amenaza para su fertilidad.” (Marion-Landais, 1981:351)

Llama la atención en esta década, que además de la preocupación por la infertilidad de las mujeres como consecuencia de los padecimientos de las ITS, se señalan consecuencias para la vida sexual de los individuos en general. Se habla de pérdida de placer, de la libido, disminución de la frecuencia de relaciones sexuales, depresión, etc.

“El paciente con HSGR [herpes simple genital recidivante] experimenta una marcada inhibición sexual 64 por ciento, con disminución en frecuencia de relaciones sexuales 47 por ciento, en libido 19 por ciento, en placer sexual 71 por ciento y con temor de transmitir el padecimiento a la pareja 66 por ciento. En otro estudio hecho en 3000 pacientes con HSGR se encontró que el 84 por ciento sufrían depresión cíclica con frecuencia severa, llegando en el 25 por ciento a tener ideas suicidas. El 18 por ciento de los pacientes piensan que el HSGR fue un factor importante en la disolución de su matrimonio o relación estable. Es frecuente observar que el factor que mayor angustia causa al paciente con HSGR es la posibilidad de contagiar a la pareja o a los hijos. También es factor de angustia la decisión de informar o no a la pareja sobre el padecimiento.” (Ruiz Maldonado, 1986:88)

Ese artículo intenta restar importancia al padecimiento de herpes genital, indicando que es un padecimiento banal que la desinformación ha hipertrofiado. Las medidas que propone van desde la identificación por cultivo virológico, pasando por el uso de ropa interior de algodón, al uso de condón, y, sorprendentemente, ejercicios físicos y mentales para reducir la tensión emocional.

“El conocimiento y manejo de sus aspectos psicosociales tiene seguramente más importancia que sus aspectos puramente médicos. Se debe dar al paciente una explicación clara y objetiva del padecimiento haciendo hincapié en su escasa importancia médica. En cuanto a su repercusión sobre la esfera sexual recuérdese que si el individuo promedio con HSGR sufre 6 brotes anuales, durante cada uno de los cuales es infectante 6 días, solo deberá abstenerse de tener relaciones sexuales el 10 por ciento y podrá tenerlas el 90 por ciento del año. Las siguientes recomendaciones son para el manejo práctico del paciente con síndrome herpético: a) establecer el diagnóstico de certeza por cultivo virológico, b) normalizar cualquier alteración ginecológica, urológica o mucocutánea asociada, c) evitar automedicación, en especial con pomadas que humedezcan el área, d) usar calzoncillo de algodón poco ajustado, lavado con jabón (no detergente), e) aseo genital pre y postcoito, f) uso de condón o de espermaticidas, g) Papanicolau semestral en mujeres, h) ejercicios físicos y mentales para reducir la tensión emocional.

Aún sin contar con una cura definitiva para el HSGR como lo que en realidad es, se trata de un padecimiento banal al que la desinformación ha hipertrofiado.” (Ruiz Maldonado, 1986:88)

Las diferencias entre ITS y sida

El primer caso de sida se registró en México en 1983 (Ponce de León *et al.*, 1988). En las publicaciones periódicas mexicanas revisadas para esta tesis, el primer artículo científico sobre sida aparece en 1986, elaborado por un equipo de médicos del Instituto Nacional de la Nutrición, y se tituló “Prevalencia de anticuerpos contra virus asociado a linfadenopatía/virus linfotrópico humano tipo-III de células T (LAV/HTLV-III) en una población de homosexuales en México” (Sierra-Madero *et al.*, 1986). También en 1986 se publica la “Norma técnica número 31 para la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, en la atención primaria a la salud”, que incluye al sida (DO 7 de julio de 1986). Y en 1988 se publica el decreto de creación del CONASIDA (DO 24 agosto de 1988). Si, como se vio antes, el pensamiento sobre las otras infecciones de transmisión sexual iba lentamente perdiendo la referencia a grupos de riesgo específicos y se enfocaba en grupos muy generales de población como los jóvenes, esto no ocurría en el caso del sida. Los primeros documentos señalaron grupos de alto riesgo. La norma técnica número 31 dice que el control de las enfermedades de transmisión sexual comprende la identificación, manejo y tratamiento del paciente. Es en la identificación del paciente donde aparecen las diferencias entre las otras ITS y el sida. En el caso de la gonorrea, la sífilis, el herpes genital, condiloma

acuminado, etc., se menciona en primer lugar “Antecedente de contacto sexual sospechoso”. En el caso del sida se dice “Pertenece a grupos de alto riesgo (homosexuales, farmacodependientes, bisexuales, receptores de sangre y otros)” (DO 7 de julio de 1986). Esto evidencia que había una concepción diferenciada entre las distintas infecciones de transmisión sexual.

1990-2000. EL CHOQUE DE MENTALIDADES: EL ESQUEMA PRIMARIO VERSUS EL CAMBIO DE GRUPOS A PRÁCTICAS PARA EVITAR LA DISCRIMINACIÓN. LOS ADOLESCENTES EN LA MIRA, SALUD Y EDUCACIÓN SEXUAL. ESTEREOTIPOS DE GÉNERO COMO OBSTÁCULOS PARA EL USO DEL CONDÓN.

Esta última etapa corresponde a la segunda parte de la presidencia de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) y a la presidencia de Ernesto Zedillo de León (1994-2000). Como señalé antes, Salinas de Gortari profundizó el modelo neoliberal con venta de empresas públicas y reducción del gasto público, y en 1994 firmó el Tratado de Libre Comercio con Estados Unidos y Canadá. Ese mismo año hizo entrada a la escena nacional la insurgencia del Ejército Zapatista de Liberación Nacional en Chiapas, apoyado por un conjunto grande de la población del país. La transferencia de la presidencia al finalizar el período de Salinas de Gortari tuvo conflictos como antes de la institucionalización posrevolucionaria. El candidato del PRI que gozaba de las preferencias electorales, Luis Donaldo Colosio, fue asesinado poco antes de la elección, y otro dirigente político fue asesinado unos meses después. El candidato sustituto, Ernesto Zedillo, no tuvo inconvenientes en ganar la elección, ante una sociedad abrumada por los acontecimientos políticos. La economía tuvo un gran golpe al inicio de la presidencia de Zedillo y la moneda se devaluó considerablemente, llevando a muchos deudores a declararse en quiebra. Aunque se logró la recuperación gracias al aumento de los precios del petróleo, el gobierno se hizo cargo de la deuda de los bancos, y eso significó un endeudamiento social y una transferencia neta de recursos públicos al sector privado. Desempleo, bajos salarios, pobreza, migración y remesas son claves para comprender la última década del siglo XX.

Con respecto a las ITS, la última década del siglo XX tiene una intensa producción de publicaciones científicas y de políticas públicas. Dos hallazgos las ponen de relieve: se evidencia su asociación con la adquisición del VIH y se asigna al virus del papiloma humano la alta prevalencia en México de cáncer cérvico-uterino. Además, la evidencia de que las muertes por cáncer cérvico-uterino ocupan el primer lugar en la tasa de defunciones por

cáncer de mujeres en el país, ubican a una ITS (el VPH) como altamente prevalente en la población general.

Varias líneas argumentales debatirán entre sí en la interpretación del riesgo: algunas publicaciones siguen haciendo hincapié en señalar grupos de riesgo reservorios de ITS, unas regresando al esquema primario y apuntando particularmente a las trabajadoras sexuales y algunas mencionando a los ‘promiscuos’, y otras publicaciones van contra el señalamiento de grupos de riesgo y proponen considerar las prácticas de riesgo, sin importar la pertenencia a grupos, y ponen el énfasis en aspectos estructurales, bajo el término de vulnerabilidad social. Lo que a simple vista podría parecer sólo un cambio de palabras, encierra una concepción interpretativa opuesta, e impacta en la propuesta de las políticas a implementar. En medio de esas dos grandes líneas, aparecen múltiples combinaciones: grupos con prácticas de riesgo, grupos vulnerables, etc.

Otra línea conceptual que aparece en esta década es el paso del análisis de los comportamientos del individuo a pensar en la pareja. Se advierten casos de infección en personas que han tenido una sola pareja sexual en su vida. Eso implica entonces centrarse en los comportamientos de la pareja, y no en los del individuo. Este enfoque se enfrenta con aquél que sigue buscando al grupo con comportamientos más riesgosos.

La población aparece segmentada según cada una de las ITS. Se muestran prevalencias en distintos grupos sociales de acuerdo a la ITS estudiada: sífilis y gonorrea en estratos bajos, herpes genital en estratos altos.

Se acepta que la sexualidad debe ser objeto de estudio científico, y que los comportamientos sexuales son difíciles de comprender. Se señala que se da el paso del recuento a la comprensión. Se recomiendan políticas para el cambio de prácticas sexuales. Por una parte, se proponen abstinencia y fidelidad, y por otra, evaluación de la pareja y uso de condón cuando las primeras no puedan practicarse. Sin embargo, se comenta la dificultad para el cambio de comportamientos. Se promueve la educación sexual pero se pone de manifiesto el contraste entre altos conocimientos y prácticas desprotegidas. Esto genera interrogantes sobre los obstáculos para el uso del condón. A partir de estos interrogantes se introduce con fuerza el tema del género en relación con las ITS, mostrando la dificultad de las mujeres para la negociación del uso del condón por los roles socialmente estipulados en materia de sexualidad.

La población general, y en especial los jóvenes, son objetos privilegiados de la política pública. En la era del VIH/sida, las estrategias de comunicación masivas adquieren un papel relevante, y la promoción de la educación sexual para jóvenes, así como servicios de salud sexual y reproductiva especialmente diseñados para ellos, son algunas de las medidas novedosas. Las políticas de prevención, atención y control de las ITS se atribuyen formalmente al CONASIDA, ampliando su acción más allá del VIH/sida.

Los argumentos del esquema primario: las trabajadoras sexuales como grupo reservorio.

En esta década aparecen publicaciones que regresan a la idea de que son las trabajadoras sexuales el centro a partir del cual se difunden las ITS. Se dice que podrían fungir como grupo reservorio de las ITS. En ninguna de las publicaciones se pregunta quién les ha transmitido la infección a las trabajadoras sexuales, sino que se las visualiza principalmente como transmisoras (Uribe Salas *et al.*, 1995; Conde González y Uribe Salas, 1997).

“Aparte de la transmisión perinatal, el mecanismo fundamental de transmisión de la infección por *N. gonorrhoeae* es sexual. Para entender mejor el papel que juega la actividad sexual en la transmisión de la infección es necesario analizar los conceptos de endemidad y grupo reservorio. Para que un agente de transmisión sexual se reproduzca en la población necesita que un individuo infectado transmita con éxito la enfermedad al menos a una persona susceptible. Si el número de susceptibles es mayor que uno, la prevalencia de la infección aumenta en la población, pero disminuye en caso contrario.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) persisten entre las poblaciones humanas en grupos reservorios caracterizados por tener altas tasas en el número de parejas sexuales. Cuando se analiza la distribución del número de parejas sexuales diferentes que un grupo representativo de la población dice haber tenido durante el último año, se ha encontrado que proporciones cada vez más pequeñas del grupo entrevistado tienen altas tasas de diferentes parejas sexuales. Aunque estos individuos representan una pequeña proporción del total de la población son importantes para perpetuar las ETS en poblaciones humanas, ya que tienen altas frecuencias de esas enfermedades, actúan como reservorio y son fuente de infección para otros. [...] Los resultados sugieren también que las TS podrían fungir como grupo reservorio de la infección por *N. gonorrhoeae*, ya que tienden a tener una frecuencia mayor de padecer la infección en relación con mujeres de población general. Aunque no se ha analizado directamente el papel que juegan las TS en la transmisión de la infección entre la población masculina heterosexual, un estudio realizado en 460 sujetos masculinos seleccionados aleatoriamente en la Ciudad de México mostró que 25% había tenido relaciones con TS. A pesar de que ningún sujeto fue positivo para el VIH, el antecedente de gonorrea fue más frecuente entre aquellos que tuvieron relaciones con TS.” (Conde González y Uribe Salas, 1997:575-577)

Las trabajadoras sexuales aparecen bajo la mira de la promiscuidad sin protección y la adicción a las drogas, y al igual que en el caso del sida, para explicar la prevalencia de sífilis, son presentadas en analogía con los hombres con prácticas homosexuales.

“Sífilis. [...] La enfermedad es más frecuente en la población joven y altamente promiscua, que tiene la actividad sexual sin ninguna protección, con cambios frecuentes de pareja, y que puede ser adicta a las drogas. [...] La población de mayor riesgo se observa en grupos de hombres con prácticas homosexuales y en mujeres que ejercen la prostitución.” (Calderón Jaimes, 1999:337)

Siguiendo el argumento del esquema primario, aparece en la literatura científica la mención de hombres infectados por las trabajadoras sexuales. En este caso se trata de los llamados ‘periféricos’, que son hombres que trabajan en los mismos sitios que las trabajadoras sexuales (meseros, porteros, cantineros, etc.). Se adjudica en este caso su infección al hecho de tener relaciones con trabajadoras sexuales y no por tener muchas parejas sexuales. Dentro del esquema primario, parece que la promiscuidad en sí de los hombres no es el factor explicativo, sino sólo la relación con las trabajadoras sexuales.

“En México no se ha estudiado la prevalencia de ETS en hombres que trabajan en los mismos sitios que las MTSC [mujeres trabajadoras del sexo comercial], principalmente bares, donde se desempeñan como meseros, cantineros, porteros, etc. [...] En el presente trabajo se realizó un análisis multivariado que incluyó dos variables cuantitativas: "el número de mujeres distintas" y "el número de esas mujeres que fueron prostitutas", con las cuales los periféricos tuvieron relaciones sexuales durante el último año, ajustando su efecto por edad, escolaridad, estado civil y antecedentes de ETS. Los resultados mostraron que no existió diferencia en el riesgo de infección por el VHS-2 según el "número de mujeres distintas" [...]. Sin embargo, el riesgo de infección por el VHS-2 de acuerdo con "el número de prostitutas", aumentó significativamente 0.51 veces por cada relación con una nueva pareja durante el último año” (Uribe Salas *et al.*, 1995:387, 392)

El centro de atención en esta época es el VIH, y como ocurría con la sífilis a principios del siglo XX, la preocupación no es la propia enfermedad en las trabajadoras sexuales sino la diseminación al conjunto de la sociedad por transmisión heterosexual.

“En los estudios descritos en este artículo, al igual que en las encuestas centinela que se describen en el artículo correspondiente, las prevalencias para VIH que se han encontrado en México en mujeres dedicadas a la prostitución son bajas. Sin embargo, la frecuencia alta del resto de ETS indica que los mecanismos de transmisión para la infección por VIH están presentes en estos grupos y que existe el riesgo de diseminación a un patrón de transmisión de predominio heterosexual, como ha ocurrido en otras regiones del mundo.” (Valdespino *et al.*, 1995:554)

Las recomendaciones para la prevención dentro del esquema primario consisten en educación sexual para desalentar el sexo ocasional con desconocidos o limitar el número de parejas, así como seleccionar las parejas en función del riesgo. Por otro lado, el uso de microbicidas y condón.

“Ante la carencia de una vacuna efectiva contra la gonorrea, las formas de prevenirla tienen que partir desde una educación sexual a las comunidades que desaliente los encuentros sexuales ocasionales con desconocidos o, en su defecto, promueva limitar el número de parejas; entre sujetos promiscuos, dicha educación les deberá recomendar la selección de parejas que carezcan de conductas sexuales riesgosas. La otra esfera de prácticas preventivas de la gonorrea está mediada por el uso de microbicidas químicos durante la realización del acto sexual o el empleo del condón, que se ha demostrado como un componente reductor de las posibilidades de infección por diversos agentes etiológicos transmitidos por la vía genital.” (Conde González y Uribe Salas, 1997:578)

Los otros grupos: los adolescentes, las poblaciones móviles, los 'promiscuos' y los que duermen fuera.

A diferencia de las interpretaciones en el esquema primario, en los otros enfoques el número de parejas sexuales es uno de los elementos claves para la identificación del riesgo a principios de esta década, sin importar si se trata de trabajadoras sexuales. Algunas publicaciones hablan de 'los promiscuos'. Desde esta perspectiva, el análisis se realiza a nivel individual, y la búsqueda de factores de riesgo del individuo incluye el número de parejas.

“Mención aparte merecen los individuos con alto riesgo de estar o ser infectados, como son aquellos que se conoce que son sexualmente promiscuos”. (Secretaría de Salud, 1991:27)

“[...] el acto sexual es el principal mecanismo de transmisión de las ETS y que las oportunidades de adquirirlas son mayores, cuanto más se cambie de compañero (a).” (Secretaría de Salud, 1991:22)

Uno de los indicadores de promiscuidad sexual más citado es la ocupación del individuo, bajo el supuesto de que algunas ocupaciones propician relaciones sexuales extramaritales. Se menciona a los que “pernoctan fuera del domicilio conyugal” y se incluye una gran variedad de ocupaciones: desde transportistas y marinos hasta filarmónicos.

“El estado civil, la ocupación, etc. son condiciones que orientan para sospechar si un individuo es promiscuo sexualmente o no.” (Secretaría de Salud, 1991:97)

“Ocupación del paciente: Las que por sus características propician relaciones sexuales extramaritales y la diversidad de parejas, ejemplo: empleados de restaurantes, bar, hotel, de transporte local o foráneo, policías, estudiantes, militares, agentes viajeros, entre otras; o bien, si son integrantes de los grupos de alto riesgo (prostituto(a)s, homosexuales, etc.).” (Secretaría de Salud, 1991:34-35)

“[...] población que se sabe que tiene frecuente exposición a adquirir enfermedades de transmisión sexual, como son las prostitutas y homosexuales, así como las que por motivos de su trabajo pernoctan fuera del domicilio conyugal: transportistas, agentes de ventas, mozos de restaurante o bar, deportistas profesionales, filarmónicos, militares, marinos, policías y otros.” (Secretaría de Salud, 1991:32)

Los adolescentes siguen estando en la mira en relación con las ITS. Se discute si esta población es más o menos liberal en México que en otros países, y se concluye que sí es liberal, sin evidencia científica que lo respalde.

“Para los adolescentes el riesgo de adquirir una ETS es mayor porque a diferencia de los adultos, es menos probable que constituyan una relación monogámica y que tomen medidas de protección antes de iniciar la actividad sexual. No son, por otra parte, razones que deban desestimarse las que derivan de sus limitados recursos financieros que a menudo los inhibe para buscar atención médica privada.” (Arredondo García *et al.*, 1993:76)

“Existen dos puntos muy importantes que preocupan a la Organización Mundial y Panamericana de la Salud. Uno es el incremento en el número de casos de sida y dos el número cada vez mayor de adolescentes sexualmente activos, usuarios de drogas y portadores de enfermedades de transmisión sexual (ETS). Con frecuencia se dice en nuestro medio que la conducta sexual de nuestra población no es

tan liberal como en otros países donde reportan mayores tasas de ETS/sida. Sin embargo, consideramos que esto no es del todo real pues es evidente que tenemos un subregistro de estas patologías” (Arredondo García *et al.*, 1993:75-76)

Otra caracterización del riesgo de ITS está dada por la geografía. Se suponen más prevalentes en las ciudades grandes, con auge económico y en las localidades fronterizas o portuarias.

“Los padecimientos que cumplen con la mayoría de estos requisitos son gonorrea, sífilis y Sida, especialmente en localidades fronterizas, portuarias o con más de 50,000 habitantes; y en localidades de cualquier tamaño con auge económico en zonas agrícolas, ganaderas, mineras industriales o turísticas.” (Secretaría de Salud, 1991:25-26)

La política de prevención habla de evitar estas enfermedades a partir de la evaluación de la pareja sexual, la fidelidad y usar condón. Llama la atención que se hable de conocer bien “los antecedentes sociales de la pareja”.

“La elaboración de un folleto educativo sobre el sida y otras ETS, que incluya los aspectos relativos a como evitar dichas enfermedades -tales como el conocer bien los antecedentes sociales de la pareja, fidelidad conyugal, el uso del condón y otros métodos de prevención.” (Izazola, Sánchez Pérez y Del Río, 1992:326).

Las políticas de prevención para los jóvenes se basan en la educación sexual y poner los condones a disposición. Al igual que varias décadas atrás, sigue siendo necesario en los albores del siglo XXI señalar que la educación sexual no fomenta el inicio de relaciones sexuales a edades más tempranas.

“Además, se requieren estrategias más específicas y dirigidas a grupos y sectores delimitados: éstos han mostrado un mayor grado de eficiencia para pasar del conocimiento a cambios concretos en la conducta. Un grupo de particular importancia es el de los jóvenes. Resulta imprescindible reforzar la autoestima y las aptitudes de negociación de los jóvenes y hacerles ver que tanto hombres como mujeres deben compartir la responsabilidad de las relaciones sexuales y sus consecuencias. Muchas personas piensan que la educación sexual fomenta el ejercicio sexual precoz o la promiscuidad. Sin embargo, 19 investigaciones examinadas por el Programa Mundial sobre sida han demostrado categóricamente que el hablar abiertamente con los jóvenes sobre sexualidad, transmisión del VIH y uso del condón no fomenta el inicio de las relaciones sexuales a edades más tempranas; por el contrario, conduce a posponer el inicio de la actividad sexual y evita riesgosas ETS y embarazos no deseados. Otro punto importante es que no basta con que las personas sepan que los condones pueden prevenir la transmisión del VIH: deben poder adquirirlos y saber cómo usarlos sin sentirse avergonzadas por ello. Los programas de mercadeo social pueden poner los condones al alcance de todos los que los necesiten.” (Del Río *et al.*, 1994:59-60)

Las nuevas ideas de fines del siglo XX: de los grupos a las prácticas, la vulnerabilidad social. El género como factor explicativo de los comportamientos.

El desarrollo del sida abrió la posibilidad de repensar social e históricamente las ITS. Una de las características de esta década es el registro de nuevas formas de conceptualizarlas. Una de las claves interpretativas es el paso de la concepción del riesgo de los grupos a las prácticas. Ya no se tratará de la identificación de grupos de riesgo, sino de la enumeración de las

prácticas que conllevan riesgo de infección. Se tratará de llegar con mensajes de prevención a todas las personas que puedan tener prácticas de riesgo, sin necesidad de incluirlas en grupos. Esto significa pensar las ITS en la población en general, y no sólo en algunos grupos específicos.

Uno de los argumentos expresa que la identificación de grupos de riesgo lleva a la discriminación. Y explica que la humanidad se ha enfrentado al miedo y la muerte generando culpables. Este será el principal obstáculo para una correcta evaluación personal del riesgo, ya que se piensa a las ITS en los otros, en los grupos específicos, y no en el mundo inmediato que rodea al sujeto. Se asume que muchas de las recomendaciones relacionadas con el sida han tenido una matriz moralista y no científica que tuvo como consecuencia programas de prevención ineficientes y la violación de derechos humanos.

La perspectiva de género aparece en algunas publicaciones con claridad, especialmente como llave para comprender los obstáculos para el uso del condón masculino.

Sin embargo, estas nuevas formas de pensar las ITS aparecen dentro de textos que mantienen las visiones previas que las contradicen. Las publicaciones con múltiples autores parecen ser una yuxtaposición de ideas contrarias. No es posible señalar que se trate de un espíritu consolidado de la época.

La Secretaría de Salud publicó un Cuaderno de Salud con el título “Sida y enfermedades de transmisión sexual: ¿un riesgo para todos?”, bajo la coordinación de Carlos del Río y con la colaboración de otros seis autores, algunos de los cuales eran o fueron más tarde autoridades del CONASIDA y del Instituto Nacional de Salud Pública. En ese sentido, esta publicación muestra que las autoridades estaban comprometidas con un cambio de visión respecto al riesgo. Allí se señala:

“Existen algunos comportamientos específicos que favorecen la transmisión del VIH; son las llamadas prácticas de alto riesgo. Al respecto, cabe aclarar que los comportamientos no son característicos de algún grupo; por esa razón, se prefiere hablar de "prácticas de riesgo" y no de "grupos de riesgo". Se puede afirmar que, con el paso de los años, la humanidad se ha vuelto más vulnerable a esta pandemia, sobre todo por el hecho de que el sida parece exacerbar las debilidades de nuestra sociedad, en el centro de las cuales está la discriminación.” (Del Río *et al.*, 1994:31-32)

“Mientras la discriminación y la violación de los derechos humanos continúen, la idea de que los infectados forman parte de un "grupo especial" no dejará de existir. La percepción de riesgo de quien no se sienta parte del grupo será nula o casi nula y ello aumentará la probabilidad de que esa persona sea infectada. Por su parte, los afectados se alejarán cada vez más de las medidas de prevención que se adopten y se volverán cada vez más renuentes a acudir a los lugares donde se les pudiera brindar ayuda, por miedo a ser discriminados.” (Del Río *et al.*, 1994:64)

“Debemos recordar que históricamente la respuesta de los seres humanos a las grandes pandemias ha sido pobre y se ha caracterizado por tratar de encontrar culpables y chivos expiatorios. Hay distintas razones sociales y culturales para ello; [...] Las recomendaciones sobre una adecuada actitud ante el sida han sido con frecuencia sustentadas en emociones más que en argumentos científicos, y su matiz moralista poco ha contribuido al control de la epidemia.” (Del Río *et al.*, 1994:65-66)

Esta nueva interpretación que intenta comprender el estigma y la discriminación que se producen al padecer una ITS, señala que en las diferentes épocas se han mezclado perspectivas (mágica, religiosa, biomédica, social) y se han recriminado las relaciones sexuales, buscando culpables.

“Las enfermedades de transmisión sexual -y el sida es una de ellas- fueron denominadas durante mucho tiempo enfermedades ocultas o secretas. Sin duda, éstas han sido padecidas con mayor soledad y vergüenza. En ocasiones, quienes las han contraído no han tenido posibilidades de acceder a un tratamiento, y han sido rechazados por la sociedad.” (Del Río *et al.*, 1994:9)

“Diversas interpretaciones del fenómeno salud-enfermedad han sido abordadas desde las perspectivas mágica, religiosa, biomédica y social. Así, se ha asumido a la enfermedad como algo inevitable y dirigido por los dioses; se le asocia con los pecados y las conductas indecorosas; se define como la agresión de agentes externos unicastales o se trata de explicar considerando las interacciones de las fuerzas sociales. En el caso de las ETS y el sida, todas estas aproximaciones han cobrado presencia y relevancia. En el intento de identificar su origen y atenuar o justificar el estigma que genera padecerlas, estas interpretaciones parecen mezclarse con el propósito de disminuir la culpabilidad o de atribuírsela a otros. El hecho es que los padecimientos cuya forma de transmisión son las relaciones sexuales han sido recriminados de la misma forma en diferentes épocas.” (Del Río *et al.*, 1994:13)

Esta ubicación del riesgo y la culpa en algunos grupos, tiene como consecuencia la falta de consideración del riesgo por parte de la mayoría de las personas, porque aparece el mito de que “no es de todos”. Y el cambio de comportamientos se presenta como algo difícil.

“No obstante, la transmisión por vía sexual ha continuado a pesar de que se sabe con claridad cómo frenarla. Existen diversas razones para ello; pero sin duda una de las más importantes es que la gran mayoría de las personas no se considera en riesgo de contraer la infección aún después de haber oído hablar del VIH/sida, pues persiste el mito de que esta enfermedad “no es de todos”, sino solamente de los homosexuales, de las personas con múltiples parejas sexuales, de los usuarios de drogas intravenosas, etc., es decir, de los mal llamados “grupos de alto riesgo”. La razón fundamental de este comportamiento parece ser que las personas desarrollan resistencia al cambio por sentirse presionadas a modificar su conducta sexual. En este sentido, la realidad ha mostrado que parece más difícil producir esos cambios que desarrollar una vacuna o descubrir un medicamento para curar el padecimiento.” (Del Río *et al.*, 1994:31)

Además del cambio de enfoque de grupos a prácticas, se presenta el tema de la vulnerabilidad social. Se realiza una reflexión sobre los distintos marcos teóricos con los que ha sido estudiada la epidemia del VIH/sida, y se indica que el enfoque de la vulnerabilidad, de corte estructural, significa un progreso frente a los enfoques individuales neconductuales.

“A pesar de los pocos años transcurridos desde que apareció el sida, ya es posible identificar varias etapas en la evolución del acercamiento de las ciencias sociales a la epidemia. El paso de los enfoques

neoconductuales a los estructurales y la más reciente aparición de una seria preocupación por temas tales como el poder y la vulnerabilidad implican un remarcable progreso en la comprensión de los fenómenos asociados a la epidemia y a la comprensión de la epidemia misma. Hemos avanzado de una etapa en la que la preocupación principal estaba en *contar*, a otra en la que una visión más integral, más sistémica, privilegia el *comprender*.” (Bronfman, 1999:83)

“Mientras que el riesgo apunta a una probabilidad y evoca una conducta individual, la vulnerabilidad es un indicador de la inequidad y la desigualdad sociales y exige respuestas a nivel de la estructura. Es la vulnerabilidad la que determina los riesgos diferenciales y es sobre ella que debe actuarse.” (Bronfman, 1999:84)

El análisis de la epidemia de VIH/sida y de los obstáculos para el uso del condón llevaron a la reflexión sobre la construcción del sistema de género, de los roles de género en las relaciones sexuales y sobre la necesidad de generar políticas para superar este escollo. Una institución del sistema de salud, el CONASIDA, acepta que la visión del deber ser masculino y femenino se trata del resultado de un complejo proceso histórico, de una construcción artificial, que llega a la actualidad. Se denomina a esta construcción histórica “sistema de valores sexuales”.

“Sistema de valores sexuales. En este contexto, si bien es cierto que existe una diferencia sexual biológicamente constituida y con distintas funciones en lo relacionado a la reproducción; lo que distingue a los sexos es la dramatización existencial, que se ven obligados a desempeñar de acuerdo con los preceptos sociales que señalan el "cómo debe ser el hombre y cómo la mujer". Esta arbitraria visión por parte de la potestad masculina obligó a la mujer, en casi todas las culturas, a desempeñarse únicamente al interior del hogar, ocupándose como madre y esposa, por oposición al papel masculino que, como proveedor económico, se otorgó el de jefe indiscutible de la familia. Esta división del trabajo y de los menesteres domésticos configuró a la mujer como dependiente y sumisa, tierna e intuitiva, débil y temerosa, caprichosa y superficial, voluble e incomprensible. Es decir, que en esta forma se constituyó el mito del "eterno femenino", por oposición a lo viril, caracterizado por la fuerza y el valor, la inteligencia y la decisión, el dominio, la autoridad; cualidades indispensables para el ejercicio del poder. Esta manera de ver las cosas aparece a los ojos de un observador desprevenido como "algo natural", cuando realmente es el resultado de un complejo proceso histórico, que desafortunadamente aún se conserva en nuestros días. Dicho de otra manera, a través de los tiempos artificialmente se instituyó un sexo dominante y superior (el Masculino), y otro sometido e inferior (el Femenino). Fruto de esta injusta discriminación de que ha sido objeto la mujer, es la apropiación tradicional de su cuerpo por parte del varón.

Esta afirmación podría hacernos pensar en alguna forma de esclavitud, que aunque literalmente no se concibe hoy día, persiste mediante la represión de la sexualidad femenina, que a nuestro parecer es una forma sutil y aceptada socialmente de subyugar el cuerpo femenino. Esta forma de pensar con relación a los roles masculinos-femeninos constituye lo que denominamos **sistema de valores sexuales**, que será el que, sin darnos cuenta, transmitiremos a nuestros hijos como contenido de la educación sexual tradicional.” (Ramos Alamillo, Egremi y Terán, 1999:45-46)

Las medidas que se propusieron en relación con esta perspectiva de género, iban desde cuestiones amplias como servicios para mujeres (de salud y legales), reformas legales y sociales, a medidas puntuales como el uso del condón femenino. Como en décadas anteriores, se considera que el empoderamiento de las mujeres se dará por contar con métodos de prevención que ellas puedan controlar.

“Una situación particularmente grave es la que ocurre con las mujeres: muchas de éstas presentan un elevado riesgo de contraer ETS o VIH por la condición de que, rehusarse a tener relaciones sexuales o exigir que sus parejas utilicen un condón, implica exponerse a ser golpeadas o vejadas. Por ello, los programas de atención a ETS deben esforzarse especialmente por hacer llegar servicios a las mujeres, facilitar que éstas los utilicen y promover reformas legales y sociales que les permitan proteger su salud.” (Del Río *et al.*, 1994:72)

“En el caso del condón, la peor falla es no utilizarlo. Debido a las dificultades que existen para que una mujer pueda negociar el uso del condón por parte del hombre, en los últimos años se ha desarrollado la alternativa del condón femenino.” (Del Río *et al.*, 1994:61-62)

“Ha proliferado la investigación sobre el condón femenino y se ha dado cuerpo a la idea de que un mecanismo para mejorar la prevención es el empoderamiento de las mujeres poniendo a su disposición métodos que ellas pueden controlar.” (Bronfman, 1999:84)

Dentro de esta perspectiva, la medida más general que se recomienda es la educación para el cambio de comportamientos, sin desconocer que se trata de algo difícil de lograr. Además de educación, se propone la disponibilidad de condones y de un viricida vaginal, para que las mujeres puedan prevenirse sin depender de su pareja.

“En ausencia de vacunas, la única forma como podemos prevenir las ETS y el sida es educando para generar cambios de comportamiento. Aún cuando se contara con vacunas, sería indispensable mantener los programas permanentes de educación; la vacunación se agregaría como una actividad más dentro de la estrategia de prevención. En virtud de que conocemos los mecanismos de transmisión del virus, podemos asegurar que si todos los individuos que conforman la sociedad tuvieran la información necesaria, modificarían su comportamiento sexual, desarrollarían las habilidades necesarias para negociar una relación sexual segura y procurarían influir en el comportamiento sexual de su pareja; así, la transmisión se detendría, dando fin a la epidemia del sida y a las ETS. Sin embargo, sabemos que esto corresponde más a buenos deseos que a la realidad. Las modificaciones de conducta son extraordinariamente difíciles de lograr, pero no podemos flaquear en el intento. Es por ello que más que una vacuna, hoy en día necesitamos programas de educación, así como acceso y disponibilidad de condones y de un viricida vaginal que permita a las mujeres protegerse de la infección sin tener que depender de su pareja.” (Del Río *et al.*, 1994:57-58)

LOS SENTIDOS HEREDADOS SOBRE EL RIESGO DE ITS: UNA MIRADA SINTÉTICA DEL SIGLO XX.

En este capítulo se han visto distintas formas en que el pensamiento salubrista ha construido la noción de riesgo de infecciones de transmisión sexual desde finales del siglo XIX hasta finales del siglo XX. Una de las formas de conceptualizarlo ha sido por medio de lo que he denominado esquema primario y se refiere a la feminización de las ITS: las trabajadoras sexuales aparecen como reservorio e incluso como fuente de las ITS, los hombres como víctimas culpables que se infectan de las trabajadoras sexuales, y a su vez, transmiten la infección a sus esposas e hijos, que son considerados víctimas inocentes. Si bien este es el argumento central, hay otras perspectivas que compiten con esta mentalidad, a las que denominé los argumentos en los intersticios. Se han verificado cambios de pensamiento que

llevan a sostener que las ITS pueden estar en toda la población, y no sólo en algunos grupos de alto riesgo. Estos cambios no han sucedido de manera lineal, como si los nuevos argumentos reemplazaran al esquema primario. El esquema primario está presente en todo el siglo estudiado, a veces como mentalidad hegemónica, otras como marginal, y por momentos a la par contra los otros argumentos.

Dentro del argumento del esquema primario, los afectados inmediatos son los hombres. Si bien desde inicios del siglo XX se concibe a los hombres en general, también se hace énfasis en algunos grupos particulares de ellos, que cambian según las épocas. Lo que está por detrás del esquema primario es un conjunto de estereotipos basados en una concepción de género sobre la sexualidad que atribuye características de activo incontenible a los hombres y divide a las mujeres entre las prostitutas (en algunos casos se extiende a otras mujeres que no cobran por tener relaciones sexuales pero que se consideran promiscuas) y las esposas o casaderas y que penaliza las alteraciones a este modelo. Las prostitutas se consideran enfermas por naturaleza, fuente o reservorio de las ITS. Bajo este esquema, las políticas se enfocaron a controlar a las mujeres trabajadoras sexuales, a recomendar evitar la relación con las mujeres infectantes o usar condón con ellas.

Los argumentos en los intersticios, si bien no se enfocan en las trabajadoras sexuales como culpables, no siempre se alejan de las normas sobre la sexualidad apoyadas en el sistema de género imperante. En general, el discurso médico-salubrista mezcla la cientificidad con argumentos morales, sobre los que se apoyan las políticas de combate a las ITS.

Durante el Porfiriato (1877-1910) el argumento hegemónico es el que considera a las trabajadoras sexuales como fuente de ITS y a los hombres (especialmente los soldados) en riesgo de contraerlas como víctimas culpables, y a las mujeres casadas, las nodrizas y los niños como víctimas inocentes. Las políticas se centraron en la reglamentación de la prostitución con la ayuda de la Inspección de Sanidad. Bajo el supuesto de la incontinencia sexual masculina (particularmente de los jóvenes), se considera a la prostitución como mal social necesario a controlar por la autoridad sanitaria. En los intersticios se advierten posiciones que, apoyadas por la discusión internacional entre abolicionismo y reglamentarismo, señalan que los hombres transmiten las infecciones a las prostitutas, que las mujeres casadas pueden haber tenido vida sexual antes del matrimonio, que no todas las solteras son vírgenes y que la infección puede darse por 'sodomía'. Hay un reclamo por la

injusticia de realizar exámenes médicos sólo a las mujeres y no a los hombres y se señala la necesidad de dar educación sexual y promover el uso del condón.

En el transcurso de los primeros gobiernos revolucionarios (1911-1924) continuaron las discusiones sobre la reglamentación de la prostitución. Se verifican argumentos del esquema primario pero se dan los primeros pasos hacia un gran cambio de enfoque sobre las ITS. El papel de los hombres infectando a las trabajadoras sexuales queda registrado en reglamentos. Si bien se mantiene el control sobre el trabajo sexual, nuevas técnicas de laboratorio facilitan la idea de que puede controlarse a la población en general para prevenir el contagio de la sífilis. Se introducen, además, argumentos que relacionan pobreza, población obrera, falta de higiene y promiscuidad con ITS. Se pone en crisis la hegemonía del pensamiento que sostenía el esquema primario, pero aún no se impone un modelo que cambie el imaginario de las ITS.

Entre 1925 y 1934 (período conocido como el 'Maximato'), se cristalizan los cambios del período anterior a través decretos. El argumento de que la sífilis es un problema de la población general se impone con fuerza, aunque coexiste con el Reglamento de la prostitución y argumentaciones del esquema primario. En este momento, los argumentos de los intersticios pasan al centro. En los argumentos del esquema primario de esta etapa, los grupos afectados son los hombres (los adolescentes y jóvenes, los marinos) y las esposas, niños y nodrizas. Entre las medidas políticas que responden al cambio de paradigma que se enfoca en la población general, se instaura la obligatoriedad del registro de casos, del certificado médico prenupcial y de las tarjetas sanitarias a personas de distintos oficios. Se inaugura una gran campaña nacional antivenérea, con educación sexual basada en proporcionar información a través de películas y conferencias en numerosas ciudades del país. Se crean más dispensarios antivenéreos, algunos con horarios nocturnos dirigidos a hombres y estudiantes, y se afirma que en general atienden a la clase obrera. La sexualidad de las mujeres antes o fuera del matrimonio se evidencia claramente en este período. Hacia 1930 se encomienda a una comisión el estudio de medidas para suplantarlo el reglamento de la prostitución.

El cardenismo (1934-1940) finalmente concreta la derogación del Reglamento de la prostitución, las políticas se dirigen a la población general y se legaliza el delito de contagio. La eliminación del Reglamento puede verse como un 'parteaguas' en la historia de las

políticas contra las infecciones de transmisión sexual, hecha posible, en parte, por los cambios sociales provocados por la Revolución. No debe concebirse como un acontecimiento que irrumpe de manera sorprendente, sino como la cristalización de una tendencia que había comenzado como pensamiento marginal a fines del siglo XIX y que fue adquiriendo importancia a partir de la Revolución, influenciada por el curso de las políticas en el orden internacional. Las autoridades señalan la inmoralidad de haber aislado a las mujeres, sancionando así a uno sólo de los sexos, cuando ambos son capaces de transmitir el padecimiento. Pero las concepciones del mundo no son homogéneas, y aunque el argumento hegemónico cambia, el esquema primario es sostenido por algunos opositores (los afectados por las prostitutas, desde este enfoque ahora minoritario, son los soldados y marinos, los trabajadores petroleros, los ejidatarios y rancheros). Algunos estados o municipios mantuvieron los reglamentos a la prostitución a pesar de los preceptos contrarios de la campaña nacional. Desde la nueva posición hegemónica que tiene una concepción de género más equitativa, hay insistencia en mencionar que los ideales revolucionarios del nuevo gobierno son contrarios al estado de desigualdad que imponía el Reglamento de la prostitución, se promueve la educación sexual y una de las medidas más novedosas es la distribución masiva de condones a través de farmacias.

El período que sigue al estallido de la Segunda Guerra Mundial (1941-1952) está marcado por la visión de las ITS desde el punto de vista geopolítico, a las que se combate en nombre de la defensa nacional. Con el ingreso de Estados Unidos a la Segunda Guerra Mundial, en 1941, se renovó el interés de ese país en el control de las enfermedades venéreas del lado mexicano, y esto representó un viraje de la concepción revolucionaria. Se regresó al esquema primario, tratando de controlar a las prostitutas mexicanas para que no contagiaran a los soldados americanos que cruzaban la frontera. Sin embargo, las medidas recomendadas no son del todo contrarias a las del cardenismo: eliminar la prostitución organizada, el lenocinio y la trata de blancas. Se señala que las medidas legales para la campaña de represión de la prostitución no culpan a la prostituta ni intentan suprimir la prostitución, sino que tratan de eliminar la incitación pública a la prostitución. A pesar de que todos los trabajos del período revolucionario mostraban que el origen de la prostitución se encontraba en profundos problemas sociales y que su supresión no era tarea del personal de salud, en esta etapa belicista otra vez las autoridades sanitarias se asumen con el derecho de buscar mecanismos

para que disminuya el comercio sexual. La idea general es que en época de guerra hay un aumento de las enfermedades venéreas y se propone un combate mayor. Se descubre la eficacia de la penicilina para la sífilis en 1943, y con el fin de la Segunda Guerra Mundial y la generalización de su uso se propició el regreso de la idea de que las políticas deben dirigirse a la población en general y no sólo a grupos. Siguiendo este principio, se propusieron dos medidas para detectar a los sujetos infectados: la investigación de contactos y las encuestas o censos serológicos. Comienza a hablarse de la responsabilidad individual respecto a contraer una infección. Se argumenta que, dadas las dificultades para cambiar las conductas sexuales y por la falta de un profiláctico de valor práctico comprobado, la responsabilidad del control de la sífilis recae sobre la terapia basada en el uso de la penicilina. Esta idea presagia el relativo olvido en el que años más tarde caerán las políticas preventivas contra las enfermedades venéreas.

En el período de 1953-1960, la extensión del uso de la penicilina en el tratamiento de la sífilis supuso un cambio sustancial en el combate a esta enfermedad. La terapia basada en su aplicación logró niveles de eficacia tales que la meta que se propuso fue la de su erradicación. Esta idea marcará las políticas: de acciones en grupos específicos se pasará a buscar cada caso de infección en toda la población. Esto da inicio a la búsqueda sistemática de casos a través de los censos serológicos. Sin embargo, el argumento que considera a las prostitutas fuente de contagio está presente durante el gobierno de Adolfo Ruiz Cortines. Ya no se recluye a las prostitutas, pero siguen los argumentos de represión de la prostitución y se recomienda para esta población el uso de la penicilina con fines profilácticos, aún sin evidencia de infección, al ser consideradas como mujeres venéreas por excelencia, y sin importar las reacciones alérgicas y la aparición de cepas resistentes de otras infecciones que podían ser concomitantes. En los reportes de encuestas serológicas las “meretrices” siguen siendo presentadas con los mayores porcentajes de infección. Coexiste, en este período, la idea de que cualquier persona puede estar infectada y de allí la necesidad de realizar censos serológicos. Los grupos que aparecen señalados en los censos serológicos, además de las trabajadoras sexuales, son los obreros, los campesinos, los empleados, los mozos, choferes, la servidumbre, los soldados, los policías, las embarazadas, los adolescentes, los escolares menores de 15 años, los presos. La búsqueda sistemática con el examen prenupcial y en mujeres embarazadas muestra el interés de considerar a la población general como sujeto de

riesgo. La investigación de contactos de los casos ya diagnosticados sigue siendo una política de búsqueda de nuevos casos, que llega hasta el hogar. Se menciona en esta época explícitamente la posibilidad de que las personas tengan relaciones sexuales extramaritales y se advierte a los médicos que no deben tener actitud de censura. Pero aunque la población general es la que es vista padeciendo enfermedades venéreas, sin embargo la idea de la promiscuidad sexual aparece como un argumento para señalar nuevos grupos.

En la década de 1960 se inicia la etapa que fue denominada de “olvido” de estas enfermedades. Los logros tecnológicos obtenidos por los masivos tratamientos con antibióticos y las nuevas pruebas diagnósticas permitieron que ya no se pensara sólo en disminuir la incidencia de las dos enfermedades relevantes (sífilis y gonorrea) sino en su erradicación. Comienza a hablarse de la despreocupación de la comunidad médica respecto de estos males y las autoridades sanitarias alertan sobre la posibilidad de que dejen de ser vistos como problemas. Esto repercute en una disminución del reporte de los casos, tanto porque los médicos no consideran la necesidad de notificar a la autoridad como porque las personas recurren a la automedicación a partir de la venta libre de la penicilina en las farmacias. Sin embargo, la emergencia de resistencias a los antibióticos o de pérdida de sensibilidad (especialmente en la gonorrea) hace que las autoridades sanitarias sigan llamando la atención de la comunidad médica para continuar la campaña contra estas enfermedades. Por otra parte, la invención de técnicas de laboratorio que se aplican de manera masiva para detectar sujetos infectados aún antes de la aparición de síntomas es vista como la solución para cortar la cadena de infecciones. El programa propuesto en esta época sigue siendo detectar infectados en grandes núcleos de población para darles tratamiento, ya sea a través de métodos de rutina como el examen prenupcial y prenatal o de la búsqueda sistemática en centros de trabajo. Pero el límite se advierte también en esta década: la búsqueda sistemática y masiva de casos de sífilis deriva en discriminación laboral. Y dado que estas enfermedades siguen siendo consideradas de “estigma popular” se buscan mecanismos que garanticen la confidencialidad de los resultados. Además de los grupos considerados en la etapa anterior (especialmente los obreros) se agregan los braceros y los marinos mercantes y se pone especial énfasis en los adultos jóvenes y los adolescentes. Aparece como preocupación la falta de exámenes de laboratorio en la población rural y el reporte de un número menor de casos en las mujeres, que se adjudica a la falta de síntomas

que ellas muestran en las etapas iniciales de la enfermedad, y se propone lograr un mayor acceso de la mujer a las consultas y a la información. Si bien se menciona a las trabajadoras sexuales como fuentes seguras de infección, sólo en pocos textos aparece la mención explícita a este grupo de población. Junto a las encuestas serológicas, se indica la necesidad de realizar estudios de conducta sexual.

