

**CRUZARSE POR LA VIDA QUE AÚN QUEDA: SEDUCCIÓN Y VITALIDAD EN
TORNO A LA PREP**

Diego Vallejo Díaz

Trabajo de grado para optar por el título de Magister en Estudios Sociales de la Ciencia

Director

Dr. Santiago Martínez Medina

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Ciencias Humanas

Departamento de Sociología

Maestría en Estudios Sociales de la Ciencia

Bogotá, Colombia

2020

Soy joven y estoy aún,
 digamos,
en ese tiempo inverosímil
que para mis mayores ha huido
 tan de prisa.

En mí el deseo
se encabrita a cada instante
de cada noche y de cada día,
y bien podría ser recompensado
sin dar, por otra parte, mucho.
Así, no tengo por qué pedir la fuerza
y el coraje: yo no los tengo simplemente
y sigo —sin proponérmelo siquiera
echando cosas en el talego de mis sueños.
Aún conservo —no sé explicar cómo
una pizca de esperanza
 suficiente
para creer que serán mejores las cosas
—no las mías: las cosas llanamente
e intento,
aunque no puedo evitarlo a veces,
no ser cruel.
Pero hacia mí la muerte se apresura.
En verdad, hace años la tengo
pegada a mis talones,
soplándome su vaho en los carrillos.
Manos arriba contra la pared,
apretados los muslos y los ojos,
 ella me tiene;
y aguardo, solo, a que por fin me aseste
 su triste golpe.
¿Qué espera, pues, la muerte?
¿Qué pretende conmigo esa señora
sólo rozando mi cuerpo
 sus tiernos velos
sin abrazarme?,
mientras a mi espalda bulle
 y me excita
la vida,
y el amor,
y el deseo:
 los muchachos,
 el fresco aroma en
 sus axilas...

(V.I.H., Fernando Molano Vargas)

Contenido

Índice de Figuras	ii
Agradecimientos	iii
Introducción	1
Decir PrEP	6
Indagar por la PrEP	11
Escribir sobre la PrEP	17
Capítulo I: “Todo el mundo está tomando PrEP”	22
¿Qué “cuerpo”? ¿Dónde encontrarlo?	29
“A pelo es mejor”	31
Otros cuerpos: El apelerero y la leche	37
La fiesta de las medias: Zona de contacto	44
“PrEP sólo protege del VIH”: lo más-que-humano	52
La prevención combinada	55
La penicilina: quemando placeres	60
(Des)hacer PrEP	64
Capítulo II: “Con PrEP ese paradigma se elimina”	67
Hacer PrEP en presencia de	71
La PrEP como un devenir con	75
Plegando presencias, poniendo palabras	81
Cuidarse o plegar el miedo a la infección.	87
El Punto de No Retorno: Excesos y aperturas en lo biomédico	94
“Cada caso es distinto”: desplazamientos en la clínica.	96
Tomarse la PrEP: desplegar la pastilla.	104
Soltar para plegar: desterritorialización y captura	108
Capítulo III: “El control está en tus manos”	112
Corresponsabilidad, derechos y comunidad: la “decisión” y el mercado	115
¿Un consultorio para la PrEP?	118
“La PrEP (no) es un derecho”: entre lo clínico y lo comunitario.	123
Responsabilizarse del riesgo: La PrEP y el (tecno)género	129
Poblaciones en riesgo.	135
“¿Ha tenido usted relaciones sexuales...?”.	141
De consumidor a paciente	151
El fastidioso condón o el <i>hau</i> de los fluidos.	156

Consideraciones finales	162
Referencia.....	169

Índice de Figuras

Figura 1. Primera foto de la exposición "El Punto de No Retorno".....	23
Figura 2. Penúltima foto de la exposición "El Punto de No Retorno".....	24
Figura 3. Quinta foto de la exposición "El Punto de No Retorno".....	26
Figura 4. Sexta foto de la exposición "El Punto de No Retorno".....	26
Figura 5. Última foto de la exposición "El Punto de No Retorno".....	27
Figura 6. Post de Damian.....	40
Figura 7. Parte superior de la obra.....	48
Figura 8. Parte inferior de la obra.....	48
Figura 9. Leche, penicilina y porro.....	63
Figura 10. Leche, penicilina y porro ii.....	63
Figura 11. Sesión Fotográfica de Love Lazars en Alemania.....	72
Figura 12. Sesión Fotográfica de Love Lazars en Colombia.....	73
Figura 13. Folleto "Listas para PrEP (En Colombia)", cara frontal.....	86
Figura 14. Folleto "Listas para PrEP (En Colombia)", cara posterior.....	87
Figura 16. Pastillas "PrEP".....	107
Figura 17. Medicamento usado para PrEP.....	108
Figura 18. Folleto "¿Estás listo para la PrEP?".....	115
Figura 19. Publicidad de PrEP en Grindr.....	121
Figura 20. Encuesta Prueba Piloto, pregunta no. 1.....	136
Figura 21. Encuesta Prueba Piloto, pregunta no. 4.....	146
Figura 22. Encuesta Prueba Piloto, pregunta no. 6.....	146

Agradecimientos

Ver este trabajo en retrospectiva, para recoger los aportes de las distintas personas involucradas en su producción, me hace volver a una apuesta ontológica de distintas autoras y autores que atraviesan este texto: afirmar la existencia como el encuentro insospechado, inesperado e impredecible de vidas, fuerzas y cuerpos de los que se presuponen naturalezas muy distintas. En estas páginas están presentes varias personas que, de maneras muy distintas, las hacen posibles, desde distintos lugares. A todas las personas que nombraré y unas cuantas que se me puedan escapar, gracias por hacer esto posible.

En primer lugar, a las personas que se dispusieron a que un personaje extraño conversara con ellas sobre sus vidas, sus proyectos, sus temores, sus deseos, sus amores, sus dolores y sus pérdidas a propósito de una pastilla. Algunos de ellos, probablemente, no leerán estas líneas porque perdimos contacto tras unas cuantas conversaciones. Pero a Diego, a Fausto, a Beto, a Dilatado y a Falk, quienes dan vitalidad de este texto y dejaron una puerta abierta, mi más grande agradecimiento y mi expresa intención de mantener conversaciones de mucho más largo aliento. En este sentido debo expresar también mi admiración y gratitud hacia algunos profesionales y activistas que, de distintas maneras, entienden la importancia de trabajar en torno a la salud, manteniendo distancias críticas de posturas moralistas y trabajan al lado de las personas, sin caer en lugares comunes y simplistas como la condena a la sexualidad o la patologización de la conducta: Luis Alberto Sáenz, Jhon Ramírez y Yacid Estrada.

En segundo lugar, a las personas que hicieron parte del proceso de formación de estas ideas en las aulas de la Universidad Nacional de Colombia. De manera muy especial a Santiago Martínez Medina por el voto de confianza que depositó en mi, por su disposición a acompañarme a recorrer caminos que me iba trazando sin mucha idea de hacia dónde me iban a llevar y por sus

cuidadosas, gentiles y dedicadas lecturas que siempre lograban contener la gran dispersión de mis textos. También al profesor Yuri Jack Gómez por su interés en conversar con las versiones iniciales de este trabajo y las discusiones apasionantes y retadoras. A Olga Restrepo y Malcolm Ashmore por sus clases. Por supuesto, a mis compañeras y compañeros de la maestría, por su disposición a escuchar y retroalimentar, incluso hasta el cansancio, la profusión que se iba construyendo con un norte muy difuso: Ingrid Velandia, Jennifer Garzón, Daniela Liscano, Mónica Páez, Miguel Ángel Rivas, Iván Escobar y José Joaquín Montes.

Quisiera mencionar también a una serie de personas que conocieron este proyecto en distintos momentos y que leyeron fragmentos o distintas versiones del texto, permitiéndolo ser lo que es hoy en día. A Luis Felipe Raguá, por su disposición a leer con interés y ayudar a que este texto no estuviera plagado de incómodos tropiezos producto de mi torpeza con la digitación y el estilo. A María Luisa Jaramillo, con quien he caminado, padecido y festejado muchas aventuras de pensamiento y cuyas observaciones siempre suponen un enorme reto y un cariño enorme. A Claudia Platarrueda, la maestra que me hizo sentir pasión por la (in)disciplina de la antropología en mi proceso de formación y a Carolina Portela, profesora certera y generosa a quien tuve la suerte de conocer; por su motivación, por sus lecturas ricas en detalle, sus apreciaciones constructivas y sus comentarios llenos de posibilidades. Por supuesto, a Joan Manuel Ulloa por las amorosas conversaciones y lecturas, llenas de un interés genuino y mucha calidez.

No podría dejar de agradecer a una serie de personas que, con su cariño y cuidado, me acompañaron en cada uno de los pasos. A algunas de ellas ya los mencioné. Tal vez el sentimiento de agradecimiento más grande a mi mamá, Gladys; a mi abuela, María Esther; a mi papá, Julio Cesar y a mi hermano, Cesar. A ellas y a ellos, gracias por apoyarme y animarme a seguir un camino del que nunca necesitaron conocer mucho para creer, que, si yo lo quería

seguir, valía la pena. A Maité Machado y Diego Rubiano, amiga y amigo incondicionales que siempre estuvieron ahí, incluso en los días de mayor cansancio, para hacer la vida más feliz.

Introducción

El día en que F me contó que había sido diagnosticado, fue cuando sentí la presencia del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) de manera profunda en mi vida. Los carteles en los baños de las discotecas y los bares que invitan a usar condón al tiempo que advierten del “peligro” de la infección por VIH no calan en las fibras de la misma manera. Fue sólo hasta que estuve acompañándolo en un par de salas de espera o hasta que el primer esquema de antirretrovirales le causó una reacción alérgica que llenó su piel de manchas rojas, que el VIH me tocó. Sin embargo, no podría decir que fue una experiencia desoladora. A pesar de haber sentido una cierta tristeza compartida, algo que vino de la mano de F y de su diagnóstico fue la posibilidad de experimentar otros afectos que también componen la experiencia del VIH. El haber compartido la manera en que él empezaba a reconocer el VIH como parte de su vida abrió caminos insospechados. En nuestros recorridos en bus por la ciudad o mientras caminábamos por la calle, teníamos largas conversaciones en las cuáles era cada vez menor el protagonismo de la angustia, del miedo o del dolor. Al contrario, su avidez creciente por informarse sobre el virus y conocer más sobre su condición diversificó el espectro de comprensión del VIH y empezó a tejer un mundo de posibilidades que ya no sólo contenía el drama de un paciente desolado, sino también las luchas de activistas alrededor del globo, una variedad de prácticas sexuales desconocidas para mí, diversos trabajos artísticos y *performances* que intervenían el espacio público e, incluso, desarrollos e invenciones tecnológicas emergentes destinadas a la prevención y el tratamiento. Fue en medio de este paisaje donde por primera vez hablamos de la Profilaxis Pre-exposición (PrEP, por sus siglas en inglés).

Él me preguntó, en una de estas oportunidades, si consideraría hacer uso de la PrEP, como una forma de cuidarme. Mi respuesta, no muy segura, fue negativa. De hace un tiempo para acá,

había venido desarrollando una sensación creciente de reticencia a la proximidad con las clínicas, los hospitales, las pastillas y los laboratorios. Por un lado, evocaban en mí el malestar y los nervios de sentirme vulnerable ante la indagación del clínico sobre mi vida sexual, el hastío de tener que explicar por qué quiero tomarme exámenes de VIH cada seis meses que iba a consulta y la molestia ante las miradas de desaprobación. Por otro lado, tenía vivos en la memoria los dolores de las personas que conocí en mi investigación de pregrado, diagnosticadas como intersexuales, que pasaron por el escrutinio de pediatras y endocrinólogos y que sintieron el miedo y el nerviosismo de ser literalmente desnudados, observados, compartidos y tratados como problemas a corregir (Vallejo, 2016; 2017).

