

UNIVERSIDAD FRANCISCO JOSÉ DE CALDAS  
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN SOCIAL INTERDISCIPLINAR

LÍNEA DE PODER Y POLÍTICA

PROFESOR ADRIÁN PEREA

***BAREBACK*, PRÁCTICAS SEXUALES DE RESISTENCIA ENTRE  
HOMBRES. APORTES DESDE LA GENEALOGÍA A LA  
PREVENCIÓN DEL VIH**

CARLOS FABIAN BETANCOURT RODRÍGUEZ

## AGRADECIMIENTOS

Abordar este tema no ha sido tarea fácil, ha requerido de miles de horas de meditar y escribir sobre los asuntos que muchas veces creía cotidianos. En esas divagaciones de no acabar, me ha acompañado Alvaro Hache, a quien agradezco sus constantes interpelaciones, sus intercambios bibliográficos y compartir preocupaciones profundas sobre la sexualidad masculina. En este camino recorrido, tengo también un profundo agradecimiento al Profesor Adrián Perea, cuya admirable lucidez y claridad conceptual me invitaron todo el tiempo a indagar y problematizar mis propias categorías de estudio dentro de la genealogía; le agradezco la paciencia frente a mi testarudez, así como su actitud abierta para propiciar diálogos abiertos y francos sobre situaciones que muy pocas veces los hombres cuestionan. Estoy también muy agradecido con María Cecilia Zea, profesora de la Universidad George Washington, quien siempre me confrontó con sus acertados cuestionamientos sobre el *bareback* y llamó mi atención sobre los dilemas morales presentes en la sexualidad contemporánea.

## ÍNDICE

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1. Presentación .....</b>  | <b>5</b>  |
| <b>2. Justificación.....</b>  | <b>6</b>  |
| <b>3. Pregunta problema .....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>4. Objetivos.....</b>  | <b>9</b>  |
| 4.1 General .....   | 9         |
| 4.2 Específicos.....  | 9         |
| <b>5. Metodología.....</b>  | <b>9</b>  |
| 5.1 Fase I. Exploratoria .....  | 9         |
| 5.2 Fase II. Analítica .....  | 10        |
| 5.3 Fase III. Propositiva .....   | 10        |
| <b>6. Marco contextual .....</b>  | <b>11</b> |
| 6.1 ¿Qué es el <i>bareback</i> ?.....   | 11        |
| 6.2 ¿Qué son los HSH? .....   | 13        |
| 6.3 Contexto del VIH entre la población de HSH .....                                  | 14        |
| <b>7. Marco teórico. Prácticas discursivas mediadoras en el <i>bareback</i> .....</b> | <b>16</b> |
| 7.1 La prevención en el contexto del VIH .....  | 16        |
| 7.2 El riesgo como práctica discursiva de gobierno y subjetivación .....              | 22        |
| 7.3 Cuerpo, deseo y organización.....   | 27        |
| 7.4 La matriz de inteligibilidad del género.....                                      | 29        |
| 7.5 Resistencia y conducta .....  | 31        |
| 7.6 El cuidado de sí .....  | 32        |
| 7.7 Medicalización, farmacologización y sanitización .....                            | 32        |
| 7.8 Sexualidad y farmacologización.....   | 35        |
| 7.8.1 Farmacologización y VIH.....  | 37        |

|  |           |
|--|-----------|
| 7.8.1.1 Profilaxis pre-exposición en VIH .....   | 38        |
| 7.9 Tecnologías clínicas de control en torno al VIH .....  | 39        |
| 7.9.1 Carga viral y conteo de CD4 .....  | 39        |
| 7.10 El uso del diagnóstico en la sexualidad .....   | 40        |
| <b>8. Fase Analítica. Relaciones entre saber, poder, placer y producción del sujeto resistente en el<br/>bareback.....</b> | <b>45</b> |
| 8.1 La terapia antirretroviral y la producción del sujeto farmacológico adherente .....                                    | 45        |
| 8.1.1 <i>Bugchasing</i> .....  | 46        |
| 8.1.2 <i>Serosorting</i> .....   | 46        |
| 8.2 El sujeto moral en el <i>bareback</i> .....  | 51        |
| 8.2.1 El cuidado de sí y el <i>bareback</i> .....  | 53        |
| 8.3 Profilaxis pre-exposición: nueva sujeción, viejas reglas .....   | 56        |
| 8.4 <i>Chemsex</i> .....   | 56        |
| <b>9. Fase Propositiva. Conclusiones y recomendaciones .....</b>   | <b>58</b> |
| 9.2 Sujeto HSH, estigma y patologización.....  | 58        |
| 9.3 Propuesta hacia la prevención del VIH y la reducción del daño .....  | 59        |
| 9.3.1 Implicaciones éticas y metodológicas del uso del placer en la prevención del VIH .....                               | 60        |
| <b>10. Glosario.....</b>   | <b>62</b> |
| <b>11. Bibliografía.....</b>   | <b>65</b> |

# BAREBACK, PRÁCTICAS SEXUALES DE RESISTENCIA ENTRE HOMBRES Y APORTES DESDE LA GENEALOGÍA A LA PREVENCIÓN DEL VIH

## 1. PRESENTACIÓN

El presente trabajo busca generar cierto tipo de conocimiento en torno a un análisis genealógico de la práctica sexual entre hombres conocida como *bareback*, *sexo a pelo* o *sin condón*; tema que tiene una especial relevancia por su asociación con la presencia del VIH desde sus orígenes, siendo hoy mucho más relevante dado el recrudecimiento de las cifras de la epidemia entre la población masculina global.

Dada la carga estigmatizante del VIH y la discriminación que conllevan en la sociedad occidental las relaciones sexuales entre hombres, gran parte de los trabajos investigativos llevados a cabo en todo el planeta, sobre estos temas, se han basado en testimonios escritos, encuestas por internet y en las voces de terceros que opinan detrás de instrumentos anónimos; esto ha conllevado a que los discursos que refieren muchos trabajos luzcan como narraciones lejanas que traslucen pálidamente una realidad casi aséptica y narrada de forma políticamente correcta, dejando entrever que, a toda ciencia tiene que ser mucho más rica, desgarradora y contundente. Por esta razón, hace cuatro años me propuse con un equipo investigador sumergirme con un ánimo cuestionador en la escena sexual entre hombres en la ciudad de Bogotá, participando en clubes y fiestas privadas de sexo, orgías; visitando saunas, videos, desplazando los límites de mi propia sexualidad y permitiéndome explorar mucho más de lo que tal vez había podido hacerlo en mis cuarenta años de vida sexual activa. De ese trabajo en 2016 se hizo una publicación que es la única en su género en Colombia al abordar el *bareback*, las prácticas sexuales alternas y el uso de drogas desde la voz de sus propios protagonistas; temas y metodologías que por fortuna han comenzado a interesar al sistema de salud colombiano.

En ese contexto, emprendí a manera de trabajo de grado de la Maestría en Investigación Social Interdisciplinaria, esta segunda parte sobre el mismo tema, con un nivel de profundidad diferente, que permitiera abordar el contexto descrito en 2016, pero esta vez desde la genealogía, esto dado que hago parte de la misma población que abordo y como persona viviendo con VIH, *bugchaser* y *barebacker*, me inquieta comprender cuáles son las razones profundas que se relacionan con la toma de decisiones de los hombres en la escena sexual contemporánea, en la que existe una gran inmanencia del riesgo, suscitada desde los intereses de la industria biomédica y farmacéutica.

Advierto entonces al lector, que mi trabajo es situado, parcial y posicionado (Sandoval, 2013), y que las dialécticas de poder que aquí se exponen las vivo, las siento y las experimento, en tanto habito una corporeidad atravesada por el género, la homosexualidad, el diagnóstico de VIH y la industria farmacéutica; las relaciones de poder que me atraviesan me hacen lo que muchos llamarían *un sujeto triplemente patológico*, pero desde mi ser, mi tiempo y mi lugar esa no es una condición que acepte ni que me defina; al contrario, si la abordo es precisamente para abrir espacios hacia nuevos agenciamientos de naturaleza material y simbólica que evidencien las formas resistentes que asume la vida en toda su maravillosa expresividad.

El trabajo se presenta en tres fases fundamentales, la primera *Exploratoria* incluye un marco contextual sobre el bareback, los hombres que tienen sexo con hombres y el VIH en esta población. Así mismo, incluye un marco teórico que enfatiza las principales prácticas discursivas mediadoras en el *bareback*: los diferentes modelos de prevención, el riesgo, el cuerpo y el género. Aborda también elementos teóricos fundamentales como la resistencia y la conducta, el cuidado de sí, la medicalización y farmacologización, así como las tecnologías clínicas de control en torno al VIH.

La segunda fase o *Analítica* presenta las relaciones entre saber, poder, placer y se centra en la producción del sujeto y las prácticas de resistencia contenidas en el *bareback*. En este contexto enfatiza temas como la terapia antirretroviral y la producción del sujeto indetectable, se centra en ejercicios de resistencia como *bugchasing* y el *serosorting*. Hace también un análisis de las relaciones del cuidado de sí en el *bareback*, así como de la profilaxis pre-exposición y el uso de drogas en las relaciones sexuales entre hombres conocido como *Chemsex*.

Finalmente, la Fase *Propositiva* presenta conclusiones y recomendaciones, centrándose en algunas consideraciones sobre el *bareback* como categoría investigativa y de prevención; así como respecto al sujeto HSH, el estigma y la patologización. Finalmente, se presentan elementos hacia una propuesta para la prevención del VIH basada en la reducción del daño, dirigida a hombres; advirtiendo ciertas implicaciones éticas y metodológicas del uso del placer en la prevención del VIH.

## 2. JUSTIFICACIÓN

El *Bareback* (BB), *sexo a pelo* o sexo penetrativo sin uso de condón entre hombres parece guardar una relación importante con el incremento del VIH. Así lo demuestra la coincidencia del aumento de las tasas de la epidemia con la amplia propagación de esta práctica (Mansergh, 2002), situación que tiene un especial sentido si se considera que en el comportamiento de dicha epidemia más del 50% de las infecciones en el mundo ocurren por vía sexual en relaciones penetrativas en las que no se usa protección.

Aunque en el planeta el 75% de las nuevas infecciones por VIH se producen entre hombres que se autodeterminan como heterosexuales, en el continente americano existen tasas de prevalencia también importantes entre HSH, dado que esta población es más pequeña que la de hombres heterosexuales las repercusiones de la concentración del VIH en este grupo tiene mayores proporciones e impactos y requiere estrategias de acción inmediatas y contundentes (UNAIDS, 2009).

En algunos países de Latinoamérica y Centroamérica para el año 2012 la epidemia del VIH entre HSH oscilaba entre 5% y 40%, en Colombia entre 2010 y 2011 se llevaron a cabo dos estudios de prevalencia del VIH que arrojaron prevalencias también altas entre esta población en ciudades como Cali (24%), Bogotá (15%), Barranquilla (13,6%), Cúcuta (10,9%), Medellín (9,1%) y Pereira (5,6%) (MSP, 2012). Para comprender la magnitud de esta situación vale la pena recordar que se

considera que una epidemia no está generalizada en la población de un país cuando se encuentra por debajo de 1%, y se encuentra concentrada en una población específica cuando se halla por encima de 5% en dicha población, por tanto nos encontramos frente a una epidemia fuertemente concentrada entre la población HSH.

Este contexto permite comprender por qué razones desde la aparición del VIH la epidemiología ha concentrado gran parte de sus esfuerzos discursivos en abordar a la población HSH; este tipo de discurso ha obedecido a diferentes enfoques siendo el primero de ellos el epidemiológico conductual en los ochentas, basado en el uso del riesgo como categoría de control, el cual generó los llamados *grupos de riesgo* (hombres gays, mujeres trabajadoras sexuales y consumidores de drogas inyectables), en él también emergieron las percepciones emanadas del VIH en tanto enfermedad asociada a la transmisión sexual y por ende a una idea de sexualidad desordenada, no heterosexual y pecaminosa que ameritaba castigo; desde este enfoque se consideraba que la transmisión del virus podía frenarse al corregir las conductas inadecuadas de los individuos, lo cual generó profundos procesos de estigma y discriminación frente quienes viven con VIH/Sida.

Las estrategias de prevención bajo este primer enfoque estuvieron orientadas hacia la reeducación de estos grupos para alcanzar una prácticas *sanas* a través de la abstinencia sexual, el uso del preservativo, el tener una sola pareja sexual y evitar el consumo de sustancias inyectables, entre otras.

Posteriormente, en los noventa se usó por primera vez la categoría de vulnerabilidad social para abordar la epidemia del VIH/Sida, lo cual permitió reconsiderar la tendencia individualizante de la enfermedad y comprender que la posibilidad de infectarse con el virus es el resultado de un conjunto de aspectos individuales, colectivos y contextuales que se relacionan con la mayor susceptibilidad, con la disponibilidad y posibilidad de acceso a recursos que permitan protegerse contra la infección, de esta forma desde el discurso epidemiológico centró su atención en los *comportamientos de riesgo* abandonando la categoría de *grupos de riesgo* por ser segregacionista y estigmatizante (Estrada, 2006a). A partir de este momento se introdujo con mayor fuerza el condón como adminículo que evitaba la transmisión del virus y que debía ser utilizado de manera sostenida por todos los individuos.

Al finalizar los noventa e iniciar e siglo XXI la epidemiología tuvo un nuevo giro y esta vez hacia el enfoque político económico, el cual considera que las desigualdades sociales y económicas están en la base de la epidemia constituyéndose en obstáculos estructurales para los cambios de comportamientos, pensamientos y creencias necesarias para desarrollar procesos sociales más saludables; el énfasis entonces en este modelo se hace en el fortalecimiento del activismo de base comunitaria, la defensa de los derechos humanos y se deja de abordar el riesgo como una expresión de lo individual para concentrarse en la vulnerabilidad colectiva y estructural.

Hacia el año 2000 la pandemia del VIH fue objeto de análisis y preocupación de las potencias mundiales a tal punto que el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas la incluyó como una de

las amenazas para la seguridad nacional de los Estados Unidos, al lado del deterioro ambiental, el consumo y tráfico de estupefacientes, la corrupción y el terrorismo (Ibid, 2006), este hecho hizo que los esfuerzos y estrategias de prevención desde los activismos comunitarios enfatizaran en la lucha contra la epidemia a través de campañas que relevaban el uso sostenido del preservativo y el acceso universal a los medicamentos antirretrovirales, entre otros temas.

Cada uno de estos enfoques epidemiológicos ha operado con sus prácticas discursivas de poder en un momento histórico determinado de la epidemia del VIH basándose en la biomedicina y expresándose a través de políticas públicas, estrategias y campañas de prevención que han planteado fuertes elementos de control sobre el sujeto HSH y sus prácticas sexuales. En las interacciones que emanan de este proceso se ha llevado a cabo un tipo de subjetivación en el que hay una toma de postura frente al poder que en cada caso adjetiva, modula, constituye, regula y produce al sujeto; por tanto el *bareback* no puede ser leído solamente como el cansancio frente al discurso reiterativo y medicalizado del uso del condón, sino como un proceso en el que los HSH asumen posturas frente a las prácticas discursivas que emergen en el contexto epidemiológico y se hegemonizan desde las políticas de salud pública, intentando homogenizar los sujetos y su sexualidad ¿Qué puede decirnos entonces el BB como construcción subjetiva y práctica de resistencia de los HSH respecto a las formas como operan los discursos de poder en el ámbito de la prevención del VIH? Si el sujeto HSH ha sido el más abordado e intervenido durante más de treinta años de la epidemia ¿Acaso el BB como conducta no se constituye en hallazgo fundamental hacia la comprensión del fracaso del discurso epidemiológico de la prevención como práctica discursiva de poder?

Ahora bien, desde el punto de vista epistemológico el *bareback* como acontecimiento resistente plantea la necesidad de adentrarse en un análisis multicausal que dé cuenta de los discursos de saber y de poder que construyen al sujeto desde disciplinas tan disímiles como la biomedicina, la epidemiología, la salud pública, la psicología, la sociología, la sexología, la filosofía y la historia. En este sentido, el abordaje desde una perspectiva interdisciplinaria permite tocar zonas del fenómeno como práctica de convergencia, posibilitando su construcción como objeto de investigación, lo cual no sería posible desde una mirada disciplinaria especializada (Pombo, 2013). Se requiere entonces de un abordaje heurístico que posibilite una transmisión de conceptos, ideas y métodos que nutran la lectura sobre la realidad de esta práctica, y posibiliten su constitución como objeto de conocimiento (Ibid).

Por tanto, este trabajo investigativo se constituye en un ejercicio analítico interdisciplinario tendiente a romper las lecturas que las mencionadas disciplinas hacen sobre los sujetos *barebackers*, planteando trascender los límites ideológicos impuestos desde las significaciones conceptuales propias de la racionalidad instrumental de cada una de ellas, e intentando evidenciar las formas particulares como los sujetos interactúan, se configuran, se reconfiguran y se construyen.



### 3. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cómo proponer una alternativa discursiva de prevención de la transmisión del VIH a partir de un análisis genealógico en torno a las prácticas de resistencia que emergen en el *bareback*?

### 4. OBJETIVOS

#### 4.1 GENERAL

Proponer una alternativa discursiva de prevención del VIH a partir de un análisis genealógico de las prácticas de resistencia emergentes en el *bareback*.

#### 4.2 ESPECÍFICOS

- Analizar el proceso de subjetivación contenido en el *bareback* en tanto construcción en la que se materializan prácticas de resistencia frente a la epidemiología, el deseo, el género y la farmacología.
- Analizar la producción de sujetos de saber y de poder en los discursos epidemiológicos del VIH y su papel en la construcción de la subjetividad sexual de los hombres que tienen sexo con hombres.
- Proponer lineamientos para la prevención del VIH entre HSH a partir de la identificación de rupturas y discontinuidades que emergen a través del *barebacking* en relación a las prácticas discursivas epidemiológicas.

### 5. METODOLOGÍA

El trabajo se llevó a cabo mediante el desarrollo de las siguientes tres fases:

#### 5.1 FASE I. EXPLORATORIA

- 5.1.1 Implicó la construcción de un marco teórico de la investigación teniendo en cuenta el *bareback* como acontecimiento fundamental a partir del cual adquiere

sentido la recopilación de elementos históricos y conceptuales en torno a los discursos epidemiológico, de prevención, deseo, género y farmacológico que confluyen en dicha práctica.

---

## 5.2 FASE II. ANALÍTICA

En un segundo proceso se tomó la práctica *bareback* como acontecimiento resistente a partir del cual se analizaron desde una perspectiva genealógica las relaciones de saber y poder, así como la producción de sujetos en la interacción con los discursos mencionados (epidemiológico, de prevención, deseo, género y farmacológico), con el objeto de comprender las fuerzas que convergen en ellos, las formas como estas se relacionan y la reconfiguración que tienen lugar en dicha práctica.

Como lo señala Useche (2014) en el ejercicio genealógico es fundamental la comprensión de la relación entre las fuerzas vivas que se afectan unas a otras; es una tarea plural y relacional, *“en el sentido de comprender el mundo como una dinámica de eslabonamiento entre distintas fuerzas cuyo encuentro decide la naturaleza misma de los fenómenos; la genealogía es de alguna manera una teoría de las fuerzas y de sus relaciones. Para ella la acción no es otra cosa que la afirmación práctica de la potencia de ser de una fuerza y, por consiguiente la puesta en juego de su propia diferencia. Ello no niega a las otras fuerzas, ante todo porque generalmente no es de lo negativo, ni de la oposición a otros(as), de donde la fuerza arranca su actividad. La puesta en acto de una fuerza parte de la afirmación de su propia existencia, uno de cuyos atributos es su capacidad para encarnar la multiplicidad”* (Ibid p, 55) ...El proceso investigativo requiere *“contar con dispositivos teóricos para adentrarse en el mundo resistente que es capaz de dislocar los poderes centrales apelando a la constitución de su propio poder, desplegando su capacidad autónoma, reconociendo, desde sus singularidades inimitables, las claves de nuevas formas de unidad”* (Idem).

---

## 5.3 FASE III. PROPOSITIVA

En esta investigación el *bareback* fue tomado como una práctica emergente de resistencia, productora de subjetividades, de epistemes liminales y fronterizas (Useche, 2014), sobre la que se hizo un ejercicio de análisis genealógico, en tanto se buscó dar razón de los procesos que transgreden las fronteras de los discursos de poder de las cuatro prácticas discursivas mencionadas y en él evidenciar una problematización con las verdades que éstos encarnan, permitiendo producir sentidos particulares de ver y experimentar el deseo entre los hombres como sujeto.

Dado que estas formas emergentes particulares contenidas en el *bareback* plantean incertidumbres en el conocimiento hegemónico de los poderes y saberes discursivos que lo constituyen, se considera que como tal puede enriquecerlos a partir de los cuestionamientos que plantea. Por tanto, la tercera fase de esta investigación buscó la convergencia de estas incertidumbres, disrupciones y discontinuidades discursivas como elementos potencia que posibilitan el delineamiento de nuevos elementos discursivos frente a la prevención del VIH entre hombres, planteando cuestionamientos para los saberes y poderes allí contenidos.

## 6. MARCO CONTEXTUAL

### 6.1 ¿QUÉ ES EL *BAREBACK*?

El *bareback* (BB) se refiere básicamente a la práctica sexual entre hombres (HSH) en las que no se usa condón de forma intencionada (Elford 2006; Halkitis et al 2003; Shernoff, 2006, citados por Betancourt, Ariza, Sánchez, González, 2015). Esta práctica originalmente se consolidó en Estados Unidos y Europa (Da Silva, 2009), sin embargo pronto llegó a centro y sur América.

Una de las primeras referencias que se tiene sobre el *bareback* es la del actor porno y escritor norteamericano Scott O'Hara en su libro *Autopornografía* (1997), en el que relata diferentes momentos de su vivencia frente al VIH y entre ellos su decisión en 1994 de no usar más condones en sus relaciones sexuales, en tanto había encontrado otros hombres en su misma condición, quienes no querían renunciar a tener contacto con las secreciones genitales y con los cuales ya no era necesario usar tal adminículo; entre ellos se desvanecía la amenaza de la transmisión sexual del virus que se profesaba desde los discursos preventivos de los ochentas. Por esa misma época, O'Hara decidió tatuarse en uno de sus bíceps la expresión *VIH +*, irrumpiendo en la escena social desde su condición de persona viviendo con VIH, proponiendo con su actitud retadora que se dialogara abiertamente de la alternativa de no usar condón como una decisión posible de tomar, que fuera susceptible de ser respetada y que no lo hiciera objeto del estigma que rondaba con fuerza el espíritu de la época en torno a los homosexuales como *portadores* de una mortal enfermedad. El *bareback* parece haber surgido entonces en relatos como los de O'Hara, los cuales rápidamente se extendieron en la prensa gay y fuera de ella, a la vez que alimentaron juicios de valor en todo tipo de ciudadanos en diferentes latitudes, señalando esta práctica como "*un peligroso acto premeditado, eróticamente cargado, que representaba un gran perjuicio para los hombres seronegativos*" (Rofes, 1998, citado por Race, 2007a: 7).

El significado del término *bareback* depende de su uso y circulación, no está fijado en el tiempo y puede ser flotante. De acuerdo a Race "*es muy probable que este término haya viajado mucho más allá de cualquier especificación inicial y que sea usado vagamente por muchos hombres en*

*estos tiempos para referirse al sexo desprotegido en general*" (Race, 2007a: 7). En el caso colombiano se pueden encontrar diferentes expresiones para referirse al *bareback* tales como *tirar a pelo*, *tener sexo a pelo*, *tirar sin forro*, *sin caucho*, *al natural*, *a la moda* o *sensa* (este último usado entre mujeres trans dedicadas a la prostitución).

Cómo se entiende y se practica el BB depende de los contextos y del modo en el que las personas interactúan y significan esta práctica (Betancourt et al, 2015). Respecto a las definiciones del concepto, algunos investigadores han mostrado cómo el uso social de éste ha cambiado a lo largo del tiempo, ya que inicialmente estaba asociado exclusivamente al no uso intencionado de condón, en la actualidad esta categoría también se ha usado en los contextos donde las personas tienen relaciones sexuales sin condón sin que exista de por medio una decisión intencionada, sino que más bien esta se toma por diferentes circunstancias (Shernoff, 2005).

Respecto a las formas como se entiende el *bareback* en la investigación llevada a cabo por Betancourt et al, (2016) en la ciudad de Bogotá, se halló que los HSH por encima de los 35 años de edad se refieren al *sexo a pelo* o *sexo bareback* como el no uso intencionado de condón entre HSH, asociándolo a un mayor conocimiento de la práctica y una postura política; mientras que los hombres más jóvenes (entre 18 y 25 años aproximadamente) hablan de *sexo sin condón* y no incluyen la intención ni referencias a lo político como elementos determinante en la definición. De igual forma, se explica que en el lenguaje cotidiano de algunos de los HSH abordados, se usa el término *bareback* para referirse a cualquier tipo de práctica sexual penetrativa en la que no se use condón, e incluso se hace extensivo para explicar las relaciones con estas características en personas heterosexuales. No obstante, la literatura disponible sobre *bareback* se refiere a una práctica exclusivamente entre hombres. De esa manera se concebirá para efectos de la presente investigación.