Entre 1970 y 1980 se publica numerosa literatura sobre las enfermedades venéreas, las que pasan a ser denominadas enfermedades de transmisión sexual. La llamada “revolución sexual” y la “liberación femenina” son temas de preocupación para los médicos especialistas. Atribuyen la mayor liberalidad sexual, por una parte, al incipiente programa de anticoncepción instaurado en el país y, por otra parte, a la confianza de la población en la eficacia de la penicilina. Como causas del incremento de las ITS se menciona la promiscuidad sexual derivada del uso de anticonceptivos, el cambio de valor frente a los abortos y a las relaciones extramaritales, y, en general, el cambio en los patrones normativos de la sexualidad. Se vincula el aumento de las enfermedades sexuales al desplazamiento poblacional, a los mejores estándares de vida y, en algunos casos, a sectores socioeconómicos bajos. Se habla de un cambio en los comportamientos sexuales de los jóvenes (relaciones más tempranas, múltiples parejas y elegidas al azar). Los médicos se muestran muy activos atribuyendo las enfermedades sexuales a los comportamientos “promiscuos”. Sin embargo, hay tensiones entre las posiciones; no todos comparten las interpretaciones conservadoras de la sexualidad que dan algunos colegas. Aparecen en este período dos novedades conceptuales: la mención a grupos “vulnerables” y el enfoque, por primera vez, no en sujetos o grupos sino en prácticas sexuales; se trata de una idea incipiente, que ganará fuerza décadas más tarde. La posición que señala a la trabajadora sexual como responsable (esquema primario), se sostiene en este período, pero como una de las causas entre muchas otras del aumento de las enfermedades sexuales, y en particular de la gonorrea. Al peligro representado por las “prostitutas” se agregan las mujeres “frívolas o mundanas”, consideradas prostitutas “amateurs”, las mujeres de vida sexual muy promiscua, las sirvientas y meseras. Los grupos de hombres afectados que se mencionan en este período son los presos, los policías, los choferes, los cantineros y los soldados. Para las trabajadoras sexuales, hay una política de administración sistemática de penicilina, que resulta útil para el control de la sífilis, pero ahora parece derivar en problemas para el control de la gonorrea. Se

recomienda 'hacer una buena selección de la pareja', lo que significa no tener relaciones con trabajadoras sexuales o con desconocidos. Con todo, los argumentos que ponen la mira en la población general están mucho más presentes en este periodo que los argumentos del esquema primario, y ponen el énfasis en la vulnerabilidad de los adolescentes y jóvenes. Se menciona a un nuevo grupo encabezando la lista de los considerados de riesgo: los homosexuales. En esta época surgen muchas novedades en términos técnico-científicos y comienza a hablarse de condiloma acuminado, mycoplasma, tricomona, chlamydia o candida, virus del herpes tipo II (o genital). Si bien sigue existiendo la Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas, las políticas sobre las ITS comienzan a ser inscritas en el marco más general de las enfermedades infecciosas y de la epidemiología. Los médicos recomiendan educación sexual y búsqueda sistemática de infectados como principales medidas de prevención. Se discute la utilidad del suministro de penicilina de efecto prolongado como medida de prevención. Otras medidas que se proponen son el uso de preservativos y el aseo local.

En la década de los ochenta, a diferencia de la anterior, los médicos han aceptado la necesidad de la anticoncepción y de vincular la prevención de embarazos no deseados con la prevención de las ITS. La aparición de los primeros casos de sida da lugar a un viraje en las políticas de salud destinadas a las ITS. Aparece una división en la concepción de los grupos de riesgo según las distintas infecciones. Para las ITS que no son sida, las y los jóvenes solteros heterosexuales son los más mencionados (por el fácil acceso a la anticoncepción, los cambios en los valores y en las prácticas sexuales). En el caso de las mujeres se señala un aumento, y desde edades más tempranas, de las parejas sexuales. Hombres y mujeres casados también son incluidos y las normas no identifican grupos sino que parecen dirigirse a toda la población que haya tenido un contacto sexual "sospechoso". La mención a las trabajadoras sexuales es, en este período, marginal. La política de prevención para estas ITS se basa en medidas educativas, que las presentan a la población como problema de salud pública e informan sobre la identificación de síntomas y la importancia de recurrir a la atención médica, recomendando evitar la promiscuidad sexual, usar preservativo, el aseo de órganos genitales y la abstención de relaciones sexuales hasta la curación. Por el contrario, cuando se trata del VIH/sida el énfasis se pone en "grupos de alto riesgo", como los "homosexuales, farmacodependientes, bisexuales, receptores de sangre y otros".

La última década del siglo XX tiene una intensa producción de publicaciones científicas y de políticas públicas sobre las ITS. Dos hallazgos las ponen de relieve: se evidencia su asociación con la adquisición del VIH y se atribuye al virus del papiloma humano la alta prevalencia en México de cáncer cérvico-uterino. El desarrollo del sida abrió la posibilidad de repensar social e históricamente las ITS. Una de las características de esta década es la diversidad de formas de conceptualizar el riesgo. Entre los que sostienen el esquema primario, la preocupación no es la salud de las trabajadoras sexuales sino la diseminación del VIH al conjunto de la sociedad por transmisión heterosexual, tal como a principios de siglo ocurría con la sífilis, y los hombres afectados que se mencionan son los ‘periféricos’ de los sitios de trabajo sexual. Otros enfoques consideran que el número de parejas sexuales es un elemento clave para la identificación del riesgo a principios de esta década, con independencia del tipo de pareja, y se habla de ‘los promiscuos’. Uno de los indicadores de promiscuidad sexual más citados es la ocupación del individuo, bajo el supuesto de que algunas ocupaciones propician relaciones sexuales extramaritales. Se menciona a los que “pernoctan fuera del domicilio conyugal” y se incluye una gran variedad de ocupaciones: desde transportistas y marinos hasta filarmónicos. Otra línea conceptual es el paso del análisis de los comportamientos individuales a los de la pareja. En otros argumentos se introduce con fuerza el tema del género en relación con las ITS, mostrando la dificultad de las mujeres para la negociación del uso del condón por los roles socialmente estipulados en materia de sexualidad. El argumento más novedoso es el que se centra en las prácticas. Ya no se trata de la identificación de grupos de riesgo, sino de la enumeración de las prácticas que conllevan riesgo de infección (coito, sexo oral o anal sin condón). Se busca llegar con mensajes de prevención a todas las personas que puedan tener prácticas de riesgo, sin necesidad de incluirlas en grupos. Desde esta posición se señala que la identificación de grupos de riesgo lleva a la discriminación y que es el principal obstáculo para una correcta evaluación personal del riesgo, ya que lleva a pensar a las ITS en los grupos específicos y no en el mundo inmediato que rodea al sujeto.

Entre las políticas de la última década del siglo, se proponen abstinencia y fidelidad, evaluación de la pareja sexual y uso de condón cuando las primeras no puedan practicarse. La población general, y en especial los jóvenes, son objetos centrales de la política pública. Se promueve la educación sexual pero se pone de manifiesto el contraste entre altos

conocimientos y prácticas desprotegidas. Esto genera interrogantes sobre los obstáculos para el uso del condón. En la era del VIH/sida, las estrategias de comunicación masivas adquieren un papel relevante y la promoción de la educación sexual para jóvenes, así como servicios de salud sexual y reproductiva especialmente diseñados para ellos, son algunas de las medidas novedosas. La nueva forma de pensar las ITS en función de las prácticas sexuales coexiste con visiones previas que la contradicen (la del esquema primario y la que se enfoca en grupos de riesgo). De allí que las políticas tienen elementos de las distintas posiciones. No es posible señalar que se trate de un espíritu consolidado de la época.

En el curso del siglo XX se destaca una construcción del riesgo que culpa por la transmisión de las ITS a un grupo de mujeres, que expone la feminización de las ITS. Este esquema al inicio del siglo es hegemónico, y es combatido por mentalidades alternativas que logran quitarle la preeminencia. Sin embargo, no desaparece sino que sólo se minimiza en algunas etapas para regresar con fuerza hacia el fin de siglo. El esquema primario puede ser visto como resistente, que permanece en la larga duración, y se ubica en el nivel de 'la fuerza de la inercia' de las estructuras mentales. Que existen otras formas de concebir el riesgo de ITS ha quedado claro en los argumentos revisados. Los cambios en las estructuras sociales provocados por la Revolución posibilitaron la cristalización de mentalidades más equitativas y políticas dirigidas a la población general. Con claridad se expresa la injusticia de género que representa el esquema primario y se pugna por considerar que todos pueden contraer y transmitir las infecciones. Otras formas de construir el riesgo de ITS contra el esquema primario a lo largo de las décadas es mencionando grupos específicos en riesgo, sin conexión con el trabajo sexual. La última década del siglo evidencia un regreso al esquema primario, que ve a las trabajadoras sexuales como posibles generalizadoras de la epidemia de VIH/sida, y como contracara, dos tipos de argumentos: los que hablan de grupos de riesgo y/o vulnerables y los que se centran en las prácticas sexuales. Estos últimos tienen el claro objetivo de superar la discriminación de grupos estigmatizados y promover un sistema de género más equitativo.

Así entonces, el esquema primario parece resistente a la desaparición, a pesar de los múltiples intentos por considerar otras formas de construir el riesgo de ITS. Una de las razones para la resistencia del esquema primario es que se apoya en un sistema de género

tradicional sobre la sexualidad, que parece persistente y difícil de modificar. El esquema primario permanece porque se adecúa a un sistema de género imperante, y porque reduce en función de ese sistema la complejidad del riesgo, al establecer que sólo debe percibirse el riesgo en situaciones específicas, relacionadas con un grupo particular de mujeres (las trabajadoras sexuales y sus extensiones). Los argumentos contrarios insisten en que de esa manera no se evitan las ITS, y en la última década se subraya que ese argumento sólo provoca discriminación y violación a los derechos humanos. Esta posición centrada en las prácticas, además de proponer una nueva conceptualización del riesgo, debe luchar contra la reducción de complejidad operada por los estereotipos de género. Los sentidos sobre el riesgo de ITS que se heredan siguen estas distintas posiciones en conflicto, el esquema primario, los grupos de riesgo y el énfasis en las prácticas. Estos relatos en pugna imponen sentidos tipificados sobre las ITS y se transmiten de una etapa a otra.

En el siguiente capítulo analizaré las prácticas sexuales y las percepciones de riesgo de los jóvenes universitarios. Dentro de la percepción del riesgo de los jóvenes se indagará la forma en que ubican el riesgo de ITS en grupos determinados, si perciben el riesgo en función de los argumentos del esquema primario o de los argumentos en los intersticios. Investigaré, asimismo, cómo la percepción de riesgo facilita o dificulta la prevención de las infecciones de transmisión sexual.

CAPÍTULO 6. A la hora de los ‘cocolazos’: La construcción del riesgo de infecciones de transmisión sexual y decisiones de prevención en el discurso de una población de jóvenes universitarios de México

La cuestión que me he planteado investigar es por qué a pesar de que los jóvenes tienen suficiente información para establecer estrategias efectivas de prevención de infecciones de transmisión sexual no ponen en práctica ese conocimiento en los encuentros sexuales que no buscan la reproducción. En el planteamiento del problema, capítulo 1, se ha visto que la literatura previa habla de una feminización de las ITS, como si se originaran o se guardaran en las mujeres (grupo reservorio), y se señala a un tipo especial de mujeres (‘prostitutas’, ‘locas’) como responsables de la transmisión. En el capítulo 5 he revisado cómo se han construido distintas mentalidades del riesgo de ITS a lo largo de un siglo de historia en el pensamiento salubrista mexicano, donde regresa intermitentemente la idea que he denominado esquema primario, y también he registrado otras formas de concebir el riesgo, que llamé los argumentos en los intersticios. En el presente capítulo, haciendo uso de los elementos teóricos del capítulo 2 y de los hallazgos de historia del pensamiento salubrista examinados en el capítulo 5, analizaré cómo un grupo de jóvenes universitarios construye la noción del riesgo de ITS y toma decisiones sobre el uso del condón para prevenirlas.

En la primera parte del capítulo presentaré algunas características generales de las prácticas sexuales de los jóvenes universitarios con base en datos de una encuesta, y en la segunda parte del capítulo analizaré los discursos de los jóvenes, que como se señaló en el capítulo 3 sobre metodologías, se hará con base en el estudio cualitativo que he llevado a cabo específicamente para esta investigación doctoral.

6.1. PRÁCTICAS SEXUALES DE LOS UNIVERSITARIOS DE MORELOS: LOS RESULTADOS DE UNA ENCUESTA EN LA POBLACIÓN DE ALUMNOS UNIVERSITARIOS.

Como se mencionó en el capítulo 3, la encuesta del Instituto Nacional de Salud Pública del año 2001 con jóvenes estudiantes de la Universidad Autónoma de Morelos, recopiló información sobre conocimientos de ITS, características de comportamiento sexual y de percepción del riesgo de ITS. Del total de la población encuestada, he seleccionado para esta tesis a los estudiantes considerados jóvenes, menores de 30 años. A su vez, algunos de estos estudiantes encuestados participaron en la investigación cualitativa, que presentaré en la

segunda parte del capítulo. De allí que los resultados de la encuesta puedan verse como el marco general en el que están insertos los discursos de los jóvenes.

Algunos de los jóvenes que respondieron la encuesta, proporcionaron muestras de sangre para una prueba de virus de herpes simple tipo 2 (VHS-2) y otra de sífilis, y algunos proporcionaron muestras genitales para una prueba de virus del papiloma humano (VPH). Entre las mujeres de 18 a 29 años, 190 participaron en el estudio de VHS-2 y 132 en el estudio de VPH. Entre los hombres de este grupo de edad, 114 participaron en el estudio de VHS-2 y 67 en la prueba de VPH. Cabe destacar que la selección de los estudiantes a los que se les practicaron las pruebas mencionadas no fue aleatoria, sino que lo hicieron aquellos que desearon participar, de allí las diferencias en el número de hombres y mujeres y entre los dos tipos de pruebas biológicas.

6.1.1. Características de la población general

La población encuestada que tenía en el momento del relevamiento entre 18 y 29 años cumplidos fue de 876 estudiantes universitarios, 575 (65.6%) mujeres y 301 hombres (34.4%). El cuadro 6.1 presenta algunas características socio-demográficas de los jóvenes entrevistados. La mayoría de los estudiantes se concentra entre las edades 20 y 24; hay una mayor representación de las carreras impartidas en las facultades de Derecho y de Contabilidad, Administración e Informática, seguida por Ciencias de la Educación entre las mujeres y Medicina entre los hombres. La gran mayoría son solteros, siendo la proporción de alguna vez unido algo mayor entre las mujeres. Poco más de un tercio de los padres de las mujeres tienen estudios universitarios, así como casi la mitad de los padres de los hombres. La mayoría se encontraba viviendo con sus padres u otros familiares, y destaca que un poco más del diez por ciento de las mujeres y de los varones estaba viviendo solo o con amigos.

Cuadro 6.1. Características de la población. Estudiantes universitarios de la UAEM (Cuernavaca) de 18 a 29 años.

	Mujeres		Hombres	
	%	N	%	N
<i>Edad</i>				
18-19	25.6	147	21.9	66
20-21	33.6	193	36.2	109
22-23	29.2	168	24.3	73
24-25	8.2	47	10.9	33
26-27	2.4	14	4.0	12
28-29	1.0	6	2.7	8
	100.0	575	100.0	301
<i>Facultad en la que estudia</i>				
Medicina	12.7	73	17.3	52
Farmacia	7.2	41	9.0	27
Biología	1.9	11	2.7	8
Psicología	8.4	48	4.3	13
Instituto Ciencias de la Educación	18.1	104	5.3	16
Derecho	26.8	254	35.4	106
Contabilidad, Administración e Informática	24.4	140	24.3	73
Otras (Arquitectura, etc.)	0.5	3	1.7	5
	100.0	574	100.0	300
<i>Estado Civil</i>				
Solteros	92.3	530	95.3	287
Alguna vez unidos	7.7	44	4.7	14
	100.0	574	100.0	301
<i>Escolaridad del padre</i>				
Menos de universidad	61.4	349	51.2	153
Estudios universitarios	38.6	219	48.8	146
	100.0	568	100.0	299
<i>Escolaridad de la madre</i>				
Menos de universidad	72.1	410	65.6	196
Estudios universitarios	27.9	159	34.4	103
	100.0	569	100.0	299
<i>Cohabitación</i>				
Con padres o familiares	79.0	428	81.1	228
Con pareja	6.1	33	3.6	10
Solo o con amigos	11.4	62	13.2	37
Con otros	3.5	19	2.1	6
	100.0	542	100.0	281

Fuente: Elaboración propia con base en INSP, Encuesta de comportamientos sexuales y prevalencia de infecciones de transmisión sexual a estudiantes universitarios de la UAEM, Cuernavaca, línea basal del 2001.

Unos de los temas centrales en esta investigación es el conocimiento de ITS. Como puede verse en el cuadro 6.2 casi todos los estudiantes (98% de las mujeres y 96% de los hombres) dijeron conocer alguna ITS. Las ITS más mencionadas fueron VIH/sida, sífilis, gonorrea y herpes genital. La gran mayoría dijo haber recibido cursos de sexualidad en la escuela (en cualquiera de los niveles), y un tercio dijo haber asistido a cursos fuera de la escuela. Además, casi un quinto de las mujeres y casi un cuarto de los hombres dijeron haber visitado lugares o clínicas para buscar información sobre sexualidad.

Cuadro 6.2. Conocimientos de ITS. Estudiantes universitarios de la UAEM (Cuernavaca) de 18 a 29 años.

	Mujeres		Hombres	
	%	n	%	N
<i>Fuentes de información sobre sexualidad*</i>				
Tuvo cursos en la escuela	89.8	509	91.0	273
Tuvo cursos fuera de la escuela	29.6	169	35.2	106
Visitó lugares o clínicas para obtener información sobre sexualidad	18.1	103	23.9	72
<i>Conocimientos de ITS*</i>				
Conoce alguna ITS	98.4	560	96.0	286
Menciona VIH/sida	90.7	516	86.6	258
Menciona sífilis	88.8	505	84.2	251
Menciona gonorrea	77.7	442	75.2	224
Menciona herpes genital	67.5	384	58.1	173
Menciona tricomoniasis	1.6	9	2.3	7
Menciona clamidiasis	2.1	12	3.7	11
Menciona chancro blando	12.3	70	21.1	63
Menciona hepatitis B	3.5	20	7.0	21
Menciona VPH	0.7	4	0.0	0

*Nota: las columnas suman más de 100% porque un mismo individuo podía responder más de una opción
Fuente: Elaboración propia con base en INSP, Encuesta de comportamientos sexuales y prevalencia de infecciones de transmisión sexual a estudiantes universitarios de la UAEM, Cuernavaca, línea basal del 2001.

6.1.2. Características de la población sexualmente activa

Considerados en conjunto, poco menos de la mitad de las mujeres y casi el 70% de los hombres habían tenido alguna relación sexual en la vida. Las proporciones de sexualmente activos son mayores para todos los grupos de edad en los hombres. Esta situación podría interpretarse bajo la conceptualización de las diferencias en las prácticas sexuales por género vista en el capítulo 2, que considera que en las sociedades latinoamericanas las demandas

normativas buscan retardar el inicio sexual de las mujeres en tanto que demanda a los varones probar más tempranamente su hombría (Bozon, 2009).

En la primera relación sexual, poco más de la mitad de hombres y mujeres dijeron haber utilizado condón, muy pocos utilizaron algún método de anticoncepción moderna (pastillas, óvulos, inyecciones, espuma, DIU, diafragma) y algo más del 40% utilizó métodos tradicionales (retiro, ritmo o calendario, Billings, temperatura) o no utilizó ninguna protección. Entre los que utilizaron condón en la primera relación, muy pocas mujeres (1.6%) dijeron que el motivo fue exclusivamente prevenir una ITS o VIH, y entre los hombres la proporción fue cercana al 10%. La categoría con mayor frecuencia fue el uso para prevenir tanto embarazo como ITS, y el uso exclusivo para embarazo fue reportado más por las mujeres que por los hombres. En la última relación sexual se advierte un aumento en la proporción que utilizó algún método de anticoncepción moderna, pero sin disminución significativa de los que utilizaron condón. Entre las razones de uso de condón, se advierte un incremento en la última relación respecto de la primera en ambos sexos de quienes dijeron que lo utilizaron para la protección de un embarazo, y una disminución entre quienes quisieron prevenir exclusivamente una ITS (Cuadro 6.3).

Cuadro 6.3. Actividad sexual y uso de condón. Estudiantes universitarios de la UAEM (Cuernavaca) de 18 a 29 años.

	Mujeres		Hombres	
	%	N	%	n
<i>Proporción de sexualmente activos por grupo de edad</i>				
Total	44.6	252	69.4	209
18-19	29.3	43	47.0	31
20-21	40.2	76	67.0	73
22-23	55.2	90	75.3	55
24-25	63.8	30	90.9	30
26-27	71.4	10	100.0	12
28-29	60.0	3	100.0	8
<i>Uso de protección en la 1a. relación sexual*</i>				
Condón	54.4	137	54.6	114
Anticoncepción moderna	3.2	8	1.4	3
No usó o método tradicional	42.4	107	44.0	92
	100.0	252	100.0	209
<i>Razones del uso de protección en la 1a. relación sexual</i>				
Prevención de embarazo	33.8	83	22.7	47
Prevención de ITS y VIH/sida	1.6	4	10.1	21
Prevención de embarazo e ITS	39.4	97	37.2	77
No usó ningún método	25.2	62	30.0	62
	100.0	246	100.0	207
<i>Razones del uso de condón en la 1a. relación sexual</i>				
Prevención de embarazo	29.2	40	15.8	18
Prevención de ITS y VIH/sida	2.9	4	18.4	21
Prevención de embarazo e ITS	67.9	93	65.8	75
	100.0	137	100.0	114
<i>Uso de protección en la última relación sexual*</i>				
Condón	51.2	129	57.9	121
Anticoncepción moderna	15.1	38	5.7	12
No usó o método tradicional	33.7	85	36.4	76
	100.0	252	100.0	209
<i>Razones del uso de protección en la última relación sexual</i>				
Prevención de embarazo	46.7	114	28.1	57
Prevención de ITS y VIH/sida	0.8	2	9.4	19
Prevención de embarazo e ITS	36.9	90	36.9	75
No usó ningún método	15.6	38	25.6	52
	100.0	244	100.0	203
<i>Razones del uso de condón en la última relación sexual</i>				
Prevención de embarazo	35.7	46	22.3	27
Prevención de ITS y VIH/sida	1.5	2	15.7	19
Prevención de embarazo e ITS	62.8	81	62.0	75
	100.0	129	100.0	121

*Nota: Anticoncepción moderna incluye pastillas, óvulos, inyecciones, espuma, DIU y diafragma; y métodos tradicionales incluye retiro, ritmo o calendario, Billings y temperatura.

Fuente: Elaboración propia con base en INSP, Encuesta de comportamientos sexuales y prevalencia de infecciones de transmisión sexual a estudiantes universitarios de la UAEM, Cuernavaca, línea basal del 2001.

Se estimaron modelos logísticos para ver la relación entre acceso a información sobre sexualidad y uso de condón. Se investigó la asociación entre haber tenido cursos sobre sexualidad en la escuela, fuera de la escuela, saber dónde buscar información y haber visitado lugares o clínicas para buscar información, y el uso del condón en la primera y última relación sexual. Ninguna de las pruebas (considerando las variables de conocimiento una por una, o sumadas) dio resultados significativos (Cuadro 6.4). Esto quiere decir que el uso (y el no uso) del condón no se asocia con la información recibida. En los resultados del estudio cualitativo indagaré sobre las razones de esta divergencia entre contar con la información y ponerla en la práctica en la población de estudiantes universitarios.

Cuadro 6.4. Regresiones logísticas bivariadas entre variables de información sobre sexualidad y el uso de condón. Intervalos de confianza. Estudiantes universitarios de la UAEM (Cuernavaca) sexualmente activos de 18 a 29 años.

	Ambos sexos		
	Sig. p	IC (95%)	
<i>Var. dependiente: Uso de condón en la primera relación sexual</i>			
a. Cursos sobre sexualidad en la escuela (n=454)	0.123	0.322	1.145
b. Cursos de sexualidad fuera de la escuela (n=457)	0.185	0.882	1.916
c. Conocimiento de lugares para obtener información sobre sexualidad (n=450)	0.750	0.728	1.554
d. Asistencia a sitios para obtener información sobre sexualidad (n=455)	0.424	0.775	1.833
Índice sumatorio (a+b+c+d) (n=445)	0.932	0.773	1.266
<i>Var. Dependiente: Uso de condón en la última relación sexual</i>			
a. Cursos sobre sexualidad en la escuela (n=451)	0.876	0.569	1.937
b. Cursos de sexualidad fuera de la escuela (n=454)	0.379	0.571	1.237
c. Conocimiento de lugares para obtener información sobre sexualidad (n=447)	0.236	0.860	1.840
d. Asistencia a sitios para obtener información sobre sexualidad (n=452)	0.818	0.684	1.617
Índice sumatorio (a+b+c+d) (n=442)	0.838	0.761	1.247
		Mujeres	
	Sig. p	IC (95%)	
<i>Var. dependiente: Uso de condón en la primera relación sexual</i>			
a. Cursos sobre sexualidad en la escuela (n=249)	0.069	0.190	1.065
b. Cursos de sexualidad fuera de la escuela (n=251)	0.151	0.867	2.510
c. Conocimiento de lugares para obtener información sobre sexualidad (n=246)	0.819	0.632	1.785
d. Asistencia a sitios para obtener información sobre sexualidad (n=249)	0.743	0.510	1.616
Índice sumatorio (a+b+c+d) (n=242)	0.891	0.703	1.358
<i>Var. Dependiente: Uso de condón en la última relación sexual</i>			
a. Cursos sobre sexualidad en la escuela (n=247)	0.802	0.503	2.429
b. Cursos de sexualidad fuera de la escuela (n=249)	0.785	0.465	1.327
c. Conocimiento de lugares para obtener información sobre sexualidad (n=244)	0.065	0.970	2.761
d. Asistencia a sitios para obtener información sobre sexualidad (n=247)	0.685	0.499	1.578
Índice sumatorio (a+b+c+d) (n=240)	0.825	0.748	1.44
		Hombres	
	Sig. p	IC (95%)	
<i>Var. dependiente: Uso de condón en la primera relación sexual</i>			
a. Cursos sobre sexualidad en la escuela (n=205)	0.833	0.347	2.347
b. Cursos de sexualidad fuera de la escuela (n=206)	0.688	0.636	1.985
c. Conocimiento de lugares para obtener información sobre sexualidad (n=204)	0.828	0.609	1.858
d. Asistencia a sitios para obtener información sobre sexualidad (n=206)	0.123	0.870	3.225
Índice sumatorio (a+b+c+d) (n=203)	0.979	0.692	1.459

Cuadro 6.4. Regresiones logísticas bivariadas entre variables de información sobre sexualidad y el uso de condón. Intervalos de confianza. Estudiantes universitarios de la UAEM (Cuernavaca) sexualmente activos de 18 a 29 años. (Continuación)

	<i>Sig. p</i>	Hombres	
		<i>IC (95%)</i>	
<i>Var. Dependiente: Uso de condón en la última relación sexual</i>			
a. Cursos sobre sexualidad en la escuela (n=204)	0.871	0.342	2.483
b. Cursos de sexualidad fuera de la escuela (n=205)	0.708	0.503	1.595
c. Conocimiento de lugares para obtener información sobre sexualidad (n=203)	0.905	0.550	1.698
d. Asistencia a sitios para obtener información sobre sexualidad (n=205)	0.411	0.682	2.549
Índice sumatorio (a+b+c+d) (n=202)	0.581	0.616	1.312

Fuente: Elaboración propia con base en INSP, Encuesta de comportamientos sexuales y prevalencia de infecciones de transmisión sexual a estudiantes universitarios de la UAEM, Cuernavaca, línea basal del 2001.

En cuanto a la información sobre parejas sexuales (Cuadro 6.5), algo más de la mitad de las mujeres dijo haber tenido una sola pareja sexual en la vida, en tanto que las proporciones de hombres se distribuyen de manera más uniforme entre quienes tuvieron una sola hasta más de siete. El número de parejas en el último año fue también mayor para los hombres que para las mujeres. Si bien más de la mitad de los hombres dijo haber tenido una sola pareja sexual en el año previo a la encuesta, un 30 por ciento dijo dos o tres, y casi el 5% cuatro o más. Se preguntó si habían tenido más de una pareja sexual en un mismo mes (alguna vez en la vida), y respondió afirmativamente el 8% de las mujeres y el 23% de los hombres. Las proporciones por sexo difieren también en el tipo de pareja en la primera relación sexual. Para ambos sexos la categoría mayoritaria fue novio(a), pero para los varones hay una mayor representación de amistades que para las mujeres (33% versus 4%). Un 5% de los hombres dijo haber tenido relaciones con trabajadoras sexuales y un 3% con desconocidas. (Cuadro 6.5). Como afirma Bozon (2009), las diferencias entre hombres y mujeres no pueden interpretarse de manera simplista, como que los hombres presumen y las mujeres disimulan. Por una parte, es posible que se de realmente una diferencia en el número y tipo de parejas entre ambos sexos considerando los mandatos de género sobre la actividad sexual, tal como se vio en los planteamientos teóricos del capítulo 2. Pero aún si se quisiera dudar de la diferencia en las prácticas y se quisiera poner el énfasis en que las discrepancias están sólo en el reporte de las mismas, sería también una característica del sistema de género las formas diferenciales que tienen hombres y mujeres de contar sus experiencias, también relacionadas con lo que socialmente está permitido para cada sexo.

Las mujeres tuvieron mayor diferencia de edad con sus parejas en la primera relación que los varones. Aunque la categoría con mayor frecuencia fue para ambos sexos la igualitaria (hasta

un año de diferencia, ya sea mayor o menor que la pareja), para los hombres esta categoría tiene mayor importancia relativa. Cabe destacar que también un número importante de varones señaló que su pareja sexual en la primera relación era mayor que ellos (32%), lo que también se relaciona con el mandato de iniciar sexualmente antes que las mujeres, como se vio en el capítulo 2. (Cuadro 6.5)

El tipo de pareja en la última relación sexual muestra un leve desplazamiento de los casos hacia parejas estables; entre las mujeres de la categoría de novio hacia la categoría de esposo, y entre los hombres se incrementa la de novia y disminuyen las categorías de amiga, de desconocida y de trabajadora sexual. (Cuadro 6.5)

Cuadro 6.5. Información sobre parejas sexuales. Estudiantes universitarios de la UAEM sexualmente activos de 18 a 29 años.

	Mujeres		Hombres	
	%	N	%	N
<i>Número de parejas en la vida</i>				
1	54.8	137	22.6	45
2-3	34.4	86	32.7	65
4-6	8.0	20	25.1	50
7 y más	2.8	7	19.6	39
	100.0	250	100.0	199
<i>Número de parejas en el último año</i>				
0	7.1	17	9.5	18
1	83.3	199	55.3	105
2-3	9.6	23	30.5	58
4 y más	0	0	4.7	9
	100.0	239	100.0	190
<i>Más de una pareja en un mismo mes</i>				
Sí	7.6	19	22.7	46
No	92.4	230	77.3	157
	100.0	249	100.0	203
<i>Tipo de pareja en la primera relación sex.</i>				
Esposo/a	7.7	19	1.4	3
Novio/a	87.5	217	55.1	114
Amigo/a	4.0	10	32.9	68
Pariente	.4	1.0	2.4	5
Desconocido/a	.4	1.0	3.4	7
Trabajador/a sexual	0.0	0.0	4.8	10
	100.0	248	100.0	207
<i>Diferencia de edad con la pareja de primera relación sex. (años, Ego menos pareja)</i>				
-10 y más	2.9	7	2.0	4
-9 a -6	14.2	34	8.2	16
-5 a -2	36.0	86	21.9	43
-1 a 1	44.0	105	59.2	116
2 a 5	2.9	7	8.7	17
	100.0	239	100.0	196
<i>Tipo de pareja en la última relación sexual</i>				
Esposo/a	15.9	39	5.4	11
Novio/a	77.6	190	61.8	126
Amigo/a	6.1	15	27.9	57
Pariente	0.4	1	0.5	1
Desconocido/a	0	0	2.4	5
Trabajador/a sexual	0	0	2.0	4
	100.0	245	100.0	204

Fuente: Elaboración propia con base en INSP, Encuesta de comportamientos sexuales y prevalencia de infecciones de transmisión sexual a estudiantes universitarios de la UAEM, Cuernavaca, línea basal del 2001.

Uno de los objetivos centrales de la encuesta realizada por el INSP-2001 era estimar las prevalencias de tres infecciones de transmisión sexual. La prevalencia de sífilis fue de cero para ambos sexos (Sánchez Alemán, 2001), no se encontró ningún caso. En cambio, la prevalencia del virus de papiloma humano (VPH) de subtipos de alto riesgo para cáncer cérvico-uterino en esta población sexualmente activa de 18 a 29 años fue de 18.4% para las mujeres y 9% para los hombres. La de herpes simple tipo 2 fue de 6.3% para las mujeres y 4.5% para los hombres. Cabe recordar que el número de casos de varones que participaron en el estudio de VPH fue casi la mitad que el de las mujeres, y que es posible que este resultado esté sesgado por el carácter no aleatorio de la selección y el menor número de participantes. Más allá del origen de esta divergencia, lo importante para la investigación de esta tesis es mostrar que el riesgo de contraer una ITS en esta población no es nulo, y en el caso de VPH de alto riesgo, casi una de cada cinco mujeres lo presenta (Cuadro 6.6).

La encuesta incluyó una pregunta sobre percepción del riesgo de contraer una ITS (“¿Crees posible que puedas contagiarte de alguna enfermedad de transmisión sexual?”). En general, entre los estudiantes sexualmente activos, más de la mitad de las mujeres y de los hombres respondieron nada o poco posible. Más de un cuarto de los hombres respondió muy posible, en contraste con un 17% de las mujeres. Dijeron no saber un 22% de las mujeres y un 16% de los hombres. (Cuadro 6.6)

Aunque los casos son pocos, se advierte que entre quienes resultaron en las pruebas clínicas positivos a VHS-2 o al VPH, cinco de 30 mujeres y un varón entre 12 habían dicho que no creían posible infectarse de una ITS; y un 27% de las mujeres positivas así como un 25% de los hombres, habían dicho poco posible. Estos jóvenes respondieron las preguntas del cuestionario y a continuación entregaron las muestras biológicas para las pruebas clínicas. Esto significa que no conocían el resultado de la prueba clínica al responder la pregunta. Se puede observar claramente la distorsión entre la percepción que tienen del riesgo y el riesgo objetivo. El 44% de las mujeres y el 33% de los hombres que padecían de alguno de los dos virus (o ambos), consideraron nada o poco posible el riesgo de infección de una ITS. Entre los hombres positivos se advierte una mayor percepción del riesgo, ya que casi la mitad de ellos dijo que no sabía si era posible, y contrasta con el 13% que dijo esto y resultaron negativos. (Cuadro 6.6 y Gráfica 6.1.)

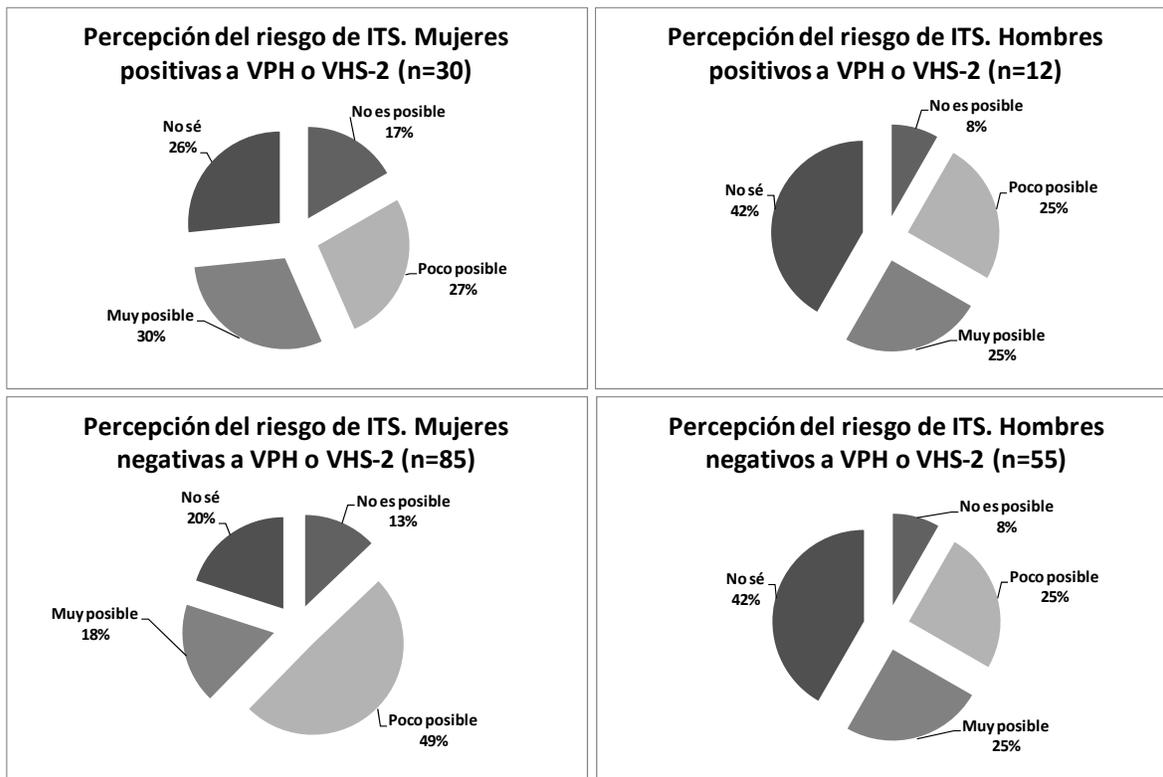
Esto muestra que la percepción del riesgo está distanciada de la probabilidad de ocurrencia del suceso, lo que podría ser interpretado por los sesgos producidos por los heurísticos (inmunidad a los peligros y complacencia), vistos en el capítulo 2, o también por la construcción social del riesgo, que ubica a las ITS en grupos específicos fuera de la cotidianidad de los estudiantes, como se relató en el capítulo 5 acerca de las mentalidades médico salubristas, lo que impediría una evaluación acertada por parte de los jóvenes. Estos argumentos se verán con mayor profundidad en la segunda parte del capítulo, donde se analizan los resultados de la investigación cualitativa.

Cuadro 6.6. Prevalencias de ITS y percepción de riesgo de ITS.
Estudiantes universitarios de la UAEM sexualmente activos de 18 a 29 años.

	Mujeres		Hombres	
	%	N	%	N
<i>Prevalencias de ITS</i>				
Herpes genital (VH2)	6.3	12/190	4.5	6/132
Virus del papiloma humano (VPH)	18.4	21/114	9.0	6/67
<i>Percepción riesgo de infectarse de una ITS</i>				
No es posible	15.3	37	10.7	21
Poco posible	45.5	110	45.9	90
Muy posible	17.3	42	27.1	53
No sé	21.9	53	16.3	32
	100.0	242	100.0	196
<i>Percepción de riesgo de ITS según resultado prueba clínica de ITS</i>				
<u>Positivos a VH2 o VPH</u>				
No es posible	16.7	5	8.3	1
Poco posible	26.7	8	25.0	3
Muy posible	30.0	9	25.0	3
No sé	26.6	8	41.7	5
	100.0	30	100.0	12
<u>Negativos a VH2 o VPH</u>				
No es posible	12.9	11	3.6	2
Poco posible	49.4	42	45.5	25
Muy posible	17.7	15	38.2	21
No sé	20.0	17	12.7	7
	100.0	85	100.0	55

Fuente: Elaboración propia con base en INSP, Encuesta de comportamientos sexuales y prevalencia de infecciones de transmisión sexual a estudiantes universitarios de la UAEM, Cuernavaca, línea basal del 2001.

Gráfica 6.1 Percepción del riesgo de ITS en hombres y mujeres estudiantes universitarios de la UAEM, positivos y negativos a VPH o VHS-2.



En otras publicaciones con datos de esta misma población (aunque con un rango de edad ligeramente superior), se estimó que para los hombres la infección de VHS-2 se asoció significativamente a algunas características del comportamiento sexual, tales como haber iniciado su vida sexual con una pareja ocasional, haber tenido dos o más parejas sexuales en el último año, haber tenido dos o más parejas sexuales en un mismo mes y haber pagado por tener relaciones sexuales. En cambio, para las mujeres, quienes tuvieron mayor riesgo de infección que los hombres, no se encontró asociación estadística con variables de comportamiento sexual (Sánchez Alemán, Conde González, Gayet *et al.*, 2005; Sánchez Alemán, Conde González, Uribe Salas, 2008).

La percepción del riesgo de ITS puede variar según el tipo de pareja, como se verá con mayor detalle en los resultados de la investigación cualitativa. En la encuesta se puede advertir que las razones que indicaron para el uso de protección es variable según el tipo de pareja, tanto en la primera como en la última relación sexual. En la primera relación sexual, quienes dijeron haberla tenido con su esposo/a, se preocuparon mayoritariamente por el

embarazo, en tanto quienes dijeron que fue con amigo/a, incrementaron la prevención de ITS o de embarazo e ITS. Entre quienes iniciaron con desconocido/as o trabajadoras sexuales, la razón más importante era prevenir una ITS (incluido el VIH) (Cuadro 6.7). En el capítulo 2, se señaló la necesidad de considerar las dimensiones tipo de pareja y *tempo*, ya que a cada tipo y fase de relación corresponden una forma de concebir el riesgo y prácticas preventivas (Bastard *et al.*, 1997).

Cuadro 6.7. Razón para el uso de protección en la primera y en la última relación sexual por tipo de pareja. Estudiantes universitarios de la UAEM sexualmente activos de 18 a 29 años.

<i>Razón para el uso de protección en la primera relación sexual</i>						
Ambos sexos (%)						
	Prevención embarazo	Prevención ITS / VIH	Prevención embarazo e ITS	Total (%)	N	Signif. Estad.
<i>Tipo de pareja en la primera relación</i>						
						0.00
Esposo/Esposa	58.3		41.7	100	12	
Novio/Novia	41.3	4.3	54.3	100	254	
Amigo/Amiga	28.0	18.0	54.0	100	50	
Otros (desconocido, trabajador/a sexual, pariente)	8.3	50.0	41.7	100	12	
<i>Tipo de pareja en la última relación</i>						
						0.00
Esposo/Esposa	90.2	-	9.8	100	41	
Novio/Novia	44.7	3.8	51.5	100	262	
Amigo/Amiga	30.0	22.0	48.0	100	50	
Otros (desconocido, trabajador/a sexual, pariente)	50.0	16.7	33.3	100	6	

Fuente: Elaboración propia con base en INSP, Encuesta de comportamientos sexuales y prevalencia de infecciones de transmisión sexual a estudiantes universitarios de la UAEM, Cuernavaca, línea basal del 2001.

6.2. EL RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LOS DISCURSOS DE LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS

La investigación cualitativa diseñada para esta tesis tiene el objetivo de averiguar cómo construyen los jóvenes el riesgo de ITS y qué acciones implementan para su prevención. Es decir, cómo los estereotipos socialmente construidos modulan las percepciones y las acciones preventivas. En particular, ver si el argumento del esquema primario actúa como reducción de complejidad para la percepción del riesgo de ITS en las interacciones sexuales. Asimismo, qué otras ideas aparecen como reguladoras de las prácticas sexuales en relación con las ITS en el discurso de los jóvenes, que pudieran ser interpretadas como rupturas con el esquema

primario que organizaba los sentidos en los discursos del pasado. La deconstrucción de estos estereotipos posibilita la comprensión de las barreras para la prevención existentes en la actualidad.

Como señalé en el Capítulo 1, la investigación cualitativa con jóvenes tiene por objetivos específicos analizar: a) la construcción del riesgo tanto de contraer como de transmitir una ITS; b) la construcción del yo y del compañero/a sexual como sujetos de riesgo (o el proceso de tipificación del yo y del otro desde la perspectiva fenomenológica) y dentro de esto, el uso de los estereotipos socialmente construidos (o tipificaciones) como facilitadores en el proceso de toma de decisión sobre la protección de ITS en las relaciones sexuales; y c) la negociación de las medidas de protección de las ITS en la relación sexual en el espacio de la interacción, que se hace en función de la construcción del yo y del compañero/a sexual como sujetos de riesgo, y también, el resultado práctico de la negociación respecto al uso de protección (uso/no uso de condón). A partir de la estrategia metodológica descrita en el capítulo 3, realicé entrevistas en profundidad y grupos focales con estudiantes universitarios de ambos sexos y distintas carreras. Se presentará a continuación el resultado del análisis de las entrevistas, de acuerdo a las distintas categorías relevantes para la investigación, ejemplificando con extractos de las mismas.³⁶ Esta sección se divide en cuatro apartados principales, que a su vez incluyen distintos tópicos: a) se presentarán las concepciones sobre la sexualidad que afectan la percepción del riesgo y la toma de decisión de protección; b) los conocimientos de ITS y de su prevención reportados por los estudiantes. Luego se incluyen los temas centrales de esta tesis, a saber: c) la percepción del riesgo de ITS, donde se analizan los estereotipos que modelan la percepción y d) las decisiones de prevención en la interacción sexual. El apartado sobre la percepción del riesgo se subdivide a su vez en la jerarquía de riesgos percibidos (embarazo, sida y los estereotipos sobre esos dos riesgos), la percepción de riesgo de ITS (incluyendo la construcción de grupos de riesgo –esquema primario y otros grupos-, por tipos de pareja –ocasionales, simultáneas, parejas previas-, y los argumentos que se centran en las prácticas sexuales). Se agrega también en esta parte la percepción de ausencia de riesgo de ITS, donde se analizan el papel del amor y la confianza

³⁶ Al final de cada extracto se aclara el número de entrevista, el sexo del entrevistado, la edad, la carrera que estudia, y el número de párrafo en la transcripción de la entrevista. A partir del número de entrevista, pueden verse en el anexo 2.2. las características generales de cada entrevistado. En el caso de extractos de los grupos focales, se aclara el número de grupo focal, si era mixto o de un solo sexo, la carrera que estudian los integrantes del grupo, y el número de párrafo en la transcripción de la entrevista grupal.

como mecanismos protectores imaginarios. Después del apartado de la percepción de riesgo se analizan las decisiones de prevención, especialmente el uso del condón, de acuerdo a motivaciones y variantes, y finalmente se incluye un apartado con expresiones de los jóvenes sobre la brecha entre conocimientos y prácticas y las dificultades de ejecutar la prevención en la interacción sexual.