Pese a nacer como una pregunta de una conversación casual, despertó en mí una suerte de atención más cuidadosa a mi entorno, en donde empecé a ver que la pregunta por la posibilidad de usar PrEP se la habían hecho ya otras personas cercanas. Empecé a tocar el tema en conversaciones casuales y las opiniones fueron varias, pero de manera recurrente eran amigos “del cuento”, como dijo uno de ellos, los que tenían una idea acerca de aquello a lo que me estaba refiriendo cuando hablaba de PrEP. Unos decían que ahora, en *Grindr*¹, todo el mundo anuncia que usa PrEP en sus perfiles. Otros decían que alguna vez habían oído de un tipo que lo traía de Estados Unidos pero que era “una renta” comprarlo cada mes. Otros más creían que había gente que mentía, diciendo usar PrEP para tirar a pelo, es decir, para tener sexo sin condón. Y pese a que las respuestas eran tan diversas, todas estaban animadas por la presencia del VIH en nuestras vidas: a través del contagio de F, del hábito creado de testarnos periódicamente, de la

¹ Aplicación móvil para conocer personas. Usa la geolocalización para mostrar, a quien la use, otra serie de usuarios

vigilancia de que el condón estuviera en su lugar en las relaciones sexuales, de la aparición de una pastilla que la gente llamaba “el PrEP” que prometía evitar la infección aun sin condón. Fue con estas conversaciones pequeñas, curiosas e interesadas que nació este proyecto de investigación.

Las décadas que el virus lleva confrontado la vida de la gente alrededor de todo el mundo han hecho apostar con vigor por un cambio en la manera en que se nombra la condición de quien se ha infectado. Desde grupos de “pacientes” y familiares hasta organizaciones de base comunitaria y agencias de cooperación internacional apuestan por el uso de un lenguaje que mitigue el daño que pueden causar ciertas expresiones que perpetúan la segregación física y el rechazo al contacto asociados al desconocimiento sobre las formas de transmisión del virus. Se ha optado, por un lado, por resaltar la importancia de hablar de infección y no de contagio, para denotar que los procesos de transmisión del virus no son los mismos que los de una gripa, es decir que no dependen de tocar, besar, abrazar o incluso compartir cubiertos, como puede llegar a pensarse. Por otro lado, se ha optado por restringir el uso de ciertos términos como “portador”, como lo recordaba un enfermero con el que conversé en medio de este trabajo: “Tú portas el micrófono; cuando tú dejas el micrófono encima de la mesa ya no lo portas ¿Ves el tema del cambio del lenguaje? (...) No le puedes decir a Mauricio que te cargue el VIH, que hoy no lo quieres llevar”. Se ha apostado entonces por la expresión “persona que vive con el VIH” para nombrar a las personas que han recibido un diagnóstico VIH-positivo.

Sin embargo, frente al reconocimiento de mi vida, de la de F y la de las otras personas con las que iba conversando, se hacía cada vez más claro que nosotros, independientemente del diagnóstico, vivíamos, en algún sentido, con, junto, en medio y al lado del VIH. No pretendo homologar las experiencias de las personas que han sido diagnosticadas con las de quienes no lo

han sido. Aun así, encuentro que nuestras vidas se moldean frente al VIH y a su participación en nuestro mundo. El virus está allí, dirigiendo una cantidad muy llamativa de acciones y formas en las que nos relacionamos. Cada conversación apuntaba a señalar que el límite al que se permitía llegar a nuestros cuerpos —fuese cual fuese nuestro diagnóstico— y, de manera más concreta, a los fluidos y a los afectos que los componen, se concreta en cada relación sexual por mediación de la presencia del VIH y de las tecnologías dirigidas hacia su contención como el condón, de manera tal que suponían siempre un costo, una consecuencia. La disposición misma a establecer una relación profunda y de término indefinido con un medicamento que tiene como objeto el retrovirus, una entidad que está fuera, que no se aloja aun en las células, viene de la promesa que hace la PrEP frente a las relaciones con las demás personas.

Este texto es una puesta en perspectiva de un devenir en curso que pasa por la PrEP pero que también involucra una serie más grande de entidades, seres y materialidades. El objetivo de este trabajo es comprender la *vitalidad* que permite la existencia de un conjunto de relaciones en las que una tecnología como la PrEP participa. Al hablar de vitalidad, me refiero a esa fuerza que sostiene las relaciones tal y como se concretan en las prácticas, haciéndolas singulares en cuanto devienen ya no como objetos claros, distintos o partes independientes, sino como mutuamente constituyentes, imprescindibles el uno del otro, para trazar la forma que han adoptado. Para alcanzar esta gran meta, desarrollo dos objetivos más específicos.

En primer lugar, propongo realizar un análisis que haga comprender la PrEP como articulada por la forma en que vivimos en presencia del VIH y de muchas otras entidades, insistiendo así en la imposibilidad de definirla sin aludir a las relaciones en las que se cruza. Pero, también, hablaré de la PrEP como articuladora, en cuanto, a través de cierto grupo de prácticas que la sostienen, es posible ver una manera de conducir la vida, reorganizando el deseo y los cuerpos, haciéndose

parte del juego constante que traza y borra los contornos tanto de las entidades involucradas como de la PrEP misma. La PrEP ,en cuanto articulada y articuladora permite dibujar un panorama problemático: la existencia de unos mundos que tienden a fluir y su encuentro con estrategias de ordenamiento que pretenden contenerlos. Dicho en pocas palabras, el primer objetivo del trabajo es comprender qué agenciamientos componen la PrEP y por cuáles es compuesta.

En este sentido, el trabajo es cercano a ciertas orientaciones del campo de los Estudios de Ciencia y Tecnología (ECT) que se preguntan por los procesos de composición y ordenamiento de las tecnologías a partir de las prácticas concretas y las redes directamente asociadas, trazando los contornos de artefactos específicos, de las personas relacionadas y de otros más-que-humanos para dimensionar y reconocer este espectro de “ensamblaje”. Por ello, acudiré, a lo largo de estas páginas, acudo a una serie de autoras y autores como Donna Haraway, Bruno Latour, Isabelle Stengers, Karen Barad e incluso a otros que inspiraron algunos de sus desarrollos como Gilles Deleuze y Félix Guattari.

A medida que el texto busca trazar estas conexiones, transita hacia un segundo objetivo, perfilar una crítica que pretende problematizar la “llegada de la PrEP” desde la ontología política. Precisamente, en cuanto estos procesos de ordenamiento implican una *vitalidad* que excede a los mismos, que hace imposible pensar lo que está pasando como la sujeción de un paciente dócil y sin ninguna otra relación constituyente que la de la adherencia a los tratamientos; lo que está en juego con la dirección que toman los mismos es un entramado relacional, una profusión de vínculos con humanos y más-que-humanos y su posibilidad de seguir existiendo. Como se verá, hay una cierta *seducción*, una capacidad de despertar, por parte de los ejercicios de ordenamiento, interés en las vidas a las que pretender sumarse. De allí, que

las prácticas de ordenamiento sean interrogadas respecto al mundo están apostando. Esta pregunta tiene la intención de abrir líneas de reflexión sobre lo estas apuestas de ordenamiento podrían efectuar sobre las vidas en las que buscan materializarse, o, en otras palabras, hacia que mundo *nos* conduce su *seducción*. Por eso, estas páginas están también dirigidas a problematizar los procesos de ordenamiento de unas tecnologías que prometen suspender un miedo que acecha desde décadas, el que se le tiene al VIH. Para lograr este segundo objetivo me posiciono también en una serie de autoras y autores que me permiten pensar la ontología, viste desde las prácticas, como un asunto político. Acudiré a referentes como a Annemarie Mol, Emily Martin y Cristóbal Bonelli que me permiten entender los actos de composición como disputas sobre el mundo y la realidad.

Finalmente, es importante reconocer que este trabajo se alimenta de otras voces que no son propias del campo de los ECT pero que, desde otros lugares, me permitían pensar las relaciones entre tecnología y *vitalidad* desde campos como la sexualidad, el poder y la relacionalidad. De allí que acuda a autores como Paul B. Preciado, Joanne Scott o Marcel Mauss.

Decir PrEP

Esta tesis, a diferencia de otros trabajos del campo de los ECT, no trata sobre la controversia científica. Sin embargo, en este punto, no puede dejar de dar una “definición” de PrEP, así sea esquemática, para que quien la lee pueda introducirse en el texto. Este esfuerzo supone el reto de no privilegiar una versión sobre otra. Es decir, no reproducir como dada una convención que es producto del cierre de una “controversia” o, más bien, no asumir como definición la versión que sostienen un conjunto de prácticas que resultan ser hegemónicas e invisibilizan otros conjuntos de prácticas que producen versiones alternas, tanto científicas como no científicas. Por este motivo, comienzo por esbozar algunas tensiones en torno a la definición de PrEP. Cabe

resaltar que estas tensiones se reflejarán en las vidas a las que me acercaré, razón por la que hacerlas explícitas, permitirá que quien lee este trabajo vea más fácilmente la complejidad tanto las disputas entre médicos y activistas que presentaré en el cuerpo del trabajo, como algunos elementos en juego en torno a la adherencia y al regimen de uso del medicamento asociado a la PrEP.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2016) define la PrEP como “el uso de medicamentos antirretrovirales para evitar el contagio del VIH” (p. 3), que se suma al abanico de estrategias de prevención del VIH entre las cuáles están también “condones y lubricantes, asesoramiento conductual, profilaxis posterior a la exposición, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, circuncisión médica masculina voluntaria y terapia antirretroviral para las parejas que viven con el VIH” (Ídem. p. 3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018a) recomienda que este esquema de medicamentos antirretrovirales contenga, como mínimo, Tenofovir y sugiere que, de haber disponibilidad en cada país, se use la combinación Tenofovir+Emtricitabina. Esta combinación también se usa en esquemas de Tratamiento Antirretroviral (TAR) para personas que ya han recibido un diagnóstico VIH-positivo, junto a un medicamento adicional que garantiza la eficacia del control del virus. Para la PrEP, La OMS (2018a) insiste en que la medicación “debería utilizarse a diario durante los períodos de riesgo significativo de contraer la infección por el VIH” (p. 12), recalcando que mientras se busque su beneficio, se debe consumir un comprimido por día:

La PrEP es más eficaz en las personas que toman los medicamentos con regularidad (o sea, quienes presentan una adhesión adecuada), que en las personas que a menudo no toman la dosis diaria. Se recomienda tomar la PrEP todos los días porque la utilización diaria de la PrEP es eficaz, segura y es el método más conveniente. La utilización diaria

de la PrEP ofrece el nivel más alto de medicamentos en la sangre y los tejidos corporales y, por lo tanto, el más alto grado de protección. Si usted toma la PrEP todos los días, estará protegido incluso si no toma alguna dosis de vez en cuando (OMS, 2018b. p. 4).

Insisten también en que antes de iniciar la toma del medicamento se verifique la no existencia de síntomas de infección aguda por VIH y se realicen pruebas clínicas para comprobar el diagnóstico negativo de manera que se evite dar un tratamiento incompleto, en caso de que lo que requiera la persona realmente sea comenzar con TAR. Además, sugiere que se realicen pruebas de creatinina para conocer la salud renal y descartar así algún riesgo por la toxicidad del medicamento. En cuanto a Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), se sugiere realizar pruebas y diagnóstico sintromico de Hepatitis B y C, así como de sífilis, cuyo eventual diagnóstico positivo no excluye como candidato para usar la PrEP, pero requiere de un manejo especial del medicamento para tratar al tiempo las otras condiciones. Junto a todo esto, se propone verificar y reforzar el esquema de vacunas. Todos estos exámenes deben ser repetidos de manera periódica y se debe monitorear cualquier síntoma secundario (OMS, 2018a. p. 11-12).

Únicamente bajo estas consideraciones, la OMS califica la PrEP como muy eficaz, afirmando que: “en algunos estudios recientes, se ha demostrado que la PrEP reduce en más de 90% el riesgo de contraer la infección por el VIH durante las relaciones sexuales” (OMS, 2018b. p. 4). No se trata por tanto, en esta versión, únicamente de un medicamento, sino de un regimen, un proceso de adherencia y una serie de controles y monitoreos.

Sin embargo, existen otras formas de apostar por la PrEP en la que los elementos de esta ecuación varían. Por ejemplo, existen estudios en los que otras formas de toma del medicamento han obtenido un éxito que no es del todo descartable. Algunos estudios muestran posibilidades de prevención bajo una modalidad de consumo que sólo involucra 4 píldoras por encuentro

sexual, tomadas entre el día de la exposición y los dos días siguientes, e insisten en la importancia de variables tales como la frecuencia de las prácticas sexuales y la adherencia al régimen que se determine, abriendo posibilidades distintas a la toma diaria (Molina et al., 2015). En el caso de este estudio, las personas hicieron uso, en promedio, de 15 pastillas al mes. Además, los estudios que revelan la eficiencia más alta, aun cuando corresponden con el régimen diario, estuvieron acompañados de una serie de campañas de educación sexual y de insistencia en uso de condón a los participantes. Este enfoque no existió de manera clara en el primer estudio, *iPrex*, que arrojó una eficacia del 44% (Sánchez-Conde, Vivancos y Moreno-Guillén, 2017). Aunque se recomiende como un método muy efectivo para combatir con la infección de VIH, hay estudios que sugieren que es posible que el uso que la PrEP supone de medicamentos antirretrovirales esté generando mutaciones en el virus que deriven en resistencias (Ídem, p. 63).