De otro lado, es importante resaltar que existen diferentes causas para explicar por qué los hombres no usan condón durante las relaciones sexuales como lo son: las actitudes negativas hacia su uso, el inicio de una relación afectiva, el consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, los sentimientos en los cuales la persona considera que en el contexto de los hombres gay y otros HSH es inevitable infectarse, o simplemente como una alternativa social, dado que en la actualidad anunciarse como alguien que no usa condón en los medios virtuales puede ayudar a que se conozcan nuevas personas (Shernoff, 2005).

Otros elementos identificados en el no uso del preservativo son su vinculación con el placer, el erotismo, el afecto, la intimidad y la posibilidad de tener contacto con el semen. A este respecto, se resalta la reacción que surge frente al planteamiento de usar preservativo con la emergencia del Sida en los ochenta, restringiendo el contacto con el semen y generándole en contraposición significaciones asociadas como un regalo, expresión de amor, amistad y cercanía (Ibid). Otros estudios esgrimen razones para no usar condón entre HSH tales como: *"se siente mejor sin este adminículo, su pareja o parejas prefieren sin condón, o que el condón les afectaba la erección"* (Betancourt et al, 2016: 56); se experimenta dificultad o frustración eréctil al usar condones; las personas se dejan llevar por el momento; el hecho de tener suposiciones erróneas sobre el estatus VIH de su pareja; se experimenta un deseo de mayor intimidad o intensidad sin condón; no saber cómo introducir un condón en una relación sexual; olvidar usarlo; estar pasando por momentos de confusión personal. Para Race (2007a) esto es sólo el comienzo de una lista interminable de razones, ninguna de las cuales necesariamente se entiende necesariamente como *barebacking* o *intencional*. Existe también una relación importante entre el contacto directo con la piel, con el

semen y el placer, puesto que se le asigna “una carga simbólica relacionada con la masculinidad, la entrega que hace el otro de la ‘esencia’ de sí mismo durante la relación sexual, la obtención de “poderes” asociados al semen” (Betancourt et al 2016, p. 56).

De otro lado, en la escena del *bareback* es relevante comprender algunos elementos que interactúan en las prácticas sexuales entre HSH y que están relacionados con su emergencia. Crossely, (citado por Betancourt et-al, 2016), reflexiona sobre tres situaciones específicas: 1) la aparición de los inhibidores de proteasa, los cuales han posibilitado la vivencia del VIH como una enfermedad crónica tratable y no como una amenaza para la vida. 2) Los hombres gay y otros HSH jóvenes acceden más fácilmente al sexo sin protección porque no han vivido la experiencia directa del VIH asociada a la muerte, como sí lo hicieron generaciones pasadas. 3) el sexo no seguro es una expresión de amor e intimidad cuando los hombres gay y otros HSH experimentan relaciones afectivas largas y esto se considera una expresión de afianzamiento de las mismas (Crossely, 2004). Así mismo, Shernoff (2205) identifica que muchos hombres que llevan usando preservativo durante años en sus relaciones sexuales están experimentando una fatiga de los mismos y están volviendo a tener relaciones sexuales sin condón. A estas razones se debe agregar el hecho clínico de la disminución de la capacidad de transmisión del VIH entre personas con carga viral indetectable debido a la acción de los medicamentos antirretrovirales, lo cual hace disminuir la percepción de riesgo al tener sexo sin condón (este fenómeno se explicará más adelante).

---

## 6.2 ¿QUÉ SON LOS HSH?

La historia del VIH ha estado acompañada de una gran carga moral dada su relación con la sexualidad, esto ha implicado que quienes viven con el virus sean definidas como personas con conductas licenciosas y por tal razón, culpables de su enfermedad (Sontang, 1996, citada por Betancourt et al, 2016); los primeros casos de personas con el virus, correspondieron a norteamericanos homosexuales, lo cual llevó a pensar que la enfermedad era exclusiva de este grupo, incluso a mediados de los ochenta, se hacía referencia al Sida como la *peste rosa* haciendo alusión a que la enfermedad era *cosa de maricas*. A partir de ese momento el Sida se fijó en la imagen social como una enfermedad de *otros*: aquellos con prácticas reprobadas como la homosexualidad, las relaciones sexuales con varias personas y el uso de drogas (Ibid).

Esta emergencia de la relación entre Sida<sup>1</sup> y hombres homosexuales durante los años ochenta generó una gran visibilización de esta población, que terminó por estigmatizarla y derrumbar las conquistas políticas logradas en los setentas<sup>2</sup>. Si bien es cierto que este lastre con el que tuvo que

---

<sup>1</sup> Vale aclarar que antes del descubrimiento del VIH se hablaba del Sida, sin discriminar entre la enfermedad y el agente etiológico que la causaba.

<sup>2</sup> Las noticias de la época dan cuenta de la situación del movimiento gay. “*Opresión en los cincuenta, liberación en los sesenta, exaltación en los setenta, destrucción (a causa del sida) en los ochenta e institucionalización en los noventa; es el itinerario del movimiento gay en Estados Unidos, según el escritor homosexual Edmund White...*” (El tiempo, 22 de agosto de 1993)

cargar la comunidad gay como movimiento, ejerció fuertes presiones para que se iniciara una campaña que permitiera hacer uso del poder político alcanzado para hacer frente a la enfermedad; en una primera instancia fue imprescindible desligar el sector gay como movimiento político del resto de hombres homosexuales; esto generó repercusiones importantes en la construcción del discurso epidemiológico, pues los gays se autodeterminaban como sujetos con una identidad particular diferente a la de otros hombres homosexuales.

Dada esta situación, hacia 2006 la Organización Panamericana de la Salud hizo las siguientes recomendaciones al respecto: *“Utilícese ‘HSH’ para descripciones epidemiológicas y para explicar las estrategias de prevención. Para referirse a individuos que se identifican a sí mismos como hombres que están orientados sexualmente hacia individuos de su mismo sexo, se debe utilizar ‘hombres homosexuales’, ‘gays’ y otros términos que sean culturalmente apropiados y no despectivos y estigmatizantes. ‘HSH’ describe un comportamiento, mientras que ‘hombres homosexuales’ describe una identidad. ‘Hombres homosexuales’ es un término objeto de estigma, mientras que ‘HSH’ no. Utilícese cada uno de ellos como resulte más adecuado en cada contexto, y no como sinónimos”* (OPS, 2006). Sin embargo, el concepto ya había sido introducido en América Latina hacia los años noventa dentro de las estrategias de prevención y las investigaciones sociales.

Este intento articulador que enfatiza un ejercicio sintético por parte de la epidemiología, surgió en el contexto de un enfoque cuyo eje fundamental de acción lo constituía la concepción de las prácticas riesgosas como una entidad ordenadora de los discursos de prevención, basando entonces la acción en la modificación de las conductas y haciendo eco de la idea de que determinadas prácticas desprotegidas guardaban una correlación directa e indisoluble con ciertas poblaciones específicas, entre ellas el sexo anal entre las comunidades homosexuales y el consiguiente riesgo que implica frente al VIH.

---

### 6.3 CONTEXTO DEL VIH ENTRE LA POBLACIÓN DE HSH

A pesar de que en el planeta un 75% de las nuevas infecciones se producen entre hombres heterosexuales, en nuestro continente se presentan aumentos simultáneos en las tasas de incidencia en hombres homosexuales, HSH y heterosexuales; dado el menor tamaño poblacional de los HSH frente al de hombres heterosexuales, las repercusiones en el primer grupo son de mayor proporción e impacto y requieren acciones inmediatas y contundentes. En la década de los años 80, las intervenciones realizadas con grupos de HSH arrojaron como resultado una reducción significativa en las prácticas de riesgo y en la prevención de nuevas infecciones entre estos. No obstante, en la década de los años 90 y en los primeros años del siglo XXI, la evidencia disponible indica que en todo el mundo está reemergiendo la infección por el VIH entre éstos últimos (UNAIDS, 2009).

Con relación a la prevalencia de la infección por el VIH en HSH en algunas ciudades de América Latina y Centroamérica, esta oscila entre el 5% y el 40%, valores superiores a los observados en estudios realizados en la población general de las mismas ciudades o países, incluida Colombia. Estudios realizados en 2012 mostraron prevalencias de 6.6% en Nicaragua hasta 37.7% en Jamaica, siendo el país del Caribe con la cifra más elevada. Cuba con un 7.4% y República Dominicana 7.1%. En el cono sur, Argentina la prevalencia fue de 15.7%, en Brasil, 10.5%. En la región andina, Perú con un 12.4% y en Centroamérica Guatemala con 13.3%, Costa Rica con un 10.9%, El Salvador con un 10.2% y Honduras con 6.8% (1). Estos datos muestran promedios elevados de la prevalencia de la infección para América Latina y el Caribe entre HSH si se considera el tamaño relativo de esta población frente a la población heterosexual en dichos países (Family Health, 2000; MSP, 2012).

En el año 2010 se llevó a cabo un estudio de prevalencia de VIH entre HSH en siete ciudades colombianas. En su orden, se encontraron prevalencias de 24,1% en Cali, 15% en Bogotá, 13,6% en Barranquilla, 10,9% en Cúcuta, 10% en Cartagena, 9,1% en Medellín y 5,6% en Pereira (MSP, 2012).

Un estudio posterior en la ciudad de Bogotá realizado por Profamilia en 2011 mostró una prevalencia de VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres del 12,1%. Entre los participantes con VIH, el 39.7% eran conscientes de su estado serológico y el 60.3% desconocían esta condición antes de este estudio. Las personas que desconocían que tenían VIH tenían menor atención en salud, relaciones sexuales a cambio de dinero, bienes o servicios) y consumo de sustancias. Por el contrario, participantes que sabían de su infección eran menos propensos a haber tenido relaciones sexuales anales sin condón (Zea, et-al 2015).

Para el año 2016 se repitió el estudio en las mismas siete ciudades abordadas en 2012 encontrándose las siguientes prevalencias: Medellín 20,7%, Cali 18,6%, Bogotá 17,2%, Pereira 14,8%, Barranquilla 11,3%, Cúcuta 10%, Cartagena, 7,2%. Por tanto, respecto al estudio de 2010 Medellín y Pereira presentaron aumento en la prevalencia; también se encontró un incremento en la ciudad de Bogotá. Por el contrario, ciudades donde se presentó menor prevalencia respecto a 2010 fueron Cali, Barranquilla, Cartagena y Cúcuta (MCP, 2016).

Este último estudio presenta el panorama más actualizado del VIH en el contexto de los HSH permitiendo percibir las dinámicas de la epidemia. A continuación se citan sus principales conclusiones (MCP, 2016):

Para toda Colombia, se encontró que el 9% de los menores de 25 años y el 26% de los mayores de esta edad tuvieron prueba positiva del VIH. En estas ciudades se debe aumentar el esfuerzo de prevención de la transmisión entre los HSH con acciones integrales en salud pública, involucrando instituciones de salud, entidades territoriales y organizaciones no gubernamentales. Deben dirigirse acciones preventivas especiales al grupo de mayores de 25 años.

De otro lado, el estudio reporta que para los HSH existen obstáculos que les impiden el acceso a servicios de salud, tales como la homofobia, la estigmatización, la criminalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, los obstáculos relacionados con las políticas y la falta de sensibilidad o de conciencia mostrado que los HSH tienen resistencia y miedo a buscar los servicios

de salud por el estigma y la discriminación que supone, evitando revelar en los servicios que tienen pareja hombre.

En cuanto a la primera relación sexual, en todas las ciudades del estudio los HSH tuvieron una iniciación sexual temprana a los 14 años o menos; una proporción importante de ellos, entre el 40 y el 81%, tuvo su primera relación sexual con un hombre. El inicio de las relaciones homosexuales se dio principalmente con hombres mayores. Al igual que en el estudio realizado en el año 2010, los motivos para no uso del condón fueron de tipo personal o de opinión sobre este método de protección; es decir que principalmente reportaron que creían que disminuiría el placer, estaban excitados, estaban bajo los efectos del alcohol o de las drogas, creían que no era seguro, sintieron vergüenza de pedir el condón, no quisieron usar condón a pesar de conocer los riesgos, no los conocían o nunca han pensado en cuáles fueron los motivos para no usarlos. Respecto a 2010, en 2015 aumentó la proporción de HSH que reportaron haber tenido problemas de acceso al condón durante su primera relación sexual, es decir, fueron difíciles de conseguir, eran caros o se habían terminado.

Con resultados similares al estudio del año 2010, entre el 19% y el 25% de los HSH manifestaron tener pareja estable hombre. En Bogotá y Medellín hubo mayor proporción de parejas estables hombres que vivían con el VIH, con un 9,2% y 9,3%, respectivamente. En todas las ciudades, con porcentajes mayores al 77%, los encuestados habían hablado sobre ITS, VIH o SIDA con estas parejas. El no uso del condón en relaciones sexuales anales estuvo entre el 56% y el 80%. La ciudad donde menos se reportó uso de condón con la pareja estable fue Bogotá.

Sobre el comportamiento sexual con parejas ocasionales hombres, como en el estudio de 2010, los HSH de todas las ciudades utilizan más el condón con las parejas ocasionales durante el sexo anal que durante el sexo oral. No obstante, entre un 80 y 88% no utilizaron el condón la última vez que tuvieron sexo anal. Se mantuvo la tendencia de tener principalmente sexo anal con 1 a 5 parejas ocasionales en los últimos 12 meses. Y entre el 33 y el 56% de los HSH en todas las ciudades habían hablado sobre ITS, VIH o SIDA con sus parejas ocasionales significativas (MCP, 2016).

## **7. MARCO TEÓRICO. PRÁCTICAS DISCURSIVAS MEDIADORAS EN EL *BAREBACK***

### **7.1 LA PREVENCIÓN EN EL CONTEXTO DEL VIH**

Entendiendo que la prevención es una categoría construida a lo largo de la historia que incluye, y refleja, las diferentes visiones de la realidad social y la sexualidad (Estrada, 2006a), en la historia reciente de occidente, será a partir del virus de inmunodeficiencia humana VIH, que se desarrollarán una serie de mecanismos para la regulación de los comportamientos y las prácticas de las poblaciones a través de los discursos médicos para la prevención y contención del virus.



El VIH/Sida es una enfermedad constituida con una gran carga moral dada su relación con la sexualidad. Lo anterior, ha implicado que quienes viven con el virus sean definidas como personas con conductas licenciosas y por tal razón culpables de su enfermedad (Sontang, 1996); los primeros casos de personas con el virus, correspondieron a norteamericanos homosexuales, lo cual llevó a pensar que la enfermedad era exclusiva de este grupo. A mediados de la década de los ochenta, el VIH recibió el nombre de la “peste rosa” haciendo alusión a que la enfermedad era *cosa de maricas*.

Posteriormente, con la aparición de mujeres, niños, niñas y hombres heterosexuales infectados, así como el posterior descubrimiento del virus quedó confirmado que el VIH podría afectar a todas las personas que tuvieran contacto sexual, con sangre con una persona infectada y que también se podría transmitir de forma materno-perinatal. A pesar de lo anterior, el VIH permaneció en la imagen social como una enfermedad de *otros*: aquellos con prácticas reprobadas como la homosexualidad, las relaciones sexuales con varias personas y el uso de drogas (Sontang, 1996).

En este escenario y con una mirada centrada en los aspectos biológicos de la infección, el primer abordaje que surgió para la prevención fue el de los *grupos de riesgo*<sup>3</sup>. Este abordaje, parte de la idea de que las personas tienen un dominio total de su cuerpo y sus decisiones, así la posibilidad de infectarse o no recae en cada uno de los individuos (Estrada, 2006b). A partir de los grupos de riesgo se desarrollaron estrategias de *reeducación* dirigidas a hombres gays, HSH, mujeres trabajadoras sexuales y consumidores de drogas inyectadas las cuales tenían por objetivo que éstas poblaciones tomaran conciencia y cambiaran sus comportamientos, para alcanzar unas prácticas *sanas* que incluyen: la abstinencia sexual, el uso del preservativo, el tener una sola pareja sexual, evitar el consumo de sustancias inyectadas entre otras.

El abordaje desde los grupos de riesgo, al considerar que las personas tienen dominio absoluto de su cuerpo, su sexualidad y sus emociones, pasan por alto que éstas se encuentran atravesadas y constituidas por los contextos sociales y por las relaciones de poder (Sevilla, 1998; Estrada, 2006b) los cuales inciden para que las personas quieran y puedan hacer ejercicios para la prevención de las ITS, y que requieren algo más que procesos de educación para el *buen* comportamiento.

De este enfoque también se cuestiona que en su ejercicio, se tiende a construir y reforzar la idea de que existen unos grupos y personas que ponen en peligro la salud y el bienestar de la sociedad. Lo anterior conlleva por una parte, a que se refuerce el estigma y la discriminación hacia las

---

<sup>3</sup> Desde la modernidad y hasta nuestros días el riesgo es una categoría que se ha usado en diferentes escenarios técnicos y académicos para buscar la gestión y el control ante posibles daños. En general el riesgo tiende a estar asociado con el peligro, las amenazas, el daño, y la probabilidad de ocurrencia de. Lo anterior ha conllevado el desarrollo no sólo de unos discursos, sino también de unas prácticas de gobierno que tienden a la regulación de los comportamientos para la mitigación de los riesgos. Para ver en detalle cómo se ha construido el riesgo y su relación con el gobierno de las personas y poblaciones Ver: Sepulveda, M. el riesgo como dispositivo de gobierno: neoprudencialismo y subjetivación. Revista de Psicología, Vol. 20, No 2, 2011

personas con orientaciones sexuales no heterosexuales, las mujeres trabajadoras sexuales y los usuarios de drogas inyectadas, y por otra, a que las personas que no se consideran parte de éstos grupos crean que no están en riesgo de adquirir una ITS.

De manera posterior, y para evitar construir el tema del riesgo asociado a unos grupos particulares, se empieza a hablar desde los comportamientos de riesgo, sin embargo, este enfoque seguiría enfatizando en la culpabilización de los sujetos ante la infección (Estrada, 2006b). A principios de los años 90, gracias a la movilización social especialmente de parte de grupos de hombres gays y de activistas que buscaban el reconocimiento de los derechos de personas con identidades y orientaciones sexuales no heteronormativas, a los que se suman los aportes de las ciencias sociales, se empieza a reconocer que los contextos en los que crecen y se desarrollan las personas inciden en el curso de la infección.

De estas discusiones surgió la categoría de vulnerabilidad social, usada por primera vez para el contexto del VIH/Sida por Jonathan Mann en 1992. Desde esta perspectiva, la vulnerabilidad, es un elemento que está siempre presente en la vida de todas las personas y comunidades, sin embargo esta disminuye o aumenta dependiendo de aspectos individuales y contextuales definidos a través de las relaciones de poder (Perez de Armiño 2000).

Diferentes análisis sobre las violaciones a los derechos humanos han mostrado que éstas ocurren particularmente sobre las personas y los grupos, quienes por pertenecer a cierta clase social, género, etnia, opción sexual o religiosa etc., son objeto de estigmatización (Bastos and Landmann 2000); también, diferentes estudios han mostrado que la posibilidad de enfermarse o no, se relaciona con la desigualdad social y las relaciones de poder en que están inmersas las regiones, los grupos sociales y los individuos (Muñoz and Bertolozzi 2007).

Así, si en un principio, la probabilidad de la infección por VIH era asociada principalmente a factores individuales traducidos en los grupos y comportamientos de riesgo (Estermann, Falleiros et al. 2006), desde la década de los noventa, la vulnerabilidad se constituyó en una posibilidad de interpretación a la epidemia del VIH/Sida, que permitió reconceptualizar la tendencia individualizante de la enfermedad (Muñoz and Bertolozzi 2007) para entender que la posibilidad de infectarse por VIH, es el resultado de un conjunto de aspectos, individuales, colectivos y contextuales, implicados con la mayor susceptibilidad y con la mayor o menor disponibilidad de recursos de protección contra la infección.

Desde esta perspectiva se avanza en el reconocimiento y desarrollo de estrategias preventivas dirigidas a los grupos más vulnerables entre los que se encuentran: las mujeres, niñas, niños, minorías sexuales, trabajadores sexuales y personas que viven en pobreza.

A pesar de lo anterior, autores como Castro A; Farmer P; Abadía C; Hourcade J; han llamado la atención respecto a que si bien es importante trabajar con los grupos vulnerables resulta indispensable revisar y hacer visibles los contextos emocionales, sociales, culturales, políticos y económicos relacionados con el aumento de la vulnerabilidad al VIH y otras ITS (Abadía 2004;

Hourcade 1996; Castro y Farmer 2003), en este escenario la acción de los gobiernos es fundamental, ya que la disminución de la infección por VIH y otras ITS dependerá de un cambio significativo en las estructuras que las producen.

---

#### 7.1.1 MODELOS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EMPLEADOS EN LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA

La transmisión sexual del VIH entre hombres tiene características muy particulares, ligadas a prácticas sexuales específicas y a diversidad de situaciones psicológicas, sociales, culturales y políticas, que determinan las condiciones en que se realizan dichas prácticas. Esto pone de presente que los riesgos específicos de los HSH exigen políticas de prevención específicas para esta población.

El concepto de prevención no corresponde a una categoría única, sino que por el contrario, refleja las diferentes visiones de la realidad social imperantes en un momento determinado y se considera con carácter provisional en ausencia de una herramienta definitiva para controlar la transmisión del virus. La prevención de la infección se torna insuficiente y requiere de una lógica de anticipación mayor que en cualquier situación conocida anteriormente. Ante una epidemia tan cambiante, con tantos perfiles en coexistencia y frente a tantas situaciones de inequidad y estigmatización, ¿cómo brindar una perspectiva de prevención homogénea y transparente? Esquemáticamente y con fines didácticos se pueden describir tres modelos teóricos que se han utilizado para afrontar la prevención de la transmisión del VIH en estos años. Estos se han desarrollado de manera secuencial, responden a distintas ópticas de la prevención, representan cada uno un mayor nivel de inclusión con relación al anterior y son utilizados en ocasiones de manera ecléctica, sin responder a las necesidades particulares de las poblaciones sujeto de las acciones.

##### 7.1.1.1 MODELO EPIDEMIOLÓGICO-CONDUCTUAL

---

En la década de los años ochenta, la aparición de la epidemia del VIH/sida se consideró como un hecho social y de salud pública que tuvo efectos negativos sobre las representaciones y valoraciones de la sexualidad y el erotismo. El surgimiento de la epidemia determinó un retroceso en relación con las formas de entender la sexualidad y el erotismo que propició el restablecimiento de las ideas esencialistas y normativas sobre los comportamientos sexuales.

La respuesta de los diferentes gobiernos, para contrarrestar los efectos nefastos de la epidemia, se tradujo en el diseño e implementación de políticas públicas por parte de sus sistemas nacionales o

locales de salud. El examen de estas políticas gubernamentales iniciales permite comprender por qué las primeras acciones de prevención estuvieron signadas por un enfoque que denominamos epidemiológico-conductual. Debemos reconocer que fueron estas políticas, desde sus miradas normativas y prescriptivas, las principales promotoras de las ideas que relacionaron la transmisión del VIH con las identidades homosexuales. La finalidad de los discursos médicos no era únicamente contrarrestar los factores de riesgo, sino marcar los parámetros que distinguirían el ejercicio de una sexualidad normal de una sexualidad anormal (Estrada, 2006b).

La asociación entre sida y homosexualidad produjo como consecuencia inevitable que los programas de prevención y las acciones educativas se dirigieran, casi en su totalidad, a la población de hombres homosexuales (denominados en su momento *grupos de riesgo*). Esta homologación fue decisiva para configurar un discurso moralista sobre dichas orientaciones y para considerar la propagación de la infección como resultado de comportamientos sexuales desviados. Este hecho se confirma con la no inclusión de las conductas heterosexuales en la caracterización de los factores de riesgo; es decir no reconociendo a los hombres heterosexuales como sujetos que de igual manera están expuestos al contagio y que pueden ser transmisores del VIH.

Este modelo centrado en las conductas de riesgo individuales parte del supuesto de que las personas son sujetos racionales que consideran los costos y los beneficios de las diferentes alternativas de actuación en un momento dado, con la información que tienen a su alcance. Por esto, inicialmente los programas se concentraron en identificar los factores individuales que influyen en la transmisión del VIH. A las personas se les pedía que informaran sobre sus creencias, sus actitudes y prácticas individuales, y del conjunto de respuestas, mediante análisis verticales, se sacaban conclusiones y se agrupaban y categorizaban los denominados factores de riesgo.