6.2.1. Las concepciones sobre la sexualidad

Las ideas que tienen los jóvenes universitarios sobre las ITS se inscriben dentro de un marco más general de concepción de la sexualidad. Como se dijo en el capítulo 2, la sexualidad es un acto social que debe ser comprendido en función de los significados y normas que la moldean. Dentro del marco regulatorio de la sexualidad, se identifican normas de género que establecen los límites de lo lícito y lo ilícito, diferenciales para hombres y mujeres, y que se expresan en estereotipos. Estos estereotipos impactan en la percepción del riesgo de ITS y obstaculizan la posibilidad de implementar acciones de prevención. En las entrevistas tanto individuales como grupales se expresaron conceptos que tienen relación con los estereotipos de género sobre la actividad sexual. Las creencias y prácticas religiosas en algunos estudiantes también modelaron las concepciones sobre aspectos de la sexualidad.

En algunas entrevistas se expresaron los estereotipos de “precoz, activo sexualmente, con curiosidad morbosa” para los hombres y “afectiva, sentimental, recatada” para las mujeres. El binomio activo/pasivo expresado por los jóvenes, al igual que en las investigaciones realizadas por Bourdieu (2010), se asocia al binomio hombre/mujer. Los hombres son presentados como interesados en tener relaciones sexuales, siempre buscándolas, y las mujeres con la capacidad de negar o aceptar la propuesta del hombre. Ellos aparecen con necesidades biológicas, hormonales, urgencias, y ellas con necesidades afectivas. Se dice en las entrevistas realizadas que para los varones hay presión social para iniciar las relaciones sexuales, en cambio para las mujeres hay represión. Algunas mujeres entrevistadas afirmaron que tenían relaciones sexuales por obligación, por compromiso, por la búsqueda del placer del varón, y sin sentir placer ellas mismas, lo que puede asociarse a las normas que exigen pasividad y la falta de deseo sexual a las mujeres, conceptualizadas en el capítulo 2. En contraparte, dentro de esta representación, se espera de los varones que sean muy activos en la búsqueda de relaciones sexuales, que tengan muchas parejas, que sean impulsivos y poco

selectivos. Las diferencias de género señaladas por Bozon (2009) vistas en el capítulo 2, se expresan en los discursos de estos jóvenes, donde aparece la idea de que para los hombres tener muchas parejas sería un rasgo de masculinidad, en tanto que para las mujeres, de condena.

“Bueno, aparte no sé cómo sea en otros países pero por ejemplo aquí en México tiene mucho que ver lo que decía Tony, el machismo o sea la vieja ¿no?, la vieja ésta que se quede en la casa y nada más, es mujer de un solo hombre, pero pregúntale al hombre, o sea... si un hombre se acuesta con muchas mujeres y anda con muchas mujeres ah, es machito y cómo... o sea a lo mejor se va a oír mal lo que voy a decir pero van a decir: es un cabrón o sea ¿por qué? porque anda con muchas pero en cambio si una mujer anda con muchos qué le dicen: es una puta.” (Grupo Focal 1, mixto, Farmacia, 133)

“Pero nosotras las mujeres como que damos pie a ese machismo ¿no? yo siento porque igual y me pueden ver con cuatro, cinco chavos diferentes en una semana: es una loca, todos piensan y no pueden decir: es una güey como lo dicen con los hombres, es galán, es esto. También nosotras no somos capaces de decir qué bárbara cómo le haces para tener chavos o sea bravo ¿no? somos al contrario de que es una tal por cual, la tratamos de una prostituta, lo que quieras, yo pienso que nosotras mismas a veces la tratamos de una facilota.” (Grupo Focal 5, mujeres, Derecho, 159)

Esta caracterización diferencial de la sexualidad de hombres y mujeres lleva a una división entre mujeres “buenas” y mujeres “locas”, según se comporten respecto a la norma de género sobre sexualidad o se aparten de ella, en coincidencia con el estereotipo femenino dual definido por Gogna y Ramos (2000) visto en el capítulo 2. En la interacción, como se vio con Goffman (1971), tratamos de transmitir una imagen de uno mismo y evaluamos a su vez al otro, y tratamos de ajustar nuestras conductas y señales para que el otro nos incluya en cierto estereotipo que no dañe nuestra imagen. En la interacción sexual, la estructura de género lleva a que varones y mujeres traten de construir imágenes acordes con los roles asignados, de manera que se conserve el prestigio según los rasgos socialmente estipulados para cada sexo. El imaginario que divide a las mujeres entre las “buenas” y las “zorras” está presente en las mujeres a la hora de transmitir una imagen y en los hombres a la hora de evaluar a la mujer que tienen enfrente. Los hombres buscan señales para establecer si la mujer puede ser inscrita en la categoría de buena o de zorra. De acuerdo con los discursos de los jóvenes, la fachada de mujer buena incluye rasgos como ser recatada, no tomar la iniciativa, no hablar de protección, y esto tiene consecuencias para la prevención de ITS. Además, como se dijo en el capítulo 2, la fachada inicial es difícil de modificar, razón por la que se requieren esfuerzos adicionales para presentar una buena imagen en el momento inicial de la interacción. Por otra parte, también se mostró que en el proceso de actuar según las normas de género, está

implicada la evaluación de género. De allí la necesidad de realizar ajustes continuos para ser bien evaluados.

Entre las señales para reconocer a una chica buena (o niña bien), expresadas en los discursos de los jóvenes, están el carácter, la posición social y el control familiar sobre ellas.

“A: Sí, que sus papás les dan que a veces el coche, o si no les dan el coche por lo menos las traen etc., etc. y también el carácter de las niñas o sea que ni muy loca ni muy recatada.” (E16, hombre, 24 años, Medicina, 154)

“B: No es tan radical la posición sino que hay niñas que van a la discoteca y son de lo más decentes y llegan a su casa super tranquila, su papá la está esperando y tú las acompañas decentemente, la tomas de la mano y la mejilla al despedirte pero este... y van a la discoteca cada ocho días igual pero ellas son las que no te cuentan lo que hicieron el fin de semana pasado ¿por qué? porque ya es algo normal y no tiene la mayor relevancia y este... y las que sí te están presumiendo: ah no, me fui a Acapulco y esto y que en la costera, no sé cualquier cosa y entonces ah ya voy viendo qué onda contigo ¿no? ellas solita.” (Grupos Focal 4, hombres, Derecho, 290)

En este marco, no caer en la categoría de loca es vital para las estudiantes. En la interacción, ellas hacen esfuerzos por no dar esas señales, y sienten tensión y temor por recibir el “tache”.

“L: yo estaba super nerviosa porque dije ay qué va a pasar, de seguro me va a ver como una loca, como que nada más le acepté que me diera el beso y yo no quiero que piense eso de mí ¿no? o sea con él no, igual y con otro chavo así como...”

Entrevistadora: ¿Y tenías ese temor de que él pensara?

L: Ajá de que él pensara de que yo era medio locochona y dije: ay no, no quiero que piense eso de mí.” (E3, mujer, 22 años, Psicología, 248-252)

Incluso en el momento de la interacción sexual las jóvenes necesitan señalar que no pertenecen a la categoría de “una cualquiera”.

“A: Le gusta que la agarre mucho o sea pero que la acaricie por el cuerpo entonces yo nunca la acaricio así muy... cómo te explicaré o sea que la agarre nada más así, ella dice que eso es algo... para ella eso es algo muy vulgar, dice: me acaricias como que muy libidinoso, como que están pasando pensamientos muy feos por tu mente.

Entrevistadora: ¿Eso no le gusta?

A: No le gusta, una vez intenté cambiar y no le gustó dice: no me agarres así, dice: me siento como una cualquiera, dice no.” (E28, hombre, 23 años, Derecho, 566-568)

También se necesitan indicios para adjudicar la categoría típica de ‘zorra’ o ‘loca’ a algunas mujeres. Para ello, los jóvenes utilizan información de sus pares. El chisme en redes sociales circunscritas adquiere funcionalidad para establecer la clasificación de las mujeres y se pone a prueba en la observación.

“Entrevistadora: ¿Y cómo sabes que es una persona fácil? O sea ¿cuáles serían los indicadores para decir esta chava es fácil?”

P: Bueno, aquí en la comunidad estudiantil universitaria este... pues es muy fácil ¿no? Porque es una comunidad muy pequeña y todo se sabe.

Entrevistadora: Entonces si ya tuvo con otra persona o ¿con cuántas personas tiene que haber tenido para decir: es fácil?”

P: Es una forma de conducta, yo pienso que se ve y se puede caracterizar.
Entrevistadora: ¿Qué es lo que ves? Eso es lo que me interesa. ¿Qué es lo que ves en la conducta de la chava que te hace decir?
P: Independientemente de lo que se sabe, de lo que se puede saber por los comentarios que hay y lo que uno observa pues... este... pues su forma de ser simplemente.
P: ¿Sí? Dicen esa es una... una... por ejemplo la expresión una zorra o cosas así. Ya la calificas y después uno empieza a ver, empieza a ver que sí o reafirma que definitivamente no es así ¿verdad?” (E15, hombre, 23 años, Medicina, 185-200)

Si no se cuenta con información previa, se establecen indicadores de conducta para asignar a una mujer a la categoría típica de ‘zorra’. La velocidad con que la mujer acepta tener relaciones sexuales parece ser un marcador compartido en los discursos de los estudiantes.

“M: Muchas veces se puede decir que sí, por ejemplo, hay chavillas que son realmente muy qué... ¿promiscuas se les podría llamar?
Entrevistadora: Como quieras tú llamarle.
M: Este... que a la primera proposición dicen que sí y ya todo mundo sabe qué pasa con ella o equis razón este... dicen es muy fácil, sabes qué, dale dos chelas y ya la vas a tener donde quieras.” (E19, hombre, 21 años, Psicología, 182-184)

En el siguiente fragmento, la expresión de duda sobre el indicador de velocidad usado para denotar como ‘loca’ a una mujer, muestra que se sabe que la información puede estar sesgada. De todas formas, la expresión “fórmula” que allí aparece señala que se trata de un estereotipo al que se recurre con facilidad.

“A: Ah, lo que pasa es que también la otra que nos decimos es cuando una mujer se te entrega a los dos días de conocerte ya es loca. Y sí casi siempre es fórmula pero no siempre, a lo mejor esa chava se enamoró de ti desde el primer momento y se te entregó y tú ya andas diciendo que es una loca. Y la que no es, la que te hace esperar, te hace esperar, te hace esperar...” (E16, hombre, 24 años, Medicina, 158)

Otro indicador para identificar a una mujer como ‘loca’ expresado en las entrevistas es el traer condones. Si se descubre que un hombre trae un condón, se lo considera precavido, cuidadoso. Si se le descubre a una mujer, se le asigna el estereotipo de ‘fácil’. Incluso, sólo si le es importante el uso de condón aunque no lo lleve, puede ser tipificada como zorra.

“A: por ejemplo si tú traes tu bolsa y por cualquier cosa se te cae y se llega a salir y traes un condón ahí, toda la gente que te ve dice ‘mira lo que trae en la bolsa’, ‘ya viste, mira lo que se le cayó’, ‘trae un condón, se me hace que es bien loca’, ‘porque para qué lo trae en la bolsa, si no se acostara no tendría por qué traer nada de eso’.” (Grupo Focal 1, mixto, Farmacia, 413)

“Entrevistadora: ¿qué piensan ustedes de las chicas que traen condón? O los chavos en general ¿qué piensan si una chica trae condón?
A: Qué moderna.
B: No, yo pienso que salió de cacería y que tenía ganas.
C: Pero por ejemplo que uno traiga condón, no es tanto que tengas ganas sino que por si sale, exacto, por si sale. Pero sí yo creo que las mujeres que traen condón ya quieren.” (Grupo Focal 4, hombres, Derecho, 433-437)

Aún cuando se les preguntó si no era posible que la mujer tuviera una relación estable de muchos años y por eso llevaba condón, la respuesta fue que ellas no son las que deben portar condones.

“D: No, por ejemplo, si es una chava este... que como dices, va a ir a tener relaciones con su novio que lleva cinco años...yo creo que ya..., es más, para empezar, es raro que los compren ellas ¿no? para empezar y luego que los ande cargando, pos mucho menos.” (Grupo Focal 4, hombres, Derecho, 451)

Además, las ‘santas’ no los usan.

“A: Este... una chava zorra se mete con cualquiera sin importarle cualquier cosa sólo usar condón, este... y una chava... una diferencia aquí es que las chavas que son zorras son las que más se cuidan, las chavas que son santas y no saben pues son tontas y no saben o sea y lo haces sin condón. Es lo que pasa.” (E11, hombre, 19 años, Medicina, 494)

Pero otro conjunto de entrevistas presenta una visión de género más equitativa en cuanto a los motivos para tener relaciones sexuales. Se afirma que hombres y mujeres por igual tienen relaciones sexuales por curiosidad, placer, amor, y hay ejemplos de mujeres que tomaron la iniciativa de proponer la relación sexual. Se señala también que las mujeres exigen que el hombre las satisfaga sexualmente. Coexistiendo con los enfoques más tradicionales de género, existe un grupo que considera que las mentalidades están cambiando, y subraya que las mujeres ya no se encuentran dentro del hogar sino que salen a trabajar y también pueden tener varias parejas sexuales.

“A: Hay una tendencia muy fuerte de las mujeres de que el hombre debe satisfacerlas, y creo que aquí es el punto que se da porque si un hombre no la satisface lo dejan, ese es el punto que nosotros encontramos pues para justificar nuestras relaciones premaritales ¿no?” (Grupo Focal 4, hombres, Derecho, 346)

Estos son argumentos de una sexualidad más equitativa pueden ser ubicados en la categoría de intersticios. Como se dijo en el capítulo 2, estos argumentos se vinculan con el cambio social, del paso de sociedades paradigmáticas a postparadigmáticas (Simon y Gagnon, 1986), de tradicionales a contemporáneas (Bozon, 2009), y aparecen simultáneamente con las ideas más tradicionales, lo que remite a la propuesta de Szasz (2008), sobre la hibridación del contexto mexicano. Entre los argumentos del pensamiento médico-salubrista de la última década del siglo XX, revisados en el capítulo 5, emergió la idea de caracterizar a la sociedad mexicana según un sistema de valores sexuales y la necesidad de reconsiderar la represión de la sexualidad femenina como una subyugación del cuerpo de la mujer, y repensar los roles masculinos y femeninos. Estas ideas aparecieron también entremezcladas con el pensamiento tradicional, que sustenta el esquema primario. Estas mentalidades entremezcladas, que se

expresan en el pensamiento médico-salubrista, también se verifican en los discursos de los jóvenes.

Entre los jóvenes que afirmaron pertenecer a familias muy religiosas, o que ellos mismos eran practicantes, la virginidad apareció como un valor, tanto la de los hombres como de las mujeres, y las relaciones sexuales sólo se conciben en el marco del matrimonio. Asociada a la idea de virginidad, en algunos jóvenes que eran menos religiosos, apareció la idea de fallar a los padres. Un embarazo no buscado en la soltería sería la manifestación de la ruptura de la norma de virginidad, y eso parece estar socialmente penalizado en el ámbito de algunas familias religiosas. En el caso de las jóvenes menos religiosas, si las relaciones sexuales premaritales no llevan a un embarazo, se libera la culpa de fallar a los padres.

6.2.2. Conocimientos de ITS y de su prevención

Como señalé previamente, es importante registrar el nivel de conocimientos que tienen estos jóvenes sobre las ITS y la forma de prevenirlas, para aislar los efectos de desinformación y de percepciones estereotipadas. En las entrevistas se incluyeron preguntas sobre conocimientos generales (si habían oído hablar de las ITS, cuáles podían mencionar, si conocían los síntomas en hombres y mujeres, si creían que podían darse de forma asintomática, si consideraban que eran curables o no, si conocían formas de prevenirlas, cuáles habían sido las fuentes de información).

Como se dijo en el capítulo 2, los sujetos reciben un cúmulo de información de sus antecesoros y de sus pares, y no saben con claridad cómo adquieren estos conocimientos (Schutz, 1974b). En las entrevistas se indagó por las fuentes de información de las ITS, que resultaron ser muy diversas. En la educación formal, los jóvenes mencionaron cursos de educación sexual en el nivel secundario, y algunos cursos especiales o conferencias en el nivel bachillerato. Se mencionó con recurrencia la visita a algún centro de salud como parte de trabajos escolares sobre salud sexual y reproductiva, y la enseñanza de colocación de condones. Algunos alumnos provenientes de escuelas privadas mencionaron la participación activa de sus padres en la organización de cursos de sexualidad en el nivel de bachillerato. Los estudiantes de ciencias biomédicas mencionaron cursos en la universidad o información en el ambiente hospitalario, y los de otras carreras universitarias, algunas conferencias en este nivel. En cuanto a fuentes no formales, mencionaron la familia (padres, madres,

hermanos, primos), amigos o compañeros de escuela, la televisión (especialmente programas del canal del Instituto Politécnico Nacional -“Diálogos en confianza” y “Taller de sexualidad”-, comerciales sobre sida y algunas menciones al Discovery Channel), películas que incluyen el tema (particularmente sida), radio, revistas (“Muy interesante”, “Cosmopolitan”, “Vanidades”, “Eres”, “De 15 a 20”, “Tú”, “Quo”), libros de sexualidad o de medicina, periódicos, ferias de sida, carteles, folletos. Algunos señalaron que habían recibido información sobre sida y no tanto sobre otras ITS.

Todos los entrevistados pudieron dar nombres de ITS. Al igual que los resultados de la encuesta presentados en la primera parte del capítulo, las más mencionadas fueron el VIH/sida, sífilis, gonorrea y herpes genital. Hubo numerosas menciones también al virus del papiloma humano, chancro y candidiasis. También similar a la encuesta, hubo escasas menciones a la clamidia, tricomonas y piojos púbicos. Algunos estudiantes creen que las ITS se pueden presentar, además de por relaciones sexuales, por falta de aseo, por el uso de ropa sintética, por usar baños no higiénicos, por factores de clima, etc. Estos conocimientos llevan a justificar el padecimiento de una ITS por razones para ellos menos vergonzantes, y evitan poner el énfasis en la prevención sexual.

Uno de los elementos centrales para la percepción del riesgo es saber que pueden ser asintomáticas, y que una inspección ocular durante la relación sexual no es un método seguro de prevención. La mayoría de los jóvenes mencionó la posibilidad de que fueran asintomáticas, ya sea por ser el período inicial de la infección, o porque la persona (en general el hombre en el caso del VPH) es sólo portadora y no desarrollará síntomas, o porque en las mujeres “es más interno”.

Una estudiante habla de los períodos de latencia:

“Entrevistadora: ¿Y eso cómo o por qué crees que sí puede tener una infección y que no tenga síntomas?”

K: Pues este... puede ser el caso de los virus que no siempre se manifiesta la enfermedad porque tienen periodos de latencia y periodos en los que sí se manifiesta, entonces supongo que es por eso.” (E10, mujer, 18 años, Medicina, 67-68)

Esto es lo que refiere una estudiante sobre el carácter asintomático del VPH.

“Ca: Para el papiloma creo que no te das cuenta de los síntomas, de pronto hasta que ya está... se desarrolló me parece el virus y ya está muy avanzado, algo así y ya tienes este... porque creo que ni cuando tienes cáncer hasta que te vas a hacer chequeos y todo eso pues de pronto lo descubren.” (E29, mujer, 23 años, Ciencias de la Educación, 100)

Sin embargo, hubo quienes señalaron que no era posible tener una infección sin síntomas. En dos casos se mencionó que puede haber confusión de síntomas (se toma como una infección no sexual); en otro se dijo que, excepto el sida, en las demás “sí se notan”, y en otros dos casos se consideró que si hay infección debe haber alguna manifestación.

Otro tema a indagar importante para la percepción del riesgo era si sabían que algunas ITS no se curan con tratamientos médicos. Con excepción del sida, que la gran mayoría sabía que aún no se ha descubierto una cura, con las otras ITS hubo más confusión. Unos pocos mencionaron la diferencia entre las bacterianas y las virales en cuanto a las posibilidades de curación con tratamientos, la mayoría sabía que unas se curan y otras no pero no sabían bien cuáles, otros tenían dudas, y algunos dijeron que creían que todas las ITS tenían cura. No encontramos diferencias claras entre los conocimientos de los estudiantes de ciencias biológicas y de la salud (carreras de biología, farmacia y medicina) respecto a los de otras carreras. Si bien los estudiantes de ciencias biológicas y de la salud fueron los que expresaron mejor la diferencia entre el tipo de vector y la posibilidad de cura o no con tratamientos, sin embargo encontramos también conocimientos erróneos en estudiantes de estas carreras.

La distinción entre enfermedades bacterianas y virales, es expresada por una estudiante de biología:

“Entrevistadora: ¿Sabes si se pueden curar éstas o sea la sífilis, la gonorrea?”

R: Sífilis, gonorrea parece que sí porque son como bacterias ¿no? Y este... el papiloma y el VIH son virus entonces es más, no.” (E17, mujer, 19 años, Biología, 97-98)

En contraste, otro estudiante de considera que todas las ITS excepto el VIH son curables:

“Entrevistadora: sabes si son curables, la sífilis, hepatitis, VIH, gonorrea, herpes

E: sí, la única que no, es el VIH, hasta ahorita.” (E36, hombre, 21 años, Biología, 129-130)

Otra estudiante duda y considera que el médico resolverá el problema con tratamiento:

“Entrevistadora: ¿Conoces formas de curar éstas? Me nombraste varias: papiloma, herpes, sífilis, gonorrea ¿conoces maneras de curarlas?”

S: No, bueno supongo que... sí, sé que se curan pero no sé... bueno pienso que nada más yendo al doctor nos dará el tratamiento necesario.” (E8, mujer, 19 años, Farmacia, 71-72)

En cuanto al conocimiento de prevención, todos mencionaron el preservativo o condón como método de prevención de infecciones de transmisión sexual. En algunos casos se mencionó condón masculino y condón femenino. Hubo quienes advirtieron que el problema es que el condón masculino no cubre toda el área de contacto, especialmente para el caso de herpes y VPH. Hubo numerosas menciones a la abstinencia, pero en la mayoría de los casos al mismo

tiempo se dijo condón, como si fueran medidas para momentos distintos del sujeto o para personas diferentes.

Otra forma de prevención mencionada recurrentemente fue la higiene (aseo personal con agua y jabón, uso de ropa limpia). El énfasis en la higiene se relaciona con la percepción del riesgo que tienen estos jóvenes, que trataremos en la siguiente sección. En cuanto a las parejas, se mencionó como prevención conocer a la pareja, conocer el estado de salud de la pareja, tener relaciones con alguien en que se confíe, evitar múltiples parejas, fidelidad de la pareja, tener pareja estable, que posteriormente analizaré en el marco de la construcción social del riesgo. En un caso se dijo no consumir drogas o alcohol para evitar relaciones erradas. Con una sola mención se encuentran el sexo seguro sin penetración, aunque con dudas sobre si es posible practicarlo, el uso de condón en prácticas de sexo oral, y evitar compartir jeringas. Entre los conocimientos erróneos, tres estudiantes mencionaron los métodos anticonceptivos como diafragma, esponjas, cremas, dispositivo intrauterino, pastillas, espermicidas, geles, inyecciones, métodos naturales, óvulos, espumas, ritmo, temperatura. Hubo varias menciones al Papanicolaou como método de prevención, aunque allí lo que se pensaba era prevenir el cáncer cérvico-uterino (CaCu) y no la infección propiamente dicha. De todas formas, es una muestra de que muchos estudiantes conocen la relación entre ITS y CaCu. Dos personas hablaron del tipo de ropa (no usar ropa muy ajustada o de tela sintética). No se encontraron diferencias en el nivel de conocimientos de prevención de ITS entre los estudiantes sexualmente activos y los inactivos, ni entre hombres y mujeres. Si bien en líneas generales los estudiantes de las ciencias de la salud (medicina y farmacia) son los que tienen mejores conocimientos, algunos de ellos también tienen información errónea y algunos estudiantes de otras carreras tienen información precisa. Los siguientes dos textos son de estudiantes de ciencias de la salud, y muestran que en esa área también tienen conocimientos falsos.

“M: Pues los métodos anticonceptivos también te pueden proteger como el condón, el diafragma, hay esponjas, los mata espermas este... pero el que más se usa es el condón, el que más se conoce es el condón.” (E4, mujer, 21 años, Farmacia, 70)

“Entrevistadora: ¿Y sabes si existen maneras de prevenir estas infecciones?

A: Condón para todas menos chancro y esas.

Entrevistadora: ¿Y eso cómo lo previenes?

A: Higiene.” (E11, hombre, 19 años, Medicina, 75, 78-80)

Hay cierta idea de que se puede saber si la pareja tiene una infección, y aplicar eso sería una forma de prevención. Esto se relaciona con el estereotipo de tener relaciones sexuales con alguien en quien se confía, que analizaré en profundidad más adelante.

“Entrevistadora: ¿Conoces maneras de prevenir estas infecciones?

Ca: Pues no sé, tal vez el uso del condón ¿no?, si se supone que la otra persona está infectada, no sé, abstinencia o... o no sé, ver realmente con quién vas a tener relaciones sexuales y ver que él no tenga alguna infección, no sé.” (E25, mujer, 23 años, Derecho, 99-100)

Resumiendo los conocimientos, todos han oído hablar de las ITS y pueden mencionar nombres, aunque confunden síntomas y si son o no curables. La mayoría sabe que algunas tienen cura y otras no, aún cuando no las identifiquen con su nombre. Todos los estudiantes mencionaron el condón como método de prevención, pero también encontramos conocimientos erróneos como que los métodos anticonceptivos previenen las ITS. En esta sección de conocimientos se advirtió que la evaluación de la pareja forma parte de la percepción del riesgo y de la toma de decisión de prevención, como se verá en las siguientes secciones.

En cuanto al condón, si bien todos los estudiantes lo conocen como método de prevención y la mayoría señaló ventajas y no desventajas en su uso, también aparecen dudas sobre su efectividad para prevenir infecciones. Entre las ventajas, se señala el hecho de que también previene embarazos -aunque con menos eficacia de lo que previene infecciones-, que son muy accesibles, económicos, de uso fácil, que da tranquilidad y que prolongan la erección. Se habló de usarlos como parte del juego (de colores, de sabores), o como un aditamento más (como el celular, el reloj, la tarjeta bancaria). Y entre las desventajas, se dice que no es del todo seguro, que puede producir alergias (por el látex o por los espermicidas), que disminuye la sensibilidad, que es incómodo porque hay que retirarlo después de la eyaculación del hombre, que puede ser mal colocado, que puede romperse. Otra desventaja que se mencionó fue la presentación, que al no diferenciar el reverso a veces impide saber bien cómo hay que desenrollarlo. Desde un punto de vista moral, se expresó que la desventaja es que facilita tener relaciones sexuales sin amor, o que alienta la promiscuidad. También se afirmó que con el uso prolongado causan daño a los órganos genitales tanto del hombre como de la mujer. Varios estudiantes, mujeres y hombres, mencionaron que no son cien por ciento seguros para prevenir infecciones de transmisión sexual.

“P: Bueno, yo creo que en sí las ventajas es que te protege de las enfermedades sexuales aunque yo no estoy muy seguro de que sea 100% seguro ¿verdad? Y te salva de un embarazo, claro todo esto bien usado ¿no? Porque si lo usas mal...” (E13, hombre, 19 años, Medicina, 98)

En las distintas entrevistas aparece una discusión sobre el tema de la pérdida de sensibilidad por el condón. En muchas entrevistas se menciona como algo de sentido común, pero en otras entrevistas, tanto de hombres como de mujeres, se discute como opinión falsa. Que algunos jóvenes consideren que existen condones que no quitan sensibilidad puede verse como una idea novedosa, contra la corriente hegemónica de pensamiento.

“J: Bueno pues primera que es un anticonceptivo ¿no? Previene el embarazo, las infecciones también, creo que es uno de los más eficaces pero a mi parecer quita la sensibilidad como muchos dicen.” (E18, mujer, 20 años, Psicología, 84)

“P: A mí no me importa usar preservativo o sea las desventajas podría ser tal vez la sensibilidad y muchas otras cuestiones pero eso me parece a mí más psicológico que fisiológico porque ya hay preservativos que de plano son como seda y se siente completamente... o casi al 100% de lo parecido.” (E35, hombre, 25 años, Derecho, 218)

También apareció el tema de la incomodidad al tener que detener la relación para colocarlo, cortando la inspiración, o tener que retirarlo después de la eyaculación, aún cuando la mujer no ha llegado al orgasmo. La consideración del orgasmo de la mujer es una idea que se ubica en los intersticios. Va contra la demanda de falta de placer de las mujeres del sistema de género preponderante, y representa un cambio hacia una sexualidad más igualitaria entre los sexos. La idea del condón como un obstáculo para el goce sexual femenino debería tomarse en cuenta en el marco de una sociedad que avanza hacia el deseo de satisfacción de las mujeres.

“A: La ventaja que le veo yo creo que es máximo ¿no? Es... aparte de que puedes de alguna forma... no es seguro pero puede prevenir algún tipo de... bueno no algún tipo, el embarazo y hasta cierto tipo de enfermedades porque fuera de eso, fuera del condón de todos modos hay contacto ¿no? Este... las desventajas que le veo es que no disfrutas tanto del momento ¿no? o sea hay que sacarlo después acabando de eyacular y pues así hay veces que la mujer todavía no llega o que el hombre todavía no ha terminado a pesar de que ya eyaculó, esas son las desventajas.” (E20, mujer, 22 años, Derecho, 108)

“L: Mmm, las desventajas pues podría ser que no hay tanta sensibilidad en el coito o que... o que muchas veces es como... ay, como que tienes que cortar ¿no? o sea como que estás igual ya como que muy... o sea ya como en el acto que ya lo quieres hacer no sé y como que: ay, no espérate, entonces así como que ponte el condón. Entonces como que corta la inspiración o no sé, como que es un obstáculo en ese momento ¿no? porque pide que sea ya hasta el momento que ya va a pasar, o sea no antes ¿no? porque igual y no se lo puede poner entonces así como que tienes que esperarte en el momento justo y aparte en ese momento tienes que cortar también para pues ponerlo.” (E3, mujer, 22 años, Psicología, 96)

6.2.3. Percepción del riesgo de ITS. Estereotipos que modelan la percepción

He señalado en el capítulo 2 que los riesgos se construyen socialmente. Hay una atención selectiva y jerarquización de los mismos que se realiza a nivel social, y hay una configuración simbólica de los mismos que compartimos con nuestros coetáneos y que heredamos de nuestros predecesores. En la percepción del riesgo intervienen algunos heurísticos, que sesgan la información disponible. Asimismo, se ha visto que basamos nuestra experiencia en tipificaciones que se nos transmiten por el sentido común, y en especial, por estereotipos. También se señaló que esta construcción social del riesgo lleva a etiquetar a algunas personas como las afectadas y a otras como culpables por exponer a otros al riesgo (Douglas, 1992). Así, la percepción del riesgo está social, cultural e históricamente moldeada. Además, expuse que una de las formas en que se construye la percepción del riesgo en el ámbito de la sexualidad es a través del paradigma de género. En el capítulo 5 se vio cómo a través del tiempo ha ido cambiando la simbolización del riesgo de ITS, y cómo hay algunas ideas que se resisten al cambio y reaparecen en distintos momentos (el esquema primario). Ahora analizaré cuál es la percepción del riesgo en las prácticas sexuales que tienen estos jóvenes universitarios; qué riesgos, cómo los jerarquizan y en qué circunstancias perciben el riesgo de ITS.

Jerarquía de riesgos sexuales. Primer riesgo percibido: Embarazo

Uno de los riesgos que más tienen en cuenta los estudiantes en las relaciones sexuales, tanto mujeres como hombres, es el embarazo. Y en segundo lugar, el sida. Las otras ITS no parecen estar muy presentes como riesgo en la interacción, ni en las conversaciones entre pares, aún cuando, como se mostró, conocen las enfermedades y sus consecuencias. La evaluación de la pareja, el uso de estereotipos de género, son las claves para comprender la percepción del riesgo de ITS, o más bien, la ausencia de percepción de riesgo. La preeminencia de la preocupación por el embarazo puede ser interpretada desde tres líneas: en primer lugar, se trata de un grupo de jóvenes minoritarios en el país (como se señaló en el capítulo 3, en México sólo el 14% de los jóvenes de 20 a 29 años cuenta con estudios profesionales) que ha decidido extender el período de estudios y realizarse profesionalmente con estudios universitarios, y esto supone en muchos casos demorar otras transiciones vitales, como la unión y la mater-paternidad. En segundo lugar, relacionado con lo anterior, el temor

al embarazo también tendría que ver con que los jóvenes no tienen ampliamente disponibles a su alcance métodos anticonceptivos modernos eficaces para prevenirlos, y el ejercicio de la sexualidad no estaría libre del riesgo de embarazo, algo que han decidido postergar. Y en tercer lugar se vincularía con los mandatos de una sociedad tradicional de raigambre moral católica que, por una parte, sanciona la sexualidad de las mujeres solteras y las obliga a llevar a término los embarazos. Aún cuando en las entrevistas se verifica la experiencia de abortos, se expresa culpa y vergüenza por su práctica. Por otra parte, en el discurso se incita a los hombres de este grupo social a responder ante un embarazo haciéndose cargo de la manutención y crianza del hijo procreado, con la amenaza de tener que abandonar los estudios universitarios.

Cuando los estudiantes conversan con los amigos/amigas, el embarazo parece ser la preocupación principal, de lo que más se habla.

“Entrevistadora: ¿Y piensan en los riesgos? O sea cuando hablan así de sexo ¿hablan de los riesgos al tener relaciones?”

R: Mmm poco, sí, sí, hemos hablado más que nada del embarazo, de enfermedades no, no se toca pero embarazo sí, es lo que más preocupa.” (E17, mujer, 19 años, Biología, 147-148)

“Entrevistadora: Y los jóvenes así tus amigos en general ¿piensan sobre los riesgos al tener relaciones sexuales? ¿qué les preocupa?”

M: No.

Entrevistadora: ¿No, no les preocupa nada?

M: Sí, bueno lo básico, el condón y ya y lo hacen con cuantas mujeres se les atraviesan y todo eso, en las fiestas.

Entrevistadora: ¿Y por qué usan condón, cuál es la preocupación?

M: La principal preocupación el embarazo.” (E27, hombre, 21 años, Derecho, 165-170)

El mensaje de los padres, tanto de mujeres como de varones, se centra también en el riesgo de embarazo. Las jóvenes expresaron el temor a fallar a los padres si quedaban embarazadas. Para los varones, el temor es tener que mantener una familia y dejar los estudios. Los padres transmiten la idea de que la sexualidad puede tener consecuencias y que hay que hacerse responsable de las mismas.

“Entrevistadora: ¿Cómo te dice? ¿qué es lo que te dice [tu mamá]?”

J: Pues que la mujer puede quedar embarazada, que la mujer es la que carga con todo, pues que me cuide, que tenga cuidado en eso.” (E18, mujer, 20 años, Psicología, 101-102)

“A: No, con mi papá a veces me dice: aguas con esto o ten cuidado cuando hagas esto.

Entrevistadora: ¿Cuando hagas qué por ejemplo?

A: O sea no es necesariamente sexo pero o sea me previene de que no tomes esto porque te pueden hacer esto o... cuando vayas a estar con tu novia ponte condón porque sirve mucho para que no vayas a salir con un chistecito, cosas así.

Entrevistadora: El chistecito ¿a qué se refería?

A: El chistecito más que nada el miedo de mis papás es... el embarazo, es el miedo principal.” (E11, hombre, 19 años, Medicina, 100-104)

Dos casos son ilustrativos del temor a fallar a los padres. El primero es el de una estudiante que tuvo que realizarse un aborto. Señala que decepcionó a la madre. La preocupación por no herir los sentimientos de la madre, razón por la que le ocultó el hecho, parece haber pesado más que su propia necesidad de apoyo. El segundo es de una estudiante cuyo hermano embarazó a una chica y se hizo cargo del hijo. Fallar a los padres es algo que puede suceder tanto a varones como a mujeres y tiene que ver con las expectativas tipificadas de los padres sobre la actuación de los hijos y las perspectivas de su vida futura.

“Entrevistadora: Y bueno y tu mamá después de eso te apoyó. ¿Y por qué no te animaste a contarle a tu mamá, no te sentiste cercana...?”

D: Sí, de hecho yo soy muy cercana con mi mamá pero yo no quería, bueno sí la decepcioné y ese era mi miedo o sea que, que pues si pensara que su hija, no sé a mi mamá yo la quiero mucho, es muy sensible, yo no quería lastimarla entonces por eso no se lo dije.” (E21, mujer, 20 años, Derecho, 559-560)

“Entrevistadora: ¿Y después te afectó lo de tu hermano como para ya decir que no?”

V: Sí, sí, me afectó en el sentido de que vi cómo se puso mi mamá en el sentido de cómo se sintió de que mi hermano le haya fallado y haya truncado parte de su futuro en cierta forma por el embarazo de ella ¿no? que sí me afectó por el sentido de que dije: y si me arriesgo yo y quedo embarazada le voy a fallar a mi mamá y va a ser doble, entonces fue por eso que... sí, sí me afectó en cierta forma.” (E7, mujer, 21 años, Farmacia, 375-376)

El temor de fallar a los padres podría también llevar a la abstinencia.

“V: Pues hablábamos que ninguno de los dos ahorita quería... bueno sobre todo yo ¿no? yo era la que le decía: ‘sabes qué, es que yo no’; en ese momento yo no quería principalmente porque yo no quería fallarle a mis papás, otra era porque yo no quería, este... no algo serio sino, sino, yo tenía mis ideas que este... mi forma de pensar y todo eso yo no quería fallarle a mis papás sobre todo y tampoco quería un riesgo de embarazo” (E7, mujer, 21 años, Farmacia, 276)

Si bien entre las mujeres hay cierta idea de que quien sale perdiendo más con un embarazo es la mujer, los padres de estudiantes varones también insisten con que ellos deben hacerse responsables. Los padres aparecen como garantes de que ellos cumplan con las obligaciones derivadas del ejercicio sexual.

“Entrevistadora: ¿Y qué te decía él [tu padre]?”

M: También prácticamente lo mismo de que: cuidate, no estés haciendo locuras o por una locura, por un momento de placer te vas a quedar atorado toda tu vida, puedes dejar embarazada a una chava y vas a tener que cumplir y toda tu vida se va a destruir; por una parte vas a tener un hijo que es muy bueno y otro que vas a tener que empezar a trabajar para mantener a ese hijo y a esa mujer que vas a tener, y si realmente, si algún día me entero que tú llegas a tener o embarazaste a alguien, de mi cuenta corre que tú te hagas responsable de él.” (E19, hombre, 21 años, Psicología, 155-156)

No sólo en el discurso en general, compartido con la familia y los amigos, sino también en la interacción sexual aparece el temor al embarazo. El uso del condón se percibe como medida de prevención exclusivamente para esto.

“Entrevistadora: ¿Y qué les preocupaba? o sea ¿por qué estar precavidos? o sea ¿en cuáles de los riesgos pensaban?”

L: En el embarazo, embarazo.” (E3, mujer, 22 años, Psicología, 263-264)

“Entrevistadora: ¿Por qué le dijiste: ‘no traigo condones’, qué era lo que te preocupaba?”

L: Sobre todo que fuera a embarazarla o... eso es lo principal, eso era... más que una enfermedad venérea.” (E31, hombre, 24 años, Ciencias de la Educación, 405-406)

Se señaló en el capítulo 2 que Slovic, Fischhoff y Lichtenstein (1999) hablaban de la disponibilidad de información como modelador de la percepción del riesgo. Algunos eventos son fáciles de recordar porque suceden con frecuencia y otros porque son raros pero impactantes. En el caso del embarazo, además de las consecuencias que supone, aparece la idea de que es algo frecuente, que a todos les puede pasar. Sobre todo, el ejemplo de otros pares que han enfrentado el suceso aparece como alerta de los cuidados que hay que tener. De allí la importancia que adquiere como riesgo.

“D: La otra vez platicaba con una amiga, le digo, es que a mí me preocupa más el embarazo porque lo he vivido más cerca de que hay este... no sé una compañera ya se embarazó y pobre porque dejó de estudiar este... el marido ni caso le hace o cosas así, no he sabido de alguien que tenga una enfermedad y diga chin se murió o sea no lo veo tan... como un embarazo yo creo porque no lo he vivido muy de cerca.” (E24, mujer, 20 años, Derecho, 174)

Jerarquía de riesgos sexuales. Segundo riesgo percibido: VIH/sida

El siguiente riesgo que perciben, después del embarazo, es el sida. Pero aparece más en el nivel discursivo, en el marco de las conversaciones, que en la interacción sexual. De todas formas, está presente en el mensaje de algunos padres, y también en algunos casos en las relaciones sexuales. En las pláticas entre amigos o pares aparece el tema del sida tanto entre mujeres como entre varones. El carácter de irreversible, más que la frecuencia de ocurrencia, es lo que lo hace aparecer como riesgo relevante.

“M: Bueno, [hablamos entre amigas] desde experiencias así que cada quien ha tenido con las parejas, de los miedos que luego hay por las enfermedades.

Entrevistadora: ¿Les preocupan las enfermedades, las mencionan, tienen miedos?”

M: Sí, sobre todo yo siento que lo que más ha marcado últimamente ha sido el sida más que cualquier otra infección, es lo que más yo he escuchado y es de lo que más hemos hablado, en que llega el momento en que “oye ¿y tú ya te hiciste el examen?” “me lo hice hace tiempo pero ahorita ya no”. Y no ha sido con una amiga, prácticamente ha sido con muchas amigas. Y ese es el mayor temor” (E43, mujer, 24 años, Ciencias de la Educación, 140-142)

También tanto madres como padres parecen estar preocupados por el sida.

“Entrevistadora: Ajá, y entonces en tu familia sobre cómo prevenirlas lo único que tu papá te ha dicho es condón para el embarazo ¿de las enfermedades tu papá no te ha hablado nunca?
A: De sida, cuidado con el sida, está fuerte.” (E11, hombre, 19 años, Medicina, 123-124)

“Entrevistadora: ¿Y con tu mamá no hablas nada de estos temas de sexualidad?
G: Con mi mamá más que nada es una especie de interpretación, ella me habla mucho del sida, se enfoca mucho a eso, [...] no sé por qué, pero a ella le preocupa mucho eso, el sida.” (E32, hombre, 21 años, Derecho, 189-190)

Si bien en el nivel discursivo aparece la preocupación por el sida, parece que el riesgo no es muy considerado en la práctica.

“Entrevistadora: ¿a qué nivel piensas en los riesgos en las relaciones sexuales?
K: bueno ahorita ya pienso mejor
Entrevistadora: ¿antes no?
K: no, ni siquiera me pasaba por la cabeza
Entrevistadora: ¿y en algún momento pensaste que te podían transmitir una infección sexual?
K: me preocupaba el sida, pero no, no al grado de cuidarme, entonces no me preocupaba mucho” (E38, mujer, 22 años, Psicología, 559-564)

Si el embarazo se repetía en muchas entrevistas como preocupación exclusiva, cuando se habla del riesgo de sida se lo pone en línea con el riesgo de embarazo. Las otras ITS no aparecen en los primeros lugares en una jerarquía de riesgos sexuales percibidos.

“Entrevistadora: ¿Y cuál era tu preocupación para usarlos o sea por qué sí usarlos?
P: Pues la verdad en ese momento la principal preocupación era el embarazo y el sida vaya, pero por las demás enfermedades ni se preocupaba uno.
Entrevistadora: ¿No, nunca pensaste, no pensaste nunca que podías contraer alguna infección?
P: No, o sea pensabas en sida y pensabas del embarazo pero no pensabas en otras como herpes, gonorrea, todas esas no las pensabas.” (E13, hombre, 19 años, Medicina, 333-336)

En la interacción sexual, el riesgo de sida aparece asociado con hacerse la prueba del VIH. En algunos casos aparece como requisito para empezar a tener relaciones sexuales. En otros, sin embargo, parece haber poca conciencia de que la prueba del VIH no funciona como vacuna. Es decir, que si alguien se la hizo un año antes y siguió teniendo relaciones sexuales, esa prueba ha perdido toda vigencia. La prueba del VIH aparece como solución mágica ante la percepción del riesgo.

“K: me ha entrado la duda, porque mi esposo fue a donar sangre al seguro y no lo dejaron porque, creo, más de tres parejas en cinco años, entonces no lo dejaron donar sangre y ya me entró la duda, porque dije, bueno, qué tal si no se ha manifestado y está ahí latente y no se ha manifestado, pero también como que en ese aspecto le quiero dar seguimiento por lo menos cada año para lo del sida.” (E38, mujer, 22 años, Psicología, 672)

Estereotipos en la percepción de riesgo de embarazo y sida

Si bien embarazo y sida aparecen como riesgos marcadamente percibidos, parece que se dividen según el tipo de pareja. Con parejas ocasionales se percibe riesgo de sida, con pareja estable, el riesgo de embarazo.

