



INMUNODEFICIENCIA BIOPOLÍTICA - IDBP

*Una mirada crítica a la producción de la subjetividad ‘del portador y del paciente de VIH’
desde las políticas públicas relativas a la salud*

Requisito parcial para optar al título de

Magíster en Estudios Culturales
Facultad de Ciencias Sociales
Pontificia Universidad Javeriana
2009

Diana Díaz Soto
Marta Cabrera
Directora de Trabajo de Grado

Yo, DIANA MARCELA DÍAZ SOTO, declaro que este trabajo de grado, elaborado como requisito parcial para obtener el título de Maestría en Estudios Culturales en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Javeriana es de mi entera autoría excepto en donde se indique lo contrario. Este documento no ha sido sometido para su calificación en ninguna otra institución académica.

DIANA MARCELA DÍAZ SOTO
Agosto 4 de 2009

Corresponde agradecer

A quien habita mi almohada, como siempre y para siempre.

Al tetramonio, no se imaginan cuánto.

A mi socia fundadora por sus oídos atentos.

A Martirio por el martirio y el humor ácido.

A mis socias por las sospechas de que sale algo bueno.

Al parche 'combotizado' por la paciencia y las noches sacrificadas.

A mis compañeros de la maestría por ser tan 'queer' como nos imaginamos.

A mi familia, mis compañeros irrenunciables de esta inmensa habitación que es la vida.

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN: No sólo es cuestión de sangre	5
<i>Atajos y desvíos</i>	5
Basta con mirar quien habita mi almohada	6
Introducción a la inmunodeficiencia biopolítica.....	7
La Asociación de Usuarios de la Nueva EPS.....	8
En tono de Estudios Culturales	10
Arriesgando una hipótesis	12
Aparatos metodológicos para el análisis o cómo sumergirse en la aventura	15
Mapa de navegación.....	21
CAPÍTULO 1: CUERPO POLÍTICO DEFICIENTE	24
Políticas públicas sobre VIH: Biopolítica a prueba	24
Subjetividad ‘portador/paciente de VIH’: Búsqueda de la identidad negada	39
La Asociación: ¿Multitud o pueblo?	43
Una lectura errada (<i>misreading</i>) a partir de Butler sobre el VIH.....	48
La historia de O.....	49
La unión hace... algo	50
Filas privilegiadas	51
Imagen, cuerpo y SIDA	52
CAPÍTULO 2: LOS CORTES DEL PORTADOR. POBRE, HOMOSEXUAL, MUJER Y EXTRAÑO	54
El cerebro sin cuerpo y el cuerpo sin órganos.....	54
VIH: Cuerpo, teoría queer, género	59
Pobre ¿Y con SIDA? – Con SIDA ¿Y pobre?	67
VIH: Bioseguridad y nuevo racismo	72
Breve apostilla a una pandemia.....	79
CAPÍTULO 3: ESQUINAS MARGINALES. REPRESENTACIÓN Y MIRADA.....	82
VIH: Otra Mirada de la Cultura Visual.....	82
Historia de un objeto visual: Una imagen que se escapa de las manos.....	93
EPÍLOGO: Crónica de un devenir	101
Mis impresiones	105
Bibliografía.....	109

INTRODUCCIÓN

No sólo es cuestión de sangre

Atajos y desvíos

Para desenmarañarme de una vez por todas, prefiero arrancar compartiendo con los lectores que fueron necesarios por lo menos ‘dos giros a la tuerca’ para consolidar este proyecto de investigación que tiene pretensiones mayores a la de limitarse al trabajo para optar a un título.

En primera instancia, mi impulso primario para el proyecto de investigación me llevó a mirar hacia la televisión pública, educativa y cultural, dado mi vínculo ‘enfermizo’ con este escenario social. Digo ‘enfermizo’, porque me encanta mi labor, pero me hace sufrir tanto, que ya le encuentro algo de gusto y necesidad. Muy pronto, y luego de los trabajos desarrollados para las cátedras de primer semestre, me sentí liberada con respecto a ese problema de investigación. Este alivio me llevó a pensar que tratar a la televisión pública como mi problema de investigación me iba a llevar a conclusiones que ya sabía o que están incluso sobrediagnosticadas, así que preferí obrar en consecuencia y no botarle más corriente a un tema con el que lidio a diario.

Ahí se da el primer giro y desemboco en un ‘no lugar’ en el que quería jugar a rentadorista y en el cual no tenía nada muy claro, salvo que me interesaba aproximarme a la vida cotidiana y desde allí mirar las implicaciones de las políticas públicas. Había entonces un interés por la exploración de las tensiones, relaciones, lógicas y problemáticas que pueden darse entre el mundo etéreo, simbólico y complejo de las políticas públicas y el mundo de la vida de los individuos-sujetos. Con la sospecha de que no son dos instancias separadas cuyos límites o fronteras están claramente diferenciados, me interesaba ver cómo las políticas públicas se diseminan en la vida de las personas, incidencen en éstas e, incluso, revisar cómo las políticas públicas pueden llegar a definir el rumbo de alguien.

Sin embargo, el tema seguía siendo espeso y difícil de verbalizar. Cada vez que intentaba dar cuenta de mi interés investigativo sucedía una de dos cosas: o no me entendían o me malinterpretaban (por supuesto, el problema era mío). Por esto, se dio el segundo giro y fue clara la necesidad de identificar, seleccionar y definir una instancia específica, en la que fuera viable una aproximación a una relación tensa y difícil entre las políticas públicas y la vida de los sujetos.

Basta con mirar quien habita mi almohada

Habiendo arruinado la primera opción de tema (televisión pública), decisión que me quitó un peso de encima, y enredada en un escenario poco claro en el que fui señalada de ‘antropóloga del siglo XIX’ (vida cotidiana y política pública), flotaba en una incertidumbre y un lastre amenazaba con llevarme al fondo. Mientras tanto, compartía mis espacios personales (no laborales ni académicos) con mi ‘tetramonio’¹ y en esos momentos Sebastián (a quien conoceremos más adelante) nos contaba sus cuitas en el Programa de Atención a Pacientes de VIH del Seguro Social. Tengo que confesar que por meses estuve sorda ante la evidente oportunidad para desarrollar mi trabajo de grado sobre este tema. Fueron las continuas quejas y desahogos de Sebastián (puestos en común en nuestros espacios de comodidad), los que me permitieron identificar, gracias a un tardío momento de lucidez, que el VIH era un hecho susceptible de ser considerado desde la perspectiva de los Estudios Culturales. Hice una visita a la Asociación de Usuarios del ISS, ubicada en una zona de muchos contrastes, de eventos radicales, de protagonistas viviendo en la frontera. Esa visita me permitió experimentar que no sólo se trata de un tema médico o de servicio de salud, sino que atraviesa al individuo, impregna a la familia y delata a las entidades. También comencé a intuir que estaba más involucrada con el virus de lo que estaba dispuesta a imaginar.

Al fin me permití ver que ahí había un tema, un escenario, un lugar, un contexto específico, un problema político, una enfermedad social, una comunidad organizada, una tensión institucional, que, en suma cumplía con varios criterios, entre esos, el hecho de ser un tema un nuevo para mí, con el que convivo a diario, pero sobre el que no tengo mayores

¹ Este neologismo pretende resumir en una palabra un vínculo emocional que existe entre dos parejas. Por eso no es un matrimonio, sino un ‘tetramonio’, es decir, un matrimonio de cuatro.

herramientas. Con esto quiero decir que es probable que llegue a conclusiones a las que otros probablemente ya han llegado de manera más afortunada, sin embargo, aquí cuento con un contexto específico que delata la inmunodeficiencia de la biopolítica en las calles de Bogotá, que reconoce la existencia de la Ley colombiana, pero pone en evidencia la ejecución mezquina, ahora a través de la Nueva EPS, que rescata el papel de los activistas de la Asociación de Usuarios de la Nueva EPS, pero también da cuenta de las debilidades propias de las organizaciones de base.

Introducción a la inmunodeficiencia biopolítica

Dada la cercanía cotidiana con el VIH (desde hace más de cinco años mi vida está emocionalmente ligada a tres personas de las cuales dos son seropositivas, aunque ya nos daremos cuenta de que todos hacemos parte de esa misma subjetividad) este virus y todas sus implicaciones políticas, medicinales y sociales, se convierten en el objeto de deseo de este estudio. La manera como su aparición generó pánico en la humanidad en la década de los ochenta en el siglo XX, los escándalos suscitados por la muerte de famosos a causa de esta desconocida enfermedad, los descubrimientos médicos para tratarla (más no para curarla) y el descenso paulatino en la efervescencia pública con respecto a esta patología, motivado tanto por la censura soterrada de los conservadores (Crimp, 2003) y por la emergencia de otras tragedias de interés ‘mundializado’ como el calentamiento global y el terrorismo, han permitido, aparentemente, que el VIH se disperse o se confunda dentro de las prioridades de la agenda pública colombiana. Sin embargo, la enfermedad no ha desaparecido, el riesgo continúa, hay miles de portadores sobrevivientes que se someten a tratamientos diarios para combatir los daños mortales con los que el virus amenaza, mientras el sistema intenta no hacerse ‘cargo’, generando una especie de limbo para los portadores. Soy consciente de que argumentar esta afirmación es un compromiso ineludible, sin embargo, es la experiencia en el marco de la Asociación la que me permite plantearlo y profundizarlo más adelante.

Los portadores de VIH son sujetos que luchan, que lidian con una pugna interna de anticuerpos y virus, encarnan las políticas que alcanzan el éxito entre más tiempo vivan, ingieren medicamentos como alimento vital y rutinario, sus vidas penden de las políticas, de las instituciones y del acceso oportuno a los medicamentos y a los tratamientos. ¿Podría

afirmarse entonces que los portadores de VIH son sujetos inmersos en las lógicas que suponen una *inmunodeficiencia* de la *biopolítica*?

De esta inquietud se desencadenan otras preguntas que pretenden profundizar en esta tensa relación: ¿Cuál es el lugar que ocupan las políticas públicas de salud en la construcción de la política asociada al VIH en Colombia?² ¿Cuáles son las dimensiones que rodean esta relación? ¿Cómo la interacción de los sujetos portadores de VIH con la política pública puede dar cuenta de la posible vulnerabilidad del cuerpo político? ¿Cómo la Asociación de Usuarios de la Nueva EPS da cuenta de ciertas articulaciones entre subjetividades que hace más tensa la relación con las instancias de aplicación de la política pública? ¿De qué manera la agencia que ejerce la Asociación de Usuarios de la Nueva EPS se resiste al poder de las estrategias biopolíticas presionando la emergencia de formas de interacción alternativas a los esquemas de relación predeterminados institucionalmente?

La Asociación de Usuarios de la Nueva EPS

Como ya lo he mencionado antes, el escenario seleccionado para adelantar este trabajo es una organización de pacientes de VIH que, para efectos promocionales (impresión de tarjetas y papelería, por ejemplo), se llama Asociación de Usuarios Programa Nueva EPS Red de Apoyo, porque han identificado que la sigla ‘VIH’ genera reacciones negativas a su gestión. Esta Asociación se creó hace más de dos años, tal como nacen o deberían nacer las asociaciones: por un interés colectivo de seres anónimos por luchar por sus derechos como ciudadanos y como portadores de VIH ante la Nueva EPS (antes Seguro Social)³. En su momento, su constitución generó todo tipo de reacciones en el Seguro, en el Ministerio de Protección Social y aún hoy, la sola presencia de sus miembros en comités y reuniones es interpretada por los funcionarios como sinónimo de ‘piedra en el zapato’ o ‘abogados del diablo’.

² En el proyecto de investigación, esta preguntaba apuntaba concretamente a la exploración de la subjetividad de los pacientes de VIH, sin embargo, los avances me han permitido reconocer que las subjetividades de VIH van más allá de las corporalidades enfermas, de los fluidos vulnerables y en riesgo de contraer enfermedades oportunistas que les cobren la vida. Estas subjetividades van más allá de quien obtiene un diagnóstico positivo de VIH y desde ya declaro que yo encarno una de estas subjetividades.

³ Como veremos más adelante, durante el desarrollo de este estudio el Seguro Social fue liquidado y se reemplazó con una entidad llamada Nueva EPS, la cual fue promocionada con promesas de atención oportuna, como si fueran valores agregados y no lo mínimo para la atención médica.

Mientras la Asociación tuvo sede física en el barrio Santa Fe, los usuarios asistían mínimo dos veces y quien quería, regresaba. Mensualmente atendían cerca de 40 usuarios. La Asociación cuenta con una base de datos confidencial que actualizan presencial o telefónicamente, en la que se indica que el 70% de usuarios son hombres homosexuales, un 20% de los hombres que acuden son heterosexuales y las mujeres son aproximadamente 3 de cada 10 usuarios, sin que ninguna de ellas reporte ser lesbiana.

La Asociación cumple con los siguientes objetivos según los estatutos que estipularon para su funcionamiento y que se traducen en servicios para sus afiliados y usuarios de la EPS:

ARTICULO 2. El objetivo principal de la Asociación es: Ejercer vigilancia y establecer Veedurías, para garantizar el cumplimiento de las obligaciones adquiridas por la EPS ISS, con todas y cada una de las personas afiliadas a la misma que viven con **VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) O del SINDROME DE INMUNO-DEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)**. De acuerdo con las leyes vigentes, sentencias de la corte suprema de justicia y acuerdos internacionales suscriptos por Colombia.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Representar ante los Organismos privados y públicos a nivel nacional e internacional si fuere necesario, a las personas que viven con el VIH o SIDA, inscritas a la EPS Seguro Social, velando porque se cumplan las obligaciones legales que tiene la EPS ISS con estos para la atención integral de la salud, establecidas en el decreto 1543 de 1997 y demás normas concordantes y las establecidas en la Constitución Nacional, con el propósito de garantizar el derecho a la vida y, mejorar la calidad de vida de dichas personas
2. Propender por la ejecución oportuna, completa y ininterrumpida de los exámenes diagnósticos, aplicando tecnología de punta; para la patología del VIH o SIDA y las enfermedades oportunistas
3. Mantener control y vigilancia relacionado con el suministro oportuno, completo e ininterrumpido de los medicamentos requeridos para el tratamiento del VIH o SIDA y las enfermedades oportunistas; incluidas en el POS y fuera del POS, de acuerdo a las reglamentaciones legales.
4. Velar por el reporte de efectos secundarios de los retrovirales y demás medicamentos a las entidades encargadas.
5. Vigilar el debido cumplimiento de las normas establecidas en el ámbito nacional y propender por elevar sus estándares hacia las promulgadas por ONUSIDA, en relación con el tratamiento de pacientes VIH o SIDA y demás organismos encaminados a la protección del bienestar social.

6. Velar porque se asigne un cuerpo permanente e interdisciplinario de profesionales de la salud idóneos y calificados, que cubran acordemente las necesidades de los afiliados a la EPS Seguro Social, de acuerdo con los requerimientos que esta enfermedad demanda
7. Solicitar la información epidemiológica a la EPS ISS, y a las IPS que atiendan los pacientes.
8. Participar junto con la EPS ISS y demás organismos o entidades afines, en el desarrollo de programas encaminados a la prevención del VIH o SIDA y otras ETS.
9. Garantizar que los niños y niñas que viven con VIH O SIDA será representados por sus padres o quienes tengan su custodia.
10. Propender por los principios éticos de los Asociados y del personal de la salud asignado al programa de VIH o SIDA. (Asociación de usuarios de la EPS ISS viviendo con VIH o con SIDA, 2006: 1).

El servicio que no hace parte de la lista es el de tipo emocional, y es que ese espacio ha acogido a los pacientes, porque sienten que allá sí los entienden, que no los juzgan y se convierte esta relación en una terapia de pares. Sebastián, quien hace parte de mi círculo cotidiano, hace parte activa de la Asociación y ha abierto el camino para que esta indagación sea posible y viable.

En tono de Estudios Culturales

El análisis crítico de las políticas públicas de VIH - cuya aplicación se debate entre la exigencia de eficacia por parte de los usuarios y el mínimo esfuerzo necesario por parte de las instituciones para evitar implicaciones jurídicas – y la aproximación a unos sujetos portadores de VIH – quienes no necesariamente han sido discriminados, sino más bien, negados o anulados (morir de SIDA puede no ser un crimen, pero sí una vergüenza) –, son aspectos que hacen que este estudio sea vibrante en el marco de los Estudios Culturales. Comienza a percibirse un tinte político en la medida en que extiende un territorio de luchas en la que se enfrentan la política tradicional que totaliza y universaliza con las fuerzas políticas que privilegian la multiplicidad (Lazzarato, 2006). Trata de una minoría que ha de estar subordinada – aunque se resiste – a las decisiones políticas y a las lógicas institucionales y sociales; se subordina en la medida en que su vida depende de la oferta institucional en salud para proveerles los medicamentos para mantenerse con vida, pero se resisten porque confrontan constantemente los intereses capitalistas que rodean a la

institución que pretende con rabiosa frecuencia reducir los derechos de los pacientes de alto costo. Desde otra arista, da cuenta de formas de asociación que se niega a la formalización jurídica, pero que arrastra con algunos vicios de las organizaciones representativas. En este escenario se evidencian las luchas por otorgarles sentidos diferentes a un término que suena a enfermedad, a muerte y a pecado y que pretende mostrarse como supervivencia, empuje y vida. Cada decisión política e institucional y, particularmente, su ejecución y puesta en marcha en las entidades prestadoras de salud día tras día, inciden directamente en la vida, en el debilitamiento y hasta en la muerte de los portadores. Su supervivencia y su calidad de vida están amarradas de manera indisoluble a lo que les provee el Estado.

Es claro que, en contraste con las ciencias sociales de corte disciplinar que exigen del investigador cierta distancia y subjetividad, los Estudios Culturales invitan a que el rol de investigador se confunda en los circuitos y contextos específicos de las experiencias que se viven. Para dar cuenta de este tipo de vivencias, los lenguajes tradicionales de los que se valen las disciplinas de manera dominante, resultan limitadas en sus posibilidades de reconstrucción, deconstrucción y reflexiones particulares en un entorno específico. Durante la experiencia de participación en la Asociación se han dado percepciones que no se pueden reconstruir en palabras, por esto se recurre a la imagen como recurso que no se limita a ilustrar si no que lucha por hacer visibles momentos, espacios, cuerpos específicos y me emplaza en un lugar, en un terreno, donde ocupó un espacio ‘en medio de’ y no una visión ‘desde fuera’. Estas imágenes son [exploradas desde la cultura visual, en tanto objeto de los estudios visuales que supera el análisis estético o histórico y se ocupa de *la construcción visual del campo social* (Mitchell, 2003)].

La aproximación al VIH/SIDA desde su mera perspectiva médica marca unas fronteras muy cortas sobre un tema que tiene tanto de largo, como de ancho. De hecho, la revisión del cuerpo con una mirada más amplia a la que se hace en la atención médica tradicional, arroja entradas interesantes para el análisis y la crítica, así como le otorga una dimensión social al cuerpo que la ciencia suele ignorar. Por esto, el cuerpo y la teoría queer interesan en la medida en que la aparición del VIH forzó la generación de nuevas preguntas acerca de la corporalidad como territorio de lucha política y exigió de los activistas LGBT otras

categorías que les permitiera comprender y escudriñar las distintas dimensiones que implica este virus, el cual, por demás, ha dejado ver la vulnerabilidad del cuerpo político; es entonces ésta una inquietud conceptual para alimentar mi objeto cultural de análisis.

Arriesgando una hipótesis

La hipótesis de este estudio responde a cuatro inquietudes específicas, que se entretajan con exploraciones desde la cultura visual, la teoría queer, el cuerpo y la biopolítica, entre otros. Una de estas hipótesis es anticipada en el título mismo, el cual, en el juego de palabras, trae su propio veneno. Otro, está relacionado con la carencia de imágenes en Colombia que ilustren la situación de la patología y los asuntos sociales que implica; y es que la imagen es ya una construcción problemática porque, según algunos detractores de los Estudios Visuales, puede usarse para aglutinar subjetividades alrededor de una nueva fase del proyecto capitalista (Richard, 2007) o, tal como lo señala Chandra Mukerji en su revisión del ensayo de Allan Sekula, la fotografía es un objeto social que promueve fines políticos, sociales, estéticos, entre otros (Mukerji, 1986), por esto la falta de imágenes es en últimas, la invisibilidad de unas realidades o unos sujetos, ya sea para privilegiar otros en los primeros planos públicos o para reducir el alcance a instancias de poder que se valen de estas representaciones. En tercer lugar, se arriesga la hipótesis de que en materia de representación, el VIH/SIDA sigue más ligado a un asunto de orientación sexual desde lo homosexual sin explorar otras representaciones de subjetividades igualmente portadoras o en riesgo. Por último, se señala una hipótesis que indica que las políticas públicas pueden efectivamente producir subjetividades.

Este texto se denomina *Inmunodeficiencia Biopolítica*, como un juego de palabras con el que se busca establecer cómo las dinámicas de las estrategias biopolíticas influyen en el manejo de la patología del VIH, y al mismo tiempo, cómo la política, en tanto desencadenante de procesos sociales, es deficiente en sí misma, vulnerando la inmunidad del cuerpo político.

Según Sebastián, la política formulada para la atención de la patología de VIH es una de las más completas que existen en materia de salud, en la medida en que contiene un protocolo

de atención integral en salud. Sin embargo, su aplicación y puesta en marcha en el Sistema de Salud es deficiente.

La ley que existe es suficiente al día de hoy para tener pacientes con buen estado de salud. Pero es una ley que no se ejecuta 100%; las EPS siguen con la filosofía de una medicina curativa: ‘si te enfermas, te asisto’, pero no están manejando una atención integral, no hacen seguimiento al paciente para que no recaiga en las enfermedades. No han entendido que es más barato invertir en prevención y en seguimiento de pacientes y lo siguen considerando como un gasto y, en últimas, termina aumentando los costos en salud, cuando el paciente tiene que ir a una unidad de cuidados intensivos o cuando tiene que estar hospitalizado un mes o cada tres meses⁸. (Entrevista a Sebastián, mayo 30 de 2008)

Todos los días el portador de VIH se enfrenta a múltiples luchas, debates y dilemas: la aceptación social o el ocultamiento de su condición, la consecución de trabajo o de medios de subsistencia que no pongan en riesgo su salud, a lucha por sus derechos ante entidades ‘prestadoras de salud’ que deben suministrar una medicina formulada a medida, la cual debe ser ingerida en una rutina horaria impostergable. Son cuerpos y espíritus que también son motivados por la búsqueda de un ideal, de la felicidad, del amor fiel. El VIH hace parte del grupo de enfermedades que se puede prevenir, que se pueden tratar, pero no se curan, dejan cicatrices y, en el peor de los casos, matan. En muchos casos, no es la enfermedad la que mata, sino la falta de acceso a servicios de salud eficiente. Las tensiones entre vivir la vida y mantenerse con vida se convierten en grandes dramas de todos los días, que se repiten, se reiteran, suman a las estadísticas anónimas y desobjetivadas; su permanencia en los indicadores hacen que se conviertan en paisaje, deja de ser un problema y se convierte en una condición con la que es posible vivir. En suma, pierden su importancia y su trascendencia política.

Como parte de la revisión del estado del arte para este estudio, se ha podido establecer (como veremos en el Capítulo 3) que en el escenario internacional la imagen y su configuración en el arte, lo audiovisual, la fotografía, la agitación visual, ha tenido un papel clave en el activismo político que han posibilitado la visibilidad del SIDA en escenarios públicos. Esta visibilidad activa acontecimientos que confrontan los poderes dominantes,

⁸ A partir de este momento, cada vez que se registre un testimonio de Sebastián se expondrá con cursiva.

así como la carencia del rasgo político en la actividad artística desemboca en una creación que es más complaciente con lo hegemónico. La ausencia evidente de la relación imagen y SIDA en el marco colombiano puede tener consideraciones que se revisan más adelante, aunque desde ya generan preguntas profundas acerca del rol de arte y del artista en un país con una agenda pública tan convulsionada. ¿Quién está dispuesto a enfrentar con imágenes nítidas las cortinas de humo que se tienden para dispersar la atención del ‘público’ y enfocarla en titulares excipientes? ¿Quién se presta como instrumento para crear imágenes que revelen otras realidades a los colombianos que prefieren mantener su atención en estímulos visuales que los mantenga en su espacio de comodidad, mejor dicho, que no los perturbe? Por esto, parte importante de este estudio es un objeto visual como una manera de hacer visible aspectos relacionados con el SIDA en los que la imagen resulta más elocuente.

De otro lado, desde los orígenes del SIDA,⁴ la mayoría de las elaboraciones y narrativas relacionadas con éste, han sido desarrolladas en el marco de discusiones de género, de los movimientos LGBT y basados en categorías de análisis acuñadas dentro de lo que se ha denominado teoría queer. Esto puede implicar, paradójicamente, dos aspectos que se contraponen: por un lado, se sigue reiterando la idea de que el SIDA está directamente relacionado con unas prácticas sexuales heterodoxas y, en segundo lugar, puede ser el camino más consolidado para dar a conocer lo que conlleva esta patología en términos biológicos y sociales, asunto que con dificultad se puede encontrar desde una iniciativa que parta de la ‘normalidad’ heterosexual.

⁴ Durante la elaboración del estado del arte hemos podido conocer que existen teorías marginales que establecen que el origen del SIDA no es el VIH. Plantean incluso que el SIDA en EEUU es causado por trauma tóxico y mala nutrición y que su versión en los países en desarrollo corresponde más a enfermedades mortales comunes asociadas con la pobreza (Corsi, 2005). Sin embargo, en su *dossier*, la investigadora sudafricana Shereen Usdin afirma que el VIH cumple con todos los criterios Bradford-Hill para determinar la causa de una enfermedad: causa como precedente a la enfermedad; relación estadística entre causa y enfermedad; explicación biológica verosímil de cómo la causa conduce a la enfermedad; a crecimiento de la causa, crecimiento de la enfermedad (Usdin, 2004: 90). Si bien no esperamos naturalizar la idea de que el SIDA es ocasionado por el VIH, sí se entiende uno como un desencadenante del otro, u otro como evidencia de la presencia del uno, sin desconocer las teorías que los desarticulan.

Por último, este estudio entiende que el ‘rótulo’, ‘identidad’ o ‘subjetividad’ de los portadores de VIH no se adquiere exclusivamente por contraer el virus y por un diagnóstico médico. La subjetividad de portadores de VIH adquiere otras tonalidades con serias implicaciones sociales en la medida en que es impactada por la formulación y aplicación de políticas públicas relacionadas con el tratamiento de la patología, tanto como por las lógicas y políticas del mercado farmacéutico en tanto estas subjetividades se convierten en consumidores y el estado en cliente. De otro lado, las ‘subjetividades de VIH’ no se circunscriben exclusivamente a quienes han sido diagnosticados con el virus, sino que involucran a familiares, parejas, amigos, especialistas, activistas, que de un modo u otro viven y conviven con esta patología, lo cual implica unas precauciones a manera de ritos para su interacción con los portadores. De allí que parte del objeto audiovisual que resulta de este estudio sirva de testimonio de la manera como uno deviene paciente o portador en escenarios institucionales o médicos, en los que mencionar la sola posibilidad de aplicar la prueba de Elisa para el VIH desconfigura a los funcionarios y articula discursos sin sentido o desata reacciones torpes.

Aparatos metodológicos para el análisis o cómo sumergirse en la aventura

Explorar un mundo desconocido requiere de una serie de herramientas que acompañen, aligeren la carga y permitan que el ejercicio del observador, del viajero, del caminante, sea más profundo, lleno de emoción y, sobretodo, de experiencias irrepetibles. Estos mundos cuentan con sus propias condiciones ambientales y de entorno que en muchas ocasiones exigen del aventurero una preparación física y mental para adentrarse en ese nuevo escenario y enfrentarse a los retos y sorpresas que se presenten. Algo parecido sucede con la práctica de los deportes de riesgo: volar y bucear se parecen. Se pierde el contacto con la tierra, rodea un entorno distinto (aire o agua), existen unos protocolos previos a iniciar el viaje, requieren de una actitud y preparación de quien practica.

El aventurero debe conocer las condiciones o características básicas del ‘terreno’ al que va: corrientes de agua o de aire, cambios de presión, atmósferas, lenguaje y canales de comunicación. Por último, es necesaria una serie de equipos que le ayudan al viajero a penetrar en ese mundo y sin los cuales ese viaje no sería posible: arneses, parapente,

tanques, reguladores, traje, brújula, mapas, cascos, entre otros. Con este inventario de herramientas, el explorador está listo para iniciar su viaje, de hecho, sólo con prepararse ya ha comenzado la aventura. Lo mejor de todo es que, a pesar de todos estos preliminares, no hay seguridad de que se llegue al destino, son viajes sin garantías en los que incluso, la vida se pone en riesgo. El mejor viaje es, entonces, aquel que iniciamos y del que volvemos transformados, un viaje que no finaliza cuando se llega a puerto. Este viaje en particular inició en otro y llegó a mí misma, partió de la distancia y finalizó en la vecindad, arrancó con instrumentos pero terminó con más preguntas.

El ejercicio de la investigación tiene muchos elementos de la aventura y la exploración. No sabemos a ciencia cierta a qué nos enfrentamos, pero eso no significa que no nos preparemos, que no busquemos nuestras herramientas para enfrentarnos a ese campo del que podemos hacer parte, pero que desconocemos. Ese conocimiento previo del explorador podría asemejarse a los marcos teóricos y conceptuales que el investigador necesita para iniciar su viaje, de hecho, los preparativos ya hacen parte de la aventura. Mientras que el equipamiento y sus instrumentos podrían convertirse en los marcos metodológicos del estudio, aquellos aparatos que facilitan la entrada al mundo y el avance en el viaje.

Para lanzarnos a la aventura sin garantías, pero con algunos preparativos, hemos identificado cuatro aparatos metodológicos que, en conjunto y con cierto rigor, se convierten en estrategias que nos van a permitir sumergirnos en el escenario seleccionado, con la pregunta como obsesión, las hipótesis como *background*, los objetivos como metas y las herramientas conceptuales como soporte teórico.

