

Ciudadanías sexuales frágiles: información, carne y VIH

Fragile sexual citizenships: information, flesh and HIV

Fernando Villaamil

*Departamento de Antropología Social,
Universidad Complutense de Madrid*

Resumen

Las tecnologías de prevención del VIH dirigidas a personas no infectadas, al enfatizar una visión limitada del individuo como agente racional, acaban por reproducir una economía moral de protección frente a un otro peligroso en la que la elección de la pareja sexual adecuada se convierte en la medida de prevención más implícita e insistentemente promovida. Cuando se trata de intervenciones de prevención entre personas con VIH, esta economía moral resulta problemática, ya que éstas son situadas en una posición de culpa y de responsabilidad por la pareja sexual. En este artículo exploro cómo las personas con VIH transforman (o no) una tecnología que impone una ortopedia disciplinante a la intimidad sexual en una experiencia vivible. Con tal fin se presenta un marco de análisis que presta atención a las dinámicas mutuamente formativas de cuatro dimensiones: el cuerpo, la información, las tecnologías y los contextos relacionales. A través del análisis de una parte de los resultados de un estudio etnográfico más amplio sobre la prevención positiva entre pacientes con VIH en unidades hospitalarias de Madrid trato de aproximarme a los ajustes cotidianos que llevan a cabo las personas con VIH con las mencionadas dimensiones, y se procura inscribir estos procesos en las disposiciones sociohistóricas de las políticas de la vida en torno al SIDA.

Palabras clave: VIH, tecnologías, prevención positiva, carne, información, sexualidad positiva.

Abstract

HIV prevention technologies aimed at noninfected persons, in emphasizing a limited view of the individual as a rational actor, end by reproducing a moral economy of protection in relation to a dangerous other in which choosing the right sexual partner becomes the prevention measure most implicitly and insistently promoted. In the case of prevention strategies for persons with HIV, this moral economy is problematic because infected persons are burdened with guilt and responsibility for their sexual partners. This article explores how persons with HIV may (or may not) transform a technology that imposes a disciplining orthopedics on sexual intimacy into a livable experience. To that end I present a framework of analysis that pays attention to the mutually formative dynamics of four dimensions: the body, information, technologies and moral contexts. Through an analysis of part of the data from a broader ethnographic study addressing positive prevention methods for HIV patients receiving outpatient treatment in hospitals located in the autonomous community of Madrid, I try to approach the way they tinker with these dimensions as embodied engagements with HIV prevention technologies, and inscribe these processes in the particular sociohistorical arrangement of life politics around AIDS.

Keywords: HIV, technologies, positive prevention, flesh, information, positive sexuality.

Introducción

En el presente artículo trataré de exponer y argumentar la utilidad de algunos instrumentos teóricos para entender la prevención del VIH desde una perspectiva en la que la información, la tecnología preventiva, el cuerpo y los entornos relacionales, en lugar de ser aprehendidos como entidades aisladas que se afectan las unas a las otras de modo unidireccional e intransitivo, serán consideradas en los modos en que se conforman y modifican mutuamente. Tomaré como caso de estudio lo que se conoce como prevención positiva, esto es, los programas de prevención que se dirigen a las personas que viven con el VIH. La prevención positiva será confrontada desde dos enfoques: desde un punto de vista programático, esto es, como tecnología que se basa como mínimo en la existencia de discursos e instituciones expertas que implican presuposiciones morales sobre los sujetos que deben prevenir el riesgo de resultar infectados y sobre su relación con otros sujetos. Trataré de esbozar brevemente esas presuposiciones. En segundo lugar, abordaré la prevención positiva como un conjunto concreto de prácticas en torno al sexo más seguro llevadas a cabo por personas concretas en circunstancias específicas. Las dimensiones antes señaladas serán contempladas desde el trabajo de los sujetos para reconstruir su sexualidad y negociar el estigma. Para ello, me referiré a algunos resultados de un estudio etnográfico realizado con otros fines. La finalidad de hacer uso de estos materiales no es tanto reconstruir el universo de posibles modos de confrontar la sexualidad positiva, sino mostrar la pertinencia del enfoque teórico propuesto para una más adecuada comprensión del trabajo que realizan los sujetos para ajustar sus cuerpos seropositivos, los conocimientos de los que disponen, sus contextos relacionales y las propias tecnologías preventivas en estrategias subjetivas. Con estas estrategias los sujetos tratan de acompasarse a los modos en que los conjuntos sociales en los que se encuadran se relacionan con el VIH y las personas seropositivas, mientras tratan de hacer vivible el difícil espacio de identificación trazado por el discurso y las prácticas del modelo de prevención dominante.

Culpa, responsabilidad e información/ignorancia.

La racionalidad propia de la prevención del VIH ha sido sometida a revisión crítica desde las ciencias sociales. Según Kippax, una de sus críticas más interesantes, “los investigadores médicos y científicos sociales de orientación psicológica han abrazado un modelo individualista de prevención del VIH” (Kippax 2010b: 1). Este modelo pone su sello en lo que la autora llama la prevención biomédica, que ha venido siendo hegemónica en el campo. El modelo individualista tiende a borrar los contextos sociales de las prácticas en torno a la prevención de la transmisión, y se sustenta sobre una construcción ideológica del agente de la prevención como agente racional. De acuerdo con Kippax (2010b), este modelo individualista se fundamenta en *comportamientos* (actos discretos y universales que implican órganos) en oposición a *prácticas* (procesos interaccionales socialmente producidos y localmente situados). Puede añadirse que el modelo biomédico también entraña presuposiciones morales acerca de los seres humanos (Rose 2006, ver más abajo) y acerca de los modos en que éstos se relacionan con otros seres humanos. Tanto en campañas de prevención como en la investigación dominante sobre comportamientos de riesgo, el “destinatario” de la prevención se representa como un individuo racional que maneja sabiamente el riesgo de resultar infectado. El sexo de riesgo es así representado como un fallo o error debido a barreras a lo que de otro modo sería un comportamiento racional (Mol 2008).

Como se ha señalado desde las ciencias sociales, los presupuestos ideológicos de la prevención hegemónica encuentran eco en ciertas formas de razonamiento moral que son consistentes con formas de gobierno neoliberal. El sujeto responsable y que se preocupa de sí mismo permea no sólo la investigación y las políticas públicas dominantes, sino también las campañas de sexo más seguro y otras formas de intervención en prevención, como el *counselling*, al menos cuando las consideramos desde un punto de vista programático.

Este modelo se convierte en particularmente problemático cuando se aplica a la prevención positiva. En este caso, una tecnología que tiene como uno de sus ejes fundamentales la protección de uno mismo debe necesariamente cambiar sus valencias, y transformar el interés propio en desinterés, la responsabilidad sobre el propio cuerpo y sobre la propia salud en la responsabilización por el cuerpo y la salud de otro. La sexualidad de las personas con VIH se inscribe desde el discurso hegemónico de la prevención en un espacio de identificación y legitimidad altamente problemático. En el caso de la prevención positiva, la gestión del riesgo como proyecto neoliberal de realización del *self* (Crawford 1994) no tiene una aplicación fácil.

Sin embargo, se ha argumentado desde posicionamientos teóricos muy diversos que las estrategias de prevención realmente asumidas por los sujetos sociales han de ser comprendidas y analizadas desde la inserción de éstos en los conjuntos sociales que consideran significativos (Menéndez 2003; Mol 2008; Kippax 2012). Las prácticas asociadas a la transmisión del VIH se inscriben en un marco moral, y son evaluadas y dotadas de sentido por los agentes sociales en tanto que vínculos morales (Delor 2002; Klitzman y Bayer 2003). Diversos estudios etnográficos han tratado las complejidades morales de la vida con VIH y los difíciles dilemas con que las personas seropositivas deben confrontarse en su vida cotidiana. A excepción de algunos sectores de las comunidades más afectadas, la estrategia de prevención realmente puesta en marcha por los agentes y conjuntos sociales se fundamenta en la evaluación moral de la pareja, y está inevitablemente atravesada por dimensiones estructurales de desigualdad (Mendes-Leite 1996; Delor 2002; Dilger 2003; Simpson 2005). En España persisten las discriminaciones inscritas en prácticas cotidianas (Fundación FIPSE 2005), y siguen en circulación discursos y creencias que tienden a situar el riesgo en un otro socialmente peligroso o desconocido (Fuster y Molero 2010), a pesar de la revisión de los discursos que en los 80 y 90 asociaron el SIDA a determinados grupos (Villaamil 2004).