Sin embargo, la PrEP de la OMS no sólo tiene como competidoras a otras versiones que se componen desde el campo de la ciencia. También existen formas de PrEP “ensambladas” por las personas que hacen uso de la misma. El consumo de medicamentos antirretrovirales para prevenir la infección del VIH, que no se lleva a cabo dentro de los modelos oficiales de control, observable en países en los que no existe regulación, se ha venido denominando como “PrEP salvaje”². La extensión de estas prácticas ha llevado a aglutinarlas bajo una sola etiqueta, aunque

² Dentro del campo de los ECT este nombre resuena con la idea de investigación “salvaje” (*research “in the wild”*) propuesta por Callon y Rabeharisoa (2003). A partir de un proceso de construcción de conocimiento sobre la miopatía en la *Association Française contre les Myopathies* (AFM), en el que los familiares de las personas afectadas y sus maneras de seguir y registrar la enfermedad fueron determinantes para consolidar un saber sobre esta afectación que los médicos habían dejado de lado por considerarla una “enfermedad huérfana”, los autores construyen este concepto apuntando que: “*it might be fruitful to consider concerned groups as (potentially)*

el carácter no regulado de la “PrEP salvaje” tiene que ver con muchos elementos: puede o no tenerse fórmula médica y los medios de conseguirla pueden ser irregulares, la adquisición del medicamento puede suceder en relaciones comerciales no autorizadas o sobre las que no existe regulación clara, el consumo de este puede obedecer a regímenes de toma aprobados o no, los monitoreos de VIH e ITS pueden estar siendo llevados o no. A pesar de que es recurrente que salubristas y médicos afirmen que el “PrEP salvaje” es irresponsable e ilegal (como se verá a lo largo del texto), las formas concretas en las que se realiza son muy variadas y algunas, de hecho, son muy informadas, cuidadosas y parecen aprovechar vacíos normativos. Esta observación ha sido realizada por otros trabajos de investigación, concluyendo que en muchos casos, los proveedores de “PrEP Salvaje” siguen una cantidad considerable de patrones y líneas establecidas en protocolos internacionales (Galea, Cook, Pickett y Gorbach, 2017). La organización comunitaria francesa AIDES (2015) realizó un estudio sobre el uso de “PrEP salvaje”, ante los casos crecientes de personas que usaban antirretrovirales, que compraban a personas con diagnósticos VIH-positivo y que dejaban de tomarlo para venderlo, con fórmulas expedidas por médicos privados o incluso a través de internet. De un grupo de 3000 personas

genuine researchers, capable of working cooperatively with professional scientists. In so doing, they invent a new form of research, which we propose to call research “in the wild.”” (p. 195). A pesar de no ser el interés de este trabajo y exceder sus posibilidades de campo, el uso no regulado de la PrEP, como lo mostrarán algunas experiencias a lo largo del texto, está atravesado por la inventiva de las personas en medio de una situación de ausencias en términos científicos, pero especialmente en términos legislativos. A diferencia del escenario analizado por Callon y Rabeharisoa, sin embargo, no pude reconocer ningún tipo de apertura institucional a reconocer en las personas conocimientos que ayudaran a construir de manera conjunta la PrEP al momento de implementar los procesos regulatorios. De hecho, como se verá en el tercer capítulo, primaba el desconocimiento de las prácticas concretas, incluso de uso y manejo del medicamento, a razón de un interés por implementar una idea muy rígida sobre la prevención.

consultadas, 136 (4,5%) habían accedido a medicamentos antirretrovirales por sus propios medios para evitar la infección del VIH.

Esta multiplicidad que empieza a esbozarse aquí y que será tratada a lo largo del texto sugiere que PrEP comprende mucho más que lo que los manuales médicos o de salud pública pueden definir y, en ese sentido, rebasa una relación unívoca de significado y significante o, en términos de Derrida (1971), hace imposible una comprensión logocéntrica. A lo largo de este texto usaré la palabra PrEP para referirme a ese objeto en disputa, no por seguir una suerte de estandarización del término acorde a una nomenclatura anglosajona (*Pre-exposure Prophylaxis*), evidentemente predominante ya que la sigla hispana para la Profilaxis Pre-exposición sería realmente PPrE. Hablo de PrEP rescatando la forma de nombrar y producir materialmente esta tecnología que se intenta abordar. Es una apuesta por mantener el significante con el que se concretan las prácticas que seguí y por entender que PrEP moviliza muchos sentidos, prácticas y haceres que difícilmente se comprenden sin acudir a los procesos vitales que la sostienen.

Indagar por la PrEP

En este apartado, tengo la intención de presentar el campo etnográfico con el que me enfrenté y al cuál están, directamente vinculadas, cada afirmación en este texto. Presentaré algunas consideraciones también sobre el método y la metodología.

Estados Unidos fue el primer país en el mundo en regular la PrEP en 2012 a través de la *Food and Drug Administration* (FDA), la agencia gubernamental encargada de la materia.

Actualmente la PrEP está aprobada en países como Canadá, Guatemala, México, Perú, Sudáfrica, Kenia, Francia, Alemania, Israel y Brasil³. Aun en 2020, Colombia no tiene una regulación clara sobre la PrEP. Por parte del INVIMA, apenas en el 2019, un medicamento comercial que contiene Tenofovir y Emtricitabina recibió su aprobación para ser usado en esquemas de prevención y no sólo como tratamiento para personas ya diagnosticadas. Su nombre es Fovirem y es producido por la compañía *Hetero Labs Limited* que tiene su sede principal en India y es importado a través de *Seven Pharma*, una compañía de distribución con presencia en varios países latinoamericanos (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2019a). Sin embargo, el Plan de Beneficios de Salud (PBS) no incluye el medicamento. La única manera en que se puede conseguir la formulación del medicamento para la PrEP desde el Sistema de Salud Público es haciendo una prescripción *off-label*, con la cual los médicos están facultados y pueden formular un medicamento para un uso distinto al que su indicación pone en su registro sanitario. En dado caso, los profesionales de la salud hacen uso de la plataforma digital MIPRES, a través de la que reportan el uso de tecnologías de salud no financiadas por los planes de aseguramiento. El médico debe justificar la necesidad de formular el medicamento de manera detallada y, aunque las EPS tienen un techo presupuestal con el que pueden pagar tecnologías médicas que no estén en el PBS, suele ser el “paciente” quien compra el medicamento en una farmacia especializada con la fórmula expedida. En general, el país carece de una política integral frente al VIH/SIDA, a pesar de tener cierta normatividad vigente que exige garantías a

³ AVAC, una organización neoyorkina sin ánimo de lucro involucrada en el monitoreo de la prevención del VIH adelanta la estrategia *PrEPWatch* que actualiza constantemente información sobre planes de PrEP alrededor del mundo. Ver: <https://www.prepwatch.org/>

las personas que han sido diagnosticadas el acceso a tratamiento incluso aunque haya irregularidades con sus afiliaciones a los sistemas (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2019); y acceso a las personas que reportan exposición al VIH en un plazo menor a 72 a un tratamiento que puede reducir sustancialmente la probabilidad de infección conocido como Profilaxis Post Exposición (PEP) a través de los servicios de urgencias (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2019b). Un médico especialista en VIH al que entrevisté afirmaba que esta situación en la que se encuentra la PrEP hace que no se cuente con un cálculo exacto de la provisión de medicamento requerido a nivel nacional, en cuanto se proyecta la misma sólo para TAR, de manera que quienes logran conseguir una fórmula dentro del sistema médico se enfrentan a variaciones en los precios o falta de existencias en las farmacias.

Además de esta opción, hay quienes llegan a la PrEP por medios alternos, lo que hemos visto la epidemiología nombra como “PrEP salvaje”. Es posible proveerse del medicamento importándolo o comprándolo a personas que han sido diagnosticadas como VIH positivo y que reciben el medicamento dentro del PBS.

El trabajo de campo de esta tesis comenzó en 2018 y en su desarrollo se enfrentó con un proceso que fue imposible obviar pese a que no estaba contemplado. En principio, el plan de campo buscaba aproximarse a las experiencias de personas que hacían parte de los circuitos de distribución y consumo de PrEP en Bogotá, incluyendo tanto a “pacientes” como a médicos, pero también a personas que vendieran su medicación e incluso a activistas y gestores sociales que adelantarán proyectos en torno a la PrEP, pues para ese momento no existía ninguna posibilidad distinta a las ya mencionadas para acceder a esta tecnología. Aunque agencias y organismos como el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), ONU Mujeres y la Organización Panamericana para la Salud

(OPS) eran cercanas al trabajo de las personas con las que me interesaba trabajar e incluso las convocaban en campañas de salud sexual y reproductiva, su importancia en torno a la discusión de la PrEP se hizo evidente a finales de 2019 con el lanzamiento de una prueba piloto que pretendía evaluar la implementabilidad de esta tecnología en el país, siguiendo todos los protocolos establecidos por la OMS. En los espacios que comencé a seguir en 2018, y que detallaré a continuación, se hacía mención a la posible sinergia entre la OPS y el Ministerio de Salud para adelantar una agenda en torno a la PrEP, pero no se hacían públicos los detalles. A mediados de 2019, fueron médicos especialistas relacionados con organizaciones de base comunitaria los que me comentaron sobre la planeación de una prueba piloto, aunque en ese momento no había líneas claras de cómo se procedería. Sólo hasta el 15 de octubre de 2019 se anunció de manera pública, frente a un auditorio que asistía al lanzamiento de unas cápsulas de video sobre VIH y prevención combinada, que la página *web* para inscribirse estaría habilitada en unos días.

Cuando supe de esta prueba piloto vi la necesidad de seguir la manera en que la misma se anunciaba y se preparaba, no sólo en términos de cómo y cuándo se iba a ejecutar, sino también en términos de la manera como un grupo de personas con las que venía conversando alinea su trabajo para crear una plataforma “pedagógica” sobre el uso de la PrEP, la misma que produjo el evento de octubre. Esta prueba piloto se convierte en la plataforma más grande de PrEP que ha tenido Colombia. Yo venía siguiendo las experiencias de un grupo muy reducido de personas que conseguían PrEP por medios alternativos al sistema oficial de salud así como las de médicos y “pacientes” que usaban con mucho desgaste los recursos legales para que se les autorizara como caso particular la expedición de formulas médicas. Médicos de organizaciones de base comunitaria que son reconocidos en la ciudad por su experiencia en PrEP, tenían cohortes que,

afirmaban, rondaban las 20 personas y habían construido en alrededor de dos años. La prueba piloto, en menos de dos meses, logra que 450 personas hagan uso de la PrEP.

Así, este trabajo se desarrolló en el contrapunto de varios registros en los que aparecía la PrEP. Entre 2018 y 2020, seguí una serie de eventos que gradualmente iban sintonizándose con la aparición de la prueba piloto, que durante este texto llamaré *conversatorios*, de los que participaron tanto personas que luego respaldarían la prueba piloto, como otras que mantendrían críticas y distanciamientos. Participé también de otros espacios que formaron parte ya de manera específica de la plataforma educativa de estas agencias internacionales en los que se hablaba de PrEP para el público y en las que se lanzaría la prueba piloto. En cada uno de estos espacios, empecé a buscar la oportunidad de conversar con sus gestoras y gestores de manera más profunda y en lugares alternos, de manera que establecí conversaciones con médicos, funcionarios, enfermeros y gestores comunitarios. Además, seguí un par de espacios que convocaban personas que hablaban sobre PrEP desde otro tipo de apuesta, en los que también se establecieron conversaciones mucho más largas en otros momentos.