Se pasaba luego a la atribución de dichos factores a las personas, a la definición de las características epidemiológicas que eran relevantes para constituir los denominados grupos de riesgo. En lo que se refería a sexo más seguro, el modelo consideraba que una persona mide el riesgo presente de una determinada relación sexual, juzga sobre la eficacia y costo de las medidas de protección y toma decisiones acordes con qué hacer en dicha situación, como un acto voluntario para proteger la propia salud; el énfasis se centraba en procesos mentales individuales subyacentes a la toma de decisiones.

La metodología de los estudios epidemiológicos basados en CACP (conocimientos, actitudes, creencias y prácticas) permitía configurar procesos educativos y de difusión de información que se constituyeron en la finalidad de sus estrategias. Para sus gestores e impulsores, los aspectos evidenciados en las encuestas eran indispensables para lograr cambios conductuales individuales mediante la intervención de corte cognitivo sobre la información, la percepción del riesgo, la percepción sobre el control del propio comportamiento, la confianza en sí mismo y las actitudes de las distintas personas. El énfasis estaba en la percepción o falta de percepción de los individuos, lo cual actuaba como disparador de un cambio hacia conductas saludables.

Hasta finales de 1989 las políticas de información pública y las campañas de prevención tenían dos objetivos: el primero, consolidar el componente educativo y el segundo, fortalecer las acciones en comunicación. Estos serían los criterios principales a través de los cuales se podría conseguir un cambio y lograr respuestas adecuadas de los diferentes actores sociales. Con el transcurrir del tiempo se evidenció la poca efectividad de sus estrategias, motivo por el cual se llegó a considerar

que los modelos basados en factores ligados a la percepción y comportamiento del individuo eran insuficientes en la lucha mundial contra el Sida.

#### 7.1.1.2 MODELO ANTROPOLÓGICO-CULTURAL

---

Ya hacia 1991 se puede percibir la superación de la perspectiva biologicista y biomédica fundamentada en el enfoque de riesgo. Por esta razón, las nuevas reflexiones tuvieron en cuenta los contextos ambientales y socioculturales donde se inscriben las personas. Este modelo hace hincapié en los significados que los sujetos les dan a las prácticas preventivas y de riesgo, a partir de su pertenencia a contextos culturales específicos. El cambio de paradigma se fundamentó en la insuficiencia del modelo anterior y en el examen del entorno personal y social de los individuos, lo cual permitió la inclusión de los diversos sentidos, escenarios y grupos de población en los diseños de programas. En este modelo se toman en cuenta las normas y valores sociales y se analiza su configuración específica en las diferentes culturas o subculturas. Es decir, se consideró que la vulnerabilidad no era equiparable con una mera probabilidad (riesgo epidemiológico) sino que se encontraba también determinada por una combinación de factores culturales y sociales que influyen en la conducta de los individuos. Este cambio de perspectiva se tradujo en un replanteamiento de los factores de riesgo, que modificó la comprensión de la epidemia y la dimensionó como un problema social. En consecuencia, los programas abandonaron la categoría de grupo de riesgo por ser estrecha, prescriptiva y segregacionista para cambiarla por la de comportamiento de riesgo.

Con esta nueva categoría se pretendía acabar con los prejuicios y la discriminación social hacia la orientación homosexual. La transmisión de la infección por VIH se convirtió en un acontecimiento que competía a todos los tipos de orientación y prácticas sexuales; de esta manera, se logró orientar las estrategias preventivas hacia la inclusión de las relaciones sociales y eróticas para llegar a hombres que podrían no responder a los mensajes y programas dirigidos a la comunidad homosexual. Esto permitió caracterizar el papel que desempeñan las personas en el control del VIH, toda vez que para lograr el éxito de las campañas se requiere la aceptación de una definición pública de riesgo y peligro y que los individuos consientan en el control de su propio comportamiento (Estrada, 2006b).

El empleo de la categoría comportamiento de riesgo presenta al mismo tiempo un aspecto positivo y uno negativo. En relación con el aspecto positivo, hablar de comportamiento de riesgo es incorporar los peligros relacionados con el VIH a la realidad social dentro del universo móvil, dinámico e incierto del erotismo. El elemento negativo está asociado a la reducción del comportamiento de riesgo a la enumeración de las prácticas y conductas que se constituyen en factores predisponentes de transmisión del VIH, ocasionando la generalización de los comportamientos al no relacionarlos con las situaciones particulares de las personas. La taxonomía de los comportamientos de riesgo no ofrece una explicación de las relaciones entre estos y los contextos en que los individuos discuten y negocian sus experiencias eróticas. Tampoco logra dar cuenta de las decisiones -riesgosas o no- presentes en las situaciones reales y mucho

menos delinear las características del grupo social al que pertenecen los individuos y desde donde ellos interactúan.

Reconocer el aspecto positivo y negativo de estas campañas de prevención sirvió de referente para transitar a otra fase del modelo, que exigía apreciar al riesgo no como un dato epidemiológico sino como un fenómeno social y psíquico que debía caracterizarse desde los elementos socioculturales y contextuales, para entender que la aparición del riesgo y las percepciones que los individuos tienen de él se construyen en el seno de las situaciones en las cuales los sujetos valoran y desarrollan sus prácticas sexuales. En consecuencia, las nuevas propuestas de intervención desde este modelo consideraron los comportamientos de riesgo desde los diversos sentidos, escenarios y grupos de socialización en los cuales se inscriben e interactúan las personas e intentó modificar las normas y los valores que potencian los riesgos e impiden los comportamientos preventivos, a la vez que alentaba la promoción de aquellas normas y valores que hacen viables los comportamientos saludables (Estrada, 2006b).

La transformación de las percepciones se debió en parte a los aportes de los trabajos e investigaciones realizados desde las ciencias sociales, que se constituyeron en los elementos claves para caracterizar la complejidad de las conductas sexuales y exponer que las normas racionales para el control de los riesgos eran infructuosas. Su gran contribución fue integrar una mirada construccionista del diseño de los programas de prevención, permitiendo particularizar las estrategias y asimismo, adaptar las intervenciones de acuerdo con las singularidades, las particularidades y el entorno social de los individuos; pero al igual que en el modelo anterior, se pueden señalar algunas críticas. Dos de ellas se refieren a la tendencia culturalista y/o psicologista en las explicaciones de la pandemia, es decir, que representan una disociación de los significados atribuidos a las interacciones implicadas en las prácticas sexuales de las personas. Esto hizo necesario avanzar a una concepción que incluyera los aspectos estructurales como elementos clave para comprender y trabajar frente a la infección por el VIH.

---

## 7.2 EL RIESGO COMO PRÁCTICA DISCURSIVA DE GOBIERNO Y SUBJETIVACIÓN

En el contexto del neoliberalismo y su amplia expansión global el riesgo ha tomado fuerza como una categoría protagonista tanto en discursos especializados como en los lenguajes cotidianos, generando significados y formas de enunciación en áreas tan disímiles como la conservación de la salud, la preservación de la naturaleza y prevención de desastres, el control sobre cierto tipo de comportamientos socialmente no deseados, etc. En este sentido, el riesgo se constituye en una idea con gran presencia en el actuar humano contemporáneo que genera lógicas profundamente inscritas en cierta genealogía del biopoder.

El riesgo se ha inscrito como eje fundamental de cierto tipo de gubernamentalidad en la que luchar a toda costa contra él se ha constituido en el sentido de actos cotidianos y políticas públicas, así, *“la cuestión del riesgo constituye un área del saber/poder en torno al cual las nuevas*

*tecnologías de gobierno se van a articular, movilizando para ello sus propios dispositivos de regulación y control social” (Sepúlveda, 2011: 105).*

A partir de los años ochenta con la aparición del VIH el riesgo como término comenzó a gozar de un amplio protagonismo en la enunciación de las políticas públicas y todo tipo de iniciativas en salud, trasladando la noción a otras infecciones de transmisión sexual, el consumo de sustancias, el embarazo adolescente, el cáncer, etc; sin embargo, esto no quiere decir que el riesgo haya sido usado en ese tipo de intervenciones como un concepto claramente comprendido ni cuestionado; muy por el contrario, la agudización de los procesos de estigma y discriminación frente a quienes han sido afectados por el VIH y la negación de cada vez más individuos a usar condón nos hablan más bien del riesgo como una categoría impuesta desde contextos de poder como la epidemiología y la biomedicina, desde donde no han sido suficientemente reflexionadas las implicaciones de su imposición.

Dado el generalizado uso del término *riesgo* se le atribuyen diferentes significados sociales dependiendo del lugar de su enunciación, así puede concebirse como peligro o amenaza (por ejemplo en el uso de drogas); una actividad que puede traer efectos dañinos (fumar); riesgo como término para las consecuencias dañinas de un peligro (el riesgo de fumar es el cáncer de pulmón); ó, más cercano a su acepción original, riesgo como la probabilidad de ocurrencia de un fenómeno (la probabilidad de tener cáncer de pulmón). Sin embargo, el riesgo se asume en la mayoría de los casos como una construcción ahistórica y no localizada. (Gamma, et-al, 2005, citado por Sepúlveda 2011).

Este escenario de construcciones disímiles permite comprender que el análisis de las prácticas discursivas sobre el riesgo no puede quedarse solamente en la exploración de las políticas y formas de poder estatales, sino que debe abordar de manera profunda las nuevas racionalidades y tecnologías neoliberales de gubernamentalidad y comprenderlas como extensión del poder de transformación en tanto realidad que se adapta a nuevas transformaciones históricas, produciendo consecuencias sobre esas mismas realidades a través de múltiples formas de objetivación y subjetivación. (San Matín, 2009, citado por Sepúlveda 2011).

Los cambios en los procesos de concepción del riesgo nos señalan cómo esta categoría articula procesos epistémicos, morales y tecnológicos, enmarcados en una gramática del poder. Para Foucault a partir del siglo XVIII los dispositivos de seguridad más allá de dirigirse al cuerpo del individuo se ocupan de la idea de peligrosidad, es decir de la gestión de eventos probables que se refieran a los grupos de población a los que pertenecen los individuos; se trata de una racionalidad de gobierno que emerge a partir del desarrollo del conocimiento estadístico y la posibilidad de calcular; la prevención de peligros se concibe desde aquí a partir del cálculo de la probabilidad (San Martín, 2009).

La noción del riesgo se halla en la modernidad fuertemente articulada a la de peligro y esta a su vez a la de gobierno (seguridad), por tanto desde una perspectiva político-epistemológica a partir de ese momento el riesgo será una nueva forma de concebir el peligro, atribuyéndole cierta probabilidad en un contexto de incertidumbre y siendo objeto para la construcción de dispositivos de gobierno en las lógicas del biopoder, por tal razón es posible concebir cómo los riesgos no son

datos absolutos, sino que existe una selección y construcción de los mismos en la que son moralizados y politizados.

Si bien para Foucault “no hay liberalismo sin cultura del peligro”, Sepúlveda (2011: 107) expresa que “no hay liberalismo sin cultura del riesgo” (Idem), pues si bien la idea de peligro fue el incentivo psicológico y cultural del liberalismo, la idea de riesgo ocupa ese mismo lugar para el neoliberalismo. Para tal autor el análisis del riesgo implica entonces un abordaje en dos perspectivas, por un lado la histórica en la que en un eje conocimiento/verdad se debe situar la significación negativa del riesgo en un contexto histórico de larga duración en el que puede ser entendido como un efecto asociado a la codificación moderna del peligro, en términos del manejo y el control de la incertidumbre. Por otro lado, implica ubicar la significación negativa del riesgo en su dimensión genealógica en un eje de discurso/poder en tanto enfrentamiento de ciertas prácticas discursivas y enfrentamiento del poder; es decir, tecnologías de gobierno que caracterizan la especificidad adquirida en su construcción social, demostrando cómo éste es capaz de reinventarse ante nuevas condiciones de posibilidad (Ibid.)

*“El análisis del binomio riesgo-peligro en el presente, resulta no solo pertinente, sino que además necesario, toda vez que este se comporta como un dispositivo de saber/poder a través del cual se entretienen discursos, instituciones, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, etc. en un contexto signado por la globalización y la post-modernización, donde la relación ‘Estado-Sociedad’ y las problemáticas del gobierno, se hallan inmersas en una profunda reconfiguración”* (Sepúlveda, 2011: 107).

Si bien en la lógica económica que reinó desde el finales de la Segunda Guerra Mundial hasta mediados de los ochentas y comienzos de los noventa, se planteaba que el Estado era el encargado de garantizar el empleo, el bienestar, el progreso económico, el acceso a la salud, la educación y la vivienda, a partir del acopio y redistribución de los impuestos, así como sus propias formas de planificación y diseño, en el modelo de Estado neoliberal la lógica se invierte ahora haciendo énfasis en la responsabilidad individual del ciudadano para que sea este quien por sus propios medios pueda acceder a bienes y servicios, en este escenario la apuesta política es cómo gobernar con seguridad, limitando al máximo la acción política del Estado; así el ciudadano acude a un mercado -cada vez más privatizado- y adquiere lo que necesita de acuerdo a sus recursos.

En este sentido, el paradigma disciplinario hará énfasis en tres líneas fundamentales: una filosofía de integración derivada del sistema de producción; un conjunto de formas de saber centradas en el cuerpo y el alma del sujeto, orientadas a su introspección con el fin de normalizarlo; y un sistema de control que enfatiza los entornos cerrados para llevar a cabo este tipo de *ortopedia social* (San Martín, 2009).

Sería Deleuze (1999) quien posteriormente ahondará respecto al paso hacia las sociedades de control, en las cuales es sustituida paulatinamente la idea del encierro por la de los dispositivos de control, aquí el espacio-cuerpo deviene en cifra, dato y la fábrica en empresa, tiene también aquí lugar el paso del examen a la observación analógica a la digitalización y la virtualidad.



En este contexto emerge el *homo prudens* como representación canalizada de la lógica neoliberal en el que se articula la crítica de los patrones interiorizados y culturizados de coerción blanda y se entrecruzan con las disposiciones de lo penal, que representa la coerción dura, este modelo es característico de las formas políticas de la gubernamentalidad contemporánea. Este tipo de sujeto se concibe como autorresponsable y capaz de elegir por sí mismo usando sus propios recursos de una forma particular, así acude al mercado para solucionar sus necesidades vitales de seguridad, placer y bienestar personal y existencial, el *homo prudens* encarna una subjetividad propia de la racionalidad política neoliberal y las nuevas tecnologías del riesgo, y se codifica en referencia al orden molar del empresario de sí (De Marinis, citado por Sepúlveda, 2011).

Este tipo de prudencialismo característico del liberalismo y el posterior neoprudencialismo producto del neoliberalismo, evidencian una tendencia del comportamiento humano ante la incertidumbre; históricamente para Ewald (1997) a este respecto han tenido lugar tres tipos de dispositivo frente a la prudencia: 1) en el siglo XIX el dispositivo de responsabilidad basado en la falta y cuya actitud es la previsión; 2) en el siglo XX el dispositivo de solidaridad en base al riesgo, cuya actitud fundamental es la prevención; 3) este autor considera que en la actualidad nos encontramos en un periodo de transformación que reformula el compromiso de responsabilidad y la emergencia del dispositivo de seguridad, este hecho enmarca la emergencia de una actitud de precaución. No se trata de dispositivos sucedidos de forma serial en el tiempo, sino de actitudes que se solapan, complementan y corresponden a tres actitudes frente al riesgo. (Ewald, 1997, citado por Sepúlveda, 2011).

El paradigma de la responsabilidad corresponde al Estado de Providencia, en el cual se amplían las obligaciones legales que tienden a cubrir a las de tipo legal; hace referencia al ejercicio de los derechos y deberes y privilegia las obligaciones morales hacia uno mismo sobre las obligaciones jurídicas, el principio de *no perjudicar a los demás* resulta fundamental en esta lógica, tiene como transfondo la utopía científica en la cual la sociedad tendría el control total sobre sí misma y el saber tendría el control sobre el poder. Aparecen aquí por ejemplo los pedagogos e higienistas quienes a través de sus publicaciones buscaron inculcar en los individuos patrones conductuales en torno a la autorregulación y el autogobierno.

La emergencia del paradigma de la seguridad implica una nueva relación entre ciencia y conocimiento en la que emerge la relatividad de este tipo de conocimiento y una ética escéptica, pues esta epistemología invita a anticiparse a lo que todavía no se conoce, dando así importancia a otro tipo de saberes, -que incluso a pesar de no ser científicos- podrían ayudar a comprender otro tipo de situaciones posibles.

En la década de los ochenta problemas contemporáneos relacionados con la seguridad en campos como el medio ambiente, la medicina y el desarrollo tecnológico, será mucho más evidente el retorno a la incertidumbre, como lo señala Sepúlveda, la ausencia de certidumbre implica que en la relación entre una causa y su efecto no pueda formularse más que una relación de probabilidades y eventualidad, sin que se pueda tener alguna prueba de validez, por tanto la lógica

que opera en las decisiones es la de *la decisión pura* es decir, la que no puede basarse en un conocimiento experto ni en una moral que emane de un marco preexistente. (Sepúlveda, 2011 p. 115).

En esta lógica es el individuo quien debe hacerse cargo de prevenir las situaciones que puedan serle adversas, esto lo debe hacer adquiriendo en el mercado los servicios pertinentes (fondo de pensiones, seguros, compañías sanitarias, sistemas de seguridad); adicional a esto el individuo debe desarrollar habilidades de cálculo autodisciplina y prevención, debiendo ser prudente con su salud corporal y mental, su futuro laboral y su seguridad. En este contexto, a la vez que el individuo se disgrega de la lógica de la responsabilidad colectiva y se le exige que se apropie de su devenir, paralelamente emerge una moralización sobre sus faltas; sin embargo, el individuo se considera soberano sobre su decisión, dueño de su cuerpo y reivindicativo del derecho al placer (Preciado 2002, citada por Sepúlveda, 2011).

Esta forma de racionalidad del riesgo opera con igual o mayor intensidad en el campo de la salud pública; en este contexto por ejemplo, la noción de *estilo de vida*, ha sido usada desprovista de su carga sociológica *dura*, fungiendo como una categoría (factor de riesgo) descriptiva y predictiva, articulada sobre unos supuestos teóricos (ej. Teoría de acción racional) y axiológicos (soberanía y libertad individual) que modulan la significación del riesgo entorno a una práctica divisoria (criminología del otro y del sí mismo). En efecto, en el marco del neoprudencialismo contemporáneo, el estilo de vida corresponde al modelo de la responsabilidad que oscilará entre el exceso (el todo) y la renuncia (el punto cero), pasando por su punto vinculado a una ética del cuidado de sí.

Ahora bien, como se señaló, el modelo neoprudencial atribuye al sujeto la responsabilidad de gestionar sus propios riesgos, de autoproverse seguridad a través de acciones positivas, basadas en su cálculo (previsión). Esto presupone que los individuos son sujetos racionales que han internalizado el cálculo de riesgo y que participan activamente en el modelado de sus vidas conforme su propia precaución. Para ello se implementarán una serie de dispositivos pedagógicos a través de los cuales se dotará a los individuos de un equipamiento semiótico-material para que estos puedan gestionar de forma eficaz los riesgos. Este ejercicio implica una pedagogía del riesgo que se realiza mediante un paquete formativo que interviene a nivel cognitivo, conductual y actitudinal a través de la entrega de información basada en evidencias científicas disponible en dicho campo, el entrenamiento individual o grupal de habilidades y una serie de *kits* preventivos con los cuales los individuos se tendrán que familiarizar para poder automonitorear sus comportamientos (Ibid, P. 121).

Ahora bien, en los casos en los que el individuo se despliega sobre un campo altamente moralizado, tal como lo es el uso de drogas o el relacionamiento sexual, Sepúlveda advierte que la ausencia del autocontrol esperado genera un comportamiento *monstruoso* socialmente inaceptable, dejando como única alternativa la segregación, este sería el caso del consumidor de drogas o para el caso de este trabajo el practicante de *barebak*. En estos casos las razones asociadas a tal actitud tiene que ver con el cuestionamiento respecto a por qué no se toman las medidas preventivas necesarias (uso de salas de venopunción, uso de preservativo) y por qué se insiste en continuar con el mismo comportamiento, dentro de la lógica neoprudencialista surge entonces el cuestionamiento fundamental respecto a ¿quién debe soportar la carga de estos?

Haciendo muy difusa la línea entre responsabilización y culpabilización; sin embargo, en cualquiera de los casos el individuo se verá abocado a cumplir con una serie de acciones preventivas que le serán sugeridas, propuestas e impuestas por su medio social y cultural. Lo que resulta particularmente interesante en estos dos ejemplos es que ambos encarnan la libertad y la racionalidad del sistema, es decir las dos ficciones fundamentales sobre las que se basa el orden y la lógica neoprudencial. (Álvarez, 2000).

---

### 7.3 CUERPO, DESEO Y ORGANIZACIÓN

El cuerpo como territorio donde se expresa y converge la sexualidad es objeto de saberes que bajo la forma de discursos lo definen, regulan y producen; está atravesado por cargas valorativas y semantizaciones que reflejan los poderes que lo median, representando ideas hegemónicas que terminan por definir prototipos que gozan de aceptación social y se constituyen en motores de deseo. Este discurso prototípico resalta la corporalidad que le interesa validar a la vez que invisibiliza, oculta, patologiza y condena toda aquella que le es contraria y contraproducente frente a sus intereses.

Para comprender el cuerpo como producción resulta pertinente en el marco de esta investigación abordar la idea de Cuerpo sin Órganos (CSO) acuñado por Deleuze y Guattari (1980), concebido este como una construcción ficcional desarrollada a manera de modelo metodológico, orientado a la reflexión respecto a las formas como la idea de cuerpo, lejos de ser una construcción autónoma y particular, es producto de las determinaciones de poder exógenas al individuo; en este sentido, la organización es una determinación de orden sobre los órganos, por tanto subvertirla y buscar la propia sería un ejercicio autónomo y particular.

El cuerpo CsO más que un concepto es una práctica, un ejercicio, una búsqueda personal generada por la censura y la represión y por tanto, es un proceso que nunca termina. Esta es una categoría que corresponde a un ejercicio de deshacerse de las organizaciones impuestas desde diferentes poderes, de las significancias y subjetivaciones.

Para ilustrar este tipo de construcción Deleuze y Guattari traen a colación algunas búsquedas particulares de CsO, tales como el caso de sadomasoquista y el drogadicto, construcciones en las cuales se reta la organización que se esperaría de un cuerpo. Desde la óptica de estos autores, este análisis sobre la forma de construir el cuerpo contrariamente al psicoanálisis, no busca “fantasmas” a partir de los cuales pueda explicar; sino que más bien se basa en el análisis respecto a las formas como “el deseo” como potencia hace posible la acción de los sujetos.

Los autores proponen un modelo metodológico para la producción del CsO a partir de dos fases, una para construirlo y otra para recorrerlo, para hacer que circulen cosas, para analizar y para aprender de esa construcción. Con tal objetivo se requiere hacer dos preguntas fundamentales: 1) ¿Cuál es ese tipo, cómo está fabricado, por qué procedimientos y medios que prejuzgan ya lo que va a pasar? 2) ¿Cuáles son sus modos, qué pasa, con qué variantes, qué sorpresas, qué imprevistos con relación a lo esperado? (Ibid)

Estos cuestionamientos van a mantener la búsqueda dentro de la perspectiva que interesa, evitar los riesgos y prevenir que el cuerpo quede vacío. Para los autores el cuerpo está provisto de vasos comunicantes, de puertas que se cierran y se abren, por tanto la búsqueda debe ser en torno a eso que abre y que cierra, a eso que permite hacer sentir con diferentes intensidades, hacer construir, en este sentido los órganos brotan y se reorganizan.

Como un elemento metodológico importante, Deleuze y Guattari traen a colación de manera metafórica la idea del huevo como unidad y matriz, pues éste es célula definida por ejes, vectores, gradientes y umbrales a partir de los cuales puede tener lugar la búsqueda; el deseo aquí es el motor de producción de acuerdo a Spinoza. Se plantea una diferencia entonces entre placer y deseo, el placer es el único medio que tiene alguien para encontrarse de nuevo a sí mismo en el proceso del deseo que lo desborda, el placer resulta entonces una reterrotalización. Se debe exorcizar y sacar fuera la presencia del sacerdote, en la medida en que éste ha lanzado una triple maldición sobre el deseo: una ley negativa, una regla extrínseca y un ideal trascendente; elementos estos que inhiben el deseo, el acto y que se reflejan hoy en las ideas del psicoanálisis con sus principios de placer, muerte y realidad.

En el CsO existe un plan de consistencias que tiene las siguientes características metodológicas con profundas implicaciones políticas, desde la percepción de los autores:

1. Los CsO difieren de tipos, géneros, atributos sustanciales; por ejemplo el frío en el drogado, el dolorífico en el masoquista, cada uno con su grado 0 como principio de producción.
2. Cada CsO tiene sus ondas, sus modos, sus intensidades
3. Se puede dar un conjunto de todos los CsO

En este método también existen unos estratos que los autores consideran evidentes y que se deben contemplar; la organización (el organismo es organizado con alguna lógica), la significancia (el ángulo de significancia y de interpretación) y la subjetivación (o la sujeción). Remover estos estratos o hacer la búsqueda para desmontarlos es la tarea hacia la consecución de un CsO. Se enfatiza aquí la importancia de fuertes dosis de prudencia como elemento fundamental, *“no se trata de matarse sino de abrir el cuerpo a conexiones que suponen un fuerte agenciamiento circuitos, conjunciones, niveles y umbrales, pasos, distribuciones de intensidad, territorios y desterritorializaciones”* (ibid).