“A: Depende en qué ámbito lo hagas, porque si lo haces con tu novia o con una chava que tú conozcas es el embarazo, si lo haces en un antro es sida porque si la embarazas te vale gorro porque no la vuelves a ver.” (Grupo Focal 2, hombres, Medicina, 327)

En el caso de sida, aparecen los estereotipos de grupos de riesgo específicos para sida, relacionados con lo que ocurre en otros países. Especialmente, se menciona la asociación entre homosexualidad y sida.

“Cr: Ajá, con mi familia a veces comentan así sobre, por ejemplo, el sida ¿no? de lo que se da en otros países por ejemplo con los homosexuales y todo eso.” (E9, mujer, 17 años, Farmacia, 138)

“M: Sí, sobre todo porque... sobre todo recuerdo a un amigo que era homosexual y aparte se drogaba, entonces, pues, era de alto riesgo.” (E43, mujer, 24 años, Ciencias de la Educación, 166)

Percepción del riesgo de ITS

Hasta ahora se ha visto que los riesgos que los jóvenes tienen más presentes son los de embarazo y sida y no las otras ITS. A continuación presentaré los argumentos por los cuales las ITS no son tenidas en cuenta, y que se relacionan con el sentimiento de inmunidad, el de lejanía situacional y la creencia de que no son tan graves. En la interacción sexual aparece la idea de que se pueden ver, a pesar de que a nivel de conocimientos hayan expresado que pueden ser asintomáticas.

En el capítulo 2 se subrayó que existen sesgos de evaluación tales como la predilección de la gente de verse a ellos mismos como personalmente inmunes a los peligros (Slovic, Fischhoff y Lichtenstein, 1999). Esa sensación de inmunidad aparece explícitamente expresada por tanto por mujeres como por hombres:

“Entrevistadora: ¿y en ningún momento pensaste de las infecciones sexuales?

M: no

Entrevistadora: ¿ni que te pudieran transmitir a tí ni que tú pudieras transmitir?

M: no

Entrevistadora: ¿en ningún momento lo pensaste?

M: no, yo decía, a mí nunca me va a pasar y eso” (E45, mujer, 19 años, Farmacia, 379-384)

“Entrevistadora: ¿Usaste algún tipo de protección en esa relación?

A: No.

Entrevistadora: Nada. ¿Sabías que existían los preservativos en ese momento?

A: Sí, sí sabía.

Entrevistadora: ¿Por qué entonces no usaste?

A: Por la inmadurez que uno tiene, porque piensa que uno nunca se va a enfermar, por esa seguridad de que... y luego al ser la primera vez, nunca me va a pasar a mí, pero pues desgraciadamente ahí fue donde me pasó eso, la primera vez [contrajo una ITS].” (E34, hombre, 29 años, Derecho, 425-430)

También aparece lo que en el capítulo 2 se presentó como complacencia ante la falla en apreciar los límites de la información disponible, que Slovic, Fischhoff y Lichtenstein (1999: 470) denominan “fuera de la vista, fuera de la mente”. La sensación de lejanía de las ITS hace que los sujetos no se consideren en riesgo y no tomen medidas de precaución.

“J: Ajá, lo primero que pienso es el embarazo, lo de las infecciones no, no es tanto...”

Entrevistadora: ¿Y por qué no? Sabes que existen, me las nombraste, sabes que se transmiten sexualmente ¿por qué crees que no las tienes presentes?

J: Pues igual y porque no tengo a mi alrededor así gente que se hayan infectado cosas así, no sé lo siento muy ajeno a mí, muy lejos de mí, siento que no, que no puede pasar eso.” (E18, mujer, 20 años, Psicología, 481-483)

Sin embargo, la lejanía podría ser sólo una ilusión, y las ITS podrían estar más cerca de lo que los estudiantes imaginan. En el siguiente texto, la estudiante acepta que la información puede estar sesgada, ya que la vergüenza impide que los demás cuenten la experiencia de padecer una ITS. Entonces más que el hecho de que no hay gente infectada cerca, lo que ocurre es que la gente no va a contar a otros sobre la infección que padece.

“Ca: Sí, estoy muy preocupada por eso sobre todo, sí es que cuando no ves los casos reales a tu alrededor piensas que nada más son chismes y cosas que inventan para vender más pero cuando ya ves que en realidad sí pasa sí... pero no lo ves tan real lo de las enfermedades de transmisión sexual porque dices: nadie viene y te dice ay tengo sífilis, ay tengo gonorrea, nadie te dice entonces tú piensas que no existe.

Entrevistadora: ¿Por qué crees que no se cuentan estas cosas?

Ca: Por vergüenza.

Entrevistadora: ¿Y por qué crees que les da vergüenza?

Ca: Porque se puede pensar en la promiscuidad, en qué tan promiscuo eres en tu vida sexual.” (E30, mujer, 22 años, Ciencias de la Educación, 647-651)

Se registra asimismo la idea de una minimización del riesgo. De manera similar a los argumentos revisados en el capítulo 5, hay una consideración de las ITS como no graves y fácilmente curables.

“Entrevistadora: ¿Y de las infecciones piensas o crees que no?

M: Yo creo que no porque incluso a veces lo manejan un tanto trivial, no me acuerdo dicen ah, si me da, no sé qué una inyección y ya.” (E27, hombre, 21 años, Derecho, 173-174)

“B: Como en segundo lugar; lo prioritario es que no quede embarazada y dices: bueno una enfermedad me la puedo quitar o controlar pero un hijo no.” (E33, hombre, 21 años, Derecho, 188)

Además, a estos sentimientos de inmunidad, lejanía y falta de gravedad, se suma la idea de que en la interacción sexual se puede inspeccionar a la pareja y que las ITS se pueden ver u

oler. Incluso cuando se ha aceptado que pueden cursar asintomáticas, la idea preponderante es existe la posibilidad de saber durante la relación sexual si la otra persona está infectada.

“P: [...] no era que me preocupara tanto una infección, de hecho yo este... trato siempre de fijarme, trataba yo de fijarme lo más posible cualquier cosa así extraña que hubiera, no sé un olor raro o algún este... líquido, algo o sea raro que hubiera, algo raro que yo encontrara y ya ahí sí no había nada.

Entrevistadora: Pero tú me dijiste que sí creías que se podían tener infecciones sin darse cuenta.

P: Ah no, sí, sí, sí, la mujer a lo mejor no se da cuenta y ahí trae infección y no se le desarrolla tan rápido o de forma tan externa como el hombre, quién sabe.

Entrevistadora C: ¿tú igual te fijabas a ver si tenía o no tenía?

P: Bueno, yo creo o a lo mejor es una creencia falsa ¿no? Que la infección tiene un olor específico” (E35, hombre, 25 años, Derecho, 709-713)

En el marco de la construcción de género relacionada con las ITS parece haber una división de género en los riesgos sexuales. Habría una idea de que la mujer se embaraza y el hombre se infecta. Como si estos dos riesgos ocurrieran diferencialmente a hombres y mujeres. Si bien físicamente el embarazo le ocurre a la mujer, en esta forma discursiva no se tiene en cuenta la responsabilidad que se le asigna al hombre (como se observó más arriba), que debe dejar de estudiar para mantener a la nueva familia. Y se habla de una mayor actividad sexual de los hombres, razón por la que son más propensos a contraer una ITS, pero no se los menciona como sujetos infectantes. El discurso enfatiza que ellos adquieren las ITS de las mujeres, y como se verá más adelante, particularmente de las trabajadoras sexuales. Esta consideración sobre quién puede infectar y quién puede ser infectado se relaciona con la feminización de las ITS. Incluso en el caso de un joven que había sido diagnosticado con una ITS aparece la minimización de su papel como sujeto infectante.

“A: Yo creo que a las mujeres igual y se preocupan o nos preocupamos más por el embarazo y los hombres como que más bien por las transmisiones, igual porque son más este... activos ¿no? que las mujeres, bueno ahora yo creo que ya somos iguales pero...

Entrevistadora: ¿Tienes la sensación que somos igual o que son más activos los varones?

A: Como que están más propensos ¿no? Es más de ir a un lugar donde bailan y donde hay chavitas que venden sexo y todo eso entonces yo creo que por eso piensan más en las enfermedades y las mujeres cuando igual y... hay de todo ¿no? Pero como que te preocupas más por un embarazo si tienes solamente una pareja.” (E26, mujer, 22 años, Derecho, 148-150)

“Entrevistadora: ¿Y crees que cuando hablan así tus amigos piensan los riesgos de tener relaciones? ¿hablan sobre eso o no?

G: Sí, sí, pues muchos, por ejemplo los hombres que le temen que al embarazo y más que nada eso y los hombres es más... yo siento que es más fácil que lleguen a contagiarse que una mujer.

Entrevistadora: Ajá ¿y por qué?

G: Porque luego ellos tienen más parejas sexuales entonces pues sí si tienen su novia y han tenido varias parejas pues ya corren el riesgo de contagiarse.” (E5, mujer, 22 años, Farmacia, 107-110)

Un estudiante que había sido diagnosticado previamente con una ITS y que dio positivo a la prueba de herpes en la encuesta, busca argumentos para minimizar la posibilidad de haber transmitido la infección a sus parejas sexuales, señalando finalmente “igual y ni se los transmití”.

“P: Pero ya hasta eso me lo he dicho y no sé en sí cómo decirle [a mi pareja], le voy a preguntar al médico que qué posibilidades hay de que ... [yo las haya infectado] porque me dice que este... es cuando hay fricción y por eso se pasa, pero si está el tejido normal pues con sus mismas este... enzimas pues se matan esas, o sea no le entra pues. Pero entonces voy a regresar para decirle [al médico] que mi pareja qué onda, y sí me gustaría avisarle, aunque no es seguro, pero sí me gustaría decirle, no vaya a empezar: ¡ay, qué tengo! Igual, pues como nada más es con antibiótico pues que se lo tome.”

“P: avisarles a éstas dos que no es nada grave pero que sí se chequen, igual y ni se los transmití.” (E1, hombre, 22 años, Biología, 287, 445)

La percepción de riesgo por tipo de pareja

Además de los sesgos de percepción que he enumerado antes, el riesgo de ITS se incentiva o se desestima según el tipo de pareja. Como se dijo en el capítulo 2, Bastard *et al.* (1997) consideran que a cada tipo y fase de relación corresponde una forma de concebir el riesgo. Los jóvenes universitarios construyen una clasificación de los tipos de pareja basada en dos grandes criterios: por el grado de compromiso y por el tipo de prácticas sexuales realizadas. Con respecto al grado de compromiso, las relaciones se dividen en novia(o), ‘frikie’, amiga(o) con derechos, amiga(o), prostituta. Con la novia o el novio, hay una relación de compromiso, no importa cuánto tiempo tengan de conocerse antes de iniciar la relación. Lo que importa son las expectativas de cada uno y la evaluación de la otra persona (los varones mencionaron que sus ‘novias’ eran jóvenes que ellos consideraban como ‘buenas’, aún si tenían poco tiempo de conocerlas o si habían salido con ellas por poco tiempo. Pero las novias no podían ser aquellas con quienes tuvieron sexo el mismo día en que las conocieron. Las mujeres se refirieron a los novios cuando sentían compromiso y tenían expectativas de que la relación fuera larga). El ‘frikie’ es una pareja ocasional con la que se tiene relaciones sexuales. Podría ser alguien que se conoce en distintos lugares, como durante las vacaciones, o que se conoce por poco tiempo y con quien no hay expectativa de tener una relación comprometida. Tanto hombres como mujeres pueden tener ‘frikies’. No es necesario ser una ‘chica mala’ para pertenecer a esta categoría, sino que depende del tipo de compromiso deseado. Un(a) amigo(a) con derechos es un amigo(a) con quien se tiene relaciones sexuales pero no hay compromiso de exclusividad. No hay demandas, quejas o celos. Comparada con un ‘frikie’, es una relación más estable y marcada por la amistad. Generalmente, esta relación

dura un tiempo largo, y los encuentros se dan en la escuela o el barrio. Este tipo de relación puede involucrar sólo besos, abrazos o también relaciones sexuales. Con los amigos también podría haber relaciones sexuales. Usualmente ocurre solo una vez, porque si la actividad sexual se repite, entonces la relación se mueve a la categoría de ‘amigos con derechos’. Finalmente, ‘prostituta’ es como los jóvenes se refieren a las trabajadoras sexuales, y es la única relación donde habría intercambio de sexo por dinero. Sólo los hombres reportan haber tenido este tipo de parejas.

Con base en el tipo de prácticas realizadas, ellos identifican parejas ocasionales como el ‘faje’ donde no hay coito. También ‘faje’ se define como un tipo de actividad sexual que puede ocurrir en otros tipos de pareja, tal como cuando se dice ‘tuve un faje con mi novio’, actividad que se refiere a besos o caricias intensas sin llegar al coito.

Tanto varones como mujeres pueden haber tenido distinto tipo de parejas durante su vida. Con algunas pueden haber tenido relaciones sexuales y con otras no. Incluso si ellos son sexualmente activos con una pareja, con la siguiente podrían no tener vida sexual.

Aunque las ITS son poco tenidas en cuenta, hay algunos factores que parecen incentivar la percepción del riesgo. En algunos casos el uso de estereotipos es clave para que se produzca esta percepción. Entre ellos se incluye el argumento del esquema primario que se enfoca en las trabajadoras sexuales, que aparece a lo largo de un siglo de historia del pensamiento salubrista. Otro estereotipo que se menciona reiteradamente es la asociación entre promiscuidad e ITS y, en relación con esta concepción, tener parejas simultáneas. Los extranjeros aparecen también como portadores de ITS, en especial las mujeres de Estados Unidos. La relación entre falta de higiene e ITS también es un argumento reiterado. Como contraparte, aparece la idea de confianza cuando la persona no pertenece a alguno de los grupos considerados de riesgo. Conocer al otro, tener una relación de amor, aparecen como estereotipos que en la visión de los jóvenes garantizarían la no infección. A pesar del grupo de ideas mayoritario en la línea argumental basada en estereotipos, entre los jóvenes también se expresan algunos pocos casos de argumentos novedosos, al igual que vimos en la última década del capítulo histórico, donde el énfasis se pone por una parte en la existencia de alguna pareja previa de alguno de los sujetos de la interacción sexual y, por otra parte, en las prácticas de riesgo como sexo oral o sexo anal sin uso de condón, y no en grupos o sujetos

riesgosos. Todos estos argumentos son los que exploraremos con mayor detenimiento en esta sección sobre los distintos tipos de parejas.

Los argumentos del esquema primario: las prostitutas y las zorras que transmiten

La idea de que la trabajadora sexual es la fuente de las ITS, tal como la formulación de Sponberg (1997) revisada en el capítulo 2 y que ha aparecido reiteradamente a lo largo de un siglo de historia de mentalidades médicas mexicanas, está presente en el discurso de los jóvenes universitarios, tanto de hombres como de mujeres. Este estereotipo de feminización de las ITS, se transmite de muchas formas, entre ellas, a través de los padres. Esta idea impide la percepción de riesgo de ITS en las relaciones entre jóvenes, ya que se pone en un lugar simbólico lejano a su experiencia cotidiana. En la encuesta se vio que la proporción de jóvenes que habían tenido su primera relación con trabajadoras sexuales era de sólo 5%.

“Entrevistadora: ¿tú lo conoces y sientes que está sano?”

M: bueno él es un chavo serio, estudioso y no creo que ande en el destrampe que se va a fiestas, o con esas trabajadoras de la calle y eso” (E44, mujer, 20 años, Psicología, 561-562)

En uno de los grupos focales de hombres con estudiantes de medicina, hubo acuerdo entre la asociación de riesgo de ITS y visitar *table dance* o lugares por el estilo, donde hay mujeres ‘no santas’. Y hubo mención a que las trabajadoras sexuales son el reservorio de herpes. Sin embargo, esta afirmación fue matizada al considerar que los hombres que tienen muchas parejas también pueden infectar.

“A: bueno yo no he hecho eso pero sí tengo cuates que pum se ponen de acuerdo y se van a los masajes o algo por el estilo y son chavas que la verdad... bueno en mi caso yo no voy o no iría precisamente por eso porque me dan miedo ese tipo de enfermedades, sí me causan temor.

D: Bueno en el caso de las sexoservidoras pues es un reservorio [de herpes] ¿no? de todas las personas que llegan y no están infectadas se van a infectar pero también ese varón si se mete con varias mujeres pues también o sea que igual ¿no?” (Grupo Focal 2, hombres, Medicina, 47, 90)

Los padres de los varones les recomiendan no ir con trabajadoras sexuales y los padres de las mujeres les aconsejan tener cuidado al tener relaciones sexuales porque existe la posibilidad de que sus parejas hayan tenido antes relaciones sexuales comerciales. Así, el padre de un alumno le dice a su hijo que la trabajadora sexual es la fuente de las ITS.

“Entrevistadora: Cuando hablabas con tu padre de las trabajadoras sexuales ¿hablaron de las enfermedades o no?”

B: Eso sí me lo mencionaba, a veces... obviamente como su fuente de trabajo es el sexo, se meten con cualquier persona que le pueda dar dinero ¿no? Entonces la otra persona quién sabe qué clase de hábitos tenga, qué clase de higiene, qué clase de lo que sea ¿no? Y puede uno salir perjudicado ¿no? Y

yo creo que es... bueno a mí se me hace como que la fuente más directa de cualquier enfermedad de transmisión sexual, una prostituta.” (E33, hombre, 21 años, Derecho, 205-206)

Y la madre de un estudiante recomienda evitar a las ‘prostitutas’ por el riesgo de ITS.

“Entrevistadora: ¿Como qué te dice tu mamá?

M: Este... sabes qué si vas a tener relaciones con alguien usa condón este... fíjate que esa persona sea limpia, o no te vayas a acostar con cualquiera, o de repente llego a salir con mis amigos dice: no te vayas a meter donde hay prostitutas, no te vayas a acostar con una prostituta que hay más riesgo de contraer una enfermedad.” (E19, hombre, 21 años, Psicología, 143-144)

El no haber tenido relaciones con trabajadoras sexuales o entre hombres aparece como inmunidad a las ITS.

“G: [...] porque hasta donde... acá yo me he cuidado, o sea, nunca he tenido relaciones con... pues con prostitutas, con... con hombres; entonces yo creo que si yo llevo un control, algo muy... pues un control totalmente, que no me pueden transmitir nada” (E32, hombre, 21 años, Derecho, 664)

Complementariamente, si un hombre padece una ITS puede dar lugar a que se piense que ha tenido relaciones con trabajadoras sexuales.

“Entrevistadora: Piensan eso o sea si tienes una ITS...

Ca: Que anduvo de loco con una... hasta puede pensarse con una prostituta y que ella... esa persona lo contagió y... aunque no sea así, pero sí se relaciona.” (E30, mujer, 22 años, Ciencias de la Educación, 656-657)

En la interacción sexual, se percibe el riesgo de ITS si se ha tenido relaciones con trabajadoras sexuales, por considerarlas como de alto riesgo, aún cuando se hubiera usado condón.

“Entrevistadora: ¿Pensaste alguna vez que ella te podía haber transmitido una infección?

P: Sí me preocupé.

Entrevistadora: ¿Por qué sí?

P: Porque era una sexoservidora y pues es este... alguien de alto riesgo, vaya es alguien que pasa por ahí todo el mundo entonces así como que... después me entró la cruda moral pero gracias a dios no pasó nada o sea no hubo mayor complicación.” (E35, hombre, 25 años, Derecho, 676-681)

En el caso de un alumno que había tenido relaciones con trabajadoras sexuales usando todas las veces condón y relaciones con parejas ocasionales sin usar condón, al ser diagnosticado con una ITS, adjudica sin dudar la infección a las trabajadoras sexuales.

“P: cuando empecé mis relaciones sexuales fue con una prostituta porque todos los amigos y primos íbamos ahí, está cerca de Cuautla y como que era “órale vamos”, fue como a los 17. Pero ahí siempre usé condón, yo creo fue algo me lo quité mal o una cosa así pum que cayó yo siento, pero ahí sí fui como unas seis veces pero dejé de ir, ya no he vuelto a ir con una prostituta. Y ahí siento que fue yo creo al quitármelo, no sé.” (E1, hombre, 22 años, Biología, 135)

Tal como los argumentos de principios del siglo XX, la preocupación es la transmisión de las infecciones que los hombres adquieren de las trabajadoras sexuales, a las “hijas” de familia.

“Entrevistadora: Y me decías que a tu mamá le preocupaban mucho las enfermedades ¿qué te dice tu mamá de estas enfermedades?”

Ca: Que ahorita realmente los hombres, siempre son los hombres pues ya ella lógicamente que va a defender a su sexo, pero a nosotros nos decía que ellos eran las personas que se podían meter con cualquier persona tal vez con prostitutas y que, y que pues ellos tenían así como que más el riesgo de transmitírnos... bueno, a sus hijas, a nosotras, que nos cuidáramos mucho porque pues no sabemos con cuántas se hayan metido antes o con cuántas hayan tenido relaciones antes, por no decir metido porque suena muy feo, y este... tenido relaciones antes entonces eso fue lo que... como que nos cuidáramos mucho porque ellos son más alegres, y más así como que andan de aquí para allá.” (E25, mujer, 23 años, Derecho, 153-154)

Al igual que en los hallazgos reportados por Gogna y Ramos (2000) que he sintetizado en el capítulo 2, los jóvenes amplían la categoría de trabajadora sexual a las mujeres consideradas “fáciles”, “zorras”, como fuente de infecciones.

“Entrevistadora: ¿Y las infecciones cuándo les preocupan?”

P: Pues cuando saben con el tipo de persona con quien se están relacionando. Lo que pasa es que... vamos a ser sinceros, uno sabe con quién se relaciona, no exactamente que sean prostitutas ¿no? sino que llegas a saber algo de la gente entonces... [...]

P: Llegas a saber más de la gente cómo es, quién es, qué ha hecho, entonces dice uno: es una persona fácil ¿no? Y puedo conseguirlo ahí pero también estar consciente de que hay riesgos por lo mismo de que es una persona así.” (E15, hombre, 23 años, Medicina, 181-184)

Si el hombre no ha estado con las ‘malas’, se considera que no podrá transmitir infecciones. Esto podría inscribirse como un derivado del esquema primario, ya que en definitiva sólo las mujeres pueden ser consideradas locas, y por tanto, infectantes primarias.

“Entrevistadora: ¿Y por qué pensabas que no podía tener ninguna infección? ¿qué cosas te contaba él que te hacían suponer que no, que no te podía contagiar ninguna?”

N: Porque por el tipo primero de las dos chavas que había tenido antes, el cómo me las describía, cómo eran, que eran hijas de familia y que este... eran buenas chavas, estudiaban y se cuidaban mucho...” (E23, mujer, 19 años, Derecho, 383-384)

Sin embargo, si bien aparece el esquema primario entre los discursos de los estudiantes, no puede afirmarse que sea el argumento hegemónico. Aparece mezclado entre otras formas de simbolizar el riesgo de infección, por una parte con la construcción de otros grupos de riesgo, y por otra parte con la focalización del riesgo en las prácticas y no en grupos. Esto puede interpretarse desde la perspectiva de Szasz (2008), en el marco de la complejidad de la sociedad mexicana predominantemente tradicional que incorpora como ambigüedades valores de los discursos modernos, y donde los distintos recursos culturales coexisten con cierto grado de tolerancia. También podría interpretarse como momento transicional entre una sociedad tradicional y una contemporánea, donde coexisten formas de conceptualizar los riesgos de una y otra etapa. Como se vio en el capítulo 5, el esquema primario aparece intermitentemente a lo largo del siglo XX, e incluso en la última década del siglo se registra

en la mentalidad médico salubrista la caracterización de las trabajadoras sexuales como grupo reservorio, aun cuando la mentalidad hegemónica se esfuerza por transitar hacia la descentralización de las ITS, poniendo la mirada en las prácticas.

Los otros grupos: los extranjeros, las niñas bien, los faltos de higiene, los obreros, la población rural, los homosexuales, los sitios fronterizos y turísticos.

En la historia del pensamiento médico salubrista que he reseñado (capítulo 5) aparece la mención de otros grupos estigmatizados donde se focalizan las ITS, fuera del esquema primario, que denominé argumentos en los intersticios. En las entrevistas, los jóvenes se refieren a grupos que fueron señalados décadas atrás en las mentalidades de los médicos, como los extranjeros (mujeres y hombres de países que se suponen más liberales en lo sexual que México), los homosexuales, los obreros, los faltos de higiene, la población rural y de sitios fronterizos y turísticos. Presentaré ejemplos discursivos de los grupos más reiterados.

Entre los extranjeros, está la mención a las mujeres de Estados Unidos, ‘las gringas’, que se suponen muy liberales y, por tanto, portadoras de ITS.

“A: Igual y yo me sentía... creía estar muy enamorada y no sé... es, bueno, es un niño como que nada más está en esa onda entonces yo por eso tengo muchísimo miedo aunque nos cuidamos y todo me da miedo porque es de esos típicos gringueros, ya después como que carburé y dije: la regaste ¿no?

Entrevistadora: ¿Tú le habías preguntado?

A: Sí, éramos amigos, yo sabía que él andaba con gringas a diestra y a siniestra.” (E26, mujer, 22 años, Derecho, 316, 351-352)

Entre los hombres, el espectro de extranjeros mencionados es más amplio (brasileros, cubanos y estadounidenses)

“A: Pues pienso que las enfermedades de transmisión sexual es de acuerdo a las creencias de las personas porque cada persona nace y de acuerdo al lugar de donde es le implantan sus pensamientos pues, y por decir hay las personas del sureste, del sur de América pueden ser más promiscuas que las del norte y así puede haber más enfermedades en el sur que en el norte y no es que sea tanto por la economía... bueno sí influye pero también otro de los factores que influyen son las creencias, las religiones.

Entrevistadora: ¿Y por qué en el sur habría más, hay otras creencias o cómo es que tú crees?

B: Por el machismo.

C: Por el carnaval de Brasil.

D: Son sus culturas; los cubanos.

E: También los estadounidenses aquí que vienen por ejemplo ahorita están los *spring breakers* que están en la calle tomando, alcoholizándose y viene una cámara de televisión y nada más vienen a eso, a hacer lo que no pueden hacer allá, tomar en las calles, tener relaciones con quien les de su regalada gana y como aquí los norteamericanos son dólares, aquí el dólar es el que manda.” (Grupo Focal 2, hombres, Medicina, 428-436)

También se relaciona homosexualidad con mayor actividad sexual y por tanto como grupo más expuesto a tener ITS.

“Entrevistadora: ¿Creen que hay algunos grupos de la población que están más expuestos a tener infecciones de transmisión sexual?

A: También los homosexuales.

Entrevistadora: ¿Por qué crees tú?

A: Porque no tienen una pareja estable generalmente, tienen uno y otro encuentro con diferentes parejas.” (Grupo Focal 3, mujeres, Ciencias de la Educación, 359, 365-367)

Como se mostró en el capítulo 5, otras poblaciones que se asocian a ITS son las fronterizas y las que viven en sitios turísticos.

“Entrevistadora: ¿Ustedes creen que hay grupos de población que estén más expuestos a enfermedades de transmisión sexual? ¿Quiénes?

A: Yo creo que los que viven en... geográficamente por la ubicación de nuestro país, los que viven en las fronteras, en la frontera norte y en los lugares que son muy turísticos.” (Grupo Focal 5, mujeres, Derecho, 278-279)

El vínculo entre suciedad, mugre, e ITS aparece de forma reiterada en las entrevistas, tanto de mujeres como de varones.

“Entrevistadora: ¿qué ideas tenías tú de por qué se podía transmitir una infección, en qué casos o por qué te la podía transmitir?

CA: pues yo creo que en cualquier caso, por falta de higiene o cosas así.” (E41, mujer, 21 años, Psicología, 355-356)

“A: como se sabe también del virus del papiloma humano que es transmitido por vía sexual y no es tanto porque la persona del sexo masculino se acueste con todo mundo sino por falta de aseo con él mismo ¿no? o sea pueden ser pocas veces y con eso basta para infectar a una mujer.” (Grupo Focal 2, hombres, Medicina, 21)

En contrapartida, se asocia limpieza con ausencia de ITS. Una de las claves para evaluar al otro en la interacción es, entonces, en términos de limpieza.

“Entrevistadora: ¿Por qué no desconfiabas, qué te hacía sentir más segura?

D: Pues... era muy limpio, era limpio y pues nunca vi nada así extraño.

Entrevistadora: ¿Y qué otras cosas dirías... o sea por qué puedes decir que era limpio o sea qué cosas le veías como que era limpio?

D: Este... pues de repente sí se cambiaba y... no sé era limpio porque todo el tiempo... era muy pulcro, muy aseado y como que siempre tengo la idea de que una persona muy aseada no puede tener este tipo de problemas a lo mejor.” (E21, mujer, 20 años, Derecho, 407-412)

En algunos casos, aparecen dudas sobre la relación entre limpieza y salud.

“M: o sea yo siento que me cuido y estoy segura con quien tengo relaciones sexuales, sé que él no tiene ninguna enfermedad y que es higiénico y todo pero a lo mejor y no pues, tengo dudas, pero yo no sé si puedan haber enfermedades de transmisión sexual con una persona sana que es higiénica y todo pero que en un momento no usa condón y que en otros momentos sí usa condón, o sea esa es un duda que tengo.” (E44, mujer, 20 años, Psicología, 556)

En cuanto a la percepción de riesgo, las parejas simultáneas, expresado también como infidelidad en una relación de noviazgo o matrimonio, se constituyen en una asociación fácil con las ITS. También se relaciona a las ITS con tener parejas ocasionales o desconocidas, en contraposición con parejas conocidas, estables, novias/novios que se presentan como confiables y sin riesgo. Como argumento más novedoso, la existencia de parejas previas de alguno de los dos miembros de la interacción sexual logra establecerse como riesgo de ITS.

La concepción del riesgo por parejas ocasionales o desconocidas

Una de las formas en que se sesga la percepción del riesgo de ITS es considerar que sólo se pueden infectar quienes tienen parejas que no conocen (Gogna y Ramos, 2000), y esto aparece reiteradamente en los discursos de los jóvenes universitarios. Complementariamente, como se verá más adelante, conocer al otro es uno de los estereotipos donde se deposita la confianza de ausencia de ITS.

Una estudiante expresa este estereotipo y considera que los que deben preocuparse son aquellos que no conocen con quiénes tienen relaciones sexuales.

“V: No, lo que pasa es que... yo creo que las que deberían... bueno, las personas que deberían de preocuparse más en ese sentido es cuando se acuestan con personas que no conocen, con personas que nada más así o conocen muy poco, que no se adentran más a su persona y este... y que tienen la facilidad ¿no? de estar no sé... no la facilidad, sino que se les da estar con una y con otra y con otra persona, entonces yo siento que más que nada ese tipo de personas son las que deben de preocuparse y creo que son las que menos se preocupan.” (E7, mujer, 21 años, Farmacia, 408)

Otro estudiante refiere que en su grupo de amigos la única preocupación es el embarazo, porque no tienen relaciones sexuales con parejas que acaban de conocer. Las ITS entonces sólo se relacionan con parejas ocasionales, que son poco conocidas. Si consideramos que en la encuesta sólo el 3% de los jóvenes dijo haber tenido la primera relación sexual con parejas desconocidas, suponer que las ITS sólo se transmiten por este tipo de relaciones es a su vez construir el riesgo lejos de la experiencia cotidiana de la mayoría de estudiantes.

“A: Sí, eso o sea más que nada es embarazo porque generalmente nadie se mete con chicas que no, que no, que las acaban de conocer, no.” (E11, hombre, 19 años, Medicina, 114)

Paradójicamente, si bien se percibe el riesgo de ITS en parejas ocasionales, la comunicación en la interacción con esas parejas se obstaculiza precisamente por no conocer bien al otro. Hay vergüenza para preguntar sobre ITS. En el caso de una estudiante que tuvo una pareja

ocasional cuando su esposo estaba en Estados Unidos, no pudo preguntarle sobre padecimiento de ITS porque no lo conocía bien.

“A.M.: y como casi no lo conocía muy bien, yo siento que me daba vergüenza preguntarle: oye tú ya has tenido... o oye tú has padecido alguna vez... entonces yo pienso que me daba... más bien me daba vergüenza ¿no? A mi esposo pues sí ¿no? ya lo conocía entonces, yo ya le podía hablar ¿no? y todo pero a él no.” (E2, mujer, 20 años, Enfermería, 373)

La concepción del riesgo por parejas simultáneas

En general, el mayor riesgo de ITS se percibe bajo el imaginario de las parejas simultáneas. Tener relaciones sexuales con más de una persona en un mismo período de tiempo se asocia con riesgo de ITS. Esto se expresa de forma moral como infidelidad. La idea consecuente es que si no hay infidelidad, entonces no hay riesgo de ITS, sin importar el número de parejas previas que hayan tenido los participantes de la interacción. Si bien la simultaneidad de parejas es un suceso que ocurre con menos frecuencia que la monogamia seriada, sin embargo se presenta como un evento mucho más a la mente a la hora de pensar en ITS.

“Entrevistadora: ¿Cuáles crees que sean tus riesgos en el futuro? Los tuyos.

A: Ay, por andar chacharacheando, por dejarme llevar por cositas así como el frikie que tuve, que un día sí me peguen algo ¿no? O no sé a lo mejor por descuidos de mi pareja que me llegue a pegar algo, que eso sí me daría muchísimo coraje.

Entrevistadora: ¿Cómo descuido, qué sería descuido?

A: O sea que se metiera con otra persona, algo por el estilo, que fuera nada más el desliz de la noche como dicen y de repente que llegue a la casa muy contento que me pegara algo, lo mato.” (E20, mujer, 22 años, Derecho, 513-516)

“B: Yo creo que tampoco confiaría en eso porque de pronto los maridos tienen sus aventurillas, entonces realmente necesitarías periódicamente unos análisis clínicos para ver de las enfermedades de transmisión sexual. Para estar viendo cómo va la situación ¿no? si te vas haciendo revisiones, chequeos, etc. Pero yo no confiaría del todo en eso, digo, en que ya es tu marido, de que... ya planificaste tu familia y te ligaron las trompas, lo que sea o sea una aventurilla por ahí, una enfermedad nunca sabes cuándo la vas a adquirir y cuándo te la van a transmitir.” (Grupo Focal 3, mujeres, Ciencias de la Educación, 343)

La concepción del riesgo por parejas previas

En la primera parte de este capítulo se reseñó el hallazgo de una asociación estadística entre tener una ITS y el número de parejas previas en los estudiantes universitarios de la UAEM, parejas que eran consideradas por ellos mismos como estables (Sánchez Alemán, Conde González, Gayet *et al.*, 2005). Desde el punto de vista de los sujetos, es importante que se considere el riesgo de ITS por la o las parejas previas de alguno o ambos miembros de la interacción. Si alguno de los dos ha tenido al menos una pareja previa, el riesgo de ITS ya no es nulo. La otra persona de la pareja previa puede haber tenido a su vez alguna otra pareja, y

eso lleva a una cadena de contactos. Desde el punto de vista epidemiológico, la velocidad de expansión de la infección será más lenta por parejas previas que en un sistema de simultaneidad, pero desde el punto de vista del sujeto implica que en esa interacción sexual, que a veces se concibe bajo el velo de la confianza, puede ocurrir una infección. En el cuerpo general de las entrevistas, se advierte que era difícil que surgiera la percepción del riesgo por parejas previas. Los casos que se presentan a continuación son una excepción respecto a los otros estudiantes entrevistados.

Algunos marcadores específicos que motivaron esta percepción son: en un caso, la madre de la entrevistada había sido diagnosticada con VPH por una infidelidad de su padre y eso la llevó a poner en cuestión el tema de la confianza. En otros dos casos (un varón y una mujer), la mucha mayor edad de su pareja sexual apareció como un indicador de posibilidad de muchas parejas previas. La pérdida de virginidad de una joven la llevó a pensar que en el futuro ella no podrá pedir virginidad a sus parejas, y eso supondrá riesgo de ITS, tanto de contagiar como de ser contagiada. Una joven que aún no había iniciado vida sexual logró expresar claramente la relación entre cadena de contactos e ITS, al hablar de las parejas previas de su novio. Sólo en el caso de una estudiante de medicina parece que la percepción del riesgo de ITS por parejas previas no necesitó ningún otro dato adicional, y eso la llevó a tomar la decisión de usar condón. Presentaremos estos casos en detalle, ya que considero que este es uno de los pensamientos novedosos, que abre la posibilidad de concebir el riesgo en el marco de las prácticas cotidianas de los jóvenes y motivar la prevención.

En el discurso de la joven cuya madre había sido diagnosticada con VPH, se advierte la relación entre parejas previas y riesgo de ITS, y del enamoramiento con la imposibilidad de preguntarle a una pareja si ha tenido una ITS.

“Ca: Sí, mira yo realmente no confío nada porque si en mi casa sucedió con mi padre y mi madre que se amaban tanto, o sea, un chavo que es tu novio, con el que tienes poco tiempo, no te puede asegurar nada, además te pones a pensar: posiblemente yo no sea su primera experiencia, su única experiencia y antes de mí hubo otras personas y seguramente esta persona pudo estar tan enamorada que obviamente no les preguntó con quién más tuvieron otras experiencias y qué tal si tienen una infección o algo, tú no sabes, no puedes confiar.” (E29, mujer, 23 años, Ciencias de la Educación, 214)

En el caso de un estudiante que a los 19 años tuvo relaciones sexuales con una amiga de su madre que le doblaba la edad, aparece magnificado el temor a las ITS. Ella no quiere que él use condón y se lo quita, y él no logra mantener la erección. El “bloqueo” en la *performance* sexual aparece celebrado más tarde en la consulta médica, como forma de evitar las ITS.

“A: No, me lo quitó antes de que yo tuviera problemas. Entonces me lo quité y pasa por mi mente, dije yo ‘no, mejor no, muchas enfermedades, ella ha tenido muchas parejas’, dije ‘no, mejor no’ y bueno, yo por más que quería seguir pero ya no, ya no pude” (E28, hombre, 23 años, Derecho, 432)

Otra estudiante habla de la imposibilidad de pedir virginidad a sus futuras parejas siendo ella no virgen, y por tanto concibe el riesgo de adquirir o transmitir una ITS.

“L: yo creo, a mí sí me podrían contagiar, lo que pasa es de que ya tú no puedes pedir que una persona del sexo opuesto sea virgen pues porque tú ya no lo eres, entonces ya no puedes decir: ay tú si no eres virgen pues no, o sea ya no puedes pedir... o sea siento que ya no puedo darme ese lujo ¿no? de pedir, porque antes cuando era virgen pues sí ¿no? yo pedía eso o sea que la otra persona fuera este virgen sino pues siento que lo pensaría para hacerlo. Entonces como ese chavo te digo con mi primer novio me dijo que no, que también era virgen o sea que no había tenido relaciones sexuales por eso me aventé porque dije: pues ninguno de los dos. Pero ahora como ya he tenido yo relaciones y todo digo: pues yo no puedo arriesgar, o sea, no arriesgar, sino no puedo pedir o exigir eso ¿no? entonces siento que con la próxima persona que tenga relaciones pues obviamente no va a ser virgen, entonces sí siento que correría mucho riesgo ¿no? de contagiar, de que me pueda contagiar.” (E3, mujer, 22 años, Psicología, 504)

Y una alumna que no ha tenido relaciones sexuales por razones religiosas (de fe cristiana pentecostés, de una congregación con normas rígidas) expresa argumentos donde las ITS se mezclan con las normas morales. Las ITS, que la estudiante considera probables por las parejas previas de su novio, sirven como excusa para enfrenar el conflicto moral de tener que comunicarle a su novio que no tendrán relaciones antes del matrimonio.

“Ca: [...] Y me dice: ‘es que tengo una manchita acá pero ya fui a ver al médico que no sé qué y no, nada que ver’ y yo: mmm... ‘ya hasta pensando en hacerme análisis’ y yo: ah. Y ya y como yo sabía que sus dos anteriores novias sí habían tenido relaciones con él igual yo le había dicho: es que quien sabe con quién más tuvieron relaciones y tú no sabes. Entonces fue así como que... aproveché el momento y le dije: por eso tú y yo jamás vamos a tener relaciones premaritales y él se empezó a reír y me dijo que tampoco le había cruzado por la mente, para nada y que no es cierto, pero era mentira porque después cuando ya éramos, ya llevábamos como 8 meses, no 9 meses, volvimos a hablar del tema, en aquel entonces yo le dije que mi religión [...]”. (E29, mujer, 23 años, Ciencias de la Educación, 464)

En el caso de la estudiante en que no se requirió de otro dato adicional para concebir el riesgo por las parejas previas, se trataba de su primera relación sexual. La falta de experiencia no fue un obstáculo para establecer una comunicación con su pareja sobre sus experiencias anteriores y para decidir el uso del condón. La comunicación abierta y la planeación anticipada es un caso excepcional en el cuerpo de entrevistas.

“Entrevistadora: ¿Sabías algo de la historia sexual de él?

K: Este sí.

Entrevistadora: ¿Y qué sabías de él?

K: Pues tuvo relaciones antes de conmigo como con... cinco personas más y este... y pues nada.

Entrevistadora: O.K. Eso es lo que sabías ¿y tú pensaste que él te podía transmitir alguna infección?

K: Este... sí, sí lo llegué a considerar y por lo mismo este... pues optamos por usar condón.” (E10, mujer, 18 años, Medicina, 287-292)

Los argumentos que se centran en las prácticas sexuales

En el capítulo 5 se advirtió que en la última década del siglo XX se había dado el paso de concebir el riesgo de ITS de grupos a prácticas. Ese es un enfoque novedoso y exploré si los estudiantes universitarios habían hecho este cambio. Si bien en el cuerpo general de entrevistas no se ve que se haya dado este paso y se sigue pensando que las ITS están focalizadas en algunos grupos especiales, alejados de la cotidianidad de los estudiantes, encontré unos pocos argumentos que se enfocan en las prácticas. Un estudiante habló del riesgo de ITS por práctica de sexo anal y dos estudiantes por sexo oral y en un grupo focal un estudiante afirmó que la posibilidad de tener herpes genital es igual para hombres y mujeres ya que depende sólo de tener relaciones sexuales.

“G: Sí, no, pues preocupa muchísimo ahora imagínese por este... hablando ya del sexo anal pues he oído que se triplica ¿no? Las enfermedades a transmitir, entonces pues todavía no llego a esas necesidades.” (E32, hombre, 21 años, Derecho, 570)

“Entrevistadora: ¿No sienten que el condón las puede proteger...? como que hay medidas igual que para el embarazo para las enfermedades.

M: Sí, pero el problema es que ahorita, yo lo que he vivido en mis experiencias sexuales y no sé si con compañeras, la relación genital, o sea la penetración te puedes proteger de una enfermedad por medio de un condón, sin embargo creo que dentro de los hábitos, dentro de la relación de... cuando es oral no hay un hábito de protección y ahí sí hay un riesgo también.” (E43, mujer, 24 años, Ciencias de la Educación, 145-146)

La percepción de ausencia de riesgo. Amor y confianza como mecanismos protectores

En el capítulo 2 he afirmado que una de las formas de reducir la complejidad para nuestra comprensión y actuación en el mundo es suspender la percepción de algunos riesgos y depositar nuestra confianza en ciertas situaciones o relaciones (Luhmann, 1996). En el caso de los jóvenes universitarios, la confianza emerge como una de las claves para comprender la falta de percepción de riesgo de ITS y la decisión de no usar condón. Para establecer la confianza de que no habrá riesgo de ITS, los jóvenes universitarios ponen como requisito ‘conocer al otro’, de forma similar a lo encontrado por Gogna y Ramos (2000). Pero conocer al otro no significa para ellos necesariamente conocer con exactitud su estado de salud sexual, si ha tenido parejas sexuales previas y si usó preservativos con ellas, sino que tiene que ver con indicadores muy alejados de las ITS, tales como seriedad en los estudios, el tipo de familia de la que provienen (si los padres están o no separados, por ejemplo), etc. La reducción de complejidad que realizan los estudiantes entrevistados también recurre a los

estereotipos de género. Las mujeres se convierten en seres confiables si son recatadas, pudorosas, no hablan de sexualidad, si cumplen horarios de llegada a la casa, etc. En algunos casos se ponen plazos temporales, ya sea cuánto tiempo hace que se conoce al otro (meses, años), o en cuánto tiempo él pide o ella acepta tener relaciones sexuales. Confiar se relaciona también con la asociación de ITS y parejas simultáneas, en términos de que se confía en que la otra persona no tendrá otras parejas, es decir, cumplirá con el mandato de fidelidad. Otra situación en la que los jóvenes depositan confianza es cuando sus parejas les dicen que son vírgenes y que la relación sexual que van a tener con ellos es la primera, lo que evitaría tener que pensar en el riesgo de una ITS. Allí también se establecen indicadores para evaluar si la persona dice o no la verdad y si es en definitiva sujeto de confianza. Otro elemento que permite la confianza es la percepción del otro como limpio, higiénico. A continuación, mostraré estos argumentos en palabras de los estudiantes.

En uno de los grupos focales de mujeres se expresa esta relación entre amor, confianza y falta de percepción de ITS.

“F: Lo que pasa es que la mayoría... bueno yo creo que la mayoría de las mujeres este... piensan que quieren al chavo, la mayoría de las mujeres lo hacen por amor entonces yo creo que tienes tanta confianza en la pareja que dices bueno no me engaña, nunca va a tener otras parejas y me quiere ¿no? entonces en lo que más piensas es en el embarazo porque no piensas que tu pareja ya se pudo haber acostado con otras personas y que te va a transmitir cualquier otra cosa.” (Grupo Focal 3, mujeres, Ciencias de la Educación, 242)

Sin embargo, la confianza puede estar basada en información falsa. Un grupo focal de varones señala la ingenuidad de las mujeres al confiar en la palabra del hombre que dice no tener una ITS.

“D: Aparte la mujer cree mucho en el hombre, solamente te preguntan ¿no tienes nada? Y obviamente no le vas a decir que sí o sea: no, dices, no tengo nada, y va.” (Grupo Focal 4, hombres, Derecho, 370)

El conocimiento de la familia del otro otorga un grado de confianza que aleja la percepción de ITS.

“Entrevistadora: ¿Y nunca pensaste que él te podía transmitir una infección?

V: No, porque lo conozco o sea lo conocí mucho tiempo, conocí como es, conozco a sus papás y todo eso, entonces yo sé que no, conozco... es muy serio entonces yo sé que no.” (E7, mujer, 21 años, Farmacia, 399, 402)

“Entrevistadora: ¿Qué quiere decir conocer?