La aparición relativamente tardía de la prevención positiva no es ajena al carácter problemático de la prevención dirigida a las personas ya infectadas. Así, los consensos generados en los 80 entre activistas, técnicos de salud pública y el personal encargado de formular las políticas de prevención en lo que se conoció como *excepcionalismo* del SIDA (Bayer 1991) tuvieron como uno de sus pilares fundamentales la universalización del sexo más seguro como estrategia preventiva central. La adopción de prácticas preventivas debía ser recomendada para toda la población, indiferentemente de su seroestatus. Como en otras dimensiones de la epidemia de VIH, la aparición en 1996 de fármacos eficaces supuso un replanteamiento de las políticas seguidas hasta ese momento (Padian *et al.* 2011). Tras un debate y no sin que debiera superarse la oposición de algunos sectores del activismo (GNP+ y UNAIDS 2009), la prevención positiva pasa a formar parte de la agenda de ONUSIDA en 2006. En España, el Plan Nacional sobre el SIDA la incluye entre sus prioridades estratégicas a partir de 2008 (PNS 2008). En particular, se recomienda el consejo o *counselling* en el contexto del tratamiento, espacio que el equipo investigador del que formo parte exploró en las consultas hospitalarias madrileñas (Villaamil, en prensa).

Tecnologías biopolíticas

En lo que sigue, defiendo que la prevención del VIH debe ser entendida como parte del campo de producción política de la salud (Fassin 2004). Subraya este autor que la salud es el resultado de un triple trabajo social: el de inscripción en el cuerpo de las desigualdades sociales, el de la organización social del poder de curar (o de evitar el daño), y el del control sobre la vida, entendida ésta como un asunto eminentemente político. Entiende Fassin que este trabajo social puede ser abordado con provecho desde la categoría de biopolítica. Siguiendo a Foucault (2001, 2006), entendemos la biopolítica como una configuración histórica del gobierno, es decir, de la relación entre saber y poder, caracterizada centralmente por la entrada de la gestión de la vida en el campo de intervención y legitimación del soberano, tanto de los cuerpos individuales en tanto que organismos, como de los procesos biológicos que afectan a las poblaciones en tanto que agrupamientos de individuos.

Rabinow y Rose (2006) destaca tres dimensiones de las configuraciones del biopoder: Una forma de discurso verdadero acerca de los seres vivos y un conjunto de autoridades consideradas competentes para enunciar esa verdad; estrategias de intervención sobre la existencia colectiva en el nombre de la vida y la salud; y modos de subjetivación, a través de los cuales los individuos pueden ser llevados a trabajar sobre sí mismos bajo ciertas formas de autoridad, por medio de prácticas de sí, en el nombre de la vida o la salud, individual o colectiva (Rabinow y Rose 2006: 197; traducción propia).

Un último concepto, el de tecnología, permite una aproximación al modo en que son problematizados determinados aspectos de la realidad y en el mismo gesto entran a formar parte del campo del gobierno. En este caso, es Rose (1996) quien nos ofrece una definición altamente condensada. Tecnologías son “ensamblajes híbridos de conocimientos, personas, sistemas de juicio, edificios y espacios, sostenidos en el nivel programático por ciertas presuposiciones y asunciones acerca de los seres humanos” (1996:132; traducción propia).

En esta definición hay dos elementos que me gustaría subrayar: sistemas de juicio y conocimientos. En cuanto a los sistemas de juicio, Rose destaca que en las tecnologías se encuentran implicados valores y normas, algo que es particularmente evidente en el caso de las tecnologías preventivas del VIH. Como se señaló más arriba, las tecnologías implican un modo de ordenar las relaciones entre personas, y en ese sentido son necesariamente morales. La prevención del VIH delinea una economía moral, que siguiendo a Fassin (2009: 1257), podemos entender como “la producción, distribución, circulación y uso de sentimientos, valores, normas y obligaciones morales en el espacio social”. Tal como lo expresan Nguyen y colegas (2007) de un modo conciso, una economía moral es “la base cultural para asignar valor”. Kleinman, por su parte, adopta una perspectiva eminentemente pragmática de la moral: la experiencia moral “is always about practical engagements in a particular local world (...) it is about positioned views and practices” (Kleinman 1999: 365). La dimensión moral de las tecnologías puede ser analizada a nivel de las expectativas (el nivel programático de la definición de Rose) como un dispositivo disciplinario, y en el nivel de las prácticas, como una propiedad emergente de las estrategias desplegadas por un agente en un espacio social concreto.

Información y carne

En cuanto a la circulación de información, puede ser una de las cuestiones más complejas de la vida social, y sin embargo es tratada rutinariamente por los estudios comportamentales y epidemiológicos de la transmisión del VIH y su prevención como un proceso autoevidente y no problemático (Kippax 2010a, 2012; Lupton 1994). Como afirman Briggs y Nichter (2009), un ítem de información lleva consigo un universo moral de expectativas acerca del sujeto, que en parte es constituido por la información misma. Foucault (2001) señala que el surgimiento de la biopolítica tiene como uno de sus inmediatos acompañantes la aparición de campañas de “aprendizaje”, la diseminación de información con el objetivo explícito de formar al que bien podríamos denominar ciudadano biopolítico. En efecto, desde el higienismo las campañas de información y educación forman parte de las tecnologías reguladoras de la biopolítica, aquéllas que “no se centran en el disciplinamiento de las capacidades inscritas en el cuerpo, sino en la regulación de la vida misma” (Foucault 2001:225), ya sea su diana grandes grupos poblacionales o de forma más capilarizada a través de estrategias de intervención como el *counselling*.

En cuanto a la antropología médica, es un lugar común, al menos desde los años ochenta (Kleinman, Eisenberg y Good 1978, Kleinman 1988), señalar la coexistencia en el ámbito de la atención biomédica a la salud, de dos perspectivas radicalmente divergentes: la patología biomédica y el padecimiento lego, *sickness* versus *illness*, perspectiva del médico/ perspectiva del paciente. Esta problematización ha sido extraordinariamente fecunda, especialmente en las críticas y reflexiones (Young 1982) que ha abierto, pudiendo decirse que sentó las bases de la imprescindible crítica epistemológica de la medicina occidental y de las propias condiciones de posibilidad de la reflexión auténticamente transcultural (Martínez 2008, Pizza 2005) acerca de los procesos que afectan y constituyen la salud, la enfermedad y la atención. Recientemente, autores como Mol (2002), Rosengarten (2009), Mykhalovskiy (2008) o Davis (2009), basándose en una orientación firmemente etnográfica e inspirándose en los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, han llevado esta epistemología reflexiva y crítica a sus por el momento, últimas consecuencias. Mol (2002) ha descentrado el análisis, desde las perspectivas y saberes que se dan cita en el encuentro terapéutico, a la constitución (*enactment*) del objeto de esas perspectivas, hasta ahora según los autores citados, incuestionado: la propia enfermedad, cuya evidencia biológica es dejada en suspenso para analizar los procesos *biosociales* que la constituyen.

Por su parte, Rosengarten (2009), afirma que existen buenas razones para cuestionar la distinción entre información, es decir, prácticas en una amplia variedad de entornos en los que se implica un tráfico en conocimiento y discurso (la prueba del VIH, *counselling*, educación del paciente, la educación sanitaria, el marketing social, la prevención intervenciones y así sucesivamente), y *carne*, una entidad supuestamente estable que pertenece a la esfera de lo natural (sexo, el organismo, los medicamentos antirretrovirales, el virus). La distinción es un elemento crucial de la legitimación de los agentes y disciplinas que intervienen en el ámbito de la prevención y tratamiento del VIH desde una posición hegemónica, pero tiende a oscurecer “aquellos procesos dinámicos que implican una relación coextensiva entre la *información* y la *carne* (flesh)”. Atender a estos procesos podría ser crucial para una comprensión más compleja y crítica de los procesos *sociobiológicos* implicados en la prevención y el tratamiento del VIH (Mykhalovskiy 2008; Race 2001; Rosengarten 2009). Rosengarten pone énfasis en las formas dinámicas, mutuamente formativas e impredecibles en que

están interconectadas información y *carne*: la información transforma el cuerpo en su materialidad, y es, a su vez transformado por ella en formas que no necesariamente siguen el modelo médico / de conducta ni son adecuadamente entendidos como desviaciones de ese modelo debido a los obstáculos a la conducta de otra manera racional.