Surge una pregunta procedimental importante ¿Cómo deshacernos de la subjetivación? Arrancando la conciencia del sujeto como herramienta de exploración, arrancar la significancia y la interpretación para convertirla en producción. Sin embargo, desde una perspectiva ética no se deben dejar de lado algunas reglas:

1. La prudencia, ya que no se puede construir un CsO en un proceso de desestratificación salvaje, en la que se desconozca la conciencia y se explore a martillazos, como dicen los autores no se debe ir con un martillo sino con una fina lima. La desestratificación salvaje produciría cuerpos lánguidos y vacíos o intentos de CsO en los que aun intentando construirlo, nada se produjo en él porque las intensidades se bloquearon o no fluyeron.
2. Otra regla consiste en que así como existen células cancerígenas que enferman el cuerpo, en el CsO cuando una sedimentación es bastante apresurada puede tener lugar la

diseminación de células que lo ataquen, tales como el dinero, el partido, el estado, la fábrica, la ciudad, el ejército; produciendo rivalidad, relaciones de violencia, pero también complicidad y alianza.

3. Vigilar aun al interior de nosotros mismos al fascista, al demente y al suicida (Ibid)

En este proceso, surge otro cuestionamiento importante ¿Cómo fabricarse un CsO que no sea el canceroso de un fascista en nosotros, o el CsO vacío de un drogadicto, de un paranoico o de un hipocondríaco? ¿Cómo distinguir los tres Cuerpos? La idea del huevo vuelve a ser fundamental, ya que éste es el CsO y no es anterior a él, es adyacente y no cesa de deshacerse, incluye la idea de la infancia pero no es el niño anterior al adulto, pues es contemporáneo a éste último, refiere la madre y la incluye como parte del movimiento; así mismo es particular para cada quien.

---

#### 7.4 LA MATRIZ DE INTELIGIBILIDAD DEL GÉNERO

Por tratarse de un elemento de poder y por tanto de una idea fuertemente política y trazadora de interacciones sociales, definitiva en la construcción de la sexualidad y las identidades, el género requiere reflexiones profundas que permitan comprender su ontología, así como las razones por las que produce asimetrías, invisibilizaciones e inequidades. Intentando explorar estos asuntos resulta entonces fundamental remitirnos del ejercicio genealógico que desarrolla Judith Butler en “El género en disputa” (Butler, 2007), pues algunos elementos de su disertación contribuye sensiblemente a evidenciar el género como una categoría de poder, inestable y dialéctica, construida a través de un complejo entramado histórico naturalizado, que hoy requiere ser repensado desde la constitución de los sujetos, las normas y los discursos.

Como un elemento introductorio, Butler argumenta que existe una sexualidad normativa y en ella un género igualmente normativo; de acuerdo a este esquema una mujer es mujer en la medida en que funciona como tal dentro de la estructura heterosexual dominante, y contradecir o cuestionar esta estructura tiene un costo determinado por la pérdida del lugar social que se ocupa en el género, en esto radica lo que la autora denomina el problema o la disputa del género (Ibid, p. 12).

Butler enfatiza que existe un vínculo entre género y sexo, pero este sexo está referido en realidad al relacionado con la heterosexualidad; sin embargo, evidencia que lo que crea y consolida el género no es la normatividad heterosexual, sino la jerarquía del género que se halla tras las relaciones heterosexuales. Así mismo, critica al poder jurídico como productor del sujeto que sólo dice representar, produciendo de esta manera un ocultamiento de un supuesto sujeto anterior a la ley.

Ahora bien, existe una relación importante entre género e identidad, ante esta Butler enfatiza que no se deben separar, puesto que estas dos construcciones no se dan de forma individual, sino que por el contrario, la identidad se conforma desde el mismo momento en que la persona se hace inteligible, y se es inteligible en el mismo momento en que la persona posee un género que se ajusta a normas reconocibles de inteligibilidad de género, y aunque esto pueda sonar tautológico, lo que la autora evidencia es que la *coherencia* y la *continuidad* de la *persona* no son rasgos lógicos

o analíticos propios de la calidad de persona sino, más bien, normas de inteligibilidad socialmente instauradas y mantenidas (Ibid, p. 71).

En este sentido, el discurso hegemónico plantea que los géneros «inteligibles» serían aquellos que de alguna manera mantienen relaciones de coherencia entre sexo, género, práctica sexual y deseo. De acuerdo a Foucault, la autora plantea entonces que el hecho ontológico de que exista una verdad sobre el sexo, emerge a partir de una matriz de reglas coherentes de género, la cual regula las prácticas; así mismo, la heterosexualización del deseo supone e impone oposiciones entre lo masculino y lo femenino, las cuales terminan imponiendo también atributos a hombres y mujeres. Así, esta matriz cerrada no admite la existencia de otras identidades que se queden fuera de ella. Sin embargo, la insistente proliferación de estas otras identidades evidencia la obsolescencia de esa matriz de inteligibilidad y la emergencia de otras matrices que subvierten ese orden de género. Butler plantea aquí se pregunta *“¿hasta qué punto la Identidad de género, vista como una relación entre sexo, género, práctica sexual y deseo, es el efecto de una práctica reguladora que puede definirse como heterosexualidad obligatoria?”* (p. 73)

El anterior cuestionamiento lleva a Butler a indagar respecto a la ontología y la metafísica de la sustancia<sup>4</sup> del género, percibiendo así que la definición de mujer está atravesada por cierta ontología de la negación. Para explicarlo Butler trae a colación a Iregaray, evidenciando que en el discurso hegemónico, la mujer aparece como la negación del hombre; desde esta perspectiva, las mujeres nunca pueden ser, según la ontología de las sustancias, en la que se concibe su ser desde la exclusión, pues la mujer no puede ser entendida como la simple negación del sujeto masculino (p.74).

La autora concluye que la apariencia de una sustancia constante o de un yo provisto de género, se establece a través de la reglamentación de atributos en líneas de coherencia desde lo cultural. Como consecuencia, esa producción cultural tiene un carácter ficticio y está condicionada por un juego sin reglas de atributos, que se oponen a la asimilación del marco prefabricado de sustantivos primarios y adjetivos subordinados; por tanto, el género no puede ser concebido como un conjunto de atributos vagos; sino como una producción performativa que se impone a través de las prácticas reguladoras de su propia coherencia. Así, el ser no precede a la acción, sino que más bien se determina por ésta; por tanto *“no existe una identidad de género tras la expresión del género, sino que esa identidad se construye de forma performativa desde las expresiones mismas”* (Ibid: 84)

Butler deja claro entonces que el género es la estilización repetida del cuerpo, una sucesión de acciones igualmente repetidas bajo un marco regulador estricto, que se inmoviliza con el tiempo para crear la apariencia de sustancia, de una especie natural de ser. La univocidad del sexo, la coherencia interna del género y el marco binario para sexo y género son ficciones reguladoras que

---

<sup>4</sup> Butler explicita que la metafísica de la sustancia es un concepto de Haar en un comentario sobre Nietzsche, en el cual se afirma que ciertas ontologías filosóficas se han quedado atrapadas en la idea del “Ser” y el “Sujeto” a manera de sujeto y predicado, funcionando esta perspectiva gramatical como cierto determinismo en el que se piensa que realmente la sustancia y el atributo están reflejadas fehacientemente en el lenguaje, es decir, como si la identidad quedara plasmada realmente en las construcciones gramaticales (Butler, 2007: 77)

refuerzan y naturalizan los regímenes de poder producto de la opresión masculina y heterosexista (Ibid: 99).

---

## 7.5 RESISTENCIA Y CONTRACONDUCTA

El concepto de resistencia es expresado por Foucault (1977) al analizar las relaciones de poder, advirtiendo que resistencia y poder son coexistentes y contemporáneos, pues las resistencias tienen lugar en el campo estratégico de las relaciones de poder y a su vez las relaciones de poder existen solo mientras tienen lugar una multiplicidad de puntos de resistencia (Ibid). En este sentido, la resistencia no puede considerarse como contrapuesta al poder, no es la “marca vacía” de éste, pues si así lo fuera no podría operar; el autor afirma que para resistir se debe activar algo tan “inventivo, móvil y productivo” como el poder mismo

Foucault propone la expresión *contraconducta* para denotar un sentido de lucha en contra de los procedimientos implementados para conducir a otros, (Foucault 2006). (Davidson, 2012, p. 154), y advierte que tanto en el caso de las relaciones entre poder/resistencia y conducta/contraconducta, existe una inmanencia táctica de la resistencia y de la contraconducta a sus respectivos campos de acción, por tanto no se debe concluir que son simplemente la contraparte pasiva, un fenómeno meramente negativo o reactivo, o una suerte de decepcionante efecto rezagado (Foucault 1977 y 2006).

Para Foucault la conducta es a la vez el acto de dirigir a otros de acuerdo a mecanismos de coerción que pueden ser más o menos estrictos, y la manera de comportarse en un campo de posibilidades que también puede variar su amplitud. En este contexto el autor plantea una conexión directa entre el poder y el gobierno, a la vez que distingue el gobierno de la sujeción política y económica, y enfatiza el hecho de que gobernar a un individuo o a un grupo es “actuar sobre las posibilidades de acción de otros individuos”, es un “modo de acción sobre las acciones de los otros”. “Gobernar es, en este sentido, estructurar el eventual campo de acción de los otros” (Foucault 1999, citado por Davidson, 2012, p. 155)

Ahora bien, para ampliar el alcance del concepto, Foucault explica que una fuerza no es realmente una abstracción metafísica, sino que se da siempre en una relación particular y puede identificarse como cualquier factor en una relación que afecta los elementos de la relación y efectos en sus acciones, por esta razón las relaciones de fuerza estructuran el campo posible de las acciones de los individuos. En este sentido, la resistencia y la contraconducta modifican las relaciones de fuerza, subvierten las organizaciones de poder estabilizadas localmente y, por lo tanto, afectan de una manera novedosa, las posibilidades de acción de los otros. Una relación de fuerza puede ser inmanente a un medio ambiente físico, a una configuración social, a un patrón de comportamiento, a un gesto corporal, a una cierta actitud, a una forma de vida. Todas estas instancias pueden estructurar el campo de acciones de los individuos, y por eso el poder y la resistencia *vienen de todas partes* (Foucault 1977: 113, citado por Davidson, 2012: 155).

La acción a su vez se comprende como una forma de afirmación práctica de la potencia de ser de una fuerza y por tanto, el juego que se genera frente a su propia diferencia, esto no quiere decir que en el proceso se niegue a las otras fuerzas, pues hay que recordar que no es de la negación ni de la oposición de donde la

fuerza emprende su acción. *“La materialización de una fuerza parte de la afirmación de su propia existencia y una de sus características es materializar la multiplicidad”* (Useche, 2014: 55).

---

## 7.6 EL CUIDADO DE SÍ

El concepto de cuidado de sí hace referencia a un cuestionamiento por el papel de la verdad en los ejercicios de poder propios de la gubernamentalidad (Perea, 2009); es decir que en ellos hay un intento sobre sí mismo por elaborarse, transformarse y acceder a cierto modo de ser; el concepto implica en una primera instancia la renuncia a sí mismo, a todos los lazos terrenales, a todo cuanto puede ser amor y apego al sí mismo terrenal, no implica el abuso del poder sobre los otros; por tanto hay aquí una importante discusión ética sobre la libertad. (Foucault, 1999)

Para Foucault la libertad es un tema que emerge con fuerza en el campo de la sexualidad, sin embargo no se refiere aquí a la liberación de esta, sino más bien a la problematización que implica determinar las prácticas de libertad mediante las cuales pudiera definirse qué son el placer sexual, las relaciones eróticas, amorosas y pasionales con los otros. Este es entonces un problema ético, en tanto la ética es la práctica reflexiva de la libertad. (Ibid, 1999).

El cuidarse de sí hace referencia a evitar ser esclavo de las propias pasiones, es un proceso en el que el sujeto se constituye de una manera activa mediante las prácticas de sí, éstas no son sin embargo prácticas que el individuo invente por sí, sino que más bien tienen lugar en la interacción con esquemas que encuentra en su cultura y le son propuestos, sugeridos o impuestos por la sociedad (Ibid, 1999).

El problema del cuidado de sí en esta perspectiva tiene que ver con la gubernamentalidad, en el sentido en que no es una situación referida a la relación con el otro de un modo amplio y político, sino más bien a la relación con uno mismo y con la facultad de definir en un ejercicio de libertad cuáles son las pasiones e ideas de las que se debe huir y de las cuales el individuo no debe dejarse esclavizar.

En la noción de cuidado de sí Foucault identifica tres componentes fundamentales: una actitud general con respecto a uno mismo, a los otros y al mundo; una forma de atención orientada hacia uno mismo; una serie de prácticas de sí, o tecnologías del yo (Foucault 2002). Actitud, atención y prácticas de sí las concibe entonces como características del sentido ético de la conducta. Es importante también enfatizar que para este autor el poder es entendido como el gobierno de los seres humanos, e incluye el elemento de la libertad, pues el poder sólo puede ser ejercido sobre sujetos libres, refiriéndose de esta manera sujetos individuales o colectivos enfrentados con un campo de posibilidades en el cual pueden darse varias conductas, varias reacciones y varios modos de comportamiento (Foucault 1984b: 237, citado por Davidson, 2012: 157).

---

## 7.7 MEDICALIZACIÓN, FARMACOLOGIZACIÓN Y SANITARIZACIÓN



Es frecuente que en los discursos cotidianos de salud se aborden los términos *medicalización*, *farmacologización* y *sanitarización* de manera indiscriminada haciendo alusión a la idea de algún tipo de interacción entre las personas y el ámbito de la salud, ya sea porque hacen uso de los servicios ofertados por entidades de salud, porque consumen productos farmacéuticos, porque llevan a cabo hábitos y prácticas que culturalmente se consideran saludables, etc; sin embargo, vale la pena abordar algunos elementos que permitan hacer claridad sobre estas cuestiones, pues en cada una de estas situaciones la interacción persona – ámbito de salud tiene implicaciones diferentes y plantea relaciones de poder que inciden de manera disímil en la producción del sujeto y la ciudadanía contemporáneos.

Como idea inicial puede partirse de que la medicalización hace referencia a una situación en la que, de acuerdo a los patrones culturales de expresión de los problemas de salud, una persona tiene la sensación subjetiva de que algo va mal y por eso recurre a los servicios de salud (Rochel, 2013). En las sociedades industriales contemporáneas esta interacción se caracteriza por acudir al entorno de salud para que a través de la figura del médico se haga un diagnóstico y se proponga un tratamiento; no obstante esta premisa, la medicalización se entiende de diferentes formas: como una manera de controlar la sociedad (Zolá, 2001, citado por Rochel); como una consecuencia de los avances de la medicina contemporánea y los procesos de sometimiento a ella (Foucault, 1977, citado por Rochel); como el proceso de transformación de problemas no considerados médicos en una primera instancia, para concebirlos como tal mediante su caracterización como trastornos o enfermedades (Conrad, 2007, citado por Rochel), esta última acepción concebida con fines mucho más empíricos y operacionales.

Tomando esta última definición de Conrad, Rochel especifica que por ejemplo, históricamente una vez se identificó la aparición del VIH en el horizonte médico como situación de salud que afectaba a hombres homosexuales, se activó un proceso de investigación que en un tiempo muy corto produjo un mecanismo explicativo, se identificó el agente etiológico al que se le atribuyó el origen de la enfermedad, se desarrollaron pruebas diagnósticas y medicamentos capaces de controlar la enfermedad, mejorar y prolongar la vida de los afectados (Ibib, p. 2). Se trata este de un proceso de medicalización cuyos objetivos denotan connotaciones éticas positivas en tanto buscan la conservación de la vida. No obstante, de acuerdo a este mismo autor existen también procesos de medicalización negativa, como en el caso de creación de la idea de una “disfunción sexual femenina” con el objeto de producir y comercializar fármacos que contribuyan a solucionar este pretendido problema (Idem).

La anterior situación denota que en el contexto de la sexualidad la aplicación de los discursos biomédicos en la generación de diagnósticos sobre los sujetos tiene profundas implicaciones sobre la construcción de las identidades, en tanto se legitiman como marcos conceptuales para la comprensión de ciertas experiencias de los sujetos, buscando con ello promover un mayor reconocimiento; sin embargo en muchos casos este se torna un proceso inverso, en tanto asignar la presencia de enfermedad a un grupo o tipo de sujeto determinado es un detonante de estigma y hace al sujeto blanco de discriminación. (Irvine, 2005. Citado por Race, 2015). Este tipo de situación se ha evidenciado a lo largo de la historia del VIH al haber emergido la infección entre la

población HSH, haciendo que aún hoy les sea difícil deshacerse del estigma como población *portadora*<sup>5</sup> de la infección.

Esta panorama pone en evidencia la necesidad de reflexionar en torno a las formas en que en cada situación particular se usa el concepto de medicalización, en tanto el diagnóstico como producto del saber médico se constituye en un elemento que plantea en su interacción de poder una construcción específica de sujeto, ubicándolo como objeto de intervenciones que emanan desde diferentes intereses y perspectivas éticas que pueden acercarse o distanciarse de la idea de conservación del bienestar.

Otro concepto importante a tener en cuenta en este mismo sentido es el de farmacologización, entendida como un proceso socio-técnico en el que se lleva a cabo la transformación de condiciones, necesidades, capacidades y potencialidades humanas en oportunidades para intervenciones farmacológicas (Williams, et-al, 2011 citado por Rochel, 2013: 2); se diferencia de la medicalización en tanto no está necesariamente relacionada con algún tipo de diagnóstico médico, como ejemplo puede citarse la creciente tendencia a usar fármacos sin indicación médica para lograr cierta idea de bienestar a partir del perfeccionamiento farmacológico.

El fenómeno de la farmacologización está íntimamente ligado a la lógica capitalista en tanto plantea implícitamente la idea de que para cada mal existe un medicamento determinado, permitiendo así la expansión constante del mercado y la generación de identidades a través del consumo de fármacos; de igual manera logra transformar las interacciones en salud en la medida en que prescinde de la figura del médico y pone al consumidor en contacto directo con el producto, así mismo genera comunidades de consumidores y promueve la colonización de la vida por este tipo de productos.

Un concepto adicional a tener en cuenta en torno a la medicalización, es el que Rochel (2013) propone como *sanitarización* y Conrad (2007) como *healthicization*, el cual según el primer autor, hace referencia a la idea de un aparente concepto positivo de la salud bajo el que se oculta cierta tiranía. Se caracteriza por tres situaciones fundamentales: 1) Una expansión indefinida e infinita del concepto de salud en tanto atraviesa toda la experiencia humana. 2) Un estrechamiento paradójico de los ideales ético-estéticos de una *buena vida*, reducida a vivir muchos años con la mínima presencia de enfermedades, en la que no tiene cabida consideraciones de placer o aspiraciones más allá del individuo. 3) La expansión incesante del mercado productos de salud, incluidos alimentos, fármacos, gimnasios, aparatos de uso doméstico.

---

<sup>5</sup> A pesar de ser un término emanado del enfoque epidemiológico de corte conductual vigente en los años ochenta en el abordaje del VIH, la palabra “portador” se considera profundamente discriminadora y despectiva en tanto reduce al sujeto a su diagnóstico de seropositividad y lo desprovee de su condición de persona, haciéndolo sujeto pasivo de las intervenciones de control sanitario frente a la diseminación de la infección.

En esta lógica el dispositivo de salud amplía su espectro de acción a manera de panóptico, así no se come o se bebe por placer sino porque determinados alimentos o bebidas prolongan la salud y protegen contra ciertas enfermedades, tampoco se hace ejercicio por la experiencia corporal sino más bien como un acto de cuidarse y prevenir.

Dentro de la idea de sanitización vale la pena también tener en cuenta la *sanitización* entendida como la creciente y fuerte tendencia a colonizar la vida por parte de un sinnúmero de productos higienizantes bajo la promesa de un mundo aséptico en el que se ha aniquilado cualquier tipo de virus, bacterias, hongos o protozoarios; este tipo de productos se plantean como de uso constante y cotidiano, logrando la inmanencia sobre la experiencia del cuerpo, los ambientes, la vivienda, etc. Como parte de los procesos de sanitización, los productos sanitizantes buscan también abrir cada vez más el mercado y generar comunidades de consumidores; sin embargo influyen en la generación de agentes etiológicos cada vez más resistentes y son causantes de nuevos problemas de salud. Por tratarse de productos que se insertan profundamente en los actos cotidianos, los impactos sobre la construcción de la identidad en tanto influyen sobre construcciones como el género y la edad son más directos y fuertes (por ejemplo la idea de que las niñas que asean diariamente sus genitales con productos detergentes son más exitosas y seguras de sí, o la redundante idea de que los hombres que usan desodorantes hechos para hombres-hombres son más masculinos y se exponen menos al estigma de parecer femeninos).

La idea de la sanitización está muy ligada a la epidemiología clínica en la cual desde la lógica de los factores de riesgo se responsabiliza a los sujetos por su situación de salud, haciéndolos así más sensibles a asumir un papel como consumidores en el mercado de la salud (Ibid).

Las lógicas del saber contenido en la medicalización como discursos de poder no solamente generan un tipo de sujeto, también producen una serie de prácticas tendientes a la expansión de una idea de salud ligada a la expansión capitalista, modificando incluso las ideas de placer, necesidad, salud, enfermedad y se fundamentan en discursos que rebasan los entornos de salud y se instalan como inmanentes en las lógicas de la ciudadanía a través de la estandarización cultural de conceptos como *hábitos y prácticas saludables*.

---

## 7.8 SEXUALIDAD Y FARMACOLOGIZACIÓN

A lo largo del siglo XX el fortalecimiento de la biomedicina y el consiguiente posicionamiento del diagnóstico en la definición de las ideas binarias respecto a la normalidad, la anormalidad, la salud y la enfermedad, permitió el auge cada vez mayor de la industria farmacéutica hasta convertirla en la más exitosa del planeta, esto con el consecuente crecimiento del mercado de consumidores y la instalación de la idea de que una vida medicalizada es una vida sana y larga. En esta lógica se relevó la responsabilidad de los sujetos en tanto plantea un pretendido ejercicio de libertad y

derechos basado en la capacidad de decidir de los sujetos como consumidores. Esta premisa rápidamente impactaría la sexualidad modificándola y revolucionándola.

En este contexto, la introducción de la píldora anticonceptiva se constituiría en el elemento que plantearía una escisión fundamental de las funciones erótica y reproductiva, así mismo lo harían los desarrollos en los procedimientos quirúrgicos de la ligadura de trompas por laparoscopia y su masificación hacia 1960, impactando las ideas de sexualidad y género, cuestionando la heterosexualidad y la fidelidad, al replantear el papel tradicional de la mujer dentro de un deber ser en el que se relaciona únicamente con un hombre y con fines reproductivos.

De otro lado, durante este período el traslado de la investigación clínica desde las instituciones públicas y privadas a las corporaciones, ocasionó que los intereses comerciales marcaran las prioridades de desarrollo de las prácticas de investigación buscando un máximo beneficio económico; este énfasis en la demanda del mercado y la generación de consumidores deseosos complica la orientación de los discursos biomédicos, en tanto que más allá de hacer frente a las necesidades en salud más urgentes y la resolución de la enfermedad, sitúa su énfasis en la mejora del estilo de vida, el tratamiento y la reparación (Race, 2009).

Este fenómeno ha estado marcado también por un aumento en las inversiones financieras que fortalezcan las capacidades de la industria farmacéutica y la modificación de elementos culturales que propenden por la aceptación de la intromisión farmacológica en la vida. Uno de los ejemplos más representativos de esta lógica es el uso del Viagra (citrato de sildenafil), medicamento que originalmente fue implementado para el tratamiento de la angina de pecho y tras demostrar como efecto concomitante una vasoconstrictor que beneficiaba la erección del pene, terminó siendo absorbido para el tratamiento de la disfunción eréctil por la *Food and Drug Administration* en 1998, pasando a convertirse en uno de los medicamentos más recetados en la historia, perspectiva que resultaba más atractiva comercialmente que cualquier tratamiento de la angina de pecho (Race, 2015, p. 5).