Al mismo tiempo, aposté por conocer la experiencia de personas que hicieran parte de los circuitos existentes de consumo y distribución del medicamento para PrEP. Para ello me valí de gente conocida que me puso en contacto con un par de personas, pero no tardé en darme cuenta, por los comentarios de las personas con las que iba conversando, de que en redes sociales como *Twitter* o *Grindr* se hacían visibles personas que usaban PrEP tanto anunciando su disposición a vender o comprar el medicamento como compartiendo prácticas sexuales de sexo sin condón que suponía el uso de PrEP. Me valí de cualquiera de estas posibilidades para conversar. Con la gran mayoría las personas, tanto de un lado como del otro, nos seguimos cruzando constantemente. Con algunos, en eventos; con otros, simplemente mantuvimos contacto a través de ventanas de

chat. Incluso llegué a ser un canal de comunicación entre quienes hacían uso de la tecnología por medios alternos con los médicos y gestores que iba conociendo, pues los primeros tenían dudas o inconvenientes que no se atrevían a compartir por temor a hacer pública su identidad. Sin embargo, considero importante insistir en que seguían existiendo límites en mi posibilidad de relacionarme con ellos y que, a pesar de compartir espacios, mi insumo principal para conocer sus vidas fueron las conversaciones. Y a pesar de que intento ponerlas en relación con los espacios que compartimos, este esfuerzo no necesariamente da cuenta de una serie de espacios cotidianos que podrían nutrir o redireccionar algunas afirmaciones que haré.

Es importante señalar que se trata de personas leídas en sus contextos como hombres y, aunque tenían niveles adquisitivos diferentes, podrían caracterizarse como clase media. Insisto en ello porque, futuros análisis podrían explorar un abanico de experiencias más grande que permita comprender otras complejidades que sólo al final me empezaron a manifestarse en mi experiencia de campo. La prueba piloto abre un campo que debe ser explorado, pues da la mitad de los cupos a personas que se afirman como mujeres y que se reconocen dentro de la experiencia del tránsito. Varias de ellas, ejercen trabajo sexual y experimentan una serie de violencias a causa de sus tránsitos que no puedo alcanzar a comprender en cuanto no llegué a acercarme a sus vidas.

Durante el texto hablaré de algunas de las personas con las que conversé con un seudónimo que les pedí elegir al decirles que estaba escribiendo sobre sus vidas. De otras, hablaré usando alguna categoría genérica como “un médico”, “un enfermero”, o “un gestor”. Esto con la intención de no comprometer de ninguna manera la confianza que pusieron en mí.

El conocimiento parcial de todas estas relaciones que me brindó el poder participar de ellas como espectador, como entrevistador, como lector, como estudiante, como enlace, y demás, es el

que constituye mi propuesta. La forma de indagar por la PrEP que tiene trabajo es una apuesta etnográfica, y al decir esto me refiero a que me valgo de la posibilidad de participar de algunas de sus relaciones concretas y localizadas, siempre desde las limitaciones que eso suponga, y en ese sentido hacer parte del objeto del que quiero hablar. Es únicamente la consistencia que pueden llegar a adquirir estas relaciones y mi participación en ellas, la *vitalidad* que las conecta y que puedo conocer de manera experiencial, lo que sostiene las afirmaciones que realizaré a lo largo de este texto. En ese sentido no busco, ni está en las posibilidades inmediatas de este trabajo, hacer un análisis que sostenga conexiones de más largo alcance a través de categorías de análisis como la larga duración, la violencia estructural o la globalización, pese a que me veo en la necesidad de referenciarlas de manera constante. Tampoco logro acercarme a la relación profunda de las personas con la tecnología en la cotidianidad para hablar sobre relaciones de adherencia, pregunta fundamental desde la antropología médica, en cuanto mis relaciones de campo no me permitieron llegar a estos lugares. A pesar de que lo que presento pueda tener resonancias con estas apuestas, considero que correspondería a otro trabajo cimentar conexiones suficientemente fuertes ya sea para poder asegurar varias continuidades con la historia del VIH/SIDA o con la profunda intimidad en las relaciones personales con las tecnologías biomédicas.

Escribir sobre la PrEP

Para concluir esta introducción, quisiera realizar algunas consideraciones sobre la escritura. Su proceso supuso un reto particular que me exige ser explícito respecto a la posibilidad de tematizar lo que en estos encuentros iba surgiendo. La indagación supuso una profusión que sólo pude concretar mediante la escritura. Las relaciones entre las vidas de cada una de estas personas no eran explícitas y mi “campo” no me ponía de frente una unidad como el territorio o la noción

de grupo que articulara ya esta cantidad de experiencias que empezaba a conocer. En ese sentido, escribir se constituyó en una posibilidad de dar sentido a esta cantidad de vidas distintas, en un ejercicio de modulación. Siguiendo la idea de Larrea (2017) modular es “moldear de manera continua y permanentemente variable” (p.44) de suerte que ese objeto moldeado es al que se accede y es producto del ejercicio mismo de hacerlo inteligible, siendo una singularidad propia del movimiento: “La modulación funciona precisamente en una variación continua de la misma materia, porque la materia es aquello que no deja de variar, de moverse” (Ídem. p. 45). Intento conducir este trabajo, a partir de la idea de hacer ver lo múltiple en lo uno, en una línea similar a la que Deleuze y Guattari (1995) proponen para su esquizoanálisis cuando dice que:

La tarea del esquizoanálisis consiste en deshacer incasablemente los yos y sus presupuestos, en liberar las singularidades prepersonales que encierran y reprimen, en hacer correr los flujos que serían capaces de emitir, en recibir o interceptar, en establecer siempre más lejos y más hábilmente las esquizias y los cortes muy por debajo de las condiciones de identidad, en montar las máquinas deseantes que recortan a cada uno y lo agrupan con otros (p. 373).

La escritura de este trabajo está marcada por los virajes que supuso el desarrollo del campo. Al comienzo, los lugares tan inesperados en los que surgían las conversaciones, las muchas formas de relacionarse con el medicamento, la dispersión de las experiencias y las conexiones con otros temas marcaban un ritmo disparejo: varias líneas y distintos ritmos, ninguno con un volumen demasiado alto. Sin embargo, los esfuerzos crecientes que apuntaban a la regulación empezaban a ordenar y centralizar la profusión, trazando caminos que confluían un tropo muy estridente: un individuo racional que puede excluir el VIH de su vida moldeándose a sí mismo dentro de unas lógicas de consumo y sexualidad que lo alejan de la irresponsabilidad e incluso de

la ilegalidad, lugares que resuenan con la idea de lo riesgoso. El campo produjo una ordenación afectiva de la experiencia, que se tradujo en un ritmo de escritura, se encontró con un afecto que introdujo la preocupación por el ordenamiento y la capitalización de la experiencia a manera de *crescendo*, figura que me parece útil para hacer entender que estos siempre han hecho presencia; al principio, de manera tenue y diluida y tomando mayor protagonismo hasta casi opacar la totalidad del ambiente sonoro.

Por esta razón, este texto está compuesto de tres capítulos. El primero de ellos explora la siguiente idea: PrEP participa de una serie de entrelazamientos complejos y dinámicos que involucran diversas materialidades. A lo largo del mismo, toman protagonismo las primeras conversaciones con las personas a través de redes sociales, a pesar de no ser el único material de referencia, para señalar que la PrEP sólo es posible por la articulación de una serie de materialidades que en principio no se supondrían relacionadas. Aunque este capítulo se pregunta por cuáles son los cuerpos a los que remite la pregunta por la PrEP, está orientado a los entrelazamientos. No parto de un concepto de cuerpo ni llego a proponerlo. Este aparece más bien como una posibilidad de preguntar por las materialidades que se cruzan en las relaciones vitales que se están presentando y demanda ser entendido desde una perspectiva relacional y sociomaterial que nunca permite definirlo o tomarlo como elemento dado. Hablar de cuerpos permite hablar de las materialidades heterogéneas que se mantienen juntas en el proceso que anima y da vida tanto a la PrEP como a otras entidades. La heterogeneidad que suponen las relaciones es la que desafía ese ánimo de ordenar que apenas se empieza a dibujar en el capítulo.

El segundo capítulo centra su atención en la manera en que la PrEP se sostiene en medio de las prácticas en las que se concretan estos entrelazamientos esbozados en el primer capítulo. Aquí la premisa es: PrEP no es un objeto dado, se hace en medio del devenir de varias relaciones

y en en esa medida no es una unidad autocontenida y claramente determinanda. A partir de la experiencia de activistas, personas que hacen uso de la PrEP, salubristas y médicos es posible ver cómo un lugar de encuentro entre quienes ofrecen la tecnología y quienes la usan supone que ambos estén dispuestos tanto a multiplicar como a reducir el número de presencias que de manera explícita están en juego. Para hacer partícipe a la PrEP de la vida es importante entrar, al menos en cierta medida, en una suerte de registro científico y biomédico en el que la misma se presenta. Esto supone una especie de “traducción” de las relaciones en las que uno habita, sea como “paciente” o como activista, pues exige no eliminar las presencias, sino plegarlas, es decir, redistribuirlas haciéndolas incluso imperceptibles. Al mismo tiempo, apostar por la PrEP como método de prevención, intentar “convencer” a esos sujetos “en riesgo”, supone multiplicar las relaciones unívocas que los manuales médicos contienen, creando excesos. Sostener que existe un contraste entre plegar y desplegar no supone afirmar una dupla binaria como legos y expertos, pacientes y médicos o activistas y burócratas. Al contrario, es afirmar una única cosa: una fuerza de atracción, una dirección que impera sobre la ausencia de norte de estos entrelazamientos y aprovecha su plasticidad. El norte al que esta fuerza intenta conducir las relaciones lo nombro en este capítulo como *racionalidad de la prevención*. De manera que este concepto no remite de manera concreta ni a un discurso, ni a unas prácticas sino a una orientación, a una dirección hacia la que se pretende conducir la vida.

El tercer capítulo busca darle rostro a esa racionalidad de la prevención. En esta ocasión la premisa es: con PrEP se dibuja un sujeto para el mercado, con un género hecho a base de tecnologías que producen ganancia. A lo largo de estas páginas, se explora la manera en que esa *racionalidad de la prevención* integra proyectos económicos de carácter global con normas de conducta individual que se reifican una y otra vez mediante formas de programar y restringir esta

tecnología biomédica. Esta conducta no sólo invoca un sujeto que realiza cálculos totalmente racionales e individuales frente a su sexualidad, sino que reafirma particiones identitarias construidas a partir de la sexualidad (hombre que tiene sexo con otros hombres y mujeres trans), orientadas por una norma heterosexual de consumo.

Esta forma de ordenar el trabajo contiene una apuesta por la escritura. Esta introducción, no contiene un apartado que circunscriba, a manera de marco conceptual aquellas voces de autoras y autores que se ponen en diálogo con el trabajo de campo o un apartado (sentido literal de la palabra “apartar”) que funcione como “estado del arte”. Esto no quiere decir que no hagan presencia esas revisiones de autores y autoras. El texto es una apuesta por poner eso que se separa “empírico” y “teórico” en un mismo plano, entendiendo que eso que llamo trabajo de campo como la lectura de autoras y autores, son haceres cuya valoración produce efectos de validación y de jerarquización de unos sobre otros. Precisamente esto es lo que entiendo por etnografía, una posibilidad de generar diálogos desde distintos registros, juntando heterogéneos en una posibilidad de comprender. Mi trabajo no pasa por la “teoría” como marco ni mucho menos como grilla de inteligibilidad sino como preguntas y apuntes en conversación con otras voces que deberían tener el mismo estatuto, esas que provienen de lo que se llama “registro empírico”.

Es muy probable que la persona que lee este texto no haya mucho sentido aún al título de este trabajo. A pesar de que se esboze la preocupación por la vida, ninguno de los otros términos se hace aun inteligible. Invito a quien lee a recorrer el texto hasta el final y concederme la licencia de convencerle, en ese momento.

Capítulo I: “Todo el mundo está tomando PrEP”

Hacia mediados de julio de 2019, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) inauguró en Bogotá su campaña educativa sobre prevención combinada del VIH. En este espacio se presentó una muestra fotográfica titulada *El Punto de no Retorno*. La misma estaba articulada por un guion que buscaba contar la historia del VIH. Como el texto curatorial señalaba:

Hacia los años 80 el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) obtuvo el foco de atención mediática. Gracias al asintomático proceder de este virus y a las enfermedades oportunistas en etapa SIDA, la preocupación alcanzaba niveles mundiales. Llegó incluso a ser conocido como “La Peste Rosa” esto debido al prejuicio de su época, los pocos datos y estudios con que se contaba, las condiciones políticas, sociales y el alto número de víctimas mortales que se registraban en sectores asociados a la escena Gay, empobrecida e inmigrante en Estados Unidos y Europa (...) “EL PUNTO DE NO RETORNO”, una muestra de fotografías que llevan la mirada hacia un recorrido por la historia del VIH y algunas de las diferentes experiencias recreando momentos vividos. (...) El VIH/SIDA se ha vuelto parte de la historia del mundo, una historia hoy reescrita donde se puede vivir con el virus y desarrollar plenamente un proyecto de vida a través de varias estrategias que nos permiten evitar su transferencia e infección, ya no somos datos, cifras y ésta, nuestra resistencia, celebra la vida, una nueva mirada y la llegada de la Profilaxis Preexposición (PrEP) a Colombia (*sic*).