De la lectura entre líneas: Un primer aparato metodológico es la revisión documental, la cual no podemos confundir con la revisión bibliográfica para la consolidación de los marcos conceptuales y metodológicos, ni con el ejercicio de estado del arte que entrega elementos de contexto sobre lo avanzado en lo relativo a este estudio. Cuando nos referimos a la revisión documental como aparato metodológico estamos hablando de la interrelación con todos aquellos archivos que han sido generados por entidades (Ministerio, organismos multilaterales, IPS, ESE, etc.) que directa o indirectamente influyen o afectan a

los usuarios, en la medida en que modifica, reglamenta o canaliza el acceso de los usuarios a los programas de atención de la patología y alteran, reterritorializan o presionan la construcción y adaptación de las subjetividades de los pacientes de VIH/SIDA. Soy consciente de que el trabajo analítico sobre el archivo es problemático desde una perspectiva crítica teniendo en cuenta que, como lo señala Diana Taylor, los objetos archivados han sido mitificados como incorruptibles con el paso del tiempo, como memoria que se ejecuta a pesar del tiempo y que exceden a lo vivido:

La memoria de archivo opera a través de la distancia-- tanto en términos temporales como espaciales: los investigadores pueden volver a examinar un manuscrito antiguo, las cartas van a la búsqueda de sus destinatarios en lugares lejanos, y a veces los documentos perdidos se pueden rescatar de un diskette. (...) Hay muchos mitos en relación con el archivo. Uno de esos mitos es que es el archivo no es mediatizado - es decir, que los objetos localizados allí tienen un significado concreto y estable independientemente del proyecto que los llevó a formar parte del archivo. Pero lo que hace que un objeto sea archivable es el proceso por el cual ese objeto es seleccionado para determinado análisis. Otro mito es que el 'archivo' resiste el cambio, la corrupción, y la manipulación política. Pero los objetos- como libros, pruebas de ADN, fotos de identificación- pueden misteriosamente aparecer o desaparecer del archivo (Taylor, 2003: En Línea).

Por eso se trata de una lectura entre líneas, caracterizada no tanto por la interpretación del texto, sino por la búsqueda de lo que sugiere el subtexto y por las agendas ocultas que no son explícitas en sus contenidos, pero que son, en últimas, las que dan cuenta del emplazamiento político y del proyecto de los autores institucionales de los documentos que hacen parte del archivo.

De lo que se vive, percibe, experimenta y escribe: El segundo aparato metodológico es conocido como 'observación participante' y tiene que ver con la oportunidad de adelantar este estudio 'haciendo parte de...', esto quiere decir que mi labor de voluntariado me permitió convivir con las lógicas y dinámicas diarias con las que se enfrentan constantemente las políticas públicas, los sujetos portadores y la agencia que ejerce la Asociación. Entre marzo y agosto de 2008 acudí a la sede de la Asociación los viernes en horas de la mañana; allí me dedicaba a diseñar formatos de cartas, circulares y requerimientos para el ISS y las IPS que los atendía, revisé estilo de algunas comunicaciones de modo que fueran tan claras y contundentes que no fuera fácil rechazar o

ignorar la petición por parte de los funcionarios y ayudé a organizar algunos de los registros y archivos que se acumulaban: en mis cuadernos tomé notas de archivo, pero en mi cuerpo se inscribieron repertorios que perduran en la piel y en las emociones. El espacio se prestaba para interactuar con los usuarios que llegaban a actualizar los resultados de los exámenes y a compartir sus luchas diarias, sus avances o sus retrocesos en el control de la patología. Por eso, aún tengo mis dudas con respecto a que ‘observación participante’ sea el rótulo apropiado para denominar lo que he vivido y cómo lo he hecho, porque existen definiciones de esta metodología que, aunque integran al investigador en el campo de acción, aún insisten en marcar distancias entre quien adelanta el estudio y las personas y comunidades con las que trabaja. Esto se puede identificar en aspectos como que en la teoría metodológica se hace mención de los ‘sujetos de investigación’, término que inevitablemente lo lleva a uno a hacerse la imagen de una comunidad vista a través de un microscopio o de una lupa; se dice que los datos recogidos durante la aplicación de esta herramienta metodológica sirven para comprender los contextos físicos, sociales, culturales y económicos de modo que se le otorga mayor valor a lo consignado en los cuadernos de campo que a la experiencia vivida (Mack, Woodson, McQueen, Guest, & Namey, 2005).

Esas definiciones tradicionales de observación participante poco hablan de la transformación que sufre el investigador, de hecho, sugieren una ética que parte de la discreción que debe tener quien se aproxima a la comunidad, de modo que su propia su subjetividad no ‘altere’ las ‘condiciones normales’ de la vida de los participantes en el estudio. Se percibe en esto cierta verticalidad que pone al investigador en un lugar dominante y sus notas se debaten en el concepto de ‘archivo’, bajo el entendido de cuadernos resistentes al paso del tiempo, y se ignora su propio sujeto como superficie en la que se inscribe la experiencia vivida como un ‘repertorio’ performativo, entendido como una memoria corporal, tal como lo plantea Diana Taylor, como una experiencia que se instala en el cuerpo y que cualquier intento por traslaparla con notas de cuaderno, no sólo resulta inútil sino que archiva lo acontecido y lo cristaliza. Tengo que admitir que primero participé (ya he contado cómo me vinculé desde lo emocional con la realidad del VIH), luego observé y después atiné a denominarlo de esta manera: observación participante. Con esto quiero decir que yo no elegí este método, sino que las circunstancias hicieron que lo

había estado viviendo se convirtiera en un asunto sobre el cual reflexionar, para luego participar y observar en una labor de voluntariado con mayor conciencia, en otras palabras, el método me encontró a mí como instrumento.

De la elocuencia de la imagen: El tercer aparato metodológico planteado es una exploración audiovisual que recoge una serie de imágenes fijas y en movimiento, elaboradas en distintos momentos de la inmersión en el estudio y con las que se espera superar la mera ilustración de hechos o contextos y, a cambio, se busca arriesgar una apuesta estética crítica que corta también con mi propia subjetividad. La imagen, este escenario con cuatro bordes y dos dimensiones, es una forma de interpelar a quien se emplaza ante ella con su propia mirada. Esto se traduce en un registro periódico fotográfico y un relato audiovisual que al final recoge fragmentos, testimonios, antecedentes, a manera de *collage*, de recortes que en conjunto dan cuenta de la pregunta de investigación y de lo indagado. El alcance político de esta estrategia está relacionado con la posibilidad de visibilizar lo que ha sido invisibilizado en materia de VIH/SIDA en Colombia tal vez motivado por un lugar de comodidad y distancia de artistas, políticos y organizaciones; con estas imágenes se pretende explorar otras agencias políticas que se revelan o dejan ver a su gusto pudiendo esto dificultar el trabajo de representación o visibilización de la patología, es decir, puede que este objeto audiovisual deje de mostrar más de lo que se presenta. Este objeto busca explorar relaciones que el VIH/SIDA articula con instancias sociales que suelen verse de forma distanciada o aséptica, como el espacio público o las instancias institucionales, mostrando distintas caras y dimensiones, muchas de las cuales preferimos ignorar o evadir. No se trata de un documento audiovisual de denuncia periodística, ni de un reportaje objetivo que exponga datos y responsables de lo que en este estudio se ha llamado inmunodeficiencia biopolítica. Todo lo contrario, la imagen y el sonido evaporan las fronteras de una enfermedad y generan de manera perturbadora preguntas sobre los límites de la salud y las fronteras de la enfermedad, no sólo en relación con el SIDA, sino con otros escenarios donde lo social y lo político palpitan y dispersan fluidos *inmunodeficientes* de una manera más soterrada y escurridiza para su control.

De la formulación polifónica: Durante la formulación de este estudio y, con seguridad, durante su puesta en marcha y desarrollo, he tenido la necesidad de incluir otras voces, otros relatos y otros textos que son distintos a los enunciados teóricos y conceptuales y a la producción propia de quien adelanta la investigación. Esta necesidad la he sentido como un afán por evitar la pose antropológica tradicional de quien habla por los demás, sino más bien traer a este lienzo sus palabras que resultan más elocuentes. Estas otras voces no se instalan con el interés de hacer un ‘chantaje emocional’ a los lectores, ni espero que se criticalicen a manera de testimonio inmóvil; en realidad, han sido voces que se han abierto su propio camino, en la medida en que podría dar cuenta de su contenido en mis propios términos, pero no serían más que una interpretación inútil o una segunda generación de algo que está mejor ilustrado o expresado en aquellas voces que aquí se insertan:

Las historias de vida tienen la particularidad de partir de relatos individuales para construir una visión de la sociedad en su conjunto. A partir de las historias que ha vivido la gente y su forma de recordarlas y narrarlas, se puede encontrar el tejido que sustenta los imaginarios sociales que se mantienen y se modifican en el tiempo. De esta manera las historias están construidas en tiempos y espacios concretos, así estén sometidas al recuerdo que permanece en actitudes, sentimientos, emociones, prácticas como vínculos entre lo individual hacia lo colectivo (Vásquez Cardozo, 2005: 57).

El alcance del estudio y la inmersión en un contexto donde todo es intenso me han exigido expresar buena parte de mis inquietudes, impresiones y emociones particular que se apartan de lo políticamente correcto que pueda pensarse de la escritura académica; con el tono que adopta mi escritura me emplazo también como una ‘observadora vulnerable’ (Behar, 1996) e, incluso, doy pasos que me alejan de la observación y me confunden con quienes experimentan:

Perdida, en duelo, el anhelo de la memoria, el deseo de entrar en el mundo que le rodea y no tener idea de cómo hacerlo, el miedo de observar muy fríamente o muy distraídamente o muy toscamente, la rabia de la cobardía, la perspicacia que siempre llega tarde, como una desafiante retrospectiva, un sentido de la completa inutilidad de escribir cualquier cosa y aún el deseo abrasador por escribir algo, son las estaciones a lo largo del camino. Al final del viaje, si usted está de suerte, puede alcanzar a ver la luz, y se sentirá muy satisfecha. La vida, después de todo, es generosa (Behar, 1996: 3, Traducción propia).

La polifonía no sólo se refiere a las múltiples voces que se ‘escuchan’ durante el estudio, sino que también se refiere a diversos formatos y géneros para dar cuenta tanto de estas voces, como de hechos, momentos y vivencias que han atravesado este camino analítico y crítico. Esta multiplicidad de voces mezcladas con mi propia voz ha requerido una forma de escritura particular:

El giro crucial, para mí, han sido las nuevas posiciones tomadas hacia una reflexión auto-crítica en la escritura etnográfica. El algunas veces acalorado debate sobre la conveniencia de la reflexión marca la apertura de la tradición etnográfica hacia nuevas posibilidades, un desvío desde la ideología de la objetividad, de la distancia y la transparencia de los conceptos de realidad, hacia un reconocimiento de las necesidades por explorar las dimensiones éticas, políticas y epistemológicas de la investigación etnográfica como una parte integral de la producción de conocimiento sobre otros (Marcus, 1994: 392, Traducción propia).

En este caso, la escritura etnográfica no solo gira hacia una exploración de las dimensiones ética, política y epistemológica como parte clave en el reconocimiento de los otros, sino que se trata también de un conocimiento propio, una identificación de mis propias inmunodeficiencias, de mi subjetividad inmersa en una cotidiana que convive con un virus. De ahí que la escritura de este texto se presenta en primera persona y con relatos personales e incluso íntimos, en diálogo con conceptos, autores y voces. Por un lado, no encontré un mejor modo para dar cuenta de lo que experimenté sino a través de mi propia voz con la misma crudeza con la que lo relataría en voz alta, con esto también quiero decir que no se trata de un ‘estilo irreverente’ para causar algún efecto, definitivamente escribo como me expreso, aunque pudiera ser tachado de ‘etno-ego-centrismo’ (Poewe, 1996). De otra parte, se hizo urgente evitar a toda costa cualquier postura de falsa ‘distancia y objetividad’ que me otorgara un lugar privilegiado en el estudio, una ubicación que me permitiera salir ilesa, cuando en realidad me perdí en los flujos de una patología social sin remedio en la que no hay fronteras entre ‘otros’ *inmunodeficientes* y unos invulnerables.

Mapa de navegación

Este estudio está presentado a través de tres capítulos y un objeto audiovisual. ‘Cuerpo político deficiente’ es el primer capítulo, donde se recogen herramientas conceptuales claves para la comprensión del planteamiento de la *Inmunodeficiencia Biopolítica*. Abarca

una mirada crítica a la política pública sobre VIH en Colombia, se aproxima a la subjetividad del portador y plantea una lectura errada de la patología y sus implicaciones sociales a partir de una lectura particular de Judith Butler, relacionando algunos casos puntuales vividos en el marco de la Asociación de Usuarios de la Nueva EPS.

‘Los cortes del portador’ inicia con un excursus sobre el proyecto de Capitalismo y Esquizofrenia de Gilles Deleuze y Felix Guattari, a partir de una pregunta que vincula una de sus categorías analíticas con una definición del VIH: ¿Cómo se relacionan un cerebro sin cuerpo con un cuerpo sin órganos? El ‘cerebro sin cuerpo’ es una metáfora a través de la cual se define la manera como el VIH se apropia de las células sanas, mientras que el ‘cuerpo sin órganos’ habla del impulso del capital por expandir su potencia, por llegar al límite.

Posteriormente, se recogen todas aquellas discusiones desde las cuales se ha dado cuenta de la patología en un marco social, vinculadas a los problemas de género, clase social y subalternidad. Se trata de una mirada amplia al fenómeno del VIH que hace rato traspasó el escenario de lo médico y estrictamente biológico. De otra parte, visibiliza la subjetividad de VIH más allá de quien porta el virus - a ésta se vinculan los círculos sociales no portadores que conviven con el diagnóstico, implicando nuevas adaptaciones, formas de vida y relaciones.

El capítulo tres hace un plano cercano al VIH desde la cultura visual y a partir de varias entradas. En primera instancia, delata la relación de la imagen con el SIDA, ya sea por su representación permanente y su impacto social en muchos países, o por su ausencia o mutismo en Colombia. Luego hago evidente mi propia mirada, a través de la reconstrucción de mi experiencia y las representaciones que hago del tema del VIH; se trata de una argumentación del objeto audiovisual que acompaña este texto. Por último, será la oportunidad de presentar en prosa lo que se ha percibido a través de otros sentidos, abusando del foco que permiten los Estudios Visuales y la Cultura Visual que atraviesa una patología que se sale de lo médico, un sector que se resiste a marginalizarse y unas formas de relacionarse con el cuerpo que se escapa de cualquier rótulo genérico. Este capítulo ha

sido denominado 'Esquinas Marginales' como una manera de hacer evidente que el sector donde tuvo sede por dos años la Asociación de Usuarios de la Nueva EPS resultó ser un escenario donde se configuran la precariedad de una lucha organizativa por la vida, un lugar donde gestaron estrategias de resistencia, un sitio ubicado en un núcleo capitalino donde convergen síntomas sociales que la 'gente de bien' prefiere lejos de sus realidades.

CAPÍTULO 1: CUERPO POLÍTICO DEFICIENTE

Como lo he planteado anteriormente, este estudio busca delatar la vulnerabilidad del cuerpo político y de las estrategias biopolíticas a partir del acercamiento al VIH/SIDA desde una perspectiva contextualizada en la Asociación y en la vida de pacientes y portadores. Para esto, resulta clave desenmarañar tanto algunos conceptos que atraviesan este planteamiento relacionados con las categorías ‘biopolítica’ y ‘biopoder’, como la descripción de esta patología, cuyos rasgos aplicados a lo social sobrepasan lo metafórico y bien podrían verse como diagnóstico de una enfermedad crónica que contamina a instituciones y ciudadanos. Este capítulo también navega por la revolución sexual como un antecedente cronológico para la aparición del VIH, adelanta una crítica a los enunciados universalizantes de los organismos internacionales, se entretiene con planteamientos de Sebastián a partir de su propia experiencia y lectura, explora en algunos rasgos identitarios de los portadores, amplía el espectro hacia el escenario de la Asociación y desemboca en una aproximación teórica desde Judith Butler.

Políticas públicas sobre VIH: Biopolítica a prueba

Siguiendo a Foucault, la premisa política que emerge en el siglo XIX de ‘*hacer vivir y dejar morir*’ (superando la obsesión del soberano por ‘dejar vivir y hacer morir’) refleja el afán con el que se ejerce el poder sobre la vida misma, protegiéndola, cuidándola y prolongándola. Se trata de un biopoder que cuenta con sus propios mecanismos, técnicas y tecnologías aplicables sobre los cuerpos para mantenerlos no sólo con vida, sino productivos. ‘A diferencia de la disciplina, que se dirige al cuerpo, esta nueva técnica de poder no disciplinario se aplica a la vida de los hombres e, incluso, se destina, por así decirlo, no al hombre/cuerpo sino al hombre vivo, al hombre ser viviente; en el límite, si lo prefieren, al hombre/especie’ (Foucault, 2000: 220). Se desprenden dos tecnologías de este biopoder: por un lado, una individualizante y atomizante, que aplica el poder sobre el cuerpo del individuo, la cual ha sido denominada como ‘anatomopolítica’:

Todos esos procedimientos mediante los cuales se aseguraba la distribución espacial de los cuerpos individuales (su separación, su alineamiento, su puesta en serie y bajo vigilancia) y la organización, a su alrededor, de todo un campo de visibilidad. Se

trataba también de las técnicas por las que esos cuerpos quedaban bajo supervisión y se intentaba incrementar su fuerza útil mediante el ejercicio, el adiestramiento, etcétera (Foucault, 2000: 219).

La otra tecnología que emerge del biopoder es aquella que colectiviza, que se aplica sobre grupos humanos y se ocupa de sus rendimientos y resultados a través de las estadísticas reflejadas en tasas de natalidad, de mortalidad, de morbilidad y de movilidad, denominada ‘biopolítica’:

Estos procesos de natalidad, mortalidad y longevidad constituyeron, a mi entender, justamente en la segunda mitad del siglo XVIII y en conexión con toda una masa de problemas económicos y políticos (...) los primeros objetos de saber y los primeros blancos de control de esa biopolítica. En ese momento, en todo caso, se pone en práctica la medición estadística de esos fenómenos con las primeras demografías (Foucault, 2000: 220).

En el marco de la biopolítica, la medicina ya no es asunto del médico de familia que sigue la evolución de un paciente de manera individual, sino que se articula con estrategias de higiene pública, de conductas asépticas que deben posibilitar que la población se mantenga vital y útil desde el punto de vista político, científico y biológico. Así lo plantean los manuales que genera el Ministerio de Protección Social, tal como lo Muestra el Modelo de gestión programática en VIH/SIDA:

La atención integral en VIH/sida involucra el conjunto de las intervenciones requeridas para limitar el crecimiento de la epidemia del VIH, evitar que quienes no están infectados se infecten y que quienes están infectados no transmitan el VIH, no se reinfecten y encuentren todos los recursos requeridos para satisfacer sus necesidades médicas, emocionales, sociales y económicas. De esta forma, las personas podrán disponer de las condiciones necesarias para mantener una vida digna, activa, integrada, con garantía de derechos y ejercicio de deberes.

Por lo anterior, se incluye una amplia gama de intervenciones que cubren entre otras: la promoción de la salud sexual y reproductiva, las acciones que modifiquen las condiciones de vulnerabilidad de la población, el desarrollo de intervenciones específicas para prevenir la transmisión del VIH/sida, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad a la infección; el control de riesgos biológicos y la bioseguridad, la detección temprana de la infección por VIH, la vigilancia en salud pública, la atención integral de las PVVS, y el monitoreo constante de la gestión en este campo.

Este amplio espectro de intervenciones, no dependen sólo de los actores clásicos vinculados al sector salud. Sin duda exige del concurso organizado de los actores

sociales que tienen el poder de actuar sobre los macrodeterminantes de la dinámica del VIH en el país; de los actores de carácter familiar y comunitario que tienen impacto sobre los procesos de socialización primaria y secundaria de las personas; de los actores vinculados con las estructuras formales de los sistemas de atención en salud, que facilitan la protección, el cuidado y la recuperación de la salud; y finalmente, de cada persona, que pone permanentemente en juego sus recursos individuales en la protección de su vida durante el ciclo vital (Ministerio de la Protección Social, 2006: 27).

Escudriñar el VIH/SIDA en el marco de lo político es un ejercicio que resulta no sólo fascinante en términos conceptuales, sino paradójico desde el punto de vista crítico en la medida en que este virus y sus consideraciones sociales no sólo ponen a prueba la eficacia biopolítica, sino que su comportamiento biológico puede dar pistas sobre otras inmunodeficiencias del cuerpo político. Comprender la noción de ‘cuerpo político’ es clave en la medida en que argumenta el postulado de la vulnerabilidad de lo político a pesar de la lucha por la eficacia de las estrategias biopolíticas:

Se puede incluso afirmar que justamente el progresivo afianzamiento de la metafísica mecanicista y del modelo individualista marca un incremento de sentido en la analogía Estado-cuerpo con una dirección específicamente inmunitaria. La clave de este pasaje reside en una creciente complicación de la relación entre vida y cuerpo político. Relación que pierde naturalidad cuando este último es sometido a presiones del medio cada vez más violentas: sediciones, guerras, revoluciones. Pero justamente este carácter problemático hace que resulte aún más necesaria. La vida del cuerpo político, precisamente por ser constitutivamente frágil, debe ser colocada preventivamente al resguardo de aquello que la amenaza (Esposito, 2005: 163).

El Estado, en el marco de la biopolítica, está volcado hacia la protección de la vida y es esa misma obsesión la que puede estar significando su propia debilidad, casi como si las patologías de los ciudadanos se filtraran al escenario de lo público:

Y a este cuerpo –a un tiempo individual por ser propio de cada cual y general por estar relacionado con toda una especie– se dirige la biopolítica en su intento de protegerlo, potenciarlo, reproducirlo con una finalidad que va más allá del viejo aparato disciplinario porque concierne a la existencia misma del Estado en su “interés”, a la vez económico, jurídico y político. (...) si el cuerpo de los ciudadanos se convierte realmente –y no tan sólo metafóricamente– en el lugar en el que se concentra el ejercicio del poder, resulta obvio que la cuestión de la salud pública, entendida en su significado más amplio y general de “bienestar” de la nación, se

vuelve el eje en torno del cual termina por girar toda la actividad económica, administrativa y política del Estado (Esposito, 2005: 194, 195).

Ahora se hace necesario articular el concepto de biopolítica con la aparición del VIH, de manera que se cuente con mayores bases para continuar con este estudio. Empecemos por decir que, tal como lo registra Usdin, el VIH ha sido considerado como un cerebro sin cuerpo, en la medida en que ‘tiene que apropiarse de una célula para reproducirse y sobrevivir’. Para esto, entra en un receptor humano y lo infecta (Usdin, 2004: 83)⁵. Podría decirse que el comportamiento del VIH responde a lógicas de espionaje, en la medida en que engaña, se camufla y se mete en el organismo con el objetivo de vulnerarlo, debilitarlo y matarlo. El cuerpo humano cuenta con los linfocitos o células CD4 como parte del sistema inmune; es a esas células a las que engaña el VIH haciéndoles crear copias del mismo virus. Ya dentro de la célula, el virus se apodera de su cerebro, es decir de su núcleo, secuestra su ADN y, simultáneo a la creación natural de proteínas, esas células crean nuevos virus que se dispersan hacia otras células. En otras palabras, el virus no ataca masivamente de arranque, sino que basta con que ‘corone’ una célula para que su información virulenta se disemine por el organismo de manera brutalmente eficiente.

Hasta ahora pareciera ser una descripción de corte estrictamente anatomopolítico, pues damos cuenta de lo que sucede dentro del cuerpo de un individuo. El asunto es que en el intercambio de flujos (semen, fluidos vaginales, sangre) producto de cortes de diversas naturalezas, el virus navega de un cuerpo a otro, replicando su práctica engañosa de espionaje y vulnerando cada vez más cuerpos. Esa distribución exponencial del virus en diferentes personas a velocidades alarmantes, sumados a la ignorancia médica y social sobre esta patología, fueron las que pusieron en jaque al cuerpo político cuando comenzó a hablarse de la pandemia, evidenciando una grieta mortal en las estrategias montadas como parte de la biopolítica. Así la inmunodeficiencia desbordó el cuerpo político y contaminó cuerpos sociales, políticos y económicos en escalas que las estrategias biopolíticas no pudieron controlar, haciendo evidentes sus deficiencias y las grietas que las hacen inestables: la formulación de estrategias biopolíticas resulta insuficiente, cuando su

⁵ Es inevitable sentir el impulso por desarrollar un análisis de esta afirmación de cara al concepto de ‘cuerpo sin órganos’ que proponen Deleuze y Guatarí en *Mil Mesetas*, 2006. Ya veremos más adelante si el estudio cede ante la tentación.

ejecución atraviesa formaciones institucionales y estatales, así como sensibilidades particulares que se esmeran más por la política del menor esfuerzo que por la eficiencia biopolítica que se traduzca en cifras, estadísticas y resultados sobresalientes.

En eso consiste la inmunodeficiencia, en debilitar los sistemas que mantienen alerta a los organismos a través del engaño y el control del cerebro para luego poner en riesgo al cuerpo entero. En el cuerpo político sucede algo parecido – basta con vulnerar un centro o un vértice sobre el que exista algún tipo de balance social para poner en riesgo otras formaciones sociales:

Que se hable de guerra –y no de simple batalla– perdida por el sistema inmunitario se debe al carácter material y simbólicamente devastador de la derrota. Si el sida en poco tiempo adquirió las facciones desfiguradas de peste del siglo XXI –no una enfermedad, por más grave que sea, sino el mal mismo materializado en el cuerpo individual y colectivo–, ello se debe justamente al ataque frontal de que hace objeto al mito salvífico del sistema inmunitario. Despojándolo de sus defensas, penetra en el yo y provoca su implosión (...) Lo lesionado, en este caso, no es sólo un protocolo sanitario, sino todo un régimen ontológico: la identidad del individuo como la forma, y el contenido, de su subjetividad. Sí, también el cáncer la corroe, tanto como la estremecen las enfermedades vasculares. Pero el sida la devasta porque destruye incluso la idea de límite identitario: la diferencia entre mimos y otro, adentro y afuera, interior y exterior. Viene, sin duda, desde afuera. De otro individuo, grupo, país.

Incluso en algunos aspectos es el ‘afuera’ mismo en su carácter más incontrolable y amenazante. Pero luego, una vez instalado en el interior del cuerpo, se transforma en otro ‘adentro’. Se podría decir que su especificidad reside precisamente en su ‘hacer afuera’ su adentro, en hacer del adentro un afuera (Esposito, 2005: 229-230).

La biopolítica y el biopoder han logrado centrar la atención en la preservación de la vida misma; todos los organismos políticos se han volcado a que sea la vida el centro de atención y han hecho de la muerte un accidente indeseable:

Ahora bien, cuando el poder es cada vez menos el derecho de hacer morir y cada vez más el derecho de intervenir para hacer vivir, sobre la manera de vivir y sobre el *cómo* de la vida, a partir del momento, entonces, en que el poder interviene sobre todo en ese nivel para realzar la vida, controlar sus accidentes, sus riesgos, sus deficiencias, entonces la muerte, como final de la vida, es evidentemente el término, el límite, el extremo del poder (Foucault, 1997, 224).

La segunda mitad del siglo XX se caracteriza por una redefinición del cuerpo y por unas manifestaciones sexuales distintas a las acontecidas en el marco de las culturas en los siglos precedentes. Y es que, durante muchos años y con el patrocinio de distintas religiones, los humanos nos dedicamos a ‘enclosetar’ nuestras pasiones, a esconder nuestro cuerpo y a satanizar los impulsos, considerándolos prehistóricos y bárbaros:

La religión judía fue de las primeras en reprimir la sexualidad, particularmente la de las mujeres que eran consideradas simples objetos sexuales. En el Antiguo Testamento, la función de la mujer era procrear, perpetuar, y servir a los hijos. El cristianismo cambió esta visión pero al pasar a ser religión oficial del imperio romano se convirtió en una fuerza política y represiva. El cristianismo designó la sexualidad como algo impuro. El islamismo reprimió aún más ferozmente a las mujeres, y continúa esa injusta práctica hasta nuestros días. Lo prueban los velos y pesados rodajes que les obligan a llevar en los países donde es la religión oficial. (Sorli, 2002)

Teniendo como antecedente la liberación femenina, las décadas de los 60 y 70 del siglo XX se caracterizaron por la llamada ‘revolución sexual’ que, lejos de pensarse como una proliferación de prácticas sexuales innovadoras, se trató más de visibilizar todo tipo de manifestaciones, expresiones y comportamientos sexuales que ya hacían parte del ‘lado oscuro y oculto’ de la vida cotidiana de los habitantes de Occidente.

La revolución sexual y el movimiento *hippie* fueron formaciones sociales occidentales que impregnaron el arte, con el mismo ahínco con el que se enfrentaron políticamente contra la dominación y la guerra: Su estilo fue la psicodélica y la multiplicidad de colores inspirados en las drogas alucinógenas de la época (LSD) y que se plasmaba en: moda, artes gráficas y sobre todo en la música, en cantantes como Janis Joplin y en bandas como *Love*, *Grateful Dead*, *Jefferson Airplane* y *Pink Floyd* por nombrar sólo algunas. Fueron recurrentes las manifestaciones y grandes asambleas de jóvenes en distintos lugares del mundo occidental, oponiéndose a la guerra, a las imposiciones hegemónicas de los Estados Unidos y a la cultura consumista, entre otras prácticas que buscaban desactivar con un estilo de vida que desató luchas culturales entre, por ejemplo, los jóvenes y los puritanos, que se configuró en un conflicto entre la represión y la liberación:

Yendo más lejos, uno vio una reevaluación de la ética sexual tomando lugar a lo largo de la nueva generación, a saber la formación de una ‘ética del amor’ situacional.

Nunca más fue el sexo visto simplemente como un comportamiento, posiblemente como una infracción de la ley. Por el contrario, el sexo fue ganando un significado, y su aceptabilidad dependió de un significado asociado con éste. (...) Uno puede aún argumentar, tal como lo hizo Charles Wood, que no fue en sus comportamientos en los que los jóvenes de la Era del Jazz se diferenciaron de sus predecesores, sino en sus actitudes hacia la moralidad – su libertad frente a la culpa, su orgullo y su apertura en sus acciones (Martin, 1996: 128, Traducción propia).

Como era de esperarse, las religiones cristianas han generado todo tipo de argumentos para marcar límites morales al ‘desenfreno’ que provocó la revolución sexual en discursos que ganan incluso espacio académico en el clero:

El mundo moderno está llamado a superar muchas limitaciones que arrancan y que perviven desde las distintas fuerzas que han provocado la revolución sexual. Necesitamos respirar el oxígeno de la espiritualidad y sacar a la luz fuerzas de bien y de compromiso que permiten vivir la sexualidad de modo realizador y natural, es decir, según su ordenación al amor (al otro, a la otra, sin límites). Un amor que adquiere una madurez especial en la vida que inicia con el matrimonio (compromiso total para darse por entero al esposo, a la esposa), y que abre a la pareja, a través de una vivencia generosa de su sexualidad, al don de cada hijo, culmen de la riqueza sexual y de los valores del espíritu que nos caracterizan como seres humanos (Pascual, 2005: 474).