En lo que sigue me propongo explorar la sexualidad positiva como espacio de excepcionalidad generado por y a la vez fuera del alcance de las tecnologías regulatorias de la prevención tal como se ha configurado en torno al sexo más seguro. Para ello, expondré algunos resultados parciales de una investigación realizada entre 2008 y 2010, financiada por el Instituto de Salud Pública, actual Dirección General de Atención Primaria, de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, con el objetivo de explorar las potencialidades y limitaciones de la prevención de la transmisión del VIH entre personas con VIH en el encuentro entre pacientes y médicos en unidades hospitalarias de tratamiento del VIH de la Comunidad de Madrid. Con este objetivo se desarrolló una investigación etnográfica que supuso la realización de 10 sesiones de observación participante, con unas 50 consultas observadas a lo largo de cuatro meses, así como de 14 entrevistas a médicos/as que trabajan o, en dos casos, han trabajado en las consultas de VIH de doce hospitales madrileños. También se llevaron a cabo 30 entrevistas a personas con VIH en tratamiento, empleando como criterios de diversificación de la muestra el género (16 hombres y 14 mujeres, 4 transexuales entre ellas), la edad (6 de 35 años y menos, 19 de 36-50 años y 5 de más de 50 años) y la vía de infección declarada (7 por prácticas heterosexuales, 10 por prácticas homosexuales y 13 por uso compartido de material inyectable). Los nombres de personas e instituciones son pseudónimos.

Gestionando información y reformulando contextos relacionales

La gran mayoría de nuestros entrevistados refiere haber mantenido relaciones sin preservativo desde el momento en que recibió el diagnóstico de infección por VIH. Esto está lejos de significar que el VIH no haya tenido un impacto en sus relaciones y en el modo en que viven su sexualidad, ni que no se hayan visto confrontados con situaciones en las que hayan tenido que hacer uso de los conocimientos acerca de la transmisión de manera activa a la hora de ajustar sus cuerpos seropositivos y sus relaciones próximas.

Para algunos entrevistados, el diagnóstico tuvo la consecuencia de, simplemente, anular su vida sexual y acarrearles un tremendo sufrimiento. A este respecto, conviene recordar que un estudio francés (Preau *et al.* 2008) situaba en un 23% de su muestra el número de personas que habían intentado cometer suicidio al recibir un diagnóstico positivo.

Ya, pero no me corría... no me corro... debe ser por... no sé... tengo problemas de erección y de... eyaculación... tengo tantas cosas, F.... que yo qué sé... hay muchas veces que digo "Coño"... pienso en morirme... y he intentado suicidarme... tres veces... [Josué]

Cuando me dijeron que tenía el VIH y luego en tener sexo... tardé como unos siete, ocho meses. Me costó bastante, porque toda mi rallada era contagiárselo a esa persona, y te sientes mal, también. De hecho es que ni me masturbaba. Porque fijate la mentalidad que yo tenía que... joder, es que si se va a manchar la sábana, ¡la sábana!, se mete en la lavadora con la ropa de la familia... [Agustín]

En otros casos, es con la pareja que tenían en el momento del diagnóstico y que mantienen en la actualidad, con la que no vuelven a tener relaciones sexuales.

Había miedo, de mí de poderle infectar a él, a mi pareja, y él, aunque eso, pues yo notaba que había miedo, entonces, incluso al principio usábamos..., teníamos dos baños en la casa y yo procuraba usar un baño para mí solo para no compartir ni el baño. Entonces era una sensación de sentirte como una bomba de relojería, sentirte un ente a infectar, después a mí eso también me frustró mucho en las relaciones sexuales. A partir de ahí corté prácticamente mi vida sexual porque siempre sabía que las posibilidades de poder transmitir el virus en ese momento eran muy posibles, entonces yo no quería bajo ningún concepto mantener relaciones sexuales con nadie y mucho menos con alguien que no supiera, que desconociera mi diagnóstico. [Fede]

Desde el 2000, vivo con él pero no hago el sexo... no sé si he hecho un error, pero no quería tener un cargo de conciencia, que se vaya a romper la goma y lo vaya a contagiar de algo. [Norma]

En el caso de Fede, como en el de otros entrevistados, en cierta medida la inapetencia sexual es el modo en que se expresan la incapacidad para controlar sus vidas, o, dicho en otros términos, el carácter profundamente problemático y *vigilado* (por la pareja, desde la institución médica, desde el 'otro generalizado' del discurso de prevención de asociaciones y autoridades, y sobre todo desde sí mismo) que adquiere su sexualidad: su cuerpo ya no es la base autoevidente de la experiencia grata de la sexualidad, sumamente importante para ambos entrevistados hasta el diagnóstico, sino un ente enajenado, problemático y peligroso: una bomba de relojería. Una pieza de información (un resultado positivo en el test del VIH) transforma el cuerpo también en su materialidad: un cuerpo que, aunque se anticipara, como es el caso de Fede, comienza a actuar en la realidad como un agente de la infección a partir del diagnóstico, modificando no sólo la experiencia sexual, sino el conjunto de su contexto relacional. En este sentido, entre Fede y Norma median profundas diferencias en el modo en que la información se encarna.

Fede es un hombre gay en la cincuentena y que llevaba unos quince años diagnosticado en el momento de la entrevista. En el momento del diagnóstico trabajaba como auxiliar de enfermería en un hospital y llevaba ya años en pareja con un hombre con el que continúa en la actualidad. A los cuatro años del diagnóstico y tras varias enfermedades oportunistas empezó a cobrar una pensión de invalidez de la que vive, dedicando su tiempo a una asociación de personas con VIH. No ha vuelto a mantener relaciones sexuales con su pareja, ni con otra persona salvo un hombre que conoció en una reunión informativa para personas con VIH, y que por tanto sabía de antemano de su seropositividad. Pero no rompe con su pareja, sino que reinventa su relación con él, excluyendo la sexualidad.

Norma es una mujer transexual de cuarenta y cuatro años e inmigrante que ejerce la prostitución. Relata que en España le ha ido bien. A pesar de algunos episodios de violencia, ha sido capaz de asegurarse un estatus legal y una economía saneada. Por su parte, si bien ha anulado sus relaciones sexuales con su pareja, no ha terminado con el vínculo de apoyo y sostén que les une, sino que antes bien lo ha ampliado para incluir al novio de su actual marido, que participa en una relación nada convencional en la que el cuerpo con VIH es un agente más que evidente.

Porque él [su marido] es más joven que yo, 20 años más joven. Y llevamos una relación de tres. Él tiene un amigo español, ya tienen un año y medio. Él me conoce, salimos los tres, vamos al cementerio porque tenemos un perrito y un gato. Este chico español, él es mayor, es de mi edad. Él hace cenas me invita... y yo sé que es el novio, y él sabe que yo soy su mujer. Porque yo comprendo que como yo le dije que no quería tener sexo.... Ya es un amor como de hermanos..., lo veo más... como un hijo... [Norma]

En el caso de Fede, una vez superados el miedo a contagiar y la culpa, fueron los efectos adversos de los TAR, muy visibles en él, lo que le hacen sentir inseguro –como contó a grabadora apagada. Fede, que es un activista, no puede gestionar esa concreta materialización (Mol 2003) de su cuerpo seropositivo en los momentos de intimidad. Norma disfruta sexualmente con sus clientes, pero es incapaz de eyacular durante la relación, cosa que sólo hace posteriormente, al masturbarse reconstruyendo en su imaginación el encuentro. En cierta manera, su reconstrucción de los vínculos familiares a partir del diagnóstico incluye a sus clientes.

Yo soy muy femenina, pero mi sexualidad, yo disfruto cuando poseo a un hombre. Y también disfruto cuando me poseen, pero cuando realmente me gusta un hombre. Yo por ejemplo cuando estoy con un cliente, yo prefiero poseerlo, antes que me posea. Pero si es un cliente que me llena, yo me entrego plenamente. Yo le poseo y que me posea él a mí. [Norma]

Elisa, una mujer, también inmigrante, en la cuarentena que trabaja en un hospital, es la única entrevistada que mantiene relaciones no protegidas de manera continuada con su pareja serodiscordante. Las razones que aduce sólo en una primera lectura resultan muy distintas a las de Fede y Norma, pues reflejan una similar preocupación por la protección de la pareja y la misma incorporación de conocimientos biomédicos a estrategias de ajuste de los vínculos y las intimidades sexuales. Permítasenos citarlas por extenso:

Nunca usamos. Cuando yo le dije: “Mira, pasa esto, esto y esto. Primero que nada, quiero que vayas derecho a que te chequeen”. Inclusive, luego llamé y tal que se chequeó, y cuando no tenía nada de nada, dijo: “Ah, bueno (riendo). Pues ya está”, y nos quedamos así. Entonces, a él no se le ocurrió... nunca... Dijo: “Yo no creo en eso”. (Ríe) Y ya está. Se quedó así. [¿Qué él no cree en eso?] No, que él no cree en las enfermedades. Y yo: “Ah, bueno”. (Ríe) Y... bueno, y... yo le mandé chequear para saber si estaba bien, y siempre sale bien. Nunca tiene nada. Y el médico de... que lo ve dice: “¿Y usted tiene relaciones con alguien que es seropositivo?”. “Sí”. “¿Y no le pasa nada?”. “No”. “¿Y usted no toma nada?”. “No”. Entonces no lo pueden creer, dicen que no existe, ¿no? Mentira, sí existe. Hay gente y se ha visto que... que al tomar retrovirales... con que lo tienen tan... tan... amurallado, no, no, no sale de ese cuerpo. Entonces nada, no pasa nada.