El viagra entonces es un interesante ejemplo de cómo los discursos biomédicos pueden llegar a influir la sexualidad a partir de la idea de consumo generalizado de productos, de una parte el diagnóstico de disfunción eréctil plantea normas de rendimiento sexual, en ese sentido las normas de género pueden ser entendidas como la entrada y salida de factores en relación con la intervención farmacéutica, dado que la función eréctil se valora en tanto se tiene éxito en una relación sexual penetrativa, la acción biomédica se centra en la secuencia normatizada de excitación, orgasmo resolución, y por tanto la acción farmacéutica derivada se centra en cierta idea de perfeccionamiento de los procesos fisiológicos de un adecuado flujo sanguíneo, expansión y contracción del tejido, secreción de fluidos. En este modelo las experiencias masculinas y femeninas se representan como correspondientes y análogas, enfatizando la lógica de que a partir del sexo copulativo se organiza y se evalúa la experiencia de lo masculino y lo femenino. Esta reducción de la experiencia sexual masculina a la presencia o ausencia de una erección que generó el concepto de disfunción eréctil surgido con el Viagra, trata la práctica sexual como un problema dentro de un dispositivo mecánico que puede ser vinculado a la consecución de ciertos acontecimientos y procesos físicos. (Idem).

---

### 7.8.1 FARMACOLOGIZACIÓN Y VIH

El campo del VIH / SIDA ha sido uno de los más influenciados por la industria farmacéutica, con importantes repercusiones en la experiencia sexual (Race 2009; Rosengarten 2009). Si bien a lo largo de toda la historia de esta epidemia la vía de transmisión sexual es la que reporta el más alto número de casos en el mundo, la minimización de los riesgos por esta vía, tales como inhibir el contacto directo con fluidos que puedan contener potenciales inóculos de VIH como el semen, el líquido preseminal y los fluidos vaginales, ha sido una preocupación constante del discurso preventivo y la industria farmacéutica.

Las primeras décadas de la epidemia estuvieron caracterizadas por la ausencia de tratamientos eficaces, pues únicamente se contaba con la monoterapia con AZT, un medicamento altamente tóxico y costoso que si bien contribuyó a prolongar la vida de algunas personas en el planeta, recibió duras críticas por ser extremadamente costoso y generar efectos secundarios adversos. En este contexto tuvieron lugar importantes innovaciones en educación comunitaria, prevención, y se fortaleció la idea del cuidado social como forma de evitar la propagación de la epidemia, dando lugar a nuevas formas de *ciudadanía sexual* (Weeks, 1998) y nuevos discursos sobre *el paciente activo y sus responsabilidades*, lo que la sociología denominó *la ciudadanía biológica* (Rose 2007). Los primeros años de la epidemia también precipitaron nuevas formas de compromiso crítico con la práctica y el discurso biomédico. En su intento de acelerar los tratamientos médicos para el Sida, la industria farmacéutica recibió fuertes críticas de parte de los activistas en este tema, respecto a los procedimientos de la biomedicina y las decisiones de las autoridades terapéuticas, emergiendo en este contexto "expertos" que no necesariamente se habían formado en el campo biomédico (Epstein 1996).

Con el nuevo milenio llegó la terapia antirretroviral conjugada de alta efectividad (HAART), un tratamiento mucho más eficaz que combina regímenes de fármacos inhibiendo la replicación viral del VIH. A partir de 2010 el discurso biomédico enfatizó el uso más extensivo de esta terapia como estrategia para reducir la infección en personas viviendo con VIH.

Los fármacos antirretrovirales también se pueden prescribir para las personas VIH-negativas que viven situaciones de riesgo, como una medida profiláctica *profilaxis pre-exposición (PrEp)*. Estos desarrollos recientes son consistentes con una fuerte tendencia de farmacologización, en la que el objetivo de la intervención es el riesgo de contraer la enfermedad, en lugar de la enfermedad en sí, (Dumit 2012, citado por Race 2015). La biomédica de prevención del VIH promete lograr una *generación libre de Sida* en el futuro cercano. Pero para creer en esta promesa queda por ver si estos regímenes biomédicos logran adaptarse lo suficiente a las complejidades de la vida sexual, social y la práctica cotidiana de los sujetos.

Vale la pena mencionar a este respecto que la estrategia *90 90 90* promovida como parte de los acuerdos mundiales de la Asamblea General de Naciones Unidas para hacer frente al VIH/Sida en 2016, consiste en la proyección hacia el fin de la transmisión de la epidemia a partir de un 90% de personas diagnosticadas, de éstas lograr un 90% de personas haciendo tratamiento y a su vez un 90% de personas que logran una carga viral suprimida (menor de 100 copias de VIH por cc de

sangre), lo cual impactaría significativamente la diseminación de la infección entre las diferentes poblaciones afectadas, a la vez que minimizaría entre quienes ya viven con VIH la progresión a Sida. Las ideas plasmadas en 90 90 90 expresan el nuevo dispositivo de control y prevención desde la medicina como biopoder, insertado desde la lógica capitalista de una sociedad en la cual el consumo farmacológico media la construcción de los sujetos y media la ciudadanía sexual.

---

#### 7.8.1.1 PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN EN VIH

La profilaxis Pre-exposición (PrEP, siglas en inglés) es una estrategia de prevención de la infección con el VIH en la cual las personas VIH negativas toman medicamentos antirretrovirales antes de entrar en contacto con el VIH con el objeto de reducir el riesgo de infectarse. PrEP ha demostrado reducir el riesgo de infección con el VIH a través del contacto sexual en los hombres gay y bisexuales, mujeres transgénero y en hombres y mujeres heterosexuales, así como en personas que se inyectan drogas; la acción de esta estrategia protege únicamente frente al VIH y no frente a otro tipo de infecciones de transmisión sexual o el embarazo, tampoco es una cura para el VIH (PrepFacts, 2015).

Los primeros estudios para el desarrollo de medicamentos PrEP comenzaron a llevarse a cabo en países de África y Asia en poblaciones como trabajadoras sexuales y usuarios de drogas; en Estados Unidos y Perú se experimentó con HSH con un medicamento llamado tenofovir. No obstante, algunas de estas investigaciones tuvieron que interrumpirse debido a protestas de algunos activistas locales e internacionales, pese a que estos ensayos hubieran recibido el visto bueno ético de los Ministerios de Salud de los países implicados.

Posteriormente, la entidad *Food and Drug Administration* (FDA) aprobó en 2012 un medicamento conocido como Truvada para su utilización como PrEP, el cual a 2017 es el medicamento más usado en diferentes países en todo el mundo para este fin. Este medicamento se toma una vez al día en forma de píldora oral, y combina dos medicamentos en uno: Emtriva (también llamado emtricitabine o FTC) y Viread (también llamado tenofovir disoproxil fumarate o TDF). Truvada trabaja bloqueando una enzima del VIH llamada transcriptasa reversa, lo cual impide que el VIH haga más copias de sí mismo en el cuerpo, minimizando así la posibilidad de infección (Ibid).

El uso de Truvada como PrEP provee una reducción del riesgo de infectarse del 96% al 99% en las personas VIH negativas que toman este medicamento diariamente. Si el consumidor se saltea una dosis diaria, el nivel de protección contra el VIH puede disminuir, por tanto el uso correcto y consistente de este medicamento es lo recomendado, ya que ha demostrado en diferentes estudios niveles más altos de protección contra el VIH cuando se toma constantemente (Ibid).

Entre los efectos secundarios que puede producir este medicamento se encuentran náuseas, dolor de cabeza, pérdida de peso y aumento de la creatinina sérica (una molécula natural que es filtrada por los riñones). Estos efectos desaparecen semanas después del inicio del tratamiento (Ibid).

---

## 7.9 TECNOLOGÍAS CLÍNICAS DE CONTROL EN TORNO AL VIH

---

### 7.9.1 CARGA VIRAL Y CONTEO DE CD4

---

A mediados de la década de los noventa el advenimiento de la terapia Antirretroviral (TARV) modificó drásticamente el panorama del VIH y su percepción en el mundo, convirtiendo lo que se consideraba una enfermedad mortal en una crónica tratable, permitiendo frenar la progresión a Sida y por tanto la morbilidad y la mortalidad por esta causa. Si bien los primeros medicamentos implicaban la ingesta de dosis constantes a lo largo del día, hoy la mayoría de esquemas se basan en sólo dos e incluso una toma diaria, el objetivo fundamental es inhibir en diferentes momentos de la acción del virus la posibilidad de su replicación en los cuerpos. El uso de TARV implica también la producción de efectos secundarios que modifican la corporalidad y la autopercepción del individuo, por tanto la implementación de este tipo de tecnologías produce un sujeto particular que no solo se constituye en objeto de la acción de instrumentos clínicos de control, sino que a partir de sus interacciones con dispositivos médicos y farmacológicos genera formas de producirse y de relacionarse sexualmente. A continuación se explican entonces algunas de estas tecnologías en tanto formas de poder que emergen desde el saber biomédico y se expresan sobre los cuerpos de quienes viven con VIH como campo de acción. Específicamente resulta relevante la carga viral, en tanto modifica las interacciones sexuales del sujeto y le permite transitar de sujeto de riesgo a sujeto confiable.

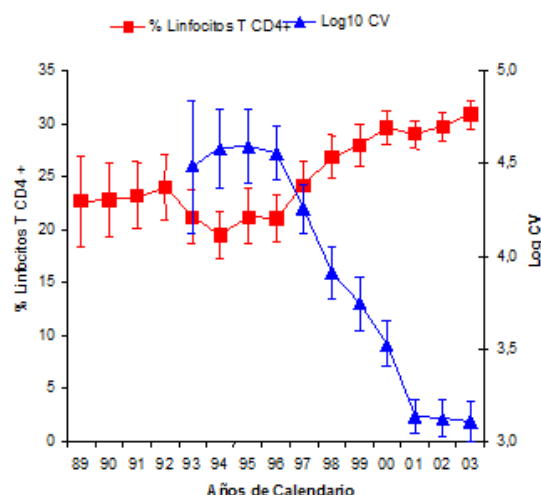
Dentro de las diferentes pruebas de laboratorio que se usan para el monitoreo del VIH existen básicamente dos de uso frecuente:

La primera de ellas es la carga viral, este es un examen de laboratorio que tiene la capacidad de medir la cantidad de copias de VIH por mililitro de sangre del paciente, las técnicas usadas poseen una gran sensibilidad y pueden llegar a medir desde 40 copias por mililitro en adelante. Desde el punto de vista clínico este examen se constituye en un indicador fundamental para tomar decisiones sobre el inicio del tratamiento, monitorear su eficiencia y controlar si el paciente lo ha tomado sostenidamente o no (adherencia).

El segundo es la medición cuantitativa de las células CD4, (el tipo de glóbulos blancos que ataca específicamente el VIH). En las mediciones de lo que se considera un sistema inmunológico de un cuerpo *normal* estas células deberían estar entre 400 y 1600 por mililitro de sangre, no obstante esta cifra puede oscilar por diferentes causas y no necesariamente por la acción del VIH.

Existe una relación importante entre la carga viral, la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) y la medición de los CD4, ya que si el paciente es adherente, la carga viral debe bajar y el número de CD4 debe subir, el control de este comportamiento es la lógica con que se monitorea la acción de tratamiento por parte de médicos y pacientes. La carga viral como instrumento de medición de la situación del virus en el sistema inmunológico genera también el fenómeno de indetectabilidad, el cual consiste en que cuando la proporción viral se encuentra por debajo de 40 copias por mililitro de sangre, el virus no puede ser ya detectado por las tecnologías existentes, dado que la presión del TARV lo obliga a refugiarse en zonas corporales conocidas como

reservorios<sup>6</sup> (por ejemplo los ganglios linfáticos), en tal circunstancia el virus no circula por el torrente sanguíneo ni por los fluidos genitales, por tanto, la persona disminuye drásticamente la posibilidad de transmisión.



Gráfica 1. Progresión de la carga viral de VIH y descenso de los linfocitos CD4.

Fuente: epidemiología molecular.com

## 7.10 EL USO DEL DIAGNÓSTICO EN LA SEXUALIDAD

El desarrollo histórico de la sexualidad plantea una exploración permanente del cuerpo, su uso, los significados que se le atribuyen, el tipo de sujetos que produce y las relaciones que plantea. Si bien existen referencias en diferentes periodos históricos respecto a la exploración del cuerpo, en la historia de Occidente son muy pocas las que hablan de una relación con la sexualidad; a este respecto llama la atención cómo durante el Renacimiento hubo un desarrollo importante de la medicina y la anatomía a partir de la exploración y la disección del cuerpo muerto, lo cual planteó desde la época fuertes tensiones éticas entre la idea de Dios como dador de la vida y el hombre como dueño de su cuerpo, estas ideas estuvieron mediadas por una aporía entre el pecado, las necesidades terapéuticas y las derivadas de la exploración para el desarrollo científico.

Resulta a este respecto interesante la descripción de Federeico Andahazi en *El Anatomista* (1997), pues a pesar de su carácter de novela histórica logra reflejar la complejidad de conformación de

<sup>6</sup> El VIH ingresa al sistema inmune a través de una superficie mucosa, generalmente por contacto sexual. Las células atrapan el virus y lo transportan hasta los ganglios linfáticos, donde infecta a las células CD4. Estas células van a producir viriones nuevos y mueren, pero una parte de estas células activadas pueden revertir a células de memoria en reposo con el DNA del VIH integrado, estableciéndose el reservorio de células infectadas en este periodo.(Resino, 2008).



los discursos médicos de la época. El autor aborda la obra *De re anatómica*, de Mateo Realdo Colón (1544-1559) profesor de la Universidad de Padua, texto que además de hacer aportes fundamentales en los que se basaría posteriormente el modelo de explicación de la circulación sanguínea humana, presenta por primera vez la descripción de lo que el autor llamó *Amor Veneris*, -lo que sería el Clítoris- *lugar donde residiría el alma de la mujer* (Andahazi, 1997). Tal hallazgo presenta dos connotaciones importantes, 1) su descubrimiento y experimentación se lleva a cabo en el cuerpo de una mujer viva, Inés de Torremolinos, mecenas de Mateo Colón y 2) podría representar una peligrosa afrenta al discurso de la verdad católica circulante en la época y su idea de mujer; en tanto en el ejercicio exploratorio es Colón quien manipula dicho órgano, al que se le da carácter de pene y no se le representa como femenino, por tanto se encuentra en un cuerpo patológico y adefésico, pues además tal *Amor Veneris* no era visible en otras mujeres. Colón describe su experimentación en las siguientes líneas citadas por Andahazi:

*“Este pene femenino parece concentrar en sí toda manifestación del placer sexual en desmedro de los órganos internos, que no presentan ninguna excitación entre los estímulos. Es de notarse que este órgano se levanta y cae como la verga antes y después de la cópula o de la frotación”... “Esta parte se encontraba dura y oblonga cuando descubríla en mi primer examen y blanda y pendiente después de la frotación cuando le enferma hubo alcanzado el frenesí venéreo.”(Ibid. p, 155)*

Las ideas de Colón desencadenarían la oposición católica desde la Inquisición y su consecuente persecución al evidenciar un cuestionamiento a la verdad construida sobre el cuerpo y el alma femeninos, tras la malinterpretación católica sobre la arrogancia del anatomista al intentar equipararse a la figura de Dios manipulando un órgano que en su discurso pone en la misma categoría que el alma. Si bien en esta descripción anecdótica que refleja el desarrollo de la anatomía renacentista no puede hablarse de una relación entre biomedicina y sexualidad, dado que estas no serían áreas del conocimiento que se hubiesen constituido como disciplinas, si es evidente que en ese periodo ya existía una necesidad imperiosa de colonizar con profundos ánimos exploratorios el cuerpo y sus funciones desde un saber académico que se desligara paulatinamente del discurso religioso.

A partir del siglo XVII, la biomedicina empezó a concebir el cuerpo humano como una entidad regida por leyes universales y naturales, constituyéndolo en objeto de examen, disección, y clasificación de acuerdo con los principios derivados de la práctica anatómica y biológica en instituciones tales como hospitales y clínicas; el objetivo de esta práctica fue obtener conocimiento de los cuerpos a partir de la investigación sistemática sobre sus propiedades interiores. Una segunda idea importante en este contexto fue tratar de discernir las normas universales de la biología a partir de formas estadísticas emergentes para pensar cómo se distribuía ampliamente una determinada característica en una población. Estas dos ideas: un enfoque en la fisiología de los órganos, además de la evaluación y la categorización de las diferencias entre los cuerpos en términos de distribución, enmarcaron el escenario de las investigaciones modernas de la sexualidad (Race, 2015).

Para Foucault la relación entre sexualidad y biomedicina se acentúa con mayor fuerza a partir del siglo XVIII en tanto tuvo lugar una nueva tecnología sexual que se alejaba del pecado, de la iglesia y se situaba en una mediación desde la medicina, la economía y la pedagogía, correspondiendo a tres objetivos fundamentales que marcaron la época: el pedagógico relacionado con el control sobre la sexualidad del niño, el médico con la fisiología sexual de las mujeres y el económico con el

control demográfico, desprendiéndose de allí tres dominios fundamentales de la sexualidad como saber; el pecado de la juventud, las enfermedades de los nervios y los fraudes a la procreación (Foucault, 1977. p, 70)

Un interés mucho más marcado de la medicina en la sexualidad, surgió en el siglo XIX a partir del interés forense por caracterizar la fisiología y la psicología de los delincuentes morales. De acuerdo con las teorías de la degeneración asociada a la evolución, delitos como la indecencia pública, la violación, y la sodomía se concibieron como trastornos mentales y nerviosos, y no como conductas meramente pecaminosas<sup>7</sup>.

Los primeros estudios en torno a la llamada *inversión sexual*, como se denominó al deseo hacia el mismo sexo, lo tipificaron como el resultado de un defecto congénito que surgía debido a cierta reversión de los rasgos de género, y eran notables por su enfoque en los atributos fisiológicos y por argumentar cierta predisposición psicológica de los sujetos. La obra *Psicopatía Sexualis* (1886) de Krafft-Ebing's es resaltada a este respecto por Race (2015), en tanto presenta estudios de casos que van desde la *inversión sexual* al *sadismo*, concibiéndolos como patologías causadas por las características neurofisiológicas de los individuos; de esta forma tuvo lugar la patologización del sexo no procreativo. Curiosamente Foucault (1977) cita la obra del mismo nombre, pero producida por Heinrich Kaan en 1846, para destacar la aparición del gran dominio médico psicológico de las *perversiones*, el cual relevó a las categorías morales que se referían al libertinaje y el exceso, a la vez que se le abrogaba al sexo descontrolado una responsabilidad implícita en la transmisión de enfermedades, incluso a generaciones futuras, siendo responsable de una suerte de *capital patológico de la especie* (Ibid, p. 70). Esta apreciación evidencia que el diagnóstico en sexualidad guarda una estrecha relación con la heterosexualidad y hace clasificaciones anteponiendo la función procreativa como elemento fundamental de inclusión y exclusión. No obstante esta situación, a lo largo de la historia el deseo sexual ha logrado cierto nivel de aceptación social.

Para Foucault los discursos biomédicos de la sexualidad se constituyen principalmente a partir de regímenes modernos de control sobre la potencia -es decir el deseo-, este mecanismo observa y clasifica los individuos a partir de la norma disciplinaria, lo cual sustituye las posibilidades de interceptación directa por parte de la ley (Foucault 1977). De esta forma, la biomedicina traza los comportamientos sexuales a lo largo de una escala binaria, que va desde saludable a patológico y de normal a anormal; las categorías resultantes proporcionan una base para la autoevaluación y la evaluación de otros en relación a la norma, posibilitando así la construcción y la proliferación de las identidades sexuales (Race, 2015).

El discurso biomédico de la sexualidad construido posteriormente desde la psiquiatría entre los siglos XVIII y XIX planteó diferentes ejes reflexivos tales como el exceso, el onanismo, la insatisfacción, los fraudes a la procreación, la etiología de las enfermedades mentales; sin embargo, el haber anexado a su dominio las perversiones sexuales fue lo que le permitió robustecerse como discurso. El impacto de los diagnósticos clínicos de las perversiones sobre la

---

<sup>7</sup> Los psiquiatras Richard von Krafft-Ebing, Havelock Ellis, y Albert Moll fueron los primeros en postular la existencia del instinto sexual como elemento distintivo psicológico de la persona. Krafft-Ebing (1840-1902)

justicia penal le permitiría pasar de concebir la sexualidad como crímenes muy graves y contra natura, a pensarlos como pequeños atentados, ultrajes menores y perversiones sin importancia. Sin embargo, evidenciaría el desarrollo de un cuerpo de mecanismos sociales de control que filtrarían la vida sexual de sujetos relevantes como las parejas, los padres y los niños, los adolescentes peligrosos, etc; generando una necesidad imperiosa de diagnosticar, hacer terapia, controlar; pero a la vez una sensación de peligro en torno al sexo y una necesidad inaplazable de hablar de él (Foucault, 1977).

De otra parte, a finales del siglo XX tuvo lugar la pervivencia paralela de dos corrientes de pensamiento en sexualidad: por un lado la emergencia de trabajos sobre sexualidad que enfatizan variables históricas y los significados sociales de las prácticas sexuales, tales como los de Butler (1990), Fuss (1991) y Weeks (1998), los cuales contrastan con una segunda tendencia que sustenta la idea de una homosexualidad innata que es citada como base en la defensa de la igualdad de derechos de gays y lesbianas. En esta última perspectiva se ubican los trabajos de Simone Le Vay (1991) y Magnus Hirschfeld, quien cimentaría las bases científicas al respecto. Le Vay encontraría diferencias de tamaño en el hipotálamo de los homosexuales con respecto a los heterosexuales, lo cual permitiría cierta valoración determinista y naturalizada de la homosexualidad. No obstante, el mismo Le Vay es cauteloso al argumentar que no puede decirse que la homosexualidad sea producto del tamaño del hipotálamo, o que al contrario, el tamaño del hipotálamo sea producto de la homosexualidad. El uso de esta perspectiva por parte de detractores y favorecedores de cierta naturalización de la homosexualidad se constituye en un punto crítico para los movimientos feministas, en tanto consideran que el determinismo biológico puede llegar a confundir y minar las posibilidades de una política transformadora respecto a las formas de concebir la sexualidad (Race. 2015).

En las tres últimas décadas a los discursos biomédicos se les asigna un importante lugar en relación a la experiencia transgénero; en este sentido la biomedicina funciona a manera de bisagra para el acceso a los bienes y procedimientos asociados a la transición de género, posibilitando cirugías, terapia de reemplazo hormonal, entre otros. La regulación del acceso a éstas herramientas para el tránsito y su control a través del diagnóstico de *Disforia de Género* se rige por la Asociación Psiquiátrica Americana, entidad considerada como autoridad para la determinación de los trastornos mentales y que ha hegemonizado su discurso a través de su *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* (DSM). Después de haber sido incluida la homosexualidad como una patología, en 1973 el DSM la sacó del listado de enfermedades mentales; no obstante hacia 1980 incluyó la disforia de género, desplazando así el núcleo de la patologización de la orientación a la identidad sexual y garantizando en este marco clasificatorio la pervivencia de un tipo de sujeto, que en términos de Butler (2006) sería no inteligible dentro de la matriz heterosexual. Esta circunstancia marcó de manera profunda las estrategias de prevención en el ámbito de la salud sexual, así como los desarrollos en torno al VIH y las ITS diseñadas desde la década de los ochenta.

Otro de los hitos en torno a la sexualidad que marcó profundamente la biomedicina lo constituyó la aparición del Sida en los ochentas. Este desencadenó la crisis de muchas de las lógicas epidemiológicas en torno a las enfermedades transmisibles y trajo consigo riñas por la apropiación de los discursos de poder que abrirían una nueva era para la salud pública. La disputa entre el Dr. Luc Montagnier en Francia desde el Instituto Pasteur, y el Dr. Robert Gallo en Estados Unidos desde el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de Atlanta entre 1983 y 1984 por patentar el

descubrimiento del VIH como agente etiológico del Sida y desarrollar las respectivas pruebas diagnósticas, permite vislumbrar una importante relación del saber biomédico y el poder que emana desde la lógica capitalista en torno al desarrollo de la industria farmacéutica, para capturar la inagotable oportunidad de mercado que se vislumbraba con la emergencia de una enfermedad de carácter mortal, que amenazaba con colonizar a altas velocidades diversas latitudes, y que requeriría ingeniosos y costosos procesos investigativos en la búsqueda de tratamientos y pruebas de laboratorio.

La primera prueba diagnóstica para detectar el virus el VIH se comercializó finalmente en 1985, se trataba de la prueba de ELISA (acrónimo del inglés *Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay*: ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas para VIH). A partir de la posibilidad de tenerla disponible en diferentes países del mundo y del acceso desde los entornos de salud pública emergieron ciertas implicaciones al saberse seropositivo; la primera de ellas y que prevalece hasta hoy, tiene que ver con la asociación que existe entre el VIH y las relaciones sexuales entre hombres, lo cual desde la percepción de la heterosexualidad normativa ratifica la idea de patologización de la homosexualidad; en ese sentido la epidemiología como discurso de poder construyó la categoría *grupos de riesgo* para hacer una clasificación de los sujetos a partir de las prácticas sexuales, dado que desde su perspectiva consideró las relaciones penetrativas anales como una constante de la transmisión del VIH, equiparando este rasgo a una característica de la identidad.