Para la Iglesia resultan perturbadores y hasta pecaminosos el feminismo, la anticoncepción, el homosexualismo, el aborto y la promiscuidad, y hace hincapié en las consecuencias fatales que las relacionan con las ETS, los embarazos no deseados. No sería extraño que estas mismas religiones consideraran a la patología dominante de finales del siglo XX como castigo divino por este ‘libertinaje’. La apertura sexual generó inquietudes en otras esferas sociales, además de las instituciones religiosas. No en vano los burgueses consideraban útil para la empresa capitalista la tensión represión/sublimación, aunque reconocían que: ‘el proletariado estaba menos reprimido que la burguesía. (...) En algunos casos la revolución sexual pudo ser entendida como una enredada controversia basada en las clases, más frecuente que una lucha de clase contra clase, se trata de burgueses Puritanos contra proletarios liberados’ (Martin, 1996: 125, Traducción propia).

En la década de los ochenta y ya al límite de una ‘revolución sexual’ que explotó durante veinte años y se acomodó en la vida cotidiana de las sociedades de occidente, se desata un virus mortal, desconocido, su origen se ubica en África y su contagio es asociado con prácticas homosexuales y promiscuas. El SIDA, enfermedad mortal que corresponde al

nivel más agresivo del VIH, cobra cientos de miles de vida en pocos años; la biopolítica parece perder la guerra - la campaña anual de *AIDS Coalition to Unleash Power* - ACT UP N.Y. DE 1991, por ejemplo, muestra cifras en las que se registra un muerto cada diez minutos. Da la sensación de que la pandemia del VIH se hubiera hecho visible y ruidosa durante la década de los ochenta como una manera de poner a prueba las estrategias de la biopolítica: ¿Por qué mueren, cuando se supone que la orden es vivir?

En marzo de 1987, ACT UP fue creado en Nueva York por un grupo de personas diversas e imparciales, un grupo de individualidades unidas en la furia y comprometidas con la acción directa para dar fin a la crisis de SIDA. Nos encontramos con los gobernantes y los oficiales de salud; investigamos y distribuimos la información médica más actualizada. Protestamos y demostramos; no somos silenciosos. Retamos a cada persona que, por sus acciones u omisiones, dificulte la pelea contra el SIDA. * Retamos a cualquiera que no trabaje por el recaudo adecuado de fondos dirigidos a la investigación sobre el SIDA, el cuidado de la salud o la vivienda de la gente con SIDA. * Retamos a cualquiera que bloquee la diseminación de la información que salva vidas sobre sexo seguro, higiene y otra que previene el SIDA. * Retamos a cualquiera que anime la discriminación contra las personas viviendo con SIDA (ACT UP, Traducción propia).

Este gran movimiento se puso a circular en su momento, con el fin de advertir y prevenir la enfermedad; este afán ganó los titulares y primeras planas de los medios, pero '(...) no fue más que eso, un momento; un momento que no duró, algo puntual. El movimiento activista mudó su orientación y la epidemia cambió. (...) hoy vivimos un momento muy diferente. La crisis del SIDA a escala mundial es mucho mayor (Crimp, 2001: 291).

Sin embargo, la ira con la que nace y se mantiene ACT UP da cuenta de una lucha por retar constantemente a quienes pueden adelantar acciones contra el SIDA y no lo hacen, es un mecanismo de interpelar permanentemente, de incomodar para cuestionar; en este orden de ideas, este movimiento no es condescendiente ni políticamente correcto, es una red abierta y en constante movimiento para quien se quiera sumar, no tiene protagonistas visibles, sino que se trata de una multitud que se relaciona de manera amorfa y anónima, tal como sucede en los Encuentros Generales de todos los lunes a las 8:00 de la noche en el Centro de la Comunidad de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trangeneristas en Nueva York.

Contrasta este movimiento con los intentos cooptadores de ONUSIDA, brazo de la entidad supragubernamental que pretende luchar contra el VIH, ya que no sólo posiciona con vitores a la Campaña Mundial contra el SIDA, organización con la que ejecuta el Día Mundial del SIDA, sino que la apoya en su aspiración de ‘ser la Campaña de las campañas contra el VIH y el SIDA’, como si se tratara de una competencia por obtener el mayor reconocimiento de la opinión pública como institución que se enfrenta a esta enfermedad o como un afán por ganar el rótulo de autoridad en el tema, título que le otorga una instancia de poder y una legitimidad para recaudar recursos. De esta perversión se desprenden los manuales de uso de imagen que indican los lugares, jerarquías y estilo con los que se debe aplicar el logo de las agencias de las Naciones Unidas en cada una de las piezas publicitarias y de comunicación que se produzcan, criterios que se ocupan de verificar y defender sus propios funcionarios por encima, incluso, de los aspectos técnicos de las intervenciones sociales con las que se comprometen. Como ejemplo del delicado tema de la imagen corporativa de las organizaciones internacionales, a continuación se señalan algunas recomendaciones sobre la bandera y el emblema de las Naciones Unidas:

Proporciones: La bandera de la ONU contará con las siguientes unidades: Ancho: 2 Largo: 3 ó bien Ancho: 3 Largo: 5

Uso: El uso de la bandera se regula por el "Código de la Bandera de las Naciones Unidas y Reglamento", revisado el 28 de julio y el 30 de octubre de 1950 y publicado por las Naciones Unidas en febrero de 1951.

- La bandera será enarbolada en todos los edificios, oficinas y demás propiedades de las Naciones Unidas.
- La bandera sólo podrá usarse en operaciones militares con una autorización expresa concedida por un órgano competente de las Naciones Unidas.
- Se prohíbe usar la bandera o una reproducción de la misma con fines comerciales o vinculada directamente a un artículo comercial
- Queda prohibido estampar la bandera de la ONU en cojines, pañuelos o similares, así como en artículos de vestir, aunque se permite su uso en botones de solapa
- Se prohíbe añadir o colocar en la bandera de la ONU o una reproducción cualquier clase de marcas, insignias, letras, palabras, figuras, dibujos, retratos o diseño

La bandera de la ONU se enarbolará de acuerdo con las siguientes reglas:

- Cuando se enarbole la bandera de la ONU con otras banderas, se hará al mismo nivel y todas las banderas tendrán el mismo tamaño aproximadamente. Ninguna bandera será enarbolada a un nivel más alto que la bandera de la ONU ni podrá ser más grande.

- Cuando se trate de un círculo cerrado de banderas las banderas de otros países deberán enarbolarse siguiendo el orden alfabético de sus nombres en inglés, en el sentido de las agujas del reloj. La bandera de la ONU se izará en el asta principal o el asta colocada junto a la entrada principal o en el centro del círculo de banderas.
- En caso de ser un semicírculo, la bandera de la ONU se izará en medio de éste, o bien, si se dispone de dos banderas de la ONU se izará una en cada extremo del semicírculo (Naciones Unidas, 2007).

La Campaña del Día Mundial del SIDA propuso un sendero tan etéreo que no se sabría claramente cómo verificar su impacto:

La meta de la Campaña Mundial contra el SIDA es activar y apoyar una respuesta eficaz y sostenida a la epidemia de SIDA. Ayudando a los asociados a trabajar juntos a nivel nacional e internacional. La Campaña se propone ampliar la asociación de los que dan forma a la respuesta al SIDA. El aumento de la sensibilización del público respecto de los compromisos y promesas de políticas del pasado relativas al SIDA, incluida la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA, será fundamental para alcanzar el éxito. En relación con estas promesas, la Campaña aspira a responsabilizar a los gobiernos (Grupo Temático de ONUSIDA en Colombia, 2005).

Llama la atención cómo ONUSIDA vincula sus esfuerzos en estrategias tan biopolíticas como el Mercadeo Social:

El mercadeo social se plantea como una de las herramientas más efectivas para la difusión de las campañas preventivas; se define como "el diseño, la implementación y el control de programas destinados a influir finalmente en la conducta del individuo en las formas que el mercadotécnico considere beneficiosas para el individuo o la sociedad (ONUSIDA: En línea).

Concentrar todos los recursos en una Campaña que se concentra en un día al año tiene como vicio que cada doce meses se privilegie un tema de campaña, desintegrando la complejidad de la enfermedad y sus implicaciones cotidianas, y que los resultados de doce meses de trabajo se traduzcan en cantidad de actividades, número de asistentes y participantes, cantidad de entidades vinculadas, cantidad y tamaño de difusión en medios de comunicación, diluyendo así los informes concretos sobre acciones contra el SIDA que se traduzcan en mejores condiciones de vida para los portadores, mejores condicionales de

medicalización y atención integral en salud, acceso al trabajo o disminución en la discriminación.

Por esto, es importante explorar las distintas caras del VIH/SIDA, de forma que se supere lo estrictamente médico y lo empalagosamente farandulero. La manera como se define científicamente el VIH podría ser objeto de una doble lectura: desde la patología, o desde los riesgos que puede correr el cuerpo político: El Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH es un microorganismo que ataca al sistema de defensas del organismo. Al debilitarlas contra la enfermedad, el VIH hace que el organismo sea vulnerable a una serie de infecciones y cánceres, algunas de las cuáles ponen en peligro la vida (ONUSIDA, 2006).

Si en el lugar de organismo ubicamos al cuerpo político, encontramos que éste es fácilmente vulnerable a situaciones que ponen en riesgo su estabilidad y evidencian su *inmunodeficiencia*, dado que ‘las doctrinas económicas y administrativas llegan a representarse a sí mismas con arreglo a los sistemas fisiológicos de circulación de sangre’ (Esposito, 2005: 182). La política es *inmunodeficiente*, no es invulnerable, es susceptible de enfermarse. En realidad, donde parece residir la vulnerabilidad de la política no es en su formulación, sino en sus órganos de ejecución, que responden con mayor atención a las lógicas del mercado que a lo que les corresponde por norma. Así lo describe Sebastián:

Las EPS no son del todo honestas al decirle al usuario los derechos que el paciente de VIH tiene, ni el tipo de manejo integral que se le debe dar. Esto es muy grave, teniendo en cuenta que el VIH es de las pocas patologías que desde la misma legislación prevé un manejo integral. Versus la ley, podríamos decir que el sistema de salud, sólo está atendiendo en un 40%, lo que la legislación obliga. Parte del problema es que el servicio de salud se presta por demanda. Las EPS le dicen a las IPS ‘necesito una radiografía; usted me la hace, yo se la pago’; así, no hay interés por hacerles seguimiento a los pacientes. La salud desde siempre ha sido una mercancía.

El ente regulador, la Superintendencia Nacional de Salud no establece sus funciones, porque políticamente, si entrara a hacer vigilancia, las EPS (las cuales manejan

congresistas y campañas políticas), no van a permitir que ejerzan sus funciones. Tampoco tiene una infraestructura adecuada, ni la filosofía de mejorar la calidad en salud en Colombia.

Muertes inéditas. *Se podría decir que ha habido muertes debido a la deficiencia en la atención de VIH, sólo que no podrían ser objeto de investigación por comités de ética médica, porque generalmente estos funcionan respaldando a los colegas. También hay una deficiencia de abogados penalistas que estén interesados en sacar adelante estos casos, que a largo plazo pueden dar resultados positivos.*

Como los organismos internacionales viven de los recursos de los gobiernos, no se les enfrentan a los gobiernos, sencillamente sirven como unos catalizadores medianos, sugieren, recomiendan, publican hallazgos, pero de ahí no pasan ni ejercen una posición estricta. Su trabajo es como de ‘damas grises voluntarias’.

El organismo internacional que por naturaleza se ocupa de la pandemia de VIH /SIDA es ONUSIDA, la cual ‘dirige, refuerza y apoya una respuesta ampliada encaminada a prevenir la transmisión del VIH, prestar asistencia y apoyo, reducir la vulnerabilidad de los individuos y las comunidades al VIH/SIDA y mitigar el impacto de la epidemia’ (ONUSIDA: En línea). Se trata de una declaración tan ‘bien intencionada’, en apariencia, como la que puede hacer cualquier otra agencia de las Naciones Unidas, en relación con otros de los graves fenómenos o problemas que viven las naciones del mundo, aunque vale la pena sospechar de sus dejos de neutralidad y sus principios de universalidad que llevan a naturalizar políticas, prácticas y comportamientos impuestos globalmente para ‘el bien’ de todos los humanos, a pesar de que en los contextos locales y cotidianos lleven a exclusiones que no logran ser registradas estadísticamente o que se perciben como casos aislados a cuyos protagonistas les corresponde hacer el esfuerzo por adaptarse a las condiciones universalizantes. Judith Butler, en un análisis que hace con respecto a los reclamos universales de las condiciones y derechos de la mujer, expone lo siguiente:

Este esfuerzo por invalidar el problema que las culturas locales presentan para el feminismo internacional no entiende el carácter parroquial de sus propias normas y

no toma en consideración la manera en que funciona el feminismo en total complicidad con los objetivos coloniales de los Estados Unidos al imponer sus normas de ciudadanía borrando y destruyendo las culturas locales del Segundo y el Tercer Mundo. Por supuesto, la traducción misma puede también funcionar en total complicidad con la lógica de la expansión colonial, cuando la traducción se convierte en el instrumento a través del cual los valores dominantes son trasladados al lenguaje de los subordinados y los subordinados corren el riesgo de llegar a conocerlos y entenderlos como señales de su ‘liberación’ (Butler, 2004: 42).

Los propósitos planteados por ONUSIDA deberían reflejarse en prácticas concretas y adaptadas a las condiciones específicas de cada lugar, país, nación o comunidad. Sin embargo, el objetivo planteado por ONUSIDA en Colombia es tan etéreo como el de la agencia central:

(...) fortalecer la capacidad nacional de planificar, coordinar, poner en marcha y vigilar las respuestas de los diferentes actores sociales frente a la problemática del VIH/Sida, asegurando apoyo efectivo y coordinado por parte de las Naciones Unidas a los programas y acciones existentes y/o propuestos por el país. (...) Se consideran como criterios basados en las necesidades, las tendencias epidemiológicas, el tamaño de las poblaciones más vulnerables y la necesidad de recursos adicionales (ONUSIDA: En línea). ONUSIDA trabaja en cinco áreas focales incluyendo: liderazgo y abogacía, información estratégica y soporte técnico, seguimiento al monitoreo y la evaluación, compromiso con la sociedad civil y la movilización de recursos (ONUSIDA: En línea).

Corriendo el riesgo de ser tachada de reduccionista, estas acciones, en términos prácticos, se traducen en la convocatoria a reuniones entre diversas organizaciones, en la generación de informes y de recomendaciones para las entidades nacionales, que presionan a los gobiernos nacionales a ejecutar políticas para demostrar cumplimiento en los compromisos suscritos. Tal vez las actividades de este tipo de organismos tienen que ver menos con la atención a pacientes y portadores, al seguimiento de sus condiciones de vida, al apoyo en la consecución de medios de subsistencia, a la distribución de preservativos en zonas de alto riesgo de contagio, entre otras acciones que pueden desembocar en el logro de tan loables objetivos de maneras más eficaces y directas con la población. En otras palabras, casi podría decirse que los funcionarios de los organismos internacionales poco se untan. También valdría preguntarse si un portador de VIH puede ser empleado por estos

organismos internacionales, teniendo en cuenta los múltiples exámenes que practican a quienes aspiran a cualquier vacante.

Desde el punto de vista de las entidades nacionales, el Ministerio de la Protección Social (en asocio con ONUSIDA y el Grupo de trabajo intersectorial en VIH/SIDA) formuló el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA 2008-2011, en el cual se establece que:

La atención cuenta con una serie de intervenciones que cubren entre otras: la atención integral de la población Vih positiva, la promoción de la salud sexual y reproductiva, la prevención de la transmisión del Vih, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad a la infección, la detección temprana de la infección por Vih, la vigilancia en salud pública y el monitoreo constante de la gestión (Ministerio de la Protección Social, 2008: 26).

La oferta que se propone en el Plan hace parte de las estrategias biopolíticas que siguen respondiendo al riesgo que supone el VIH y que gracias a los avances farmacéuticos, están prolongando la vida de los portadores e, incluso, les da condiciones de vida que se confunden con lo “normal”.

Los avances en el tratamiento han llevado a que las personas viviendo con el virus logren mantener muy buena salud por más de 10 años y que cada vez se retrase más la aparición del SIDA. Incluso, una persona puede tener el SIDA durante un tiempo y luego, gracias al tratamiento antirretroviral y de las enfermedades asociadas a la infección, a la recuperación nutricional y al apoyo psicosocial, el número de células de defensa vuelve a elevarse al nivel de una persona normal y el número de virus en la sangre puede llegar de nuevo a ser tan bajo que no se logre detectar en el laboratorio. Si se logra esto puede entonces decirse que la persona superó la fase temporal de SIDA y vuelve a gozar de una buena calidad de vida (ONUSIDA, 2006: 9).

Este mismo tratamiento podría entenderse como una prolongación artificial de la vida, como si esos cuerpos requirieran de otro tipo de ingesta – distinta a la nutrición y a la alimentación – para mantenerse con vida:

Como el VIH cambia rápidamente y se vuelve resistente a la monoterapia (un solo fármaco), a los medicamentos administrados de forma temporal, los pacientes deben tomar una combinación de fármacos de manera rigurosa, tal como lo establezca el especialista infectólogo o internista, para lograr la menor replicación posible de

copias del virus. Esta terapia farmacológica es denominada antirretroviral (ONUSIDA, 2006: 11).

La comunidad científica del Norte descubrió los medicamentos retrovirales que cambiaron las estadísticas y el comportamiento de la enfermedad en los países del primer mundo (Usdin, 2004). Su estrategia médica es de contraespionaje y pueden intervenir directamente en la conformación de ADN vírico, en las proteínas o enzimas asociados a dicho ADN. Para esto fue necesario el desarrollo de una tecnología científica que comprendiera la evolución del virus y que lo asociara a un esquema ritual de toma de medicamentos y de forma de vida que rompe con la que se tenía previo a la enfermedad. En otras palabras, los portadores de VIH pueden continuar con su vida, en una lógica ‘normal’ si y solo si adaptan a su rutina el consumo de píldoras producto de la técnica médica, sin el cual su vida no sería posible. Esta simbiosis entre biología, ciencia y tecnología en los cuerpos de los portadores hace pensar en los planteamientos de Donna Haraway:

Los Cyborgs pueden ser figuras para vivir dentro de las contradicciones, atentos a las natuculturas de prácticas mundanas, (...) abrazados a la mortalidad como una condición para la vida, y alerta a las hibridaciones históricas emergentes realmente poblando el mundo en todas sus escalas contingentes (Haraway, 2003: 300, Traducción propia).

Dadas las intervenciones médicas, la artificialidad de su forma de vida, sus condicionamientos externos y los requerimientos de soportes sintéticos para mantener las pulsiones, podría plantarse la pregunta si los cuerpos portadores de VIH son otra especie de *cyborgs* que requieren de la tecnología farmacéutica para mantenerse en funcionamiento:

La medicina moderna está asimismo llena de cyborgs, de acoplamiento entre organismo y máquina, cada uno de ellos concebido como un objeto codificado, en una intimidad y con un poder que no existían en la historia de la sexualidad. El ‘sexo’ del cyborg restaura algo del hermoso barroquismo reproductor de los heléchos e invertebrados (magníficos profilácticos orgánicos contra la heterosexualidad). Su reproducción orgánica no precisa acoplamiento. (...) A finales del siglo XX -nuestra era, un tiempo mítico-, todos somos quimeras, híbridos teorizados y fabricados de máquina y organismo; en unas palabras, somos cyborgs (Haraway, 1991: 2).

Procedimientos periódicos atravesados por diversas tecnologías son necesarios para que los portadores de VIH continúen siendo habitantes de este mundo: Dos tomas diarias de medicina antirretroviral adecuada para cada paciente y no estandarizada, producidas en laboratorios asépticos y con fórmulas químicas complejas; pruebas de control en las que la sangre delata el estado del virus dentro del organismo y la situación general del organismo de las que los médicos identifican el paso a seguir con el tratamiento; una vida sexual en la que la aproximación de los cuerpos está necesariamente mediada por dispositivos de látex que bloquean los fluidos contaminantes. Todos estos son tecnologías que se integran a un organismo humano, mutando sus cuerpos a *cyborgs* de modo que se ‘normalicen’ dentro de un esquema que sea considerado como apto.

Subjetividad ‘portador/paciente de VIH’: Búsqueda de la identidad negada

Javier Sáez, creador de la página Hartza.com, al reseñar el libro “Construyendo sidentidades. Estudio desde el corazón de una pandemia”, una compilación de Ricardo Llamas, resalta la paradoja política que significa el VIH/SIDA.

La construcción de identidades sociales o personales a partir de esta enfermedad tiene consecuencias políticas en una doble dirección: políticas en el sentido más convencional del término, es decir, lo que hacen los políticos del Estado respecto al sida, y además de otra forma mucho más compleja e innovadora: político en el sentido que inaugura Michel Foucault, cómo el sida se articula en una nueva redefinición de las sexualidades periféricas, y en la administración de la biopolítica, de la gestión de la vida y de la muerte aplicada a grandes grupos (Sáez: En línea).

El VIH podría definirse de múltiples maneras: es un rótulo que mantiene a los pacientes con vida, es un adjetivo al que deben acudir una vez al mes para exigir el tratamiento, es una condición oculta para la solicitud de empleo, es una dificultad para entablar una relación, es un problema implícito en la familia y es un "apéndice" que exigen que uno se mezcle con esos cuerpos en condiciones de asepsia e higiene más radicales que lo "normal". La vida cotidiana de los portadores de VIH pasa por recursos ciudadanos para la exigencia de los derechos (tutelas), y experimenta los alcances de un biopoder que se encuentra diseminado en múltiples instancias, las cuales les otorgan distintos significados a aquello de "hacer vivir y dejar morir" a los cuerpos portadores de este virus.

Sebastián ha encarnado un antes, un durante y un ahora en relación con la patología. Esas experiencias han significado transformaciones en la forma como él se define a sí mismo y cómo define otros aspectos de lo político y de lo social. Su activismo se convierte en una agencia que supera su lucha personal y se proyecta en un impacto social, así mismo, permite comprender los eventos asociados a la patología en una perspectiva más cotidiana:

Para los hombres gay y otros con VIH, la enfermedad y la muerte de los amigos y la lucha o exacerbación de sus propios síntomas son eventos recurrentes en la vida que afecta su cotidianidad. El efecto de los eventos vitales en la experiencia de la vida cotidiana ha recibido atención significativa en la investigación, pero su atención sólo recientemente se ha focalizado en los efectos de los eventos específicos en la vida de aquellos que viven en el espectro del SIDA (Bloom, 1997: 455).

Antes del diagnóstico, mis prioridades consistían en hacer las cosas bien para alcanzar el éxito y el éxito era sinónimo de reconocimiento. El reconocimiento lo alcanzaba diseñando estrategias de mercadeo que posicionara mis productos en la cima, que causaran escozor en la competencia y que logaran niveles de rentabilidad sobresalientes dentro de la compañía. En ese momento, mi relación de pareja ocupaba un lugar específico, importante fuera del horario laboral de cada uno. En ese momento, mi familia no jugaba un rol muy importante: por el trabajo y la relación de pareja quedaba muy poco espacio para la familia.

Cuando trabajaba en la industria farmacéutica, el Estado y la salud pública eran un negocio. Significaba una participación en el negocio en que yo me movía, era un cliente con una gran tajada. La competencia consistía, en tomar la mayor tajada posible del presupuesto del Estado. Era un cliente comercial. Desde el punto de vista política, eran entes ineficientes y corruptos, lo cual sigo corroborando.

A pesar de la ineficacia institucional y la corrupción del cuerpo político que aportan dramáticamente al drama por esta enfermedad, el VIH/SIDA se sigue satanizando y se percibe como una patología que genera pánico, miedo, temor, inseguridad. Es como si el SIDA fuera un monstruo invisible, indeseable y sinónimo de una vida díscola, desordenada e inmoral. Incluso, hay quienes consideran que quien es portador de VIH seguramente se lo merece: esto hace de la muerte por SIDA un fin vergonzante. Sin embargo, para la gente no es muy claro que el VIH es invisible, se cuela en los flujos de lo micro y marca el corte en

lo macro; esto es algo que es objeto de angustia. Salvo niveles de SIDA muy avanzados, a nadie se le nota que es poseedor de VIH, es decir, se trata de una patología que se mantiene silenciosa, mientras no contraiga una enfermedad oportunista; no tiene cicatrices deladoras en el cuerpo, como sí puede suceder con el cáncer durante el tratamiento, con enfermedades renales que afectan las tonalidades de la piel o con daños articulares o problemas degenerativos que dificultan la movilidad de las personas y se nota su decaimiento paulatino. No, el VIH, en su etapa seropositiva, no afecta la salud de las personas, el riesgo consiste en que, si la persona no ha sido diagnosticada, seguramente puede infectar a otras si no se toman las precauciones del caso.

No se puede saber a simple vista. Una pequeña fracción de las personas infectadas por el VIH tiene síntomas en las primeras fases del curso de la infección, mientras que otras pueden no presentar síntomas por un largo período de tiempo (10 a 15 años) después de la infección. Este periodo es prolongable si se detecta tempranamente la infección por VIH. Las personas con VIH tienen el mismo aspecto que las personas que no están infectadas con el VIH. (ONUSIDA, 2006: 9)

Yo nunca he podido evaluar en términos emocionales qué significó mi patología a mi círculo social, sólo sé que cuando lo comuniqué hubo muestras de apoyo; hoy en día, todos aceptan la idea de que yo conviva con el virus.

Cuando me dijeron que tenían que hacer la prueba confirmatoria, lo tomé normal. Toca seguir adelante porque no me van a rebajar ni el crédito hipotecario, ni voy a dejar de pagar nada. Debo seguir trabajando. No tuve tiempo de pensar cosas ni darle vueltas al asunto.

El VIH representa una doble brecha en materia de identidad y de deseo. Asociado con la homosexualidad se espera de los portadores una forma estándar y estereotipada de expresión, de actuación y de deseo: ‘Que si soy lesbiana tengo que desear de cierta forma, o si soy gay tengo que desear de cierta forma. *Queer* es un argumento en contra de cierta normativa, de lo que una adecuada identidad lesbiana o gay constituye’ (Butler en entrevista con Michalik, 1997: 2).

Sin embargo, parece que las organizaciones LGBT no encuentran al VIH como objeto de una lucha prioritaria: ‘en el activismo del SIDA con relación a toda la crisis en África para obtener medicinas a precios razonables, no hay una organización gay fuerte que se esté preocupando por este tema. Las organizaciones importantes ahora están luchando por obtener el derecho a casarse’ (Butler en entrevista con Michalik, 1997: 3).

Ahora me dedico a actividades que son igualmente exitosas, pero como no son rentables, no son vistas desde el mismo punto de vista de productividad, porque no tienen poder. Mi actividad en la Asociación consiste en luchar por mejorar la calidad de la atención en salud y en mejorar los indicadores de atención a pacientes con VIH.

La patología facilita el estigma y la discriminación; tiene que ver con la autodiscriminación y la baja autoestima también, porque a muchas personas les pena mencionar que son VIH positivo, o les da vergüenza ir a pelear por sus derechos.

El VIH/SIDA parece venir en un combo estratificado, genera, por *default*, una facción que debe defenderse por su cuenta: ‘Precisamente el que en ciertos países el sida afecte más a [gays] y drogadictos ha determinado un abandono generalizado del problema. Es ahora, cuando los ciudadanos ‘normales’ empiezan a percibir que es una cuestión también ‘de ellos’, cuando cunde un estado de preocupación (Sáez: En línea).

Sebastián señala dos aspectos que le han causado mayor impacto en relación como el VIH marca una modalidad de identidad oculta y aislada.

Impacto 1 en el marco de la Asociación. *Ver a un travesti trabajador sexual esconderse de sus compañeros para nadie supiera su diagnóstico. En todos los estratos sociales todo el mundo trata de ocultar su diagnóstico, porque tiene una connotación de que es una patología que se da entre homosexuales, relacionada con conceptos como promiscuidad y otras nociones que han enmarcado la palabra ‘sexo’ dentro de lo bueno y lo malo.*

Impacto 2 en el marco de la Asociación. *Muchas mujeres han sido víctimas, y lo digo así, porque lo único que han hecho es ser fieles a sus esposos y fueron infectadas sin saber, y llegaron a ser viudas, madres solteras, que han cerrado las puertas al amor. En casos*

como esos, ellas no están viviendo algo como consecuencia de sus propias decisiones, sino que han sido las acciones de otros, que las han afectado.

La biopolítica se ha visto en problemas en el momento de confrontar la emergencia del VIH/SIDA y deja entrever las rendijas de sus frágiles medidas. Los portadores, a su vez, se han visto en aprietos para aceptar las interpelaciones que les corresponden y para asumirse tomando distancia de las cómodas identidades que desde lo social se les quiere imponer. Son esos dos canales teóricos sobre los que continuará la revisión conceptual de este estudio.

La Asociación: ¿Multitud o pueblo?

La Asociación de Usuarios de la Nueva EPS (antes del ISS) venía funcionando en una oficina de 3 x 4 mts., situada en la calle 22 con carrera 16, en el segundo piso de una construcción que hacía parte de los bienes en liquidación de una entidad pública. Para llegar a la oficina de la Asociación era necesario cruzar una entrada, un corredor y unas escaleras llenas de cajas y archivos ‘inactivos’, producto del proceso de liquidación; la acumulación de polvo retaba cualquier sensibilidad alérgica, sin embargo, el exceso de partículas en el aire no escondían para nada el olor profundo que delataba que en otras épocas ese mismo edificio, tal como la oficina, pudo haber sido usado como centro médico, enfermería o sitio de tratamientos que requerían medicinas penetrantes. Dentro de la oficina se ubicaban dos escritorios, dos archivadores, una impresora, una línea telefónica, cinco sillas y un lavamanos. ¿Tal vez era un baño o una enfermería?

Diariamente, decenas de pacientes, portadores de VIH se acercaban a esta oficina y, como si fuera un rito, se repetía la misma escena: actualizaban sus datos (conteos que resultaban de los exámenes médicos recientes), recibían condones gratis, acudían por asesoría jurídica para gestionar sus tutelas, y les contaban parte de sus historias. A continuación se recogen, a manera de contrapunteo, algunas de las cosas (historias, hechos, acontecimientos) observados en la Asociación, y algunos de los conceptos que propone Judith Butler, aceptando su invitación a hacer una lectura *errada* de ella, no para desvirtuarla, sino para intentar apropiarse de sus herramientas conceptuales en un contexto concreto.