Quisiera iniciar este capítulo describiendo esta exposición, en cuanto condensa de forma muy ilustrativa un problema que quiero tratar en este capítulo: las imbricaciones, los entrelazamientos entre humanos y más-que-humanos, así como su especificidad en cada conjunto de relaciones.

La misma estaba dispuesta en un salón rectangular. Para seguir su hilo conductor, se debía comenzar leyendo el texto del que salió el fragmento anteriormente citado, puesto en una esquina del espacio, para luego moverse de manera ordenada entre las fotos. Al caminar, se recorría progresivamente el perímetro del salón, manteniendo la mirada puesta en las paredes. Así, era posible ver que la serie fotográfica construía, con cada imagen, una línea temporal en la cual los cuerpos iban cambiando, en su relación con el VIH. Mientras en la primera fotografía se mostraba a una persona con el pelo húmedo y en un lugar que aparenta ser un baño, con llagas y manchas en la piel, en la penúltima foto se mostraban dos hombres sonrientes, vestidos con batas de baño blancas, sentados a la mesa en un espacio que evoca la intimidad de un hogar. Uno de los dos hombres alcanza un frasco de antirretrovirales a su pareja.



Figura 1. Primera foto de la exposición "El Punto de No Retorno".

Fotografía de Manu Mojito (Bogotá, 2019) Foto solicitada directamente al autor y al productor, reproducida con su debida autorización.



Figura 2. Penúltima foto de la exposición "El Punto de No Retorno".

Fotografía de Manu Mojito (Bogotá, 2019). Foto solicitada directamente al autor y al productor, reproducida con su debida autorización.

¿Qué muestran estos cuerpos retratados? Considero que es posible al menos resaltar tres elementos. En primer lugar, suponen un cambio histórico en cuanto dejen o no ver al virus a través de ellos. La piel manchada o marcada de manera indeseada por la enfermedad oportunista, así como la falta de tono en la musculatura de la primera persona; son reemplazados por la mancha voluntariamente adquirida del tatuaje y la contextura saludable que se refuerza con la imagen de bienestar que construyen el desayuno en la mesa y las batas blancas de la pareja de hombres. Las marcas del cuerpo afectado desaparecen, este deja de ser testigo de la presencia del virus. En segundo lugar, presentan un cambio en la manera de vivir, tanto con el virus como con otras personas. Mientras en la primera foto aparece una persona que explora su piel en soledad, en la otra hay dos hombres, al parecer una pareja, en una escena en la que es tan cotidiano el hecho de desayunar como el de tomar la medicación. Como lo explicaron los artistas en el lanzamiento de la exposición, la penúltima foto pretendía mostrar la posibilidad que tiene una

pareja serodiscordante de hacer una vida plena en la que tener el virus no implique ningún tipo de alteración visible o determinante en sus proyectos, asumiendo que cuenten con las tecnologías biomédicas necesarias. Finalmente, estas fotos presentan la aparición de un elemento más-que-humano⁴, constituyente de las relaciones ilustradas: el frasco de pastillas, un objeto biomédico que hace parte de esos “momentos vividos”.

En general, el recorrido que hacía quien observaba la exposición le permitía apreciar la aparición gradual de objetos biomédicos y tecnocientíficos (al pasar por una serie de imágenes entre estas dos fotos) que parecían sugerir cierta imposibilidad de construir una historia del VIH sin acudir a estos agentes más-que-humanos. En la quinta foto de la exposición se hacía alusión a los primeros tratamientos antirretrovirales, presentando a un hombre semidesnudo sentado sobre una cama en la que hay un montón de pastillas regadas. La correspondiente ficha técnica decía

⁴ Usaré el término más-que humanos intentando sugerir que no se puede comprender la agencia si uno se decanta por una explicación meramente “tecnológica” o meramente “sociológica”. Me refiero a la idea desarrollada por Latour sobre la necesidad de eliminar distinciones entre tecnología y sociedad que no estén construidas a partir del análisis de cómo se sostiene un programa o un objeto: “*We can call sociology the claim that, given the competence, pre-inscription, and circumscription of human users and authors, you can read out the scripts nonhuman actors have to play; and technologism the symmetric claim that, given the competence and pre-inscription of nonhuman actors, you can easily read out and deduce the behavior prescribed to authors and users. From now on, these two absurdities will, I hope, disappear from the scene, because the actors at any point may be human or nonhuman, and the displacement (or translation, or transcription) makes impossible the easy reading out of one repertoire and into the next.*” (Latour, 1992 p. 239). Sin embargo, prefiero no optar por el término no-humanos en cuanto encuentro difícil excluir de la idea de humanidad a objetos que son constituyentes de la posibilidad de poder seguir llamando a ciertas entidades “humanas”. En ese sentido, como creo este trabajo lo muestra, me siento más cercano a la idea de Haraway sobre la imposibilidad de hablar de un “yo” o de un “humano” que no sea producto del encuentro con otros, aquella de que “nunca hemos sido humanos”. “*We have never been human*” es el título de la primera parte del libro *When Species Meet*, en la que, por cierto, he encontrado una de las mejores formas, desde los Estudios Sociales de Ciencia y Tecnología, de hacer inteligible la imposibilidad de decir que lo humano únicamente está contenido por los límites de la especie *Homo sapiens sapiens*. Esta tiene lugar cuando Haraway hace referencia a su perra, Ms Cayenne Pepper: “*We have forbidden conversations; we have had oral intercourse; we are bound in telling story on story with nothing but facts We are training each other in acts of communication we barely understand. We are, constitutively, companion species. We make each other up, in the flesh. Significantly other to each other, in specific difference, we signify in the flesh a nasty developmental infection called love. This love is a historical aberration and a naturecultural legacy*” (Haraway, 2008. P. 16).

que cada toma constaba “hasta 9 pastillas” por día. La sexta fotografía, por su parte, introduce en el panorama los condones, pertenencias de una mujer cuyo bolso ha caído al suelo.



Figura 3. Quinta foto de la exposición "El Punto de No Retorno".

Fotografía de Manu Mojito (Bogotá, 2019). Foto solicitadas directamente al autor y al productor, reproducida con su debida autorización.



Figura 4. Sexta foto de la exposición "El Punto de No Retorno".

Fotografía de Manu Mojito (Bogotá, 2019). Foto solicitadas directamente al autor y al productor reproducida con su debida autorización.

Pero son los últimos pasos que daba el visitante de la exposición los que permitían llegar a la fotografía que conectaba esta historia con la PrEP o, más bien, a la manera en que esta exposición y la racionalidad que la articula incluye a la PrEP en la historia del VIH. La última fotografía, aquella que su autor describe como la representación de la “llegada de la PrEP” muestra un estudio fotográfico en el que un par de mujeres están siendo retratadas. Ambas, muy estilizadas, posan ante una lente y una de ellas sostiene una píldora, más grande que su tronco, que tiene inscrita la sigla “PrEP”. Su rodilla está apoyada en otra píldora del mismo tamaño en la que también está sentada la otra mujer.



Figura 5. Última foto de la exposición "El Punto de No Retorno".

Fotografía de Manu Mojito (Bogotá, 2019) Fotos solicitadas directamente al autor y al productor.

Todo el paisaje que deja la exposición, tras ser caminada, permite que afloren, en relación con la PrEP, varios cuerpos, tanto humanos como más-que-humanos, que coexisten y que han venido cambiando su forma de relacionarse a lo largo de la historia del VIH. La construcción de este

capítulo está inspirada en los perceptos⁵ contenidos en esta exposición y que he intentado presentar. En las páginas que vienen me valgo tanto de una serie de conversaciones como de la reflexión para aumentar la capacidad explicativa de esta exposición que conocí en campo, buscando entender cuáles son esas relaciones constituyentes en las que “llega la PrEP”. La pregunta es entonces ¿Qué “cuerpos” viven juntos la “llegada” la PrEP? A la manera en que lo hace la exposición, invito a quien lee a transitar entre las puestas en escena que son estos fragmentos del trabajo de campo con la intención de decirle que la PrEP no es sólo una tecnología biomédica que, a través del uso de antirretrovirales, reduce la posibilidad de infección de un organismo particular. Esta implica además un tipo de relaciones singulares, más allá de las cuáles las entidades humanas y más-que-humanas involucradas no podrían tener los contornos que las hacen posibles. En este capítulo exploro la PrEP como parte de un entramado que constiuye sus posibilidades, un entrelazamiento en el que una cantidad de “cuerpos” en relación que “viven juntos” deshacen los límites claros entre lo que se acostumbra a separar como lo social y lo natural (Latour, 2005. p. 14).

En el trabajo de campo conversé con personas que hacían parte de circuitos de consumo y distribución de PrEP en 2018, especialmente de lo que los salubristas nombran como “PrEP Salvaje”; también, con médicos y personas que la usaban mediante prescripciones *off-label*. A continuación, expongo estas conversaciones y la forma misma en que se establecieron para

⁵ Tomo este término de Gilles Deleuze para hablar de lo que encuentro inspirador en la obra. El autor propone hablar de percepto para describir de aquello que permite pasar el arte más allá de simples percepciones. “Los perceptos no son percepciones, son paquetes de sensaciones y relaciones que sobreviven a quienes los experimentan” (Deleuze, 1999. p. 218).

señalar los registros materiales en los que se concreta la PrEP. En el primer apartado, señalo las posibilidades del mundo de lo virtual para la PrEP y cómo allí emergen otras posibilidades de entender a quien la usa no sólo como paciente sino también como *apelero*. En el segundo, exploro la aperturas de la multiplicidad de dicho “usuario”, del *apelero*⁶, a la relación con otros, señalando las articulaciones entre materialidades que suponen la PrEP y cómo las mismas retan las distinciones claras sobre las que podría edificarse la idea de “paciente”. En el tercer apartado, amplío este abanico de relaciones y articulaciones al considerar la participación de los más-que-humanos, haciendo énfasis espacial en cómo los mismos son constituyentes para la PrEP y quienes orbitan en torno a ella, de maneras igualmente múltiples. Finalizo tratando de esquematizar una tensión entre la multiplicidad que compone las relaciones exploradas que será explorada en el segundo capítulo.

¿Qué “cuerpo”? ¿Dónde encontrarlo?

El primer *conversatorio* al que asistí tuvo lugar a finales de junio de 2018 y se realizó con la intención de “celebrar la semana del orgullo” en un bar de Bogotá. Este evento era parte de una agenda de fiestas y encuentros “culturales” de este negocio y convocaba a un panel compuesto por salubristas públicos, médicos y gestores sociales que apostaban por la regulación de la PrEP. La iniciativa fue coordinada por un hombre que se reconoce como activista y que afirmó de manera constante su interés por crear espacios que pongan, en las manos de las personas de a pie, información de expertos en torno al VIH. En esta ocasión, su intención era que el grupo de

⁶ Forma de llamarse a sí y a otros cuando se tiene sexo a pelo o sin condón

panelistas transmitiera al público información verdadera y confiable sobre qué era la PrEP y cómo se debía usar. Su preocupación ante el desconocimiento de la gente de la ciudad la hizo manifiesta con las palabras con las que abrió el evento:

Si ustedes se meten en *Grindr* (...) resulta ser que todo el mundo está tomando PrEP y eso no tiene sentido, porque la PrEP no está disponible aquí en el país y entonces uno dice ¿qué es lo que está pasando?, ¿la gente está mintiendo?, ¿será que la gente está informada? (...) El problema es poder confiar en la persona que le dice que está tomando PrEP, si en realidad lo está haciendo.