I: ¿Y él cómo reaccionó cuando se lo dijiste?

E: (Se ríe) Yo me quedé asombrada, porque dice: “Bueno, si nos tenemos que morir, nos morimos juntos. Y si tenemos que vivir, pues bueno. Y ya está”. Es que ahí en eso le salió lo africano. Los africanos son así, son muy... (Ríe). [...] O sea, que es... es más el miedo... al contagio, que el contagio en sí. Y... también... este... La voluntad, que si dices: “Bueno, tengo esto. Bueno, ¿y qué? Me tomo esto y se me quita, y si no se me quita pues me muero y ya está, pero no me pasa nada”. O sea, tener mucha voluntad. [Elisa]

Voluntad que se manifiesta como la inevitable contraparte de la falta de control sobre sus vidas que los entrevistados cuyas narraciones examinábamos antes expresaban en su incapacidad de mantener relaciones sexuales. Elisa parece manejar la posibilidad (baja) de que su pareja resulte infectada en el seno mismo de los compromisos y lazos que van componiendo eso que llamamos el compromiso y la intimidad. El relato de Elisa representa probablemente un extremo de una serie de situaciones que están manifestando el carácter altamente problemático de la sexualidad entre las personas con VIH.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de nuestros/as entrevistados/as no eran conscientes del *Swiss Consensus Statement*, que afirmaba en 2008, es decir, un año antes de que realizáramos las entrevistas, que las personas en tratamiento y con carga viral indetectable a lo largo de más de seis meses pueden practicar sexo sin preservativo sin poner en riesgo a su pareja (Vernazza 2009). Quizá ello viene a mostrar que, como

afirma Persson (2010), la decisión de usar o no preservativo no se remite sólo a cálculos racionales de probabilidad de infección, sino que, está relacionada con una “compleja dinámica en torno a prioridades referidas a la intimidad, el estigma, el género, la reproducción y a un rango de emociones y prioridades de la pareja” (Persson 2010:1490; ver asimismo Kippax 2010a). Sin embargo, como hemos visto también, los mensajes de prevención y en general los conocimientos médicos que se encuadran en lo que venimos llamando la tecnología de la prevención positiva, tal como son incorporados por los sujetos son elementos fundamentales en la comprensión de sus estrategias preventivas, de forma que emociones y cálculos racionales no son fácilmente distinguibles. En concreto, esta información está disponible en internet, y Elisa pudo tener acceso a ella por su trabajo en el medio sanitario. Pero en general, como se señaló anteriormente, las cuestiones referidas a la prevención sólo excepcionalmente son discutidas en consulta. Adicionalmente, existe una cierta reticencia por parte de los especialistas y las ONG a generalizar esta información ante la incertidumbre de cómo será incorporada por las personas con VIH, ya que para que se produzca una efectiva reducción de la capacidad de transmitir el virus deben darse unas condiciones muy exigentes. Elisa, sin embargo, conoce su estado de salud, su grado de adherencia al tratamiento, y su compromiso con su pareja. Como afirma Mol (2008), lo que es recomendable a nivel poblacional no siempre es directamente trasladable a lo que es aconsejable para los sujetos.

Para Fede, Norma y Elisa, el VIH ha impactado fuertemente en su intimidad y en su contexto relacional, cuya estructura es el resultado tanto de la incorporación de tecnologías médicas como de su propia agencialidad: un *embodied engagement* (Biehl y Moran-Thomas 2009) con aquellas. Los tres muestran que no existe un lugar disponible desde el que reconstituirse como personas con VIH con sexo: ese lugar debe ser inventado. Fede incorpora el discurso de prevención, con sus paradojas, hasta el punto de prácticamente anular su sexualidad. La relación de Fede con el discurso hegemónico es la de una identificación subordinada: vigila efectivamente los límites de su cuerpo, aún a costa de su sexualidad. En este lugar de identificación precaria, no se extingue la capacidad de actuar, sino que se reconstruye a partir del conocimiento y las emociones tanto de Fede como de su pareja. Con su (actual) marido se extingue el intercambio sexual, pero se intensifican los intercambios de sostén mutuo.

En el caso de Norma, además de incorporar a su cotidianidad un tercero, hay que tener en cuenta que su marido es gay e inmigrante, lo que le coloca en una posición de vulnerabilidad que es parte de lo que conforma la relación de protección mutua que mantiene con él. Norma ha reconstruido enteramente, incluso fabricado, unas redes de parentesco que han de ser leídas también como una práctica de autoatención (Menéndez, 2003) frente al VIH. En parte, la trama sobre la que reelabora sus vínculos morales se conforma con los conocimientos acerca de la transmisión del VIH.

Serosorting

Trinidad ha encontrado otro lugar desde el que relacionarse con las posiciones identitarias construidas por el discurso del VIH. Contando sólo con la ayuda de su madre, ya fallecida, no se permite a sí misma entrar en depresión cuando recibe la noticia de que tiene el VIH, por demás inesperada, ya que resulta infectada por contacto sexual con su marido, sin tener ni una sospecha siquiera de que éste pudiera estar infectado. Rompe con él, y debe mantener en un primer momento su trabajo de administrativa para sacar adelante a un hijo que también resulta estar infectado. Al

declarársele las primeras enfermedades oportunistas, antes de la existencia de antirretrovirales, se le reconoce un grado alto de minusvalía que le da derecho a una pensión. Ha mantenido desde entonces una sola relación más estable, de cuatro años, con un hombre, Raúl, también seropositivo. Desde que rompe con él sólo ha mantenido relaciones no duraderas con hombres de los que desconocía su seroestatus. Para ella, cuando se trata de parejas esporádicas, exigir el uso del preservativo es una forma de autoafirmarse y estar en control.

Por ejemplo yo he tenido relaciones con personas que tenían VIH. Pero una relación... tampoco una relación así de que viviéramos juntos, circunstancias de un día. Y ha habido gente que no ha querido ponerse el preservativo y yo he dicho que sí [se lo ponga]. “Es que yo no tengo nada.” “Yo tampoco.” Porque yo, si es una persona... yo tampoco tengo que dar explicaciones. Digo: “Tú a mí no me conoces ni yo te conozco a ti.” “Es que yo no tengo nada.” Digo: “Yo tampoco, pero con preservativo.” Y una vez el tío no pudo, se tuvo que pirar. [Ríe] Sí los hay, sí los hay. Hombre, soy otra persona y digo: “Pues mira.” Pero no. A parte de perjudicarlo, a parte a mí también me puede pegar algo, claro. Porque yo estoy propensa porque si tengo las defensas bajas cualquier infección o cualquier... ¡Que no! Ya es por salud tuya, ¿me entiendes? [Trinidad]

La posición de Trinidad, que comparten otras entrevistadas, es profundamente interesante. En los casos de Fede, Norma y Elisa, no ocultan a sus parejas su status frente al VIH. Enrique, peruano, gay de 38 años, a grabadora apagada cuenta que no ha tenido un momento concreto en que haya contado a su novio seronegativo que está infectado, aunque sí que por mil indicios está convencido de que su novio, aunque lo sabe, prefiere no tratarlo directamente, porque eso le facilita las cosas en su relación. Sin embargo, el mismo hecho de que lo contara sólo cuando la grabadora estaba ya apagada, indica hasta qué punto él mismo es consciente de que no se trata de una situación que se compagine con la definición normativa de lo que debe ser la relación entre personas serodiscordantes. Volveremos a este asunto más adelante. Trinidad retiene la información, evita que circule, lo que abre para ella la posibilidad estratégica de identificarse ante sus parejas como ciudadana responsable, frente a las que actúa como si no estuviese infectada. La información y su circulación como decíamos, está bien lejos de ser un proceso unidireccional y claro (Persson 2008).