Los grupos de riesgo incluyeron a hombres homosexuales, haitianos, heroinómanos y hemofílicos como categoría fundamental de intervención; en la concepción de estos grupos prevaleció una asociación entre el riesgo emanado de las prácticas (relaciones sexuales penetrativas desprotegidas, intercambio de jeringas, sangre y hemoderivados contaminados) y las características de las poblaciones (orientación sexual, uso de drogas inyectables, pobreza, enfermedad), construyendo un cuerpo argumental epidemiológico legitimador de intervenciones que a medida que colonizó las geografías del planeta, posibilitó la construcción de un fuerte estigma que prevalece hasta nuestros días y se mimetiza en formas sofisticadas en la sociedad mediática actual, filtrando las relaciones entre sujetos diferentes y las ideas de salud y enfermedad que se tiene sobre éstos.

La construcción del sujeto seropositivo para VIH desde la biomedicina en este contexto, ha tenido efectos muy negativos para los discursos y de prevención la implementación de las estrategias a este respecto. Girar el foco de intervención de las prácticas a la identidad, siendo esta un proceso irreconocido y patologizado desde los ochentas, ha significado para los dispositivos de prevención una exigencia por reconocer la existencia de sujetos que se constituyen fuera de la esfera del control preestablecido. Esta postura representa un contrasentido contemporáneo en tanto las estrategias de prevención en la historia del VIH siempre se han orientado a intervenir las prácticas, proponiendo acciones estandarizadas y globalizadas; no obstante la epidemiología y la biomedicina se resisten a concebir que ideas como el uso del condón, el hacerse la prueba de VIH, la adherencia a los antirretrovirales, y paliar con sus efectos secundarios, entre otros; son procesos que pasan por la constitución de la identidad de los sujetos y plantean posturas éticas y políticas que se reconfiguran en la interacción entre éstos y los discursos de saber y poder involucrados en la vivencia contemporánea frente al VIH.

## 8. FASE ANALÍTICA. RELACIONES ENTRE SABER, PODER, PLACER Y PRODUCCIÓN DEL SUJETO RESISTENTE EN EL *BAREBACK*

### 8.1 LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL Y LA PRODUCCIÓN DEL SUJETO FARMACOLÓGICO ADHERENTE

En el contexto de las relaciones sexuales contemporáneas entre hombres el aparato de la terapia antirretroviral (TARV) se introduce cada vez con mayor fuerza modificando la producción del sujeto, ya sea porque desde la lógica de la prevención secundaria busca evitar la progresión del VIH a Sida a manera de control sobre la cronicidad de la enfermedad, o porque se inserta como un potente profiláctico en prevención primaria, capaz de proteger frente a la adquisición del VIH a manera de una intervención pre-exposición. En cualquiera de estos dos contextos, el aparato de TARV genera un sujeto dependiente farmacológico cuya salud, calidad de vida e interacciones sexuales dependen del uso permanente y sostenido de antirretrovirales; esta colonización del dispositivo farmacológico y sus efectos sobre la vida del sujeto logra permear la producción de identidades, de esta manera aparece el sujeto adherente a la terapia como un individuo altamente deseable no solo desde la perspectiva epidemiológica, sino desde las interacciones sexuales que pueden generarse en tanto sujeto producido desde la inminencia del riesgo como categoría de control y que se propone como seguro, inocuo y confiable. Este sujeto adherente que se constituirá después en sujeto indetectable transitará por nuevos espacios de deseo.

En la anterior perspectiva, el devenir del sujeto adherente en indetectable plantea un papel fundamental del examen de carga viral, este funciona como un instrumento que refleja la relación saber clínico - poder biomédico y determina situaciones complejas como cuán infeccioso puede ser un individuo y cuál es su probabilidad de transmitir el VIH en sus interacciones sexuales, estas coordenadas implican cierta construcción del sujeto desde una perspectiva epidemiológica mediada por los conceptos de responsabilidad y riesgo, construyéndolo como amenaza o como individuo confiable, determinando sus prácticas y los roles sexuales, los cuales están mediados también por la valoración que se tiene del VIH y la estimación subjetiva de las afectaciones que su acción pueda generar sobre los cuerpos.

En esta perspectiva, el discurso de la carga viral se constituye en una verdad que emanada del aparato del TARV, cuya inmanencia es capaz de dirigir la conducta en un sentido particular desde la acción clínica y farmacéutica; no obstante, este discurso en su afán por hegemonizarse y alimentar una perspectiva de prevención, desconoce los procesos creativos que los sujetos llevan a cabo en su interacción con él, dando así lugar a lo que Race (2001) ha denominado de forma metafórica *la crisis indetectable*, con la cual evidencia que la noción limitada de las relaciones de conocimiento y poder como categorías mutuamente distintas ahogan el pensamiento actual sobre el VIH/Sida y no está dispuesta a comprender los efectos creativos de la producción del conocimiento. Por lo tanto, se retira cómodamente de la tarea de intentar llegar a una

comprensión de cómo las nuevas tecnologías médicas han afectado las formas en que se vive con VIH (Ibid, p. 172). Algunas de esas formas creativas son el *bugchasing* y el *serosorting*.

---

#### 8.1.1 BUGCHASING

Para algunos HSH existe una erotización frente al VIH por constituirse como parte del riesgo, lo cual no solo le imprime una connotación de disfrute muy particular dentro de sus interacciones sexuales, sino que también se convierte en un ordenador de éstas al significarse como un elemento que goza de apreciaciones valorativas, emanadas de la tensión entre vivir con VIH y mantenerse seronegativo (Betancourt, et-al, 2016).

En este contexto, la valoración positiva del VIH lo ha transformado en objeto de deseo dando lugar a una subcultura conocida como *bugchasing* (cazadores del bicho), en ella los sujetos dejan de transitar por los espacios rizados generados desde el discurso preventivo y se deslizan por su propio espacio liso en el que a manera de antípoda predomina una inversión del carácter patológico del VIH en la que la noción del riesgo se sustituye por la de deseo, y la de enfermedad por la de placer. Allí tiene lugar una nueva producción de sujeto, generado ya no desde la premisa fundamental de evitar la infección, sino la de obtenerla; en esta nueva lógica los sujetos se determinan, se organizan y se nominalizan, de esta forma el virus se convierte en regalo (*gift*), quien lo da (*giftgiver*) y quien lo busca (*bugchaser*).

El *bugchasing* como ejercicio de desujeción rompe la lógica y el lenguaje de la biomedicina como biopoder sobre los cuerpos y sobre sus formas de relacionamiento, en tanto sustituye el riesgo como instrumento de control por el deseo como instrumento de placer. El binarismo entre las figuras del seronegativo y el seropositivo que se oponen de manera irreconciliable por el riesgo como entidad abstracta de control, se sustituye por el *bugchaser* y el *giftgiver* que se buscan, se persiguen y se encuentran mediante el deseo como vehículo bisagra de convergencia.

---

#### 8.1.2 SEROSORTING

Se conoce como *serosorting* la práctica entre HSH<sup>8</sup> mediante la cual se escogen los compañeros sexuales de acuerdo al estado serológico frente al VIH (Race, 2007). Para tomar la decisión sobre con quien tener contactos sexuales penetrativos se usa como criterio por lo general el diagnóstico de la última prueba de VIH que las personas se hayan practicado. A partir de esta valoración el sujeto HSH asume una postura frente a la seropositividad como una característica ordenadora de

---

<sup>8</sup> La literatura sobre serosorting no reporta esta práctica entre parejas heterosexuales.

su mundo sexual; en este sentido toma decisiones bajo una lógica algorítmica particular que se puede mover en transectos como los siguientes:

Tabla No. 1 Decisiones tomadas por los sujetos HSH en relaciones *bareback* teniendo en cuenta el seroestatus (Desarrollado a partir de NAM Aidsmap).

| Estado frente al VIH | Decisión  | Razón desde el sujeto HSH   | Postura crítica desde la salud pública  |
|----------------------|---|---|---|
| Si es seropositivo   | Decide tener relaciones sexuales solamente con otros HSH positivos        | Dado que ya no existe el riesgo frente al VIH   | Existe bajo riesgo de transmisión de VIH y otras ITS  |
| Si es seronegativo   | Decide tener relaciones sexuales con otros HSH negativos                  | Dado que no existe riesgo frente al VIH   | Existe riesgo frente a todas las otras ITS.<br><br>No se puede tener seguridad que las personas son seronegativas, pueden estar en ventana inmunológica.<br><br>Después de la primera vez que tomó esta decisión ya está en riesgo y pone en riesgo a los demás |
| Si es seropositivo   | Decide asumir el rol de receptivo en las relaciones penetrativas          | Para minimizar la posibilidad de transmisión a sus compañeros sexuales, dado que es el receptivo quien tiene mayor probabilidad de infectarse con VIH u otras ITS | Aunque en las relaciones penetrativas quien desempeña el papel de receptivo tiene una mayor probabilidad de contraer VIH e ITS, para el insertivo hay un riesgo menor, pero lo hay.   |
| Si es seronegativo   | Decide asumir el rol de insertivo en las relaciones sexuales penetrativas |   |   |

Los *serosorters* tienen mucho más infecciones de transmisión sexual (ITS) que en las personas que usan condones

|                    |  |   |  |  |
|--------------------|--|---|--|--|
| Si es seropositivo | Decide tener relaciones afectivas solamente con personas también positivas | Para evitar pasar por todas las situaciones de discriminación por parte de potenciales parejas negativas que no comprendan lo que significa vivir con VIH                       | Las dos personas viviendo con VIH corren el riesgo de reinfección e intercambio de resistencias al TARV  |  |
| Si es negativo     | Decide tener relaciones afectivas solamente con personas también negativas | Para evitar correr riesgos de adquirir VIH o ITS con otras personas sobre las que se desconozca su seroestatus. Se parte de la idea de pareja estable como garante de fidelidad | Esta situación requiere de compromisos de fidelidad difíciles de cumplir por parte de los HSH; adicionalmente las personas desconocen el pasado sexual de sus parejas y esto los pone en riesgo. |  |

Si bien esta toma de decisión se hace basada en el resultado de la prueba de detección de VIH, cuando se articula al resultado de carga viral se pueden obtener modulaciones importantes en las decisiones de los sujetos, debido a que la indetectabilidad transforma la percepción del riesgo frente al VIH, rompiendo la liminaridad y las distancias entre el sujeto seronegativo y el sujeto seropositivo. Las siguientes son algunas de las decisiones tomadas por los HSH en la selección de parejas teniendo en cuenta la carga viral como elemento determinante:

Tabla No. 2 Decisiones tomadas por los sujetos HSH en relaciones *bareback* teniendo en cuenta la carga viral (Desarrollado a partir de NAM Aidsmap).

| Estado frente al VIH | Decisión   | Razón desde el sujeto HSH              | Postura crítica desde la salud pública |  |
|----------------------|--|--|--|--|
| Si es indetectable   | Decide tener relaciones sexuales solamente con otros indetectables | No existe riesgo de transmisión de VIH |  |  |



|                    |   |  |                                     |   |
|--------------------|---|--|-------------------------------------|---|
| Si es indetectable | Decide asumir tanto el rol de receptivo como el de insertivo en las relaciones penetrativas con otros indetectables | No existe riesgo de transmisión de VIH   | Existe riesgo de adquirir otras ITS | Los <i>serosorters</i> tienen mucho más infecciones de transmisión sexual (ITS) que en las personas que usan condones |
| Si es indetectable | Decide tener relaciones afectivas con personas seropositivas o seronegativas indiscriminadamente                    | Como no existe riesgo de transmisión de VIH no hay razones para ser discriminado |                                     |   |
| Si es seronegativo | Decide tener relaciones sexuales solamente con otros seropositivos indetectables                                    | No existe riesgo de transmisión de VIH   |                                     |   |

Esta serie de decisiones muestra cómo en el *serosorting* los sujetos plantean una relación particular con el VIH y toman decisiones asumiendo posturas a partir de las tensiones producidas entre las ideas de sexo, riesgo de transmisión de la infección, responsabilidad e intimidad, que se mueven en las esferas de lo público y lo privado al estar ancladas a los imperativos de la salud pública; no obstante, en un ejercicio de resistencia, no permiten que dichos imperativos los determinen como objetos de intervención y los conviertan en HSH, planteando una construcción de sujeto que no está atada al discurso epidemiológico, sino más bien a un proceso de identificación muy personal, en el que tiene lugar una reacomodación de dichas categorías a partir de las construcciones y experiencias propias frente a lo que considera salud y enfermedad.

El *serosorting* como práctica de resistencia refleja las presiones contemporáneas que afectan a la subjetividad del VIH, tales como el miedo a infectar a los demás, la revelación del estatus de VIH a las parejas, las ventajas de negociar, así como la posibilidad de abordar entre pares situaciones derivadas de la enfermedad (por ejemplo la lipodistrofia, la resistencia antiviral, la adherencia, etc.) con alguien que puede estar viviendo la misma situación. En este contexto el sujeto *serosorter* soluciona estas tensiones mediante las relaciones seroconcordantes como alternativa.

En un ejercicio de comprensión sobre el *barebacking* y el *serosorting* (aunque para la época este último no había sido nombrado de esta forma), Race (2007) trae a colación la interesante narración de O'Hara, actor porno y activista al que se le atribuyen las primeras posturas y relatos sobre sexo desprotegido entre hombres en la década de los noventa. Destacando que este personaje hace un aporte fundamental a la comprensión de las interacciones en el bareback, en tanto posiciona el *riesgo* y la *seguridad* como “*prácticas establecidas que abordan el riesgo de VIH*

*como elemento dentro de una dinámica relacional que involucra la negociación íntima entre dos o más personas como tecnologías y condiciones cambiantes y, como una cuestión de capacidad de respuesta subjetiva y de toma de sentido interpersonal, en lugar de una prescripción reglamentaria por parte de los tecnócratas”* (Ibid p: 6). En este sentido, el bareback proporciona un escenario en el que hay una transposición de la figura de autoridad que define el riesgo y la seguridad; por tanto en esta práctica tiene lugar un proceso de desujeción, en tanto el sujeto en un ejercicio de autoafirmación se libra del monopolio discursivo biomédico y define desde sí sus prácticas y formas de asociación sexual. Race destaca que precisamente esa mirada de los sujetos - *barebackers*- en su proceso de construcción tienen un gran valor en la promoción de nuevos movimientos en torno a la prevención del VIH (Idem).

El mismo autor plantea también que el *barebacking* y el *serosorting* se superponen, y pueden referirse realmente a la misma práctica; sin embargo desde el punto de vista de la genealogía plantean posiciones completamente diferentes en el campo de la moralidad sexual, permitiendo evidenciar cómo el discurso del riesgo se filtra a través de categorías morales más tradicionales. En este sentido, *“el bareback pone en primer plano el deseo y la sensación, aunque no plantea siempre una preocupación explícita por la prevención del VIH, mientras que el serosorting pone la prevención en primer plano a partir de la evitación del riesgo, pero promueve una imagen extrañamente desexualizada”* (Race, 2007, p: 7).

Desde esta perspectiva, en el *serosorting* y en el *bareback* la prueba de VIH y la carga viral como información que emerge desde el saber médico conforman el eje de un aparato de verdad que requiere un ejercicio ético por parte de los sujetos, en tanto implica que: 1) el sujeto use el dispositivo tecnológico de las pruebas de laboratorio de manera periódica para garantizar que la información sea honesta, vigente y 2) haga algún tipo de publicidad sobre sí mismo a través de la revelación de sus diagnósticos para poder promoverse como un sujeto que interactúa dentro de las normas establecidas. Es aquí donde las tecnologías de comunicación juegan un papel importante, en tanto las aplicaciones y páginas de encuentro sexual dirigidas a esta población han tenido que incluir dentro de los perfiles de los usuarios este tipo de informaciones, que se han constituido en fundamentales para la toma de decisiones sobre el encuentro sexual. La publicación del estatus de VIH y la indetectabilidad de la carga viral en los perfiles de encuentro sexual, permite observar que el riesgo como construcción biomédica deviene en un ejercicio de responsabilidad individual por parte de los sujetos sexuales en el *bareback*, pues dentro de las normas establecidas la información disponible es insumo fundamental en la toma de decisiones sobre las parejas, y funciona como categoría moduladora de las prácticas sexuales.

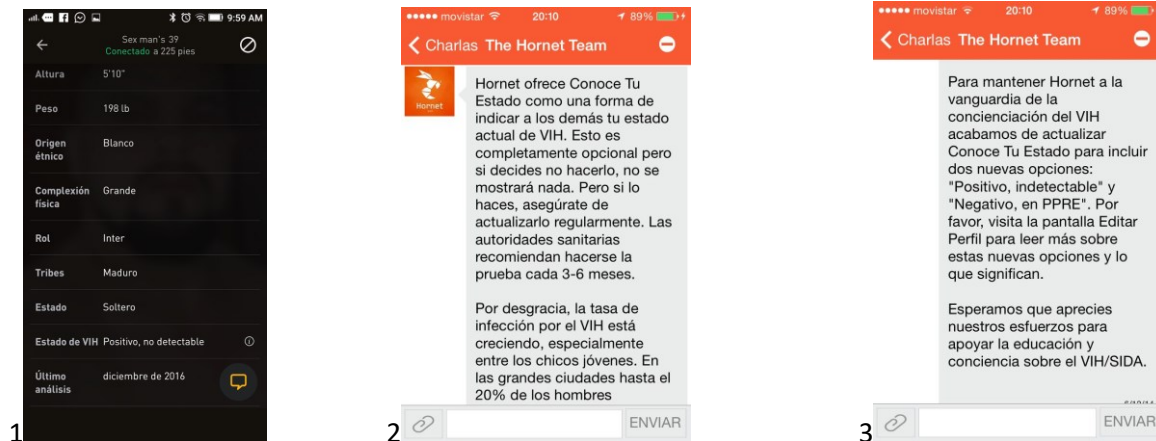


Imagen 1. 1. Detalle de perfil de usuario en aplicación para encuentro sexual a través de teléfono móvil *Grindr*, en la que se detallan diferentes características identitarias incluyendo el rol sexual y el estado serológico frente al VIH, las cuales se consideran informaciones fundamentales para la toma de decisión en el contacto. 2 y 3. Invitaciones en la aplicación Hornet para incluir el estado serológico como parte de la información del usuario.

## 8.2 EL SUJETO MORAL EN EL *BAREBACK*

Si bien históricamente la referencia al uso del condón ha sido la prevención del embarazo, es con la aparición del Sida en los ochenta que se extiende y se generaliza como práctica para la prevención de la transmisión del VIH y se hace extensivo a otras ITS, esto ha sido posible mediante la consolidación y dinamización de los discursos médicos, preventivos y farmacológicos ya explicados a lo largo de este trabajo. En dichas lógicas discursivas el uso del condón implica posturas éticas, basadas en una idea de responsabilidad moral y de ciudadanía sexual en tanto da por hecho la existencia de un tipo de sujeto que puede tomar la decisión de prevenir la transmisión de la infección a partir de un adminículo de látex que se propone como elemento liminar entre la salud y la enfermedad. No obstante este fuerte supuesto discursivo, la decisión de los sujetos sobre usar o no condón está atravesada por razones éticas que en muchos casos escapan a la órbita de inclusión desde los discursos biomédicos, en tanto éstos conciben que es posible solucionar los problemas de salud desde la implementación de dispositivos clínicos y farmacéuticos, dejando de lado que las decisiones de los sujetos se relacionan con posturas muy particulares en las que existe cierto agenciamiento mediado por categorías como el género, la afectividad y el deseo ¿cuáles son entonces las razones por las que se toma la decisión de usar o no condón? ¿cómo se interpreta la responsabilidad epidemiológica frente a la transmisión del VIH en el contexto del *bareback*? ¿cuál es la postura del *barebacker* como sujeto de responsabilidad frente a cierta idea de ciudadanía sexual?

La decisión de no usar condón varía entre grupos etáreos de HSH y está relacionada con la percepción que se tiene del VIH (Betancourt et al, 2016). Por un lado los hombres mayores de 40 años vivieron la experiencia de la emergencia del VIH en los ochenta y la percibieron como una enfermedad de carácter mortal, además recuerdan los impactos físicos de las enfermedades oportunistas producto de la progresión del VIH a Sida; esto marcó sensiblemente su memoria y su percepción respecto a lo que el virus puede hacer sobre los cuerpos. Así mismo, muchos de estos hombres que se infectaron entre los ochentas y noventas han sido objeto de intervención del dispositivo de prevención y control de la época constituido por

campañas mediáticas y personalizadas de promoción del condón, uso de antirretrovirales cada vez más sofisticados y con menos dosis diarias, desarrollo de pruebas de laboratorio cada vez más eficientes; además vivieron un mundo en el que internet iniciaba su expansión y el acceso a información era restringido, por tanto las campañas eran más focalizadas y personalizadas. Por su parte, las generaciones más jóvenes de HSH que hoy están entre los 20 y los 30 años tienen un referente diferente y conocen un mundo en el que siempre ha existido el VIH, no lo conocen como mortal, sino como una situación de salud crónica tratable; para ellos siempre han existido medicamentos eficientes, su referencia sobre enfermedades oportunistas es mínima, la fuerte penetración de internet les ha brindado la posibilidad de un amplio acceso a información sobre VIH de manera frecuente a pesar de no haber sido objeto específico de campañas; además, los HSH mayores que viven con VIH y que hacen parte de su círculo social, disfrutan de una vida con calidad producto de la acción de los antirretrovirales; por tanto esta última generación no percibe el VIH como una situación trágica que pueda afectar sus vidas. No obstante, tanto la primera generación como la segunda están marcadas por la inmanencia de la verdad epidemiológica respecto a que ésta es una enfermedad que afecta y seguirá afectando a los HSH, esta percepción nihilista genera en los sujetos apatía frente al uso de cualquier medida de protección.

En este contexto, el bareback se define de distintas formas y para muchos de los hombre mayores implica una toma de decisión reflexionada en la que se expresan elementos como el cansancio frente al uso del condón y la búsqueda de líneas del fuga al discurso preventivo que les ha obligado a insertar el condón como única alternativa para la conservación de la salud sexual. Así lo expresa el relato de Roberto<sup>9</sup> uno de los hombres abordados en esta investigación:

*“Es probable que muchos hombres hagan bareback por moda, porque esto está siendo promovido por los sitios de sexo para llamar clientes y porque la pornografía explota ese recurso y genera erotismo en torno a esta práctica; pero esto no es una moda, muchos hombres tomamos la decisión de tener sexo a pelo mediante una decisión formada e informada. Yo podría hablar de muchos lugares en Bogotá que promueven sexo bareback, pero eso no quiere decir que los hombres que llegan allí atraídos por la práctica tengan información sobre las implicaciones físicas, sociales y emocionales de tener sexo a pelo; tampoco conocen el protocolo de atención médica que se debe seguir en caso de adquirir VIH, entonces los hombres llegan a estos lugares muy erotizados y también con muchas angustias que no saben cómo resolver”.*

*Barebacker de 45 años de edad*

De otra parte, el discurso preventivo de los noventa acuñó como norma la idea de la *pareja estable* como estrategia para disminuir la rotación sexual y por tanto la exposición frente al riesgo de adquirir el VIH. Esta idea que goza de una gran valoración moral en la cultura occidental y judeocristiana filtra el relacionamiento entre hombres y el uso del condón, en tanto muchos HSH deciden acceder a este tipo de prácticas con quien perciben como su novio, compañero fijo, esposo, etc; (MCP, 2016); (Betancourt et al, 2016); en este sentido, la percepción subjetiva del afecto media la decisión respecto al uso del condón, en tanto el sujeto decide superponer la conservación del lazo afectivo con la pareja a la amenaza de adquirir VIH u otras ITS, este ejercicio está provisto de una sublimación sobre la vida sexual del otro, percibiéndolo como puro,

---

<sup>9</sup> Nombre ficticio propuesto por el participante para salvaguardar su identidad.

incontaminado, ubicándolo en el presente y negando la existencia de un pasado sexual que pueda ser riesgoso.

De este mismo principio de cierta cercanía afectiva entre los sujetos se desprende una modulación de lugar para las prácticas *bareback*, dado que para algunos hombres el sitio donde se lleve a cabo ésta incide en la percepción que se tiene del otro. De esta forma, es más probable que se tenga sexo sin condón en sitios que representan cierto nivel de intimidad como la habitación, la casa, el motel, pues a estos lugares se invitan por lo general a las parejas fijas y a los amantes; mientras que si se trata de sexo en sitios públicos como parques, sistema de transporte, baños públicos, etc, se perciba al otro como un extraño (Betancourt, 2016) situación que para muchos HSH se constituye en una razón para no acceder fácilmente a una práctica *bareback*. No obstante esta situación, aquí puede haber una diferencia fundamental entre quienes construyen el *bareback* como un asunto de decisión formada e informada y quienes lo perciben como moda o tendencia, pues los primeros acceden a la práctica en cualquier contexto público o privado, dado que su núcleo de erotismo se ubica en la decisión de estatuir la práctica como un ejercicio político; mientras que los segundos solamente acceden en tanto se hallen en un lugar que implica confianza e intimidad. Esta construcción diferencial de dos sujetos deseantes en la misma práctica hace emerger un topos que es percibido como sustrato mediante el cual se modula la acción de resistencia; pues si bien un primer sujeto materializa la norma establecida de cercanía física con la pareja a través del no uso de condón, llevándola a cabo en sitios privados asociados a la intimidad; un segundo sujeto prioriza el deseo que le genera la práctica y se reafirma como sujeto político resistente, al escapar de la norma de tener que llevarla a cabo en algún lugar o con algún tipo de persona en particular.