Grindr es una aplicación que usa los sistemas de geolocalización de los dispositivos móviles para que las personas puedan conectarse a través de un *chat* conociendo la distancia aproximada a la que se encuentran entre ellas en cierto momento. Como la página oficial de la aplicación lo señala, “desde su lanzamiento en 2009, Grindr se ha convertido en la aplicación más grande de *social networking* para gente *gay*, *bi*, *trans* y *queer*”⁷. En esta, es posible crear un perfil compuesto por algunas fotos y datos sobre sí, como la edad, el peso o la estatura. Desde 2016, la aplicación incluye la posibilidad de poner información relativa a la “salud sexual” a través de la selección de una de estas categorías predefinidas: Negativo, Negativo en PrEP, Seropositivo, Seropositivo no detectable⁸. A esto se refería aquel hombre. A sus ojos y a los de varias personas con las que conversé, la opción “Negativo en PrEP” se ha empezado a incorporar cada vez más

⁷ Traducción propia. Texto original “*Since launching in 2009, Grindr has grown into the largest social networking app for gay, bi, trans, and queer people*”. Tomado de: <https://www.grindr.com/about/>

⁸ Recuperado de: <http://www.newnownext.com/grindr-hiv-prep-filter/11/2016/>. Consultado el 25 de abril de 2020

en las descripciones de los usuarios y es objeto de duda. Duda que se vuelve más problemática, en cuanto asumen que la aplicación es usada por una enorme cantidad de personas.

Partiendo de este escenario, en el que la mentira y la posibilidad de uso de la PrEP entran en juego y relación con el mundo virtual, propongo continuar este apartado siguiendo las conversaciones que pude sostener a través de redes como esta y otras similares, al igual que la forma misma en que estas fueron posibles, para mostrar que en la virtualidad tienen lugar prácticas y relaciones que permanecerán indetectables mientras se mantenga la idea simplista de que se trata de un mundo sólo compuesto por la “mentira”.

“A pelo es mejor”

Así como la inquietud por la PrEP llegó a mi por personas cercanas, el hacer del mundo virtual un lugar de indagación nació de lo que estaba sucediendo a medida que me planteaba preguntas. Me fui enterando de los *conversatorios* y de otros eventos a través invitaciones a eventos de *Facebook*. En otros casos, me enteraba porque alguien que sabía que me interesaría asistir me enviaba un *link* mediante un mensaje electrónico. Incluso, de manera constante, mi primera forma de contactar a las personas que eran referidas por amigos era mediante su perfil de *Instagram*, su *Whatsapp* o a través de alguna otra red social. El interés se fue perfilando al reconocer que, en estos procesos, yo era una terminal más. Otras personas que sentían curiosidad por saber qué era esa cosa de la PrEP o que querían saber cómo conseguir la medicación habían recibido la información de los conversatorios por las mismas redes y llegaban a los estos en la fecha programada. Y así como yo hacía contactos con personas para conversar sobre sus experiencias con la PrEP, otros buscaban conocer personas también, no para hacer una tesis, sino

por otras razones como comprar el medicamento o incluso buscar encuentros sexuales en los que mediaba el hecho de usar la PrEP.

Por esta razón me interesó acercarme a las personas a través de las aplicaciones, relacionando la pregunta por los contornos de esos actores que hacen parte del ensamblaje de la PrEP con su sociomaterialidad virtual. Considero importante aclarar que no es novedoso pensar la investigación en torno a la PrEP valiéndose del uso de redes sociales. De hecho, estas se han configurado como una plataforma importante para estudios desde la salud pública y la epidemiología. Estudios como el de Goedel (2016) se acercan a usuarios de aplicaciones en teléfonos móviles, en la ciudad de Nueva York, para evaluar en términos “comportamentales” (p. 1436) el conocimiento y la disposición de uso de la PrEP (*willingness y awareness*).

Sin embargo, quiero señalar desde dónde me posiciono para hablar de este mundo virtual. Usar aplicaciones móviles y redes sociales me permitió llegar a tener interlocutores que difícilmente podía encontrar en otros lugares. Durante una parte significativa de mi trabajo, acudir a los *conversatorios* y a otros encuentros me llevaba a encontrarme con personas que se posicionaron en la conversación como activistas, médicos, enfermeros y consejeros. Me resultaba invisible la experiencia de y con las personas que hacían uso de la PrEP. Siguiendo esos espacios de relaciones “cara a cara”, las personas que usan PrEP permanecían como información confidencial, clasificada en expedientes médicos o tras las puertas de salones de consejería, por tanto, inaccesibles.

Así pues, al principio y durante buena parte de este trabajo, mi única forma de conversar con personas que hacían uso de la PrEP fue a través de estas aplicaciones. Y aunque pude acceder posteriormente a conversar con personas sobre su experiencia con la PrEP en encuentros cara a cara, fue la manera en que ambas posibilidades se concretaron la que hizo evidente las

diferencias. Más allá de tratarse de un problema de conseguir “informantes”, esta forma de relacionarnos sugiere algo sobre los cuerpos en cuestión, sobre el espacio que compartíamos y que muchas personas que se articulan con la PrEP comparten de manera frecuente. Es probable que, algún día, mientras yo caminaba por Chapinero, me haya cruzado en la calle con uno de estos hombres mientras iba hacia la Liga contra el Cáncer, uno de los pocos lugares en que las personas pueden comprar el medicamento con fórmula médica, obtenida bajo prescripción *off-label*. Y a pesar de que él podría reconocerme, porque mis perfiles tenían mi foto, yo no podría haberlo hecho. Parece evidente, pero cabe resaltarlo: no eran *chats*, eran personas conversando en un *chat*. Mientras en los encuentros “cara a cara” hablaba con algunas personas, aquí “tecleaba” con otras. En un lugar cuerpos parlantes, en el otro, cuerpos que teclean, que chatean. Y hacer una cosa o la otra, nos presentaba de maneras diferentes en cada momento, sobre todo en cuanto a lo que éramos capaces de hacer. A mí, me hacía capaz de llegar a lugares inesperados; a ellos, les permitía conversar sobre cosas que de las que no hablarían cara a cara. A varios de ellos les pregunté, una vez establecida una conversación por una red social o aplicación, si quisieran sentarse a hablar. Las respuestas fueron varias, pero siempre negativas. “El tema es que ya me voy a dormir”, “si gusta, claro, por este medio hablamos, en lo q le pueda colaborar con gusto”.

Así pues, tanto preguntar como responder, en cuanto prácticas, pueden suceder siempre de manera distinta y en ese sentido, hacer que quienes preguntan y responden, aun siendo uno, sean múltiples. Era una formación de contornos, una composición de límites en la que tanto ellos

como yo participábamos, siendo parte de un espacio que nos lo permitía. En términos latourianos, éramos cuerpos que estaban siendo afectados por la mediación de un “dispositivo artificialmente creado”⁹.

Vale la pena acotar entonces a qué me refiero al hablar de un *mundo virtual*. Es precisamente desde esta perspectiva latouriana que he decidido llamar a este un *mundo*; siguiendo al autor, cuando dice que, a través de la materialidad de las herramientas del lenguaje, las palabras llevan *mundos*¹⁰, una suerte de redes de relaciones con configuraciones inusitadas. Y es desde una noción deleuziana que he decidido nombrarlo como *virtual*. No por sostenerse gracias a un sustrato material tal como tarjetas electrónicas, antenas u ondas electromagnéticas, si no, por ser aquello que está latente, pero que no se ha convertido en actualidad. No se trata de que lo virtual tenga que llegar a crearse, pues ya está ahí y es imprescindible para que se sostenga aquella comprensión más gregaria del mundo, pero aun aparece como no tematizado o excluido de la ecuación que actualmente da sentido a las relaciones (Deleuze y Guattari, 1988). La idea de un *mundo virtual*, como la presento aquí, apunta entonces a un conjunto de posibilidades concretas en las que se expresa el carácter relacional que constituye a las personas y a los más-que-humanos, potente en cuanto supone un reto para versiones del mundo como la del organizador del evento mencionado anteriormente, al desafiar su versión sobre las vidas en juego. Por eso, en

⁹ “(...) *bodies learning to be affected by hitherto unregistrable differences through the mediation of an artificially created set-up.*” (Latour, 2004, p. 209).

¹⁰ “*Through the materiality of the language tools, words finally carry worlds*” (Latour, 2004, p. 209).

las páginas siguientes pretendo ante todo hablar de esos cuerpos que (se) hacen (con) la PrEP en las prácticas que componen este mundo virtual.

Hablemos pues de estas conversaciones. Eran casi las 23:30 de un miércoles, abrí *Grindr*. A menos de un kilómetro de mi casa, aparece un usuario que usaba el nombre de perfil “A Pelo es Mejor”. Era una de estas personas que inquietaban al organizador del conversatorio, pues en el campo de “salud sexual” de su perfil había elegido la opción “Negativo, en PrEP”. A pesar de que accedió a hablar conmigo, por la hora, la conversación tuvo que esperar hasta el otro día. Valiéndonos de la posibilidad que ofrecen los *chats* de retomar los mensajes del día anterior como si las horas no hubieran pasado, pudimos establecer una conversación al día siguiente. En ella surgió el tema de las razones que lo llevaron a usar la PrEP. Él tenía unos siete meses de haber comenzado a tomar el medicamento. Su motivación fue descubrir que era alérgico al látex. Un día, después de haber tenido una relación sexual con condón, empezó a sentir molestias que lo hicieron consultar al médico. En sus palabras: “la reacción alérgica que me estaba dando no era normal, el tema era con ampollas y demás, pero muy fuerte”. La reacción alérgica era pronunciada en la zona del pene y en la zona anal, razón por la qué, dice él, el médico infirió que tenía relaciones con otros hombres. Así, comenzó un proceso que lo llevó a consultar con el infectólogo y que él describe como su forma de “preguntar qué podía hacer para cuidarme sin usar látex y salió el tema del PrEP”.

Luego de lograr que le formularan PrEP, comenzó a comprar la medicación. En cuanto usa la PrEP, hoy en día deja claro, con el nombre que eligió para su perfil, que buscaba sexo “a pelo” o

sexo sin condón¹¹. Y para él esto no era placentero únicamente en cuanto permitía evitar la alergia, sino por todo lo que podía hacerle sentir. Como lo expresó: “La sensación es muy diferente. El contacto de la piel es una cosa uff. Y la sensación de la leche¹² es también una cosa super arrechante”. Para él, acudir a la PrEP es un esfuerzo pues como me explicó “para mi hubiera sido más fácil relegar mi sexualidad a un segundo plano y ya, pero soy un ser muy sexual”.

Si bien, su cuerpo en el consultorio del infectólogo es el cuerpo de un paciente que no puede adherirse al preservativo y, por tanto, usa la PrEP; en el *mundo virtual*, su cuerpo es uno que busca y tiene sexo a pelo. Esta aparente disyuntiva puede ser considerada realmente como multiplicidad. Siguiendo la propuesta de Annemarie Mol, lo múltiple es una condición ontológica. La autora responde a la pregunta de *qué es* determinado objeto a través del análisis de las prácticas que lo afirman constantemente y que lo hacen aparecer como definido y estable. Mol (2002) indaga por la arteriosclerosis, preguntándose cuáles son los procesos mediante los cuales se produce en la práctica dentro de una clínica. Un diagnóstico de esta enfermedad puede realizarse por distintos medios: la entrevista médica, el análisis clínico, el uso de instrumentación

¹¹ Como Betancourt (2017) lo señala, esta y otras formas de nombrar el sexo sin condón, como *bareback* o *raw*, se llenan de sentido de múltiples maneras, haciéndose en algunas ocasiones intercambiables o no. Si bien, en general se refieren a sexo sin condón, pueden incluir o excluir el sexo oral, las relaciones penetrativas y el contacto con fluidos corporales.

¹² De aquí en adelante usaré de manera continua la palabra leche con la intención de mantener cierta fidelidad con las palabras de las personas. Con esto no me refiero a simplemente repetir sus términos, sino a la capacidad de seguir sus sentidos. La palabra semen alteraría el sentido en cuanto está libre de la fuerza erótica que se verá en la palabra leche y de hecho es una palabra más cercana a discursos de prevención cuya finalidad es el aislamiento del mismo. La leche, por el contrario, supone una capacidad de flujo, de contacto y de medio para transportar una serie de entidades que componen el erotismo.

o el examen de laboratorio. Cada uno de estos procesos supone una materialidad distinta y compone la enfermedad como producto singular en cada caso. Respectivamente, la arterosclerosis se convierte en un conjunto de palabras, de observaciones o incluso en una cifra impresa en papel que se compara con una curva estadística. En cada uno de estos conjuntos de prácticas la enfermedad se *hace* y, a pesar de que uno y otro componen una versión distinta de la misma, todos están coordinados para que sea posible afirmar que esa enfermedad existe, para que existan manuales, para que haya tratamientos y para que la clínica misma pueda existir. Mol insite en que lo múltiple no es equivalente a lo plural y, por tanto, no se trata de que haya una realidad previa a la experiencia y simplemente se interprete de manera distinta desde cada posición. La autora señala que cada “versión” del objeto, en este caso de la arterosclerosis, es singular y todas componen una sola realidad. Es precisamente en este sentido que afirmo que la diferencia de materialidades y prácticas en las que se hace el cuerpo de esa persona que usa PrEP le constituyen como múltiple. Este posible “usuario” de PrEP se hace en sus relaciones con la clínica y el dispositivo biomédico se concreta como paciente, pero también se hace en sus relaciones sexuales sin condón y se concreta como *apelero*, y además se hace en sus relaciones con una aplicación en un dispositivo móvil y se concreta como perfil.