Cuando habla de la etapa en que tuvo una pareja estable, Trinidad explicita la posibilidad de rechazo como motivo para preferir mantener relaciones con personas positivas como ella. Sexualidad y afectividad aparecen conectadas, de forma que la estrategia de seleccionar la pareja sexual en función de su status frente al VIH (*serosorting*) asegura precisamente que esta conexión se mantenga. A contrario, su relato muestra también que la condición de seropositividad introduce en la relación un elemento extraño y no deseado, que condiciona la sexualidad y la relación misma. Las ventajas estratégicas de esta opción que ha tomado son claras, y ella misma las relata con franqueza:

A mí no se me ocurre tener una relación con una persona que no sea seropositiva. Muy sencillamente, no por tenerla sino porque a lo mejor cuando se entere me rechaza y para evitar que me hagan daño. ¿Tú me entiendes? [Entrevistador: Claro. ¿Te ha pasado eso?] No, no, porque no he dado nunca opción a ello. He conocido gente: “Ay, nos volvemos a ver, tal.” “No, es que no, es que...” No sé, siempre he evitado. No quiero una relación muy estable con esa persona porque yo creo que luego se lo tenías que decir. [Trinidad]

Trinidad ni siquiera da opción a la posibilidad de ser rechazada. En un entorno hostil, de franca estigmatización, no cabe duda de que la actitud de Trinidad tiene claras ventajas. Ha aprendido a lo largo de los años que las personas con VIH cargan con un estigma que, aunque injusto, deben aprender a manejar en sus relaciones. En los términos que he

venido trabajando, Trinidad se niega a ocupar la posición identitaria imposible que para ella reserva el discurso preventivo hegemónico:

Sí me he sentido rechazada, y me ha afectado. Lo que pasa que, bueno, el tiempo te va dando una supervivencia y una estabilidad, entonces llegas a un momento que dices: bueno, pues quien quiera que me quiera; quien no me quiera que le den mucho por saco. Llega un momento en que es una forma, también de defenderte psicológicamente. Claro, normalmente te ha afectado a nivel sentimientos y, además, si son personas que tú quieres te duele más. [Trinidad]

En un sentido similar se manifiesta Raúl, que ha sido su pareja.

...si te digo la verdad siempre lo he intentado llevar para que mi pareja fuese seropositiva, no he querido tener nunca relación con parejas que no fuesen seropositivas, en eso me ha dado un poquito de repelús, ¿me entiendes?, además pues también puedes hacerla mucho daño... [Raúl]

El miedo al rechazo de la pareja se une al miedo a la propia infecciosidad, que es a su vez la expresión de su agencia (Pizza, 2002) y la contraparte del anhelo de normalidad que no parece ser enteramente posible con una persona con la que deban multiplicarse las explicaciones y que no va a llegar a estar nunca ‘en su propia piel’.

Por miedo al contagio, por miedo más a cómo reaccionará, porque una cosa es que una persona lo sepa y tienes más libertad para hablar de ella sobre todo esto, y a lo mejor también puede ser que conozcas a una persona que no es seropositiva y lo acepte y sea una maravilla de relación también no tiene por qué ser mala, pero me ha dado un poquito de reparo, sí he tenido reparos en tener una pareja que no fuera seropositiva (...). Las relaciones que he tenido más yo ha sido en centros, como te he dicho, ha sido en A. que he ido mucho tiempo, luego si he venido aquí a B., entonces claro, los que vienen aquí normalmente son seropositivos, no es que lo haya buscado pero siempre ha resultado así, la verdad es que de la otra manera no he querido tampoco ni intentarlo ...si reacciona bien, bien, pero si reacciona mal pues te puede hundir, porque si tú estás con una mujer que no es seropositiva y tú eres seropositivo y reacciona bien y te cuida igual que la puedas cuidar tú porque no tiene por qué afectar, pues bien, pero si te deja por un hecho como ese pues psicológicamente te tiene que hundir y eso lo he intentado evitar. [Raúl]

Hablando de sus relaciones con Trinidad, afirma que dejaron de usar preservativos, pero en su relato no emerge un discurso de ignorancia o descontrol, sino una elaborada puesta en escena del cuerpo seropositivo que es fruto de un trabajo ciertamente sofisticado con la información epidemiológica y con arreglos al seno de la pareja. Es interesante destacar que en estos arreglos no intervinieron directamente ni los psicólogos de la asociación en la que ambos participaban activamente –y que más bien reproducían el discurso oficial-, ni tampoco sus médicos, de los que esperaba que le dijeran que ‘lo estaba haciendo mal’.

En las relaciones sexuales tampoco usábamos preservativo, a mí la verdad, es que no me gusta mucho y a lo mejor con la persona que no es la pareja estable pues sí porque a lo mejor tal, pero cuando he tenido las parejas estables pues no he usado preservativo, dicen que no es bueno, que había que haberlo usado. Es que había veces que empezábamos porque...sí, lo de las enfermedades venéreas, Sí, la reinfección, es por lo mismo, porque a lo mejor tú tienes un tipo y la otra persona otro y la verdad que hemos intentado poner...los preservativos pero al final han terminado...

E. ¿se lo has contado al médico?

No.

E. Y, ¿la información que teníais?

Sí, si la información la tenías, si eso era un hecho libre. Yo me acuerdo que había veces que íbamos a A. que se trataba el tema. A lo mejor era terapia de grupo para ver conductas de riesgo y se hablaba sobre el tema, sobre lo importante que era usar el preservativo, pero claro, yo como cuando realmente he estado con ella es la única pareja que tenía era ella, no es que fuera

promiscuo, yo no me iba con nadie más, entonces pues la relación era más personal y eso era una cosa más mía, porque me iban a decir que lo estaba haciendo mal, cosa que ya sabía yo, entonces como no iban a darme algo nuevo pues tampoco lo decía, pues es una cosa privada mía. [Raúl]

Me interesa subrayar que, más allá del anhelo de normalidad y protección de la intimidad, que nuestros entrevistados están desplegando estrategias que, contando con las informaciones disponibles, van más allá de éstas y que incluso están desaconsejadas por los saberes expertos de médicos y psicólogos. La siguiente es una cita de un médico:

[Refiriéndose al momento en que descubre que la pareja no infectada de su paciente no ha sido informada] Yo sigo diciéndole a los pacientes, ¿y el preservativo? Yo siempre les decía: el preservativo siempre, aquí, aquí, [*haciendo un círculo con sus dedos índice y pulgar, y golpeándose con ellos la frente*] ¡¡siempre!!! No aquí, no en el bolsillo, ¡aquí! ¡Para cualquier relación que tengas! Lo primero que te tiene que salir es el preservativo en la frente, para saber que te lo tienes que poner, que tienes que proteger a los demás y te tienes que proteger a ti. [Dra. Querol]

En este mismo sentido, uno de los psicólogos entrevistados, trabajador para una de las ONG más importantes, refiere en entrevistas que uno de las actividades más importantes en los talleres para personas con diagnóstico reciente era, precisamente, la que se centraba en adquirir herramientas para comunicar el diagnóstico al entorno. El serosorting fue inicialmente una estrategia sin nombre que desplegaron de forma autónoma las personas con VIH con la variedad de objetivos y efectos que acabamos de ver (Kippax y Race 2003; McConnell *et al.* 2010). La estrategia fue bautizada de forma relativamente tardía (Suarez y Miller 2001), lo que vuelve a mostrar la naturaleza históricamente situada y dinámica de las tecnologías de prevención, así como las transacciones entre carne e información que venimos argumentando con Rosengarten (2009). Interesa en este sentido subrayar el tono casi de disculpa, casi de justificación, con el que las personas con VIH entrevistadas nos contaron que eligen sus parejas en función de su seroestatus –aunque de ninguna manera fuese un secreto.