G: Conocer, bueno qué vida ha llevado, qué relación tiene con sus padres, muchas veces eso influye mucho, e incluso si sus padres están casados o qué vida lleva, o sea, si le exigen un horario para regresar a su casa. A eso le llamo yo conocer, si va a la escuela, si no va a la escuela, a qué se dedica ¿no?” (E32, hombre, 21 años, Derecho, 667-668)

El hecho de tener parejas previas deviene irrelevante para la percepción de riesgo de ITS una vez que se ha decidido otorgar confianza basada en la percepción del comportamiento aparente.

“Entrevistadora: ¿La que es tu novia había tenido relaciones antes?

B: Sí, pero obviamente este... como yo me daba cuenta que se cuidaba mucho, o sea, uno se da cuenta quién se cuida y quién no, bueno...

Entrevistadora: ¿En qué sentido cuidarse?

B: Pues... yo me baso básicamente en la disposición o en la naturalidad con la que toma las cosas, si es así como que muy recatada o algo así o si le da pena o..., o sea en ese tipo de cuestiones me fijo mucho.” (E33, hombre, 21 años, Derecho, 611-614)

“Entrevistadora: ¿Y no te preocupó las enfermedades ahí?

A: No, para nada, porque la conocía bien a la muchacha.

Entrevistadora: ¿No había tenido ella nunca relaciones?

A: Pues no sé si haya tenido o no, nunca me dijo pero... yo la conocía de un año y medio antes entonces no me preocupó mucho, de hecho con sus novios que había tenido no había tenido relaciones sexuales.

Entrevistadora: Pero no sabes si había tenido antes.

A: No, no sé. Nunca le pregunté.” (E16, hombre, 24 años, Medicina, 375-380)

La relación entre confianza y fidelidad se reitera en varias entrevistas. Esto refuerza la interpretación antes mencionada de relación entre riesgo de ITS y parejas simultáneas. Sólo habría riesgo si la pareja es infiel, y si se confía en que no lo es, el riesgo de ITS se invisibiliza.

“P: Sí, sí, sí, y por eso te digo también estoy seguro de que mi pareja ahorita me ama entonces no creo que haya problemas de alguna infidelidad o algo así por donde yo me pudiera contagiar por otro lado.” (E13, hombre, 19 años, Medicina, 500)

También se establece confianza en que no habrá ITS cuando la pareja dice que no ha tenido relaciones sexuales antes, es decir, cuando dice que es virgen. Y hay que otorgar confianza porque existe la posibilidad de que el otro esté mintiendo. Confiar significa creer en lo que el otro afirma.

“Entrevistadora: ¿cómo te das cuenta que la chava es virgen?

E: es que les duele bastante

Entrevistadora: ¿les duele?

E: sí, lo expresan demasiado, yo sé que una mujer puede fingir en el momento que lo está haciendo pero no, hay ciertas características que

Entrevistadora: que dices tú que sí son vírgenes

E: sí, pero además te das cuenta cuando empiezas a acariciar a la persona, que no sabe, o sea la experiencia creo es lo que te da y te va indicando también si es o no es” (E36, hombre, 21 años, Biología, 552-557)

“Entrevistadora: ¿En algún momento pensaste que él podía transmitir una infección de transmisión sexual?

L: ¿Una enfermedad? No, no, porque te digo él me dijo que nunca había tenido relaciones sexuales, y, y, de hecho bueno, yo creo que te das cuenta porque al principio no sabes ni cómo, o sea ni él ni yo

sabíamos, o sea aquella vez, que qué hacemos, como que la misma inexperiencia.” (E3, mujer, 22 años, Psicología, 271-272)

6.2.4. Las decisiones de prevención en la interacción sexual

La decisión de prevención está moldeada por el conocimiento de los métodos para lograrla, la percepción del riesgo (cuál riesgo es tenido en cuenta, de qué forma se percibe el riesgo de ITS, cuál es la percepción del condón), la construcción del yo (qué gana y qué pierde un sujeto en la interacción al tratar de prevenir una ITS), la percepción del otro (en qué categoría inscribe a la pareja). Se trata de una ecuación con muchas variables, prestigio que perder y sentimientos que conservar. Aún cuando la decisión racional para evitar una ITS sería usar siempre preservativo, la connotación de desconfianza, sospecha, evaluación negativa que conlleva el condón, hace difícil el uso sistemático. La acción racional debe verse entonces desde un marco más amplio, donde en la interacción se enfrentan pérdidas y ganancias de distinto orden. Los tres niveles de guiones mencionados por Simon y Gagnon (1986), con primacía de los escenarios culturales, se intersecan en el momento de tener que decidir cuál riesgo será más relevante: si contraer una ITS, o ser evaluado de forma inadecuada por el otro.

El uso de condón apareció en casi todas las entrevistas de estudiantes sexualmente activos, aunque de manera no sistemática. Como el primer riesgo percibido en importancia es el embarazo, el primer motivo de uso de condón es para prevenirlo. Si bien representa una ventaja que los jóvenes consideren el uso del condón para prevenir embarazos y sin buscarlo prevengan a su vez una ITS, esta asociación también se vuelve desventaja porque una vez estabilizada la relación se pasa a métodos anticonceptivos más eficaces que no previenen ITS. Tres varones dijeron haber usado sistemáticamente condón en todas las relaciones con todas sus parejas. El resto de los estudiantes lo han usado combinado con otros métodos de prevención de embarazo, o sólo con algunas parejas sexuales.

“Entrevistadora: ¿Y después sí por qué empezaron a usar [preservativo]?”

Ca: Porque ya me empezó a preocupar más que la enfermedad de transmisión sexual, el embarazo.” (E30, mujer, 22 años, Ciencias de la Educación, 358-359)

“Entrevistadora: ¿Por qué usabas siempre condón [con esa pareja]?”

P: Porque yo sentía que era más chica, que no se sabría cuidar, nunca confié en que dijera ay mi ritmo va así o asá, entonces no.” (E35, hombre, 25 años, Derecho, 540-541)

Una combinación que se mencionó con frecuencia es la alternancia de condón con retiro (coitus interruptus), en general en el marco de una misma pareja sexual.

“Entrevistadora: ¿Y tenías condones para los cuatro [coitos]?”

B: No.

Entrevistadora: ¿Y entonces...?

B: Nada más para las dos primeras.

Entrevistadora: ¿Y cómo hiciste las otras dos, no usaste protección?

B: Sin protección.

Entrevistadora: Entonces serían dos con y dos sin... ya como que no te dio para vestirte e ir a buscar.

B: No, así como que más y aparte que ya me estaba quedando sin recursos, ya no había dinero, ya no había nada, así como que...

Entrevistadora: Igual seguiste teniendo relaciones.

B: Pues igual, qué más da ¿no? sirve de que aprendo a hacer este... bueno así como que el método sería el eyacular fuera de ella ¿no?” (E33, hombre, 21 años, Derecho, 457-466)

Otra opción fue la alternancia entre condón y pastillas, ya sea las de uso regular o las de anticoncepción de emergencia.

“R: Cuando no usaba condón usaba unas pastillas que... eran cómo decía... ocasionales que este... que era tomarse dos después de... no exactamente después podía ser al otro día, tenía 72 horas para...” (E17, mujer, 19 años, Biología, 324)

El ritmo o calendario también se combina con el condón, aunque no siempre se logra evitar el embarazo.

“P: Algunas veces sí lo usaba para prevenir el embarazo pero había ocasiones que ella... el típico... este... que después de menstruar y los días que no son fértiles...”

P: ...me avisaba: sabes qué ahora sí podemos y up órale, y preferíamos obviamente sin condón.” (E1, hombre, 22 años, Biología, 277-279)

Una alternativa más segura es la combinación de condón con masturbación. Evitar la penetración ante la ausencia de condones se les representa como más seguro pero sólo en un caso fue mencionado.

“Entrevistadora: ¿Y de ahí en adelante con qué te protegías?”

M: Sí, con condón y este... últimamente más que tener una relación genital ha sido la masturbación.

Entrevistadora: Y prefieren eso ¿por qué? Para no embarazarse o qué.

M: Sí, yo prefiero eso, este... principalmente para no embarazarme y ya que no tenemos condones, ahorita ya últimamente si tenemos condones tenemos penetración, si no tenemos condones no hay penetración y aún así habiendo la anticoncepción de emergencia ¿no? Como que ya... ha sido este año, este año así hemos establecido, después de haber estado dos años así hemos establecido las relaciones.” (E43, mujer, 24 años, Ciencias de la Educación, 568-571)

La motivación para el uso del condón es diferente por tipo de pareja. Con pareja ocasional, para prevenir una ITS, y con pareja estable para prevenir un embarazo. Esto se relaciona con la idea de Bastard *et al.* (1997) y de Ahlemeyer y Ludwig (1997) ya mencionada, de que a cada tipo de pareja le corresponde una forma de concebir el riesgo y determinadas prácticas preventivas.

“Entrevistadora: ¿Cuándo usarían condones entonces?
A: Cuando sales a la disco.
B: En ocasionales.
C: Conoces a una chica en una reunión, ahí sí usas condón.
Entrevistadora: ¿Y cuando creen que no es necesario usar el condón?
D: Bueno a veces sí se usa, a veces en una relación formal sí se usa.
A: Por lo del embarazo.” (Grupo Focal 4, hombres, Derecho, 455-461)

Cuando los jóvenes relatan haber tenido relaciones con trabajadoras sexuales aparece obligado el uso de condón. Es la trabajadora sexual quien lo decide, lo tiene y lo coloca. Esto puede interpretarse en el marco de la teoría de los sistemas de comunicación íntima de Ahlemeyer y Ludwig (1997), donde los sistemas íntimos están gobernados por sus propias reglas y dinámicas internas, y cada sistema pone sus propias reglas de comunicación y expectativas recíprocas que estructuran la interacción entre los *partners*. En el “sistema de la prostitución”, se establece una negociación entre las personas, entre las que aparece incluido el uso del condón. Si bien las reglas de los sistemas no son determinantes de la acción y no predicen un comportamiento particular, determinan un campo de probabilidades. Por ejemplo, si con una trabajadora sexual hubiera penetración, muy probablemente se usará condón (Van Campenhoudt y Cohen, 1997).

“Entrevistadora: ¿En esa primera relación usaste alguna protección?
P: Sí, claro, siempre, condón.
Entrevistadora: ¿Y quién lo sugirió?
P: Ella, ahí es con condón a fuerzas. Ellas los tienen ahí, son de la Secretaría de Salud.
Entrevistadora: ¿Cómo te dijeron? Mira tienes que usar condón...
P: Es algo ya cotidiano, o sea, entras, pagas, ella lo abre con cuidado, te lo pone y órale.” (E1, hombre, 22 años, Biología, 210-215)

“P: Ajá, sí pues es trabajadora sexual.
Entrevistadora: Muy bien ¿entonces ahí qué usaste?
P: Ellas por ley usan condón, no pueden hacer el sexo sin condón.
Entrevistadora: Ellas por ley ¿y sí te lo dio?
P: Sí, ella fue la que lo sacó.
Entrevistadora: ¿Ella te explicó cómo ponértelo?
P: Ella me lo puso.” (E15, hombre, 23 años, Medicina, 420-424, 431-432)

Independientemente de los tipos de pareja, la disponibilidad de condones interviene como un factor relevante en algunos casos. Las posiciones en este sentido son divergentes: a) algunos jóvenes pueden decidir el uso, poner pausa e ir a conseguirlo; b) otros jóvenes afirmaron que los usaron porque por casualidad los tenían disponibles, pero que si no, igual hubieran tenido la relación sexual y c) otros jóvenes dijeron que de no haberlos tenido, hubieran evitado la relación.

Entre los primeros, dos estudiantes dijeron que es posible organizarse para ir a comprar preservativos una vez que se ha decidido tener la relación sexual.

“Entrevistadora: ¿Tú lo llevabas o ellas lo llevaban?

L: Sí, una vez tuve que bajar corriendo a una farmacia a comprarlos.

Entrevistadora: Es decir ¿tú pediste una pausa para ir a comprar?, ¿nunca te pasó de ...?

L: No, no, jamás, o sea, siempre he pensado que el cerebro domina la hormona.” (E31, hombre, 24 años, Ciencias de la Educación, 459-462)

“Entrevistadora: Bueno cuéntame con esta amiga ¿no? ¿y usaron protección?

B: Sí.

Entrevistadora: ¿Y quién llevaba?

B: Salí a comprar.

Entrevistadora: Ah, ¿estabas ya en el hotel y saliste a comprar?

B: Bueno ahí con la tipa que está ahí... en la recepción, ahí le dije sabe qué necesito un preservativo y ya fue y me dio uno, bueno de hecho me dio dos, bueno no me los dio, me los vendió.” (E33, hombre, 21 años, Derecho, 443-448)

En contrapartida, como ejemplo del segundo grupo, un estudiante considera que sólo lo utilizó porque lo tenía disponible, o de otra forma hubiera tenido la relación sin condón.

“Entrevistadora: ¿Y cuando sí usaste ya con esta chava que tres veces usaste condón que conociste en un antro ahí por qué fue?

P: Porque los traía, los traía en el coche.

Entrevistadora: ¿Tú los traías?

P: Sí, la conocí y pues los ocupé, pero si no los hubiera traído, igual lo hubiera hecho y no los hubiera ocupado.” (E13, hombre, 19 años, Medicina, 323-326)

Entre los ejemplos del tercer grupo, un estudiante afirma que de no haber tenido preservativo disponible, no hubiera tenido la relación sexual.

“M: Sí este... has de cuenta yo los llevaba y ella me dice ¿hay condones? le digo sí.

Entrevistadora: O sea, ¿ella te preguntó y tú le dijiste que sí pero de todos modos tú ya te habías fijado si había?

M: Y además yo creo que definitivamente si no hubiera habido pues nos hubiéramos aguantado y realmente yo pienso que ella no hubiera accedido.” (E6, hombre, 22 años, Farmacia, 210-212)

Una estudiante comenta que cancelaron una relación por no haber tenido disponible un condón.

“L: Pues bueno, ese día se empezó a dar ese acercamiento pero no llevábamos ni condón, o sea no estábamos preparados para eso, entonces dijimos no, pues sabes qué mejor no, no hay que hacerlo hasta que estemos seguros, al menos tengamos protección ¿no? porque pues así no, no lo vamos a hacer.” (E3, mujer, 22 años, Psicología, 254)

Estar siempre preparado aún cuando no se sabe si se tendrán relaciones sexuales parece ser una clave para lograr la prevención.

“M: Sí, me dijo que..., me dijo que también había sido su primera relación sexual y que... que desde que cumplió la mayoría de edad había llevado un condón en su cartera pero que nunca se había dado hasta ese momento.” (E4, mujer, 21 años, Farmacia, 214)

Si bien como se observó en el ejemplo anterior, el hecho de que un varón siempre porte un condón puede ser una clave para la prevención cuando se da la oportunidad de la relación, sin embargo, esto puede ser ofensivo para algunas mujeres.

“A: Si trae un preservativo, si yo se lo veo y es la primera vez que vamos a salir, vamos a ir al cine, le veo un preservativo yo sinceramente ah pus no, o sea no te conozco, por qué voy a ir a la cama contigo.” (Grupo Focal 6, mixto, Psicología, 264)

Cuando los jóvenes dialogan sobre tener relaciones sexuales antes de que llegue el momento, tienen más posibilidades de planear la prevención.

“K: Sí, pues sí o sea cuando acordábamos que en ese momento íbamos a tener una relación él iba por el condón y yo iba por el óvulo.” (E10, mujer, 18 años, Medicina, 354)

“Ca: Sí, era... ya había más confianza con él y como ya lo conocía más, de más tiempo este... sí hubo más confianza, platicamos antes y sí, con él tuve más... hubo más precaución de todo tipo.” (E30, mujer, 22 años, Ciencias de la Educación, 403)

El mayor problema es que reiteradamente dijeron que la relación llegó de manera desprevenida, espontánea, sin pensarlo antes y se encuentran sin haber preparado la prevención.

“A: Porque... no sé, no sé por qué no, la verdad, no, no se me ocurrió comprar condones ni nada, como no era algo planeado.

Entrevistadora: La primera vez ¿y las otras dos?

A: Tampoco. No, es que jamás hubo un plan así ah, pues vamos a acostarnos tal día o... ahorita, no, era algo espontáneo.” (E11, hombre, 19 años, Medicina, 336-338)

Como caso excepcional, una estudiante había decidido tener relaciones sexuales con su novio sin habérselo comunicado a él, y para ello fue a un centro de salud (que había visitado con el grupo de la escuela) a solicitar métodos anticonceptivos (óvulo) para usar además del condón. El reconocimiento del deseo sexual le permitió planear la doble protección y estar preparada en la primera relación. Sin embargo, se da una distribución por sexo del tipo de prevención: ella busca el óvulo, él compra condón.

“Entrevistadora: ¿Y fuiste sola [a buscar óvulos al centro de salud]? ¿ya habían hablado de que ya la iban a tener o fuiste antes de que él supiera que sí la iban a tener?

K: Fui antes de que él supiera.

Entrevistadora: O sea que de alguna manera tú ya venías tomando la decisión de sí tener esa primera relación digamos.

K: Sí.

Entrevistadora: Muy bien. ¿Y quien sugirió...? bueno, tú me dijiste que fuiste sola a averiguar lo de los óvulos ¿y quién sugirió usar condón?

K: Yo fui la que le dije a él que lo usáramos y él me dijo que sí, que estaba de acuerdo.

Entrevistadora: ¿Y él los tenía o tú los llevaste?

K: No, él los compró.

Entrevistadora: ¿Y cómo fue? ¿cuánto antes hablaron de que ese día iban a tener relaciones como para estar preparados?

K: Una semana antes.

Entrevistadora: Una semana antes hablaron entonces tú fuiste por tus óvulos ¿ahí es cuando fuiste o habías ido antes?

K: No, ahí es cuando fui después de haber... o sea después de que él me dijo este... me lo propuso y me dijo que lo pensara entonces en ese tiempo fue cuando yo fui.” (E10, mujer, 18 años, Medicina, 277-280, 310-316)

Tener la experiencia de sentir la relación sin condón cuando se trata de la primera vez parece ser más importante que los riesgos percibidos, en general, el riesgo de embarazo. Varios jóvenes señalaron que la primera vez no usaron nada por este motivo.

“B: Porque así como que... o sea lo que pasa yo lo que pensé dije: bueno es que si va a ser la primera vez que voy a tener una relación o sea por qué voy a quitar sensación entonces por eso la primera, la segunda dije bueno esta ya va bien para que no ocurra ningún accidente.” (E33, hombre, 21 años, Derecho, 480)

Otro de los aspectos de la prevención en la interacción que fue objeto de análisis es quién tomó la decisión del uso de condón y quién los llevaba a la relación. Se encontraron posibilidades diversas: él decide y compra, ella pide el uso y él compra, ambos deciden y él compra y ambos deciden y compran. No hubo casos de que él pidiera y ella comprara. Una de las cuestiones que emergió en algunas entrevistas es la vergüenza sentida al momento de comprarlos.

En varios casos sólo los hombres fueron quienes decidieron la prevención y se ocuparon de comprarlos o tenerlos en el momento de la relación. Ellas aceptaron el uso del condón, pero no tenían en mente la necesidad de usarlos y por tanto ni siquiera preguntaron si ellos los llevaban en ese momento.

“K: porque él sí quiso ¿no? porque en realidad yo no le dije, pensé como tenía la experiencia anterior igual pensé que él iba a ser igual pero ya en el momento preciso él me dijo no, sí voy a usar un condón y yo estuve de acuerdo, por mi mejor que se cuide y ya” (E38, mujer, 22 años, Psicología, 348)

En otros casos, ella pone como condición para tener la relación sexual el uso de condón, y él tiene que ocuparse de conseguirlos. En general, el uso es para prevenir embarazos.

“Ca: Yo se lo sugerí porque él no... nunca había pensado en usarlos, yo se lo sugerí y más bien le dije que si no lo usaba ya no íbamos a tener relaciones sexuales.” (E30, mujer, 22 años, Ciencias de la Educación, 501)

“P: Sí, fue... más que nada fue por ella, porque ella me dijo que no lo iba a hacer si no era con cuidado y que ella no lo iba a hacer si no nos cuidábamos, entonces pues por lo mismo, por respetarla y por hacerlo bien lo hicimos así.” (E13, hombre, 19 años, Medicina, 422)

En un grupo focal de varones, este condicionamiento aparece como deber ser de la mujer. Se asigna al hombre el rol de llevar el condón y a la mujer el de condicionar la relación a su uso.

“A: No, aparte es él el responsable supuestamente de llevar; lo que sí la mujer es la que tiene que decir sabes qué sin condón no.

B: Porque a final de cuentas muchas lo que hacen es [decir] que sin condón no hay acción.” (Grupo Focal 2, hombres, Medicina, 405-406)

Este doble mandato que exige que el hombre lleve el condón y ella condicione la relación a su uso, refuerza el estereotipo de género de que sólo los varones son quienes desean las relaciones sexuales, y que las mujeres sólo atienden las necesidades de ellos. Bajo este estereotipo es que se da el margen a las mujeres de negociar las condiciones. Un estudiante realiza una reflexión sobre este estereotipo de género.

“B: No, o sea, se supone que sí me dijo que sin protección no, pues ha de pensar que obviamente sí, que yo voy a conseguir ¿no? Porque pareciera que el que quisiera tener relaciones soy yo y no ella ¿no? Aunque las cosas las terminamos haciendo los dos.” (E33, hombre, 21 años, Derecho, 544)

El condicionamiento contrario, del hombre a la mujer, en una pareja estable se considera ofensivo. Implicaría la sospecha de que la mujer tiene otras parejas y eso deviene inaceptable. Esto también refuerza las normas de género sobre la sexualidad, donde la mera referencia a la pluralidad de parejas de una mujer resulta un insulto.

“A: No, como que es una falta decirle yo si no me pongo condón no lo hago.

B: Tienes algo ¿no?

C: Tienes algo o andas con alguien, siempre es la sospecha

A: Es como una ofensa, es como decir ah entonces me tachas... se ofenden. Casi siempre las chicas te preguntan pero porque saben que el hombre en México y en algunas partes siempre es más propenso a engañar a la mujer.” (Grupo Focal 4, hombres, Derecho, 395-399)

También ellas pueden preguntar si ellos llevan protección sin llegar a condicionamientos y de forma dialogada e incluso jugando, pero reforzando la norma de género de que es el hombre el que desea la relación.

“Entrevistadora: ¿Tú lo acompañaste o él fue solo?

V: No, este... quería que lo acompañara pero no quise ir con él.

Entrevistadora: Entonces ¿platicaron antes o: si vamos a tener vas a tener que comprar o cómo fue que decidió...?

V: Sí, yo le dije: compra unos seguros y ya me dice: cómpralos tú, como nunca habíamos comprado y le dije: no, yo no compro nada, cómpralos tú si quieres (risas), si quieres y ya fue a buscarlos.” (E7, mujer, 21 años, Farmacia, 357-358, 361, 366)

En varias entrevistas se dijo que eran ellas las que llevaban condones. En el relato de los varones que experimentaron estas situaciones en la interacción sexual aparece la idea de que ellos eran ‘inocentes’ o ‘controlados’ y las mujeres decididas.

“L: Sí, pues eso quería. Pero yo no tenía... o sea todavía llevaba un poquito de inocencia de que ay bueno, sí vamos a platicar, pero no, esta chica yo creo que ya sabía lo que quería y pues ya estuvimos platicando un rato, después me besó, después pues nada, seguimos platicando, después me besó de

nuevo, me empezó a quitar la ropa y ya cuando me empezó a quitar la ropa le dije: es que no traigo condón y me dice: yo traigo.” (E31, hombre, 24 años, Ciencias de la Educación, 396)

Sin embargo, como se dijo en apartados anteriores, en general se tipifica como ‘loca’, ‘zorra’, ‘salió de cacería’, a la mujer que porta un condón. De allí la dificultad de que sea ella la que asegure la prevención. El estereotipo dual de las mujeres obstaculiza la prevención.

“B: Ah, que es bien cabrona o sea realmente sí anda con un hombre y con otro y por eso es que trae el condón y claro que esa es mi percepción.” (Grupo Focal 6, mixto, Psicología, 249)

En la interacción, incluso el uso de condón puede llevar a señales indeseadas y otorgar una imagen contraria a la esperada. Si es la mujer la que porta el condón, tiene el riesgo de que él interprete que ella tiene una ITS. Esto se refuerza por la idea de feminización de las ITS.

“G: porque bueno yo pensé: en el momento que a mí me da algo [un condón] dije: bueno, que ésta tendrá algo ¿no? o qué” (E32, hombre, 21 años, Derecho, 490)

Una opción más equitativa, pero de la que sólo encontramos un registro, es cuando ambos deciden y se turnan en la compra de condones. Sin embargo, aparece el asunto de la pena, la vergüenza que siente la mujer al tener que comprarlos.

“M: lo propusimos ambos, pero al principio el que los compraba era él
Entrevistadora: y él me decías que al principio los compraba y después ¿cómo estuvo?
M: después, así como que nos turnábamos, después los compraba yo, a mí me daba mucha pena llegar a la farmacia y decir me da unos condones, a veces quería decir me da uno de estos, pero la señorita se me quedaba viendo y ya, yo tenía que decir pues me da unos condones
Entrevistadora: ¿y ya como que perdiste un poco la pena o no?
M: todavía tengo pena” (E44, mujer, 20 años, Psicología, 470, 483-486)

Pero la vergüenza de comprarlos no es exclusiva de las mujeres. Encontramos un caso donde un varón comenta también esta situación.

“Entrevistadora: Bueno ¿y qué protección usaron?
L: Igual pero entonces yo ya llevaba. Me daba muchísima pena ir a comprarlos pero me la aguantaba.” (E31, hombre, 24 años, Ciencias de la Educación, 429-430)

La brecha entre conocimientos y prácticas

Como se mostró previamente, todos los jóvenes entrevistados pudieron nombrar algunas infecciones de transmisión sexual. La mayoría afirmó que podían ser asintomáticas y por tanto que no es posible darse cuenta en el acto sexual si la otra persona padece una. Todos los jóvenes mencionaron el condón como método de prevención. Sin embargo, la construcción de riesgo de ITS que comparten con su entorno (familiares, amigos) hace que crean que están lejos de su experiencia cotidiana, que es algo que ocurre a grupos de riesgo específicos, y por tanto, que no necesitan prevenirse de ellas. Entonces entre los conocimientos formales sobre

ITS y las prácticas se encuentran los estereotipos, es decir, el riesgo de ITS socialmente construido. Algunos jóvenes lograron expresar esta distancia entre información y práctica.

En el primer caso, se interpreta como que la información en las clases llegó antes de que fuera necesaria en su vida personal y entonces quedó relegada.

“Entrevistadora: ¿pero no habías pensado que porque el tuviera parejas antes podría transmitirme una infección?

CA: no, tan claro no, y bueno debería saberlo porque lo he escuchado mucho en las clases

Entrevistadora: ¿por qué crees que no lo habías pensado como cosa personal?

CA: igual por mi inexperiencia, si te lo dicen y como que hasta que no estás tú viviendo ese tipo de vida, lo que te puede pasar no te pones a pensar” (E41, mujer, 21 años, Psicología, 357-360)

En el caso de otra estudiante, los sentimientos, las emociones, fueron obstáculos para aplicar el conocimiento recibido en la relación sexual. Incluso advierte la dificultad para hablar del tema de prevención cuando está planeando con su novio la primera relación sexual.

“M: O.K. recuerdo que... era la primera vez para los dos. Que fue una decisión porque sí lo hablamos, semi hablamos ¿no? porque hasta para eso nos daba miedo, aunque yo dijera “ay, yo sí mucha información y todo” pero a la hora de los cocolazos me era difícil abordar el tema [...]

M: Sí y fue cuando ya me di cuenta que dije puta o sea la información bien padre pero a la hora de estar donde llegan los sentimientos y las emociones es cuando me hizo confundirme y fue así como... sí, como que me molesté a mí misma ¿no? porque dije bueno he tenido información, he tenido cercanas las cosas y no las he ocupado, no las hice ¿no? pero ahorita que lo veo, bueno es que ya con los sentimientos es este... [...]

M: Sí, la pena, el que no es tan fácil [...] Y en este sentido sí fue como que choqueante ¿no? qué padre mucha información y a la hora de la hora dónde está.” (E43, mujer, 24 años, Ciencias de la Educación, 314, 328, 330)

6.3. PRINCIPALES HALLAZGOS DE LA INVESTIGACIÓN CON JÓVENES UNIVERSITARIOS DE MORELOS

Los jóvenes estudiantes universitarios objeto de esta investigación cuentan con información científica sobre las ITS. Los resultados de la encuesta y los de la investigación cualitativa coinciden en mostrar que saben que existen las ITS y pueden dar nombres de algunas y que las fuentes de información sobre ITS son diversas, formales y no formales. La investigación cualitativa mostró además que la mayoría sabe que algunas pueden presentarse sin síntomas y que algunas no tienen tratamiento médico para curarlas, datos que son importantes para la percepción del riesgo. Todos los estudiantes identificaron al condón como medio de prevenir las ITS, aunque con algunas dudas sobre su efectividad o practicidad. Sin embargo, entre la información recibida sobre el riesgo de ITS y las prácticas de prevención de las mismas se encuentra la construcción social del riesgo y de la sexualidad.

En cuanto a la construcción social de la sexualidad, la investigación cuantitativa mostró que los comportamientos sexuales de hombres y mujeres difieren en cuanto a edades de inicio,

frecuencia y tipos de pareja, caracterizando a los varones como más precoces y con mayor diversidad en el repertorio de parejas. La investigación cualitativa profundizó sobre las normas de género respecto a la sexualidad. En este sentido aparece una hibridación de discursos, algunos son tradicionales y otros tienden más a la equidad de género. En las expresiones de los jóvenes acerca de la construcción del yo y la pareja sexual aparecen simbolizaciones de masculinidad y feminidad asociadas a los binomios activo/pasivo, deseo/obligación, etc. Las mujeres son divididas entre buenas y malas o zorras, tanto por los varones como por ellas mismas, y en los discursos se analizaron las señales a través de las cuales los y las estudiantes incluyen a las mujeres en alguno de los dos grupos. La caracterización se realiza a través de indicios o de información de pares alejada del conocimiento real de la trayectoria sexual de las mujeres. La norma de feminidad, compartida por ambos sexos, espera que las buenas se comporten con recato, respondan al deseo sexual de los hombres, no tomen la iniciativa en materia sexual, ni siquiera en términos de prevención de ITS. Los relatos de los jóvenes de ambos sexos muestran que en la construcción del yo, las mujeres hacen esfuerzos por no ser etiquetadas de 'locas', incluso durante la interacción sexual, bajo la perspectiva de la evaluación de género. El prestigio parece ser una categoría clave para comprender lo que pueden hacer las mujeres y lo que no les está permitido en materia de sexualidad y prevención. En contraste, otro conjunto de discursos, todavía minoritario, intersticial, habla del derecho al placer sexual de las mujeres, y de que las situaciones están cambiando, posibilitando que las mujeres tomen también la iniciativa en esta esfera.

En cuanto a la construcción social de las ITS, la investigación cuantitativa anticipó que los jóvenes usaron condón para prevenir embarazos o para prevenir ITS de acuerdo a los tipos de pareja. Los resultados de la encuesta también mostraron que los jóvenes tienen problemas para tener una percepción del riesgo adecuada, distancia que se refleja incluso entre aquellos que resultaron positivos a las pruebas clínicas de laboratorio. Se pudo observar claramente la distorsión entre la percepción que tienen del riesgo de ITS y el riesgo objetivo. La investigación cualitativa reveló que los jóvenes sólo consideran necesario prevenirse de las ITS en situaciones alejadas de su cotidianidad. Dentro de su ámbito, la primacía de riesgos sexuales está encabezada por el temor al embarazo, reforzado por el mandato de los padres que pide que las mujeres lleven a término el embarazo y que los hombres se hagan cargo de

la manutención de la mujer y el hijo, y por la poca presencia de uso de métodos anticonceptivos eficaces. Abandonar los estudios universitarios por un embarazo no deseado es el temor mayor para esta población de jóvenes estudiantes, relacionado a su vez con la preocupación de fallar a los padres. A nivel discursivo, el segundo riesgo percibido es el sida, pero ellos mismos consideraron que está presente en las conversaciones de las familias y los amigos, pero no en su conciencia a la hora de tener relaciones sexuales. A su vez, el sida aparece bajo el estereotipo de la focalización en la población homosexual, que también se puede relacionar con la feminización de las ITS.

Las ITS son consideradas fuera de la experiencia cotidiana de los estudiantes, por ello no figuran en los primeros lugares de la jerarquía de los riesgos sexuales. El heurístico de inmunidad ('a mí no me va a pasar') aparece en los discursos de los jóvenes de ambos sexos, contra la evidencia clínica que muestra que las ITS están presentes en esta población. Cabe recordar que la prevalencia de herpes simple tipo 2 fue de 6.3% en mujeres y 4.5% en varones, y la del virus del papiloma humano fue de 18.4% para las mujeres y 9% para los hombres. Se refleja también en las expresiones de los jóvenes que hablar del padecimiento de una ITS es algo vergonzoso. De allí que en las conversaciones entre pares, las ITS no se manifiesten como presentes en esta población y refuerza el sentimiento de inmunidad. Entre los conocimientos erróneos, se agrega que algunos estudiantes consideran que las ITS se pueden ver u oler en la interacción sexual, lo que disminuye la percepción real del riesgo. Por otra parte, la idea de que todas las ITS son fáciles de curar también distorsiona la percepción del riesgo.

Además, las ITS se perciben focalizadas en grupos específicos, con los que la mayoría de los jóvenes dicen no tener relación. Tal como a lo largo de un siglo de historia de las mentalidades sobre ITS, aparece el esquema primario (las ITS están en las trabajadoras sexuales), que se amplía para abarcar a las 'zorras', expresión de la feminización de las ITS. Se agregan otros grupos en esta construcción social del riesgo de contraer ITS, ya vistos en el capítulo histórico, tales como los extranjeros, los que viven en zonas fronterizas o turísticas, los obreros, la población rural, los que no son higiénicos. Y si no se tiene relación con estos grupos, los jóvenes universitarios consideran que no tendrán riesgo de ITS, contra lo que muestra la evidencia clínica. De allí que padecer una ITS se relaciona con haber estado con

las poblaciones estigmatizadas, y esto fortalece la idea de que no se debe contar que se tenga una ITS.

Respecto de la construcción del riesgo de transmitir una ITS, aparece la idea de la división de género de los riesgos en los jóvenes de esta población universitaria, ya que se supone que la mujer se embaraza y el hombre se infecta, relacionado esto con la feminización de las ITS. No se considera a los varones como infectantes, sino víctimas de la infección que adquieren de la 'prostituta' o la 'loca'. Esto se verificó en el discurso de jóvenes que habían sido diagnosticados con ITS.

También los jóvenes perciben riesgos de contraer ITS por parejas ocasionales o desconocidas (y esto se relacionaría con las 'zorras') y por parejas simultáneas. Se generan mecanismos de confianza, y conocer al otro aparece como el principal medio de prevención en la interacción. En el marco de la construcción del compañero/a sexual, para ellos 'conocer al otro' supone evaluar a la mujer y decidir en qué categoría se ubica; y para ellas, significa saber si el hombre ha estado o no con las mujeres 'zorras'. Bajo el mandato de fidelidad, los jóvenes suponen que no tendrán riesgo de contraer ITS si su pareja no tiene otras parejas al mismo tiempo. En contraste con todos estos argumentos, algunos estudiantes, aunque pocos, lograron identificar el riesgo de ITS por parejas previas o simplemente por las prácticas sexuales sin uso de condón.

El uso de condón de acuerdo a los relatos de los jóvenes y a los resultados de la encuesta, se reporta principalmente para prevenir el embarazo. No es una medida sistemática, sino que se combina con otras formas de prevenir el embarazo que no constituyen una barrera para las infecciones. Asimismo, los jóvenes dijeron que el motivo del uso de condón es diferencial según el tipo de pareja. Haciendo uso de los estereotipos, señalaron que lo usan con las novias para prevenir embarazos, y con las 'locas' o las trabajadoras sexuales, para prevenir ITS. Sólo un par de estudiantes afirmó ser usuario sistemático de condón, concibiendo el riesgo de infección de ITS. Respecto a la negociación del uso de condón, en los relatos se verifica una división de género. Le corresponde a ellos comprarlos y llevarlos y a ellas condicionar la relación sexual a su uso. Esto refuerza el imaginario de género que supone que sólo los hombres desean la relación sexual.

Portar siempre condones, aún cuando no se ha iniciado la vida sexual o no se sepa si se tendrán relaciones sexuales, en algunos casos fue la clave para tener prácticas protegidas. Sin

embargo, en los discursos se afirmó que las jóvenes mujeres serán consideradas ‘locas’ si portan condones, e incluso si lo portan los varones en las primeras citas, puede resultar insultante para la mujer. En algunos casos, el condón se asocia a infidelidad o promiscuidad, y sugerir su uso en parejas estables sería ofensivo, tanto para hombres como para mujeres. Entre los usuarios de condón, algunos jóvenes mostraron autoeficacia en términos de poner pausa a la relación sexual para ir en busca de condones o cancelar la relación por falta de ellos (‘cerebro domina a la hormona’). Otros en cambio, señalaron que los usaron sólo porque los tenían a mano, pero hubieran tenido igual la relación sexual sin ellos.

La investigación muestra la brecha entre los conocimientos de ITS y las prácticas para prevenirlas. En la encuesta se verificó la ausencia de correlación entre acceso a información y uso de condón, y en los relatos de los estudiantes, ellos mismos expresaron que no hicieron uso de la información con la que contaban al momento de la interacción sexual. Una vez más, entre los conocimientos científicos y las prácticas de prevención de ITS, se encuentra el amplio universo de construcciones de género, de sexualidad y de riesgo de ITS, forjadas en la historia y transmitida a través de las generaciones.

Conclusiones: de lo particular abstracto a lo particular concreto

LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Como es sabido, toda investigación tiene sus limitaciones y ésta no escapa a la regla general. Los recortes necesarios para hacer factible y operativa la indagación son al mismo tiempo, una primera fuente de carencias. Por una parte, el ejercicio de revisión de un siglo de pensamiento médico salubrista sobre las ITS se hizo seleccionando sólo algunas publicaciones periódicas y privilegiando las políticas y leyes del ámbito federal. Es posible que existan otras concepciones hegemónicas a nivel estatal o local que esta investigación ha dejado fuera. Además, como en todo ejercicio historiográfico, el resguardo ordenado de documentos históricos por parte de los archivos es clave para el análisis. Cuando se trata de temas tabú o a los que no se ha dado socialmente importancia, los archivos conservan pocos documentos. Esto también puede haber impactado generando sesgos en la tarea interpretativa. Así como puedo dar cuenta de mi selección, carezco de elementos para darle dimensión a estos últimos. Suele pasar en la ciencia que nuevos hallazgos cambian los conocimientos previos. Por otra parte, al haber escogido sólo algunas ITS para realizar la revisión histórica y epidemiológica han quedado muchos materiales muy valiosos fuera de la interpretación. Como ejemplo, la producción bibliográfica sobre gonorrea o sobre VIH/sida hubiera ampliado la comprensión de los estereotipos históricos. Otro truncamiento fue la selección de estudiantes de una única universidad para la encuesta y el trabajo cualitativo. Hubiera sido muy útil obtener las voces de poblaciones jóvenes de distintas regiones del país, que no fue posible por cuestiones operativas. Con respecto a la encuesta utilizada, el hecho de que la muestra no se haya obtenido de manera aleatoria y de que las probabilidades de selección de los estudiantes encuestados no sean conocidas, resta validez estadística a los resultados, que no pueden extrapolarse más allá de los participantes. Por otra parte, esta investigación se centró en la influencia de las relaciones de género en la percepción del riesgo de ITS y las acciones de protección. Tanto en la investigación histórica como en los discursos de los jóvenes aparecieron otros ejes relevantes para comprender la construcción social del riesgo, entre los que destacan la discriminación por clase social, que sólo fueron mencionados en este documento y sobre los que amerita un análisis extenso que excede a este trabajo. El estilo de presentación de resultados también se deriva de una decisión que

deja fuera otras opciones. Por razones de espacio he privilegiado la exposición de mi argumento teórico y la contrastación del mismo con datos originales y no la discusión con los resultados de otras investigaciones. Esto último, dada la gran cantidad de temas incluidos, hubiera llevado a un proceso casi interminable y a ampliar el documento a niveles ilegibles. En futuras publicaciones derivadas de este trabajo que retomen de forma separada algunas partes será posible establecer el diálogo con otras investigaciones. Una vez señaladas algunas de las limitaciones, concluiré presentando los logros de la investigación.

LA PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

La pregunta central que sirvió de guía la investigación es por qué los jóvenes a pesar de tener información sobre las ITS y las formas de prevenirlas, se exponen a las infecciones. Investigaciones previas habían puesto el acento en las construcciones simbólicas que modelan la percepción del riesgo, y en particular la feminización de las ITS, como obstáculos para la prevención. Se había afirmado que en el transcurso de la historia ha ocurrido una larga operación simbólica de situar a las infecciones de transmisión sexual en el ámbito de un grupo particular de mujeres (las ‘prostitutas’).

La hipótesis de esta investigación ha sido que las construcciones culturales sobre las relaciones de género presentes en la sociedad mexicana impiden una conceptualización del riesgo que lleve a la prevención sistemática de las ITS en las prácticas sexuales. En particular, se propuso analizar tanto el discurso médico-académico y político salubrista como el cotidiano de estudiantes universitarios a partir de la hipótesis de que tienden a definir estas enfermedades como típicamente femeninas, y a su vez, a segmentar a la población femenina entre aquellas ‘reservorio de enfermedades’ y las ‘sanas’. Una hipótesis adicional es que esta visión impediría la percepción del riesgo y la práctica protegida en cada una de las relaciones sexuales y dificultaría el diseño de políticas de prevención de las ITS dirigidas a la población en general. De allí que el objetivo general presentado en el capítulo 1 era, por una parte, conocer cómo en las políticas de salud y en el discurso médico académico mexicano se han construido conceptos y grupos de riesgo a partir de estereotipos de género y, por otra parte, identificar cuál es la noción de riesgo de contraer una ITS construida por un grupo particular de jóvenes estudiantes universitarios de Morelos y la derivación que esta construcción tiene en la adopción de prácticas protegidas. Esta investigación, por tanto, trata sobre la

construcción social e histórica del riesgo de ITS en el contexto mexicano, influida por los estereotipos de género, que se pone en práctica en las percepciones e interacción sexual de jóvenes universitarios de México.

LA PERSPECTIVA SOCIAL

Así entonces, desde lo que denominé en los objetivos específicos ‘perspectiva social’, me había propuesto analizar e interpretar los mitos construidos socialmente sobre las ITS y los grupos de riesgo de padecerlas, en los discursos de las políticas de salud, médico-académicos, y social prevaleciente en los jóvenes estudiantes universitarios de Morelos. Construir el riesgo de contraer una ITS a partir de la feminización de las mismas (Spongberg, 1997) o a través de su imputación a grupos específicos constituye una operación que en el Capítulo 2 he denominado construcción social del riesgo (Douglas, 1996). Esta construcción social se basa en mecanismos de reducción de complejidad (Luhmann, 1996). Es decir, cualquier conocimiento del mundo o acción que realiza un sujeto se enfrenta a un mundo de posibilidades infinitas; la única posibilidad de relacionarse con el mundo resulta de reducir esas posibilidades infinitas a un conjunto de posibilidades finitas manejable para el sujeto. Pero esa operación de reducción de las posibilidades no es posible realizarla de manera individual o voluntaria. Las sociedades operan históricamente y de múltiples maneras el proceso de reducción de complejidad, y cristalizan significaciones que se reciben al nacer como sentido común (Schutz, 1974b). Como afirma Luhmann (1996) los individuos sólo pueden enfrentarse a una complejidad inmensamente grande si se les presenta en una forma ya predispuesta, simplificada y reducida por la historia, o en términos de Husserl (1984), de familiaridad. Se tipifican las experiencias (Husserl, 1984; Schutz, 1974a), y se crean estereotipos para la comprensión y actuación (Amossy y Herschberg-Pierrot, 2003). Sin embargo, la reducción de complejidad abre la puerta a nuevos riesgos. Es decir, el mundo más simple también tiene sus dificultades. Es posible que se llegue a consecuencias indeseadas porque sólo se hace uso de información incompleta que se presenta como dada y se asume acríticamente. En el caso de las ITS, la reducción de complejidad actúa para hacer posible a los sujetos la interpretación de las situaciones que enfrenta (qué hacer frente a determinado riesgo) y para definir los conjuntos de situaciones posibles (en qué

circunstancias es posible adquirir una infección). Esta operación facilita el proceso de toma de decisiones por parte del sujeto.

Los hallazgos en los dos cuerpos discursivos mostraron que existen tres líneas argumentales principales sobre el riesgo de ITS: a) el esquema primario; b) los otros grupos de riesgo y c) el enfoque en las prácticas.

a) *El esquema primario.* Tanto la investigación histórica como la de jóvenes universitarios mostraron el uso de estereotipos de género en la construcción de los riesgos sexuales, y en especial sobre las ITS. El esquema primario que considera a las trabajadoras sexuales como fuente o reservorio de ITS aparece con distintas características a lo largo de un siglo de historia de las mentalidades médico-salubristas y en los discursos de los jóvenes universitarios. La población considerada culpable de transmitir las ITS recibe diversos nombres a lo largo del período estudiado, propios de cada época y tipo de discurso: prostituta, meretriz, profesional del sexo, trabajadora sexual, mujeres de la calle, sexoservidoras. El grupo culpable se amplía a otras mujeres que no se ajustan a la norma tradicional de género sobre la sexualidad femenina de recato y pasividad: mujeres de conducta fácil, soldadera andrajosa, amateurs, frívolas, mundanas, promiscuas, sirvientas, meseras, putas, locas, fáciles, cualesquiera, zorras. Se culpa a estas mujeres por infectar a los hombres. Todos los hombres en general son considerados en riesgo de contraer infecciones de las trabajadoras sexuales (y sus extensiones), pero a lo largo del siglo se hace mención de algunos grupos específicos: soldados, adolescentes y jóvenes, obreros, estudiantes, estudiantes de medicina, marinos, trabajadores petroleros, ejidatarios, rancheros, los ‘ambulatorios’ (peones eventuales, arrieros), los ‘periféricos’ (meseros, porteros, cantineros de sitios relacionados con el trabajo sexual). Quienes sostienen el argumento del esquema primario no visualizan a los hombres como infectantes primarios, y se agrega la preocupación por la transmisión final a las mujeres ‘esposas’ y a los hijos, o a la población general. Los discursos de los estudiantes universitarios mostraron que los entrevistados de ambos sexos conciben este sistema dual de caracterización de las mujeres, que hay padres que los transmiten y que también lo comparten con sus coetáneos. Varones y mujeres utilizan este estereotipo para construir el riesgo de ITS, focalizando las infecciones sólo entre las ‘prostitutas’ o mujeres ‘fáciles’. Por tanto, esta idea de feminización de las ITS se verificó en

los discursos históricos revisados desde los inicios hasta finales del siglo XX y también en los discursos de los jóvenes universitarios entrevistados.