Otros cuerpos: El apelero y la leche

Hasta ahora, he propuesto comprender como múltiple el “cuerpo” en cuestión, aquel que los diseñadores de una tecnología nombran como el cuerpo de un “usuario”, el mismo del que dudaba el panelista del *conversatorio*. En este apartado quisiera desarrollar de manera más amplia esas relaciones que le permiten ser *apelero* para empezar a ampliar el espectro de esta multiplicidad en juego.

Como *A Pelo es Mejor* lo permitió ver, la no inclusión del condón en la “relación sexual”, o más bien, en el momento de follar, permite el contacto no sólo entre los “amantes” sino entre la piel y los órganos, con una serie de sustancias que se espera fluyan sobre ellos y los recorran. Estas “relaciones” fluidas contrastan con otras mucho más contenidas, en las que el contacto con las sustancias es evadido a toda costa y que, hoy en día, los salubristas llaman “sexo seguro”. En los próximos capítulos hablaré de manera más detalladas de estas últimas. Por ahora quisiera resaltar cómo se venía configurando una imagen en la que, pese a vivir en un momento histórico como el nuestro en que la idea del “sexo seguro” es tan estridente, la posibilidad de follar a pelo se concreta por la presencia de la PrEP. Y, sin embargo, no considero posible afirmar que la PrEP constituya una ruptura histórica que de repente permite el sexo sin condón. Por el contrario, creo que seguir las prácticas del *apelero* permite ubicar la PrEP como un elemento que se engancha a unas relaciones ya existentes, actualizándolas y en cierta medida haciéndolas distintas, pero no dándoles origen.

Empezaré pues situando algunas continuidades. Un gestor comunitario que viene trabajando en prevención del VIH desde hace más de 20 años, es decir, antes de que existiera la PrEP, me comentaba en una de nuestras charlas sobre la importancia de que comprendiera cómo hablar hoy en día de PrEP es posible por un abanico de posibilidades que han sido construidas poco a poco. Él hace esta retrospectiva así:

Han sido 20 años y no ha sido fácil. Hace 15 años hablábamos de SIDA, condón y tratamiento retroviral, hablábamos de que era difícil el acceso. Hace 10 años ya teníamos organizaciones que nos permitían anudar el acceso frente a VIH, frente a condón y frente a antirretrovirales. Hace 10 años empezamos a hablar también de prevención. Y ya hace 5

años hemos creado agendas, que no ha sido fácil, con personas que hemos querido estar ahí.

Con la autoridad que le brindan estas dos décadas de trabajo en el tema, él afirma que el problema, tanto de las campañas de prevención como de la manera en que se reconoce la sexualidad en las comunidades con las que él tiene contacto, ha sido —y sigue siendo— el no hablar de manera abierta de la existencia de prácticas sexuales alternas al sexo vaginal penetrativo. Dice:

Hay hombres que tienen prácticas con otros hombres, mujeres transgénero, que aparte de la penetración tienen encuentros de *cruising*, que tienen encuentros de orgías (...) también hay laceraciones, hay sustancias psicoactivas (...) legales o no legales, en usos recreativos o en adicción (...) No es satanizar los cuerpos (...) tenemos un corazón para amar, tenemos una piel para sentir y tenemos un cerebro para procesar. Cuando yo no junto cerebro con esas dos cosas, me expongo. ‘Ah, es que a mi me gusta tirar a pelo’ ¡Tirar a pelo es lo más delicioso! Las parejas heterosexuales tiran a pelo todo el tiempo.

Su reclamo señala la manera en que estas relaciones han marcado la historia del VIH que él ha presenciado desde mucho antes de que se hablara de PrEP, donde el follar a pelo era ya un asunto nodal. Haciendo provecho de su enseñanza, vuelvo a este mundo virtual para ampliar la relación entre el *apelero* y la PrEP.

En Twitter, algunas personas publican contenido constante de ellas mismas teniendo sexo a pelo. La potencia que les brinda este mundo virtual es la de hacer red, la de encontrar otros cuerpos que también tienen sexo a pelo. Yo empecé a seguir sus pasos o, más bien, sus tecleos, partiendo de una ignorancia enorme. Antes de comenzar este trabajo nunca había usado *Twitter*. Fue F, aquel amigo que hizo nacer en mi la inquietud que me llevó esta tesis, quien un día me

contó sobre los *barebackeros*, forma alternativa de nombrar a los *apeleros*, que suben videos a esta red frente a mi interés creciente por la relación entre la PrEP y el sexo sin condón. Luego de haber creado un perfil, tenía dos opciones. La primera seguir los *hashtags* con los que estas personas marcaban sus videos y filtrarlos por lugar de publicación del *post*. Así, tecleando “#apelo”, “#bb” (forma abreviada para *bareback*) empecé a encontrar cuentas que subían videos y etiquetaban a otros perfiles. Al mismo tiempo, cada que tocaba con el dedo la pantalla de mi celular para seleccionar la opción “seguir”, para poder recibir actualizaciones del contenido de estos perfiles, me aparecían otros usuarios como recomendados. Poco a poco, en la pantalla de mi teléfono, aparecían más y más *posts* de personas que tenían sexo a pelo. Uno de ellos decía:

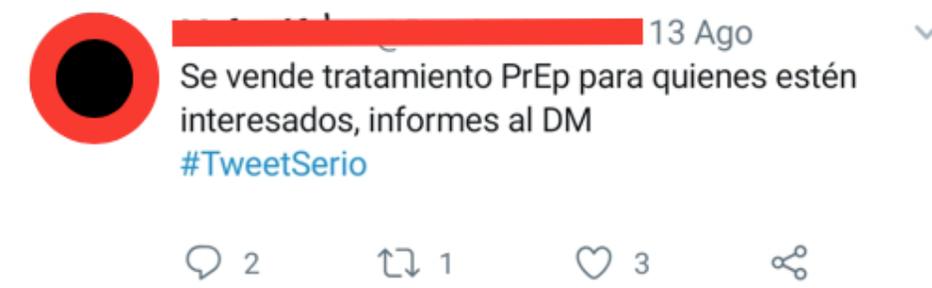


Figura 6. Post de Damian¹³

Captura de pantalla de post de Twitter, 2019.

¹³ Esta imagen en sí misma no sería posible sin la materialidad de ese mundo virtual. Si antes había señalado que, en cuanto prácticas, preguntar y responder pueden hacerse de distinta manera, cuando se trata de registrar lo conversado y lo vivido, aplica el mismo rasero. Mientras para tratar las conversaciones cara a cara, traigo pequeños fragmentos transcritos de palabras pronunciadas, aquí me traigo pequeños fragmentos “capturados” de textos tecleados, posibles gracias a la presión de dos teclas de manera simultanea (*screenshot*). Destaco esto para seguir insistiendo en la importancia de pensar cómo son las prácticas las que hacen posible entender la multiplicidad que cala hasta en la manera en que el cuerpo se presenta en este texto.

Él es Damián. No sé si en su cédula de ciudadanía o su registro civil aparezca ese nombre. Aquí, él será Damián porque cuando le pregunté cómo quería que lo llamara al escribir sobre él, esa fue su elección. Porque, como me explicó, era la manera en que la única persona que había amado realmente lo llamaba aun hoy en día. A él le decían Damián porque era el nombre de un ángel que había decidido convertirse en malo.

Damián vendía Emtricitabina+Tenofovir, en cajas por 30 pastillas. Realmente sólo lo había vendido a dos personas y nunca a más de una al mismo tiempo. La primera vez a un amigo y la otra a un comprador que había leído estas publicaciones en su cuenta de *Twitter*. No podía venderlo en cantidades mayores porque obtenía el medicamento de su plan de aseguramiento médico, pues se encontraba en un programa de VIH por haber sido diagnosticado hace algunos años. Aun cuando su profesión está dentro del “campo de la salud” y, por ende, tiene conocimiento de las implicaciones de no hacer su tratamiento, tomó la decisión de no hacerlo. A pesar de haber mencionado razones como el mal trato de los médicos que lo atendieron, su motivación principal para no consumir la medicación era que el virus no había llegado a él por sorpresa. En palabras de Damián, él hace parte de “una subcultura (...) que se llama *gift givers* y *bug chasers*. Es un movimiento, una comunidad”¹⁴. Damián se reconoce como un *gift giver*

¹⁴ Betancourt (2017) define *bugchaser* y *giftgiver* de la siguiente manera: “la valoración positiva del VIH lo ha transformado en objeto de deseo dando lugar a una subcultura conocida como *bugchasing* (cazadores del bicho), en ella los sujetos dejan de transitar por los espacios rizados generados desde el discurso preventivo y se deslizan por su propio espacio liso en el que a manera de antípoda predomina una inversión del carácter patológico del VIH en la que la noción del riesgo se sustituye por la de deseo, y la de enfermedad por la de placer. Allí tiene lugar una nueva producción de sujeto, generado ya no desde la premisa fundamental de evitar la infección, sino la de obtenerla; en esta nueva lógica los sujetos se determinan, se organizan y se nominalizan, de esta forma el virus se convierte en regalo (*gift*), quien lo da (*giftgiver*) y quien lo busca (*bugchaser*)” (p. 46). Su definición me gusta por, al menos, dos razones. En primer lugar porque él la aporta en su trabajo de investigación, en el cuál se reconoce a sí mismo como

actualmente y fue *bug chaser* hasta que por fin pudo infectarse. Él buscó el virus y encontró la manera de que entrara en él. Pero, además, folla a pelo no sólo porque le guste la leche sino porque esa leche tiene *bichos*¹⁵. A pesar de que no sea posible verlos se sabe que estén en la *leche*, y se afirman a través de las palabras cuando aparecen en la acción de hablar al follar a pelo. Dice Damián:

Poz talking es algo que me arrecha y normalmente a casi la mayoría de *barebackers*. *Poz talking* es hablar con lenguaje *poz*: Bichos, infectar, SIDA, preñar. Y hay una subcultura que ama que le hablen así o hablar así. Muchos de mis *fuckbuddies* aman cuando les digo que tengo una carga viral elevadísima que los voy a pringar. Hay gente que todo lo que dice durante la relación sexual es eso. Hay un *man x*, que desde que pisa mi puerta hasta que me dice ‘préstame el baño’, es lo único que habla.

Como vendedor de PrEP, Damián tiende un puente entre un posible “usuario” de PrEP y el mundo del sexo a pelo, anterior a esta tecnología. De alguna manera, conecta estas relaciones fluidas del *apelero* con las relaciones más contenidas en las que los cuerpos sólo pueden fluir a condición de que esté presente la PrEP. El par de clientes de Damián sólo pudieron acceder al medicamento porque él había decidido excluirlo de su vida, porque sus relaciones requerían fluidez, porque en ellas los bichos no son un elemento a evitar. Damián está articulado con las

“persona viviendo con VIH, *bugchaser* y *barebacker*” (p. 5). Segundo, porque al ser colombiano, vivir en Bogotá, ser *bugchaser* y *barebacker* en la misma ciudad que Damian incluso podrían conocerse o al menos haberse cruzado en espacios compartidos.