El Tiempo - 31 de mayo de 2008

Esta semana comenzará a funcionar la nueva EPS que remplazará a la del Seguro Social

El Superintendente de Salud garantiza que los usuarios no quedarán desprotegidos ni un solo día. Quienes se quieran cambiar a una EPS diferente tendrán 45 días calendario para hacerlo.

Los primeros en ingresar serán un grupo de pacientes de alto costo, es decir, víctimas de sida, cáncer y otras enfermedades de alta complejidad, de Bolívar y Norte de Santander.

Esta noticia le significó a la Asociación tener que entregar la oficina que les servía de lugar de encuentro y diversificar las maneras de seguir actuando. Luego, comenzaron a reunirse en las cafeterías de la zona del Barrio Santa Fe y ahora se encuentran en el corredor de la IPS de Barrios Unidos a la que trasladaron la sede del Programa de Atención Integral de VIH. Su medio de comunicación es la cartelera institucional, actualizan los datos telefónicamente, comunicándose a la casa de una de las directivas de la organización y, a pesar de carecer de sede, se mantienen pendientes del estado de salud de sus usuarios. De alguna manera, las decisiones institucionales de cierre de sedes y reubicación de usuarios en otras entidades no ha logrado afectar la conformación de la Asociación, la cual se mantiene dinámica a pesar de su carencia de personería jurídica y de sede de operaciones. Con seguridad los miembros de la Asociación han experimentado lo que plantean Escobar, Álvarez y Dagnino: ‘Puesto que la sociedad civil está a cargo de las responsabilidades sociales que ahora evade un Estado neoliberal en proceso de reducción, su potencial como espacio político para el ejercicio de la ciudadanía recibe cada vez menos importancia’ (Escobar, Álvarez, y Dagnino, 2001: 17).

Podríamos arriesgar una hipótesis intrépida al afirmar que parte de la permanencia de la Asociación en modo activo puede tener que ver con que comparten consideraciones biológicas (en tanto un mismo virus los explora) y aspectos culturales (en la medida en que sus formas de vida se han tenido que adaptar a unas lógicas, unos lenguajes y unas prácticas que comparten): ‘Esta doble irrupción de lo biológico y lo cultural tiene lugar en los

contextos cambiantes del capitalismo y la modernidad que los académicos han buscado explicar en términos de globalización (...), postfordismo (...) o etnopaisaje' (Escobar, Álvarez, y Dagnino, 2001: 235).

La naturaleza informal de la Asociación, que se ha resistido a inscripciones notariales o camerales, puede asociarse con la idea que tienen Michael Hardt y Antonio Negri (2004) de la categoría Multitud, en la medida en que este grupo de portadores se ha unido sin contar con mayor cantidad de cosas en común que su patología o su cercanía a ésta. 'La multitud es una multiplicidad irreductible; las diferencias sociales singulares que constituyen la multitud han de hallar siempre su expresión, y nunca nivelarse en la uniformidad, la unidad, la identidad o la indiferencia' (Hardt & Negri, 2004:133). No media condición social, económica, educativa o racial en la posibilidad de hacer parte de esta Asociación, sólo un interés por hacer colectiva la lucha por los derechos como pacientes. No se dio explícitamente una convocatoria abierta, ni existe ningún programa de estímulos por 'hacer parte'; sencillamente, la Asociación se creó como un acontecimiento, es decir, en un momento y un espacio en el que los intereses y las voluntades confluyeron.

Sin embargo, luego de tres años de funcionamiento, la Asociación se ha enfrentado a algunas prácticas y 'mañas' propias de los colectivos con lógicas representacionales. Cuando la Asociación se creó, un grupo de cinco portadores fueron seleccionados para conformar la junta directiva y, a la vez, para mantenerla activa y en constante comunicación. El tiempo disponible, la capacidad de liderazgo, sus diversas habilidades y conocimientos, y el interés por hacer algo para mejorar las condiciones de atención a los portadores, fueron algunos de los criterios que se tuvieron en cuenta para esta designación. Estas personas fueron impulsoras de grandes esfuerzos que se tradujeron en presión ante la IPS para resolver problemas de atención en general, e inconvenientes en casos particulares.

Con el tiempo, algunos usuarios de la Asociación comenzaron a desdibujar el rol de los líderes y comenzaron a darles trato de subalternos, de mensajeros y de tramitadores. Les comenzaron a exigir el reclamo de medicamento en los dispensarios o les pedían la solicitud de citas médicas ahorrándose el viaje o la llamada, como si no fuera

responsabilidad de cada paciente. No faltó quien les dejaban llamadas perdidas en los celulares, para que ellos tuvieran que devolver las llamadas. También hubo furias y enojo contra los miembros de junta cuando no había una atención eficaz en la entidad de salud, como si fuera su responsabilidad.

El 6 de marzo de 2009, se realizó la Asamblea General de la Asociación de Usuarios de la Nueva EPS, con una participación de cerca de 80 asistentes (de estos sólo 10 mujeres), un número para nada significativo cuando la base de datos de los usuarios sobrepasa los mil pacientes. La realización de la Asamblea coincidió con el traslado del Programa integral de VIH/SIDA de la IPS que funcionaba en el Barrio Santa Fe, a una sede de la Nueva EPS en Barrios Unidos. Esto implicó que los asistentes, además, dejaran ver su incomodidad ante el caos causado en el traslado.

La agenda de la Asamblea permitió identificar aspectos relacionados con la atención del VIH/SIDA que resultan de gran interés en el marco de este estudio. En primera instancia, y gracias a la presentación de una funcionaria de la Nueva EPS, se socializó lo que se entiende como un Modelo de Integralidad que incluye médicos familiaristas, medicina especializada y subespecializada, nutrición, psicología y terapias, odontología, farmacia integral, puntos de autorización, central de referencia y contrareferencia con IPS que atienden enfermedades de alto costo. Sin embargo, la prestación de estos servicios marca unas desarticulaciones sobre los mismos cuerpos de los pacientes, en la medida en que se prestan en sedes distintas (una para alto costo, otra IPS primaria y otra para urgencias) y por equipos médicos diversos que, con seguridad, no tienen espacios de intercambio sobre el mismo caso y cada uno se centra en la ‘especialidad’ y parte del cuerpo que le competen, sin aproximarse al paciente de una manera holística; es decir, el cuerpo y la subjetividad del portador se desintegra y se reduce a su ‘riñón’, su ‘psique’, su ‘molar superior’ o su ‘tipo de sangre’. Resulta paradójico el término ‘modelo de integralidad’, ya que se define más por el chequeo individual de las partes, que por una aproximación al portador que verdaderamente lo integre.

Otro asunto que llamó poderosamente la atención es el umbral en el que se encuentran las parejas no portadoras de los pacientes de VIH/SIDA. En los casos en que el portador es el titular de la afiliación al sistema de salud y su pareja es beneficiaria, se da una encrucijada en la medida en que la prueba de Elisa no se le aplica a la pareja por la IPS primaria, porque no hace parte de sus derechos como beneficiario, ni por la IPS que atiende alto costo, porque no está diagnosticado con VIH/SIDA. Por otra parte, se presentan otras situaciones relacionadas con la desarticulación del núcleo familiar en términos de atención médica, porque a los miembros no portadores no los atienden en los mismos sitios donde le prestan servicios de medicina primaria a los portadores.

Durante la Asamblea y luego de que los miembros de junta dieran cuenta de los resultados del último año de gestión (cantidad de pacientes, trabajo articulado con la veeduría Distrital, no pago de bono, entre otros), manifestaron su interés por abandonar sus funciones directivas y permitir que otro grupo de usuarios asumiera el liderazgo y le diera un nuevo aire. Dentro de las razones, expresaron aquellas relacionadas con el trato y las exigencias desorbitadas, así como manifestaron que seguramente la gestión de la Asociación ha sido buena, en la medida en que, cuando los pacientes se encuentran bien de salud, no llaman; sólo aparecen cuando tienen problemas o su estado de salud está decreciente. Como era de esperarse, los asistentes pidieron que no se retiraran y que siguieran adelante con la gestión. Finalmente, el acuerdo fue que ellos continuaran con el liderazgo hasta mediados de año, momento en el que se llevará a cabo otra Asamblea en la que se espera contar con un número más representativo de usuarios y en un grupo que ponga a consideración de los asistentes su voluntad para liderar la Asociación. Este plazo está por cumplirse y la Asociación se debate entre contar con una nueva junta directiva o desaparecer. En términos de Stuart Hall, la Asociación es el producto de una articulación (Hall, 1985) (Grossberg, 1986), en la medida en que se dio una relación (el colectivo) a partir de una no relación (subjectividades anónimas con pocas cosas en común) y se puede estar enfrentando a una dinámica de unidad en diferencia en la medida en que puede desaparecer si el grupo líder pionero se desintegra.

Una lectura errada (*misreading*) a partir de Butler sobre el VIH

Si tenemos en cuenta la forma en la que se distribuye la atención médica en este país y el ánimo de lucro que determina la organización de la atención sanitaria y de la industria farmacéutica, factores que imponen cargas diferentes sobre aquellos que viven con VIH y SIDA, ¿cómo sostener que los gays no constituyen una “clase” diferencial? ¿Cómo tenemos que analizar la producción de la población con VIH como clase de deudores permanentes? ¿No merecen las tasas de pobreza entre las lesbianas ser consideradas en relación a la heterosexualidad normativa de la economía?

Judith Butler

Judith Butler afirma que:

Los campos de “representación” lingüística y política definieron con anticipación el criterio mediante el cual se forman los sujetos mismos, con el resultado de que la representación se extiende sólo a lo que puede reconocerse como un sujeto. En otras palabras, deben cumplirse los requisitos para ser un sujeto antes de que pueda extenderse la representación (Butler, 2001: 34).

Esto permite revisar cómo una decisión como la presentada, y la manera como se enuncia, da por sentado que, efectivamente, los primeros beneficiados serán ‘los pacientes de alto costo’, cuando en realidad, detrás de dicha afirmación hay otros matices que denotan la doble función del poder: la jurídica y la productiva.

Por un lado, las políticas públicas de salud no establecen a un sujeto genérico que puede acceder a sus ‘servicios’ o a la oferta ‘institucional’. De hecho, señalan unos derechos para las personas que hacen parte del régimen contributivo, las que hacen parte del régimen subsidiado y las personas ‘vinculadas’, quienes tienen gradualmente, distintos derechos, siendo las que hacen parte del régimen contributivo, las más beneficiadas.

¿Qué beneficios garantiza a las personas afiliadas cotizantes –Es decir a quiénes aportan en forma directa - al régimen contributivo? La prestación de los servicios de salud incluidos en el POS, el subsidio en dinero en caso de incapacidad temporal derivada por enfermedad o accidente ocasionados por cualquier causa de origen no profesional y el subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

¿Qué beneficios garantiza a las personas afiliadas como beneficiarias – Es decir, a quiénes son familiares de quien aporta - El régimen contributivo? Únicamente los

servicios de salud.

¿Qué beneficios garantiza a las personas afiliadas al régimen subsidiado? Únicamente los servicios de salud. (Rincón Perfetti, 2008: 5).

Si bien se habla de derechos, también se plantean unas garantías condicionadas al tipo de aporte y de vinculación. En otras palabras, el peor escenario es para el pobre, independiente, vinculado y con SIDA.

De otra parte, la política sólo reconoce a quien efectivamente porta el virus como individuo, ignorando al círculo social y familiar, a quienes también afecta el SIDA, e insistiendo en un principio biopolítico que se centra en las individualidades, aspecto que se vincula con la mirada neoliberal de la protección personal y autoposesiva. Así se ve diariamente en la Asociación: la mayoría de los pacientes llegan acompañados de su esposa, su compañero, sus padres, sus hijos y estas personas son prolongaciones tanto del cuerpo del paciente, como del alcance de la ejecución de la política; conocen tanto o más de las exigencias que se le deben hacer al sistema, aprenden a llevar los conteos, monitorean la toma de los tratamientos en los momentos específicos, en suma, conviven con el virus a su manera.

Tal vez esta es una manera como el enunciado ‘los pacientes de alto costo serán los primeros’ puede ser verificado en la práctica, los deseos y los cuerpos.

La historia de O

O solicitó la pensión una vez se enteró del diagnóstico seropositivo. Esa entrada de recursos (para nada cómoda) le permitió vincularse a la Asociación como voluntario para visitar los pacientes que se encuentran hospitalizados. Dos veces a la semana, hacía sus rondas en el Hospital, verificaba el suministro de medicina y los chequeos periódicos de los médicos. Más de una vez tuvo la necesidad de acompañar a las enfermeras hasta la farmacia para solicitar la medicina, para asegurarse de que efectivamente el paciente iba a contar con ésta.

En junio, O decidió buscar trabajo y encontró una oportunidad como portero, responsabilidad que le significaba tanto turnos de 24 horas, como la necesidad de retirarse

del voluntariado con la Asociación. En octubre, O se debilitó, su conteo disminuyó⁶, tuvo que retirarse del trabajo, con un visible desgaste y baja de peso, se vio obligado a fortalecer su tratamiento y volvió al voluntariado en la Asociación.

Resulta inevitable preguntarse en este momento por lo paradójico que resulta lo abyecto en relación con el VIH. Sobre lo abyecto, Butler dice: ‘Esta zona de inhabilitación constituirá el límite que defina el terreno del sujeto; constituirá ese sitio de identificaciones temidas contra las cuales –y en virtud de las cuales- el terreno del sujeto circunscribirá su propia pretensión a la autonomía a la vida’ (Butler, 2002: 20). Butler plantea la abyección en términos de arrojar fuera del límite, como un vómito y aún así percibirlo como constituido de uno mismo; en consonancia con lo anterior, Julia Kristeva también propone esta categoría en términos extremos:

La abyección es algo que te disgusta, por ejemplo, si uno ve algo podrido y le dan ganas de vomitar – este resulta ser un sentimiento extremadamente fuerte que es a la vez somático y simbólico, el cual está por encima de todo el asco en contra de una amenaza externa de la cual uno quiere distanciarse; pero uno tiene la impresión que la amenaza está por dentro de uno mismo (Kristeva, citada en Thatcher, 2008, Traducción propia).

¿Cuál es el terreno de O? Pareciera que se circunscribe a lo que su condición de portador de VIH le permite ejercer su pretensión a ‘cierta autonomía a la vida’. O lamenta no haber podido continuar con su trabajo, así como había lamentado haber tenido que renunciar previamente a la Asociación para poder ocuparse laboralmente. Ahora, pareciera que sus lamentaciones son expresiones de acontecimientos que, por ser sujeto del otro, se le escapan de las manos.

La unión hace... algo

Recientemente, los miembros de la Asociación de pacientes de VIH se han dado cuenta de que es necesario unir fuerzas para mantener una lucha constante que les permita cada vez evidenciar en el aparato estatal, las falencias que tienen. Para esto, han decidido establecer alianzas con los pacientes de cáncer, los renales, los diabéticos y los

⁶ Se refiere a que su recuento de células CD4 estuvo por debajo de 200 células por cada microlitro de sangre, circunstancia que reduce la posibilidad de que el cuerpo combata enfermedades y se vuelve vulnerable y propenso a contraer enfermedades oportunistas.

trasplantados. Aún no se han visto los resultados de esta alianza, pero lo que sí ha generado es un escozor enorme cada vez que llegan 'engavillados' a las reuniones con las entidades públicas.

Esta situación permite hacer varios análisis desde el planteamiento de Butler en *Lenguaje, poder e identidad*. En primera instancia, estas organizaciones tienen clara la necesidad de que sus manifestaciones se consoliden en una 'voz con efectos políticos'; es decir, es necesario que la exigencia, la demanda, desemboquen en hechos reales que los favorezcan. Por otra parte, sus cuerpos se constituyen políticamente en una doble vulnerabilidad: la del cuerpo humano y la del cuerpo inmunodeficiente; la vulnerabilidad de las células cancerígenas, la de los órganos débiles, la de los organismos prestados. Son cuerpos inconclusos que se ubican en un límite, en una tensa línea que confronta la biopolítica con la exigencia de la productividad.

¿Cómo reclamar al Otro desde esa deficiencia? ¿Cuál es el lenguaje con el que se debe hablar desde estas debilidades, desde ese 'estar vivo, a pesar de todo'? ¿Podrían ser estos, entonces, sujetos catacréticos, en la medida en que problematizan la estructura y muestran su contingencia?

Filas privilegiadas

Los pacientes de alto costo tienen un lugar especial donde les suministran los medicamentos. Sin embargo, a pesar de que es un sitio destinado para esto, las filas son largas, la atención es mala, el tiempo dedicado a esto es interminable y la paciencia es corta. A pesar de esto, los pacientes de VIH lograron que, en ese mismo espacio, les ubicaran una fila para atenderlos sólo a ellos, con privilegio. Es decir, en una larga e interminable fila se encuentran los renales, los pacientes de cáncer, entre otros, mientras que en una ventanilla los pacientes de VIH tienen un servicio parecido al que ofrecen los bancos a sus clientes. ¿Por qué?

Esto sucede no porque los pacientes de VIH tengan una urgencia por sobrevivir mayor que los otros pacientes de alto costo, sino porque exigieron de manera contundente un trato

respetuoso y efectivo en la entrega de sus medicamentos; la solución de la institución fue privilegiarlos para evitar el ‘cacareo’, sin anotar que esa medida, aparentemente sana, dejaba por fuera a otro grupo de pacientes con el mismo tipo de necesidades.

Es probable que los pacientes que asisten a Urgencias de la Clínica San Rafael por un golpe, un accidente, un dolor agudo, no sepan a ciencia cierta que los pacientes de alto costos tienen esos privilegios, ni mucho menos que los portadores de VIH tienen un tratamiento especial a pesar de su ‘monstruosidad’, porque considerarían que ellos deberían tener acceso a esos mismos derechos o hasta mejores. Implica esto que los derechos, que se suponen universales, desde algunas perspectivas particulares pueden ser entendido como un programa de bonificaciones de méritos a los ‘buenos’ ciudadanos, así lo delata Butler: ‘(...) la integración de lo particular a lo universal deja su huella, un resto no integrable, que convierte a la universalidad en fantasmal para sí misma’ (Butler, 2004: 30).

En materia de derechos queda mucho por hacer para ‘mejorar las condiciones de vida’ de los pacientes de SIDA y los portadores de VIH (a pesar de lograr trato preferencial en el suministro de medicina), lo cual confirma que la universalidad del derecho a la salud y a la vida sigue siendo una búsqueda, lejos de alcanzar la integración total. Entre más integra, más deja por fuera.

Imagen, cuerpo y SIDA

El SIDA, por desnudar a la gente de sus sistemas inmunes, abre al cuerpo a la invasión en todos los frentes. El cuerpo se convierte en el campo de batalla de una fea guerra de desgaste, tanto como las personas afectadas luchan una pelea en contra de una infección oportunista tras otra. El cuerpo es un sitio de invasión, o un campo de batalla desafiante en una ‘guerra’ de la moralidad en contra de la sexualidad, es central tanto como el arte australiano se está dirigiendo hacia el SIDA (Gott, 1994: 4, Traducción propia).

Siguiendo a Butler, la pregunta por el cuerpo puede desembocar en la pregunta por el sujeto. Butler indica que ‘lo que constituye el carácter fijo del cuerpo, sus contornos, sus movimientos, será plenamente material, pero la materialidad deberá reconcebirse como el efecto del poder, como el efecto más productivo del poder’ (Butler, 2002: 18). En ese orden de ideas, la materialidad del cuerpo portador de VIH es producto del poder - lo que lo

constituye como portador o como paciente no es necesariamente la presencia del virus, sino las fuerzas que atraviesan esa materialidad y ejercen el poder de constituirlo y reconocerlo como cuerpo portador y, por tanto, destinatario de unas estrategias para su trámite ante lo público.

Por otra parte, Butler afirma que ‘el sujeto se constituye a través de la fuerza de la exclusión y la abyección, una fuerza que produce un exterior constitutivo del sujeto, un exterior abyecto que, después de todo, es ‘interior’ al sujeto como su propio repudio fundacional’ (Butler, 2002: 20). Entendiendo lo abyecto como las zonas ‘invivibles o inhabitables’, podría decirse que la materialidad de los cuerpos portadores de VIH, que se debate en la zona fronteriza entre la enfermedad y la salud, da cuenta aún más de lo abyecto de estos sujetos que ‘adoptan una norma corporal’ como algo que se somete a las fuerzas que implican política y socialmente la condición de ser seropositivos.

La lectura errada de Butler entrega herramientas conceptuales claves para comprender a estos sujetos en el límite de lo abyecto, de lo catacrético: son seres que cuestionan la universalidad, están llenos de cicatrices y dan cuenta de la contingencia de la estructura.

El cuerpo del portador de VIH se debate en las fronteras entre la salud y la enfermedad, entre las luchas de poder y las condiciones de posibilidad de las identidades ‘queer’, entre su materialidad *inmunodeficiente* y su interior abyecto. Por tanto, resulta intrigante cómo esos cuerpos y esas subjetividades no cuentan con suficientes escenarios de lucha, reconocimiento y resistencia, tanto en las relaciones sociales y en la agenda pública en Colombia. Sus organismos y sensibilidades son objeto de estrategias biopolíticas y de principios universalizantes que los atraviesan e impactan en contextos específicos en los que enfrentan vulnerabilidades institucionales, políticas y sociales que superan su propia condición de portadores y pacientes.

CAPÍTULO 2: LOS CORTES DEL PORTADOR POBRE, HOMOSEXUAL, MUJER Y EXTRAÑO

Una de las aproximaciones más clásicas relacionadas con los Estudios Culturales es aquella que ubica las discusiones de raza, género y clase, haciendo visibles sus condiciones de posibilidad en un contexto determinado con una mirada crítica que no se conforma sólo con la aplicación de categorías conceptuales o teóricas. El que sigue no es estrictamente un análisis que se desarrolle bajo esas características, aunque sí recoge algunas de las categorías enumeradas. Parte de un vínculo entre el VIH y la categoría conceptual de cuerpo sin órganos que desarrollan Gilles Deleuze y Felix Guattari en el proyecto de Capitalismo y Esquizofrenia; esta relación no se limita a comparaciones y metáforas sino que identifica comportamientos que anudan al virus con el capitalismo. Continúa con la revisión de la teoría queer y las consideraciones que tienen que ver con el cuerpo y el género, en relación con el VIH haciendo pausas en los asuntos de lo homosexual y la feminización del virus. Los aspectos relacionados con la clase se desarrollan a través de la discusión sobre la dicotomía pobreza/SIDA, así como algunas reacciones biopolíticas articulados con lo que he denominado como bioseguridad y con la posible emergencia de un nuevo racismo. El cierre de este capítulo tiene que ver con un tema que no se puede dejar de lado, dada su coyuntura y el enlazamiento de temores mundiales relacionados con la salud, y tiene que ver con la descripción cronológica de la aparición del virus A (H1N1).

Espero superar lo descriptivo y alcanzar el nivel de crítica que, al menos, habita en mi sensibilidad cuando se trata de ampliar el espectro del VIH/SIDA de lo médico a una perspectiva más social, cultural, política y económica.

El cerebro sin cuerpo y el cuerpo sin órganos

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un germen infeccioso que ha sido descrito como un cerebro sin cuerpo. Tiene que apropiarse de una célula para reproducirse y sobrevivir: lo hace entrando en un receptor humano e infectándolo.

Shereen Usdin

La imagen de un cerebro sin cuerpo y la urgencia de éste por apropiarse de un cuerpo (en este caso, una célula) para hacerse a un entorno que le permita ejercer su potencia y diseminarse resultan ser descripciones que pueden presentar en lo concreto lo que en el proyecto de *Capitalismo y Esquizofrenia* de Felix Guattari y Gilles Deleuze se presenta como cuerpo sin órganos:

El cuerpo sin órganos es lo improductivo; y sin embargo, es producido en el lugar adecuado y a su hora en la síntesis conectiva, como la identidad del producir y del producto (...). El cuerpo sin órganos no es el testimonio de una nada original, como tampoco es el resto de una totalidad perdida. Sobre todo, no es una proyección; no tiene nada que ver con el cuerpo propio, o con una imagen del cuerpo. Es el cuerpo sin imágenes (Deleuze & Guattari, 1995: 17).

Este apartado explora algunas correspondencias que pueden darse entre aspectos ligados con el VIH/SIDA y los planteamientos propuestos por Deleuze y Guattari en *Anti-Edipo Capitalismo y Esquizofrenia* (1995) y *Mil Mesetas Capitalismo y Esquizofrenia* (2006). Se trata de un análisis que muestra algunas similitudes entre el comportamiento biológico y social del VIH con la dinámica propia del capitalismo, según los aportes de Deleuze y Guattari. Intentaremos plantear una serie de paralelos para tratar de contestarla, admitiendo desde ya que existe una alta probabilidad de estar forzando las semejanzas.

Cuando Deleuze y Guattari (1995) introducen el concepto de ‘producción deseante’ lo hacen vinculando un deseo a las máquinas de producción que las hace buscar su realización constante:

La producción como proceso desborda todas las categorías ideales y forma un ciclo que remite al deseo en tanto que principio inmanente. (...) no hay que tomarlo por una finalidad, un fin, ni hay que confundirlo con su propia continuación hasta el infinito. (...) El deseo no cesa de efectuar el acoplamiento de flujos continuos y de objetos parciales esencialmente fragmentarios y fragmentados. (...) El producir siempre está injertado en el producto; por ello, la producción deseante es producción de producción, como toda máquina, máquina de máquina (Deleuze & Guattari, 1995: 15).

La relación entre máquina y máquina y entre máquina dentro de máquina se da a través de flujos y cortes como una manera de mostrar una dinámica de movimientos y bloqueos que cruzan a las máquinas en el marco de una producción que se deja llevar por el deseo:

Bolsa de aguas y cálculos de riñón; flujo de cabellos, flujo de baba, flujo de esperma, de mierda o de orina producidos por objetos parciales, constantemente cortados por otros objetos parciales. Todo 'objeto' supone la continuidad de un flujo, todo flujo, la fragmentación del objeto. Sin duda, cada máquina-órgano interpreta el mundo entero según su propio flujo, según la energía que le fluye: el ojo lo interpreta en términos de ver –el hablar, el oír, el cagar, el besar... Pero siempre se establece una conexión con otra máquina, en una transversal en la que la primera corta el flujo de la otra o 've' su flujo cortado por otra (Deleuze & Guattari, 1995: 15).

Por definición y naturaleza, la producción deseante del VIH se mueve entre los cuerpos a través de flujos y cortes. Ese es el ambiente y el tipo de relación propicio para que el VIH pueda expandir su potencia. Son los fluidos de la vagina, el semen, la sangre y la leche materna los que propician la transmisión del virus. Son los cortes y los desgarros en las pieles, las mucosas inflamadas, el forzamiento de orificios y accesos en los cuerpos, los que permiten que esos flujos entren en contacto con otros torrentes y diseminen el virus en los cuerpos y los órganos que se atraviesen por el camino. Sobra anotar que estos flujos y cortes se dan sin autorización expresa del 'yo' de cada cuerpo, pasa a pesar de la persona, no hay autonomía ni autoridad que lo impida. Cuando el VIH fluye en los torrentes nada lo detiene: El deseo hace fluir, fluye y corta. (...) Bolsa de aguas y cálculos del riñón; flujos de cabellos, flujo de baba, flujo de esperma, de mierda o de orina producidos por objetos parciales, constantemente cortados por otros objetos parciales, que a su vez producen otros flujos, cortados por otros objetos parciales' (Deleuze & Guattari, 1995: 15).

El sexo anal

la intromisión de agujetas en los poros

el tierno acto de la lactancia materna

El amor sin látex

Sería una mirada muy reducida si lo dejáramos sólo en flujos y cortes bioquímicos. Durante la elaboración de este estudio se ha podido observar cómo quien ha sido diagnosticado como seropositivo, no es el único que convive con el virus. Cómo su cuerpo no es la única

superficie que es inscrita por este diagnóstico. Fluyen y cortan otros ‘objetos’ familiares, amistosos, institucionales, estatales. El virus también se transmite por el servicio deficiente de las instituciones médicas, por las esposas fieles pero contagiadas por los maridos, por quienes se prostituyen como última alternativa de vida, por las políticas bien intencionadas pero reducidas a saludos a la bandera, por el mutismo de los artistas y la sordera del Estado. No se trata de cuerpos portadores exclusivamente, ya Deleuze y Guattari han mostrado que ese ‘vehículo’ se trata de cuerpos sin órganos que son atravesados por múltiples subjetividades. Se trata de formaciones sociales contagiadas por un virus, unas sociedades que se han adaptado a su existencia, que se acomodan a sus condiciones y generan una respuesta para axiomatizarlo: ‘El SIDA no tiene cura, pero se puede prevenir’.

El VIH funciona maquínicamente y cuenta con que las lógicas maquínicas entre las células no sólo sean eficientes, sino que logren ser invadidas por su deseo. El VIH se disfraza para engañar a una célula CD4 (también llamadas linfocitos, que son células clave en el sistema inmune) y espera invadirlas, someterlas y ponerlas al servicio de su deseo contaminante, de modo que las células que se crean salen revelando la verdadera identidad del virus debilitando al cuerpo y vulnerando su sistema inmune, es decir, altera no al órgano en sí, sino al organismo inmune:

Las máquinas deseantes son máquinas binarias, de regla binaria o de régimen asociativo; una máquina siempre va acoplada a otra. La síntesis productiva, la producción de la producción, posee una forma conectiva ‘y’, ‘y además’... Siempre hay, además de una máquina productora de un flujo, otra conectada a ella y que realiza un corte, una extracción de flujo (el seno – la boca) (Deleuze & Guattari, 1995: 15)

Resulta inquietante cómo la definición de las máquinas deseantes logra asociarse con la manera como el virus de inmunodeficiencia humana ataca a las células y desencadena otros procesos maquínicos con rotundo éxito.

El virus infecta una célula CD4, engañándola
‘y’
crea nuevas células portadoras del VIH
‘y además’
debilita el sistema inmune e infecta nuevas células.

Hasta aquí el comportamiento del VIH que procura la invasión de células y la producción eficiente viene siendo una máquina biológica, aparentemente, porque la aparición del virus y su expansión están atadas a la fuerza productiva de diversas máquinas sociales como la zoología, la biología y la medicina.