Además, propuse como objetivo indagar cuál es la derivación que tienen las distintas nociones de riesgo de contraer una ITS en la adopción de prácticas de prevención y en el diseño de políticas. Las políticas diseñadas para atender el problema de las ITS en función del esquema primario privilegiaron el control de las trabajadoras sexuales, incluso con el aislamiento o encarcelamiento de las mismas, dejando a los hombres en total libertad. Esta concepción también influyó en las prácticas preventivas de los estudiantes universitarios; por un lado los hombres usaron sistemáticamente condón con las trabajadoras sexuales, y por otro, muchos aseveraron que si no estaban en contacto (de manera directa los varones o indirecta las mujeres) con las mujeres ‘infectantes’, no consideraban la necesidad de prevenirse de ITS.

b) Los argumentos en los intersticios: los otros grupos. En contraste con los argumentos del esquema primario, aparecen otras formas de concebir el riesgo de ITS, tanto en los discursos históricos como en los de los jóvenes, que denominé argumentos en los intersticios. En algunas etapas del siglo XX, sobre todo después de la revolución mexicana hasta la segunda guerra mundial, y a partir de la década de 1960 hasta la década de 1990, estos argumentos alternativos devinieron hegemónicos. La última década del siglo XX, en respuesta a la emergencia del sida, presenta una contraposición entre argumentos del esquema primario y otras formas de concebir el riesgo de ITS. Estos argumentos contrarios al esquema primario ponen el énfasis en que los hombres también infectan a las trabajadoras sexuales y que el control exclusivo de ellas es una injusticia y una inmoralidad. En algunos momentos de la historia se concibe que toda la población está en riesgo de contraer y transmitir ITS y en otros momentos se pone el acento en algunos grupos ‘de riesgo’ y/o ‘vulnerables’. Así, las mujeres por su sexualidad pre y extramarital, los faltos de higiene, los obreros, los soldados y las soldaderas, los y las adolescentes y jóvenes, los choferes, los policías, los campesinos, las meseras, las embarazadas, los marinos mercantes, los braceros, los presos, los inmigrantes, las sirvientas, los estratos socioeconómicos bajos, la clase media alta, las poblaciones móviles, los promiscuos, los que pernoctan fuera del domicilio conyugal (transportistas, agentes de ventas, deportistas profesionales, filarmónicos, militares, marinos y policías), los

homosexuales, los empleados de restaurantes, bares y hoteles, de transporte local o foráneo, son los grupos mencionados con riesgo de ITS a lo largo de la historia de un siglo de pensamiento médico-salubrista. Entre los grupos mencionados por los jóvenes se encuentran los extranjeros, las niñas bien, los faltos de higiene, los obreros, la población rural, los homosexuales, la población de sitios fronterizos y turísticos. Además, los jóvenes asocian el riesgo de ITS a la simultaneidad de parejas (los infieles). Las políticas que se derivan de estos argumentos en los intersticios sobre población general o grupos de riesgo y/o vulnerables en las distintas etapas se han enfocado en educación sexual, certificado médico prenupcial, delito de contagio, búsqueda sistemática de casos (embarazadas, recién nacidos), registro de casos y búsqueda de contactos, censos serológicos (en fábricas, etc.), dispensarios antivenéreos, recomendaciones como ‘conocer los antecedentes sociales de la pareja’, tratamientos preventivos con antibióticos, control de la sangre de donadores, promoción y distribución de condones. Entre la mayoría de los jóvenes, se considera que si no se tiene relación con los grupos contruidos como riesgosos, no habrá riesgo de ITS. Además, la mayoría afirmó que no estaba en contacto con ellos.

Como se ha visto, el catálogo de guías de acción y de situaciones posibles desde la perspectiva del esquema primario y la de buena parte de los grupos de riesgo analizadas precedentemente, ha sido construido desde un sistema de género que se expresa en estereotipos, a través de los cuales se reducen todas las situaciones de riesgo de contraer una ITS y las acciones posibles frente a ellas en un esquema primario (sólo se adquieren las infecciones de las prostitutas) o de determinados grupos de riesgo (por su asociación con comportamientos sexuales estereotipados). Con Douglas (1992) los juicios morales públicos determinan quién será considerado como pecador que expone a otros al riesgo. Este sistema de culpas está basado en un sistema de género, en tanto que forma primaria de relaciones significantes de poder (Scott, 1999). Una de las razones para la resistencia al cambio, o fuerza de la inercia (Vovelle, 1985), del esquema primario es que se apoya en un sistema de género tradicional sobre la sexualidad, imperante en la sociedad, que parece a su vez persistente y difícil de modificar.

c) Concepción de riesgo en función de prácticas sexuales. En la última década del siglo XX, se posiciona la noción de las prácticas sexuales como sustituta de los grupos. Ya no se trata de la identificación de grupos de riesgo, sino de la enumeración de las prácticas que conllevan riesgo de infección (coito, sexo oral o anal sin condón). Desde esta vertiente se señala que la identificación de grupos de riesgo lleva a la discriminación y que es el principal obstáculo para una correcta evaluación personal del riesgo, ya que lleva a pensar a las ITS en los grupos específicos y no en el mundo inmediato que rodea al sujeto. Se busca llegar con mensajes de prevención a todas las personas que puedan tener prácticas de riesgo, sin necesidad de incluirlas en grupos. En los discursos de los estudiantes universitarios, unos pocos jóvenes consideraron el riesgo de ITS por las prácticas (coito, sexo oral o anal sin condón) y no por grupos de población. Y también se advierte que es difícil que los jóvenes perciban el riesgo por parejas previas, pero hay ya algunos ejemplos de esto.

La construcción del riesgo basada en las prácticas intenta imponer sentidos tipificados alternativos sobre las ITS; supone una operación diferente de la reducción de complejidad y entra en pugna con las operaciones analizadas precedentemente. Si bien las sociedades funcionan sobre la base de códigos comunes que hacen inteligible la interacción entre los sujetos, esto no implica que sean únicos e incontrovertibles. Aún cuando haya verificado la feminización de las ITS en un siglo de pensamiento médico-salubrista mexicano y se haya afirmado previamente que la relación de género (y sus mitificaciones) tiene una historia de milenios, esto no significa que no haya sido hecha por los hombres y las mujeres y que no pueda ser cambiada. Esas ideas no son atemporales, no son estructuras a priori, sino un producto histórico y cultural. No son inalterables, se construyen y reconstruyen permanentemente a partir de múltiples disputas ideológicas y prácticas (Vovelle, 1985; Levi, 1993; Scott, 1999). Las sociedades viven en una constante tensión entre la producción de sentido y la crisis de sentido (Berger y Luckmann, 1997); el imaginario colectivo puede enmascarar una extrapolación de las mentalidades de los grupos dominantes que se presentan como si fueran las únicas opciones posibles (Vovelle, 1985); como si fueran posiciones normativas producto del consenso social y no de los conflictos (Scott, 1999). La construcción del riesgo basada en las prácticas sexuales supone no sólo una nueva conceptualización del riesgo sino un desafío contra la reducción de complejidad operada por los estereotipos de género de larga duración. A diferencia de los mecanismos del esquema primario y del

esquema basado en grupos de riesgo, no está respaldada por un sistema cultural hegemónico, y de allí la dificultad para producir un conjunto de políticas y, sobre todo, de prácticas alternativas. También a diferencia de aquéllos, debe promover cambios culturales profundos como condición de posibilidad de éxito.

LA PERSPECTIVA DEL SUJETO

Desde lo designado en los objetivos como perspectiva del sujeto, me propuse analizar e interpretar los discursos de los jóvenes universitarios de Morelos sobre la construcción del riesgo de contraer y transmitir una ITS; la construcción del yo y del compañero/a sexual como sujetos de riesgo así como el uso de tipificaciones socialmente construidas como facilitadores en el proceso de toma de decisión sobre la protección de ITS en las relaciones sexuales; la negociación de las medidas de protección de las ITS en la relación sexual en el espacio de la interacción en aquellos sujetos sexualmente activos, que se hace en función de la construcción del yo y del compañero/a sexual como sujetos de riesgo y el resultado práctico de la negociación respecto al uso de protección (uso/no uso de condón).

Desde esta perspectiva es posible observar la actualización de la construcción social del riesgo en el plano de la interacción (Goffman, 1971). Los relatos de los jóvenes universitarios expresan las condiciones generales de la interacción y las específicas de la interacción sexual. Entre las condiciones generales de la interacción, es posible derivar de los relatos de los jóvenes que en el encuentro con su *partner* ponen en marcha mecanismos de presentación propia y de evaluación del otro, buscando transmitir una imagen de sí mismo y juzgando las señales que la otra persona transmite; la información del *partner* permite a cada uno de los interactuantes definir la situación y establecer las expectativas recíprocas; la fachada que se busca proyectar, así como la interpretación de la imagen proyectada por el otro, son procedimientos que se llevan a cabo sobre la base de estereotipos que reducen la diversidad de las características de las personas a un conjunto limitado de rasgos aparentes que permiten una rápida comprensión del otro y de la situación (Goffman, 1971). Como está presente la posibilidad de error tanto en la proyección de la imagen como en la interpretación de la imagen del otro, se realizan prácticas defensivas para mantener una imagen deseada (Goffman, 1971). Entre las condiciones específicas de la interacción sexual, los discursos de los jóvenes permiten derivar que hacen género ajustándose a estereotipos normativos de

género (West y Zimmerman, 1999); que los estereotipos de género permiten establecer el tipo de relación entre los *partners* y significar la secuencia temporal de la relación; y que a cada tipo y fase de relación le corresponde una forma de concebir el riesgo y las prácticas preventivas (Bastard *et al.*, 1997; Ahlemeyer y Ludwig, 1997).

Las evidencias obtenidas a partir de la investigación con los estudiantes universitarios permiten concluir lo siguiente:

1) Construcción del riesgo de contraer y transmitir una ITS. En el discurso de los jóvenes se verificó una división de género sobre los riesgos sexuales. Los jóvenes de esta población universitaria sugieren que la mujer se embaraza y el hombre se infecta, construcción que puede relacionarse con la feminización de las ITS. En la jerarquización de riesgos sexuales, los estudiantes universitarios ubicaron en primer lugar al embarazo y en segundo lugar al sida, aunque señalaron que este último sólo está presente en el nivel discursivo y no en sus prácticas sexuales. Las otras ITS no son percibidas como riesgos, más que en determinadas situaciones estereotipadas. Se advirtieron en los discursos de los jóvenes sesgos en la evaluación del riesgo de ITS a partir de heurísticos, como el de inmunidad (“no me va a pasar a mí”) y el de complacencia (“fuera de la vista, fuera de la mente”) (Slovic, Fischhoff y Lichtenstein, 1999). A diferencia del embarazo del que señalan que existen muchos casos entre los jóvenes de su entorno, se dice que las ITS no están presentes en su ámbito. Como paradoja, también se afirma que no es posible que se hable abiertamente sobre padecer una ITS por los estereotipos que las rodean. De allí que la información que comparten los jóvenes está sesgada, y eso influye en la complacencia de considerar que no hay riesgos de ITS entre ellos. Los resultados de la baja percepción del riesgo en la encuesta y las significativas prevalencias de ITS en la población de estudiantes universitarios, evidenciaron la distorsión entre el riesgo objetivo y la percepción del mismo, reforzando la interpretación del heurístico de la inmunidad. Por otra parte, no se percibe a los varones como infectantes, sino víctimas infectadas por la ‘prostituta’ o la ‘loca’. Este tipo de relato se verificó, incluso, en el discurso de jóvenes que habían sido diagnosticados con ITS, quienes no fueron capaces de pensarse como sujetos infectantes de sus parejas sexuales.

2) *La construcción del yo y del compañero/a sexual como sujetos de riesgo y el uso de tipificaciones socialmente construidas como facilitadores en el proceso de toma de decisión sobre la protección de ITS en las relaciones sexuales.* En las expresiones de los jóvenes aparecen simbolizaciones de masculinidad y feminidad asociadas a los binomios activo/pasivo, deseo/obligación, etc. (Bourdieu, 2010; Bozon, 2009). Los discursos, tanto de hombres como de mujeres, reproducen, como guiones sociales, las tipificaciones del esquema primario que dividen a las mujeres entre ‘buenas’ y ‘zorras’ y los transforman en guiones para la interacción, formando un catálogo de estereotipos para hacer esta clasificación (Simon y Gagnon, 1986; Gogna y Ramos, 2000). En la interacción los hombres tratan de detectar los indicios que permiten la ubicación de la mujer en alguna de las dos categorías, y las mujeres pretenden proyectar imágenes estereotipadas para ser ubicadas en la categoría de ‘buenas’ a la que desean pertenecer (Goffman, 1971). El prestigio parece ser una categoría clave para comprender lo que pueden hacer las mujeres y lo que no les está permitido en materia de sexualidad y prevención (Bozon, 2009). En contraste, otro conjunto de discursos, todavía minoritario, intersticial, habla del derecho al placer sexual de las mujeres y de los avances en el reconocimiento de la legitimidad de la iniciativa de las mujeres en materia sexual. Esto muestra una hibridación en las posiciones (Szasz, 2008), con algunos argumentos de las sociedades tradicionales y otros de las post-paradigmáticas o contemporáneas (Simon y Gagnon, 1986; Bozon, 2009). Asociada a la división entre ‘buenas’ y ‘zorras’, se supone que sólo hay riesgo de ITS con las últimas. En la interacción, los jóvenes usan el recurso de ‘conocer al otro’ a partir de signos estereotipados y aplican la confianza como mecanismo de prevención.

3) *La negociación de las medidas de protección de las ITS en la relación sexual en el espacio de la interacción en función de la construcción del yo y del compañero/a sexual como sujetos de riesgo y su resultado.* El uso de condón, en los relatos de los jóvenes y en los resultados de la encuesta, no es una medida sistemática, sino que se alterna con otras formas de prevenir el embarazo (principal riesgo percibido) que no constituyen una barrera para las infecciones. El uso del condón para prevenir ITS aparece en los discursos de los jóvenes motivado por consideraciones que se basan en el tipo de pareja o en el tiempo de la relación (se usa con las ‘zorras’ o en encuentros ocasionales). Haciendo uso de los estereotipos, los

estudiantes señalaron que lo usan con las novias para prevenir embarazos, y con las 'locas' o las trabajadoras sexuales, para prevenir ITS. Sólo un par de estudiantes afirmó ser usuario sistemático de condón, concibiendo el riesgo de infección de ITS en todas sus relaciones sexuales, sin importar el tipo de pareja. En los relatos, la negociación del uso de condón también refleja una división de género. Se trata de una responsabilidad masculina el portarlos y una femenina el condicionar la relación sexual a su uso, reforzando el imaginario de género que supone que sólo los hombres desean la relación sexual. La portación permanente del condón (tanto por parte del hombre como de la mujer), aún cuando no se tengan expectativas de tener un encuentro sexual, parece ser clave para tener prácticas protegidas, pero está condicionada por las imágenes que puede proyectar y las sanciones que pueda ocasionar de acuerdo con los estereotipos que modelan la interacción sexual (la mujer que porta condones puede ser calificada de 'zorra', el hombre que los porta puede ofender a la mujer por ser considerado una manifestación de deseo sexual). En cambio, la no portación del condón produce comportamientos diferenciales aún entre aquellos que suelen ser usuarios: los que pueden postergar la relación sexual hasta conseguirlos o cancelarla y los que tienen prácticas desprotegidas.

LA RELACIÓN ENTRE EL NIVEL SOCIAL Y EL SUBJETIVO

He contrapunteado hasta aquí los objetivos trazados al inicio de esta investigación con los hallazgos presentados a lo largo de la tesis. Ante el interrogante sobre la existencia de una construcción social del riesgo de contraer una ITS, se ha visto que tanto el discurso médico-salubrista como el de los jóvenes ratifican la presencia de argumentaciones basadas en estereotipos, creencias y valores morales que son rebatibles tanto desde la objetividad del riesgo de ITS (prevalencias) como desde sus propias experiencias. La distancia entre información y experiencia, por un lado, y la elaboración de las explicaciones y justificaciones, por el otro, da cuenta de la existencia de una operación cultural que trata de procesar la inconsistencia entre los dos ámbitos. Esta matriz cultural tiene un carácter generalizado, acrítico y resistente, y es a su vez una construcción histórica, que se actualiza, reformula y reconstruye intersubjetivamente de manera cotidiana. El riesgo construido de contraer una ITS focalizado en la búsqueda de culpables, exhibe el vínculo entre esa construcción social y el sistema de género tradicional imperante en la sociedad mexicana.

Queda, ahora, dar las respuestas a las preguntas orientadoras pendientes esbozadas también al inicio de la tesis. La investigación realizada ha demostrado la existencia de un fuerte vínculo entre los estereotipos, por un lado, y las políticas y las prácticas de prevención por el otro. La feminización de las ITS y el imaginario del reservorio, las trabajadoras sexuales y otras las mujeres equiparadas a ellas, el mito de la incontenible sexualidad masculina y la promiscuidad que le es inherente, han focalizado la percepción del riesgo y las prácticas asociadas, y las políticas, en grupos específicos de personas que, incluso en algunos casos, son constituidos como la enfermedad misma. La atención de las políticas y las prácticas preventivas centradas en grupos ha debilitado la posibilidad de una construcción del riesgo basada en probabilidades más objetivas y en estrategias más eficaces. Las simplificaciones aportadas por las recetas a la mano en tanto guiones culturales e intersubjetivos y, entre ellas, la disponibilidad de estereotipos de género sobre las ITS ampliamente extendidos en la sociedad, constituyen un escollo difícil de salvar para una construcción del riesgo alternativa basada en la coherencia, la eficacia y la equidad. En suma, aún sabiendo la existencia de las ITS, teniendo información sobre la forma de transmisión y, lo que es más importante, la forma de prevención, los jóvenes estudiantes universitarios de Morelos se exponen a la infección por la existencia de una matriz cultural que los hace verse inmunes siempre que se aparten del ‘mal’ construido por una reducción de complejidad basada en mitos, prejuicios y discriminaciones.

Que existen otras formas de concebir el riesgo de ITS también ha quedado claro en los argumentos revisados. Algunos cambios históricos posibilitaron la cristalización de mentalidades más equitativas y políticas dirigidas a la población general. Con claridad se expresó la injusticia de género que representa el esquema primario y se pugnó por considerar que todos pueden contraer y transmitir las infecciones. Entre los jóvenes, algunos de ellos, aunque pocos, concibieron el riesgo de ITS a partir de las prácticas sin estigmatizar grupos. También algunos de ellos presentaron una visión de género más equitativa respecto a la sexualidad. Esto evidencia la existencia de fisuras en el paradigma hegemónico, y la posibilidad de actuar en función de esquemas alternativos.

DE LAS CONCLUSIONES HACIA EL FUTURO

Por la manera en que he comprendido el problema no me resulta posible simplemente recomendar más educación sexual o mejores servicios de salud sexual y reproductiva para los jóvenes a fin de lograr la prevención de ITS. La educación sexual es un elemento necesario, pero no suficiente, al igual que lo es la disponibilidad de condones. Se requieren cambios más profundos respecto a la equidad de género y la sexualidad, y la forma en que la sociedad reacciona ante los peligros. Eliminar los estereotipos que impiden la prevención de ITS en cada encuentro sexual implica superar las diferencias de poder entre los sexos, incluyendo el reconocimiento del deseo y del placer sexual femenino, y evitar poner las culpas en grupos estigmatizados. En cuanto a la investigación científica, sería deseable avanzar en la comprensión de la articulación de los estereotipos de género con otros procesos de discriminación como los de clase social en la construcción del riesgo de ITS y la toma de decisiones.

Referencias bibliográficas

DEL CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Ahlemeyer, H. y Ludwig, D., 1997. Norms of Communication and Communication as a Norm in the Intimate Social System. En: L. Van Campenhoudt, Cohen, M., Guizzardi, G. y Hausser, D., 1997. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Londres: Taylor y Francis, pp. 22-43.
- Anderson, R. M., 1999. Transmission dynamics of sexually transmitted infections. En: K. K. Holmes, *et al.*, ed. 1999. *Sexually Transmitted Diseases*. Nueva York: McGraw-Hill, Tercera Edición, Cap. 3, pp. 25-38.
- Arias, R. y Rodríguez, M. 1998. “A puro valor mexicano”. Connotaciones del uso del condón en hombres de la clase media de la Ciudad de México”. En: S. Lerner, *Varones, sexualidad y reproducción. Diversas perspectivas teórico-metodológicas y hallazgos de investigación*. México D.F., El Colegio de México / SOMEDE, pp. 319-339.
- Bolan, G., *et al.*, 1999. “Gender perspectives and STDs”. En: K. K. Holmes, *et al.*, ed. 1999. *Sexually Transmitted Diseases*. Nueva York: McGraw-Hill, Tercera edición, cap. 8, pp. 117-127.
- Brandt, A. M. y Jones, D. S., 1999. “Historical perspectives on sexually transmitted diseases: challenges for prevention and control”. En: K. K. Holmes, *et al.*, ed. 1999. *Sexually Transmitted Diseases*. Nueva York: McGraw-Hill, Tercera Edición, Cap. 2, pp. 15-21.
- Bronfman, M., Gómez Dantés, H. y Magis Rodríguez, C., 1995. “Sida, enfermedades de transmisión sexual y salud reproductiva”. *Reflexiones*, Año I, n° 7, El Colegio de México.
- CONAPO, 1999. *La situación demográfica de México*. México D.F.: CONAPO.
- Conde, C. y Uribe-Salas, F., 1997. “Gonorrrea: la perspectiva clásica y la actual”. *Salud Pública de México*, vol. 39, n° 6, noviembre-diciembre.
- Conde, C., *et al.*, 1993. “Historical account of venereal diseases in Mexico”. *Genitourinary Medicine*, 69: 462-466.
- Corey, L. y A. Wald, 2008. Genital Herpes. En: K. K. Holmes, *et al.*, eds. *Sexually Transmitted Diseases*, Cuarta Edición. Nueva York: McGraw-Hill, cap. 24, pp. 399-437.
- Corrêa, S., 1994. *Population and Reproductive Rights: Feminist Perspectives from South*. Londres: Zed Books /DAWN.
- Dávalos López, E., 1998. “La sexualidad en los pueblos mesoamericanos prehispánicos. Un panorama general”. En: I. Szasz y S. Lerner, comp., 1998. *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México D.F.: El Colegio de México, pp. 71-106.
- Dixon-Mueller, R., 1999. “Las conexiones entre sexualidad y salud reproductiva”. En: S. Zeidenstein, y K. Moore, 1999. *Aprendiendo sobre sexualidad. Una manera práctica de comenzar*. Santiago de Chile: The Population Council, pp. 157-181.
- Eliás, C., 1991., *Sexually Transmitted Diseases and Reproductive Health of Women in Developing Countries*, The Population Council, Working Papers n° 5.
- Ferry, B., 1995. “Risk Factors Related to HIV Transmission: Sexually Transmitted Diseases, Alcohol Consumption and Medically-related Injections”. En: J. Cleland y B. Ferry, eds., 1995. *Sexual Behaviour and AIDS in the Developing World*. Londres: World Health Organization / Taylor & Francis, pp. 193-207.
- Gardner, R., Blackburn, R. D. y U. D. Upadhyay, 1999. “Condomes: cómo cerrar la brecha entre el uso y la necesidad”. *Population Reports*, Serie H, N° 9, Baltimore: John Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, abril.
- Garnett, G. P., 2008. The Transmission Dynamics of Sexually Transmitted Infections. En: K.K. Holmes *et al.*, 2008. *Sexually Transmitted Diseases*. Nueva York: McGraw-Hill, Cuarta edición, Cap. 3, pp. 27-39.

- Gogna, M. y S. Ramos. 1999. "Crenças leigas, estereótipos de gênero e prevenção de DSTS". En: R. Barbosa y R. Parker, *Sexualidades pelo avesso. Direitos, Identidades e Poder*. San Pablo: Editora 34, pp. 229-248.
- Greene, M. y A. Biddlecom, 2000. "Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles". *Population and Development Review*, vol. 26 (1): 81-115.
- Grmek, M., 1992. *Historia del sida*. México D.F.: Siglo XXI Editores.
- Holmes, K. K. *et al.* 2008. Introduction and overview. En K. K. Holmes *et al.* (eds.). *Sexually Transmitted Diseases*, Cuarta edición, Nueva York: McGraw-Hill, XVII-XXV.
- Holmes, K.K., Levine, R., y M. Weaver, 2004. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 454-461.
- Lamas, M., 1998. "Sexualidad y género: la voluntad de saber feminista". En: I. Szasz y S. Lerner, 1998. *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México D.F.: El Colegio de México, pp. 49-67.
- Lane, S., 1994. "From Population Control to Reproductive Health: an emerging Policy Agenda". *Soc. Sci. Med.*, vol. 39, n° 9: 1303-1314.
- Langer, A., *et al.*, 1996. "Las enfermedades de transmisión sexual como un problema de salud pública: situación actual y prioridades de investigación". En: A. Langer y K. Tolbert, 1996. *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*. México D.F.: The Population Council / Edamex, pp. 233-246.
- Mazín, R., 1999. "Las ETS en América Latina y el Mundo", ponencia presentada en el Congreso Internacional Avances en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual: Retos para el Tercer Milenio, Acapulco.
- McGough, L. J., 2008. Historical Perspectives on Sexually Transmitted Diseases: Challenges for Prevention and Control. En: K. K. Holmes, *et al.* 2008. *Sexually Transmitted Diseases*, Cuarta edición, Nueva York: McGraw-Hill, cap1. pp. 3-11.
- Omran, A., 1971. "The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change". *Milbank Memorial Fund Quaterly*, 49:509-538.
- Piot, P. y M. Laga, 1991. "Current Approaches to Sexually Transmitted Disease Control in Developing Countries". En: J.N. Wasserheit, S. Aral y K. Holmes, eds., 1991. *Research Issues in Human Behaviour and Sexually Transmitted Diseases in the AIDS Era*. Washington D.C.: American Society for Microbiology, pp. 281-295.
- Sabatier, R., 1996. "Migrants and AIDS: Themes of Vulnerability and Resistance". En M. Haour-Knipe y R. Rector, 1996. *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. Londres, Taylor&Francis, pp. 86-101.
- Sai, F. y J. Nassim, 1989. "The need for a reproductive health approach". *Int. J. Gynecol. Obstet.*, Supl.3:103-113.
- Salles, V. y R. Tuirán, 1997. "Dentro del laberinto: salud reproductiva y sociedad". *Estudios Demográficos y Urbanos* 34-35, vol. 12, 1 y 2, enero-agosto:11-68.
- Sánchez Alemán, M., 2001. Prevalencia y factores asociados a la infección por *Treponema pallidum*, virus del herpes simple tipo 2 y virus del papiloma humano en estudiantes universitarios. Tesis de Maestría en Ciencias de la Salud, Área de concentración en Enfermedades Infecciosas. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sánchez-Albornoz, N., 1994. *La población de América latina. Desde los tiempos precolombinos al año 2025*. Madrid: Alianza Editorial, segunda edición.
- Sánchez-Aleman, M.A., Conde-Glez, C.J., Gayet, C., *et al.*, 2005. Sexual behaviour and herpes simplex virus 2 infection in college students. *Arch Med Res* 36 (2005): 574-580.
- Sánchez-Aleman, M.A., Conde-Glez, C.J., Uribe Salas, F., 2008. Core group approach to identify college students at risk for sexually transmitted infections. *Rev Saúde Pública* 2008;42(3):428-36.

- Sánchez-Alemán, M.A., Uribe-Salas, F. J., Lazcano-Ponce, E. C., y C. J. Conde-Glez, 2011. Human Papillomavirus Incidence and Risk Factors Among Mexican Female College Students. *Sexually Transmitted Diseases*. 38(4):275-278.
- Sánchez-Aleman, M.A., Uribe-Salas, F., Lazcano-Ponce, E., *et al.*, 2010. HSV-2 seroincidence among Mexican college students: the delay of sexual debut is not enough to avoid risky sexual behaviours and virus transmission. *Sex Transm Infect* 2010;86:565-569.
- Sánchez-Alemán, M.A., Uribe-Salas, F., y C.J. Conde-González, 2002. La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Publica Mex* 2002;44:442-447.
- Sparling, P. *et al.*, 2008. Clinical Manifestations of Syphilis. En K. K. Holmes, *et al.*, eds. *Sexually Transmitted Diseases*, Cuarta Edición. Nueva York: McGraw-Hill, cap.37, pp. 661-684.
- Spongberg, M., 1997. *Feminizing Venereal Disease. The Body of the Prostitute in Nineteenth-Century Medical Discourse*. Londres: MacMillan Press.
- SSA/CONASIDA, 1999. Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual. México D.F.: SSA/CONASIDA.
- Szasz, I., 1998a. “Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México”. En I. Szasz y S. Lerner, *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*, México D.F., El Colegio de México, pp. 11-31.
- Szasz, I., 1998b. “Sexualidad y género: algunas experiencias de investigación en México”, *Debate Feminista*, año 9, vol. 18, octubre, pp. 132-156.
- Szasz, I., 1999. “Género y salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja”. En: M. Bronfman y R. Castro, *Salud, Cambio social y Política. Perspectivas de América Latina*. México D.F.: Edamex / INSP y FICSS, pp.109- 122.
- United Nations, 1995. “Program of Action of the 1994 International Conference on Population and Development”. *Population and Development Review* 21(1): 187-213.
- Uribe, P., *et al.*, 1996. “Prostitución en México”. En: A. Langer y K. Tolbert, eds., *Mujer: Sexualidad y salud reproductiva en México*. México D.F.: The Population Council / Edamex, pp. 179-206.
- Weeks, J., 1998a. “La construcción cultural de las sexualidades. ¿Qué queremos decir cuando hablamos de cuerpo y sexualidad?”. En: I. Szasz y S. Lerner, comps. *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México D.F.: El Colegio de México, pp. 175-197.
- Weeks, J., 1998b. *Sexualidad*. México D.F.: UNAM / Paidós.
- Winer, R. L. y L. A. Koutsky, 2008. Genital Human Papillomavirus Infection. En: K. K. Holmes, *et al.*, eds. *Sexually Transmitted Diseases*, Cuarta edición. Nueva York: McGraw-Hill, cap.28, pp. 489-508.

DEL CAPÍTULO 2. CONSTRUCCIÓN DE RIESGOS DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DECISIONES DE PROTECCIÓN: ELEMENTOS TEÓRICOS.

- Ahlemeyer, H. y D. Ludwig, 1997. Norms of Communication and Communication as a Norm in the Intimate Social System. En: L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi y D. Hausser. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Londres: Taylor y Francis, pp. 22-43.
- Amossy, R. y A. Herschberg-Pierrot, 2003. *Estereotipos y clichés*. Buenos Aires: Eudeba.
- Bastard, B., Carida-Vonèche, L., Pero, D. y L. Van Campenhoudt, 1997. Relationship between sexual partners and ways of adapting to the risk of AIDS: Landmarks for a relationship-oriented conceptual framework. En: L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi y D. Hausser. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Londres: Taylor y Francis, pp. 44-58.

- Berger, P. y T. Luckmann, 1997. *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido*. Barcelona: Paidós. Serie Paidós Studio; 125.
- Bestard, J., 1996. Prólogo. En: M. Douglas, *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós, 1 edición en español, pp. 9-16.
- Bourdieu, P., 2010. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama, sexta edición en español.
- Bozon, M., 2009. *Sociologie de la sexualité*. Paris: Armand Colin. Segunda edición.
- Calvez, M., 2010. Pour une approche constructiviste des risques de santé. De quelques leçons des recherches sur la prévention du sida. En: Carricaburu D., Castra M. Cohen P., dir. *Risques et pratiques médicales*. Rennes: éditions de l'EHESP, pp. 215-226. <http://hal.archives-ouvertes.fr/docs/00/48/33/58/PDF/CalvezRisquesAISLF2005.pdf>
- Collins, R. 2009. *Cadenas de rituales de interacción*. Anthropos, Barcelona.
- Conlisk, J. 1996. Why Bounded Rationality? *Journal of Economic Literature* 34(2), pp. 669–700.
- De Barbieri, M.T. 1996. Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género. En: L. Guzmán y G. Pacheco, comp. *Estudios Básicos de Derechos Humanos IV*, San José Costa Rica: IDH.
- DellaVigna, S., 2009. Psychology and Economics: Evidence from the Field. *Journal of Economic Literature* 2009, 47:2, pp. 315–372.
- Douglas, M., 1992. *Risk and blame: essays in cultural theory*. Londres, Routledge.
- Douglas, M., 1996. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós, primera edición en español.
- Elster, J., 1991. *Tuercas y Tornillos*. Barcelona: Gedisa. 2ª. ed. en español.
- Elster, J., 1997. *Economics*. Gedisa, Barcelona.
- Ferrand, A. y T. Snidjers, 1997. Social Networks and Normative Tensions. En: L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, y D. Hausser. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Londres: Taylor y Francis, pp. 6-21.
- Fox, Nick, 1999. Postmodern reflections on 'risk', 'hazards' and life choices. En: D. Lupton, *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 12-33.
- Goffman, E., 1971. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E., 1977. "The Arrangement Between the Sexes". *Theory and Society* 4:3 (1977), pp. 301-331.
- Goffman, E., 2006. *Frame Analysis. Los marcos de la experiencia*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas y Siglo XXI de España Editores.
- Goffman, E., 2009. *Gender Display*. En L. Tiger y H. T. Fowler, eds. *Females Hierarchies*. New Brunswick: Transaction Publishers, segunda impresión, pp. 60-86.
- Gogna, M. y S. Ramos, 2000. Gender Stereotypes and Power Relations. En: R. Parker, R. Barbosa, y P. Aggleton, eds.. *Framing the Sexual Subject. The Politics of Gender, Sexuality and Power*. Berkeley: University of California Press, pp. 117-140.
- González de Luna, E., 2004. *La filosofía del sentido común. Thomas Reid y Karl Popper*. México D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Got, C., 2009. La notion de risque. En: F. Bourdillon y M. Tubiana. *Traité de prévention*. Paris: Flammarion, pp. 40-45.
- Grémy, F., 2001. Dangers, risques, sécurité sanitaire et principe de précaution: les mots et leur sens. En: J. D. Rainhorn y M. J. Burnier, dir. *La santé au risque du marché. Incertitudes a l'aube du XXIe*. París: Siècle, Presses Universitaires de France, pp. 175-197.
- Herrero Cecilia, J., 2006. La teoría del estereotipo aplicada a un campo de la fraseología: las locuciones expresivas francesas y españolas. *Especulo: Revista de Estudios Literarios*, 32, 2006. <http://www.ucm.es/info/especulo/numero32/teoreste.html>
- Husserl, E., 1984. *Crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. México D.F.: Folios Ediciones.
- Husserl, E., 1986. *Meditaciones cartesianas*. Madrid: Tecnos.

- Ingham, R. y G. van Zessen, 1997. From individual to interactional processes. En: L. Van Campenhout, M. Cohen, G. Guizzardi y D. Hausser. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Londres: Taylor y Francis, pp. 83-99.
- Kahan, D. y P. Slovic, 2006. Cultural evaluations of risk: “values” or “blunders”? *Harvard Law Review*, 119, pp. 166-172.
- Lamas, M., 1998. Sexualidad y género: la voluntad de saber feminista. En I. Szasz y S. Lerner, *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México D.F.: El Colegio de México, pp. 49-67.
- Lamas, M., 1999. “Género, diferencia de sexo y diferencia sexual”. *Debate Feminista*, Año 10, Vol. 20, octubre, pp. 84-106.
- Lamas, M., 2000. “Diferencias de sexo, género y diferencia sexual”. *Cuicuilco*, enero-abril, vol. 7, no. 18, pp.1-24.
- Levi, G., 1993. Sobre microhistoria. En: P. Burke *et al.*, *Formas de hacer Historia*. Madrid: Alianza Editorial, pp. 119-143.
- Luhmann, N., 1992. *Sociología del Riesgo*. México: Universidad Iberoamericana y Universidad de Guadalajara, primera edición en español.
- Luhmann, N., 1996. *Confianza*. Barcelona: Anthopos.
- Lupton, D., 1999. Introduction: risk and sociocultural theory. En: D. Lupton, *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, pp.1-11.
- Popper, K., 2007. *Conocimiento Objetivo: un enfoque evolucionista*. Madrid, Tecnos. 5a. edición en castellano.
- Quétel, C., 1992. *History of Syphilis*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Quin, R. 1996. Enfoques sobre el estudio de los medios de comunicación: la enseñanza de los temas de representación de estereotipos. En: R. Aparici, coord. *La Revolución de los medios audiovisuales*. Ediciones de la Torre: Madrid, pp. 225-232.
- Rayner, S., 1992. Cultural Theory and Risk Analysis. En: S. Krinsky y D. Golding, eds. *Social theories of Risk*. Westport: Praeger, pp. 83-115.
- Renn, O., 1992. Concepts of Risk: A Classification. S. Krinsky y D. Golding, eds. *Social theories of Risk*. Westport: Praeger, pp. 53-79.
- Ross, L. y C. Anderson, 1999. Shortcomings in the attribution process: On the origins and maintenance of erroneous social assessments. En D. Kahneman, P. Slovic, y A. Tversky, *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 13 ed., pp. 129-152.
- Schutz, A., 1974a. *El problema de la realidad social*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Schutz, A., 1974b. *Estudios sobre teoría social*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Scott, J., 1999. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: M. Navarro y C. Stimpson, comps. *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp. 37-75.
- Simon, W. y J. Gagnon, 1986. “Sexual Scripts: Permanence and Change”. *Archives of Sexual Behavior*, vol. 15, no. 2, pp. 97-120.
- Slovic, P., Fischhoff, B. y S. Lichtenstein, 1999. Facts versus fears: Understanding perceived risk. En: D. Kahneman, P. Slovic y A. Tversky, *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 13 ed., pp. 463-489.
- Slovic, P., Peters, E., Finucane, M.L. y D.G. Macgregor, 2005. “Affect, risk, and decision making”. *Health Psychol.* 2005 Jul;24(4 Suppl):S35-40.
- Spongberg, M., 1997. *Feminizing Venereal Disease. The Body of the Prostitute in Nineteenth-Century Medical Discourse*. Londres: MacMillan Press.
- Szasz, I., 2008. Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México. En: I. Szasz y S. Lerner, coords. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Tomo 1. México D.F.: El Colegio de México, pp. 429-475.

- Tversky, A. y D. Kahneman, 1999. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. En D. Kahneman, P. Slovic, y A. Tversky, *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 13 ed., pp.3-20.
- Valdés Ugalde, F., 2008. Gobernanza e instituciones. Propuestas para una agenda de investigación. *Perfiles Latinoamericanos*, enero-junio, 31, pp. 85-119.
- Van Campenhoutd, L., Cohen, M., Guizzardi, G. y D. Hausser, 1997. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Londres: Taylor y Francis.
- Vance, C., 1997. “La antropología descubre la sexualidad: un comentario teórico”, en *Estudios Demográficos y Urbanos* 34-35, vol. 12, 1 y 2, pp. 101-128.
- Vovelle, M., 1985. *Ideologías y Mentalidades*, Barcelona, Ariel, 1ª edición en español.
- Weeks, J., 1998. La construcción de las identidades genéricas y sexuales. La naturaleza problemática de las identidades. En: I. Szasz y S. Lerner, comps. *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México D.F.:El Colegio de México, pp. 199-221.
- West, C. y D. Zimmerman, 1999. Haciendo género. En: M. Navarro y C. Stimpson, comps. *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp. 109-143.

DEL CAPÍTULO 3. METODOLOGÍAS DE LA INVESTIGACIÓN

- Knodel, J., 1993. The Design and Analysis of Focus Group Studies: A Practical Approach. En: D. Morgan, ed. *Successful Focus Groups: Advancing the State of the Art*. Newbury Park, California: SAGE, pp. 35-50.
- McCracken, G., 1988. *The Long Interview*. California: Sage, Sage University Paper Series on Qualitative Research Methods, Vol. 13.
- Sánchez-Alemán, M. A., Uribe-Salas, F. J., Lazcano-Ponce, E. C., Conde-Glez, C. J., 2011. Human Papillomavirus Incidence and Risk Factors Among Mexican Female College Students. *Sexually Transmitted Diseases*. 38(4), pp. 275-278.
- Sánchez-Aleman, M.A., Conde-Glez, C.J., Gayet, C., *et al.*, 2005. Sexual behaviour and herpes simplex virus 2 infection in college students. *Arch Med Res* 36 (2005), pp. 574-580.
- Sánchez-Alemán, M.A., Uribe-Salas, F., Conde-González, C.J., 2002. La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Publica Mex* 2002, 44, pp. 442-447.
- Sánchez-Aleman, M.A., Uribe-Salas, F., Lazcano-Ponce, E., *et al.*, 2010. HSV-2 seroincidence among Mexican college students: the delay of sexual debut is not enough to avoid risky sexual behaviours and virus transmission. *Sex Transm Infect* 2010, 86, pp. 565-569.
- Spongberg, M., 1997. *Feminizing Venereal Disease. The Body of the Prostitute in Nineteenth-Century Medical Discourse*. Londres: MacMillan Press.
- Vovelle, M., 1985. *Ideologías y Mentalidades*, Barcelona, Ariel, 1ª edición en español.

DEL CAPÍTULO 4. EL RIESGO OBJETIVADO: PANORAMA DE ALGUNAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN LA POBLACIÓN MEXICANA

- Álvarez-López, J.M. *et al.*, 1997. “Enfermedades sexualmente transmisibles en dos poblaciones de homosexuales”. *Enfermedades infecciosas y Microbiología* 1997;17(5), pp. 79.
- Aral, S. y K. Holmes, 1999. Social and behavioral determinants of the epidemiology of STDs: Industrialized and developing countries. En: K. Holmes *et al.*, edits. 1999. *Sexually transmitted diseases*. Nueva York: McGraw-Hill, Tercera Edición, Cap. 4, pp. 39-76.

- Arredondo García, J. L., Narcio-Reyes, M. L., Casanova-Román, G. *et al.*, 1993. "Enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) en un grupo de adolescentes que asisten a un Instituto de Atención Perinatal". *Gaceta Médica de México* 1993;129(1), pp. 75-79.
- Berumen, J., Miranda, E. I., Zafra, G, *et al.*, 1997. "Epidemiología molecular de cánceres de alta incidencia en México". *Gac. méd. Méx*,133(supl.1), pp. 35-41.
- Bulmaro Manjárez, T, León J., E. y Fuentes Allen, J., 1997. "Frecuencia de neurosífilis en pacientes con infección por el VIH". *Enfermedades infecciosas y Microbiología* 1997;17(5), pp. 79 (Resumen de Congreso).
- Calderón Jaimes, E., Conde González, C. y G. Echaniz Aviles, 1990. "Enfermedades adquiridas por contacto sexual prioridades en México". *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*, vol 3, n°1, pp. 69-72.
- Calderón-Jaimes, E., Conde-González, C., Juárez-Figueroa, L., *et al.*, 1994. "Prevalencia de anticuerpos antitreponémicos en 3098 mujeres dedicadas a la prostitución en la ciudad de México". *Revista Invest Clin* 1994; 46 (6), pp. 431-6.
- Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, 2001. Datos procesados no publicados.
- Conde, C., Calderón, E., Uribe, F., *et al.*, 1995. "Infección por *Treponema pallidum* y el virus Herpes simplex-2: Frecuencia y predictores en asistentes a un servicio ginecológico". *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, Año 15, Vol. 15, n° 5, sept-oct. 1995, p. 302. (Abstract del XX Congreso Anual de la Asociación Mexicana de Infectología y Microbiología Clínica 1995).
- Conde-González, C., Hernández-Avila, M., Uribe, F., *et al.*, 1993. "STDs Prevalence Studies among Different Populations in Mexico City", IXth International Conference on AIDS (IVth STD World Congress), Berlín junio 1993.
- Conde-González, C., Juárez-Figueroa, L., Uribe-Salas, F., *et al.*, 1999. "Analysis of herpes simplex virus 1 and 2 infection in women with high risk sexual behaviour in Mexico". *Int J Epidemiol* 1999 Jun;28(3):571-6.
- Corey, L. y A. Wald, 2008. Genital Herpes. En: K. Holmes *et al.*, eds., 2008. *Sexually transmitted diseases*, Nueva York: McGraw-Hill, Cuarta Edición, Cap. 24, pp. 399-437.
- Cruz, C. Hernández, T.G., Silva, A., *et al.*, 1996. "STD's and HIV prevalence in female sex workers (FSW) in Mexico City", Congreso Internacional Vancouver 1996. Mo.C.1432.
- Cruz-Palacios, C. Martínez, R., Sánchez, L. *et al.*, 1997. "Asociaciones frecuentes de ETS/VIH en mujeres trabajadoras del sexo comercial (MTSC) en México D.F.", VI Congreso Nacional sobre Sida 1997.
- Dirección General de Epidemiología, 1998. Morbilidad. Compendios y Anuarios. 1990-1998.
- Dirección General de Epidemiología, DGE, 2001a. Morbilidad 1990-1999.
- Dirección General de Epidemiología, DGE, 2001b. Boletín Epidemiológico Semanal 2/2001 (del 7 al 13 de enero).
- Flores Figueroa, J. *et al.*, 2000. "Comportamientos de riesgo y prevalencia de enfermedades de transmisión sexual en el Sistema Penitenciario de Puerto Vallarta". *Enfermedades infecciosas y Microbiología* 2000, 20, p. S48 (resumen del XXV Congreso Anual de la AMIMC).
- Gallegos García, F.S., 1993. "Experiencia en detección de enfermedades de transmisión sexual en un grupo de mujeres prostitutas". IV Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, Cuernavaca enero 1993. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuaderno de Trabajo, p. 63.
- García Malo B., F., Canepa Ballina, M. A., Flisser, A. *et al.*, 1997. "Infecciones Cervico Vaginales más frecuentes en mujeres en edad reproductiva. Frecuencia encontrada en casos de revisión del Instituto Nal. de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos". *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, sept-oct, 1997, Vol. 17, n°5, p. 74 (resumen congreso).
- Giuliano, A.R., Denman, C., Guernsey de Zapien, J., *et al.*, 2001. Design and results of the USA-Mexico border human papillomavirus (HPV), cervical dysplasia, and Chlamydia trachomatis study. *Rev Panam Salud Publica* 2001 Mar; 9(3), p. 172-81.
- Hernández Girón, C., Uribe-Salas, F., Conde-González, C. *et al.*, 1997. "Seroprevalencia a diversos virus y características sociodemográficas en mujeres que buscan detectarse VIH". *Revista Invest Clin* 1997, 49(1), p. 5-13.