En este sentido, es preciso situar asimismo en su contexto la noción de superinfección a la que se refieren Trinidad, Raúl e –implícitamente- la Doctora Querol, que ha sido y es ampliamente utilizada como argumento para problematizar el sexo no protegido entre personas con VIH. De modo resumido, estos términos se refieren a la posibilidad de que una persona ya infectada agrave su pronóstico al ser infectada de nuevo por un virus que sea de una cepa diferente y además pueda ser resistente a algún fármaco (superinfección). Esta posibilidad es ampliamente utilizada como argumento para persuadir a las personas con VIH para que eviten las prácticas no protegidas incluso con parejas seropositivas, como puede ser fácilmente comprobado en campañas dirigidas a seropositivos y como declararon en entrevista los médicos que entrevistamos. Sin embargo, la penetración sin preservativo entre personas ya infectadas no se suele considerar como práctica de riesgo en la literatura especializada. El hecho es que la superinfección fue tratada como un hecho antes de que se confirmara como una posibilidad biológica. Funcionó como argumento que se sostenía en la misma lógica de autoprotección que se ha señalado para la promoción de prácticas más seguras dirigida a la población general. Aunque hoy en día la superinfección se considera biológicamente plausible (Waters y Smit 2012), investigaciones recientes muestran que las probabilidades de ocurrencia son bajas, especialmente si la pareja está en tratamiento y mantiene una carga viral indetectable (Redd *et al.* 2013). En todo caso, lo que es preciso subrayar es que la evidencia al respecto es débil y reciente. Pese a ello, esta “pieza de información” ha sido ampliamente diseminada entre las personas con VIH sin evidencia

concluyente, incluso cuando sólo era una posibilidad lógica, pero no como tal posibilidad sino como un hecho. Ello supone un modo de actuar poco habitual en epidemiología. Por ejemplo, los argumentos de la iglesia católica contra el uso del preservativo se fundamentaron en parte precisamente en la existencia de un margen de falibilidad en la protección que ofrece el preservativo. Los hechos epidemiológicos siempre poseen un margen de incertidumbre. Al menos en parte, entonces, puede argumentarse que el argumento de la superinfección, utilizado como certeza, ha sido empleado en prevención como recurso para fortalecer un discurso moral que se fundamente ideológicamente en un sujeto que se construye como responsable de sí mismo. Posiblemente también es una respuesta a la amplia presencia del *serosorting*.

Estrategias comunitarias

Pepe, homosexual de 69 años que ha vivido gran parte de su vida ocultando su actividad sexual, su carne seropositiva se convierte en agente de un modo muy distinto: la reacción inicial al diagnóstico es la de intensificar su vida sexual. Para Pepe el diagnóstico le llega en un momento en que puede jubilarse, aminorándose así gran parte de la presión a la conformidad con los roles de género que ha sentido a lo largo de su vida laboral como profesional altamente cualificado. Por otra parte, la enfermedad (debuta con un cáncer) le visibiliza inmediatamente ante su entorno como persona con VIH y como homosexual, convirtiendo de un plumazo en inútiles sus estrategias de evitación del desvelamiento de su orientación sexual. Por último, paradójicamente, el diagnóstico parece haberle reconciliado consigo mismo, permitiéndole elaborar un *self* más integrado y con el que se siente más cómodo. Al parecer, encuentra precisamente en la intensificación de su sexualidad el modo de dar expresión a este nuevo y paradójico bienestar.

...te quiero decir estaba mucho más suelto que en otras ocasiones de mi vida ya porque sí he tenido la conciencia de que de alguna manera lo que no había vivido necesitaba vivirlo y si no había sido promiscuo hasta entonces pues necesitaba tener esa promiscuidad y hacer todo lo que pudiera por pasar una racha, una etapa de mi vida que yo creía que no la había vivido y me la había perdido de alguna manera (...) yo no sé, es que no sé cómo definirlo, yo digo que es una racha de mi vida, o también yo creo que el arranque de todo eso, o esa hiperactividad sexual ... pues fue la conciencia de que había una etapa que no... . Empezarme a relacionar por medio de Internet con gente que tenía otro tipo de experiencias o llevaba o tenía muchas más experiencias que yo me hizo ver que yo tenía una vida que no había vivido que no había podido hacer en toda mi vida y que no quería perdérmela y... quería hacerlo ¿no? y quería probarlo y... Entonces te quiero decir que he llevado una vida muy intensa, sexualmente te quiero decir tres, cuatro años aquí muy intensa, todo lo que he podido, en ocasiones todo lo que he podido. [Pepe]

En el momento de la entrevista, esta primera etapa parece estar ya superada, y Pepe está ahora buscando relaciones de forma “más tranquila”.

Y ahora la verdad es que estoy mucho más tranquilo ya, o sea te quiero decir que siento que ya he consumido una cierta etapa que yo creía que no la había vivido y la he vivido, y bueno estoy abierto a vivirlo de otra manera, de una manera más pausada, más tranquila, más selectiva, más cómo lo quieras llamar, ¿entiendes? [Pepe]

Esta etapa de intensificación de la expresión sexual del *self* no implicó que dejara de utilizar el preservativo. Pepe es un “paciente modelo”. La reconfiguración de su *self* pasa por la incorporación de un modo de gestionar su cuerpo intensamente mediado por su condición de seropositivo y su condición de paciente. En un sentido muy literal, su

carne, como en otros casos que hemos visto, es el resultado de la incorporación de información (seropositividad, sexo más seguro) en estrategias socioculturales de autoatención. Tener prácticas de riesgo es, en este marco, inconcebible, está fuera de discusión enteramente. Parece que ello pondría en peligro una identidad que, contundentemente percibe como valiosa. Nótese por cierto que Pepe identifica espontáneamente cualquier práctica con práctica de riesgo, lo que es consecuente con el discurso preventivo que tan intensamente ha incorporado.

He usado lo que tengo, prácticas de riesgo claro que he tenido, pero usando... usando preservativo, quiero decir usando los medios que tenía, o sea lo que sí que tengo claro es que yo si voy a vivir o sea que no voy a meterme debajo de una cama te quiero decir que voy a seguir haciendo sexo pero si tengo información para, evitarlo voy a hacer cuanto pueda para evitarlo, para evitar los contagios, para evitar que me contagien a mí te quiero decir y... uso los medios que tengo a la mano te quiero decir pero que los uso, y los estoy usando, yo he asumido que eso tiene que ser así, y sí lo hago, te quiero decir pero no en cuanto a otra manera, pero que no me corto te quiero decir que no me he cortado por pensar que yo estuviera infectado ni que yo fuera a infectar, creo que no, he puesto los medios que podía hacer, pero coño es que... no hubiera resistido hacerlo de otra manera te quiero decir no puedo hacerlo, prácticas de riesgo sin preservativos, sin medios para hacerlo no hubiera podido, ¿entiendes? [Pepe]

Existe una notable diferencia en el modo en que Pepe gestiona su contexto relacional respecto de los casos de Trinidad y Raúl, particularmente llamativa por cuanto estos tres entrevistados comparten un uso sistemático del preservativo con parejas ocasionales. Al utilizar el preservativo en contextos que no implican intimidad o proyección de futuro, Trinidad y Raúl manifiestan no tener mayor dificultad en acudir al discurso preventivo dominante que se ha delineado más arriba. Como señalé anteriormente, Trinidad afirma utilizar el elemento de desconfianza de una forma estratégica. Por el contrario, Pepe se relaciona con un sector del colectivo gay en el que la interacción con personas seropositivas es un hecho cotidiano, y el uso del preservativo, la norma grupal (Villaamil y Jociles 2011). El modo en que Pepe ajusta su contexto relacional a un modo concreto de materializar su cuerpo seropositivo se sustenta en un modo institucionalizado y socializado de incorporación de las tecnologías preventivas, sin cuya toma en consideración las estrategias de Pepe se hacen incomprensibles, ya que éstas son una incardinación en las estrategias grupales. Él mismo refiere a lo largo de la entrevista cómo la gestación de sus estrategias de gestión de su condición de persona con VIH es indisociable de su incorporación de una identidad gay. En cierto modo, ello pone de relieve por contraste el carácter atomizado de las estrategias de Trinidad, Raúl, Fede y Elisa.

El caso de Agustín muestra una forma diferente de puesta en escena del cuerpo gay seropositivo en un contexto relacional fuertemente institucionalizado. A pesar de la diferencia de edad con Pepe –Agustín tenía 21 años en el momento de la entrevista–, ambos comparten la experiencia de entornos sociales hostiles a la homosexualidad. Es español, procede de una ciudad obrera de la corona metropolitana de Madrid. Va componiendo su capital sexual de una forma íntimamente enraizada en su medio social. Conoce a sus primeros amigos en el ambiente en una zona de ligue en su propio barrio. Éstos le presentan a otros amigos y le llevan a los locales del centro. Las redes virtuales juegan también un papel relevante en la composición de su red de amigos. Incluso cuando tiene relaciones con hombres que no forman parte de esa red, es en locales a los que acude acompañado por amigos, y las personas con las que comienza teniendo sexo son también jóvenes que comparten con él disposiciones de clase y un modo de entender la sociabilidad gay, y son por tanto potenciales amigos. En este contexto, el discurso de la confianza y el autocuidado de la prevención se materializa en una

estrategia que ha sido detectada con frecuencia en la investigación en prevención, aunque reducida a “percepciones erróneas” o “exceso de confianza”: Agustín deja de usar el preservativo con su pareja después de unas semanas de estar con él.