Las máquinas sociales tales como ciencia, Ministerio de Protección Social, ONUSIDA, educación, religión, asociaciones de usuarios – portadores, investigación, laboratorios, fábricas de preservativos, prestadores de salud, trabajadores sociales, agencias de cooperación, empleadores y activistas, se han engranado en diversos ensamblajes que terminan por desterritorializar y reterritorializar nuevos sentidos sobre el VIH ya sea sobre su prevención, su impacto social, su terror de muerte o su resignificación hacia la posibilidad de vivir con el virus y no morir en el intento.

Otra característica del VIH como máquina es que responde a otra de las formas anotadas por Deleuze y Guattari (1995): producto-producir. El virus no se limita a infectar una célula, su propósito es mantener, multiplicar y fortalecer la producción de su deseo a través de las células que infecta. La producción es el VIH y el cuerpo sin órganos es ese ejército de transmisores que, carentes de sospecha, terminan al servicio re-productivo del virus: ‘Interminable procesión: (...) – del *cuerpo esquizofrénico*, accediendo a una lucha interna activa que libra contra los órganos y cuyo precio es la catatonía, y luego *del cuerpo drogado*, esquizo-experimental (...)’ (Deleuze & Guattari, 2006: 156).

Tal podría ser la lógica del capitalismo, máquina en la que todo es posible en tanto se mantenga la producción de la producción y la producción del deseo: “El capitalismo tiende hacia un umbral de descodificación que deshace el socius en provecho de un cuerpo sin órganos y que, sobre este cuerpo, libera los flujos del deseo en un campo desterritorializado” (Deleuze & Guattari, 1995: 40).

¿Pero dónde se dan los procesos maquínicos de producción del VIH/SIDA? Aparentemente el virus sabe de estratos socioeconómicos y se dispersa con mayor celeridad en poblaciones pobres, a pesar de los avances mundiales por controlarlo y prevenirlo. Ser mujer, homosexual, africano o hambriento, vivir en una comunidad sin servicios públicos ni de

salud, sin acceso a vacunas, alimentación o retrovirales, ser convierte en un cuerpo sin órganos propicio para la expansión deseante del VIH.

VIH: Cuerpo, teoría queer, género

Retomando una de las hipótesis planteadas previamente, la mayoría de las elaboraciones y narrativas relacionadas con el SIDA han sido desarrolladas en el marco de discusiones de género, de los movimientos LGBT y basados en categorías de análisis acuñadas dentro de lo que se ha denominado ‘teoría queer’. Esto puede implicar, paradójicamente, dos aspectos que se contraponen: por un lado, se sigue reiterando la idea de que el SIDA está directamente relacionado con unas prácticas sexuales heterodoxas y, en segundo lugar, puede ser el camino más consolidado para dar a conocer lo que conlleva esta patología en términos biológicos y sociales, asunto que con dificultad se puede encontrar desde una iniciativa que parta de la ‘normalidad’ heterosexual. Al respecto, Usdin indica que, a comienzos de los ochenta:

(...) como sólo había aparecido en varones homosexuales, se pensaba que la enfermedad no era contagiosa. Los médicos incluso la describieron como “síndrome al compromiso gay” o “GRID” (inmunodeficiencia relacionada con los homosexuales) (...) En nuestro mundo homofóbico e intolerante, estas primeras “apariciones del VIH en colectivos ya de por sí marginados puso los cimientos de gran parte del estigma que observamos en la actualidad (Usdin, 2004: 23).

La aparición del SIDA, sin duda, enrareció las cosas, puso turbio el ambiente, amplió la gama de grises y rápidamente, puso en evidencia que la vulneración no era cosa de ‘locas’ o de ‘maricas’, sino que también se trata de un síndrome que afecta a los ‘normales’ y que pone en riesgo a las formaciones sociales en general. Muy pronto, tal como lo delata Robert Irwin (2008), los estudios gay y lésbicos fueron insuficientes para dar cuenta de todos esos fenómenos, y fue necesario construir categorías sexuales que desbordaran ‘las clasificaciones populares de identidad sexual y desafiaran las instituciones’ (Irwin, 2008: 264), dada la inconformidad de los activistas ante la homofobia y ante la política de identidad gay que comenzó a ser problemática dadas sus pronunciadas fronteras que excluían otras subjetividades portadoras así como incluían por *default* a quienes se identificaban con el rótulo gay, pero no eran necesariamente portadores:

Queer Nation también fue una reacción ante cierto esencialismo que se manifestaba en el activismo sobre el SIDA y en la militancia “gay” en general (la que insistía definirse a través de identidades fijas y el binario hétero/homo). Como muchos de los infectados se identificaban como homosexuales, y como se estaban muriendo, éstos no quisieron aliarse con otros grupos que no se encontraran en condiciones tan desesperadas, a pesar de obvias similitudes en estatus de marginalizados. Además, esta identidad “gay” era siempre más relevante entre los hombres blancos y acomodados que entre grupos sociales de otras razas, niveles de ingresos e identidades de género. Los integrantes de Queer Nation insistieron en rechazar las identidades binarias (hombre/mujer, hétero/homo, masculino/femenino, activo/pasivo, etc.) al plantear y asumir identidades más fluidas y más variadas. Los queers de Queer Nation representaban toda categoría de los sexualmente marginalizados, los heterodoxos, los no convencionales, los anormales (Irwin, 2009: 264).

En otras palabras, la búsqueda no era para ser tratados como iguales, bajo un esquema homogenizante de comportamientos sexuales y sociales, sino todo lo contrario, la lucha era ser considerados justo por la diferencia, por su singularidad, por su extrañeza y extrañamiento, por ser ‘*queer*’: ‘Fue en el contexto del activismo del sida y del rechazo a las estrategias asimilacionistas donde lo ‘queer’ se reorganizó en su forma actual, tanto en la cultura popular como en la teoría’ (Spargo, 1999: 47).

De la satanización de lo homosexual a la inclusión de nuevas sensibilidades portadoras, de la ‘identidad gay’ a la teoría queer como una forma de articular otras subjetividades que no pretender ser normalizadas sino permanecer en la diferencia, han sido movimientos pendulares que han atravesado la teoría, lo político, el arte y la imagen; con respecto a este último aspecto se profundiza en el tercer capítulo. A pesar de las luchas conceptuales y políticas por abrir escenarios de discusión con respecto a las diversas opciones sexuales y los aspectos que las atraviesan, aún parece prevalecer una suerte de jerarquía valorativa y moralizante entre quienes han adquirido el virus y deben vivir con la patología. Así lo señala Usdin:

Poco a poco, sin embargo, a pesar de su miedo a cualquiera que tuviera el sida, la gente empezó a dividir el mundo entre los que eran vistos como “víctimas inocentes” del sida –niños y hemofílicos- y los que eran “culpables”, como los varones homosexuales, los trabajadores sexuales y los drogadictos por vía intravenosa: personas que “tenían lo que se merecían (Usdin, 2004: 46).

Sin embargo, lo visto y lo experimentado en la Asociación de Usuarios de la Nueva EPS ha permitido evidenciar que esas clasificaciones son elaboraciones externas a sus usuarios, a quienes portan el virus, aunque implican un riesgo en la medida en que son herramientas conceptuales que no necesariamente están interesados en dominar, a pesar de que sirven de lupa institucional y política que lleva a categorizarlos, rotularlos y hasta evaluarlos: es decir, de un lado, pueden generar segregaciones, discriminaciones y fragmentaciones y del otro, puede ser matriculados con subjetivaciones con las que no precisamente se sientan identificados. Con o sin rótulo, límites o identidades establecidas, a esta Asociación acuden por igual niños, mujeres, hombres que han adquirido el virus desde la gestación, en la práctica profesional o a través de relaciones tanto homosexuales como heterosexuales. Este ‘espacio’ no sólo les permite compartir e intercambiar sus experiencias relacionadas con vivir con el virus, sino ver con otros ojos a quienes, en otras condiciones, hubieran podido repudiar o discriminar.

La teoría queer, desde su definición, tiene una potencia conceptual y funcional en la medida en que se establece en contraposición a los “normal” o “normalizador”:

El término describe una diversidad de prácticas y prioridades críticas: interpretaciones de la representación del deseo por el mismo sexo en los textos literarios, en los filmes, en la música, en las imágenes; análisis de las relaciones sociales y políticas de poder dentro de la sexualidad; críticas al sistema sexo-género; estudios sobre la identificación transexual y transgenerizada, el sadomasoquismo y otros deseos transgresores (Spargo, 1999:15).

Esa tensión entre lo ‘queer’ y lo ‘normalizador’ puede suponer una amenaza al terminar convenciendo a quienes portan el virus de que lo que se les es ofrecido y entregado es suficiente para llevar una vida ‘normal’ en el marco de las posibilidades políticas y sociales.

Si bien la teoría queer ha otorgado una serie de categorías conceptuales y de argumentos políticos para la lucha y el reconocimiento de las especificidades en el terreno social, tanto a las diversas prácticas sociales como a las condiciones de vida de quienes conviven con el virus, el cuerpo también se consolida en un territorio de lucha y de tensiones políticas y sociales que fue removido e impactado por la aparición del SIDA.

Los estudios culturales trabajan, en ese sentido, la inscripción del cuerpo en la historia, según la cual dominios extremadamente diversos como la sexualidad, la alimentación, la belleza, la percepción, la performatividad social y los hábitos individuales, las razas y las políticas reproductivas, etc., son leídos como series históricas y en relación a dispositivos de poder, a saberes, y a modos de la experiencia subjetiva que operan como líneas de transformación y de rearticulación de sentidos y conductas (Giorgi, 2009: 66).

Tal como lo enuncia Giorgi cuando enmarca la pregunta por el cuerpo en los estudios latinoamericanos, éste se describe como una categoría que genera distintas tensiones y escenarios de relación que se complejizan más cuando no se reduce a una relación de dos partes, sino que se le suma el VIH como un detonante de nuevas preguntas. Por un lado, la relación cuerpo-violencia-VIH, puede dar cuenta no necesariamente de una violencia explícita que atente contra los cuerpos portadores a través de torturas o golpes (aunque los cuerpos gay no han sido ajenos a esto), sino que los cuerpos portadores de VIH han sido objeto más de una violencia de la omisión, de la invisibilización, de la marginación, casi pudiendo afirmar que se reduce el conflicto en la medida en que se oculte su condición. Claramente, no se trata de enunciar abiertamente el hecho de ser VIH positivo como una necesidad previa en el campo de las relaciones sociales, así como nadie tiene que exponer abiertamente que es heterosexual o que tiene miopía para poder relacionarse con los otros. Sin embargo, el problema radica en que, en caso de hacerse explícito, de que se reconozca que dicho cuerpo es portador en escenarios ‘normalizados’, el sistema de relaciones se ve afectado por dicha revelación y se activan otra serie de reacciones que desembocan en prácticas que pueden violentar, marginar y vulnerar al cuerpo mismo.

En la relación (o tensión) entre cuerpo-sexualidad-VIH es fácilmente identificable que la presencia de virus, o la sola amenaza del mismo, altera el ejercicio de la sexualidad a través del cuerpo, marcando distintos comportamientos y conocimientos que se podrían identificar como ‘momentos de la sexualidad’ – sin que se esté entendiendo que las prácticas sociales y sexuales son lineales y procesuales en el tiempo (es decir, primero, un ‘antes’, luego ‘un durante’ y por último ‘un después’), el propósito es más bien dar cuenta de dichos momentos para ubicar el análisis específicamente, pero no reducirlos a fases consecutivas. En el ‘antes’, se espera que exista un conocimiento y una comprensión para reducir el riesgo de contagio, unas pautas de prevención, de vida sana, de estabilidad emocional que

pueden ‘blindar’ completamente el cuerpo de agentes extraños; en el ‘durante’, se espera que el cuerpo viva una sexualidad ‘responsable’ o por lo menos ‘consciente de las consecuencias’ en caso de no seguir las recomendaciones de asepsia que se requieren para evitar la transmisión; en el ‘después’, el cuerpo es sometido a una larga lista de trámites institucionales, a un proceso de exigencia de los derechos y de tratamientos médicos para mantenerlos en condiciones de vida ‘normales’ a pesar de la presencia del virus y del riesgo permanente de infecciones oportunistas.

La tensión anterior desemboca en otra: enfermedad y salud. ‘Salud y enfermedad han sido, evidentemente, uno de los más eficaces mecanismos de inscripción política y cultural de los cuerpos, precisamente porque en la modernidad los poderes se han legitimado en la ‘defensa de la salud’ o ‘la preservación de la vida’ de las poblaciones’ (Giorgi, 2008: 93). El VIH reta de manera directa e insistente esa tensión entre salud y enfermedad. Los cuerpos VIH positivos ¿están realmente enfermos? Los tratamientos retrovirales cumplen su función y, si se siguen las recomendaciones del tratamiento (tales como ejercicio, alimentación balanceada, prácticas saludables, ingesta de los medicamentos en horas específicas), no habría ningún elemento visible que permita identificar que esos cuerpos adolecen de algo, pero ¿es necesario que sea notorio? O tal vez ¿Son esos cuerpos no sólo saludables sino también evidencia de la eficacia de las medidas biopolíticas?

El SIDA, por desnudar a la gente de sus sistemas inmunes, abre al cuerpo a la invasión en todos los frentes. El cuerpo se convierte en el campo de batalla de una fea guerra de desgaste, tanto como las personas afectadas luchan una pelea en contra de una infección oportunista tras otra. El cuerpo es un sitio de invasión, o un campo de batalla desafiante en una ‘guerra’ de la moralidad en contra de la sexualidad, es central tanto como el arte australiano se está dirigiendo hacia el SIDA (Gott, 1994: 4, Traducción propia).

Si bien los portadores del VIH han ‘aprendido’ a vivir con el virus, ¿será importante mantener la patología y sus implicaciones políticas y sociales en el marco de lo ‘queer’, de modo que se mantenga siempre presente que su existencia da cuenta de otras serie de vulneraciones sociales que, aunque se logren ‘adaptar’ no terminan de superarse? Es decir, puede persistir el riesgo de que, una vez ‘controlada’ la patología a través de la medicación y de las estrategias biopolíticas, estos sujetos puedan percibirse como ‘normalizados’, ignorando las implicaciones que el SIDA tiene más allá de lo médico y lo biológico. Por

eso, y a pesar de que la oferta médica es necesaria para la subsistencia de los sujetos portadores de VIH, puede ser necesario que sus subjetividades se mantengan en una zona llena de grises y cuyo ejercicio supera los límites médicos, diseminándose en lo social, en lo político y en lo económico. Vale la pena recoger aquí la reacción al respecto de Daniela Suárez, candidata al Doctorado de Estudios Culturales del Departamento de Español de la Universidad de California en Davis, quien tuvo la oportunidad de leer una versión preliminar de este texto: ‘Da la impresión de que estos cuerpos se muestran como un lienzo donde se plasma una paradoja en la que se normativiza a los sujetos que a su vez son “omitidos”’ (Suárez, 2008: 2).

Se podría decir que en el campo de este estudio, el cuerpo portador de VIH, es un territorio fronterizo entre la salud y la enfermedad. No podría afirmarse que son cuerpos totalmente enfermos o perfectamente sanos; esto puede hacer aún más compleja tanto la aplicación de la política pública, como las relaciones sociales. ¿Podría afirmarse que son cuerpos ‘sobrevivientes’ que han retado a la muerte y se han sobrepuesto al dolor? Si es así, ¿qué papel han cumplido las políticas públicas? ¿Cómo debe asumirse en el campo de las relaciones sociales? ¿Esa permanencia en la frontera entre lo sano y lo enfermo, podría ser el argumento para definirlos como cuerpos ‘queer’?

Se ha visto que plantear el tema del VIH/SIDA desde la homosexualidad resulta eficiente aunque reduccionista, recientemente se han dado cambios en la manera como se nombra o rotula el asunto gay y su relación con la patología. Más enmarcado en la manera como se ‘comporta’ el virus en América Latina y articulado con una mirada cultural de la región, se habla en los informes institucionales de la categoría de ‘hombres que tienen sexo con hombres- HSH⁷’ como una de las de mayor riesgo, junto con los usuarios de drogas intravenosas y las personas asociadas al comercio sexual. Uno de los argumentos que se esboza es que la categoría ‘gay’ está más relacionada con un gueto global y con un imaginario de forma de vida homosexual que muestran formas de vestir *fashion*, un gusto particular por la música discotequera, una particular forma de vivir el hedonismo, un

⁷ Sin embargo esta es una expresión de uso mundial y aprobada por la OMS y la OPS. Aquí se presenta el análisis desde la perspectiva latinoamericanista.

poder adquisitivo que le permite darse gustos, entre otros rasgos⁸ con el que no todo hombre que se relaciona íntimamente con los de su propio género se identifica necesariamente, en la medida en que pesa la idea de que ‘hombre’ es quien penetra y la mujer es ‘penetrada’.

Independientemente de quién penetra a quién, de llamarlo gay, HSH o ‘marica’, lo cierto es que los hombres que se acuestan con hombres siguen permaneciendo en los primeros lugares de los listados de poblaciones en riesgo frente al VIH/SIDA, a pesar de las fluctuaciones estadísticas que ya muestran otros grupos humanos vulnerables o *inmunodeficientes*, como las mujeres heterosexuales, los niños, los hombres heterosexuales y los profesionales de la salud. De alguna manera, existen hombres que se pasean por una frontera subjetiva y se quedan por fuera de los grupos objetivos de los proyectos de intervención; parece casi una ironía la necesidad de reconocerse como homosexual para poder tener acceso a un tipo de proceso social que los puede proteger frente a esta patología: ¡vuelva cuando esté completamente seguro de que es gay! Aunque con un toque de eufemismo, la expresión HSH amplía el espectro de hombres que hacen parte de múltiples subjetividades que comparten caricias, abrazos, flujos, pero no el mismo rótulo, y excluye de plano a los hombres 100% heterosexuales de este grupo de riesgo, aunque la epidemia no se reduce a los comportamientos sexuales exclusivamente, como ya hemos visto. En ese orden de ideas, los HSH pueden tener relaciones sexuales con hombres gay y, aparentemente, eso no convierte al primero en gay, ni el segundo deja de serlo. Es como si el cuerpo y sus impulsos fueran por un lado y la manera como lo nombramos vayan por otro: nos encontramos en la cama, pero nos distanciamos en lo público.

Como etnógrafo, considero que si pusiéramos más atención en los *lugares difusos*, en los *nómadas pseudolibertinos*, en los *meandros de las ciudades de la noche*, podríamos entender con mayor claridad la vida sexual de las personas, especialmente de los varones, la manera como la práctica homoerótica existe más allá de las identidades conocidas asumidas, sean éstas de origen popular o anglosajón, o resistiéndolas, en contextos de oportunidad efímera entre varones masculinos o no, pero subvirtiéndolos los códigos binarios. Una realidad que no se limita, aunque los incluye, a los consabidos casos de los prisioneros, los militares o los trabajadores sexuales. Seguramente tendríamos más posibilidades de entender

⁸ Las versiones inglesa (original) y estadounidense (adaptación) de la serie ‘*Queer as folk*’ son un buen ejemplo de estas representaciones a la que se hace referencia.

las formas de transmisión del VIH en nuestros países, donde clase e identidades de género se confabulan; tal vez podríamos comprender tan altos porcentajes de infectados o de enfermos cuya forma de transmisión ignoramos porque no coinciden con la práctica homoerótica o porque no concuerdan con nuestras categorías identitarias (Núñez Noriega, 2007: 313).

Ya he mencionado que el panorama de los grupos vulnerables o *inmunodeficientes* frente al SIDA se ha modificado con el paso de los lustros. Una de las tendencias relacionadas con el SIDA que ha sido revisada con mayor atención recientemente se ha denominado ‘feminización de la epidemia del VIH’ y se plantean planes y acciones urgentes para frenarla. Ahora los activistas gay no son los únicos luchando contra la propagación de esta patología. Ahora los grupos de mujeres y feministas no sólo deben luchar por el reconocimiento de sus derechos y por la equidad. La comunidad de quienes se enfrentan al virus sigue en aumento, mientras las preocupaciones de las mujeres también crecen. Esta situación podría ser el argumento clave para declarar el fracaso tanto de las campañas de prevención, las cuales se concentraron en la población gay sin determinar otros grupos potenciales de riesgo, como de las estrategias biopolíticas, en la medida en que un virus se escurrió por entre las grietas sociales y se salió del alcance de sus objetivos por preservar la vida misma. Ahora estas estrategias persiguen a un virus que se escapa, encontrando nuevas maneras de vulnerar lo social.

Razones biológicas, sociales y políticas aportan a la alarmante relación 1:1 entre mujeres y hombres contagiados en África, y al porcentaje del 48% de mujeres infectadas del total mundial, según cifras de ONUSIDA. Dentro de los aspectos biológicos se cuenta el hecho de que tradicionalmente la mujer sea receptora durante el coito con un hombre, desconociendo otras posturas y figuras que pueden ubicar a la mujer en lugares más privilegiados. También tiene que ver que el flujo vaginal esté más expuesto que el semen del hombre y que entre en contacto con mayor facilidad con fluidos más internos. Es como si nuestro cuerpo, de manera autónoma, tuviera una predisposición a cortes que se salen de nuestro control.

La edad de iniciación sexual de las adolescentes en las relaciones sexuales las enfrenta a dar este paso con hombres mayores, más experimentados y con kilometraje recorrido con otras parejas. Las reticencias para el uso del condón siempre durante las relaciones

sexuales, sumado a la idea de invulnerabilidad de algunas que puede pensar que el problema del SIDA es de otros, es otro de los aspectos que las pone en riesgo. También se esbozan razones como la violencia de género:

La violencia hacia la mujer produce múltiples efectos negativos en su vida, en lo personal, productivo-laboral, social, y en la salud: baja autoestima, depresión, dependencia emocional, sentimientos ambivalentes, embarazos no deseados, abortos espontáneos o provocados, desarrollo de conductas nocivas para la salud (alcoholismo, tabaquismo, drogadicción), desórdenes en la alimentación (bulimia y anorexia) y enfermedades de transmisión sexual: ya que existe el riesgo de contagio de ITS infecciones de transmisión sexual, cuando la víctima es forzada a mantener relaciones sexuales sin protección. (...) Existe un vínculo importante entre la feminización de la epidemia y la violencia basada en el género. En un contexto de violencia en la relación de pareja, la negociación sobre las relaciones sexuales y el uso de condón se hace muy difícil y, en algunos casos, resulta imposible. Sin contar con los casos de violación sexual, donde no existe opción (Mujica Rojas, 2007).

De otra parte, las mujeres pueden ser fieles y monógamas, pero sus maridos probablemente no. Esto la vulnera de manera anónima, soterrada e ingenua. Exigir el uso del condón y practicar el sexo oral (en el sentido de hablar sobre sexo) suelen ser asuntos vedados para muchas mujeres, quienes aún tienen que colonizar territorios básicos como ser reconocidas como sujetos de derecho, o que le sean reconocidas sus habilidades profesionales en un ambiente de hegemonía masculina.

Homosexuales y mujeres fueron protagonistas de movimientos activistas por el reconocimiento de sus derechos en la historia reciente del siglo XX. Ahora comparten nuevamente el terreno de las luchas, esta vez, a partir de un flujo en común que los vincula estrechamente en flujos sanguíneos, más de los que unos y otras están dispuestas a reconocer. Un virus que navega entre venas, flujos y cuerpos los convierte los ata en una suerte de parentesco y lo pone a vivir experiencias comunes desde sus propias especificidades.

Pobre ¿Y con SIDA? – Con SIDA ¿Y pobre?

En un país tan arribista como Colombia, donde se dice con orgullo que la clase baja se cree mejicana, la clase media ‘gringa’ y la clase alta europea, no sería muy fácil determinar qué puede dar más vergüenza: tener SIDA o ser pobre. Haciendo referencia a los movimientos sociales emergentes en el siglo XX, en algunos círculos académicos se decía que ser mujer,

negra, judía y lesbiana al mismo tiempo debía ser una desgracia; ahora ser de un estrato socio económico bajo al tiempo que ser portador de VIH es, posiblemente, ser sujeto de una doble segregación: la de un virus de difícil comprensión y la de las carencias extremas que llevan a ser ignorado y hasta inhumanizado.

Definir en qué consiste la pobreza es tan difícil como controvertido. Sobre lo que sí hay acuerdos es que refiere a una condición económica precaria:

La pobreza, entendida como carencia de algo, remite siempre a un sistema de distribuciones (de ingresos, de accesos a la vivienda y a la salud, etcétera) en el que se estipula cierto umbral socialmente aceptado respecto de determinadas condiciones de vida. A ese umbral de aceptabilidad social es posible medirlo y, frente a la diversidad de posibles definiciones de necesidad mínima, han prosperado principalmente dos: 1) definir dicho umbral en función de los ingresos monetarios cotejados con el costo de diferentes canastas básicas; de modo que será pobre alguien cuyos ingresos estén por debajo de la canasta básica total y será indigente cuando sus ingresos estén por debajo de la canasta básica alimentaria; y 2) definirlo de acuerdo con un conjunto de elementos, como en el análisis de las necesidades básicas insatisfechas (NBI), que toma en cuenta el acceso –o no– a ciertos bienes o servicios básicos (vivienda, condiciones sanitarias, asistencia escolar y los servicios de salud). Las personas en situación de pobreza muchas veces reproducen y profundizan su situación con sus actitudes, creencias y comportamientos. Pero la pobreza es el resultado de procesos complejos y extendidos en el tiempo, en los que intervienen no sólo los factores culturales, sino además los económicos, sociales y políticos (Bruno, 2008: 4).

La pobreza es una condición de vida tan ‘vergonzante’ socialmente que, incluso, en algunas doctrinas asociadas a la Nueva Era, sin mencionar a Max Weber en ‘La ética protestante y el espíritu del capitalismo’ (1904-1905), que vinculan el éxito a una actitud individual, uno es el único responsable de ser pobre o rico, y la liquidez del dinero y las condiciones de vida satisfactorias dependen directamente de una mentalidad de prosperidad. En otros términos, si uno es pobre es porque no ha hecho lo suficiente para superar la pobreza, o porque es ‘poca-lucha’ o, en últimas, debe obtener un aprendizaje importante para su vida que le permita valorar lo sustancial, como la vida, la salud o la familia, antes de disfrutar de los bienes terrenales a manera de premios por lección aprendida.

Shereen Usdin dedica buena parte de su dossier sobre SIDA a la manera como se vincula el virus con las condiciones de pobreza en las que vive buena parte de los portadores y de las

poblaciones en riesgo. Un indicador incuestionable es que el virus inició en el continente más pobre del mundo, se diseminó en países en desarrollo y se instaló en los asentamientos más pobres de los países desarrollados. De alguna manera, la pobreza ha sido el combustible que ha mantenido al virus del SIDA con vida y con potencial de crecimiento.

Hombres y mujeres obligados a vivir de la prostitución para combatir el hambre; personas que venden su sangre para poder comprar algo básico; hombres que buscan mujeres menores que pasan por vírgenes para reducir el contagio, son algunas prácticas que afectan a personas que buscan calmar el hambre de formas desesperadas y las expone al virus casi inevitablemente:

Una persona en situación de pobreza no dispone de suficientes ingresos económicos para acceder a alimentos, medicamentos y a una vivienda digna y bien equipada. Además, la preocupación por satisfacer dichas necesidades básicas conspira contra (o no habilita) el ejercicio pleno de otros derechos (a la educación, la salud, la libertad de expresión y de asociación).

Por ejemplo, el trabajo sexual es una estrategia de supervivencia familiar o personal que aumenta la exposición a situaciones de violencia social y familiar, cuando ya no es posible negociar el sexo seguro. Así, las situaciones de pobreza y exclusión aparecen formando un binomio dialéctico, difícil de separar, en el que una existe y se reproduce en función de la otra, a la manera de un círculo vicioso (Bianco, M; Pagani, L.; Re, M.; Correa, C., 2003 citados en: Bruno, 2008: 6).

Usdin describe cómo en América Latina el fenómeno de la migración, motivado por la búsqueda de trabajo lejos del lugar de origen e impulsado por las necesidades, llevan a que las personas (madres y padres de familia) se enfrenten a situaciones que los ponen en riesgo, dado el hacinamiento y la oferta limitada de actividades que compensen las horas de trabajo. En otras palabras, estas personas terminan teniendo relaciones sexuales de manera indiscriminada y luego, al regreso a su hogar, dispersan el virus por nuevos territorios y cuerpos.

Estos factores son fundamentales para alimentar la epidemia en África meridional y en otras regiones, así como en América Latina, donde una de cada seis familias no puede satisfacer sus necesidades básicas. Millones de niños de esta región viven en la calle, a menudo vendiendo sexo para sobrevivir. No es ninguna sorpresa que la epidemia se concentre en estas comunidades (Usdin, 2004: 50).

Usdin no es la única que delata la perversa relación entre pobreza y SIDA. Sus vínculos se denuncian tanto en informes de ONUSIDA como en los análisis de críticos y activistas. En el informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006, esta entidad de las Naciones Unidas hace un análisis estadístico que da cuenta de la pobreza y la desigualdad, sin embargo no lo articula con factores sociales o de corte cualitativo que haga ver las brechas profundas, aunque le alcanza a caer un poco de agua sucia a los gobiernos de las naciones: ‘Los gobiernos reconocen cada vez más la importancia de afrontar la pobreza como respuesta al SIDA – y de afrontar el SIDA como medio de reducir la pobreza –, pero han actuado con lentitud al traducir este principio en programas’ (ONUSIDA, 2007: 04).

Por su parte Javier Sáez ‘Hartza’⁹, en su particular estilo directo y sin tapujos, hace una reflexión en relación con la pobreza y la posible inquisición contra los enfermos de SIDA:

Convendría hacer más estudios sobre la estratificación social de los enfermos de sida: una ojeada a nuestro alrededor nos indica rápidamente que la enfermedad está afectando mucho más a los pobres que a los ricos. Globalmente, el Tercer Mundo es el más afectado; localmente, por ejemplo en España, la enfermedad se da sobre todo en heroinómanos y en presos. Aunque es cierto que hay heroinómanos de todas las clases sociales, los consumidores de clase baja se drogan "peor" que los de clase alta: su heroína es pésima (se calcula que sólo el 5% de cada dosis es heroína, y el resto venenos diversos para adulterarla), sus condiciones higiénicas son precarias (jeringuillas compartidas, infecciones por agua sucia, etc), y su alimentación es baja en vitaminas. En cuanto a los presos, todo el mundo sabe que los ricos nunca van a la cárcel. Del mismo modo que el oscurantismo demoníaco obstaculizaba las tareas del pensamiento y le entretenía en invocaciones y persecuciones delirantes e inútiles, quizá sería conveniente empezar a abordar los condicionantes de la desigualdad social y sus efectos. Ya conocimos la barbarie de la caza de brujas, y desde hace años vivimos otra contra los drogadictos, igual de injusta e inútil. Aún estamos a tiempo de evitar una tercera contra los enfermos de sida (Sáez: En línea).