- Hernández-Avila, M., Lazcano-Ponce, E.C., Berumen-Campos, J. *et al.*, 1997. "Human papilloma virus 16-18 infection and cervical cancer in Mexico: a case-control study". *Arch Med Res* 1997 Summer;28(2), pp. 265-271.
- Instituto Nacional de Perinatología, 2000. Datos informados por el jefe del Depto. de Inmunología e Infectología Perinatal, Javier Ortiz Ibarra, para el año 2000. No publicados.
- Juárez-Figueroa, L., Uribe-Salas, F., Conde-Glez, C. *et al.*, 1998. "Low prevalence of hepatitis B markers among Mexican female sex workers". *Sex Transm Inf* 1998, 74, pp. 448-450.
- Juárez-Figueroa, L., Uribe-Salas, F., Conde-González, C., *et al.*, 1997. "Hepatitis B Markers in Men Seeking Human Immunodeficiency Virus Antibody Testing in Mexico City". *Sex Transm Dis* 1997, 24(4), pp. 211-217.
- Juarez-Figueroa, L.A., Wheeler, C.M., Uribe-Salas, F.J., *et al.* (2001), "Human papillomavirus: a highly prevalent sexually transmitted disease agent among female sex workers from Mexico City". *Sex Transm Dis* 2001 Mar, 28(3), pp. 125-30.
- Lazcano Ponce, E., Moss, S., Cruz Valdez, A., *et al.*, 1999. "Factores que determinan la participación en el tamizaje de cáncer cervical en el estado de Morelos". *Salud pública Méx*, 41(4), pp. 278-85, jul.-ago. 1999.
- Lazcano-Ponce, E. Herrero, R. Munoz, N., *et al.*, 2001b. "High prevalence of human papillomavirus infection in Mexican males: comparative study of penile-urethral swabs and urine samples". *Sex Transm Dis* 2001, mayo, 28(5), pp. 277-80.
- Lazcano-Ponce, E., Herrero, R., Muñoz, N., *et al.*, 2001a. "Epidemiology of HPV infection among Mexican women with normal cervical cytology". *Int J Cancer* 2001, Feb, 1, 91(3), pp. 412-20.
- Lazcano-Ponce, E., Smith, J.S., Muñoz, N. *et al.*, 2001c. "High prevalence of antibodies to herpes simplex virus type 2 among middle-aged women in Mexico City, Mexico: a population-based study". *Sex Transm Dis* 2001, mayo, 28(5), pp. 270-6.
- López-Ortiz, J.O. *et al.*, 1997. "Incidencia de infecciones por VIH, VHC y sífilis en mujeres y varones trabajadores del sexo comercial", VII Congreso Nacional de Investigación sobre Salud Pública 1997.
- Martínez, R., Sánchez, L., Jiménez, G. *et al.*, 1997. "Infección por el virus del papiloma humano (VPH) en mujeres trabajadoras del sexo comercial (MTSC): diagnóstico por papanicolao". VI Congreso Nacional sobre sida 1997.
- Pita Ramírez, L. y Torres-Ortiz, G., 1997. "Prevalencia de anticuerpos virales y reagentes luéticas en donadores de sangre de un hospital". *Revista Invest Clin* 1997, 49, pp. 475-80.
- Rojo Medina, J., Krueger, G., Bonifaz-Gracias, R., *et al.*, 1995. "Prevalencia del virus humano herpes 7 en donadores de sangre mexicanos". *Revista Invest Clin*, 1995, 47 (6), pp. 467-471.
- Rubí-Vega, S., Lizano-Soberón, M., Carrillo-García, A. *et al.*, 1997. "Coinfección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Virus del Papiloma Humano (VPH). Prevalencia de lesiones intraepiteliales escamosas (SIL) genitales". VI Congreso Nacional sobre sida 1997.
- Sánchez-Alemán, M.A., 2001. Prevalencia y factores asociados a la infección por *Treponema pallidum*, virus del herpes simple tipo 2 y virus del papiloma humano. Tesis de maestría en Ciencias de la Salud, área de concentración en Enfermedades Infecciosas. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sánchez-Aleman, M.A., Conde-Glez, C.J., Gayet, C., *et al.*, 2005. Sexual behaviour and herpes simplex virus 2 infection in college students. *Arch Med Res*, 2005, 36, pp. 574-580.
- Sánchez-Alemán, M.A., Uribe-Salas, F., Conde-González, C.J., 2002. La infección por el virus del papiloma humano, un posible marcador biológico de comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Salud Publica Mex*, 2002, 44, pp. 442-447.
- Terán, T.X., Hernández, T.G., Delgado, T. *et al.*, 1995. "Prevalencia de otras ETS en personas con infección por VIH". V Congreso Nacional sobre Sida 1995.
- Torroella-Kouri, M. Morsberger, S., Carrillo, A. *et al.*, 1998. "HPV prevalence among Mexican women with neoplastic and normal cervixes". *Gynecol Oncol*, 1998, Jul, 70(1), pp. 115-20.

- Uribe-Salas, F., Del Río-Chiriboga, C., Conde-González, C. *et al.*, 1996. "Prevalence, Incidence, and Determinants of Syphilis in Female Commercial Sex Workers in Mexico City". *Sex Transm Dis*, 1996, 23(2), pp. 120-126.
- Uribe-Salas, F., Hernández-Avila, M., Conde-González, C. *et al.*, 1997. "Low Prevalences of HIV Infection and Sexually Transmitted Disease among Female Commercial Sex Workers in Mexico City". *American Journal of Public Health*, 1997, 87(6), pp. 1012-1015.
- Uribe-Salas, F., Hernández-Avila, M., Juárez-Figueroa, L. *et al.*, 1999. "Risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among female commercial sex workers in Mexico City". *International Journal of STD&AIDS* 1999, 10, pp. 105-111.
- Uribe-Salas, F., Hernández-Girón, C., Conde-González, C. *et al.*, 1995. "Características relacionadas con ETS/VIH de hombres que trabajan en bares de la Ciudad de México donde se ejerce la prostitución femenina". *Salud Pública de México*, 1995, 37(5), pp. 385-394.
- Valdespino, J.L., Loo, E., Cruz, C. *et al.*, 1991. "Risk Factors interrelated between AIDS and STD among female prostitutes Mexico". VII International Conference on AIDS, Florencia, junio 1991. Vol 1.M.C.3226.
- Valdespino-Gómez, J.L., García-García, M.L., Del Río-Chiriboga, C. *et al.*, 1995. "Las enfermedades de transmisión sexual y la epidemia de VIH/sida". *Salud Pública de México*, 1995, 37(6), pp. 549-555.
- Varela-Trejo, C., Terán-Toledo, X., Hernández, G. *et al.*, 1997. "Prevalencia de sífilis: principales factores y marcadores de riesgo". VI Congreso Nacional sobre Sida 1997.
- Vera-Gamboa, L., Góngora-Bianchi, R., Castro-Sansores, C. *et al.*, 1999. "Prevalencia de papilomavirus y displasia cervical en un grupo de mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en Yucatán, México". *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, Vol. 19, XXIV Congreso Anual de la AMIMC.
- Villarreal, C., Martínez, A., Robles, M. *et al.*, 1996. "Prevalence of cervical intraepithelial neoplasia (CIN), human papillomavirus (HPV) infection and other cervico-vaginal infections in women with HIV". XI Conferencia Internacional sobre sida, Vancouver.
- Volkow, P., Rubi, S., Lizano, M. *et al.*, 2001. "High prevalence of oncogenic human papillomavirus in the genital tract of women with human immunodeficiency virus". *Gynecol Oncol*, 2001, Jul, 82(1), pp. 27-31.
- Weaver, *et al.*, 2004. "Evaluation of Genital Sites and Sampling Techniques for Detection of Human Papillomavirus DNA in Men". *The Journal of Infectious Diseases*, Vol. 189, No. 4 (Feb. 15, 2004), pp. 677-685
- WHO, 2001. *Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections: Overview and estimates*. WHO/HIV_AIDS 02&01, Ginebra.
- Winer, R., y L. Koutsky, 2008. Genital Human Papillomavirus Infection. En K. Holmes *et al.*, 2008. *Sexually transmitted diseases*, MacGraw-Hill, Cuarta Edición, Cap. 28, pp. 489-508.
- Xu, F., Sternberg, M.R., Kottiri, B.J. *et al.*, 2006. "Trends in herpes simplex virus type 1 and type 2 seroprevalence in the United States". *JAMA*, 2006, 296(8), pp. 964-973
- Zamilpa Mejía, L., 1999. "Prevalencia de la infección por el virus del papiloma humano y factores asociados a la misma en trabajadoras sexuales de la Ciudad de México". Tesis de maestría en Ciencias de la Salud, área de concentración Salud Reproductiva. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Zamilpa Mejía, L., Rivera Rivera, L., Hernández Nevárez, P. *et al.*, 1994. "Prevalencia y factores asociados de sífilis y herpes genital en un grupo de población general femenina". *Enfermedades Infecciosas y Microbiología*, Año 14, vol.14, n°4, jul-ago 1994. (Abstract XIX Congreso Anual de la Asociación Mexicana de Infectología, Monterrey).

DEL CAPÍTULO 5. LA CONSTRUCCIÓN DE RIESGOS DE ITS EN LAS MENTALIDADES MÉDICO-SALUBRISTAS DURANTE EL SIGLO XX.

- Aboites Aguilar, L., 2004. El último tramo, 1929-2000. En: *Nueva historia mínima de México*. México D.F.: El Colegio de México, pp. 262-302.
- Albarrán, J., 1923. Profilaxia de las Enfermedades Venéreas en lo referente a la prostitución. Tesis presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México.
- Alemán Pérez, J., 1909. Breves apuntes sobre higiene militar. Proyecto de profilaxis de las enfermedades venéreo-sifilíticas en el Ejército. Tesis presentada en la Escuela Nacional de Medicina.
- Alfaro, M., 1890. “Estudiar la Reglamentación actual de la prostitución, señalar sus ventajas e inconvenientes, e indicar las reformas que sería útil introducir”. *Gaceta Médica de México*, Tomo XXV, n° 2, 15, enero 1890, p. 55.
- Almaraz, J., 1926. Estudio que presenta el Licenciado José Almaraz a la Comisión Revisora del Código Penal, acerca de la creación de un nuevo delito: el de Contagio (Sexual y nutricio). Archivo Histórico General de la Secretaría de Salud, México, Fondo *Salubridad Pública -SP-*, Sección Servicio Jurídico -SJ-, Caja 5, Expediente 12, 1926-1927, f.15-35, 58-68.
- Alvarez Amézquita, J., Bustamante, M., López Picazos, A., Fernández del Castillo, F., 1960. *Historia de la Salubridad y Asistencia en México*. México D.F.: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Araujo Valdivia, L., 1931. Oficio al Jefe del Departamento de Salubridad Pública; Asunto: se le devuelve un dictamen y remite Proyecto para el Nuevo Código Penal. Archivo General de la Nación (AGN), Sección Departamento de Salubridad y Asistencia, DSP, V-1, Exp.8, Caja 1.
- Arias, O., 1953. “Primer Decenio de la Penicilina en el Tratamiento de la Sífilis”. *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXXIII, N° 2, Marzo-Abril, pp. 147-152.
- Arias, O., 1959. Quince años de tratamiento de la sífilis con penicilina. *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXXIX, n° 4, Abril, pp. 233-242.
- Arredondo García, J. L., Narcio Reyes, M. L., Casanova, R., Figueroa Damián, R. 1993. “Enfermedades transmitidas sexualmente (ETS) en un grupo de adolescentes que asisten a un Instituto de Atención Perinatal”. *Gaceta Médica de México*, Vol. 129, N° 1, enero-febrero 1993, pp. 75-79.
- Arroyo, J., 1929. ¿Qué valor debemos dar a los métodos suerológicos en el diagnóstico de la sífilis adquirida? *Gaceta Médica de México*, Tomo 60, n° 1, enero, 1929, pp. 1-12.
- Becerra-García, A., 1971. “Brucelosis y sífilis transmitidas por transfusión”. *Gaceta Médica de México*, Vol. 101, n° 6, 1971, pp. 699-701.
- Beirana, L., Breña Villaseñor, G., González Galván, A., Hirata V., M. C., Rivera Melo Vázquez, V., 1977. Mesa redonda: Enfermedades venéreas. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, Vol. XX, N° 9, 1977, pp 4-31.
- Boletín de la Oficina Panamericana, 1925. “Informe del Comité de Investigación de Enfermedades venéreas de Inglaterra, sobre las mejores medidas de orden médico para prevenir estas enfermedades en la población civil.” *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 2, 1925, pp. 224-234.
- Boletín del Departamento de Salubridad Pública, 1942. “Noticias Varias”. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, Vol. V, No. 1, Marzo 1942. pp. 78-79.
- Bravo Becherelle, M. Á., 1960. “La notificación de las enfermedades transmisibles en México”. *Salud Pública de México*, Época V, Volumen II, N° 1, Enero-Marzo, pp. 15-16.
- Bravo Sandoval, J., Alvarado Durán, A., García Hidalgo, T. y J. A. Ruiz Moreno, 1979. “Mesa redonda: Vulvovaginitis”. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, Vol. XXII, N°4, pp. 6-16.
- Bronfman, M., 1999. “Editorial. Ciencias sociales y sida”. *Salud Pública de México*, Vol. 41, N° 2, marzo-abril 1999, pp. 83-84.

- Brown, W. J., 1968. "El Control de las Enfermedades Venéreas en Estados Unidos de América". *Salud Pública de México*, Época V, Volumen X, N° 1, enero-febrero, pp.55-58.
- Brown, W. J., 1969. "Orientaciones actuales de la investigación en enfermedades venéreas". *Salud Pública de México*, Época V, Volumen XI, N° 5, septiembre-octubre, pp. 621-622.
- Calderón-Jaimes, E., 1999. "Tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual". *Salud Pública de México*, Vol. 41, N° 4, julio-agosto 1999, pp.334-343.
- Callin, A. E., 1968. "¿Cuánto le cuesta a un país un programa inadecuado de control de sífilis?". *Salud Pública de México*, Época V, Volumen X, N° 5, septiembre-octubre, pp. 611-614.
- Campillo Sáinz, C., 1955. Diagnóstico de las enfermedades producidas por virus. *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXXV, N°2, Marzo-Abril, pp. 265-273.
- Campos Salas, A. y V. Montaña Vallejo, 1966. "Situación Actual de las Enfermedades Venéreas en México". *Salud Pública de México*, Época V, Volumen VIII, N° 4, Julio-Agosto, pp. 553-560.
- Campos Salas, A. y V. Montaña Vallejo, 1968. "Situación actual de las Enfermedades Venéreas en México". *Salud Pública de México*, Época V, Volumen X, N° 1, enero-febrero, pp.43-54.
- Campos Salas, A., 1948. "Un año de investigación de contactos. Centro de Adiestramiento y Dispensario Antivenéreo 'Dr. Eliseo Ramírez'". *Salubridad y Asistencia*, Tomo VIII, N° 3. Mayo-Junio de 1948, pp. 147-159.
- Campos Salas, A., 1957. *Sífilis, Gonorrea, Chancro Blando, Linfo-Granuloma Venéreo, Granuloma Inguinal en la Práctica Médica*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, segunda edición, 1957.
- Campos Salas, A., 1959. "Respuestas a las Preguntas más Frecuentes de los Médicos en Relación con la Sífilis". *Salud Pública de México*, Época V, Volumen I, N° 2, Octubre-Diciembre, pp.117-127.
- Campos Salas, A., 1960. "Exámenes serológicos en los trabajadores. Por que es necesario practicarlos de rutina y por qué es absurdo negar sistemáticamente trabajo a los que resultan positivos." *Salud Pública de México*, Época V, Volumen II, N° 2, Abril-Junio, pp. 313-319.
- Campos Salas, A., 1961. "Estado actual del problema de las enfermedades venéreas en México". *Salud Pública de México*, Época V, Volumen III, N° 2, Marzo-Abril, pp. 225-231.
- Campos Salas, A., 1962. "Comentarios al uso de los antibióticos como profilácticos en las enfermedades venéreas". *Salud Pública de México*, Época V. Volumen IV, N° 4, julio-agosto, pp. 609-615.
- Campos Salas, A., 1965. "Situación actual del control de las enfermedades venéreas en México". *Salud Pública de México*, Época V, Volumen VII, N° 3, Mayo-Junio, pp. 371-380.
- Campos Salas, A., 1971. "Las enfermedades venéreas como problema de salud nacional e internacional. Problemas de control de la gonorrea". *Salud Pública de México*, Época V, Vol. XIII, N° 1, Enero-Febrero 1971, pp. 41-52.
- Campuzano, F., 1930a. "Inspección de Sanidad, Informe del tercer trimestre de 1930". *Salubridad*, Vol. I, n°3, julio-sept. 1930, pp. 752-763.
- Campuzano, F., 1930b. "La educación de la hetaira es el primer paso serio para la efectividad de la campaña antivenérea en México". *Salubridad*, Vol. I, n°3, julio-sept., 1930, pp. 514-516.
- Campuzano, F., 1930c. "Inspección de Sanidad. Informe del cuarto trimestre de 1930". *Salubridad*, Vol. I, n°4, oct-dic 1930, pp. 1223-1230.
- Campuzano, F., 1931a. "Defensa del Reglamento de la prostitución". *Salubridad*, Vol II, n° 1-2-3-4, ene-dic., 1931, pp. 151-153.
- Campuzano, F., 1931b. "Algunas reflexiones sobre la lucha contra el peligro venéreo". *Salubridad*, Vol II, n° 1-2-3-4, ene-dic., 1931, pp. 156-157.
- Cañas, M. y E. Aragón, 1918. "La profilaxis de la sífilis en el Departamento de Salubridad Pública. II. Voto en contra". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 4ª época, n°8, pp 275-280.

- Cañas, M., 1918. “La profilaxis de la sífilis en el Departamento de Salubridad Pública. Observaciones a lo propuesto por el señor Presidente”. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 4ª época, nº 9, pp. 320-323 y nº 10, pp. 353-355.
- Cañas, M., Aragón, E., García Fuentes, D., Valdés F. y F. Valenzuela, 1918. “La profilaxis de la sífilis en el Departamento de Salubridad Pública. III. Ampliación y Ratificación del voto en contra”. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 4ª época, nº9, pp 315-318.
- Carrillo, R., 1909. “Apuntes sobre la heredo-sífilis”. *Gaceta Médica de México*, Tercera serie, Tomo IV, nº9, sept. de 1909, pp. 662-670.
- Cavazos, O., 1918. “La profilaxis de la sífilis en el Departamento de Salubridad Pública. Opiniones particulares de los señores vocales sobre el dictamen de la Comisión”. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 4ª época, nº11, pp. 398-399, nº12, pp. 429-431.
- Cervera, E., 1925. “Las Nuevas Orientaciones del Suero Diagnóstico de la Sífilis”. *Gaceta Médica de México*, Tomo 56, 1925 pp. 244-250.
- Cervera, E., 1938. “Investigación del Treponema de Schaudinn, del Bacilo de Ducrey y del Gonococo de Neisser”. *Salubridad e Higiene*, Vol. I, nº 1, abril de 1938, pp. 69-77.
- Chapa y Chapa, N., 1923. *La Educación sexual, especialmente desde el punto de vista de la Profilaxis de las Enfermedades Venéreas*. Tesis presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México.
- Chávez, I., 1925. “Informe de las labores durante el 3er. trimestre de 1925”. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, nº3, 1925, pp. 189-191.
- Cicero, R., 1905. “¿Se deben aplicar los principios de la responsabilidad civil y penal a la transmisión de la sífilis?”. *Gaceta Médica de México*, 2ª serie, Tomo V, nº9 y 10, mayo de 1905, pp. 112-119.
- Cicero, R., 1906. “Sección de Sifilografía”. *Gaceta Médica de México*, Tercera serie, Tomo I, nº3, marzo de 1906, pp. 108-115.
- Cicero, R., 1908. “La lucha contra la sífilis”. *Gaceta Médica de México*, Tercera serie, Tomo III, nº5, mayo de 1908, pp. 306-322.
- Conde, C. *et al.*, 1993. “Historical account of venereal diseases in Mexico”. *Genitourinary Medicine*, 69: 462-466.
- Conde-González, C., Uribe-Salas, F., 1997. “Gonorrea: la perspectiva clásica y la actual”. *Salud Pública de México*, Vol. 39, Nº 6, Noviembre-Diciembre 1997, pp. 573-579.
- De Cock, K., 1998. “From exceptionalism to normalisation: a reappraisal of attitudes and practice around HIV testing”. *BMJ* 1998 enero 24, 316(7127), pp. 290-3.
- de Garay, A., 1905. “Algunas consideraciones generales sobre la profilaxia de las enfermedades venéreas”. *La Escuela de Medicina*, tomo XX, nº 1, enero de 1905, pp. 1-4.
- de Garay, A., 1910. “La vacuna humana, la sífilis y la Sociedad Mexicana Sanitaria y Moral de Profilaxis de las enfermedades venéreas”. *La Escuela de Medicina*, tomo XXV, nº 3, febrero 1910, pp. 62-64.
- de Garay, A., 1925. “Los dispensarios venéreo-sifilíticos”. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, nº3, 1925, pp.85-101.
- de Garay, A., 1926. “Dispensarios para enfermos venéreo-sifilíticos. Relación de los trabajos ejecutados durante el trimestre de abril a junio del año en curso”. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, nº3, 1926, pp.125-127.
- del Raso, E., 1919. “Suerodiagnóstico de la sífilis”. *Gaceta Médica de México*, año LIV, 4ª serie, tomo 1, julio de 1919, pp. 17-22.
- del Raso, J., 1921. *La lucha contra la sífilis por medio de la profilaxis*. Tesis presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México.
- Del Río, C., Bronfman, M., Gómez-Dantés, H., Izazola, J. A., Muñoz, M., Rico, B., Uribe, P., 1994. *Sida y enfermedades de transmisión sexual: ¿un riesgo para todos?* México D.F.: Secretaría de Salud, Cuadernos de Salud.

- Departamento de Salubridad Pública, 1927. Oficio al C. Secretario de Gobernación, Asunto: Se proponen reformas al Código Penal. Archivo Histórico General de la Secretaría de Salud, México, Fondo *Salubridad Pública –SP*, Sección Servicio Jurídico -SJ-, Caja 5, Expediente 12, 1926-1927, f.15-35, 58-68.
- Departamento de Salubridad Pública, 1930. “La declaración obligatoria en casos de Enfermedades Transmisibles”. *Salubridad*, vol I, n° 3, jul-sept. 1930, pp. 493-496.
- Dirección de Acción Cívica, de Reforma y Cultural del Departamento del Distrito Federal, 1929. *Prontuario Cívico y Social. Guía explicativa de las instituciones al servicio de los habitantes del Distrito Federal*. México DF, Talleres Gráficos de la Nación, 1929.
- Editorial de El Universal, 1926. “El matrimonio y la salud”. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 3, 1926, pp. 217-219.
- Editorial, 1920. “La lucha contra los males venéreos”. *Gaceta Médica de México*, Año LV, 4ª serie, Tomo I, n°6, abril-julio de 1920, pp. 290-292.
- Editorial, 1925. “La actividad del Departamento de Salubridad Pública en materia de reglamentación y legislación sanitarias”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 4, 1925, pp. 3-6.
- Effertz, O., 1901. “Algunas observaciones sobre la terapia de la gonorrea y la termoterapia en general”. *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3ª época, Tomo VII, n°2, agosto de 1901. pp. 48-49.
- Effertz, O., 1903. “Algunas observaciones sobre las relaciones entre la sífilis, la tabes y la parálisis general progresiva”. *La Escuela de Medicina*, Tomo XVIII, n° 8, mayo 1903, pp. 172-175.
- El Universal, 1926a. “La peligrosa dictadura sanitaria”. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 3, 1926, pp. 222-223.
- El Universal, 1926b. “Los matrimonios no podrán efectuarse sin previo examen médico”. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n°3, 1926, pp. 216-217.
- Escalante Gonzalbo, P. et al., 2004. *Nueva historia mínima de México*. México D.F.: El Colegio de México.
- Escomel, E., 1925. “Reacción de Wassermann Positiva sin Sífilis en Tres Piorreicos. ‘La Neurastenia Wassermánica’”. *Gaceta Médica de México*, Tomo 56, 1925 pp. 288-291.
- Esesarte G., E. de y A. Bernal Dávila, 1973. “Importancia del laboratorio en la detección y control de la gonorrea en las zonas de escasos recursos médicos y de laboratorio”. *Salud Pública de México*, Época V, Vol. XV, N° 6, Noviembre-Diciembre 1973, pp. 849- 855.
- Estrada Urroz, R., 2002. “Control sanitario o control social: la reglamentación prostibularia en el Porfiriato”. *Bol Mex His Fil Med* 2002; 5 (2), pp. 21-25.
- Estrada Urroz, R., 2006. “La lucha por la hegemonía francesa en la medicina mexicana: el caso de los medicamentos para combatir la sífilis”. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Número 7 - 2007, puesto en línea el 18 diciembre 2006, referencia del 16 noviembre 2007, disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/document31115.html>.
- Estrada Urroz, R., 2007. “¿Público o Privado? El control de las enfermedades venéreas del porfiriato a la revolución”. *Estudios de Historia Moderna y Contemporánea de México*, N. 33, Enero-Junio 2007, pp. 33-56.
- Flores, R., 1926. “Eugenesia. Profilaxis de la mortinatalidad por heredosisífilis en la Ciudad de México”. Tesis presentada en la Universidad Nacional de México.
- Fournier, 1902. “Profilaxia pública de las enfermedades venéreas”. *La Escuela de Medicina*, tomo XVII, n° 17, sept. 1902, pp. 385-396.
- Fournier, 1903. “Para nuestros hijos cuando tengan diez y ocho años. Consejo de un médico”. *La Escuela de Medicina*, Tomo XVIII, n° 16, sept. 1903, pp. 361-378.
- García Martínez, B., et al., 2010. *Nueva Historia General de México*. México D.F.: El Colegio de México.
- García, E.R., 1902. “Un caso de uretrorragias espontáneas consecutivas al escurrimiento blenorragico”. *Gaceta Médica de México*, 2ª serie, Tomo II, n° 21, nov. 1902, pp. 280.

- Garciadiego, J., 2004. La Revolución. En: P. Escalante Gonzalbo, *et al.*, *Nueva Historia Mínima de México*. México D.F.: El Colegio de México.
- Gastélum, B., 1925. "Liminar". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 1, 1925, pp. 3-10.
- Gastélum, B., 1926a. "La persecución de la sífilis desde el punto de vista de la garantía social". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n°4, 1926, pp. 5-24.
- Gastélum, B., 1926b. "El Dr. Gastélum rechaza los cargos que se han hecho al Código Sanitario". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 3, 1926, pp. 226-227.
- Gauthier, A., 1925. "La mujer contra el peligro venéreo". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 4, 1925, pp. 211-218.
- Gaviño Iglesias, A., Breña Alvérez, F., y M. Cañas, 1918. "La profilaxis de la sífilis en el Departamento de Salubridad Pública. VI. Dictamen Final, aprobado unánimemente por los miembros del Consejo". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 4ª época, n°10, pp. 355-361.
- Gaviño Iglesias, A., Huici, J., Breña Alvérez, F., 1918. "La profilaxis de la sífilis en el Departamento de Salubridad Pública. I. Dictamen de la Comisión". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 4ª época, n° 7, pp. 239-244.
- Gayón, J.P., 1896. "Algunos datos relativos a la profilaxia de las enfermedades venéreas y sifilíticas". *Gaceta Médica de México*, Tomo XXXIII, n°1, pp. 14-22, enero 1896.
- Gayón, J.P., 1897. "Nota acerca del tratamiento de la sífilis por las inyecciones de calomel". *Gaceta Médica de México*, Tomo XXXIV, n°4, pp. 105-111, febrero 1897.
- Gayón, J.P., 1910. "La sero-reacción de Wassermann". *Gaceta Médica de México*, Tomo V, 3ª serie, n° 5, mayo de 1910, pp. 208-212.
- Gea González, M., 1930. Sugestiones para el caso de abolir la prostitución, Archivo General de la Nación (AGN), Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección Departamento de Salubridad Pública, Vol. 20, Exp. 10.
- Gea González, M., Iturbide Alvérez, S., Monterrubio, E., Torres Torija, J., y I. Espinosa de los Reyes, 1930. Proyecto para suprimir el reglamento para ejercer la prostitución, Archivo General de la Nación, Sección Departamento de Salubridad y Asistencia, DSP, Exp. 33, V-1.
- Gómez Jáuregui, E., 1930. "Anotaciones prácticas acerca de profilaxis de las enfermedades venéreas". *Salubridad*, Vol. I, n°3, 1930, pp. 576-581.
- Góngora, P., 1926. "Los matrimonios salubres". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 3, 1926, pp. 220-222.
- González Enríquez, R., 1933. "Orientaciones y programa para la educación sexual en la escuela secundaria mexicana". *Gaceta Médica de México*, Tomo 64, n°6, junio 1933, pp. 499-519.
- González Galván, A., 1975. "Enfermedades Venéreas", folleto N° 16 de la IV Reunión Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1975.
- González Ochoa, A., 1957. "El problema de la resistencia bacteriana a los antibióticos. Comentario al trabajo del Dr. Francisco Ruiz Sánchez". *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXXVII, N° 12, diciembre, pp. 912-917.
- González Pedraza, A., Ortíz Zaragoza, C., Sánchez Cabrera, L., 1989. "Frecuencia de aislamiento de algunos microorganismos patógenos de la Vagina". *Revista de la Facultad de Medicina*, UNAM, Vol. 32, N° 2, 1989, pp. 37-41.
- González Urueña, J., 1904. "Un caso de dolor sifilítico de origen neuralgiforme". *Gaceta Médica de México*, 2ª serie Tomo IV, n° 18, agosto 1904, pp. 252-254.
- González Urueña, J., 1908. "Dictamen sobre la manera de organizar en México la lucha contra las enfermedades venéreas". *Gaceta Médica de México*, Tercera serie, Tomo II, n°5, mayo de 1908, pp. 306-322.
- González, L., 1981. El liberalismo triunfante. En: D. Cosío Villegas, coord., 1981. *Historia General de México*, tomo 2. México D.F.: El Colegio de México, tercera edición, pp. 897-1015.

- Gutiérrez Villegas, L. y J. Sosa Martínez, 1955. "Inmunología y epidemiología de las virosis". *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXXV, N°2, Marzo-Abril, pp 243-264.
- Gutiérrez-Murillo, E., 1973. "Educación sexual elemental de la mujer en la época perimrimonial". *Gaceta Médica de México*, Vol. 106, Suplemento 1, pp. 352-354.
- Harris, W., 1984. "Un enfoque educativo internacional de las enfermedades venéreas". *Salud Pública de México*, Vol. 26, N° 5, Septiembre-October 1984, pp. 447-451.
- Hernández Manero, V., 1942. Sugestiones para realizar la iniciativa del C. Presidente de la República, relativa a Represión de la Prostitución. (Oficio enviado al Gobernador del Estado de Guanajuato); 7 de diciembre de 1942; AGN, Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, Caja 59, Exp. 37.
- Iglesias, A., 1932. Oficio enviado a la H. Cámara de Diputados, Jalapa, Ver. el 24 de mayo de 1932; Asunto: Relativo a la posible derogación de la Ley No 362 expedida con fecha 30 de agosto de 1930. Derogación de la reglamentación de la Prostitución en el Estado de Veracruz, 1932-1933. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México. (AHSSA).-Salubridad Pública, Servicios Jurídicos, C-33, Exp. 6, 1932-1933. f. 2-8.).
- Izábal, I., 1927. "Campaña nacional antivenérea". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 2, 1927, pp. 194-196.
- Izaguirre Rojo, B. y A. de los Ríos, 1925. "Informe de los trabajos efectuados por la Inspección de Sanidad, durante el primer trimestre de 1925". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 1, 1925, pp. 80-81.
- Izazola Licea, J. A., Sánchez Pérez, H. J., Del Río Chiriboga, C., 1992. "El examen serológico para el virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) como parte de los exámenes prenupciales". *Gaceta Médica de México*, Vol. 128, N° 3, mayo-junio 1992, pp. 317-327.
- Jiménez Rueda, J., 1926. "La pasteurización del amor". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 3, 1926, pp. 224-226.
- Laguna, S., 1928. "Misión Nacional Antivenérea". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n°1, 1928, pp.160-164.
- Latapi, F., 1942. "Sífilis adquirida en el niño". *Gaceta Médica de México*, Tomo 72 de 1942, pp. 555-564.
- Lavalle Carvajal, E., 1909. "Profilaxis venérea. Medios prácticos de fácil aplicación y de pronto resultados". *Gaceta Médica de México*, Tercera serie, Tomo IV, n°5, mayo de 1909, pp. 308-358.
- Lavalle Carvajal, E., 1911. "La lucha contra las enfermedades venéreas. ¿El radicalismo es ineficaz y contranatural? ¿Los acomodamientos inmoraes?". *Gaceta Médica de México*, Tomo VI, 3ª serie, n° 2, febrero de 1911, pp. 56-65.
- Lavalle Carvajal, E., 1914. "El Hospital 'Morelos' y la Inspección de Sanidad". *Gaceta Médica de México*, Tomo IX, 3ª serie, n° 5, mayo de 1914, pp. 323-330.
- Lieceaga E. y JE Monjarás, 1910. "Discusión de medidas sanitarias con referencia a Enfermedades Venéreas". *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, Tomo XV, n°11, mayo 1910, pp. 391-392.
- Macotela, E., Benito Álvarez-de la Rocha, J., Castillo-Rodríguez, R., Suárez-de la Torre, R., Lugo-Dorantes, A., 1979. "Manejo del herpes simple recidivante genital con la vacuna triple de Sabin". *Gaceta Médica de México*, Vol. 115, N° 10, Octubre 1979, pp. 461-463.
- Macotela, E., Suárez-de la Torre, R. S., Hernández-Flores, M. F.; Campos-Macías, P., 1984. "Tratamiento tópico del herpes simple genital con un derivado del pregneno". *Gaceta Médica de México*, Vol. 120, N° 2, febrero 1984. pp. 59-60.
- Marion-Landais, G., 1981. "El uso de un óvulo anticonceptivo como quimioprofiláctico de las enfermedades sexualmente transmisibles". *Salud Pública de México*, Época V, Vol. XXIII, N° 4, Julio-Agosto 1981, pp. 345-352.

- Martínez Báez, M., 1930. "Sección de Propaganda y Educación Higiénicas. En Landa, E., Servicio de Propaganda y Educación Higiénicas e Intercambio, Informe del segundo trimestre de 1930". *Salubridad*, Vol I, n°2, abr-jun 1930, pp. 428-436.
- Martínez Marañón, R., 1961. "Notas bibliográficas". *Salud Pública de México*, Época V, Volumen III, N° 2, marzo-abril, pp. 341-344.
- Mazín, R., 1999. "Las ETS en América Latina y el Mundo". Ponencia presentada en el Congreso Internacional Avances en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual: Retos para el Tercer Milenio, Acapulco. No publicada.
- Mejía, D., 1912. "Sífilis hereditaria". *Gaceta Médica de México*, Tomo VII, 3ª serie, 1912, pp. 28-35.
- Meneses, C., 1930a. "Dispensarios antivenéreos del DF, Informe del segundo trimestre de 1930". *Salubridad*, Vol. I, n° 2, abr-jun 1930, pp. 402-403.
- Meneses, C., 1930b. "Dispensarios Venéreo-sifilíticos, Informe del tercer trimestre de 1930". *Salubridad*, Vol. I, n°3, jul-sept. 1930, pp. 750-751.
- Meneses, C., 1930c. "Dirección de Dispensarios Antivenéreos del Distrito Federal, Informe del cuarto trimestre de 1930". *Salubridad*, Vol. I, n°4, oct-dic. 1930, pp. 1220-1223.
- Meneses, C., 1931. "Dispensarios Antivenéreos del Distrito Federal, Informe correspondiente al año de 1931", *Salubridad*, Vol II, n° 1-2-3-4, ene-dic. 1931, pp. 195-197.
- Meyer, L., 1981. El primer tramo del camino. En: D. Cosío Villegas, coord. *Historia General de México*, tomo 2. México D.F.: El Colegio de México, tercera edición, pp. 1183-1271.
- Monsiváis, C., 2001. "Los Cuarenta y Uno. La gran Redada". *La Jornada, Suplemento Letra S*, N° 64, 8 noviembre 2001.
- Montaño Vallejo, V. y L. Vázquez Lapuente, 1960. "Encuestas serológicas en grupos de población obrera en la zona textil de Atlixco, Pue". *Salud Pública de México*, Época V, Volumen II, N° 3, Julio-Septiembre, pp. 537-538.
- Montes Vargas, C., 1905. *Las enfermedades venéreas y su profilaxis. Estudio médico-social*. Tesis en de Medicina, cirugía y obstetricia de la Escuela Nacional de Medicina.
- Morones Prieto, I., 1957. Prefacio. En: A. Campos Salas, 1957. *Gonorrea, Chancro Blando, Linfoma-Granuloma Venéreo, Granuloma Inguinal en la Práctica Médica*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, segunda edición.
- Neville-Rolfe, 1925. "La lucha contra las enfermedades venéreas en la Gran Bretaña". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, n° 4, 1925, pp. 201-210.
- Noticias Varias, 1930. "Puertos que cuentan con dispensarios antivenéreos". *Salubridad*, Vol. I, n°1, ene-marzo, 1930, pp. 207.
- Oficina General de la Campaña Antivenérea, 1938a. "La Nueva Legislación Antivenérea. *Boletín de Salubridad e Higiene*, Vol. I, n° 2, agosto de 1938, pp. 127-131.
- Oficina General de la Campaña Antivenérea, 1938b. "La Nueva Legislación Antivenérea (continuación)". *Boletín de Salubridad e Higiene*, Vol. I, n° 3, oct-dic de 1938, pp. 129-141.
- Ojeda Falcón, R., 1930. "Campaña Pro Higiene Social". *Salubridad*, vol I, n° 3, jul-sept. 1930, pp. 517.
- Ortega, R., 1906. "Blenorrea. Su tratamiento con gases". *Gaceta Médica de México*, Tercera serie, Tomo I, n°5, mayo de 1906, pp. 172-176.
- Ortega, R., 1909. "Algo sobre la profilaxis de la blenorragia". *Gaceta Médica de México*, Tercera serie, Tomo IV, n°11, noviembre de 1909, pp. 818-824.
- Otero, M., 1910. "Breves apuntes acerca del 'Suero-diagnóstico de la Sífilis'". *Gaceta Médica de México*, Tomo V, 3ª serie, n° 4, abril de 1910, pp. 161 a 173.
- Oviedo Mota, A., 1930. Carta de envío y Trabajo: El problema social de la prostitución; por el C. Alberto Oviedo Mota, dirigido al presidente de la República Pascual Ortíz Rubio. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, México (AHSSA), Salubridad Pública, Servicios Jurídicos C-20, Exp. 10, 1930, f 1-8.
- Paz de Ortiz, E., 1930. "Algo acerca de vulvo-vaginitis de las niñas". *Salubridad*, vol I, n° 3, jul-sept. 1930, pp.546-549.

- Pérez-Miravete, A., 1975. "La lucha entre bacterias y antibióticos. I. El impacto de los antibióticos sobre las enfermedades venéreas". *Gaceta Médica de México*, Vol. 110, N° 1, Julio 1975, pp. 55-62.
- Perrin, T., 1908. "El Treponema pálido de Shaudinn". *Boletín de Salubridad*, Tomo XIV, n°4, octubre de 1908. pp. 114-118.
- Perrin, T., 1926. "La Microprecipitacion de Kline y Young, para el Diagnóstico de la Sífilis". *Gaceta Médica de México*, tomo 57, n°4, pp. 389-391.
- Pierce, C., 1923. "Los trabajos del Servicio de Sanidad Pública en la Prevención de las Enfermedades Venéreas". *Gaceta Médica de México*, Tomo 2, 1923, pp. 783-787.
- Ponce de León, S., Macías, A., Cruz, A., Calva, J., Tinoco, J. C., Ruiz, C., *et al.*, 1988. "Los primeros cinco años de la epidemia de sida en México: experiencia en el Instituto Nacional de Nutrición 'Salvador Zubirán'". *Salud Pública de México*, Vol. 30, N°4, julio-agosto 1988, pp. 544-554.
- Pruneda, A., 1941. "La lucha antivenérea en México". *Gaceta Médica de México*, tomo 71, 1941, pp. 350-363.
- Ramírez, E., 1940. "El Departamento de Salubridad frente al problema de las enfermedades Venéreas". *Boletín de Salubridad e Higiene*, Vol III, n°4, 4to. Trimestre, pp. 377-387.
- Ramos Alamillo, U., Egremi Mendivil, G., Terán Toledo, X., 1999. *Manual para capacitadores en el manejo sindromático de las infecciones de transmisión sexual*. México D.F.: CONASIDA, Secretaría de Salud.
- Ramos, J., 1903. "Algunas palabras sobre la sífilis en México". *Gaceta Médica de México*, 2ª serie, Tomo III, n° 21, nov. 1903, pp. 318-325.
- Rangel, H., 1923. *Profilaxia y campaña contra las enfermedades venéreas en el Ejército Mexicano*. Tesis presentada en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México.
- Rodríguez, J. M., 1918. "La profilaxis de la sífilis en el Departamento de Salubridad Pública. Propositiones del señor Presidente". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 4ª época, n° 9, pp. 318-320.
- Rodríguez, J. M., 1919. "La profilaxis de la sífilis en el Departamento de Salubridad Pública. Prólogo". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 4ª época, n° 1, pp. 1-5.
- Rodríguez, R., 1948. "Medidas administrativas para controlar mejor la sífilis y los sifilíticos". *Archivos Mexicanos de Venereología y Dermatología*, Época II, noviembre-diciembre de 1948, Tomo VII, número 6, pp. 243-253. En Archivo General de la Nación (AGN), Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección, Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, Vol 59, exp. 37.
- Rojas Avendaño, O., 1933. "Orientaciones y programa de la educación sexual para la escuela secundaria mexicana". *Gaceta Médica de México*, Tomo 64, n°6, junio 1933, pp. 291-297.
- Romero García, A., 1971. "Actividades básicas de un centro de salud "A" en el control de las enfermedades venéreas". *Salud Pública de México*, Época V, Volumen XIII, N° 2, Marzo-Abril 1971. pp. 209-212.
- Ruiz Sánchez, F., 1957. "El problema de la resistencia bacteriana a los antibióticos". *Gaceta Médica de México*, Tomo LXXXVII, N° 12, diciembre, pp. 895-911.
- Ruiz, Luis E., 1904. "Algo acerca de la Prostitución". *Gaceta Médica de México*, 2ª serie Tomo IV, n° 18, agosto 1904, pp. 245-246.
- Ruiz, Luis E., 1915. "El problema de la prostitución y un importante folleto". *Gaceta Médica de México*, tomo X, 3ª serie, n° 5-8, mayo a agosto de 1915, pp. 166-169.
- Ruiz-Maldonado, R., 1986. "Herpes simple genital. Aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos". *Gaceta Médica de México*, Vol. 122, N° 3-4, Marzo-Abril 1986, pp. 85-89.
- Salubridad y Asistencia, 1947. "8. Control de Enfermedades Venéreas. XII Conferencia Sanitaria Panamericana". *Salubridad y Asistencia*, Tomo VII, enero-febrero, N° 1, pp. 29-35.
- Salud Pública de México, 1964. "Campaña Nacional contra las Enfermedades Venéreas". *Salud Pública de México*, Época V, Volumen VI, N°1, enero-febrero, pp. 46-48.