---

### 8.2.1 EL CUIDADO DE SÍ Y EL BAREBACK

El *bareback* como práctica sexual y ejercicio de contraposición a las prácticas discursivas epidemiológicas de saber, desde las que se evoca la prevención de la enfermedad a partir del uso medicalizado del condón como verdad, plantea una pregunta por el cuidado de sí y las posturas éticas que asume el sujeto en la toma de decisiones frente en la mediación del deseo. Esta situación aboca a un ejercicio reflexivo en el contexto de la sexualidad como terreno fuertemente colonizado por discursos morales ¿Cuáles son entonces las posturas éticas de los sujetos en el *bareback* en tanto ejercicio de resistencia que involucra decisiones sobre el cuerpo, el sexo y del género? ¿A qué obedece esa toma de decisiones y cómo se lleva a cabo?

En torno a la anterior pregunta vale la pena retomar uno de los elementos que propone Foucault al analizar el uso de los placeres (1999). Como un primer elemento de análisis resulta útil retomar la frecuencia del relacionamiento sexual bajo el lente moral, como el autor lo propone al analizar la *aphrodisia*. En este sentido, las valoraciones que podrían hacerse entre la templanza y la incontinencia nos mostrarían una inversión, en tanto entre los HSH se da preponderancia a la incontinencia, es decir el desarrollo no controlado de todo acto sexual que permita la experiencia de transitar por la dinámica entre deseo, acto y placer

Si bien tanto en la Grecia Antigua como en la cultura judeocristina -aunque por razones diferentes- se valora la templanza, resaltándola a través de las exigencias que se hacen desde la virginidad e incluso la fidelidad y la conservación de la castidad antes del matrimonio, aún para los hombres

¿Por qué tiene lugar esta inversión de la valoración cuantitativa del ejercicio sexual en las relaciones entre hombres? Revisar las formas en las que está construida la idea contemporánea de masculinidad nos puede señalar un elemento de comprensión al respecto:

Si bien desde la matriz de inteligibilidad del género se plantea la idea de una heterosexualidad obligatoria y en ella la figura de hombre que siempre debe estar disponible al relacionamiento sexual, dado que en el *bareback* se trata de sexo entre hombres esta premisa es más enfática, acentuándose la idea de una relación directamente proporcional que señala que a mayor actividad sexual mayor expresión de masculinidad. En este sentido, la templanza lejos de concebirse al estilo de Grecia como un ejercicio que engrandece y dignifica al hombre en tanto habla de un sujeto capaz de contenerse y gobernarse, en el contexto de los HSH lo denigra y lo pone en un contexto que se considera eminentemente femenino.

En esta lógica de construcción de lo masculino tiene lugar también una exacerbación de características fisiológicas y comportamientos que se consideran eminentemente de ese género, así, en las relaciones entre hombres existe una sobrevaloración del pene, el semen, los testículos y de comportamientos como tener una vida sexual muy activa con muchos compañeros sexuales, e incluso, correr riesgos como parte del ejercicio de poner a prueba la fortaleza masculina.

Esta forma de construcción de género entre los HSH pareciera emerger como oposición a lo femenino, no obstante puede decirse que desde la perspectiva genealógica, la masculinidad abordada en tanto fuerza nos permite comprender que no es de la oposición a lo femenino, sino más bien desde la reafirmación de los propios rasgos y características desde lo que se considera masculino donde surge tal exacerbación. Así las cosas, en ese ejercicio de sobrevaloración de lo masculino la exhibición de rasgos femeninos en un hombre se constituye en objeto de estigma e implica procesos de discriminación; por tanto, una importante forma de cuidar de sí para los hombres es evitar dejarse llevar por la feminización que implica relacionarse con otro hombre, pues esto cuestiona el lugar que se ocupa en el género. Butler (2006) ilustra muy bien el miedo que esta situación genera: *“Me propuse entender parte del miedo y la ansiedad que algunas personas experimentan al «volverse gays», el miedo a perder el lugar que se ocupa en el género o a no saber quién terminará siendo uno si se acuesta con alguien ostensiblemente del «mismo» género”* (Butler 2006: 12).

Las formas como se presentan los sujetos HSH en los perfiles de las aplicaciones virtuales para contacto sexual, ilustra esta idea:

*“Me gusta la gente joven, serios, delgados, ante todo hombres serios, nada de locas”*  
(Perfil de usuario de 24 años en la aplicación Grindr, Bogotá).

*“Solo machos varones, no mujercitas ni plumas, nada contra ellos pero es mi gusto, solo machos”* (Perfil de usuario de 36 años en la aplicación Manhunt, Bogotá).

*“Busco manes a quienes les guste el sexo fuerte, juguetes, sexo del bueno, lluvia dorada (orina), lluvia blanca (esperma), sudor y olor a macho, saliva y demás disciplinas de machos con mente muy abierta. Bienvenidos los heteros, casados, divorciados, homosexuales muy varones, los bisexuales que sean muy cerdos, cachondos, que les guste dar leche, orines, saliva, sudor, las orgías sin compliques son lo mejor, la sumisión súper,*

*los fetiches. Así que machos extremos bienvenidos a mi sitio”* (Perfil de usuario de 29 años en la aplicación Manhunt, Bogotá).

Así, en el proceso de sujeción del HSH que tiene lugar desde la matriz de inteligibilidad del género, el sujeto se ve abocado a la discriminación como proceso sobre el cual se funda la propia construcción de lo masculino al excluir lo femenino; sin embargo, en un ejercicio autoreflexivo de su libertad y de gubernamentalidad decide reafirmar lo masculino para no devenir como sujeto femenino y por tanto objeto de estigma, esto lo hace sustancia mediante prácticas de sí contenidas en el *bareback*, en las que reifica y redimensiona la presencia del semen como máxima expresión de la sustancia de sí y del otro, ambos como sujetos masculinos; en este sentido, tener el semen de otro hombre significa tener la esencia de este; así toma la decisión de reafirmarse mediante una práctica que reta al riesgo (frente al VIH y las ITS) como elemento de sujeción, huyendo del estigma de la feminización como su propio demonio desde el cual se ha construido como hombre frente a la negación del género que le es contrario. El género como categoría de poder instaurado demanda en el *bareback* la presencia del riesgo como característica de masculinidad, y genera efectos de poder en tanto asumir riesgos le permite al sujeto mantenerse de forma inteligible dentro de la matriz del género, produciendo una línea de fuga en las mediaciones entre espacios lisos generados entre la práctica sexual y el riesgo, lo cual le permite reacomodarse el género como poder que lo captura de nuevo.

La anterior es la razón por la cual emergen, en diferentes contextos de *barebackers* relatos que denotan valoraciones del semen asociadas a características de la masculinidad como la reproducción, la dominación y la posesión; en este contexto el semen y el VIH se perciben como semillas, constituyéndose en organismos dotados de fuerza vital. De esta forma, es frecuente encontrar referencias como *preñar y llenar*, hay aquí una erotización derivada de la subversión del orden masculino heterosexual, en tanto el deseo no se soluciona en el placer con una mujer sino con otro hombre, y se denota un ordenamiento de los sujetos en el que existe uno que provee y otro que recibe. Hay también un juego de poder en el que el semen -y el VIH contenido implícitamente en él- ubica ordinalmente a los sujetos en el plano de consistencia del deseo; a su vez este ejercicio deseante subordina cualquier lógica relacionada con la idea de riesgo y la neutraliza erotizándola, dando así lugar expresiones como *dar el bicho*, o *marcar con el bicho* denotando la toma de posesión de un sujeto que provee de sentido a otro a partir de cierta carga simbólica contenida en el semen y el virus.

Paralelo a estas formas de concebir el semen, las prácticas relacionadas con el *bareback* también han posibilitado una resignificación de algunos fluidos corporales al desproveerlos del estigma como fluidos de riesgo, tal es el caso de la saliva, asociada históricamente a la transmisión de enfermedades como la tuberculosis y la hepatitis; la orina y el sudor caracterizados como vehículos mediante los cuales se expulsan desechos corporales; en este sentido los sujetos asignan a estos fluidos características eróticas en tanto se conciben como portadores de la esencia de los sujetos, por estas razones se intercambian, se valoran positivamente y se desea tenerlos y brindarlos.

---

### 8.3 PROFILAXIS PRE-EXPOSICIÓN: NUEVA SUJECCIÓN, VIEJAS REGLAS

La expansión global del uso de PrEP en la última década, refleja un robustecimiento del aparato de TARV a partir de un mecanismo de desplazamiento del juego de la verdad, generada en el riesgo como categoría reguladora de la interacción social. El uso de TARV que se situaba en la línea de prevención secundaria como contención de la progresión del VIH a Sida, ahora se desplaza a la prevención primaria evitando la adquisición del virus; esta lógica obedece a la ampliación de los intereses capitalistas para abordar una nueva y jugosa franja de mercado que ha sido permeada por la lógica del miedo emanado de la posibilidad de adquirir el VIH.

Aunque en el uso de PrEP se recomienda simultáneamente el uso de condón, la lógica misma que encarna frente al VIH se contrapone a este adminículo, en tanto la inmanencia de la acción farmacéutica desvanece la tensión del riesgo y con ella hace perder sentido al condón, brindando la apariencia de una protección extendida; no obstante, esta se desdibuja frente a la presencia de otras ITS. En esta lógica, PrEP extiende la idea de un sujeto libre de las barreras que bloquean el contacto sexual y rompe la escisión entre cuerpo y fluidos volviéndolos a conectar, devolviendo así al sujeto el carácter de unidad completa que había perdido bajo la lógica discursiva de prevención de las últimas tres décadas. De esta forma, queda en manos del sujeto la decisión sobre la protección frente a otras ITS; esta medida plantea el viejo dilema ético de desplazamiento entre los espacios estriados del riesgo y los lisos del placer. Con la emergencia de PrEP las extensiones del aparato de TARV se han construido entonces a partir del cambio de las verdades de sujeción contenidas en su discurso, en tanto se pasó de la idea de fragmentar el encuentro entre sujetos y aislarlo de unos fluidos riesgosos, a articularlo de nuevo a ellos y proponerlos como inocuos; esta posibilidad reducida sólo al terreno del VIH ubica a quienes viven e interactúan con él en un espacio que luce como seguro y privilegiado, pero que se desvanece frente a la realidad inmanente de la presencia de otras infecciones. De esta forma se produce un sujeto *barebacker-PrEP* cuya única diferencia con el sujeto *barebacker* primigenio consiste en la promesa de la no adquisición del VIH a pesar de la exposición; sin embargo, comparte con las PVVS el mismo ejercicio de sujeción al dispositivo farmacéutico, tiene las mismas exigencias en torno a la adherencia, experimenta los mismos efectos medicamentosos primarios y secundarios.

---

### 8.4 CHEMSEX

Se conoce como *Chemsex* o Sexo químico las relaciones sexuales entre hombres en las que se involucra el uso de drogas antes o durante el encuentro sexual (Bourne et al, 2014). Esta práctica que se ha venido registrando de forma creciente durante los últimos veinte años en diferentes países, presenta diferencias de acuerdo a las sustancias disponibles en cada lugar del mundo y ha encendido las alarmas de los sistemas de salud pública a partir del uso intensificado de las metanfetaminas, ya que generan un alto nivel de dependencia y permiten franquear los límites del comportamiento de los sujetos. Estas sustancias tienen propiedades estimulantes debido a que suelen aumentar la frecuencia cardíaca y la presión arterial, desencadenando sentimientos de euforia y facilitando sensaciones de excitación sexual. En esta dinámica las sustancias se toman por lo general en combinación y en sesiones de sexo entre varios participantes durante largos periodo de tiempo.



En el estudio llevado a cabo en el Reino Unido por Bourne y su equipo (ibid) se registró el uso de *crystal meth*, GHB, mefedrona y, en menor medida, cocaína y ketamina, sustancias disponibles en gran parte de Europa y Estados Unidos, en donde se repite el modelo de consumo de manera general. Aunque en Colombia no hay una comercialización de metanfetaminas, se ha registrado un modelo paralelo de consumo para encuentros sexuales entre hombres, asociado al *bareback* y que coincide con la tendencia *Chemsex* (Betancourt et al, 2016). En este contexto se ha identificado el uso de popper, cocaína, marihuana, éxtasis, LSD, ketamina principalmente, apareciendo también esporádicamente el uso de GHB y bazuco, produciendo algunas de estas sustancias efectos similares a los descritos en el párrafo anterior.

Si bien un objetivo fundamental del uso de psicoactivos para tener sexo es la búsqueda de sensaciones más intensas y mayores niveles de excitación, existe también una asociación de estas con diferentes tipos de prácticas sexuales que van desde sexo penetrativo hasta las llamadas prácticas alternas o paralelas, llevadas a cabo en los circuitos entre hombres. Por ejemplo, en el *fisting*, *spank*, *hotwax*, etc; se prioriza el uso de cocaína y ketamina (pulverizada e inhalada por vía nasal) dado su poder anestésico, mientras que es muy frecuente el uso de marihuana tipo cripy y *popper* en cualquier tipo de práctica *extrema* o *suave* entre hombres. La marihuana contribuye sensiblemente a potenciar el efecto de las demás sustancias que se usen y hacer que las sensaciones sean más tranquilas y llevaderas. Por su parte, el LSD y el éxtasis se usan para agudizar la sensibilidad, incluir efectos alucinógenos en los encuentros sexuales, evitar el sueño y la sensación de cansancio en las largas jornadas de actividad sexual, que en muchos casos rebasan las ocho horas de duración. En este tipo de sesiones se privilegia también el uso de Citrato de Sildenafil (Viagra) con el objeto de mantener una erección de forma prolongada.

Existe entonces en el contexto *chemsex* un sujeto hombre que se produce a partir de la elaboración de su experiencia deseante a través del uso de sustancias, para ello se basa en la misma verdad de una inmanencia de la existencia farmacologizada, hegemonizada desde la biomedicina como alternativa contemporánea de la vida con calidad. No obstante, usa el saber farmacológico para organizar su experiencia sexual corporeizada y propiciar la expansión del cerebro, su apertura y cerramiento, así como la de sus cavidades, órganos y sentidos como vasos comunicantes de un circuito que posibilite la variación de las intensidades de deseo y la construcción de nuevas formas de encontrarse con otro hombre, compartirse y ser incluido. En este proceso de ampliación de la experiencia el condón insensibiliza, minimiza la perspectiva exploratoria poniendo barreras en el encuentro con el otro, limita la expansión de la experiencia física y mental. Estas son algunas de las razones por las cuales existe una fuerte relación entre *bareback* y uso de sustancias.

El uso de sustancias en estas experiencias sexuales posibilita el ejercicio de desterritorialización del cuerpo y su nueva territorialización. En el caso del fisting el carácter penetrador asignado al pene es designado ahora a la mano o el pie y el intestino asume el desafío de permitir esta exploración; todo fluye a través de la ketamina, la cocaína, el popper, etc; pero además, la práctica se lleva a cabo mediante acuerdos sobre el objetivo, la intensidad, el ritmo, la duración; también hay una revisión constante de la situación física y mental de los participantes, mediante un chequeo de su estado de agotamiento, hidratación, su capacidad de resistencia, los efectos de las

sustancias en relación con los objetivos propuestos en torno al deseo. La experiencia se realiza, se evalúa y se repite una y otra vez agudizando la búsqueda, perfeccionando la técnica, resignificando los hechos, las sensaciones, los logros, desplazando los límites.

## 9. FASE PROPOSITIVA. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 9.1 SOBRE EL *BAREBACK* COMO CATEGORÍA INVESTIGATIVA Y DE PREVENCIÓN

Si bien como se mostró a lo largo de este trabajo, el contexto de las relaciones sexuales penetrativas desprotegidas entre hombres se constituye hoy en una de las grandes preocupaciones en el campo de la prevención de la transmisión del VIH; es fundamental que al pensar acciones y estrategias a este respecto haya una comprensión de algunos elementos que dificultan la definición e identificación del *bareback*:

Por un lado, dada la inestabilidad del *bareback* como concepto y categoría analítica para la prevención desde lo académico y científico, debe tenerse en cuenta una importante dificultad consistente en que lo que se ha llamado *relaciones penetrativas sin uso intencionado de condón*, el riesgo de transmisión del VIH es bajo y en muchos casos nulo, en tanto este tipo de relaciones se lleva a cabo entre personas seroconcordantes, o personas que hacen un agenciamiento del riesgo a partir de la información disponible respecto a su seroestatus y el de sus parejas. Esto debe diferenciarse del *sexo sin uso de condón no intencionado*, al cual también se le ha considerado como *bareback* en contextos populares y académicos.

Estos dos tipos de prácticas implican también dos tipos de sujetos, en tanto la presencia de *intensionalidad* está hablando de un sujeto cuya conducta obedece a una postura ética relacionada con la posibilidad de trasgresión de la norma del uso de condón, a partir de la eliminación del riesgo frente al VIH que ofrece su adherencia al aparato de TARV, ya sea con el uso de profilaxis post exposición —o incluso pre— como un ejercicio de práctica de sí, lo cual lleva a cabo sin desplazarse del eje de la protección y le permite deslizarse por nuevos espacios deseantes. Por su parte en el sexo sin uso de condón no intencionado, la conducta del sujeto parte de situaciones relacionadas con lo erótico, lo afectivo, la eficiencia en el desempeño sexual, etc, pero no necesariamente de la información que se dispone sobre su seroestatus, el de sus parejas, o de su relación con TARV. Estas dos posturas plantean una amplia gama de razones e intensiones morales por las cuales pasa la decisión sobre el uso del condón, a la vez que evidencia necesidades múltiples en términos de prevención primaria y secundaria de manera diferencial, en tanto las acciones deben estar orientadas por un lado a frenar la transmisión del VIH y por otro a evitar la progresión del VIH a Sida.

### 9.2 SUJETO HSH, ESTIGMA Y PATOLOGIZACIÓN

El acceso a la información emerge en estos contextos como fundamental, no sólo en términos de las generalidades respecto al VIH y al Sida, sus vías de transmisión y formas de prevención tal como se ha

venido haciendo en los últimos 35 años, sino más bien respecto a abordar de manera abierta el seroestatus de las personas y las prácticas sexuales. Este escenario implica un fuerte trabajo en torno a la eliminación del estigma derivado de la condición de persona viviendo con VIH, y el reconocimiento de la legitimidad de las formas particulares de agenciamiento del sexo, el riesgo de infección, la responsabilidad e intimidad por parte de los sujetos, así como del reconocimiento del *hombre* como sujeto autónomo y no como HSH, en tanto esta es una categoría que lo predetermina como sujeto patológico y le hace únicamente objeto de intervención. Hay un llamado entonces a la epidemiología y la biomedicina como ciencias sociomédicas, pues no pueden estar fuera del campo social y pretender funcionar a manera de correctivo imparcial del prejuicio cultural, al contrario, están íntimamente involucradas en la distribución del prejuicio en tanto plantean relaciones de saber-poder a partir de las cuales se crean las marcas a los individuos como *normales* y *anormales*. Estos cambios deben permear incluso el lenguaje de interacción entre el sistema de salud, el personal de salud y los usuarios de los servicios, a partir de un replanteamiento de la semántica circulante, permitiendo que también sean los sujetos quienes nominalicen y produzcan interacciones comunicativas novedosas que resalten sus preocupaciones, abordajes y soluciones.

No se debe perder de vista que el sujeto *barebacker* es un sujeto por lo general informado que se construye en las interacciones con los dispositivos y discursos médicos, farmacológicos, corporales y de género, entre otros; por lo cual el discurso de la prevención no puede seguirlo viendo como individuo pasivo sobre el cual recaen acciones de intervención. El mayor reto para los sistemas de salud consiste en liberarse de los juicios morales que implica despatologizar el placer, y poder articular a los sujetos de intervención como actores fundamentales en el diseño y desarrollo de estrategias preventivas más eficientes.

En el anterior sentido, el discurso de la prevención está llamado a no seguir concibiendo las nociones de riesgo y seguridad como prácticas ya establecidos desde las esferas de poder de la biomedicina y la farmacéutica; más bien debe asumir el trabajo de comprender el riesgo de adquisición del VIH como sujeto a las dinámicas relacionales que implican la negociación íntima entre dos o más personas, que es multifactorial y que se establece en el marco de unas condiciones tecnológicas cambiantes. En ese sentido, el sujeto se constituye en autoridad de su propio agenciamiento del riesgo y la seguridad, deshaciéndose del monopolio del biopoder médico y llevando sus interacciones a una esfera pública y popularmente accesible como estrategia que abre interacciones dialógicas nuevas. En este contexto, el *bareback* debe ser concebido como un conjunto de prácticas que implican hacer lecturas complejas en torno a la convergencia entre la moral pública y la ética encarnada, esto sin dejar de lado la mediación del deseo y el placer como categorías fundamentales.

---

### 9.3 PROPUESTA HACIA LA PREVENCIÓN DEL VIH Y LA REDUCCIÓN DEL DAÑO

Si bien el *bareback* es un conjunto de prácticas instaladas en el escenario sexual entre hombres y cuyas razones de ser implican búsquedas íntimas, que atraviesan la producción de sujetos e involucra en muchos casos el uso de sustancias; no es posible pensar acciones positivas de abordaje que continúen ancladas a los discursos hegemónicos desde donde se ha patologizado los sujetos y sus conductas; tampoco es posible insistir en diálogos en los que emerge el uso del condón como elemento fundamental de una ortopedia sanitizante y única alternativa en términos de prevención. El hecho de que existan en las prácticas *bareback* ideas de responsabilidad, agenciamiento de riesgo, preocupación por un determinado manejo de la

información sobre el seroestatus de la personas, plantea nociones importantes mediante las cuales los sujetos llevan a cabo sus propios procesos preventivos y que deben ser reconocidas como insumos fundamentales en el diseño y desarrollo de estrategias preventivas.

En este sentido, cobra vigencia la idea de reducción de daño, en tanto categoría que se direcciona fundamentalmente por una aversión a la patologización. A este respecto vale la pena enfatizar que a lo largo de la historia del VIH un sinnúmero de estudios y estrategias en todo el planeta se han centrado en cómo lograr que los HSH usen condones, las intervenciones al respecto se han centrado más bien en las prácticas que rodean al condón y las condiciones en que se producen son el objetivo principal de la intervención; sin embargo, hay poca preocupación por el individuo en un sentido disciplinario del individuo biográfico que necesita intervención. En este contexto, la experiencia subjetiva se envuelve en regímenes normalizadores y entra en la maquinaria de clasificación y segregación (en el contexto del VIH en Colombia hay muchos ejemplos de ejercicios discriminatorios mal llamados *positivos*: las pruebas de VIH están priorizadas para HSH y para las llamadas poblaciones clave o vulnerables; si un hombre es visiblemente homosexual, de acuerdo a los preconceptos e imaginarios que el médico tiene de la homosexualidad, se le ordena prueba de VIH; a las personas viviendo con VIH el sistema de salud les receta con fórmula médica 10 condones mensuales. Estos ejercicios alejan a los usuarios de los servicios de salud en lugar de mantenerlos y adherirlos). En este sentido, *“la reducción del daño pretende evitar contribuir a procesos que individualicen o que marginen a los usuarios sobre la base de sus experiencias subjetivas -de placer, por ejemplo-”* (Race, 2007b, p. 4). El placer entonces se constituye en razón de búsqueda de una nueva experiencia que se desligue de las predeterminaciones biopolíticas y que no necesariamente funcione dentro de la inteligibilidad de las normas proscritas, una búsqueda autónoma y particular, resulta a este respecto entonces pertinente la pregunta ¿Qué implica introducir el placer en el ámbito de la prevención del VIH?

---

### 9.3.1 IMPLICACIONES ÉTICAS Y METODOLÓGICAS DEL USO DEL PLACER EN LA PREVENCIÓN DEL VIH

Con el fin de brindar elementos que permitan comprender algunas implicaciones de introducir el placer como categoría útil para prevención del VIH, es importante tener en cuenta los siguientes argumentos:

En el contexto de esta investigación, la caracterización de las interacciones de los hombres en torno al BB y sus producciones particulares en ejercicios como el *serosorting* y el *bugchasing*, propician un contexto que posibilita hacer una lectura del placer desde una perspectiva foucaultiana, ya que éste no aparece a manera de un impulso meramente instintivo, en espera de ser liberado y expresado, sino más bien como un medio de un proceso de experimentación y aprendizaje en el que se desarrollan nuevas técnicas y procedimientos, y dado que no se desprende completamente de los discursos de poder de la medicina, la farmacologización, el cuerpo y el género, no se opone a estos como poder social represivo sino que logra una expresión, una cualidad de experiencia particular.