Las alternativas reducidas, las posibilidades limitadas de protección, el desconocimiento de los derechos y el hecho de que en el mundo la mayoría de personas pobres son mujeres, son algunos de los aspectos que analistas y organizaciones identifican en la relación

⁹ Hartza (Javier Sáez) nace en Burgos en 1965, aunque se considera apátrida. Hartza significa «el oso» en euskera, mote que adopta por su aspecto físico y por su ursofilia. Es licenciado en sociología. Realizó estudios de doctorado con Jesús Ibáñez, y de psicoanálisis en la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis del Campo Freudiano con Jorge Alemán y Sergio Larriera. En 1990 se declaró insumiso. Fue juzgado y condenado a 6 meses de cárcel. Ha participado en diversos movimientos sociales: Amnistía Internacional, insumisión (Asamblea de Insumisos, MOC), marica-queer (La radical gay, GTQ, Colectiu Gai de Barcelona). (Sáez, Currículo)

SIDA/pobreza (Tearfund, 2005). El asunto es que, a buena parte de las organizaciones de alcance global, le interesa esta relación particularmente porque el SIDA se atraviesa en el camino en el momento de sacar indicadores que muestren la evolución positiva en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo para el Milenio de la ONU, que son: Reducir la pobreza vinculada a ingresos; reducir el hambre; incrementar el acceso a agua limpia; educación primaria para todos, mejorar la salud de los niños, lograr la igualdad entre los sexos y mejorar las condiciones de vida de los habitantes de asentamientos y villas de emergencia. Todos estos son objetivos que responden a estrategias biopolíticas y a la urgencia de contar con un mundo cada vez competitivo con pobladores aptos para la producción y con capacidad adquisitiva propicia para el consumo.

Llama la atención que en Colombia, los informes institucionales no denuncian la relación estrecha entre SIDA y pobreza. Sus categorías humanas siguen formuladas con base en criterios de género (mujer, homosexual, hombre), de edad (niños, adolescentes, adultos jóvenes, adultos, adulto mayor) y región (ciudades, departamentos). Salvo una investigación en Cali con mujeres de estrato 4, 5 y 6, centrada más en el conocimiento de la epidemia y en las prácticas sexuales desde una perspectiva científica, lo socioeconómico no ha tenido mayor énfasis en lo que a divulgación sobre el comportamiento del virus en Colombia se refiere.

En una conversación informal con Sebastián, y a partir de la observación de los usuarios de la Asociación, se apostó la tesis de que si proyectaran las proporciones de portadores de VIH por estrato, seguramente la proporción en estratos altos es mayor en relación con la cantidad de personas que hacen parte de esa condición socioeconómica, que la proporción de portadores de estratos bajos.

Por supuesto, en Colombia los portadores de VIH pobres superan ampliamente en número a los portadores de otros estratos sociales y es que en el país los pobres son más no sólo en cantidad; son los más expuestos a todo tipo de riesgos ambientales, de salud, de violencia, de desempleo, de economía, de guerra. Vale decir que las estrategias biopolíticas pensadas para este amplio grupo de población no están pensadas en términos de que sus condiciones de vida mejoren de modo que los haga más felices, sino que se despliegan exclusivamente

para que tengan un estado de salud aceptable, unas vías de transporte suficiente para ejercer como fuerza de trabajo y como consumidores dispuestos al capital. En este sentido, el SIDA le hace más difícil el trabajo a lo biopolítico, porque su atención demanda más capital de lo que produce, por eso, la dicotomía SIDA/pobreza debe ser disuelta a los ojos de los indicadores biopolíticos.

VIIH: Bioseguridad¹⁰ y nuevo racismo

Como ya hemos venido planteando en este estudio, las estrategias biopolíticas se han visto en aprietos para confrontar las tensiones que plantea el virus en su estado latente (VIIH) y los problemas que ocasiona la patología en su estado activo (SIDA). Sin embargo, la búsqueda de nuevas tácticas para salirle al paso no se ha hecho esperar y las entidades supragubernamentales y nacionales se han comprometido con encontrar otros caminos que permita controlar el avance, el crecimiento y la diseminación de la enfermedad, en función de las metas de competitividad impuestas por las lógicas globalizadas y las dinámicas internacionales. Es decir, los países deben demostrar que están preparados para competir en un mundo globalizado y para eso debe controlar todas las variables, entre esas, las que tienen que ver con la salud y la enfermedad.

Por un lado, a escala mundial y orquestado en el corazón de las Naciones Unidas, se ha puesto en juego lo que se ha llamado la ‘securización del SIDA’, aunque aquí se expone como una respuesta policiva a una debilidad biopolítica, es decir, una bioseguridad. De otra parte, en Colombia y con fachada de política pública construida participativamente, viene en progreso la definición de un nuevo Plan Obligatorio de Salud – POS, cuyos rasgos más ocultos arrastran con la emergencia de un posible nuevo racismo, en la medida en que buscan legitimar la segregación de ciudadanos que no ‘merecen’ la atención en salud que otros sí han hecho méritos por obtener.

Stefan Elbe, de la Universidad de Sussex en Inglaterra, explica en su artículo *AIDS, Security, Biopolitics* la manera como, sorprendentemente, en el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas celebrado el 10 de enero de 2000, los temas planteados no estaban

¹⁰ El término de Bioseguridad tradicionalmente se entiende como medidas ligadas a mantener la seguridad laboral e industrial de los trabajadores. En este estudio se resemantiza con el fin de articular la idea de seguridad como una herramienta de la que se está apropiando lo biopolítico.

relacionados con la ‘regulación del despliegue de las fuerzas armadas en las políticas internacionales, considerando en cambio el impacto creciente del SIDA en la paz y la seguridad en África’ (Elbe, 2005: 403, Traducción propia), siendo la primera vez en la historia de esta organización que una enfermedad se viera como un problema de seguridad. Un peligro importante que detecta el autor es que el SIDA se enmarque exclusivamente en el sector de seguridad, dejando de lado sus aristas sociales, médicas y políticas, entre otras razones, porque está identificada la necesidad de que el VIH sea un asunto que debe ser tratado, pero es evidente que las organizaciones no tienen claro cómo lidiar con la enfermedad desde una perspectiva integral y, cuando esto sucede, la bioseguridad resulta ser una excelente aliada para alinear lo biopolítico y suplir sus carencias:

En este caso, sin embargo, la securización del VIH/SIDA toma un particular significado para las políticas del mundo contemporáneo no sólo porque es una nueva forma de enmarcar la enfermedad, sino también porque esto ilustra cómo la seguridad internacional constituye un sitio importante para la diseminación de las estrategias biopolíticas hacia el mundo no-Occidental, otorgándole realce a la normatividad de los peligros emergentes (Elbe, 2005: 408, Traducción propia).

En su análisis, Elbe evidencia otra práctica biopolítica, vía ONUSIDA, a través de la cual se despliegan técnicas de vigilancia producto de las cuales se identifican grupos de riesgo que necesitan ser intervenidos y marcan diferencias entre la población de niños y adultos, población rural y urbana y grupos con comportamientos sexuales específicos, aglutinando un conocimiento ‘vital’ sobre características biológicas de la población del mundo (Elbe, 2005). Se podría decir que la estadística es la ‘ciencia’ que por excelencia mejor se articula con los objetivos biopolíticos y su eficacia nos ha hecho ver como ‘natural’ el hecho de que cada aspecto de la vida de todas las personas ingrese como dato a las tablas dinámicas y sus sumatorias, promedios y ponderaciones deriven, de un lado, en análisis biopolíticos que identifiquen tendencias de prácticas sociales, de identidades o subjetividades en emergencia y de relaciones y vínculos en marcos culturales que pueden ser anticipados y proyectados en informes que resultan de utilidad para gobiernos y organizaciones internacionales; de otra parte, en información que es revisada bajo la lupa de la bioseguridad para identificar posibles riesgos, de manera que las alarmas se enciendan a tiempo y se puedan bloquear las amenazas que puedan debilitar el funcionamiento dinámico y axiomático de la máquina capitalista. En otras palabras, la bioseguridad se encarga de activar la fuerza en los

momentos en que sea necesario proteger las estrategias biopolíticas con el fin de mantener a salvo los fines productivos que impone este mundo globalizado:

Desafortunadamente la creación de los programas universales de salud para tratar la enfermedad es justo tan compatible con una lógica biopolítica como es la purga de poblaciones de las enfermedades por el más siniestro de los sentidos, tanto como matarlos o dejarlos morir gradualmente. (...) si el VIH/SIDA es exclusivamente intervenido desde un marco de seguridad, no hay una vía efectiva para evitar que algunos gobiernos lleguen a la conclusión de que para lograr el objetivo biopolítico de deshacerse de la población con el problema del VIH/SIDA, la manera es dejar morir al infectado en lugar de proveerle un tratamiento integral en las muchas maneras que habría de securizar el VIH/SIDA (Elbe, 2005: 409-410, Traducción propia).

Antes el sexo se quedaba en el escenario de la intimidad: las posiciones, los gustos sexuales y de género, los juguetes y las tácticas para estimular los sentidos y llegar a la mayor satisfacción eran asuntos que se quedaban ‘enredados en las sábanas’ y a nadie tendría por qué importarle. Ahora la pasión hace parte de los ‘bienes’ que pone en disputa la política universalizante con la dinámica del mercado global; por un lado, el deseo se axiomatiza de manera vertiginosa y cualquier tipo de amor es válido si ingresa al mercado del placer, si se consumen juguetes y servicios exóticos que generen nuevas sensaciones: de múltiples maneras, el cuerpo y el sexo generan un deseo, entendido como un afán del capitalismo por producir más consumo y más deseo. De otra parte, la biopolítica ha tumbado la puerta de los santuarios del placer, los estadistas ingresan a los actos del amor sin ser invitados y cruzan variables que pasan por la cantidad de parejas sexuales durante el último año, la cantidad de encuentros sexuales y de orgasmos en un periodo determinado y el tipo y la calidad de comportamientos que estén dirigidos hacia la práctica del sexo ‘seguro’ (tirar con amor, con consciencia y con condón). Si las respuestas son las incorrectas (*‘he tirado con 26 personas distintas durante el último mes, anoche con cuatro al tiempo y sin condón’*), los estadistas encienden las alarmas e inmediatamente los formularios marcan en rojo que uno hace parte de un grupo en alto riesgo. Esas marcas en las bases de datos de las entidades nacionales e internacionales se convierten en la nueva mirada de ‘rejo’ que reprocha y que juzga, en una forma de nuevo racismo más taimado, indirecto, diplomático que disfraza con eufemismos los juicios de valor que la idea ‘incluyente’ de los derechos

humanos no permite que se emitan abiertamente. De alguna manera, la sentencia ‘universal’ de que todos los seres humanos tenemos derecho a la vida y a la salud parece tener grados de más o menos derechos, haciendo altamente relativos aquellos aspectos de lo ‘universal’ y el ‘todos’. Desde cualquier lugar (empresa que axiomatiza o biopolítica que preserva la vida), las prácticas y consumos sexuales son controladas y sus practicantes ingresan a las bases de datos, ya sea como registro de clientes fieles o como ciudadanos con prácticas riesgosas.

Un excelente ejemplo de lo que constituye tanto la bioseguridad como la emergencia de un nuevo racismo es lo que está sucediendo en Colombia en este momento, en relación con la formulación de un nuevo Plan Obligatoria de Salud- POS, bajo el entendido de que el que existe actualmente no es viable porque los recursos son insuficientes para su cubrimiento. Es decir, las instituciones y el Estado son incapaces de cumplir con la política actual, entonces, en lugar de generar las condiciones para que las entidades y sus funcionarios pongan en práctica la política, lo mejor es modificarla. Para esto, el Ministerio de Protección Social está abriendo una consulta ciudadana:

Con el propósito de construir entre todos el Plan Obligatorio de Salud de los colombianos avanza la consulta ciudadana presencial con organizaciones de usuarios y de pacientes y con la comunidad médica y se abre la consulta a través de Internet en la que pueden participar todos los ciudadanos (Ministerio de la Protección Social, 2009).

En la Asamblea General Extraordinaria de la Asociación de Usuarios de la Nueva EPS realizada el 25 de julio de 2009, Sebastián, quien fue ratificado como su presidente, advirtió sobre las perversiones de la encuesta que se había puesto en juego en el marco de la consulta ciudadana, y durante una reunión a la que fue convocado como representante de una asociación de usuarios se negó a diligenciarla debido a que implica la priorización de servicios destinados a diferentes tipos de ciudadanos. En efecto, la encuesta está dividida en tres partes: la primera recoge las características socioeconómicas de quien diligencia la encuesta a través de preguntas como nivel de educación y tipo de régimen, además de registrar el número de identidad; la segunda parte presenta 17 tipos de servicios y medicamentos que pueden ser incluidos en el POS, se tiene la opción de responder Sí o No incluir y luego se exige que se prioricen tres, es decir, al criterio de quien llena la encuesta

de las 17 alternativas debe elegir las tres que le parezcan las más importantes; la tercera parte enumera diez servicios que pueden ser excluidos del POS y esta parte no tiene la opción de priorizar, es decir, quien quiera puede decir que se excluyan las diez opciones del POS.

La nota de la periodista Viviana Llorente para el Noticiero RCN, emitida el viernes 31 de julio a la 1:22 p.m. señala los cuestionamientos que algunos expertos tienen sobre la encuesta. En dicha nota, César Caballero, analista de ‘Cifras y conceptos’, denuncia entre otras cosas lo siguiente: la encuesta está en un lenguaje muy técnico para el común de los ciudadanos; en la pregunta 17 (Los servicios y medicamentos cuya necesidad se origine por conductas riesgosas asumidas libremente por la persona y que se sabe pueden cambiar negativamente su estado de salud. Por ejemplo, deportes extremos, actividades recreativas de alto riesgo, tratamientos de embellecimiento y sus complicaciones) no se habla del tabaquismo o el alcoholismo prácticas con consecuencias en la salud más comunes que las mencionadas como ejemplo en la encuesta; no hay control sobre la cantidad de veces que una misma persona puede responder la encuesta y eso puede llevar a que un laboratorio interesado a vender determinado medicamento ponga a sus empleados a responder varias veces para favorecer un resultado, entre otras críticas. Martha Gualteros, representante de la Comisión de Regulación en Salud – CRES, intentó dar respuestas a estas inquietudes sin mucho éxito.

Lo cierto es que la encuesta tiene ‘zancadillas’ que en suma, no pretenden sólo incluir medicamentos o servicios, sino privilegiar a unos tipos de ciudadanos sobre otros. A continuación se transcriben, resaltan y discuten algunos de los apartes de la encuesta:

El Plan Obligatorio de Salud POS es un conjunto de servicios en salud que tiene como objetivo permitir la protección integral de las familias durante la enfermedad general¹¹. Incluye servicios y medicamentos para el fomento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de diferentes condiciones de salud. Con esta consulta, la Comisión de Regulación en Salud, CRES, y el Ministerio de la Protección Social, buscan recoger, en una primera fase, las opiniones de los colombianos(as) sobre los criterios que deben orientar la toma

¹¹ El subrayado y la aplicación de la cursiva en el texto, es de la edición de este estudio y no hace parte del original.

de decisiones sobre los contenidos del Plan Obligatorio de Salud (Ministerio de la Protección Social y Comisión de Regulación en Salud CRES, 2009).

Ese objetivo no implica necesariamente que el nuevo POS resultante sea el que más beneficie a los ciudadanos colombianos, en cambio sí puede significar un retroceso en el cubrimiento y calidad de los servicios médicos.

Es importante que *en sus respuestas prevalezca la condición de ciudadano que vela por el bien colectivo sobre sus experiencias particulares.*

Esta frase traslada el principio universalizante de velar por lo colectivo que deben tener a las instituciones a ciudadanos e individuos, como una manera de comprometerlos con los resultados, como de ‘lavarse las manos con jabón Pilatos’, cuando se inicien los reclamos al momento de que la nueva política se implemente.

De acuerdo con la siguiente descripción de servicios[1] y medicamentos, señale, en su opinión, cuáles de éstos deben mantenerse o actualizarse en el Plan Obligatorio de Salud – POS.

1. Los servicios cuyo objetivo sea prevenir la aparición de enfermedades.
2. Los servicios y medicamentos que permitan el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, así como la recuperación de la función de los distintos órganos del cuerpo humano.
3. Los servicios y medicamentos que ofrezcan resultados comprobados para resolver o mejorar las condiciones generadas por la enfermedad.
4. Los servicios y medicamentos de carácter experimental.[2]
5. Los servicios y medicamentos con mayor seguridad comprobada y con poco riesgo de producir complicaciones.
6. Los servicios y medicamentos cuyo objetivo sea atender situaciones de urgencia que comprometan la vida y requieren de la protección inmediata a través de los servicios de salud.
7. Los servicios y medicamentos que benefician a quienes padecen enfermedades de mayor frecuencia en el país.
8. Los servicios y medicamentos que respondan a enfermedades graves y que sean causa de muerte temprana.
9. Los servicios y medicamentos que atiendan enfermedades que causan situaciones de discapacidad.
10. Los servicios y medicamentos cuya prestación esté dirigida a los niños y niñas.
11. Los servicios y medicamentos cuya prestación esté dirigida a las mujeres embarazadas.
12. Los servicios y medicamentos cuya prestación esté dirigida a los adultos mayores.
13. Los servicios y medicamentos cuya prestación esté dirigida a tratar enfermedades de otros grupos de la población.

14. Los servicios y medicamentos que el país puede pagar y mantener con los recursos humanos, tecnológicos y económicos disponibles para la salud.

15. Los servicios y medicamentos cuyos altos costos puedan hacer que el usuario o su familia enfrenten dificultades financieras o que los puedan llevar a la quiebra.

16. Los servicios y medicamentos cuyos costos puedan ser asumidos por el usuario, por ejemplo, medicamentos de venta libre como analgésicos o antiácidos.

17. Los servicios y medicamentos cuya necesidad se origine por conductas riesgosas asumidas libremente por la persona y que se sabe pueden cambiar negativamente su estado de salud. Por ejemplo, deportes extremos, actividades recreativas de alto riesgo, tratamientos de embellecimiento y sus complicaciones.

Si bien todas las preguntas traen su trasfondo que vale la pena analizar, desde el riesgo que implica la emergencia de un nuevo racismo, las preguntas de la 9 a la 13 exige de quien llena la encuesta la necesidad de privilegiar a ciudadanos ‘inocentes’ que merecen todo tipo de atención. No se quiere decir con esto que los niños, los discapacitados, los ancianos o las mujeres embarazadas no sean merecedores de un servicio de salud obligatorio, sino que lo grave que siquiera se sugiera que haya quienes pueden no estar cubiertos, a pesar de ser colombianos, de ser humanos, de hacer sus aportes al régimen de salud y de aportar con consumos a la medida del capitalismo. El poder adquisitivo también resulta ser una variable que desembocará en un criterio para un servicio de salud obligatorio, tal como lo presentan las preguntas 15 y 16: Qué importa que yo pueda comprar de mi bolsillo una medicina, si tengo derecho a que el Estado me la provea, ese derecho debe cumplirse.

La pregunta 17 es de las que resulta más inquietante desde el punto de vista del derecho al pleno desarrollo de la personalidad versus el respeto por el derecho a la salud: ¿será que el nuevo POS verá las prácticas homosexuales como ‘conductas riesgosas asumidas libremente por la persona’? En la Asamblea del 25 de julio de 2009, Sebastián advertía a los usuarios que asistieron que el concepto que inspira esa pregunta es el de ‘corresponsabilidad’, lo cual implica que el paciente debe pagar el servicio de salud cuando se le atiende por alguna enfermedad o accidente como resultado de alguna práctica que lo haya llevado a agravarse. Desde ya se abre una alcantarilla para que funcionarios y personal médico juzguen a criterio propio ese tipo de prácticas y se reduzcan dramáticamente las cargas de servicios, tratamientos y medicamentos que deben ser prestados y asumidos obligatoriamente por las EPS y las IPS: ‘para que manejó en medio de una tormenta si eso ocasiona accidentes’, ‘para que tomó hasta la borrachera en el matrimonio de su hija, eso

afecta el hígado’, ‘para que tira con su pareja sin condón, si eso puede infectarlo con una ETS’, ‘¡Es SU responsabilidad!’. De esta manera, el Estado y lo público refractan la obligación que tienen con los ciudadanos hacia los mismos individuos, en un juego de espejos en el que logran no sólo difuminar su rol sino convencer a las personas de que en realidad en su culpa; se trata de un rasgo neoliberal en el que nuevamente lo ‘universal’ como derecho tiene sus modalidades aplicables por ‘combos’ comerciales directamente proporcionales a sus aportes al Sistema y al uso limitado de sus servicios de salud, es decir, ‘pague mucho y úselo poco’, características de un ciudadano ejemplar:

El ciudadano bio-ético cuenta con acceso y financiación de los servicios sociales básicos como la salud en la medida en que manifiesta una habilidad individual de actuar responsablemente para reducir los riesgos y los esfuerzos relacionados con un estilo de vida incorrecto. En otras palabras aquí la agencia bio-ética significa asumir un cuidado adecuado de su propio capital genético. Las recientes campañas contra el tabaco, la bebida excesiva y el sobrepeso constituyen evidencia de esta tendencia normativa neoliberal que se soporta en el hiper-individualismo (Braidotti, 2007: 4).

La bioseguridad y el nuevo racismo son estratagemas biopolíticos para atajar las consecuencias no sólo del VIH/SIDA sino de toda enfermedad y patología que ponga en riesgo a la producción del capital. Son medidas desesperadas que están afectando a grupos humanos e, incluso, están haciendo que se pongan en contra unos de otros, es decir, un ciudadano común puede preferir que no se atiendan pacientes de SIDA si eso garantiza que se atienda a un niño enfermo. Perverso.

Breve apostilla a una pandemia

Es importante abrir espacio al análisis breve de una coyuntura que no se puede dejar pasar por alto. En el mes de abril de 2009 y simultáneamente a la realización de este trabajo, se desató un pánico desenfrenado en el mundo entero a partir del inicio de un brote de gripe en México, que inicialmente se le achacó a un virus endémico de los cerdos (de ahí el mote de ‘gripe porcina’) y que luego fue denominado Virus A (H1N1), entre otras razones, porque la industria porcícola comenzó a tener bajas desastrosas en el consumo de carne de cerdo. Este pánico tuvo, incluso, proporciones mayores a cuando se la epidemia del SIDA, tal vez, por en esta ocasión este nuevo virus podía atacar a cualquier, mientras que en los ochenta, el SIDA era una enfermedad apocalíptica que atacaba a ‘maricas’ y a pecadores.

En abril de 2009 las fronteras se cerraron y se dio un despliegue en la seguridad aeroportuaria del mundo de mayor eficacia que el desatado después del 9/11. Se agotaron los tapabocas, una ciudad de 22 millones de habitantes se convirtió en fantasma, fueron estigmatizados los mexicanos así como quienes cruzaron sus fronteras. Se siguieron (y siguen en monitoreo) las estadísticas relacionadas con el avance de virus en personas contagiadas y en muertes ocasionadas. En menos de tres meses, la OMS declara al virus A (H1N1) como pandemia, teniendo en cuenta la cantidad de países a los que ha llegado y que se trata de un virus cuyo contagio se sale del control. Se le ha señalado de terrorismo biológico en el mundo y cortina de humo en Colombia, para distraer la atención sobre temas que pone en aprietos al Gobierno.

Un alarmismo parecido y mayor propició hace cerca de 30 años el VIH: ocupó los titulares de prensa, dio pie a cumbres y reuniones, generó todo tipo de reacciones y de teorías apocalípticas. Sin embargo, difícilmente el virus A (H1N1) contará con grupos activistas que deban luchar por sus derechos o generará la creación masiva de obras que haga evidente su impacto en el lienzo del cuerpo humano.

Aún dentro de la familia de las pandemias el VIH tiene un comportamiento queer, está atravesado por lo social, lo simbólico, lo subjetivo y lo político con cargas mucho más apasionadas de las que pueda tener otro tipo de enfermedad generalizada. Hoy en día, el tema del VIH/SIDA se ha acomodado en un espacio específico dentro de la agenda social del mundo y ocupa los titulares sólo cuando se celebra el día de la lucha contra la patología, sin embargo, los cortes y flujos por los que navega y penetra siguen en curso por todas las formaciones sociales que dejan sus rendijas abiertas. ¿Qué pandemias vendrán en el futuro que logren superar la vulneración a la biopolítica que ha conseguido el VIH?

El cuerpo sin órganos permite comprender la manera como funciona el VIH/SIDA en la medida en que es un cerebro sin cuerpo oportunista que se expande a través de engaños, no sólo dentro de los organismos, sino en las formaciones sociales, culturales, políticas e institucionales que intentan salirle al paso sin éxito. De allí que la presencia y actividad efectiva del VIH/SIDA en lo social amerita reflexiones profundas en aspectos que se han descrito en este capítulo. Si tuviera que buscar una emoción que explique la manera como

escribí este aparte, este sentimiento sería ‘rabia’; rabia porque las peores facetas de lo biopolítico, como la bioseguridad y el nuevo racismo, apenas se van a dejar ver sin importar a los sujetos, subjetividades y grupos humanos que afecten. Las discusiones por la feminización del virus y los rasgos de pobreza del SIDA van a resultar insípidas cuando tome fuerza política la idea de la ‘corresponsabilidad’ como una manera de individualizar el alcance de los derechos y de disipar las responsabilidades del Estado con los ciudadanos, privilegiando y protegiendo los intereses de la máquina capitalista y de la producción deseante.

CAPÍTULO 3: ESQUINAS MARGINALES

REPRESENTACIÓN Y MIRADA

El título de este capítulo ya resulta problemático porque pareciera tener pretensiones de ubicar lo marginal en un espacio específico, casi librando los otros lugares de cualquier tipo de discriminación. Este aparte se centra en la imagen, no aquella que es immaculada y cristalizada en una obra que se admira, sino en la imagen que vibra, que cuestiona a su observador y que, en lo posible, busca intimidarle. También da cuenta de un proceso de construcción de un objeto visual que se salió de madre y decidió tomar su propio curso, se abrió paso entre los ‘ideales’ biopolíticos para enredarse en los espacios y memorias donde sus estrategias pierden dominio.

VIH: Otra Mirada de la Cultura Visual

El activismo alrededor del VIH-SIDA en algunos lugares del mundo ha tenido como componente clave la exploración de la imagen. Los cuerpos enfermos, afectados por el virus, que van descomponiéndose, han sido capturados por las cámaras, los lienzos, los escenarios; han sido exhibidos en lugares públicos, privados y han sido publicados en libros. Esa ha sido una de las obsesiones de Douglas Crimp, quien ha compilado muchas obras alrededor del tema y, de manera sugestiva, bautiza uno de sus trabajos con el vago término de ‘Imágenes’ confundiendo deliberadamente lo que se muestra, lo que uno ve y lo que uno está dispuesto a imaginar.

La cultura visual ha sido vinculada estrechamente a un análisis desde la textualidad, tal como lo indica Horacio Legrás, en su entrada al diccionario de Estudios Culturales:

En los años setenta, y en verdad desde mucho antes como veremos, la noción de texto realizó una importante incursión en el terreno del análisis visual (pintura, instalaciones, fotografía, cinematografía). La justificación para esta expansión de un acercamiento semiológico-textualista al campo de lo visual yace en la comprobación de que este registro, tradicionalmente asociado con la mimesis y por lo tanto con la regulación de su sentido a partir de la evidencia y la corroboración visual, resulta en verdad altamente codificado (Legrás, 2008: 271).

Esta hegemonía de lo textual en el análisis de la imagen también es delatado por W.J.T. Mitchell, quien admite que su trabajo crítico de la cultura visual está basado

“principalmente en su experiencia como especialista literario” (Mitchell, 2003: 18). Legrás, por su parte, advierte que la pintura y fotografía están organizadas, en la experiencia occidental, en una lógica de lectura alfabética: de izquierda a derecha y de arriba hacia abajo. Sin embargo, es necesario declarar nuestra resistencia a que la imagen responda a lógicas textuales y escriturales y la tendencia es más a identificarnos con una gramática de lo visual que se ocupa más bien del problema de la mirada: “El problema consiste en poner en escena una paradoja que puede ser formulada de numerosos modos: ora que la mirada en sí misma invisible; ora que no podemos ver lo que la mirada es; ora que el globo ocular (*pace* Emerson) no es nunca transparente” (Mitchell, 2003: 18). Por lo tanto, es urgente la necesidad de manifestar que nuestro interés no está en explorar ‘qué dice’ la imagen, sino en ver y observar ‘qué muestra y qué deja de mostrar’, en suma, qué quieren las imágenes, pregunta que resume la inquietud obsesiva de Mitchell y cuya respuesta parcial por parte de este autor apunta a que:

Lo que las imágenes quieren es no ser interpretadas, decodificadas, desmitificadas, veneradas ni tampoco embelesar a sus observadores. Posiblemente no siempre quieren ser merecedoras de valor por “interpretadores” que piensan que toda imagen debe ser portadora de rasgos humanos. Las imágenes pueden proyectarnos a aspectos inhumanos o no humanos (...) Lo que en último término quieren las imágenes es ser preguntadas por lo que quieren, con el sobreentendido de que incluso puede o no haber respuesta (Mitchell, 1996, citado en Guasch, 2003: 10).

De alguna forma, son las imágenes las que nos miran, las que nos detallan; también podría decirse que nuestro emplazamiento con las imágenes da cuenta de ciertas miradas que traspasan la ‘lectura’ calculadora y analítica de lo ilustrado, sino que se dan diálogos y tensiones que cruzan incluso lo emotivo. La imagen no puede verse como reflejo, imitación o correspondencia de la realidad, más bien se trata de un mundo con sentido propio del que uno puede hacer parte y al que se le puede otorgar un sentido distinto cada vez. Esta idea de la imagen, dinámica, viva, en un contexto cultural dado, bajo un sistema de lenguaje, está muy relacionada con la noción de representación que hace parte del repertorio conceptual de los Estudios Culturales, en la medida en que la ‘representación *es* una parte esencial del proceso mediante el cual se produce el sentido y se intercambia entre los miembros de una cultura. Pero *implica* el uso del lenguaje, de los signos y las imágenes que están por, o representan cosas’ (Hall, 1997).