Yo con él al principio tenía relaciones con preservativo, luego después no, porque si era mi pareja, pues bueno, confiaba en él, confiaba en mí y bien. [Agustín]

Su pareja tenía relaciones con al menos otra persona, algo que Alberto descubre por casualidad. Rompen, pero retoman al cabo de unos meses la relación.

Tal que bueno, retomamos la relación, entonces yo quise echar un polvo. Entonces yo le dije: “ponte el preservativo” Yo ahí tenía más años, yo ahí ya tenía 19 años, yo ahí era más maduro y le dije: “No, ponte un preservativo” Entonces me dijo: ¿qué pasa, que no confías en mí? “¿O es que tienes algo?” “No, yo no tengo nada, yo estoy muy bien” “¿Entonces, qué pasa, que no me quieres?” “Sí te quiero” “Pues si me quieres, demuéstrelame” Yo, gilipollas de mí, que quería demostrarle que yo le quería, que yo no tenía nada, pues venga, sin preservativo. [Agustín]

Tras una nueva ruptura, acudió a su médico de cabecera por lo que resultó ser una sarna. Por recomendación de éste se practica el test del VIH que resulta positivo. Tras una profunda depresión en la que, como vimos, no mantuvo ninguna actividad sexual, actualmente, Agustín trata de mantenerse conectado a la red de amigos y amantes en las que el intercambio sexual juega el papel que acabamos de mostrar, a pesar de que reconoce que sus pares seronegativos manejan concepciones distorsionadas y estigmatizadoras de la infección y de las personas con VIH:

Yo le voy tanteando el terreno. “¿Pero qué te pasa?” Ya saben que te pasa algo. “Pues tío, porque... ¿tú quieres tener una relación seria conmigo de verdad?” Y yo se lo pregunto. “Claro que sí me gustaría tenerla, pues, tío, por esto, por lo otro, por tal, por cual”. “Ya tío, pero es que yo tengo una mochila”. “¿Qué mochila? ¿Qué tipo de mochila? ¡A ver, no me dejes así!” “Pues una mochila. Yo tengo una enfermedad”. Y ya se quedan así: “pero a ver, ¿qué enfermedad?” “Pues es una enfermedad y a lo mejor cuando te lo diga sales corriendo y no te vuelvo a ver” Y se lo dices, y algunos, bueno, la gran mayoría... hasta ahora no he encontrado a nadie que no haya salido corriendo. Todos han salido corriendo, lo he intentado cuatro veces y todos han salido corriendo. [Agustín]

Además del rechazo en sí, en un contexto de relaciones muy estrecho, corre el riesgo de resultar desacreditado por la persona que le ha rechazado:

(Me quedo) llorando por todas las esquinas, sin apetito, con un miedo a: lo dirá, no lo dirá, se lo contará a los amigos, no se lo contará. Ese tipo de cosas, uno no sabe. [Agustín]

Agustín, a diferencia de Pepe, no encuentra encaje de sus estrategias individuales en las estrategias de grupo. Si el grupo con el que Pepe interactúa cotidianamente está acostumbrado a bregar con el VIH, los pares de Agustín establecen relaciones de amigos –amantes bajo el supuesto de que los participantes son seronegativos. Como acabamos de decir, realizan el presupuesto del modelo dominante en prevención que tiende a despersonalizar y a relegar a un espacio imaginado de alteridad a la persona seropositiva. En contextos de alta prevalencia, esta falta de encaje entre el trabajo subjetivo y grupal entre información, tecnología y cuerpo puede ser parte de los problemas con los que los sujetos tienen que bregar.

Conclusiones

He tratado de mostrar cómo el cuerpo seropositivo se pone en juego en dos escenarios: el de la formulación de las políticas acerca de la prevención del VIH y en el de la intimidad de las relaciones sexuales de las personas con VIH. Para comprender el segundo he tratado de mostrar los trabajos de ajuste entre cuerpos, tecnologías, conocimientos y contextos relacionales que llevan cabo los sujetos. Los casos mostrados, si bien no cubren el campo de estrategias posibles, suponen modalidades muy diversas de bregar con los dilemas morales que conlleva el modo en que en nuestra sociedad se organiza la epidemia de VIH como problema de gobierno, es decir, las relaciones entre mayoría ‘sana’ y las personas con VIH: un problema eminentemente político, en el sentido que daba Arendt al término (citado en Fassin 2004), y que afecta al “problema de vivir juntos, es decir, el problema de la pluralidad humana y de sus consecuencias en términos de comunidad y de solidaridad” (p. 300). Se trata de la cuestión del estigma, siempre y cuando se desprenda el concepto de sus adherencias psicologistas y se mantenga una lectura socioestructural y biopolítica del mismo (Parker y Aggleton 2003).

Para una comprensión de las estrategias de prevención que llevan a cabo los sujetos que trata de ir más allá de los planteamientos reductores de la investigación en prevención dominante, ha sido necesario un trabajo de contextualización histórica de la lógica del modelo de prevención individualista. Ha sido necesario comprender los presupuestos morales de las categorías biomédicas y preventivas (“prevención positiva”, “pareja serodiscordante”, “serosorting”, “infectividad”) a través de las cuales se intenta captar las relaciones sexuales de las personas con VIH y al mismo tiempo constituir las en objeto de gobierno. Asimismo, he tratado de abordarlas como objetos históricos que tratan de captar los comportamientos preventivos desde los presupuestos propios del modelo individualista, pero que a su vez modifican los sujetos sobre los que actúan, quienes no se limitan a incorporarlas pasivamente. Entre los sectores que detentan el conocimiento legitimado y los sujetos que son la diana de esos conocimientos y tecnologías, y de las instituciones que los sustentan se dan relaciones dialécticas (Pizza 2002) o transaccionales (Menéndez 2003). El reconocimiento de estas relaciones de conformación mutua entre conocimiento y objeto conocido tiene vastas consecuencias para el modo en que se piensan y se diseñan las políticas de prevención, como han puesto de relieve Kippax (2012) destacando la importancia de la movilización comunitaria en las políticas de prevención exitosa, o Padian et al. (2008) para el modo en que se evalúa la eficacia de los programas de prevención.

Finalmente, me gustaría subrayar que el modelo de análisis propuesto sugiere asimismo la posibilidad de generar¹ modelos de intervención en prevención que sitúen el eje, precisamente, en los trabajos de ajuste mutuos de conocimientos, tecnologías y contextos relacionales que realizan los sujetos que viven con el VIH para evitar la transmisión, mantener vínculos de intimidad y negociar el estigma. Prevenir la transmisión del VIH va en la práctica mucho más allá de la toma de decisión racional acerca de una serie de prácticas sexuales. Aunque involucra conocimientos, requiere un compromiso que exige mucho más que una información correcta. Este enfoque alternativo de la prevención implica en primer lugar tomar en cuenta los muy diversos paisajes morales y sociales con los que se confrontan las personas con VIH, reflejando la complejidad social de la epidemia de VIH en España. Por otra parte, implica asimismo una relación no jerárquica entre saberes expertos y conocimientos legos, a

¹ O en su caso, poner en valor: nos consta que en algunos contextos como el del consejo en contextos no sanitarios se trabaja en este sentido

partir del reconocimiento del carácter estratégico de los primeros en el diseño de políticas y estrategias de intervención eficaces (Menéndez 2003). A partir del compromiso con las estrategias reales de los sujetos es posible la generación de espacios más democráticos en los que expresar experiencias, estrategias, prácticas y futuros imaginados, y a su vez estos aspectos se pudieran ajustar y reajustar con las exigencias de las tecnologías y los conocimientos expertos. Implica también una atención al carácter histórico y transaccional de las relaciones entre tecnologías y contextos relacionales, y por tanto a la necesaria reflexividad que debe acompañar al diseño e implementación de políticas de prevención. Las potencialidades abiertas por las nuevas tecnologías preventivas, precisamente porque implican un riesgo de medicalización de la prevención y de exclusión de las voces de las organizaciones de la sociedad civil, demandan de las ciencias sociales perspectivas capaces de facilitar una comprensión crítica y reflexiva del modo en que esas tecnologías transforman a, y son transformadas por, los agentes que deben bregar con ellas.