- Sánchez Covisa, A., 1949. "Estudio crítico de la campaña antivenérea en México. Sus antecedentes, cómo se está realizando, cuáles son sus resultados". *Gaceta Médica de México*, tomo 79, número 1, marzo de 1949, pp. 397-437.
- Sánchez-Medal, L., 1971. "Conclusiones". *Gaceta Médica de México*, Vol. 101, n° 6, 1971, pp. 701-706.
- Santín, A., 1921. "Algunas consideraciones sobre el Código Sanitario". *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 2ª época, Tomo I, Nos. 7 a 12, pp. 229-237.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1957. Reglamento para la Campaña contra las Enfermedades Venéreas. De las obligaciones de los que ejercen la medicina. En: A. Campos Salas, 1957. *Sífilis, Gonorrea, Chancro Blando, Linfo-Granuloma Venéreo, Granuloma Inguinal en la Práctica Médica*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia, segunda edición.
- Secretaría de Salud, 1991. *Procedimientos para la prevención y el control de enfermedades de transmisión sexual en la atención primaria de la salud*. México D.F.: Secretaría de Salud, segunda edición.
- Sierra Madero, J., Ponce de León R., S., Ruiz Palacios, G., Tinoco F., J., Calva M., J., Zamora D., E., 1986. "Prevalencia de anticuerpos contra el virus asociado a linfadenopatía/virus linfotrópico humano tipo-III de células T (LAV/HTLV-III) en una población de homosexuales en México". *Salud Pública de México*, Vol. 28, N°2, marzo-abril 1986, pp.180-185.
- Silva, R., 1930a. Dictamen aprobado por el Consejo de Salubridad General de la República. Archivo General de la Nación (AGN), Sección Departamento de Salubridad y Asistencia, DSP, V-1, Exp.8, Caja 1.
- Silva, R., 1930b. Proyecto para suprimir el reglamento para el ejercicio de la Prostitución 1932, Archivo General de la Nación (AGN), Sección Departamento de Salubridad y Asistencia, DSP, V-1, Exp.8, Caja 1.
- Silva, R., 1931. Oficio al Secretario de Gobernación del 17 de marzo de 1931; Asunto: supresión del reglamento de prostitución. Archivo General de la Nación (AGN), Sección Departamento de Salubridad y Asistencia, DSP, V-1, Exp.8, Caja 1.
- Siurob, J., 1937. Oficio del Jefe del Departamento de Salubridad Pública dirigido al Secretario de Gobernación del 25 de febrero de 1937. Archivo General de la Nación (AGN), Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección Departamento de Salubridad Pública, Vol. 20, Exp. 10. 6 f.
- Solís Jabalera, O., 1975. "Panorama epidemiológico de la sífilis". *Salud Pública de México*, Época V, Vol. XVII, N° 3, Mayo-Junio 1975, pp. 403-409.
- Soriano, M.S., 1914. "La cuestión palpitante del día.-Prostitución libre reglamentada.- Factores que deberán tenerse presentes en lo porvenir". *Gaceta Médica de México*, tomo IX, 3ª serie, n° 5, mayo de 1914, pp. 361-364.
- Soto, J., 1944. Las Enfermedades Venéreas. Para uso de las Enfermeras de la campaña antivenérea. AGN, Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, Vol. 59, exp. 37.
- Soto, J., 1949. "Estudio crítico de la campaña antivenérea en México. Sus antecedentes, cómo se está realizando, cuáles son sus resultados". *Gaceta Médica de México*, tomo 79, número 1, marzo de 1949, pp. 140-181.
- Soto, J.L., 1943. "Las enfermedades venéreas en tiempo de guerra". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, Año VI. No. 3. Junio de 1943. pp. 221-231.
- Speckman Guerra, E., 2004. El Porfiriato. En: P. Escalante Gonzalbo, et al., 2004. *Nueva historia mínima de México*. México D.F.: El Colegio de México, pp. 192-224.
- Spongberg, M., 1997. *Feminizing Venereal Disease. The Body of the Prostitute in Nineteenth-Century Medical Discourse*. Londres: MacMillan Press.
- Torre López, E., 1972. "Las enfermedades venéreas en los adolescentes del estado de Tamaulipas". *Salud Pública de México*, Época V, Vol. XIV, N° 2, Marzo-Abril 1972, pp. 233-238.

- Ulloa, B., 1981. La lucha armada (1911-1920). En: D. Cosío Villegas, coord. *Historia General de México*, tomo 2. México D.F.: El Colegio de México, tercera edición, pp.1073-1182.
- Unión de Mujeres Americanas, 1940. Telegrama dirigido a José Siurob del Departamento de Salubridad, Archivo General de la Nación (AGN), Secretaría de Salubridad y Asistencia (213), Sección, Departamento de Salubridad Pública, Vol. 20, Exp. 10. [314.30] 2.
- Uribe-Salas, F., Hernández-Girón, C., Conde-González, C., Cruz-Valdéz, A., Juárez-Figueroa, L., Hernández-Ávila, M., 1995. "Características relacionadas con ETS/VIH de hombres que trabajan en bares de la Ciudad de México donde se ejerce la prostitución femenina". *Salud Pública de México*, Vol. 37, N° 5, Septiembre-Octubre 1995, pp. 385-393.
- Valdés, U., 1930. Historia de la Salubridad en México. *Salubridad*, Vol. I, N°4, oct.-dic., pp. 1386-1407.
- Valdespino-Gómez, J. L., García-García, M. L., del Río-Chiriboga, C., Cruz-Palacios, C., Loo-Méndez, E., López-Sotelo, A., 1995. "Las enfermedades de transmisión sexual y la epidemia de VIH/sida". *Salud Pública de México*, Vol. 37, N° 6, noviembre-diciembre 1995, pp. 549-555.
- Vargas, L., 1971. "Las enfermedades transmitidas por transfusión de sangre". *Gaceta Médica de México*, Vol. 101, N° 1, enero, pp. 89-91.
- Vasconcelos, A. B., 1920a. "¿Debe ser preferido el salvarsán alemán?". *Gaceta Médica de México*, Año LV, 4ª serie, Tomo I, n°6, abril-julio de 1920, pp. 271-275.
- Vasconcelos, A. B., 1920b. "¿Cuál es el mejor tratamiento de la sífilis?". *Gaceta Médica de México*, Año LV, 4ª serie, Tomo I, n° 7, agosto-diciembre de 1920, pp. 531-542.
- Vasconcelos, Brioso A., 1933. "Comentarios". *Gaceta Médica de México*, tomo 64, n°6, junio de 1933, pp. 277-279.
- Vergara de Segura, M. L., 1930. "Algunas consideraciones acerca de la gonococcia virginal". *Salubridad*, vol I, n° 3, jul-sept. 1930, pp. 544-545.
- Vilchis Villaseñor, J., 1975. *Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. Folleto N°14 de la IV Reunión Nacional de Salud Pública, n° 14. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Vilchis Villaseñor, J., 1976. "El problema de las enfermedades venéreas en México". *Gaceta Médica de México*, Vol.112, N° 3, Septiembre 1976, pp. 215-225.
- Vilchis Villaseñor, J., Verástegui López, R., González Galván, A., Campos Salas, A. y A. López Arce, 1974. "Las enfermedades venéreas como problema de salud pública de México. Bases para su prevención y control". En: Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1974. *Memoria de la I Convención Nacional de Salud*, México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Villela, E. y F. Reyes, 1939. "Algunas Ideas sobre Campaña Antivenérea Rural". *Boletín de Salubridad e Higiene*, Vol II, n° 5 del segundo trimestre de 1939, pp. 337-358.
- Villela, E., 1938. "Epidemiología Práctica de la Sífilis". *Boletín de Salubridad e Higiene*, Vol. I, n° 1, abril de 1938, pp. 45-49.
- Villela, E., 1939. "La Liga Nacional contra el Peligro Venéreo". *Boletín de Salubridad e Higiene*, Vol II, n° 6, tercer trimestre, 1939, pp. 519-526.
- Villela, E., 1940. "Un documento histórico. Dictamen del H. Senado de la República al aprobar la Nueva Legislación Antivenérea Mexicana". *Boletín de Salubridad e Higiene*, Vol. III, No. 4, cuarto trimestre 1940, pp. 457-461.
- Villela, E., 1943. "Informe relacionado con la Campaña Antivenérea Cooperativa". *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, Año VI. N° 3. Junio de 1943. pp. 275-285.
- Vovelle, M., 1985. *Ideologías y Mentalidades*, Barcelona, Ariel, 1ª edición en español.
- Wolff, Dr., 1901. "Supresión o conservación de las casas de tolerancia". *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 3ª época, Tomo VII, n°1, julio de 1901. pp. 21 a 28.
- Wright, R., 1948. La terapéutica como factor en el control de las enfermedades venéreas, Archivos Mexicanos de Venereología y Dermatología, Época II, noviembre-diciembre de 1948, Tomo VII, número 6, pp. 254-259. En Archivo General de la Nación (AGN), Secretaría de

Salubridad y Asistencia (213), Sección, Dirección General de Servicios Coordinados de Salud Pública en Estados y Territorios, Vol. 59, exp. 37.

Yrizar Lasso, M., 1946. "Algunos aspectos de la Campaña Antivenérea en el Interior de la República". *Salubridad y Asistencia*, Tomo V, N° 15 Mayo-Junio de 1946. pp. 97-103.

DEL CAPÍTULO 6. LA CONSTRUCCIÓN DEL RIESGO DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y DECISIONES DE PREVENCIÓN EN EL DISCURSO DE UNA POBLACIÓN DE JÓVENES UNIVERSITARIOS DE MÉXICO

Ahlemeyer, H. y D. Ludwig, 1997. Norms of Communication and Communication as a Norm in the Intimate Social System. En: L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, y D. Hausser, eds., 1997. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Londres: Taylor y Francis, pp. 22-43.

Bastard, B., Carida-Vonèche, L., Pero, D. y L. Van Campenhoudt, 1997. Relationship between sexual partners and ways of adapting to the risk of AIDS: Landmarks for a relationship-oriented conceptual framework. En: L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, y D. Hausser, eds., 1997. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Londres: Taylor y Francis, pp. 44-58.

Bourdieu, P., 2010. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama, sexta edición en español.

Bozon, M., 2009. *Sociologie de la sexualité*. París: Armand Colin. Segunda edición.

Douglas, M., 1992. *Risk and blame: essays in cultural theory*. Londres, Routledge.

Goffman, E., 1971. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires: Amorrortu, 1971.

Gogna, M. y S. Ramos. 2000. "Gender Stereotypes and Power Relations." En: R. Parker, R. Barbosa y P. Aggleton (Eds.), 2000. *Framing the Sexual Subject. The Politics of Gender, Sexuality and Power*. Berkeley: University of California Press.

Luhmann, N., 1996. *Confianza*. Barcelona: Anthropol.

Sánchez-Alemán, M.A., 2001. *Prevalencia y factores asociados a la infección por Treponema pallidum, virus del herpes simple tipo 2 y virus del papiloma humano*. Tesis de maestría en Ciencias de la Salud, área de concentración en Enfermedades Infecciosas. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública.

Sánchez-Aleman, M.A., Conde-Glez, C.J., Gayet, C., et al., 2005. "Sexual behaviour and herpes simplex virus 2 infection in college students". *Arch Med Res* 2005, 36, pp. 574-580.

Sánchez-Aleman, M.A., Conde-Glez, C.J., Uribe Salas, F., 2008. Core group approach to identify college students at risk for sexually transmitted infections. *Rev Saúde Pública* 2008;42(3):428-36.

Schutz, A., 1974b. *Estudios sobre teoría social*. Amorrortu editores, Buenos Aires.

Simon, W. y J. Gagnon, 1986. "Sexual Scripts: Permanence and Change". *Archives of Sexual Behavior*, vol. 15, no. 2, pp. 97-120.

Slovic, P., Fischhoff, B. y S. Lichtenstein, 1999. Facts versus fears: Understanding perceived risk. En: D. Kahneman, P. Slovic, y A. Tversky, 1999. *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 13 ed., pp. 463-489.

Spongberg, M., 1997. *Feminizing Venereal Disease. The Body of the Prostitute in Nineteenth-Century Medical Discourse*. Londres: MacMillan Press.

Szasz, I., 2008. Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México. En: I. Szasz y S. Lerner (coords.), *Salud reproductiva y condiciones de vida en México. Tomo 1*. México D.F.: El Colegio de México, pp. 429-475.

Van Campenhoudt, L. y M. Cohen, 1997. Interaction and Risk-related Behavior: Theoretical and Heuristic Landmarks. En: L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi, y D. Hausser, eds., 1997. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Londres: Taylor y Francis, pp. 59-74.

DE LAS CONCLUSIONES

- Ahlemeyer, H. y D. Ludwig, 1997. Norms of Communication and Communication as a Norm in the Intimate Social System. En: L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi y D. Hausser. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Londres: Taylor y Francis, pp. 22-43.
- Amossy, R. y A. Herschberg-Pierrot, 2003. *Estereotipos y clichés*. Buenos Aires: Eudeba.
- Bastard, B., Carida-Vonèche, L., Pero, D. y L. Van Campenhoudt, 1997. Relationship between sexual partners and ways of adapting to the risk of AIDS: Landmarks for a relationship-oriented conceptual framework. En: L. Van Campenhoudt, M. Cohen, G. Guizzardi y D. Hausser. *Sexual Interactions and HIV Risk. New Conceptual Perspectives in European Research*. Londres: Taylor y Francis, pp. 44-58.
- Berger, P. y T. Luckmann, 1997. *Modernidad, pluralismo y crisis de sentido*. Barcelona: Paidós. Serie Paidós Studio; 125.
- Bourdieu, P., 2010. *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama, sexta edición en español.
- Bozon, M., 2009. *Sociologie de la sexualité*. Paris: Armand Colin. Segunda edición.
- Douglas, M., 1992. *Risk and blame: essays in cultural theory*. Londres, Routledge.
- Douglas, M., 1996. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Barcelona: Paidós, primera edición en español.
- Goffman, E., 1971. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Gogna, M. y S. Ramos, 2000. Gender Stereotypes and Power Relations. En: R. Parker, R. Barbosa, y P. Aggleton, eds.. *Framing the Sexual Subject. The Politics of Gender, Sexuality and Power*. Berkeley: University of California Press, pp. 117-140.
- Husserl, E., 1984. *Crisis de las ciencias europeas y la fenomenología trascendental*. México D.F.: Folios Ediciones.
- Levi, G., 1993. Sobre microhistoria. En: P. Burke *et al.*, *Formas de hacer Historia*. Madrid: Alianza Editorial, pp. 119-143.
- Luhmann, N., 1996. *Confianza*. Barcelona: Anthropos.
- Schutz, A., 1974a. *El problema de la realidad social*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Schutz, A., 1974b. *Estudios sobre teoría social*. Amorrortu editores, Buenos Aires.
- Scott, J., 1999. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: M. Navarro y C. Stimpson, comps. *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp. 37-75.
- Simon, W. y J. Gagnon, 1986. "Sexual Scripts: Permanence and Change". *Archives of Sexual Behavior*, vol. 15, no. 2, pp. 97-120.
- Slovic, P., Fischhoff, B. y S. Lichtenstein, 1999. Facts versus fears: Understanding perceived risk. En: D. Kahneman, P. Slovic y A. Tversky, *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press, 13 ed., pp. 463-489.
- Spongberg, M., 1997. *Feminizing Venereal Disease. The Body of the Prostitute in Nineteenth-Century Medical Discourse*. Londres: MacMillan Press.
- Szasz, I., 2008. Relaciones de género y desigualdad socioeconómica en la construcción social de las normas sobre la sexualidad en México. En: I. Szasz y S. Lerner, coords. *Salud reproductiva y condiciones de vida en México*. Tomo 1. México D.F.: El Colegio de México, pp. 429-475.
- Vovelle, M., 1985. *Ideologías y Mentalidades*, Barcelona, Ariel, 1ª edición en español.
- West, C. y D. Zimmerman, 1999. Haciendo género. En: M. Navarro y C. Stimpson, comps. *Sexualidad, género y roles sexuales*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, pp. 109-143.

ANEXOS

1. INSTRUMENTOS DISEÑADOS PARA LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

- 1.1. Guía de entrevista individual
- 1.2. Guía de entrevista para los grupos focales

2. ANALISIS DE LAS ENTREVISTAS

- 2.1. Matriz de categorías para el análisis cualitativo
- 2.2. Características socio-demográficas de los estudiantes universitarios entrevistados

Anexo 1.1. Guía de entrevista individual

- 1) El Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio de México y CONASIDA están llevando a cabo un proyecto para evaluar la situación del país respecto a algunas enfermedades de transmisión sexual.
- 2) Como una parte del proyecto, tenemos interés en conocer la opinión de los jóvenes universitarios sobre este tema.
- 3) Deseamos responder a la pregunta de si existe el riesgo de que los jóvenes contraigan enfermedades de transmisión sexual, y qué hacen los jóvenes cuando hay riesgos.
- 4) Es por ello que la información que tú nos proveas será muy valiosa, para crear nuevos programas educativos y de salud para jóvenes, y para mejorar la educación y los programas que se están llevando a cabo.

SECCIÓN 1. Información Básica

- (a) Número de la entrevista y nombre del entrevistador
- (b) Nombre (no preguntar apellidos, puede inventar nombre)
- (c) Edad (mes y año de nacimiento)
- (d) Sexo
- (e) Situación de pareja
- (f) Ocupación (si sólo estudia o si también trabaja. Si trabaja, en qué trabaja)
- (g) Último grado completado (semestre y carrera)
- (h) Estado marital actual de los padres
- (i) Ocupación de los padres
- (j) Originarios los padres de dónde
- (k) ¿Dónde creciste?
- (l) ¿Dónde vives? ¿Con quién? ¿cuánto tiempo hace que vives en este lugar?
- (m) Ingresos. ¿A cuánto crees que ascienden tus gastos mensuales (incluidos estudios, alimentación y vivienda, ropa, paseos, medicinas, etc.)? ¿cómo obtienes el dinero para cubrirlos? (madre, padre, otro familiar, con mi trabajo, etc.)
- (n) ¿Cuántos hermanos tienes?, dime su sexo, edad y ocupación, empieza por el mayor e inclúyete tú en la lista.

Orden de hermano	sexo	edad	estudia o trabaja		
Ejem.	Xxx		H	10	4to primaria

- (o) ¿Eres religioso? ¿Es la religión importante para tí (escala del 1 al 5)? ¿de qué religión eres?

SECCIÓN 2. Conocimientos sobre Infecciones de Transmisión Sexual

- (a) ¿Has oído alguna vez de las enfermedades que pueden transmitirse en la relación sexual? ¿Cuáles puedes mencionar?
- (b) ¿Puedes describir algunos síntomas de estas enfermedades en las mujeres?
- (c) ¿Puedes describir algunos síntomas de estas enfermedades en los hombres?
- (d) ¿Crees que una persona puede tener una infección sin tener síntomas –sin darse cuenta?
- (e) ¿Sabes si existen maneras de prevenir cada una de las infecciones de transmisión sexual que mencionaste? ¿cuáles? (DETALLAR PREVENCIÓN PARA CADA UNA)
- (f) ¿Conoces formas para curar cada una de las infecciones de transmisión sexual que mencionaste? ¿cuáles? (DETALLAR CURACIÓN PARA CADA UNA)
- (g) ¿Qué piensas sobre los condones? (¿para qué es bueno usarlos? ¿cuáles son sus ventajas y desventajas?)
- (h) ¿Sabes de lugares o personas que pueden proporcionarte condones?

SECCIÓN 3. Comunicación sobre Infecciones de Transmisión Sexual

- (a) ¿Has platicado alguna vez de aspectos de sexo o relacionados a éste con tu familia? ¿Qué cosas se discutió? (¿Qué te decían? ¿Te platicaron o discutieron sobre la menstruación, de la eyaculación nocturna? ¿Qué reglas estaban establecidas respecto al sexo? ¿con qué familiares has platicado más?)
- (b) ¿Platicas de sexo con tus amigos? ¿En qué forma, de qué? ¿Has platicado de sexo con chicas y con chicos? (¿Hay otras fuentes de información acerca del sexo?)
- (c) ¿Se piensa sobre los riesgos al tener relaciones sexuales? ¿Cuáles? (¿Cuáles son las actitudes -tuya y de tus amigos- respecto a los riesgos?)
- (d) ¿Dónde has oído sobre las enfermedades de transmisión sexual? (Explorar: en la escuela, amigos, familiares, clínicas, revistas, TV, radio, etc.)
- (e) ¿Has hablado con tu familia en particular sobre estas enfermedades y cómo prevenirlas? (DETALLAR CON QUIÉN)
- (f) ¿Has hablado con alguno de tus maestros sobre estas enfermedades y cómo prevenirlas? ¿Con algún médico/enfermera?
- (g) ¿Y con tus amigos?
- (h) ¿Conoces alguna persona cercana a tí que haya tenido alguna de estas enfermedades?

SECCIÓN 4. Relaciones de pareja, atracción y la primera experiencia sexual

- (a) ¿Cuándo te sentiste por primera vez atraído a alguien? ¿qué hiciste?
- (b) ¿A qué edad recuerdas que te miraron por primera vez o que alguien te abordó sexualmente? ¿Cómo respondiste?
- (c) ¿Has abordado a alguien que te gusta sexualmente? ¿Qué hiciste?
- (d) ¿Has tenido novios/as, o relaciones de pareja? ¿Cuántos novios/as has tenido?
- (e) ¿Dónde y cómo conociste a cada novio/a?
- (f) ¿Cuánto tiempo pasó entre que se conocieron y que se hicieron pareja con cada novio/a? ¿Qué edad tenían tú y tu pareja al iniciar la relación de noviazgo?
- (g) ¿Cuáles serían las cualidades más importantes que buscarías en una persona para elegirla como tu esposo/a?
- (h) ¿Qué actividades sexuales has realizado? (DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO SEXUAL ÍNTIMO). (PROMPTS==> ¿te has masturbado alguna vez? ¿a qué edad tuviste tu primera masturbación, tu primer orgasmo? ¿Has tenido relaciones sexuales? ¿A qué edad?)
- (i) Cuando tú eras niño/a, ¿alguien trató de hacer algo sexual que no querías que te hicieran?

(SI RESPONDE QUE SÍ HA TENIDO RELACIONES SEXUALES, PASA A SECCIÓN 7)

FILTRO: PARA LOS NO SEXUALMENTE ACTIVOS

SECCIÓN 5. Ideales sobre relaciones sexuales

- (a) ¿Por qué no has tenido relaciones sexuales?
- (b) ¿Cuál crees que sería la edad ideal para tener relaciones sexuales y bajo qué condiciones las tendrías (EJEMPLO, AL CASARSE)?
- (c) ¿Has platicado con alguna de tus parejas (novio/a) sobre tener o no tener relaciones sexuales?
- (d) Si has platicado, ¿estaban de acuerdo o pensaban diferente al respecto?
- (e) Cuando se besaban y se acariciaban con alguna de tus parejas, ¿alguna vez has llegado al punto en tener que frenar la situación para no tener una relación coital?

SECCIÓN 6. Experiencia de Infecciones Genitales

- (a) ¿Has tenido alguna vez algún tipo de flujo genital? ¿y en los últimos doce meses?
- (b) SI ES MUJER: ¿has tenido alguna vez dolor al orinar?
- (c) ¿Has tenido alguna vez úlceras, verrugas o llagas genitales? ¿y en los últimos doce meses?
- (d) ¿Qué hiciste cuando advertiste el flujo o las lesiones genitales? (AYUDA: SI HABLÓ CON ALGUIEN – FAMILIAR, AMIGO, PAREJA-, CÓMO BUSCÓ AYUDA –MÉDICO, FARMACIA, AUTODIAGNÓSTICO)
- (e) ¿Qué hiciste para curarte?
- (f) ¿Por qué crees que apareció (el flujo, las úlceras o las llagas)?
- (g) ¿Has pensado en que podía ser contagioso?
- (h) ¿Has pensado que alguna de tus parejas podía tener una infección de transmisión sexual?
- (i) ¿Has tenido alguna vez preocupación de tener una infección de transmisión sexual?
- (j) ¿Has platicado con alguna de tus parejas sobre las enfermedades de transmisión sexual y la posibilidad de contagiarse?

(PASA A SECCIÓN 11)

FILTRO: PARA LOS SEXUALMENTE ACTIVOS

SECCIÓN 7. Primera experiencia sexual

- (a) Pedir detalles sobre la primera relación sexual: todas las circunstancias en que ocurre: dónde, por qué, cómo, con quién, ... Las edades, el tiempo de conocer a la pareja, cómo la conoció y la motivación para tener sexo con esa persona.
- (b) ¿En esa primera relación, usaste alguna protección para evitar embarazos o adquirir una enfermedad? ¿Cuál? ¿Quién sugirió usar protección? ¿Cómo (cuéntame con detalle sobre la decisión de usar protección)? ¿Qué pasó? ¿Sabías algo sobre la historia sexual de tu pareja? ¿le preguntaste algo sobre su historia previa? ¿cómo sabías sobre su experiencia previa? ¿De qué se protegían (cuál era la preocupación - embarazo, sida, ETS-)?
- (c) Si no usaste ninguna protección, ¿por qué? ¿sabías que existen formas de protegerse? ¿por qué no usaron ninguna?
- (d) En esa primera relación sexual ¿En algún momento pensaste que tu pareja te podía transmitir una infección sexual? ¿Por qué sí y por qué no? ¿Y pensaste que tú podías transmitirle una infección a tu pareja?
- (e) ¿Cómo evaluarías tus primeras experiencias sexuales? (¿Cómo te sentiste, emocionalmente, físicamente, acerca de ello en ese momento? ¿Ahora?)
- (f) ¿Sentiste placer en esas relaciones?
- (g) ¿Sientes que la velocidad de tu desarrollo sexual está controlado por tí o por otros? ¿En qué forma?

SECCIÓN 8. Desarrollo sexual a través de los años

- (a) Vida sexual detallada (dibuje una línea). Parejas sexuales y no sexuales. ¿Por qué tuviste relaciones sexuales con unos sí y con otros no? ¿dónde conociste a cada una de esas personas? ¿cuánto tiempo hacía que conocías a cada persona antes de tener la relación sexual?
- (b) ¿Qué tipos de protección usaste al tener relaciones sexuales con cada una de las parejas sexuales que mencionaste? ¿por qué? ¿cuándo? ¿cómo? ¿dónde lo conseguiste? ¿cómo fue que hablaron con cada una de tus parejas para usar protección? (PROFUNDIZAR)
- (c) ¿Has pagado alguna vez a alguien para tener relaciones sexuales? ¿usaste protección en esas relaciones? ¿quién sugirió usar protección (tú o el/la trabajador/a sexual)?

- (d) ¿Has presionado a alguien alguna vez para tener sexo? ¿Alguien alguna vez te ha presionado para tener relaciones sexuales?
- (e) ¿Has tenido tú o alguien que tú conozcas alguna enfermedad de transmisión sexual o sida, o un embarazo no planeado? ¿Qué influencia ha tenido esto sobre ti?
- (f) Describe y explica los cambios a través de los años en tu vida sexual en general, tus sentimientos sobre estas relaciones, tu percepción sobre las diferencias entre hombres y mujeres. ¿Han sido más o menos placenteras con el paso de los años?

SECCIÓN 9. Experiencias sexuales recientes (comparación con el último año)

- (a) ¿Puedes describir la primera vez que tuviste relaciones sexuales con tu pareja más reciente? Describe detalladamente la relación: qué hicieron, dónde, por qué, con quién, cómo. Edades en ese momento, cuánto tiempo hacía que se conocían, cuáles eran las motivaciones para tener relaciones sexuales, si usaron protección,...
- (b) En los últimos 12 meses, ¿cuántas parejas sexuales, y cuántas parejas masculinas o femeninas has tenido? ¿Cuántas veces en el último mes has tenido relaciones sexuales?
- (c) ¿Qué los lleva normalmente a tener relaciones sexuales? (AYUDA: CHICOS FORMALES: CUANDO ESTAMOS ENAMORADOS, LOS NO FORMALES, VAMOS A UNA FIESTA Y AHI SEGUIMOS)
- (d) ¿Qué prácticas sexuales realizas normalmente?
- (e) ¿A qué grado tratas de influenciar la forma en que pasan las cosas en términos de placer o protección?
- (f) ¿Has explorado distintas formas de placer, es decir, maneras de alcanzar el orgasmo? ¿Qué es lo que más le gusta a tu pareja, con qué siente tu pareja más placer?
- (g) Hablando en porcentajes, ¿en cuántas de las relaciones sexuales que has tenido en los últimos 12 meses has usado condones? ¿existe alguna pareja sexual con la que siempre uses condón? ¿con la que uses algunas veces? ¿con la que nunca uses? ¿por qué?
- (h) ¿Quién ha sugerido usar condón en las relaciones sexuales que has tenido en el último mes? ¿cómo fue que sucedió? ¿hablaron antes de usar protección? ¿dónde o cómo consiguieron los condones? ¿estaban de acuerdo en usar condones?
- (i) ¿A qué grado piensas en los riesgos involucrados al tener relaciones sexuales? ¿En algún momento pensaste que alguna de esas parejas te podía transmitir una infección sexual? ¿Por qué sí y por qué no? ¿Y pensaste que tú podrías transmitirle una infección a alguna de esas parejas?
- (j) ¿Cuán satisfecho te sientes con tu vida sexual actual?

SECCIÓN 10. Experiencia de Infecciones de Transmisión Sexual

- (a) ¿Has tenido alguna vez algún tipo de flujo genital? ¿y en los últimos doce meses?
- (b) ¿Has tenido alguna vez algún tipo de flujo genital? ¿y en los últimos doce meses?
- (c) SI ES MUJER: ¿has tenido alguna vez dolor al orinar o dolor al tener relaciones sexuales?
- (d) ¿Has tenido alguna vez úlceras, verrugas o llagas genitales? ¿y en los últimos doce meses?
- (e) ¿Has tenido alguna vez úlceras o llagas genitales? ¿y en los últimos doce meses?
- (f) ¿Qué hiciste cuando advertiste el flujo o las lesiones genitales?
- (g) ¿Te han diagnosticado alguna vez una infección de transmisión sexual? ¿cuál? ¿cuánto tiempo hace (qué edad tenías)?
- (h) ¿Qué hiciste para curarte?
- (i) Cuando tuviste esta enfermedad ¿hablaste con tu/tus pareja/s sexuales al respecto? ¿sabes qué hizo tu pareja? (IDENTIFICAR LA PAREJA EN LA LÍNEA TRAZADA EN LA SECCIÓN 8) ¿Comentaste con tus siguientes parejas el haber tenido esa enfermedad?
- (j) ¿Alguna vez le preguntaste a tu/tus pareja/s sexuales si habían tenido alguna enfermedad de transmisión sexual?

PARA TODOS (ACTIVOS Y NO ACTIVOS SEXUALMENTE)

SECCIÓN 11. Cierre de la entrevista

- (a) Describe tu vida sexual ideal
- (b) ¿Cuáles crees que serán los riesgos en tu futuro?
- (c) ¿Cómo te has sentido con esta entrevista? ¿Podrías decirnos si hay alguna cosa que consideres importante para tu vida sexual de la que no hayamos hablado?
- (d) ¿Tienes dudas sobre lo que hemos hablado?

Anexo 1.2. Guía de entrevista para los grupos focales

- 1) El Instituto Nacional de Salud Pública, El Colegio de México, y CONASIDA, están llevando a cabo un proyecto para evaluar la situación del país respecto a algunas infecciones de transmisión sexual.
- 2) Como una parte del proyecto, tenemos interés en conocer la opinión de los jóvenes universitarios sobre este tema.
- 3) Deseamos responder a la pregunta de si existe el riesgo de que los jóvenes contraigan infecciones de transmisión sexual, y qué hacen los jóvenes cuando hay riesgos.
- 4) Es por ello que la información que uds. nos provean será muy valiosa, para crear nuevos programas educativos y de salud para jóvenes, y para mejorar la educación y los programas que se están llevando a cabo.

¿LES QUEDAN CLAROS LOS OBJETIVOS?

PROCEDIMIENTO:

- 1) Lo que queremos es sólo que nos platicuen sobre este tema.
- 2) Las preguntas que les vamos a hacer no son personales, sino que nos gustaría que ustedes hablaran por todos los jóvenes, por lo que hablan sus amigos, sus familias, sus conocidos.
- 3) Ahora quisiera que nos presentáramos cada uno: Nombre de pila, edad y en qué carrera y semestre de la carrera está:

EMPEZANDO CONMIGO

Me llamo, estoy en El Colegio de México con el interés en investigar sobre el tema de infecciones de transmisión sexual de los jóvenes, y tengo años.

1) CONOCIMIENTO DE LAS ITS

¿Creen ustedes que existen problemas de salud relacionados a la vida sexual? ¿cuáles?

¿Han oído hablar alguna vez sobre las enfermedades o infecciones de transmisión sexual? ¿Me podrían explicar (o explicar al que no sabe) que son las ETS? ¿Me podrían decir los nombres de algunas de ellas?

Díganme qué saben de la SÍFILIS. Cómo se contagia, cuáles son las fuentes de transmisión, cuáles son sus síntomas, si creen que es una enfermedad curable o no, si es grave. ¿Le da al hombre y a la mujer? ¿Quién es más probable que se contagie?, ¿el hombre transmite o la mujer transmite?

Háblenme ahora del HERPES GENITAL. Cómo se contagia, cuáles son las fuentes de transmisión, cuáles son sus síntomas, si creen que es una enfermedad curable o no, si es grave. ¿Le da al hombre y a la mujer? ¿Quién es más probable que se contagie?, ¿el hombre transmite o la mujer transmite?

Y del VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO. Cómo se contagia, cuáles son las fuentes de transmisión, cuáles son sus síntomas, si creen que es una enfermedad curable o no, si es grave. ¿Le da al hombre y a la mujer? ¿Quién es más probable que se contagie?, ¿el hombre transmite o la mujer transmite?

¿Dónde obtuvieron esta información? (Guía: aquí seguramente van a contestar la escuela pero continuar más para obtener la información fuera de la escuela).

¿Dónde obtienen esta información la mayoría de los jóvenes estudiantes? (no de la facultad de medicina) (Guía: familia, médicos, amigos, medios de comunicación, revistas como el playboy,...)

Ahora voy a preguntarles una por una de las ETS que mencionaron anteriormente → ¿dónde creen ustedes que los jóvenes (no ustedes) obtienen la información sobre sífilis? ¿sobre herpes genital? y ¿sobre virus del papilloma humano?

¿Creen ustedes que tienen el mismo nivel de conocimientos que los otros jóvenes o ustedes están mejor informados?

¿Creen que para México las ETS son un problema?

2) RELACIONES Y SEXUALIDAD

Platíquenme de los novios, ¿es fácil tener novia/o?, ¿es común que tengan relaciones sexuales? ¿Tienen varios novias/os al mismo tiempo?, ¿con todos tienen relaciones sexuales?

¿Los jóvenes platican con sus amigos de sus novios o novias? ¿De qué platican?

¿De qué platican las chicas? ¿De qué platican los chicos?

Los jóvenes de hoy en día ¿se sienten presionados para tener o no tener relaciones sexuales?

¿Los jóvenes (los que ustedes conocen) tienen relaciones sexuales con personas que no son sus novios/as? (guía: con amigos/as, con parejas ocasionales, con trabajadoras/es sexuales)

3) RIESGOS SEXUALES, PREVENCIÓN Y EL USO DE CONDONES

RIESGO

¿Creen que los chicos o las chicas al tener relaciones sexuales tienen algún riesgo? ¿cuáles? EXPLICAR

¿Están los jóvenes conscientes de estos riesgos? ¿En qué momento piensan en ellos?

¿Los hombres y las mujeres tienen el mismo riesgo?

¿Creen ustedes que los jóvenes platican de riesgos sexuales? ¿O se preocupan de un posible embarazo? ¿O de ETS/sida?

CONDON

¿Cómo se puede evitar una ETS?

¿Cómo se evita un embarazo?

¿Qué piensan de los condones, qué piensan del sexo protegido?

¿Qué piensan las chicas de los chicos que traen condones con ellos?

¿Qué piensan los chicos de las chicas que traen condones con ellas?

¿Cuándo usarían condones los jóvenes? EXPLICAR

¿Cuándo creen que **no** es necesario usar condón? EXPLICAR

RESPONSABILIDAD DE LA PREVENCIÓN

¿Quién sería la persona(s) responsable/s de tomar medidas para evitar una ETS?

¿Quién sería la persona(s) responsable/s de tomar medidas para evitar un embarazo?

¿Creen que hay algunos grupos de la población que están más expuestos a tener una ETS?

4) DETECCIÓN DE SÍNTOMAS Y COMUNICACIÓN

¿Qué hacen los varones si se dan cuenta de que tienen un síntoma? ¿A dónde (o con quién) acuden? ¿y las mujeres?

No sé si conocen a alguien que haya tenido una ETS, ¿sería fácil ir al médico? ¿se lo contaría a sus amigos o a sus amigas?

Si a un joven le diagnostican que tiene una ETS ¿le avisaría a su/s pareja/s sexual/es?

Si un joven cree tener síntomas de una ETS (aunque no haya acudido aún para confirmarlo) ¿lo comentaría con su/s pareja/s sexual/es?

¿A quién le cuentan los varones que tienen una ETS? ¿y las mujeres?

Anexo 2.1. Matriz de categorías para el análisis cualitativo

A. GRUPO CATEGORÍAS CONOCIMIENTOS

CONOCIMIENTO DE ITS
CONOCIMIENTO DE ITS: ASINTOMATICAS
CONOCIMIENTO DE ITS: NO ASINTOMATICAS
CONOCIMIENTO DE CURA DE ITS
CONOCIMIENTO DE PREVENCIÓN DE ITS

B. GRUPO CATEGORÍAS PERCEPCIÓN RIESGOS Y CONDON

PERCEPCIÓN DE CONDÓN

PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS
PERCEPCIÓN DE ITS: NO GRAVE
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS POR EXTRANJERO
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS POR NIÑAS BIEN
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS POR OTRAS MUJERES: LAS DE EUA
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: ESQUEMA PRIMARIO
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: HOMOSEXUALES Y SIDA
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: PROMISCUIDAD
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: PAREJAS SIMULTÁNEAS
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: PAREJAS PREVIAS
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: IMPORTANCIA DE LA VIRGINIDAD
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: CONFIANZA EN ÉL
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: CONOCER AL OTRO
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: AMOR, CONOCIMIENTO VERSUS RIESGO
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: DESPUÉS
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: INMUNIDAD
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: PRÁCTICA ANAL
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: PRÁCTICA ORAL
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: GAP ENTRE CONOCIMIENTO Y EXPERIENCIA PERSONAL
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: TEMOR A CONTAGIARSE Y NO A CONTAGIAR
PERCEPCIÓN DE RIESGO DE ITS: SIDA

PERCEPCIÓN DE RIESGO: EMBARAZO
PERCEPCIÓN DE RIESGO: EMBARAZO NO ITS
PERCEPCIÓN DE RIESGO: EMBARAZO, FALLAR A LOS PADRES
PERCEPCIÓN DE RIESGO: EMBARAZO, MATERNIDAD EN SOLTERÍA
PERCEPCIÓN DE RIESGO: USO DE CONDÓN POR EMBARAZO

PERCEPCIÓN DE RIESGO: EMBARAZO E ITS
PERCEPCIÓN DE RIESGO: EMBARAZO E ITS (HOMBRE EMBARAZA, MUJER INFECTA)
PERCEPCIÓN DE RIESGO: EMBARAZO E ITS (MUJER SE EMBARAZA, HOMBRE SE INFECTA)
PERCEPCIÓN DE RIESGO: EMBARAZO Y SIDA

PERCEPCIÓN DE RIESGO: NO RELACION POR FALTA DE PROTECCIÓN. DECISIÓN DE EL

C. GRUPO CATEGORÍAS RAZONES RELACIONES SEXUALES

MOTIVOS DE RELACIONES SEXUALES: AMOR
MOTIVOS RELACIONES SEXUALES: IMPORTANCIA DE LA VIRGINIDAD
MOTIVOS RELACIONES SEXUALES: POR GÉNERO
PRIMERA RELACIÓN SEXUAL, ESPONTÁNEO, NO PLANEADA.
PRIMERA RELACIÓN SEXUAL: AMOR VERSUS FALLAR A LOS PADRES
RAZONES RELACIONES SEXUALES: POR AMOR Y ATRACCIÓN
RAZONES RELACIONES SEXUALES: ALGO BIOLÓGICO
RAZONES RELACIONES SEXUALES: COSAS QUE SE FUERON DANDO
RAZONES RELACIONES SEXUALES: CURIOSIDAD
RAZONES RELACIONES SEXUALES: PLACER DE ÉL
REFLEXIÓN PRIMERA RELACIÓN: SIN PREPARACIÓN
SEXUALIDAD: MATRIMONIO

D. GRUPO CATEGORÍAS PERCEPCIÓN DEL YO Y DEL OTRO

PERCEPCIÓN DEL OTRO: CONFIANZA
PERCEPCIÓN DEL OTRO: CONFIANZA Y CONDÓN
PERCEPCIÓN DEL OTRO: LIMPIO
PERCEPCIÓN DEL OTRO: NIÑAS BIEN Y LOCAS
PERCEPCIÓN DEL OTRO: RIESGO DE ITS
PERCEPCIÓN DEL OTRO: ZORRAS
PERCEPCIÓN DEL OTRO: DUDA
PERCEPCIÓN DEL OTRO: FALTA DE COMUNICACIÓN EN RELACIONES CASUALES
PERCEPCIÓN DEL OTRO: CUALQUIERA VERSUS SABER CON QUIÉN
PERCEPCIÓN DEL OTRO: DE BUENA FAMILIA
PERCEPCIÓN DEL OTRO: NO JUZGAR

PERCEPCIÓN DEL YO: NO LOCA(O)
PERCEPCIÓN DEL YO COMO RIESGO DE INFECTAR

F. GRUPO CATEGORÍAS USO DEL CONDÓN

USO DE CONDÓN
USO DE CONDÓN: SISTEMÁTICO
USO DE CONDÓN: ASISTEMÁTICO
USO DE CONDÓN: ASISTEMÁTICO. EMBARAZO
USO DE CONDÓN CON TRABAJADORAS SEXUALES
USO DE CONDÓN Y RETIRO CONTRA EMBARAZO
USO DE CONDÓN: ALTERNO CON AE
USO DE CONDÓN: ALTERNO CON CALENDARIO
USO DE CONDÓN: ALTERNO CON MASTURBACIÓN MUTUA
USO DE CONDÓN: ALTERNO CON PASTILLAS
CAPACIDAD DE NEGOCIACIÓN DE LA PROTECCIÓN: COMUNICACIÓN PREVIA A LA RELACIÓN
DECISIÓN ANTICONCEPCIÓN: ELLA
DECISIÓN CONDÓN: ELLA
DECISIÓN CONDÓN: ÉL LLEVA. ELLA PREGUNTA
CAPACIDAD DE NEGOCIACIÓN DE LA PROTECCIÓN: EL DISPONE
USO DE CONDÓN EN PRIMERA RELACIÓN: ÉL SIEMPRE IBA PREPARADO
USO DE CONDÓN PRIMERA RELACIÓN: DOBLE PROTECCIÓN
USO DE CONDÓN PRIMERA RELACIÓN: FALTA DE PLANEACIÓN
USO DE CONDÓN PRIMERA RELACIÓN: NO POR FALTA DE PLANEACIÓN
USO DE CONDÓN: ÉL COMPRA
USO DE CONDÓN: ÉL DECIDE

USO DE CONDÓN: ELLA PIDE
USO DE CONDÓN: DECISIÓN MUTUA PERO ÉL TRAE

G. GRUPO CATEGORÍAS EXPERIENCIA ITS

EXPERIENCIA DE ITS: ATENCIÓN MÉDICA
EXPERIENCIA ITS: NO ATENCIÓN MÉDICA
EXPERIENCIA DE ITS: SU PAREJA
EXPERIENCIA FLUJO: NO ATENCIÓN MÉDICA
EXPERIENCIA ITS: COMUNICACIÓN CON PAREJA

H. GRUPO CATEGORÍAS VARIAS

SOCIEDAD, PREJUICIOS, VALOR DE LA VIRGINIDAD, EXPERIENCIA PRIVADA. MÉXICO VERSUS
EUA
TIPOLOGIA DE PAREJA

Anexo 2.2. Características socio-demográficas de los estudiantes universitarios entrevistados

N° entrevista	Edad	Sexo	Carrera	Estado Civil	Edad a la 1ª relación sexual	Tipo de pareja de la 1ª relación sexual	Usó condón en la 1ª relación sexual	Tipo de pareja de la última relación sexual	Usó condón en la última relación sexual	N° parejas sexuales	Tuvo alguna ITS
1	22	H	Biología	Soltero	17	Prostituta	Sí	Amiga	No	11	Sí
2	20	M	Enfermería	Casada	17	Novio	Sí	Esposo	No	1	No
3	22	M	Psicología	Soltera	18	Novio	Sí	Amigo	Sí	2	Sí
4	21	M	Farmacia	Soltera	19	Novio	Sí	-	-	1	No
5	22	M	Farmacia	Soltera	17	Novio	Sí	Novio	Sí	1	No
6	22	H	Farmacia	Soltero	20	Pareja	Sí	Pareja	Sí	3	No
7	21	M	Farmacia	Soltera	21	Novio	Sí	Novio	Sí	1	No
8	19	M	Farmacia	Soltera	No tuvo						
9	17	M	Farmacia	Soltera	No tuvo						
10	18	M	Medicina	Soltera	18	Novio	Sí	Novio	Sí	1	No
11	19	H	Medicina	Soltero	15	Novia	No	Novia	Sí	5	No
12	24	H	Medicina	Soltero	No tuvo						
13	19	H	Medicina	Soltero	14	Ocasional	No	Novia	No	8	No
15	23	H	Medicina	Soltero	20	Conocida	No	Trab. Sexual	Sí	2	No
16	24	H	Medicina	Soltero	15	Ocasional	No	Amiga	No	5	-
17	19	M	Biología	Soltera	15	Novio	No	Amigo	Sí	3	No
18	20	M	Psicología	Soltera	17	Novio	No	Novio	No	3	No
19	21	H	Psicología	Soltero	17	Novia	No	Vecina	mitad penet.	2	No
20	22	M	Derecho	Soltera	17	Novio	Sí	Novio	No	2	No
21	20	M	Derecho	Soltera	17	Novio	No	Novio	No	2	No
22	20	M	Derecho	Soltera	No tuvo						
23	19	M	Derecho	Soltera	15	Novio	No	Novio	Sí	5	No
24	20	M	Derecho	Soltera	No tuvo						
25	23	M	Derecho	Soltera	No tuvo						
26	22	M	Derecho	Soltera	20	Novio	Sí	Novio	No	2	No
27	21	H	Derecho	Soltero	No tuvo						
28	23	H	Derecho	Soltero	15	Novia	Sí	Novia	Sí	3	No
29	23	M	Cs Educac	Soltera	No tuvo						
30	22	M	Cs Educac	Soltera	19	Novio	No	Novio	Sí	3	No
31	24	H	Cs Educac	Soltero	16	Amiga	Sí	Compañera deportes	Sí	5	No
32	21	H	Derecho	Soltero	14	Novia	Sí	Compañera universidad	Sí	3	No
33	21	H	Derecho	Soltero	19	Amiga	1a. penet. no, luego sí, luego no	Novia	Sí	2	No
34	29	H	Derecho	Soltero	19	Compañera de trabajo	No	Novia	No	3	Sí
35	25	H	Derecho	Casado	14	Desconocida	No	Esposa	No	9	Sí
36	21	H	Biología	Soltero	16	Novia	No	Novia	No		
37	22	H	Biología	Soltero	No tuvo						
38	22	M	Psicología	Casada	18	Novio	No	Esposo	No	4	Sí
39	19	H	Farmacia	Soltero	No tuvo						
40	18	H	Farmacia	Soltero	No tuvo						
41	21	M	Psicología	Soltera	21	Novio	No	Novio	No	1	No
43	24	M	Cs Educac	Soltera	18	Novio	No	Novio	Sí	8	No
44	20	M	Psicología	Soltera	19	Novio	No	Novio	Sí	1	No
45	19	M	Farmacia	Soltera	15	Novio	No	Novio	No	3	Sí (VPH HSII)
46	19	M	Psicología	Soltera	No tuvo						

Nota: se eliminaron las entrevistas 14 por ser extranjero con pocos meses de vivir en el país, y 42 por superar el rango de edad.