La idea de la imagen que se perpetúa en el tiempo como testigo silente de una historia que se quedó en el pasado, o de una obra visual que debe ser leída bajo un sentido unívoco sin posibilidad alguna de arriesgar otros significados o provocaciones, no sólo se reevalúa en el marco de una cultura visual que explora aspectos de la imagen que van más allá de lo que ‘muestra’, sino que resulta imposible cuando la imagen habla por sí misma de aspectos de la vida o de la muerte que tocan lo político, lo subjetivo, lo cultural, lo polémico y hasta lo prohibido. Por esto, la imagen ha sido cómplice, palabra, grito y lucha para lograr sacar del anonimato y del clóset a los portadores de VIH/SIDA, en muchos lugares del mundo. Una de las experiencias pioneras y que aún mantiene su referencia vigente es la de Douglas Crimp a través de la compilación de obras que pone no sólo a circular sino que invitan a la reflexión.

Crimp hace una provocación a la mirada a través de los trabajos que recopila dando cuenta de la *presencia* como un categoría que no sólo significa ‘estar allí’, sino también habla de la presencia como un fantasma, una ausencia y estar más que allí. (Crimp, 2003) De la manera como Crimp delata una ausencia/presencia, se desencadenan unas pistas conceptuales y metodológicas que se recogen más adelante.

Uno de los trabajos que ha analizado Crimp que más impacto ha causado se llamó ‘Retratos de gente’, se trata de una serie de fotos de gente con SIDA (GcS) tomadas con un intervalo de una semana o un mes por Nicholas Nixon y exhibidas en el *Museum of Modern Art* (MoMA) de Nueva York en 1988. Este trabajo fue señalado por la crítica como ‘un retrato no sentimental, honesto y comprometido de los efectos devastadores de esta enfermedad’ (Crimp, 2003: 63). Sin embargo, desató unas reacciones claves por parte de los activistas de ACT UP (Coalición SIDA para desatar el poder), quienes circularon folletos con la siguiente inscripción:

No más retratos sin contexto

Creemos que las representaciones de gente con SIDA afectan no sólo la forma como los espectadores la perciben fuera del museo, sino en últimas, asuntos cruciales en torno a la lucha contra el SIDA tales como la financiación, la legislación y la educación.

Al retratar GcS como gente a la que hay que tenerle lástima y miedo, como gente sola y abandonada, creemos que esta exhibición perpetúa concepciones erradas acerca del SIDA, sin abordar la realidad de aquellos de nosotros que viven diariamente con esta crisis como GcS y como gente que ama a GcS.

(...) Dejen de mirarnos y empiecen a escucharnos. (Crimp, 2003: 65)

Ante esto, Crimp observa que la privacidad de la gente retratada es simultáneamente invadida y preservada.

Invadida, en el sentido obvio de que las difíciles circunstancias personales de la gente han sido explotadas para beneficio del espectáculo público, se han expuesto sus pensamientos y emociones más privadas. Pero, al mismo tiempo, es preservada: la representación de las circunstancias personales que rodean a esta gente nunca incluye un comentario acerca de la dimensión pública de la crisis: las condiciones sociales que hicieron del SIDA una crisis y continúan perpetuándola como tal (Crimp, 2003: 71).

Los retratos de gente con SIDA, más que una superficie que ‘muestra’ una cruda realidad, se convierten en una lona donde se dan luchas que no terminan de resolverse y por tanto generan más preguntas que respuestas: ¿Es legítimo abrir estos espacios de ‘visibilidad’ con rasgos de tensiones políticas para llamar la atención sobre las condiciones de vida de millones de pacientes, a pesar de correr el riesgo de exotizar a ‘otros’ que padecen una enfermedad en carne y hueso? En otros momentos y lugares, colecciones de fotos e imágenes nos han permitido admirarnos, escandalizarnos e indignarnos por los horrores de la guerra, por las consecuencias de los desastres naturales, por la situación infame de los niños desnutridos o por los efectos del azar trágico en la vida de la gente; de alguna manera, ver estas imágenes como ‘evidencia’ de la realidad nos permite saber que esas ‘cosas tan trágicas’ le pasan a la gente, sin embargo, los momentos y escenarios en los que se ve no reduce para nada la brecha que existe entre esas ‘realidades’ y la pasividad que la mayoría de los ‘observadores’ ejercemos.

¿Qué se busca con exhibir fotos de personas enfermas mostrando sus cuerpos en decadencia: compasión humana o admiración artística por el objeto-foto? Puede suceder que llame más la atención una colección fotográfica por la genialidad del artista o por el arrojo que tuvo para tomarlas en el momento apropiado, aislando por completo al sujeto que se revela de pies a cabeza, que se desnuda ante un lente, que se muestra a manera de

interpelación urgente para que alguien mire lo que le sucede; puede darse que haya quien logre superar al artista y comunicarse con el sujeto, sin que eso cambie sus condiciones de vida.

Por último, ¿resulta esta serie fotográfica una ventana en lo público que permite ver ‘desde afuera’ lo que sucede en un espacio ‘privado e íntimo’ bajo estrategias que pueden ser tildadas de exhibicionistas por mostrar o de voyeristas por ver? Tal vez la imagen ha sido encapsulada en un sistema moral que limita sus alcances, estas fronteras demarcan hasta dónde está bien mostrar y cuando comienza a ser imprudente ver; cuando las obras se saltan esas líneas es el momento en que incomodan la mirada y se instalan en un lugar emocional que rayan la planicie de las retinas.

Los alcances políticos de las obras visuales realizadas sobre el tema del SIDA han llegado a indignar a los sectores más conservadores, tal como se dio en Australia. Entre 1994 y 1995, la Galería Nacional de Australia, en Canberra, exhibió una muestra llamada *Don't Leave Me this Way: Art in the Age of AIDS*. La publicación que recoge dicha exposición plantea claramente que algunas de las extensiones de las artes visuales fueron permeadas por el VIH/SIDA, de modo que un amplio rango del arte australiano ha estado lidiando con el SIDA en la medida en que no sólo afecta a todos en la sociedad, sino también tiene que ver con que ‘en Australia se está viendo una respuesta de artistas predominantemente gays y lesbianas a la epidemia’ (Gott, 1994: 1, Traducción propia).

Llama poderosamente la atención en el marco de este estudio, el ensayo publicado en las memorias de la Galería Nacional de Australia, denominado ‘*The war on Culture*’ de Carole S. Vance, antropóloga de la Escuela de Salud Pública Universidad de Columbia, en Nueva York, quien escribe sobre sexualidad, género y políticas. En primera instancia, la autora presenta una serie de reacciones de senadores conservadores sobre imágenes artísticas relacionadas con el SIDA y con GcS. Acerca de estas reacciones, Vance denuncia que ‘El símbolo, frecuentemente tomado de manera literal, fuera de contexto y siempre denigrando la posibilidad de la ironía o de múltiples interpretaciones, es ondeado como una bandera roja antes de sus aspectos constituyentes’ (Vance, 1994: 95, Traducción propia). En ese contexto, se desata, según la autora, una guerra contra la cultura en la medida en que:

Los fundamentalistas y conservadores están ahora dirigiendo una movilización simbólica de la base de las masas contra la ‘alta cultura’. Antes, sus esfuerzos se habían enfocado en la cultura popular (...) los intelectuales del conservatismo y del neo-conservatismo han también lamentado la llegada de la tendencia liberal de la universidad y la disolución del cánón la literatura clásica, por incluir un trabajo ‘inferior’ por las minorías, autores femeninas y gays (...) (Vance, 1994: 96, Traducción propia).

Lo anterior permite considerar por lo menos dos inquietudes en el contexto colombiano. Por un lado, la permeabilidad de la que ha sido objeto el mundo del arte y de la imagen por el SIDA en lugares como EEUU y Australia, entre otros países, contrasta con la aparente ‘pasividad’ que ha tenido el gremio de artistas y de creadores colombianos acerca del mismo tema. ¿Cuáles son las imágenes del SIDA en Colombia? Por otra parte, la reacción de la política conservadora que suscitan las manifestaciones artísticas que se hacen sobre temas que cuestionan los cánones morales más tradicionales, hacen cada vez más relevantes las alianzas entre el arte y los problemas y fenómenos que vive la sociedad, en la que medida en que incomoda a quienes diseñan y deciden las políticas, abren debates que no pueden dilatarse en el tiempo y confrontan a quienes consideran que hay problemas que pueden ser anulados.

No se puede afirmar radicalmente que la relación arte-SIDA en Colombia es nula; de hecho, existen artistas cuyas obras han apuntado a esbozar distintas facetas de la patología, la epidemia y sus impactos. Un caso en el que muchos críticos coinciden como ‘típico’ en esta relación es el de Miguel Ángel Rojas, quien ha hecho fotografía sobre SIDA en obras llamadas ‘Virosis’ (1986) y ‘Cupido equivocado’ (1989); su tendencia artística a presentar temas polémicos y de actualidad en sus obras de manera permanente y sostenida; también se cuenta con las obras ‘Seropositivo’ (1994) y ‘Cuarto Frío’ (1995) de Fernando Arias. ‘Seropositivo’ se reseña como una obra de videoarte que ‘constituye un perentorio llamado a la sociedad colombiana para que tome conciencia de la existencia del sida, así como un señalamiento, de los profundos cambios que esta enfermedad ha impuesto en el comportamiento humano’ (Charalambos: En línea). Con respecto a las obras y a artistas como Arias, algunos críticos señalan estas manifestaciones más como una aproximación oportunista para ganar protagonismo, que un activismo decidido frente a los problemas y realidades que vive el país.

El arte y el SIDA en Colombia se relacionan de una manera más solidaria y altruista que de lucha y evidencia de un asunto social que debería movernos a todos. Es el caso de Franklin Aguirre, Jaime Ávila, Beatriz González y, nuevamente, Rojas, quienes donaron sus obras a la organización Fundamor, dedicada a la atención de niños con SIDA, para que fueran impresas sobre cajas de vino que serían rifadas entre los interesados. A pesar de lo ‘bienintencionado’ el gesto, sus imágenes no necesariamente dialogan con el virus ni con la enfermedad; son abstracciones de sus propias ideas que terminarán ‘embelleciendo’ los bares de quienes lavan sus conciencias con aportes en dinero sin tener que hacerle frente a una realidad tan dura: niños que viven con SIDA.

Resulta altamente interesante el caso de Santiago Echeverri, fotógrafo y videoartista que ha desarrollado su obra sobre el VIH/SIDA en una página de Internet en el que un mensaje de correo electrónico es transformado a través de varias imágenes que se aferran a su propio cuerpo. El mensaje con el que trabaja es el siguiente:

From: GEORGE TOWER

Subject: WEBSITE MESSAGE

Date: April 6, 2005 12:45:33 PM EDT

To: se@santiago-e.com

Reply-To: MEKIKE83@YAHOO.COM

PEDAZO DE HOMOSEXUAL HIJUEPUTA, DESE POR MUERTO, Y APRENDA CON QUIEN SE ACUESTA POR QUE LAMENTO INFORMARLE QUE UD SE ACOSTO CONMIGO IGNORANDO QUE YO TENIA SIDA, ASI QUE AENGASE A LA S COSECUENCIAS, EN ESTOS MOMENTOS YA ESTOY TENIENDO LOS SINTOMAS, ME TARDARON UNOS 5 AÑOS EN APARECER, A UD LE TARDADRAN MAS, PERO SE LO MERECE POR SER TAN MARIK PEDAZO DE PERRO HIJUEPUTA, OJALA SE MUERA Y SUFRA DE LA PEOR FORMA

(Echeverri, 2009)

From: se@santiago-e.com

Subject: VIH y SIDA

Date: April 6, 2005 2:35:48 PM EDT

To: MEKIKE83@YAHOO.COM

Hola George Tower

Empezar a tener los síntomas no es símbolo de que se va a morir. Si empieza a tomar la terapia anti retro viral ahora, se pueden revertir. Lo más importante es mantener la carga viral en niveles imperceptibles.

No puedo saber lo que usted siente en este momento, porque no tengo el VIH. Mi último examen fue en enero. pero si le puedo decir que si necesita hablar de esto con alguien, por favor mandeme un email y dejeme saber lo que siente.

usted esta pasando por una fase que es normal. No es el unico, y no es la primera persona con la que me he acostado que tiene sida. Pero por favor hable y busque ayuda medica, tener el VIH, y hasta tener los síntomas del SIDA ya no es una sentencia de muerte.

De verdad, lo que cuenta es que usted este vivo, saludable y tranquilo.

Mandeme otro email, con mas calma.

Suerte

Santiago

(Echeverri, 2009)

En entrevista con la organización Colombia Diversa, Echeverry explica que:

Desafortunadamente mi respuesta rebotó, porque la cuenta de correo de esa persona resultó ser falsa. No obstante, más tarde volví a retomar el caso, en el 2004, después de unos cursos, del Foro Landmark, en los EEUU, en los cuales descubrí que las personas hablamos desde nuestro propio pasado y que nos expresamos en términos de historias que nos contamos una y otra vez (Colombia Diversa: En línea).

La historia del desarrollo de este trabajo y su producción visual dan cuenta de reflexiones profundas, de una creación que atraviesa su propia subjetividad y su voz habla por sí mismo sobre un tema que no le es para nada ajeno. Sin embargo, se podría decir que su condición gay y su interés por hablar abiertamente del SIDA y su exposición a esta epidemia a través del arte, no constituyen un activismo político, ya que éste debería darse en escenarios, momentos y ante públicos que es necesario interpelar sin piedad para que reaccionen de alguna manera y se den una idea más compleja y menos moralista de lo que es el VIH.

Es posible que la publicidad de tipo institucional haya explorado un poco más con la imagen que lo que ha hecho el arte, con el fin de prevenir el contagio y luchar contra la discriminación. De ahí que se encuentren con afiches que estimulen el uso del condón y con caras de famosos que hablan abiertamente de las ventajas de los preservativos. De hecho, Diana Ángel, reconocida actriz, hizo una campaña importante sobre la desmitificación de la mujer como usuaria del condón. De alguna manera, el marco de la promoción en salud se han intervenido lugares con mayor éxito de lo que ha hecho el arte, identificando incluso escenarios de alto riesgo y generando una oferta específica. Por ejemplo, ONUSIDA circuló un afiche en el que se recrea una marimonda (personaje tradicional del Carnaval de Barraquilla) a base de preservativos de colores que le dan forma y acompañado de una paráfrasis del eslogan tradicional de esta festividad: ‘Quien lo usa es quien lo goza’.

Estas producciones publicitarias tienen un propósito institucional muy articulado a los principios biopolíticos de preservación de la vida, pero están muy lejos de responder a motivaciones políticas y de alcanzar luchas para el reconocimiento social del virus en un país que suele enmascarar las imágenes de realidad para no tener que enfrentarla. Así como la estadística es una de las ciencias que más argumentos y datos arroja para los efectos biopolíticos, la publicidad institucional y el mercadeo social son el ala propagandística de la biopolítica, en la medida en que interpela a las poblaciones e individuos sobre los comportamientos que llevan a una vida más protegida. En las agendas de estas propagandas se privilegian temas y protagonistas sobre otros que se invisibilizan y marginan. Nuevamente, el SIDA suena anualmente para la celebración de su Día Mundial y se anteponen eslogan estratégicos a sus afiches que conducen a que la gente entienda el problema con el rostro que a la biopolítica le interesa por esa anualidad.

Sin embargo, queda la pregunta si en Colombia los artistas son más complacientes con la representación de temas álgidos desde la institucionalidad o si, sencillamente, su universo imaginario no se cruza con el camino de quienes nos representan en las instituciones del Estado reduciendo la posibilidad de incomodarlos y cuestionarlos. De cierta manera, el arte en Colombia tiene su espacio, eso no se puede negar, pero el espacio del arte no es el mismo del lugar donde se teje el poder político y los artistas no han dado una lucha significativa por cambiar ese mapeo territorial. El ejercicio del poder dominante en el país

está dispuesto a aceptar cualquier tipo de arte y de imagen que se produzca siempre y cuando se circunscriba a los escenarios y calendarios definidos para tal fin, mientras tanto las imágenes hablan en sus museos e itinerancias, pero callan en los escenarios donde su discurso se entiende como ruido.

Las entradas al estudio sobre VIH y política desde las perspectivas de la cultura visual han provocado la identificación de una serie de pistas que tienen implicaciones conceptuales y metodológicas, enunciándose, algunas de ellas, a manera de preguntas.

Las presencias y las ausencias de la imagen: Para efectos de este estudio, el planteamiento de Crimp sobre las presencias y las ausencias del VIH tiene implicaciones conceptuales y metodológicas. Conceptuales en lo relativo a la construcción de las subjetividades de los portadores de VIH que no está ligada necesariamente con su presencia corporal en el lugar donde es necesario que sean reconocidas como portadores (consultorios médicos, entidades de salud, laboratorios), sino que su ausencia también da cuenta de una presencia latente que es inminente en la medida en que la patología persista y, en muchas ocasiones, desborde la oferta institucional para tratarla. Por otra parte, en lo metodológico, ofrece una alternativa para aproximarse a los escenarios y contextos específicos en los que este estudio se desarrolla, en la medida en que se pueden capturar en imagen aquellos espacios en los que las presencias y las ausencias de estos pacientes entran en interacción tanto con la exigencia de sus derechos, como en la comunicación de pares, en un ambiente que por definición resulta adverso. Por eso, la ubicación de la imagen en un espacio específico permite no sólo desmitificarla y sacarla de un ambiente abstracto en el que pareciera flotar, sino que la transforma en un personaje más de los espacios donde se conjugan lo social, lo público, lo ausente y lo presente. La Asociación de Usuarios de la Nueva EPS, quedaba ‘ubicada’ (más que ubicada, se convocaba en este lugar, debido a que fue desalojada de una sede) en el barrio Santa Fé del centro de Bogotá, lugar rodeado de prostíbulos, ‘ollas’ de bazuqueros y distribuidores de droga:

En el caótico paisaje político y social que nos desvela, conviene tener en cuenta la pregunta acerca de quien o quienes están socializando para la vida; donde los espacios inclusivos que den un lugar a la diversidad; donde los procesos articuladores que integren en la esfera pública las diversas voces y esfuerzos cotidianos. Reconocer la densidad (y la complejidad) de un tejido social conformado por una multiplicidad

de colectivos que están dinamizando día a día la sociedad, requiere estudiar las formas organizativas que "desde abajo" plantean propuestas de gestión y de acción, aunque estas escapen a las formas tradicionales de concebir el ejercicio político y a sus escenarios habituales (Reguillo Cruz, 2000: 3).

Se piensan, entonces, imágenes de estos lugares en las que la ausencia y/o la presencia de estos pacientes pueden denotar que ellos están ‘más que allí’. Este espacio geocultural amerita una reflexión que se profundiza más adelante en este mismo capítulo, así como una producción que cada vez me expone más ante la vulneración.

El riesgo de la invasión o la posibilidad de la preservación: Acerca de la observación que hace Crimp sobre las imágenes de la GcS, es muy importante plantear en el terreno de lo conceptual, limitando con lo ético, la pregunta por la dimensión pública y social de la crisis del SIDA. En otras, palabras, es necesario desentrañar todos aquellos aspectos que no corresponden a la patología y al deterioro biológico exclusivamente, que han aportado a que el SIDA haya generado la crisis que detonó y que aún mantenga en vilo y en vulneración tanto a las políticas públicas como al cuerpo político y social. Por tanto, así como los portadores del VIH se debaten continuamente en luchas desde las fronteras y los bordes (como lo veremos más adelante), este estudio se debate entre esos dos aspectos que señala Crimp sobre las imágenes construidas sobre el SIDA; se puede correr el riesgo de hacer una aproximación invasiva, en la medida en que la relación que se establece con algunos de los portadores, tiene tanto la intención de servir como instrumento, tanto como de absorber y co-experimentar hechos y condiciones de posibilidad relacionados con su vida cotidiana; aunque, por otra parte también se puede hacer un registro que preserve versiones de la experiencia, las prácticas y las inquietudes que sirvan de base para la indagación.

Imagen, imaginarios y política: El uso de la imagen como elemento provocador que da cuenta de un problema, un fenómeno, una situación, que se muestra en un contexto dado y que, en ese mismo orden de ideas, es tan importante lo que se registra como lo que se deja por fuera, es fundamental en el marco de este estudio, entre otras razones, porque hay conciencia de que la elocuencia de la imagen (a pesar de las mediaciones, miradas y artificialidades de la que pueda ser involuntariamente objeto) mostrará otras cosas de lo que el texto es incapaz de dar cuenta. Así mismo, se exploran las maneras de que esas imágenes

dan cuenta de lugares y momentos en que la política hace corto circuito en su aplicación. Sin embargo, se mantienen en perspectiva los imaginarios sobre las subjetividades de VIH desde la mirada política, en la medida en que se convierten en mecanismos de ocultamiento, de ‘normalización’ y de control de dichas subjetividades.

Historia de un objeto visual: Una imagen que se escapa de las manos

Como si fuera una extranjera en el mundo de la vida, como si estar detrás de una cámara fuera un estado protector para mi naturaleza humana, como si la lente fuera una barrera inmune a cualquier realidad, cuando planteé este tema de investigación propuse la producción de un documental... [documental... que documenta, que deja constancia, que permanece como una evidencia, dirían los maestros].

Mi idea original era producir un documental clásico (tres actos, dos puntos de giro), con un emplazamiento de cámara tradicional (a la altura del personaje, tirado hacia un lado con un aire que dé algo de profundidad de campo) y con entrevistas a ‘personajes’ relacionados con el tema de SIDA desde la mirada tradicional con la que arranqué (Desglose de producción: buscar un portador que esté dispuesto a hablar, alguien de su familia, de pronto su pareja, un médico o enfermera que le atienda. CLAVE: entrevistar de manera aguda a algún funcionario público que tenga que ver con la aplicación de la política y/o con algún empleado de EPS que deba atender a portadores de VIH). Para dar cuenta de la ‘realidad’ (objetivo último del documental, que permite, además, diferenciarlo de la ficción) produciría un material de apoyo a través del seguimiento cotidiano de estos personajes, contando con los momentos diarios de ‘mi personaje portador’ como hilo conductor de mi documental. De resto, intervención de imagen y sonido, música de fondo conmovedora y efectista, créditos finales y aplausos. Todos tan felices y yo... tan tranquila. ¡NO, NO ESTOY TRANQUILA!

Ahora soy portadora de un virus que no me permite seguir de largo como si nada, no soy más observadora cómoda, sino que experimento, siento y vivo como un sujeto en plenitud con sus potencias, vulnerabilidades e incertidumbres... ahora no hay cámara que medie entre la realidad y yo, que me proteja como si fuera un escudo. Ahora yo soy el instrumento y me encuentro en el medio, *inmunodeficiente* y estoy en un medio vulnerable. Todos los

planes de producción (distantes y controlados) se cayeron al abismo y ahora son las imágenes las que tienen el control y yo tuve que abandonar cualquier intento de libreto.

La imagen ha decidido fijarse por su cuenta y moverse a su capricho, lo cual ha sido toda una revelación cuando la idea era hacer un video que por definición es ‘en movimiento’. Con esto también se quiere decir que, simultáneo a la evolución de este estudio, algunas imágenes han emergido en tiempos y lugares distintos, dilatando cada vez los planes y los planos a los que quiero llegar exponiendo mi propia vivencia y mi devenir portadora.

Un primer paso fue dado en el marco de una discusión sobre políticas corporales que permitió que se escuchara la historia de Sebastián a través de su propia voz y de su propio cuerpo. Una colección de ocho fotografías en las que él y su pareja se prestaban a un momento de intimidad hizo parte de esta elaboración y se convirtió en la base para el trabajo realizado en adelante.

Se trata de un relato a tres voces con ocho cuadros. Por un lado, hablan algunos de los conceptos y autores que permiten dar un piso teórico al problema del cuerpo portador de VIH, a la biopolítica y su deficiente afán por inmunizar los cuerpos, al Otro no discriminado, sino casi anulado, a una forma de monstruosidad invisible; en segunda instancia, se escucha la voz de Sebastián, cuya vida ha experimentado diversas maneras de considerar el cuerpo, la salud y la enfermedad. Por último, se aparece tímida mi propia voz, como intentos desarticulados de vincular los unos y el otro con mis propias nociones y temores. Los ocho cuadros corresponden a los cuerpos de Sebastián y su pareja, quienes muy abiertamente dejaron ver rastros de ellos (Díaz Soto, 2008: 2).

La socialización de este trabajo, que podríamos llamar ‘Ellos’ en escenarios académicos comenzó a generar reacciones y críticas que ya delataban el alcance temático y subjetivo del tema propuesto. Incluso, hubo quien sugirió que Sebastián podría ser un personaje de ficción producto de mi prolífica imaginación, porque le resultó inverosímil el hecho de que en realidad existiera una persona que hubiera trabajado del lado de la industria farmacéutica como negocio, resultara portador de VIH y ahora se encontrara en la otra orilla como activista que lucha por la atención oportuna para los pacientes de SIDA y de alto costo. Se mantendrá un halo de duda al respecto, porque no me compete convencer a quien no quiere dar crédito a la veracidad de la historia de Sebastián, me interesa más que este estudio supere lo anecdótico y ofrezca distintas entradas que problematicen el tema del VIH/SIDA.

Así que las dudas, por el contrario, son bienvenidas si generan acciones que lleven a la profundización sobre el tema.

También hubo quien sintió incomodidad con respecto a la fotos y manifestó que su producción enfatizaba los clichés sobre SIDA=homosexual y homosexual=sexo. Creo que las páginas anteriores han dado suficientes argumentos que no sólo superan estos lugares comunes, sino que también los analiza encontrando, incluso, algunos aportes de estos enfoques a la acción contra el SIDA. Una lectura que tal vez quien emitió este juicio no previó, es que esas reacciones incómodas frente a las imágenes de hombres en situaciones íntimas son interpretadas como inseguridades sobre la propia sexualidad o como reacciones emplazadas en el lugar de la heteronormatividad. Tampoco me compete poner en discusión la sexualidad de nadie, pero me parece interesante que las reacciones se abran espacios tan impredecibles cuando estas imágenes de cuerpos masculinos y erotizados se muestran en espacios académicos, saltando los muros de las imágenes diagnósticas o médicas y saliendo del clóset en el que permanece el sexo gay como sinónimo de material porno. Pareciera que en algunos foros académicos se acepta con mayor facilidad imágenes de mujeres desnudas que hombres corpulentos tratándose con cariño y deseo.

Para dar cuenta de la siguiente creación visual, es importante volver a describir mis primeras sensaciones y percepciones cuando visité la sede de la Asociación de Usuarios del (entonces) ISS, ahora Nueva EPS. Su ubicación era en la transversal 17 con carrera 24, tercer piso de un edificio abandonado por la entidad estatal de salud, debido a su proceso de liquidación y cierre. Esta dirección pertenece al barrio Santa Fe en la ciudad de Bogotá, una zona tradicional que creció con la ciudad, con una arquitectura clásica que data de la primera mitad del siglo XX. Grandes casas, de tres y cuatro pisos, con patios interiores y escaleras macizas, acabados en ladrillo a la vista, ventanas con diseño y esquinas curvilíneas. Es fácil imaginarse el esplendor de este barrio en sus años dorados, con una vida vecinal parecida a la de un pueblo, que permitía la convivencia de familias bogotanas de clase media y trabajadora. Ya para las dos últimas décadas del siglo XX, este panorama comenzó a combinarse con casas de prostitución, expendio de drogas y refugio de delincuentes. Por lo menos, esos son los calificativos como la ‘gente de bien’ del resto de la ciudad puede referirse a esta zona de la ciudad a la que prefiere no llegar.

Para mí el barrio no era nada ajeno, sólo que lo había olvidado un poco y regresar allí fue como retornar a mi memoria:

Hablar de memoria implica remitir a un pasado que en algún momento y por alguna situación determinada quedó en el olvido. Un pasado que entra en acción necesita de alguna articulación para devenir en memoria; de él surgen variedad de interpretaciones: pasado como un tiempo anterior, pasado como estructura de la verdad, pasado como experiencia traumática, son ejes que vertebran a este concepto (Valdata, 2009: 171).

Tal vez para mí era una memoria como un recuerdo que vuelvo a vivir repotenciado. Crecí a pocas cuadras de allí, a solo unos metros donde una mujer muy exótica esperaba un bus que nunca pasaba, al menos esa era la explicación que mi mamá nos daba a mis hermanos y a mí cuando pasábamos cerca de una señora rechoncha que se paraba desde temprano en la puerta de la casa azul, justo al frente de la Universidad Jorge Tadeo Lozano. La tradición judeo cristiana de mi familia hizo que, a pesar de la vecindad, se alimentara en mí un cierto temor hacia lugares que lucieran con la misma decadencia con la que se veían esas calles en los ochenta. Resultaba irónico que sobre la misma calle 22 con Avenida Caracas, mi mamá y yo hubiéramos visitado algunas veces a la Señorita Zuleta, una mujer mayor de sesenta años, descendiente de una familia tradicional bogotana, cuyas maneras y ropajes respondían a la usanza ‘cachaca’. Su casa era grande, con los mismos rasgos arquitectónicos del barrio, pero rodeada de una barrera de ladrillo que la distanciaba de la sordidez del vecindario y, al tiempo, marcaba las fronteras entre lo que fue el barrio y en lo que se estaba convirtiendo.

Durante once años pasé dos veces al día de lunes a viernes por las calles del barrio Santa Fe. La ruta escolar debía recoger y dejar allí a Ingrid, compañera del colegio desde el preescolar, quien se caracterizaba por su ternura e ingenuidad. Con esto quiero decir que con rabiosa frecuencia, le hice bromas en compañía de otra vecina. Era usual ver el contraste de ella con su uniforme a cuadros, cruzando la calle 22 para llegar a su casa, con los trajes de las prostitutas que se organizaban para iniciar la acción cuando llegara la noche. Pasados algunos años de haber salido del colegio, volví a saber de Ingrid cuando recibí una llamada de nuestra vecina en la que me informó que Ingrid fue ultrajada, violada y asesinada en el barrio. En Santa Fe siempre pasa algo.