El desarrollo de este tipo de procesos de experimentación del placer implica tres situaciones en los individuos, las cuales resultan imprescindible comprender para el desarrollo de acciones preventivas (Becker 1963; citado por Race 2007b): 1) aprender la técnica, 2) aprender a percibir los efectos y 3) aprender a disfrutar de esos efectos. A su vez cada técnica depende de la interacción social, el intercambio de significados y una evaluación de la experiencia; por tanto, la experiencia se basa en las construcciones culturales que se le asignan a las prácticas. En el caso del BB en el esquema anterior podría hacerse una lectura como la siguiente: 1) la sobrevaloración de lo masculino y todo lo que conlleva significados asociados al semen, la performance corporal de género como hombre en las interacciones sexuales, corresponden a un entorno cultural que asigna significados y valoraciones a este tipo de prácticas. 2) Existe también una importante articulación entre técnicas y tecnologías que modulan la interacción sexual, tales como el sexo penetrativo y para ello un pene erecto (cuya eficiencia puede estar mediada incluso por el uso de dispositivos farmacológicos como el viagra); el diagnóstico de VIH, la carga viral, la adherencia antirretroviral; pero además las formas como la información sobre el seroestatus de las personas circula por los entornos mediáticos de aplicaciones móviles y sites de encuentro sexual. 3) Así mismo, la interacción con el uso de estas herramientas posibilita la vivencia de una experiencia en la que se denota la aceptación de grupo a partir de la ubicación del sujeto como hombre de una forma inteligible, revirtiendo paradójicamente esa matriz para poderse acomodar de nuevo en ella, desde la misma perspectiva desde donde culturalmente fue excluido por sus prácticas homosexuales, reificando así la experiencia masculina.

En este contexto, el placer como fin y el deseo como motor posibilitan una lectura evaluativa y permiten resignificarla, modularla, instalarla como prioridad o descartarla; para ello se requiere la valoración de sus efectos relacionados con categorías particulares e íntimas como la salud, la enfermedad, el bienestar y la inclusión. Es justo en esta perspectiva donde la prevención y la biomedicina tienen nuevos retos en tanto discursos abocados a comprender las formas complejas como actúan como biopoder, ya que debido a la apropiación en los procesos de sujeción no se instalan de manera vertical sobre los individuos, sino que plantean diálogos horizontales; aquí la verdad sobre el uso del condón pierde toda inmanencia al plantearse como una franca intromisión en la esfera de lo privado, que se plantea como un deber ser regulado desde la salud pública. Los biopoderes en juego en las relaciones sexuales entre hombres deben entonces preguntarse ¿cómo se instala el riesgo en los circuitos deseantes entre hombres y que oportunidades de intervención conjunta preventiva plantean? *“El placer en este contexto no debe ser visto como un elemento revelador que al liberarlo expresará las razones de la toma de decisiones, sino más bien como un material social dinámico que se elabora a partir de experiencias corporales”* (Race. 2007b: 4).

Si las estrategias de normalización desde los discursos de biopoder abordados en este trabajo, históricamente han llevado a cabo su acción a partir de la selección de tipos de individuos a partir de la categoría placer como eje de su estrategia terapéutica, deben comprender que el placer también puede ser captado como medio socio-técnico en el que muchos actores y preocupaciones confluyen, incluso las relacionadas con la seguridad y la integridad de los sujetos. Esto no quiere decir que esta perspectiva esté ajena a las relaciones de poder, sino más bien que en su ejercicio puede apartarse de las nociones de patologización y por tanto del estigma que se impone desde esos discursos de biopoder.

En el panorama dinámico de las tecnologías médicas y de comunicación, el enfoque sobre el placer y su pragmática social permite comprender la *ética preventiva cambiante* (Race, 2003),

caracterizada por un cambio de perspectiva en la concepción y el abordaje sobre los sujetos, en tanto estos pueden ser partícipes activos en la construcción de principios morales para la prevención del VIH, mediante el desarrollo de técnicas y estrategias que pueden ser históricamente novedosas. Este ejercicio implica un giro en el marco epidemiológico de abordaje, en el que no haya una aproximación a estos individuos y sus prácticas en términos de incumplimiento, sino que más bien se dialogue con sujetos que llevan a cabo ejercicios en los que combinan activamente el placer, la seguridad y otras preocupaciones a medida que negocian nuevos entornos y condiciones.

Este enfoque del placer proporciona una base para concebir medidas prácticas que estén en contacto con las preocupaciones dadas y las prácticas corporales, lo cual puede garantizar que sean incorporadas con mayor facilidad por parte de los hombres; adicionalmente puede contribuir a evitar el pánico moral que puede generar el riesgo y a resistir sus efectos contraproducentes. Así mismo, esta nueva perspectiva es capaz de integrar a los sujetos afectados de forma activa en la construcción colectiva de prácticas significativas de seguridad y cuidado, lo cual resignifica el entorno de la prevención en los sistemas de salud.

## 10. GLOSARIO

**Adherencia:** Permanencia y cumplimiento con el tratamiento antirretroviral, implica el desarrollo de actitudes y hábitos que permitan cumplir la prescripción médica y la articulación a los servicios de salud

**Bareback:** (Montar a pelo). Conjunto de prácticas sexuales entre hombres que implican el sexo penetrativo sin uso de condón ya sea de forma intencionada o no.

**BB:** *Bareback*.

**Barebacker:** (Barebackero, apelerero). Adjetivo aplicado en el argot popular a los hombres que tienen sexo sin condón con otros hombres, ya sea de forma intencionada o no.

**Bugchaser:** En la práctica bareback se refiere a quien busca de modo premeditado ser infectado de VIH por su compañero sexual designado éste último como giftgiver.

**Crystal meth:** N-metil-1-fenilpropan-2-amina. fue sintetizada en Japón, en 1919, tomando como modelo la molécula de anfetamina. Sin embargo, sólo comenzó a comercializarse en 1938 con el nombre de Methedrina. Originalmente se utilizaba en descongestivos nasales e inhaladores bronquiales. es un potente estimulante del sistema nervioso central. Sus efectos son mucho más potentes que la anfetamina porque se absorbe muy bien y rápido. Los principales efectos son: sensación de bienestar, incremento en el nivel de alerta y en la

capacidad de concentración, disminución de las sensaciones de cansancio, sueño y hambre, y dilatación pupilar. La intoxicación por metanfetamina puede producirse a partir de los 10mg. Una intoxicación grave puede estar acompañada de delirios, manías, autolesiones, hipertensión, taquicardia, arritmia, fiebre, convulsiones, coma y colapso circulatorio (ATS, 2017).

**Fisting:** Práctica sexual en la que se introduce la mano o el puño en el recto.

**GHB:** Ácido gamma-hidroxibutírico. Es un depresor del sistema nervioso central (SNC) que fue aprobado por la Administración de Drogas y Alimentos en el 2002 para el tratamiento de la narcolepsia (un trastorno del sueño). También es un metabolito del neurotransmisor inhibitorio ácido gamma-aminobutírico (GABA), por ello es un producto natural del cerebro, pero en concentraciones mucho menores que las dosis de abuso.

**Giftgiver:** En la escena del *bareback* se denomina a quien da el regalo, es decir el VIH.

**HSH:** Hombres que tienen sexo con hombres.

**Hotwax:** (Cera caliente). Práctica sexual sadomasoquista en la que el uso de cera caliente sobre la piel es generadora del encuentro erótico.

**Indetectable:** Condición de una persona con VIH en la que su carga viral está controlada por la acción de los medicamentos antirretrovirales, en esta situación el virus tiene muy pocas probabilidades de ser transmitido. De acuerdo a las técnicas disponibles para la medición de la carga viral el rango de indetectabilidad se encuentra por debajo de 40 copias del virus x cm<sup>3</sup> de sangre.

**Insertivo:** Hombre que penetra, activo.

**Ketamina:** Clorhidrato de ketamina en cantidades variables, que pueden ir desde menos del 7% hasta el 99%, dependiendo de la procedencia (ámbito hospitalario y veterinario o mercado ilegal). Puede presentarse en forma líquida o como un polvo fino, blanco y cristalino. Su acción comienza rápidamente cuando administrada vía intramuscular o intravenosa. Se distribuye en todos los tejidos del organismo, principalmente el adiposo, hígado, pulmón y encéfalo. Se consume con una finalidad recreativa, en entornos de fiesta, buscando estimulación y ligeras distorsiones perceptivas. (ATS, 2017).

**Lipodistrofia:** Efecto secundario producido por los medicamentos antirretrovirales que se caracteriza por una pérdida descontrolada del tejido adiposo y que puede producir algunas alteraciones metabólicas.

**Mefedrona:** Mefedrona (2-methylamino-1-p-tolylpropano-1-uno). Parece que es una sustancia fabricada originalmente en China y es químicamente similar a los compuestos catinona que se encuentra en la planta del khat originaria del este de África. Se presenta en forma de tabletas o polvo, que los usuarios pueden ingerir, esnifar o inyectarse, produciendo efectos similares a la MDMA, anfetaminas y cocaína.

**Popper:** Nitrito de Amilo. Es una sustancia que se usa inhalada y produce un efecto rápido en el que hay relajación de músculos lisos, baja la presión arterial y aumenta el ritmo cardíaco; produce una sensación de calor y de euforia cercana al orgasmo, que dura generalmente un par de minutos. Como efectos adversos puede producir daños en el hígado, el corazón, las vías respiratorias y pulmones, pérdida de dientes y parálisis en extremidades.

**PVVS:** Persona viviendo con VIH o Sida

**Seroconcordante:** Que tiene el mismo estado serológico, es decir el mismo resultado de VIH que otra persona.

**Serodiscordante:** Que tiene el estado serológico contrario a otra persona

**Seropositivo:** Persona cuyo resultado de la prueba de VIH es positivo

**Seroestatus.** Estatus frente al VIH, puede ser negativo o positivo.

**Seroconvertir.** Pasar de un estado de VIH negativo a positivo.

**Serosorting:** Situación en la que se elige el compañero sexual usando como información fundamental el estatus de VIH propio o el de la otra persona.

**Serosorter:** Persona que lleva a cabo *serosorting*.

**Spank:** Práctica sexual cuyo erotismo está basado en proveer o recibir golpes, ya sea con la mano o algún instrumento determinado tales como paleta, fusta, látigo, flogger, etc.



## 11. BIBLIOGRAFÍA

- Abadía-Barrero, C. (2004). Políticas y sujetos del sida en Brasil y Colombia. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 123-154.
- Adam, Barry D. (2005). Constructing the Neoliberal Sexual Actor: Responsibility and Care of the Self in the Discourse of Barebackers. *Culture, Health & Sexuality* 7:333-46.
- Alvarez-Uria, F. (2000). Capitalismo y subjetividad. La teoría política y social de Michel Foucault. En P. Lopez & J. Munoz (Eds.). *La impaciencia de la libertad: Michel Foucault y lo político*, (pp. 85-106). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, S.A.
- Andahazi, F. (1997). El Anatomista. Planeta. Colombia.
- ATS, (2017). Asistencia técnica social. Échele cabeza. <http://www.echelecabeza.com/infosustancias/>
- Bastos, F., & Landmann, C. (2000). AIDS e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cad. Saúde Pública* 16(Supl 1), 65-76.
- Becker, H. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. New York: Free Press.
- Betancourt, F; Ariza, K; Sánchez, E.; González M. (2016). Prácticas sexuales entre hombres: tensiones entre la prevención y el deseo en Bogotá D.C. Secretaría Distrital de Salud.
- Bourne A, Reid D, Hickson F, Torres Rueda S, Weatherburn P. (2014) *The Chemsex study: drug use in sexual settings among gay & bisexual men in Lambeth, Southwark & Lewisham*. London: Sigma Research, London School of Hygiene & Tropical Medicine. [www.sigmaresearch.org.uk/chemsex](http://www.sigmaresearch.org.uk/chemsex)
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity*. London: Routledge.
- \_\_\_\_\_. (2007). *El género en disputa*. Madrid. Paidós.
- Castro, A y Fammer, P.(2003). El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuadernos de antropología social* 2003, 17: 31-49
- Conrad P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Crossely. M. (2004). Making sense of “barebacking”: gay men’s narratives, unsafe sex and the “ressitence habitus”. *British Journal of Psychology*, 43, 225-244.
- Da Silva Vasconcelos, L. A. (2009). A possibilidade da Seroconversão. *Cadernos de saúde pública*. 25 (6), 1381-1389.

Davidson A. (2012). Elogio de la conducta. *Revista de Estudios Sociales* No. 43. Bogotá, agosto de 2012 • Pp. 152-164.

Deleuze, G. (1987). Foucault. Paris 1986.

\_\_\_\_\_ (1987). Foucault. Los pliegues o el adentro del pensamiento.

Deleuze, G. & Guattari. (1980) ¿Cómo hacerse un cuerpo sin órganos? Capítulo 6. En: *Mil mesetas. Capitalismo y esquizofrenia*. España.

De Marinis, P. (1999). Gobierno, Gubernamentalidad, Foucault y los Anglofoucaultianos. Un Ensayo sobre la Racionalidad Política del Neoliberalismo. En F. García. & R. Ramos (Eds.). *Retos Actuales de la Teoría Social: Globalidad, Reflexividad y Riesgo*, (pp. 73-103) Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Dumit, J. (2012). *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham, NC: Duke University Press.

Estermann, D., D. Falleiros, et al. (2006). Você aprende a gente ensina. interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública* 22(6): 1335-1342.

El Tiempo, (1993). El poder gay en Estados Unidos. Disponible en: <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-201510>

Estrada, J. (2006a). Educación formal y VIH/Sida. Reflexiones y experiencia de la Universidad Nacional de Colombia. Universidad Nacional de Colombia.

\_\_\_\_\_ (2006b). Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA. *Revista Interfases. Acta Bioethica*; (12) 1 pp 91-100

Elford, J. Davis, M., Hart, G., Bolding, G., & Sherr, L. (2006). Sex in the internet: gay men, risk, reduction and serostatus. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal of Research, Intervention and Care*, 8(2), 161-174.

Ewald, F. (1997). Filosofía de la Precaución. Fundación MAPFRE. *Gerencia de riesgos*, 58, 13-30.

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

Family Health International & Implementing AIDS Prevention and Care Project. (2000). Behavioral Surveillance Surveys. Guidelines for repeated behavioral surveys in populations at risk of HIV. Durham, United States of America. Family Health International. Tomado de: <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/cvhexmwxiifgkl4mezcmep6ogzqty3lbyf5ighmb6k2swbgar32xup6yh5sykj6ii2kwp/bssguidelinesfullenhv.pdf>.

Foucault, M. (1977). Historia de la sexualidad. Tomo I. La voluntad del saber. Siglo Veintiuno editores. Madrid España.

\_\_\_\_\_ . (1984a). Sexo, poder y política de la identidad.

- \_\_\_\_\_. (1984b). Historia de la sexualidad Tomo 2. El uso de los placeres. Siglo Veintiuno editores . México.
- \_\_\_\_\_. (1999). Estética, ética y hermenéutica.
- \_\_\_\_\_. (2002). La hermenéutica del sujeto: curso en el Collège de France (1981-1982). México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- \_\_\_\_\_. (2006). Seguridad, territorio, población: curso en el Collège de France (1977-1978). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fuss, D. (1991). Inside/Out: Lesbian Theories, Gay Theories. London: Routledge.
- Gamma, A., Jerome, L., Liechti, M. E. & Sumnall, H. R. (2005). Is ecstasy perceived to be safe? A critical survey [¿Es el éxtasis percibido como seguro? Un estudio crítico]. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(2), 185-193.
- Halkitis, P. N., Parsons, J. T., & Wilton, L. (2003). Barebacking among gay and bisexual men in New York City: explanation for the emergence of international unsafe behavior. *Arch sex Behaviour*, 2003 (32), 351-357.
- Holaway, K. (2015). Toxic Masculinity Is Killing Men: The Roots of Men and Trauma. <http://www.alternet.org/gender/masculinity-killing-men-roots-men-and-trauma?sc=fb>. Consultado 11-01-17.
- Hourcade, J. 1996. Viviendo con VIH en: Sida: estado actual del conocimiento. Basado en la XI conferencia internacional sobre sida en Vancouver, Canadá. Editor. José Antonio Izazola Licea. Fundación Mexicana para la Salud, A. C. México.
- Irvine, J. (2005). Disorders of Desire: Sexuality and Gender in Modern American Sexology. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Kaan, Heinrich (1844). Psychopathia sexualis.
- Le Vay, S. (1991). A Difference in Hypothalamic Structure between Heterosexual and Homosexual Men. *Science*, 253(5023): 1034–1037.
- Mamo, L. and J. Fishman. (2001). Potency in All the Right Places: Viagra as a Technology of the Gendered Body. *Body and Society*, 7(4):13–75.
- Mansergh, G., Marks, G., Colfax, G. N., Guzmán, R., Rader, M., & Buchbinder, S. (2002). “Barebacking” in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS*. 16(4). 653-659.
- Mecanismo de Coordinación de País – MCP Colombia. Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (2016). Comportamiento sexual y prevalencia del VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en siete ciudades de Colombia. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia, (2012). Análisis estimaciones de la epidemia de VIH en Colombia 2011. Disponible en:

[http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio\\_vih/documentos/monitoreo\\_evaluacion/1\\_vigilancia\\_salud\\_publica/a\\_situacion\\_epidemiologica/ANALISIS\\_ESTIMACIONES\\_DE\\_LA\\_EPIDEMIA\\_VIH\\_COLOMBIA\\_2011\\_SPECTRUM\\_A\\_30-03-2012.pdf](http://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/a_situacion_epidemiologica/ANALISIS_ESTIMACIONES_DE_LA_EPIDEMIA_VIH_COLOMBIA_2011_SPECTRUM_A_30-03-2012.pdf)

- \_\_\_\_\_ (2013). Situación del VIH/SIDA en Colombia 2013- Cuenta de alto costo MSPS. Bogotá: MSPS; p. 142.
- \_\_\_\_\_ (2012), Informe UNGASS. Informe Panorama 2012 HSH: Hombres que tiene relaciones sexuales con hombres, 2012.
- Miskolci R. (2016) Strangers in Paradise: notes on the use of dating apps for hookups in San Francisco. Intersection of differences in contemporary media Cadernos pag (47)
- Muñoz, A. I. and M. R. Bertolozzi (2007). Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva* 12(2): 319-324.
- NAM Aidsmap. Serosorting, sexual harm reduction and disclosure. <http://www.aidsmap.com/Serosorting-sexual-harm-reduction-and-disclosure/page/1061758/#item1746346>. Consultado 22-02-17.
- O'Hara, S. (1997). Steam Gets Culture. *Steam*, Autumn, pp. 146. 1997a. *Autopornography: A Memoir of Life in the Lust Lane*. New York: Harrington Park Press.
- Organización Panamericana de la Salud. OPS. (2006). Terminología relacionada con el VIH: actualización. [http://www.cesida.org/wpcontent/uploads/documentos/documentacion/lenguaje\\_vihops\\_2006.pdf](http://www.cesida.org/wpcontent/uploads/documentos/documentacion/lenguaje_vihops_2006.pdf)
- \_\_\_\_\_, (2013) Guía de Tratamiento del VIH.
- Perea, A. (2009). Estética de la existencia. Las prácticas de sí como ejercicio de libertad, poder y resistencia en Michel Foucault. Bogotá.
- Perez de armíño, K. (2000). *Diccionario de acción humanitaria y corporación al desarrollo*. Barcelona: Icara.
- PrepFacst, (2015). Preservar la pasión. <http://en-espanol.prepfacts.org/conceptos-basicos/> . Consultado en 7/5/2017
- Preciado, B. (2002). *Manifiesto contra-sexual*. Madrid: Editorial Opera Prima.
- Pombo, Olga. (2013): Epistemología de la interdisciplinariedad. La construcción de un nuevo modelo de comprensión. *Interdisciplina I*, núm. 1 21-50.
- Race, K. (2001). The Undetectable Crisis: Changing Technologies of Risk. *Sexualities* 4; 167. <http://sexualities.sagepub.com/cgi/content/abstract/4/2/167>
- \_\_\_\_\_. (2007a) Engaging in a culture of barebacking: gay men and the risk of HIV prevention. In: K. Hannah-Moffat; O'malley, P. (eds.) *Gendered Risks*. London, Glasshouse Press.

- \_\_\_\_\_. (2007b) The use of pleasure in harm reduction: Perspectives from the History of Sexuality, *International Journal of Drug Policy*.
- \_\_\_\_\_. (2009). *Pleasure Consuming Medicine: The Queer Politics of Drugs*. Durham, NC: Duke University Press.
- \_\_\_\_\_. (2015) Biomedical discourses and sexuality. *The International Encyclopedia of Human Sexuality*, First Edition. Edited by Patricia Whelehan and Anne Bolin. John Wiley & Sons, Ltd. Published 2015 by John Wiley & Sons, Ltd.
- Resino, S. (2008) Reservorio de células infectadas latentemente por el VIH. *Epidemiología molecular de enfermedades infecciosas*. <http://epidemiologiamolecular.com/reservorio-vih/>
- Rochel K. (2013). Medicalização, farmacologização e imperialismo sanitário. *Cad Saúde Pública* 2013
- Rofes, Eric (1998) *Dry Bones Breathe: Gay Men Creating Post-AIDS Identities and Cultures*. New York: Harrington Park Press.
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosengarten M. et al (2009). Touch wood, everything will be OK: gay men's understandings of clinical markers in sexual practice. Monograph 7/2000, National Centre in HIV Social Research, University of New South Wales. Ver en: <http://nchsr.arts.unsw.edu.au/pdf%20reports/touchwood.pdf>, December
- \_\_\_\_\_. (2009). HIV Interventions: Biomedicine and the Traffic between Information and Flesh.
- Sandoval, J. (2013). Una perspectiva situada de la investigación cualitativa en ciencias sociales. Consultado en: [https://www.academia.edu/3212011/Una\\_perspectiva\\_situada\\_de\\_la\\_investigaci%C3%B3n\\_cualitativa\\_en\\_ciencias\\_sociales](https://www.academia.edu/3212011/Una_perspectiva_situada_de_la_investigaci%C3%B3n_cualitativa_en_ciencias_sociales)
- San Martin, D. (2009). El riesgo como dispositivo de gobierno en la sociedad de control. En *La globalización en crisis. Gubernamentalidad, control y política de movimiento*, (pp. 51-68). Cuaderno- Herramienta/ 02, Universidad Libre Experimental, Malaga.
- Sevilla, E. (1998). Modelos analíticos de las ciencias sociales para la prevención de infección por VIH. En Universidad del Valle, *Cinco estudios antropológicos sobre el mal de amores en la ciudad de Cali* (pp. 78-107). Cali: Editorial Cidse.
- Sepulveda, M, (2011). El riesgo como dispositivo de gobierno: neoprudencialismo y subjetivación. *Revista de Psicología*, Vol. 20, No 2, 2011.
- Sherhoff, M. (2005). The Sociology of Barebacking. *The Gay & Lesbian Review Worldwide*. V. XII, No. 1 (pp. 33-35). January- February 2005

Sontag, S. (1996). *La enfermedad y sus metáforas, el SIDA y sus metáforas*. Madrid: Santilla, S.A. Taurus.

Strudwick, P. (2016). Inside the dark, dangerous world of chemsex. BuzzFeed News. Consultado en marzo de 2017. Disponible en: [https://www.buzzfeed.com/patrickstrudwick/inside-the-dark-dangerous-world-of-chemsex?utm\\_term=.fyOQ8EZ3j#.kfgPxJ4G6](https://www.buzzfeed.com/patrickstrudwick/inside-the-dark-dangerous-world-of-chemsex?utm_term=.fyOQ8EZ3j#.kfgPxJ4G6)

UNAIDS. (2009). Annual Report. Towards Universal Access. Geneva, Switzerland.

Useche O. (2014). Micropolítica de las resistencias sociales noviolentas. El acontecimiento de las resistencias como apertura a nuevos territorios existenciales. Universidad de Granada.

Weeks, J. (1998). The Sexual Citizen. *Theory, Culture and Society*.

Williams SJ, Martin P, Gabe J. (2011). The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Social Health Illn*; 33:710-25.

Zea MC, Reisen C., Del Río-González AM, Bianchi F., Ramirez-Valles J. Poppen P. (2015). HIV Prevalence and Awareness of Positive Serostatus Among Men Who Have Sex With Men and Transgender Women in Bogota, Colombia. *Am J Public Health*; 20156, 20, 2015: e1–e8.

Zola IK.(2001). Medicine as an institution of social control.In: Conrad P, editor. *The sociology of health and illness: critical perspectives*. 6th Ed. New York: Worth Publishers; 2001. p. 404-14.