Bibliografía

- BAYER R (1991) "Public health policy and the AIDS epidemic. An end to HIV exceptionalism?", *New England Journal of Medicine* 324(21), pp.1500-1504.
- BIEHL, J. y MORAN-THOMAS, A. (2009) "Symptom: Subjectivities, Social Ills, Technologies", *Annual Review of Anthropology* 38, pp.267-88.
- BRIGGS, Ch. L. y NICTER, M. (2009) "Biocommunicability and the Biopolitics of Pandemic Threats", *Medical Anthropology* 28(3), pp.189-198.
- CRAWFORD, R. (1994) "The boundaries of the self and the unhealthy other: Reflections on health, culture and AIDS", *Social Science and Medicine* 38(10), pp.1347-65.
- DAVIS, M. (2009) *Sex, technology and Public Health*, Hampshire (UK): Palgrave Mac Millan.
- DELOR, F. (2002) "Seropositivity, risk and sexuality", en Aggleton, P., Moatti, J. P., Prieur, A., Sandfort, T., & Souteyrand, Y. (eds.) *AIDS in Europe: New challenges for the social sciences*, Londres: Routledge.
- DILGER, H. (2003) "Sexuality, AIDS, and the lures of modernity: Reflexivity and morality among young people in rural Tanzania", *Medical Anthropology* 22(1), pp.23-52.
- FASSIN, D. (2004) "Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida", *Revista Colombiana de Antropología*, vol. 40, pp.283-318
- FOUCAULT, M. (1990) *Tecnologías del yo*, Barcelona: Paidós.
- FOUCAULT, M. (2001) *Defender la Sociedad*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. (2006) *Seguridad, territorio y población*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- FUNDACIÓN FIPSE (2005) *Discriminación y VIH/SIDA 2005. Estudio FIPSE sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA*, Madrid: Fundación FIPSE.
- FUSTER, M. J. y MOLERO, F. (Eds.) (2010) *Creencias y actitudes de la población española hacia las personas con VIH*, Madrid: Fundación FIPSE.

- GNP+ y UNAIDS (2009) *Positive Health. Dignity and Prevention. Technical Consultation Report*, Amsterdam: GNP+.
- KIPPAX, S. (2010a) "Treatment as prevention: a social science voice", en Dean M. (ed.): *Trick or Treat? Antiretroviral therapy as HIV prevention*, Newton (Australia), AFAO Biomedical prevention monograph no. 1.
- KIPPAX, Susan (2010b) "Reasserting the Social in a Biomedical Epidemic: The Case of HIV-Prevention". Ponencia presentada en la conferencia *Reframing the social dimensions of HIV in a biomedicalised epidemic: The case of treatment as prevention*. Londres: Oversea Development Institute, <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/events-documents/3819.pdf>, consultado el 30 de septiembre de 2012.
- KIPPAX, Susan (2012) "Effective HIV prevention: the indispensable role of social science". *Journal of the International AIDS Society*, 15, apr. 2012., <http://www.jiasociety.org/jias/index.php/jias/article/view/17357>, consultado el 30 de septiembre de 2012.
- KIPPAX, S. Y RACE, K. (2003) "Sustaining safe practice. Twenty years on", *Social Science and Medicine* 57(1), pp.1-12.
- KIPPAX, S., REIS E. y de WIT, J. (2011): "Two Sides to the HIV Prevention Coin: Efficacy and Effectiveness", *AIDS Education and Prevention*, vol. 23, nº. 5, pp.393-396.
- KLEINMAN, A. (1988) *The Illness Narratives: suffering, healing and the human condition*, New york: Basic Books.
- KLEINMAN, A; EISENBERG, L y GOOD, B. (1978) "Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research", *Annals of Internal Medicine*, vol. 88 (2), pp.251-258.
- KLITZMAN, R. y BAYER, R. (2003) *Mortal secrets. Truth and lies in the age of AIDS*, Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- MARTÍNEZ, A. (2008) *Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*, Barcelona: Anthropos.
- MCCONNELL, J.J., BRAGG. L., SHIBOSKI, S., GRANT, R.M. (2010) "Sexual Seroadaptation: Lessons for Prevention and Sex Research from a Cohort of HIV-Positive Men Who Have Sex with Men", *PLoS ONE* vol 5(1): e8831.
- MENDES-LEITE, R (1996) "Identité et altérité: protections imaginaires et symboliques face au sida". *Gradhiva* 18, pp.93-103.
- MENÉNDEZ, E. (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 8 (1), pp.185-207.
- MOL, A. (2002) *The Body Multiple: ontology in medical practice*, Durham, NC: Duke University Press.
- MOL, A. (2008) *The logic of care. Health and the Problem of Patient Choice*, London and New York: Routledge.
- MYKHALOVSKIY, E. (2008) "Beyond Decision Making: Class, Community Organizations, and the Healthwork of People Living with HIV/AIDS. Contributions from Institutional Ethnographic Research", *Medical Anthropology*, 27 (2), pp.136-163.
- PAIDAN, N.S; BUVÉ, A.; BALKUS, J.; SERWADDA, D.; CATES, W. (2008) "Biomedical interventions to prevent HIV infection: evidence, challenges, and way forward", *The Lancet* 372 (9638), pp.585-599.

- PADIAN N.; MCCOY S.; ABDOOL KARIM S.; HASEN N.; KIM J., *et al.* (2011) "HIV prevention transformed: the new prevention research agenda", *The Lancet* 378(9787), pp.269-278.
- PARKER, R.; AGGLETON, P. (2003) "HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action", *Social science & medicine*, vol. 57, no 1, pp.13-24.
- PERSSON, A. (2008) "Sero - sharing and sero - silence. Managing HIV in heterosexual relationships", *AIDS Care*, 20(4), pp.503-506.
- PERSSON, A. (2010): "Reflections on the Swiss Consensus Statement in the context of qualitative interviews with heterosexuals living with HIV", *AIDS Care*, 22 (12): 1487-1492.
- PIZZA, G. (2002) "Antonio Gramsci e l'antropologia medica ora. Egemonia, agentività e trasformazioni della persona.", *AM Rivista della Società Italiana di Antropologia Medica* 15-16, pp.33-52
- PIZZA, G. (2005) *Antropologia medica: saperi, pratiche e politiche del corpo*, Roma: Carocci.
- PNS - Plan Nacional sobre el SIDA (2008) *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida*, <http://www.msps.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf>, consultado el 30 de septiembre de 2012.
- PRÉAU, M.; BOUHNİK, A.D.; PERETTI-WATEL, P.; OBADIA, Y.; SPIRE, B; ANRS-EN12-VESPA Group (2008) "Suicide attempts among people living with HIV in France", *AIDS Care* vol. 20(8), pp.917-924.
- RABINOW, P. y ROSE, N. (2006) "Biopower today", *BioSocieties*, 1(2), pp.195-217.
- RACE, K. (2001) "The Undetectable Crisis: Changing Technologies of Risk", *Sexualities*, vol. 4 (2), pp.167-189.
- REDD, A. D.; QUINN, Th. C; TOBIAN, A. (2013) "Frequency and implications of HIV superinfection", *The Lancet infectious diseases*. doi:10.1016/S1473-3099(13)70066-5
- ROSE, N. (1996) "8: Identity-Genealogy-History.", en Hall, S., y Du Gay, P. (eds.) *Questions of cultural identity*. Londres: Sage.
- ROSENGARTEN, M. (2009) *HIV interventions. Biomedicine and the traffic between information and flesh*, Seattle: Washington University Press.
- SIMPSON, A. (2005) "Sons and Fathers/Boys to Men in the Time of AIDS: Learning Masculinity in Zambia", *Journal of Southern African Studies*, 31(3), pp.569-586.
- SUAREZ, T. y MILLER, J. (2001) "Negotiating Risks in Context: A Perspective on Unprotected Anal Intercourse and Barebacking Among Men Who Have Sex with Men—Where Do We Go from Here?", *Archives of Sexual Behavior*, vol 30, nº 3, pp.287-300.
- YOUNG, A. (1982) "The Anthropologies of Illness and Sickness", *Annual Review of Anthropology* vol. 11, pp.257-285.
- VERNAZZA, P. (2009) "Editorial: The debate continues: Does 'undetectable' mean 'uninfectious'?", *HIV Therapy*, 3(2), pp.113-116.
- VILLAAMIL, F. (2004) *La transformación de la identidad gay*, Madrid: La Catarata.
- VILLAAMIL F. (en prensa) Shared embarrassment. (Not) talking about sex in HIV-related doctor patient encounters. *Medical Anthropology*.

VILLAAMIL, F.; JOCILES, M.I. (2011) "Risk and community: The impact of HIV among gays in Madrid. The case of sex clubs". *Sexualities* 14(2), pp.580-596.

WATERS, L. y SMIT, E. (2012) "HIV-1 superinfection", *Current Opinion in Infectious Diseases* 25(1), pp.42-50.

WARNING (2007) "La séroadaptation chez les hommes gays", http://www.thewarning.info/IMG/pdf/fiche_info_seroadaptationpdf, consultado el 30 de septiembre de 2012.