Allí, en la entrada al barrio, se encontraba la sede de una asociación de portadores de VIH. Por las venas de sus calles, fluyen y cortan subjetividades que se confunden en la prostitución, la drogadicción y los bajos mundos. El comercio se adapta a estos nuevos consumidores y se encuentran tiendas de ropa exótica, cafés Internet para navegar por páginas porno, chat eróticos y sitios de citas, lavanderías de ropa por kilos que se encargan de la ropa de prostitutas y travestis y de la ropa de cama de las residencias del sector; contrasta esta oferta comercial con la venta de objetos esotéricos y de pócimas para atraer al ser amado, cafeterías donde pasan las horas exfuncionarios del ISS en retén social por la liquidación de la entidad, mejor dicho, les pagan pero no trabajan. En esa zona lo que hay es trabajo y dinero circulando en cada esquina, nuevamente, el capitalismo se axiomatiza para producir producción en este entorno que no se parece en nada a los grandes centros comerciales o financieros, pero donde el circulantes es más eficiente de lo que puede serlo una banca de inversión. Puede que sean recursos que estén libres de impuestos por su naturaleza ilegal, pero igual al capital no le importa en la medida en que es dinero dispuesto al consumo y de nuevo a la producción.

Lo primero que me vino a la cabeza es que la ubicación de la Asociación, justo en este barrio, al frente de la IPS que le prestaba atención a través del Programa de atención integral a pacientes de alto costo, no podía ser fortuita. Su emplazamiento allí habla de otras vulnerabilidades y marginalidades. Así como el gobierno de turno denominó a Chapinero como Distrito Gay de Bogotá como una manera de poner fronteras a la diversidad sexual que se sale de lo dialógico hombre/mujer, en su momento el barrio Santa Fe fue designado como única zona de tolerancia de la ciudad y la fuerza pública se dedica a perseguir la emergencia de otras zonas de prostitución de la ciudad, para no inquietar a los vecinos de barrios ‘decentes’.

No olvidemos que el sexo desenfrenado y promiscuo, la drogadicción y la homosexualidad fueron (y lo siguen siendo) las prácticas con las que se asociaba la diseminación del virus del VIH. Y allí, en el santuario de la marginalidad estaba la Asociación. Si bien el sitio fue facilitado por la IPS para tener a los pacientes organizados cerca del lugar donde se prestaban los servicios médicos, su presencia en Santa Fe permitió ampliar el radio de acción e interactuar con travestis, adictos, prostitutas y prostitutos, escuchar sus historias,

distribuir condones y familiarizarse con sus dramas y sueños, en contraste con la ‘mostruosidad’ con la que se les califica en otros sectores de la ciudad.

Seguir la descripción era inútil, sólo la imagen podía dar cuenta de varios de estos aspectos sobre los que he venido hablando, lamentando la incapacidad técnica para registrar también lo que percibían mis otros sentidos como el olfato y el tacto. De allí se derivó, entonces, una serie fotográfica que bien podría llamarse ‘Esquinas marginales’ – término con el que pretendo ironizar la idea de marginalidad con el que está rotulada esta zona de la ciudad que vibra de intensidad cuando el resto de la ciudad supuestamente descansa.

En la socialización de esta serie fotográfica la mayor y más sentida crítica fue que, contrario a mi objetivo, seguía estigmatizando a la zona y sus habitantes con el halo de la marginalidad y que mi actitud seguía siendo distante y con el extrañamiento hacia el otro. Sigo sin verme allí, a pesar de que hace rato estoy presente.

El tercer momento de producción visual se dio gracias al circuito de información que se teje en el Grupo de Estudios Visuales de la Universidad Javeriana. Allí nos enteramos de un evento que se iba a desarrollar en el barrio Santa Fe, llamado Zona Trans – apropiación del espacio público, prensa, performance y fotografía -. El aviso promocional mostraba con sencillez a un transexual que no le hacía justicia al derroche de luz, color y plumas que íbamos a presenciar. Fuimos en grupo a la cita y debe admitirse la carga de nervios de la que fuimos presa cuando nos vimos perdidos en las calles oscuras.

Nos armamos de cámaras de fotografía y de video, cuyas baterías fueron insuficientes para la cantidad de imágenes que quisimos inmortalizar. Tuvimos la fortuna de poder entrar directamente al local que servía de ‘camerino’ para las cerca de diez travestis y transexuales que se pusieron sus mejores prendas, diseñaron sus propios trajes y desfilaron con tal seguridad y entereza que atrajo la atención del barrio entero, de familias con niños pequeños, de hombres, obreros de la zona. Y si bien generaba admiración y curiosidad, no hubo ninguna manifestación desobligante hacia estas mujeres que se entregaron por completo al público.

De allí resulta una colección de fotos y de video que podríamos llamar ‘La belleza’, porque da cuenta de una estética y un glamour que caracteriza a una parte importante de los habitantes del barrio: mujeres altas, fornidas, hermosas, completamente seguras de su cuerpo, conocedoras de cada una de sus curvas, propietarias de un magnetismo que inicia con una mirada y se sella con un palabra.

La reflexión de quienes asistimos giró alrededor de la idea de que su porte y entereza nos logró doblegar, incluso nos intimidó y nos hizo preguntarnos por el dominio sobre nuestro propio cuerpo y por la manera como nos comunicamos a través de nuestros trajes y nuestras maneras. Ellas nacieron varones, así debió quedar constancia en su registro civil: sexo – masculino. Sin embargo, eran unas damas, mucho más femeninas de lo que mi propio cuerpo de ‘mujer’ está dispuesto a proyectar sobre mi piel. Yo lucho con mi brusquedad que delata mi ubicación en la frontera entre ser mujer y comportarme como macho, mientras que ellos-ellas viven su delicadeza con total armonía. Podría decirse que ser mujer es más sentirse hembra, que limitarse a seguir los parámetros culturales que se marcan cuando se descubren las características genitales desde la cuna: deseo, cuerpo y género se comportan con independencia cada uno.

La pregunta por mi cuerpo... ¿Mi cuerpo? Se deriva entonces otra exploración visual con la que pretendo exponerme a través de las propias vulnerabilidades que habitan mi cuerpo. Hipotiroidismo, síndrome del ojo seco, miopía, astigmatismo, bursitis en la cadera izquierda, alergia a los ácaros, migraña, caída del pelo, indigestión con ciertas comidas, son algunas de las fallas con las que me enfrento todos los días y que me hacen ver que no tengo ningún control sobre él, que el entorno lo modifica, que los estímulos externos lo alteran, que el sistema se auto flagela y se recompone y adapta a su acomodo. ‘Yo’ no lo administro, en cambio, él puede modificar mis planes con facilidad. A estas patologías, que aunque mínimas a veces logran incapacitarme, se le suman la insatisfacción con la forma que tiene mi cuerpo y que los cambios que ha tenido: abdomen abultado, papada flácida, un gordo inmortal que sobresale a la cintura de los pantalones, sudoración excesiva que dibujan un mapa en las camisas, vellitos encarnados, pies sin proporción con la altura, lucha interior por hacer ejercicio y no querer, por querer correr y no poder (la bursitis no deja). Estas inseguridades vienen desde los primeros meses de vida, dado mi excesivo

tamaño con el que me gané el mote de ‘bebé sumo’ y que me hacen pensar que nací con las carnes y la piel necesarias por el resto de mi vida, de modo que lo único que ganó tamaño fueron los huesos. Espero lograr dejar un registro en video o fotografía que me exponga y me vulnere de una vez por todas, porque sobre mi cuerpo he proyectado muchas de las inquietudes que me ha generado adelantar este trabajo.

La última producción visual trata de uno de los momentos de verdad en este trabajo. Mi idea es registrar con cámara escondida mi devenir portadora del virus a través del proceso institucional de solicitar la aplicación de la prueba por el Plan Obligatoria de Salud. Esto implica someterse a las filas, requisitos, precauciones, miradas y cuestionamientos por los que pasa cualquier persona al momento de solicitar la prueba.

Espero que, al fin de cuentas, resulte un objeto visual que mezcle cada uno de estos momentos, un relato que se vaya armando por capas, que vaya contando sus propias historias y que genere otras preguntas, que ojalá incomode o, al menos, distraiga.

Este capítulo, que habla de imágenes, representaciones y miradas, tiene muchas palabras para mi gusto. Suelo pensar que cada objeto debe dar cuenta de algo por sí mismo, que las formas hablan a su manera, pero en este caso, las palabras hacen parte de las imágenes, de recuerdos, de figuras mentales, de ilustraciones sensoriales que recurrieron a esta forma del lenguaje para articular en texto una experiencia, una memoria, unos retos visuales que son urgentes para este estudio. Y es que los capítulos anteriores son estaciones de un viaje que debía desembocar en una exhibición despojada de vestiduras y de poses, un monólogo hecho imagen que, simultáneamente, se alimenta de múltiples voces. En suma, la *inmunodeficiencia biopolítica* se filtra en mi propio cuerpo y en mi propia subjetividad, soy territorio de luchas por el poder y por la resistencia, soy superficie de inscripción de normas que ignoran lo cotidiano y que por el contrario, prefieren amoldar la vida al papel.

EPÍLOGO

Crónica de un devenir

El miércoles 5 de agosto de 2009 me comuniqué con el *call center* de mi Empresa Prestadora de Salud - EPS, según datos suministrados en la página Web de Cafesalud EPS. Luego de varios niveles de números y tonos pude contactarme con un ser humano que me aclaró que estaba comunicada con Saludcoop EPS y que, a pesar de que hacen parte del mismo grupo empresarial prestador de servicios de salud, no podía sacar una cita médica por allí. Debía comunicarme directamente con Cafesalud EPS.

Mi único objetivo era hacerme la prueba de Elisa a través de mi plan obligatorio de salud, pero ya me estaba enfrentando a las imbricadas redes de empresas capitalistas disfrazadas de instituciones de salud, de tecnologías de control al servicio de la biopolítica y el neoliberalismo. En el fondo sólo quería ir a la EPS, pedir la prueba, que me tomaran la muestra de sangre sin mayor drama y recibir los resultados. Ahora todo se complicaba un poco más, sumado a unas manifestaciones no verbales que indican ese nuevo racismo frente al cual los funcionarios deben controlar sus reacciones temerosas o de asombro. Ser parte de un ‘tetramonio’ con participantes viviendo con VIH ya me convierte de alguna manera en portadora en tanto el virus hace parte de nuestras actividades cotidianas, la medicalización acompaña la toma de alimentos dos veces al día y limita las bebidas alcohólicas en un lapso de tiempo, es decir, no podemos brindar en cualquier momento sino que debemos tener en perspectiva que el tratamiento haga efecto.

Después de aproximadamente diez minutos de espera con una música carente de emoción, pude finalmente comunicarme con otro ser humano en la línea de Cafesalud, en esta oportunidad una mujer, pregunté por los requerimientos para hacerme la prueba del SIDA; lo dije así ‘SIDA’ porque quería ser cruda. Un silencio de dos segundos interrumpido por ‘un momento, por favor’, me indicó que la desestabilicé y la saqué del guión predeterminado que deben repetir para quienes llaman regularmente a sacar una cita de medicina general, de medicina interna o de odontología.

Todavía me faltaban varios pasos para lograr mi objetivo. Era necesario tener una cita de medicina general para que el doctor me diera la orden para la prueba. Me la asignaron relativamente rápido – a los dos días hábiles, aunque eran cinco días calendario porque se cruzó una fiesta patria que aún nos hace sacar pecho por el orgullo que nos produce nuestro decadente Estado-Nación por una guerra que libró hace 190 años. Fue insistente la advertencia de llegar veinte minutos antes para acercarme a la caja y además llevar el documento de identidad y el carné de la EPS. Obvio, no lo voy a dejar, cómo voy a demostrar que yo soy yo.

Los días de descanso me sacaron un poco de la rutina de los días hábiles y llegué casi a tiempo a la cita. De manera muy curiosa e inconsciente, en mi billetera no estaba ninguno de los dos documentos con los que debía presentarme. Con un poco de angustia me acerqué a la caja y pregunté por la obligatoriedad de mostrar los documentos a lo que el señor, sin verme a los ojos, me respondió que le dictara mi número de cédula. Allí estaba en activación la sociedad de control que con sólo un código ya podían conocer mi nombre, mi edad, mi sexo (por lo menos con el que la gente me relaciona cuando ve mi cuerpo y sabe mi nombre), saben si he pagado a tiempo el aporte mensual a salud. Aparentemente todo estaba en regla porque de manera diligente el cajero me dijo que eran veinte mil doscientos pesos. En otras palabras, podía llegar sin documentos pero no sin plata.

Me pidieron esperar en una sala de ‘espera’ mientras la doctora me llamaba al consultorio 13; cualquier agencia capitalista tiene en sus sedes sala de espera, sistema de turnos y altavoz para el llamado: ¡no insista, espere el llamado, espere a que le interpele el capitalismo! Es la misma lógica con la que ponen a sonar una música desabrida en las líneas de atención al cliente, corrijo, al paciente. Veinte minutos fueron necesarios para que la doctora me llamara por mi nombre completo: Diana Marcela Díaz Soto. ‘Díme, hermosa ¿qué te trae por aquí?’ Qué le hace pensar a la doctora que tratarme de ‘tú’ y simular una confianza que debe aplicar como estrategia con cualquier paciente desconocido me va a hacer sentir más cómoda.

Rápidamente expliqué cuál era mi objetivo: ‘Quiero hacerme la prueba del SIDA’. Ella inmediatamente asumió que era por pura precaución, no vio o no quiso ver en mí a un ciudadano en riesgo. Lo que más llamó mi atención es que inmediatamente indagó por mis métodos de anticoncepción. ¿Qué le hace pensar a la doctora que yo debo usar alguno? ¿Por qué asume ese prejuicio? Tal vez porque soy de sexo femenino (tal como indica la base de datos) y porque estoy en edad de vida sexual activa (según la edad que arroja mi fecha de nacimiento).

Por alguna extraña razón que aún no termino de identificar, decidió darme una cátedra sobre los métodos de anticoncepción, desestimando el condón dado su escaso 60% de confiabilidad para evitar embarazos y el 90% de prevención en la transmisión de Enfermedades de Transmisión Sexual – ETS. Ahora la doctora asumía que mi asunto era por la maternidad ¿traer o no traer hijos al mundo? ¿qué la habrá hecho pensar eso? Nuevamente, mi género y mi edad, con seguridad.

Me dijo: ‘Preciosa, te voy a dar la orden para la prueba, pero debes firmar un consentimiento informado para la prueba diagnóstica del VIH, porque si no las niñas del laboratorio no te la hacen’. Con tal de lograr mi objetivo estaba dispuesta a firmar lo que fuera, aunque su contenido no respondiera del todo con la realidad. En ese documento se dice que fui informada sobre las características del VIH y de la prueba, pero creo que el hecho de que me hayan dado una clase corta de métodos anticonceptivos no implicaba toda la información a la que se refiere el consentimiento. También dice que fui advertida sobre la confidencialidad de mis datos y de eso no habló la doctora. Total, firmé.

Esperé a que me diera la orden para pasar directo al laboratorio para que me tomaran la muestra de sangre y me explicó que debía esperar en la sala a que me llamaran para que me dieran la orden... ¿Cuánto más falta para mi objetivo? Luego de otros minutos, menos de treinta, me llamaron por mi nombre completo: Diana Marcela Díaz Soto y me entregaron la orden. ¿Qué sigue? ‘Pase a la caja, por favor’.

Nuevamente en la caja presenté la orden, el consentimiento informado, sin documentos, ni plata porque la prueba es gratis (con seguridad la he pagado infinidad de veces con los aportes mensuales a salud). Sólo le puso un sello.

Por fin al laboratorio. Allí ya no había sistema automatizado que le indicara a las bacteriólogas que había pacientes con órdenes para exámenes. Nos agolpamos en la entrada varios usuarios a la espera de entregar las órdenes, hasta que las recibieron. Nuevamente, el reloj se tomó su tiempo y luego de otros minutos me llamaron. Verificaron la orden y a todas luces, el puesto de trabajo no estaba preparado para lo solicitado. Mientras que para un cuadro hemático el asunto de la muestra se resuelve en segundos, aquí la señorita tuvo que preguntar cosas a las compañeras y buscar aditamentos extras hasta que tuvo todo listo. Me preguntó mis datos y cuando dí mi teléfono me advirtió que podían llamarme a verificar datos y que no me asustara. Con marcador indeleble escribió en el tubo de ensayo ‘VIH’, ya estaba mi subjetividad articulada a un virus sin tener datos de su presencia en mi organismo.

Me tomaron la prueba pero aún no cumplo con mi objetivo. Falta una nueva cita con la doctora en medicina general para que me entreguen los resultados, es decir, falta una llamada, una visita a la caja, unos minutos de espera en la sala y la interlocución con más o menos cinco personas completamente configuradas para el sistema para el cual trabajan, anónimos pero con total control sobre mi información, sobre lo que me define ante la institucionalidad. No parezco completamente confiable como ciudadana como para que me entreguen la información que tiene que ver con mi cuerpo y mi sistema inmune directamente, sino que tiene que mediar un profesional en salud para que me diga: ‘Preciosa, tus resultados son...’.

Me tomaron dos días hábiles, cinco días calendarios y más de tres horas de actividad acumulada para aplicarme una prueba que debería ser de amplia cobertura y con mayores facilidades para todas las personas, dadas los alcances de la patología como epidemia. Además de las luchas internas, orgánicas, sociales, íntimas, laborales y emocionales que deben dar quienes conviven con la patología, la *inmunodeficiencia biopolítica* también

significa que ser portador de VIH implica ser poseedor de una infinita paciencia para asomarse a los instrumentos biopolíticos que se ponen en juego a través de estas entidades para poder tener acceso a los tratamientos respectivos que les garanticen la vida y no morir, literalmente, en el intento.

Mis impresiones



Vivir con VIH es posible sí y solo sí se hace máquina de flujos y cortes permanentes con la medicalización, el tratamiento obligatorio de salud y unas prácticas cotidianas que reduzcan el riesgo de muerte. Cuerpos que se articulan y que se resisten.



Mujer/ hombre, masculino/femenino son relaciones dialógicas de las que se escapan subjetividades *queer*, trans. Hay cuerpos cuya genitalidad no determina su sentido de identidad.



Las estrategias biopolíticas sufren de inmunodeficiencia. El VIH como patología, enfermedad y virus permanentemente las vulnera, a pesar de los intentos desesperados por controlarlo.



Mientras el capital axiomatiza eficientemente, la biopolítica dibuja márgenes que controlan la inmunodeficiencia. Hay quienes se resisten a la producción y a los límites que marcan territorios de prohibiciones y autorizaciones.

Bibliografía

ACT UP. (s.f.). *'NYC Information'*. Recuperado el 4 de Agosto de 2009, de ACT UP NY: <http://www.actupny.org/indexfolder/NYC.html>

Asociación de usuarios de la EPS ISS viviendo con VIH o con SIDA. (2006). Estatutos. Bogotá.

Behar, R. (1996). *The vulnerable Observer: Anthropology that Breaks Your Heart*. Bostón: Beacon Press, the Unitarian Universalist Association of Congregations.

Bianco, M., Pagani, L., Re, M., & Correa, C. *Los enfoques culturales que guían las estrategias de prevención del VIH/sida en el Gran Buenos Aires. Un estudio de situación*. Estudios e informes, UNESCO, División de las Políticas Culturales y del Diálogo Intercultural.

Bloom, F. (1997). 'Searching for Meaning in Everyday Life: Gay Men Negotiating Selves in the HIV Spectrum'. En: *Ethos*, 25 (4), 454-479. Blackwell Publishing on behalf of the American Anthropological Association.

Braidotti, R. (2007). 'Bio-power and necro-politics'. *Springerin, Hefte fur Gegenwartskunst*, XIII (2), 18-23.

Bruno, D. (2008). *Acuarelas de barro: sistematización de experiencias de prevención del VIH/Sida en contextos de pobreza*. Buenos Aires: Ubatec SA.

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

_____ (s.f.). *El marxismo y lo meramente cultural*. Recuperado el 23 de noviembre de 2008, de Cholonautas: www.cholonautas.edu.co

_____ (2002). 'Introducción'. En J. Butler, *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"* (págs. 17-49). Buenos Aires: Paidós.

_____ (2004). 'Reescenificación de lo universal: hegemonía y límites del formalismo'. En J. Butler, E. Laclau, & S. Zizek, *Contingencia, hegemonía, universalidad. Diálogos contemporáneos de la izquierda*. Buenos Aires: FCE.

_____ (2001). 'Sujetos de sexo/género/deseo'. En J. Butler, *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad* (págs. 33-67). México: Paidós.

Charalambos, G. (s.f.). *Historia del video arte en Colombia*. Recuperado el 4 de Agosto de 2009, de Bitio: <http://www.bitio.net/vac/contenido/datos/o1994.html>

Colombia Diversa. (s.f.). *Artista de derechos*. Recuperado el 7 de Julio de 2009, de Colombia Diversa: www.colombiadiversa.org

Corsi, M. (26 de Septiembre de 2005). '*Causas del SIDA: ¿Los medios nos están diciendo la verdad?*'. Recuperado el 16 de Mayo de 2009, de Robin Good's Master New Media: <http://www.masternewmedia.org/cgi-bin/mt-tb.r532.cgi/3456>

Crimp, D. (2003). *Imágenes*. (V. M. Rodríguez, Trad.) Bogotá: Universidad Nacional de Colombia e Instituto Distrital de Cultura y Turismo.

Deleuze, G., & Guattari, F. (1995). *El Anti Edipo Capitalismo y esquizofrenia*. Barcelona: Paidós.

_____. (2006). *Mil Mesetas Capitalismo y esquizofrenia*. Valencia.

Díaz Soto, D. (17 de Septiembre de 2008). 'Inmunodeficiencia Biopolítica, VIH y cuerpo'. *Coloquio de estudiantes Maestría de Estudios Culturales*. Bogotá, Colombia: Universidad Javeriana.

Echeverri, S. (26 de Febrero de 2009). *Projects*. Recuperado el 7 de Julio de 2009, de SIDA / AIDS: <http://www.santiago.cn/>

Elbe, S. (2005). 'AIDS, Security, Biopolitics'. *International Relations*, 19(4), 403-419.

Escobar, A., Álvarez, S. E., & Dagnino, E. (2001). *Política cultural y cultura política. Una nueva mirada sobre los movimientos sociales latinoamericanos*. Taurus.

Esposito, R. (2005). *Inmunitas Protección y negación de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.

Foucault, M. (2000). *Defender la sociedad*. Buenos Aires, Argentina: Fondo de Cultura Económica.

Giorgi, G. (2009). 'Cuerpo'. En M. Szurmuk, & R. M. Irwin, *Diccionario de estudios culturales Latinoamericanos* (págs. 65-69). México: Siglo XXI Editores, Instituto Mora.

Gott, T. (1994). 'Agony Down Under: Australian Artist Addressing AIDS'. En T. C. Gott, *Don't Leave Me this Way: Art in the Age of AIDS* (págs. 1-33). Canberra, Australia: Publications Department of National Gallery of Australia.

Grossberg, L. (1986). 'On postmodernism and articulation. Interview with Stuart Hall'. *Journal of Communication Inquiry*, 10. 45-60.

Grupo Temático de ONUSIDA en Colombia. (2005). *Conmemoración Día Mundial de la Lucha contra el SIDA. Informe de Actividades*. Bogotá.

Guasch, A. M. (2003). 'Los Estudios Visuales. Un estado de la cuestión'. *Estudios Visuales* (1), 8-16. Madrid: Akal.

Hall, S. (1997). El trabajo de la representación. 13-74. (E. Sevilla Casas, Trad.) Londres: Sage Publications.

_____ (1985). 'Signification, representation, ideology: Althusser and the post-structuralist debates'. *Critical Studies in Mass Communication*, 2 (2), 91-114.

Haraway, D. (1991). 'Manifiesto para cyborgs: ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX'. En D. Haraway, *Simios, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza* (M. Talens, Trad.). Madrid: Ediciones Cátedra.

_____ (2003). *The Companion Species Manifesto: Dogs, People and Significant Others*. Chicago, IL, USA: Prickly Paradigm Press.

Hardt, M., & Negri, A. (2002). *Imperio*. Buenos Aires: Paidós.

_____ (2004). *Multitud. Guerra y democracia en la era del Imperio*. Barcelona, España: Random House Mondadori.

Irwin, R. M. (2009). 'Teoría Queer'. En M. Szurmuk, & R. M. Irwin, *Diccionario de estudios culturales latinoamericanos* (págs. 264-268). México: Siglo XXI Editores, Instituto Mora.

Lazzarato, M. (2006). *Por una política menor. Acontecimiento y política en las sociedades de control*. (P. Rodríguez, Trad.) Madrid: Traficantes de Sueños.

Legrás, H. (2009). 'Texto'. En M. Szurmuk, & R. M. Irwin, *Diccionario de estudios culturales latinoamericanos* (págs. 268-275). Mexico: Siglo XXI Editores, Instituto Mora.

Llamas, R. (1995). *Construyendo Sidentidades Estudios desde el corazón de una pandemia*. Madrid: Siglo XXI Editores.

Mack, N., Woodsong, C., McQueen, K., Guest, G., & Namey, E. (2005). *Qualitative Research Methods: A Data Collector Field Guide*. North Carolina: Family Health International.

Marcus, G. E. (1994). 'On Ideologies of Reflexivity in Contemporary Efforts to Remake the Human Sciences'. *Poetics Today*, 15 (3), 383-404.

Martin, J. L. (1996). 'Structuring the Sexual Revolution'. *Theory and Society*, 25 (1), 105-151.

Michalik, R. (1997). 'El deseo como filosofía. Entrevista a Judith Butler'. *Debate Feminista*, 16.

Ministerio de la Protección Social. (2008). *Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA*. Bogotá, Colombia: Minprotección social.

_____ (2009). *Plan Obligatorio de Salud POS*. Recuperado el 31 de Julio de 2009, de POS: <http://www.pos.gov.co/Paginas/default.aspx>

_____ (2006). *Modelo de gestión programática en VIH/SIDA*. Bogotá, Colombia: Programa de Apoyo a la Reforma de Salud.

Ministerio de la Protección Social y Comisión de Regulación en Salud CRES. (2009). *Consulta ciudadana*. Recuperado el 31 de Julio de 2009, de Plan Obligatorio de Salud: <http://www.pos.gov.co/consulta/>

Mitchell, W. (2003). 'Mostrando el ver: Una crítica de la cultura visual'. *Estudios Visuales: Ensayo, teoría y crítica de la cultura visual y el arte contemporáneo* (1), 17-40.

_____ (1996). 'What Do Pictures Really Want?'. *October* , 77, 71-82.

Mujica Rojas, H. (5 de Enero de 2007). *VIH: feminización de la epidemia*. Recuperado el 23 de Junio de 2009, de Voltairenet.com Red de Prensa No Alineados: <http://www.voltairenet.org/article144584.html>

Mukerji, C. (1986). 'Review: Image Polemics'. *Contemporary Sociology*, 15 (2). 203-206

Núñez Noriega, G. (2007). *Masculinidad e intimidad: Identidad, sexualidad y sida*. México: Miguel Ángel Porrúa.

Naciones Unidas. (2007). *Bandera y Emblema*. Recuperado el 10 de Agosto de 2009, de Naciones Unidas en Colombia: <http://www.nacionesunidas.org.co/index.shtml?apc=bb--14091-14091&x=4936&s=u>

ONUSIDA. (s.f.). *Acerca de*. Recuperado el 18 de Mayo de 2009, de ONUSIDA Colombia.

_____ (2007). *Informe sobre la epidemia mundial del SIDA 2006*.

_____ (s.f.). *Mercadeo Social*. Recuperado el 28 de Julio de 2009, de ONUSIDA Colombia: <http://www.onusida.org.co/infomercadeo.htm>

_____ (s.f.). *ONUSIDA en Acción*. Recuperado el 18 de Mayo de 2009, de ONUSIDA: <http://www.onusida.org.co/acc3.htm>

_____ (s.f.). *ONUSIDA en Colombia*. Recuperado el 18 de Mayo de 2009, de ONUSIDA: <http://www.onusida.org.co/col3.htm>

Pascual, F. (2005). 'La revolución sexual'. *Ecclesia XIX* , 463-474.

Poewe, K. (1996). 'Writing Culture and Writing Fieldwork'. *Ethnos* , 3 (4), 177-266.

Reguillo Cruz, R. (2000). *Emergencia de culturas juveniles. Estrategias del desencanto*. Buenos Aires: Grupo Editorial Norma.

Richard, N. (2007). *Fracturas de la memoria. Arte y pensamiento crítico*. Buenos Aires: Siglo XXI.

Rincón Perfetti, G. (2008). *¿A qué tengo derecho en el sistema de seguridad social en salud?* Bogotá: ONUSIDA.

Sáez, J. (s.f.). *Construyendo sidentidades*. Recuperado el 1 de Junio de 2008, de Hartza.com: <http://www.hartza.com/sida2.html>

_____ (s.f.). *Sida y pobreza*. Recuperado el 1 de Junio de 2009, de Hartza.com: <http://www.hartza.com/sida.html>

Sorli, N. (2002). *'Breve Historia de la sexualidad'*. Recuperado el 23 de Julio de 2009, de Identidades.org: http://identidades.org/revista/historia_sexualidad.htm

Spargo, T. (1999). *Foucault y la teoría queer*. Barcelona, España: Gedisa.

Suárez, D. (2008). *Reacción al trabajo de investigación de Diana Díaz Soto*. Universidad de California Davis, Departamento de Español, Davis.

Taylor, D. (2003). *The Archive and the Repertorie: Performing Cultural Memory in the Americas*. (M. Fuentes, Trad.) Durham: Duke University Press. Recuperado el 23 de Julio de 2009 de <http://hemi.nyu.edu/esp/seminar/peru/call/workgroups/perfsocmemdtaylor.shtml>

Tearfund. (2005). 'La pobreza y el VIH y SIDA'. *VIH y SIDA: ¡Actuemos ya!* (T. i. zone, Ed.)

Thatcher, L. (27 de Marzo de 2008). *27th March Powers of Horror*. Recuperado el 22 de Mayo de 2009, de Philo Agora: <http://www.philoagora.com/content/view/92/104/>

Usdin, S. (2004). *Sida*. Barcelona, España: Intermón Oxfam.

Valdata, M. (2009). 'Memoria'. En M. Szurmuk, & R. M. Irwin, *Diccionario de estudios culturales latinoamericanos* (págs. 171-175). México: Siglo XXI Editores, Instituto Mora.

Vance, C. S. (1994). 'The war on Culture'. En T. Gott, *Don't Leave me this Way: Art in the Age of Aids* (págs. 91-101). Melbourne: National Gallery of Australia.

Vasquez Cardoz, S. (2005). 'De lo individual a lo colectivo en la investigación'. *Universitas Humanística*, enero, año/vol. XXXI, número 039 (págs. 53-63). Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.