¹⁵ De la misma forma que hablo de leche y no de semen, aquí hablo de bichos y no del virus. Aquí palabras como VIH o virus despojan este “cuerpo” de su fuerza erótica y lo cargan de una perspectiva que remite a la salud y la enfermedad, remitiéndonos una vez más a un discurso sobre la prevención y el “sexo seguro”. Bichos remite a entidades activas, seres que componen los fluidos y en especial con enorme potencial erótico.

tecnologías biomédicas, en más de un sentido, sin que ello signifique que lo hiciera en la forma en que muchos médicos y salubristas lo quisieran. Por un lado, lo hace como “paciente”, en cuanto accede al programa de VIH y por tanto aparece como caso contenido en el registro médico. Sin embargo, al vender el medicamento, hace de esta articulación otra cosa. También se suma a la tecnología médica del testeo. La carga viral es una forma en que se ha estandarizado la cantidad de partículas virales en los fluidos corporales. Esta sólo se puede conocer a través del análisis de la sangre en el laboratorio y gracias a la misma es posible medir la efectividad de los tratamientos antirretrovirales en personas que han sido diagnosticadas con VIH. Cuando este número llega a cierto umbral, el paciente se considera “indetectable”, lo que supone que el virus está contenido, evitando que afecte el sistema inmunológico y al tiempo, que sea transmisible a otras personas. Damián y sus compañeros sexuales conocen su carga viral o tienen idea de ella. Pero, de nuevo, no con los fines propuestos por los médicos.

La carga viral se convierte en una posibilidad de empezar a trazar los contornos esos bichos. Y digo una posibilidad, porque lo interesante es que incluso cuando una persona haya decidido dejar el sistema médico y, por tanto, los exámenes que le permitan conocer su carga viral, no por ello deja de hacer *poz talking*, ni de hacer partícipes a los *bichos* de su vida sexual. La articulación entre estos registros es fundamental dentro de la multiplicidad del “cuerpo”: armando palabras a través de un teclado pude reconstruir algo que Damián hace articulando palabras con su voz en el *poz talking*. A su vez, Damián encuentra a sus “amantes” a través de aplicaciones donde debe armar también palabras sin usar la voz. Teclear para hablar, hablar para teclear, un salto de registros que involucra tanto al *apelero* como al “usuario” de PrEP y que hace muy difícil separar sus experiencias de manera radical.

Tanto la vida de Damián como la de “A Pelo es Mejor” están vinculadas de alguna manera con la PrEP y con el sexo a pelo. Ambos se hacen, en un sentido relacional, articulando elementos biomédicos y llevándolos a lugares insospechados. Falta, sin embargo, detallar de manera más amplia el vínculo que los une, que hace que uno y otro se crucen y que la PrEP no pueda alejarse del mundo de las “relaciones” fluidas. A continuación, procedo a desarrollar con más cuidado este entrelazamiento.

La fiesta de las medias: Zona de contacto

Por medio de Damián y de “A pelo es mejor” me ha sido posible ahondar en ese mundo virtual en el que el panelista del *conversatorio*, del que hablaba unas páginas atrás, advertía se reproducía una mentira sobre el uso de PrEP. Sin embargo, no he desarrollado eso mismo que calificaba de manera tan tajante como una mentira. Para dar más luces sobre a qué se refería, propongo seguir con sus propias palabras. Cuando iba finalizando el conversatorio y los panelistas ya habían terminado sus intervenciones, este hombre dio cierre al evento con una frase que, al parecer, tenía la intención de resumir la jornada: “Hay que pensar que no nos estamos acostando con esa persona, sino nos estamos acostando con el pasado de esa persona y no sabemos con quién se ha acostado”.

La contundencia de este cierre es bastante. Su postura busca señalar la existencia de un “peligro” contenido en la mentira “mentira” respecto a decir que se está haciendo uso de una tecnología médica como la PrEP cuando no es el caso, pero también respecto al ocultamiento o desconocimiento del diagnóstico de VIH o de alguna ITS. Y, en cierta medida, su frase de cierre sí resumía las preocupaciones de los panelistas. Uno de ellos, por ejemplo, dio a conocer una

manera en la que las personas podían poner a prueba a la persona con la que se contacta para tener sexo sin condón y que afirma tomar PrEP. Su consejo fue el siguiente:

Unos consejos prácticos: cuando usted está en *Grindr* y la persona dice que toma PrEP usted no va a decir ‘ah listo’ ¡No! haga las preguntas clave (...) ¿estás en PrEP? ¿Quién te está tratando? ¿Cuándo te hicieron el examen? ¿Qué exámenes te hicieron? ¿Cuál es el medicamento que estás tomando? ¿Cada cuánto lo estás tomando? ¿Todos los días? ¿De qué color es la pastilla? Esas preguntitas clave sirven para saber si la persona les está diciendo la verdad.

Tanto el instinto de sospecha que quiere despertar el uno, como las tácticas de desciframiento que propone el otro se sostienen por el hecho de que la prevención es falible, al hecho de que por más que se desee evitar el virus, el mismo está allí. Sin embargo, la asociación del carácter falible de la prevención únicamente a la mentira o las malas intenciones de una persona que se perfila como centrada en su placer individual al buscar sexo sin condón a toda costa, resulta enormemente problemática si no dañina y poco explicativa. Quisiera entonces explorar esas relaciones fluidas, en las que el “sexo seguro” es más un ideal constantemente frustrado o que tiene lugar con muchos impedimentos y que constituyen la vida de las personas, haciendo imposible fragmentar la experiencia a partir del diagnóstico.

Aquello catalogado como mentira, se hizo inteligible en las conversaciones que yo iba sosteniendo. Por ejemplo, una persona con un perfil sin nombre en *Grindr* indicaba que hacía uso de la PrEP y al contarle mi intención y pedirle si quería conversar me respondió “Técnicamente no, soy VIH+ y tomo mi tratamiento antirretroviral”. Y dos de las personas que conocí que hacían uso de la PrEP, me hablaron de haber conocido gente como este personaje anónimo. “A Pelo es Mejor” afirmó, respecto a personas con las que había tenido sexo sin

condón y que decían usar PrEP que “la mayoría ya lo toma es como tratamiento antirretroviral, ya diagnosticados, que son los que llaman indetectables” a partir de un par de experiencias de este tipo que había tenido. Diego, otra persona con la que conversé y sobre quien escribiré de manera más extensa en el próximo capítulo, contaba cómo el haber empezado a tomar PrEP le planteó la posibilidad de tener sexo sin condón con otras personas que lo tomaran o que fueran indetectables y por ello se encontró en varias ocasiones con personas que decían tomar PrEP cuando ya han sido diagnosticados y su carga viral ha sido declarada indetectable. Y aunque él prefería la sinceridad, consideraba que “ en ese sentido, incluso la gente indetectable se cuida mucho más que el resto”.

Sin embargo, este encuentro y mezcla de diagnósticos y etquiteas se concretaron de manera muy dicente en una intervención artística a la que quisiera referirme. Entre marzo y abril de 2019, en el Museo de Arte Moderno de Bogotá, se presentó la exposición *Autónomo* que recogía una variedad de obras realizadas en el marco de una beca del museo. Estaba compuesta por piezas trabajadas en procesos colaborativos entre los becarios y un grupo de expertos en arte. Una de estas obras, puesta, intencionalmente en el lugar más oscuro del sotano del museo, estaba inspirada en un evento que llamaré *La fiesta de las medias*¹⁶. Al contemplarla, uno se encontraba

¹⁶ Este seudónimo tiene su razón de ser en la petición de una de las personas que participaron en esta investigación. El lugar ha tenido muchos problemas de persecución porque se ha relacionado con el consumo de algunas sustancias psicoactivas ilegales y eso se ha traducido en una suerte de persecución a la persona que lo coordina, pese a que — según quien me hizo la petición — no las promueve ni las usa. Incluso, se ha visto en la necesidad de contratar personal cuya función es vigilar que no haya consumo de estas sustancias durante las fiestas. Sería enormemente complicado encontrar un sitio de fiesta que no afronte estos problemas en la ciudad, pero aquí se convierte en excusa para buscar la restricción y la clausura de estas fiestas. Considero que estas persecuciones y hostigamientos, tanto como las sanciones basadas en el prohibicionismo, no alcanzan a comprender la fuerza de los entrelazamientos en

con una cortina roja que no dejaba ver completamente lo que había detrás. En el pequeño espacio que quedaba descubierto debajo de la cortina se veían unas piernas que calzaban medias blancas, negras y de otros colores. Se asomaban también unas luces de colores que hacían juego con las canciones creadas con sinterizadores que se podían oír y que él mismo artista nombró como “aleteo”. La ficha técnica lo explicaba así:

Bareback o ‘a pelo’ es el término que se utiliza para referirse al acto sexual (penetración) sin preservativo, esta práctica se ha popularizado fuertemente entre la población gay, haciendo que las cifras de contagio de VIH aumenten considerablemente, siendo este un problema de salud pública a nivel mundial. Bogotá se ha convertido en un referente continental en la configuración de mega-orgías, donde aproximadamente el 30% de las personas follan sin condón. En estos eventos existen códigos visuales para informar el rol sexual de los asistentes (activo, pasivo o versátil), se observa en pisos y paredes, objetos y fluidos que reflejan la decadencia entre el placer. La visibilización de esta práctica es una invitación a ejercer responsablemente la sexualidad, donde la salud y el amor propio sean las auténticas prioridades de una vida larga y placentera.

los que se sostiene el erotismo en cuestión y, por tanto, recrudescen la violencia al reforzar la sanción sobre la sexualidad al tiempo que promueven medidas poco efectivas.



Figura 7. Parte superior de la obra.

Fotografía propia



Figura 8. Parte inferior de la obra.

Fotografía propia

En una entrevista con el artista, me comentó sobre su asistencia a *La fiesta de las medias* haciendo especial énfasis en los elementos que creía que la describían, aquellos que tuvo en cuenta para la creación de su obra:

Cuando yo llegué allá, me di cuenta que la decadencia quedaba en el piso. Tú veías que quedaban papeletas de perico, quedaban sobres de sildenafil que es la viagra genérico. Quedaban papeles higiénicos untados con heces humanas, quedaba a veces con sangre.

El artista fue enfático en señalar que sabía que esta fiesta no sería posible sin todo ese “sucio del piso”, como el mismo lo llamó, pero su asesor dentro del proceso de creación, le sugirió quitarlo de su obra, razón por la que todos estos elementos no llegaron hasta el museo. Con esta apreciación concordaban Damián y otra serie de personas que usaban PrEP con quienes conversé, pues habían asistido o asistían de manera constante a esta fiesta. Las sustancias hacían parte del espacio.

No se trata de un ambiente idealizado como lo presentó el producto final de la obra, se trata de un espacio de contacto entre muchas redes de relaciones, en el que estas sustancias son sólo una forma de registrar la participación de humanos y más-qué-humanos, su encuentro constantemente ignorado por los salubristas de los conversatorios. La leche, la sangre, el sildenafil, el perico, pero también los antiretrovirales, los condones, el lubricante y el sudor son inscripciones de seres con agencia y compuestos de manera múltiple. Los “cuerpos” que allí entraban en contacto eran, por un lado, personas con diagnósticos tanto VIH-positivo como VIH-negativo, algunas usando antirretrovirales como parte de su TAR y otras en PrEP, otras que no lo usaban. Por otro lado, eran *apeleros* que materializan a los *bichos* en el encuentro erótico y personas que gustaban o no de la leche. Eran también personas con perfiles en *Grindr* o alguna otra red similar que pudieron llegar allí mediante la difusión del evento en el *mundo virtual*. La fiesta creaba contactos de todas estas posibilidades de hacerse: como paciente, como *apelero*, como perfil.

En un espacio clínico es posible y necesario distinguir a los “pacientes” según si su diagnóstico es VIH-positivo o VIH-negativo, pues el uso de antirretrovirales se prescribe como distinto en cada caso. Con los primeros, se busca lograr que la carga viral alcance niveles considerados como indetectables y, por tanto, reducir en un alto porcentaje la posibilidad tanto de desarrollar el SIDA así como de transmitir el virus a otras personas. Con los segundos, se pretende prevenir la infección. En ese sentido, a pesar de que el medicamento antirretroviral pueda ser el mismo (alguna variación de tenofovir+emtricitabina), se hacen dos pacientes y dos estrategias distintas. Por un lado, un paciente con diagnóstico VIH-negativo en PrEP y por otro lado un paciente con diagnóstico VIH-positivo en TAR. Esta separación, tan clara y definida no se mantiene así en espacios como *La fiesta de las medias*, en los que el contacto es constituyente. Mientras en lo clínico se hacen dos pacientes y, en cierta medida, dos cuerpos, cada uno con un diagnóstico y prescripción, a partir de una prueba de laboratorio que arroja la cantidad de anticuerpos en sangre; en la fiesta esos “cuerpos” se cruzan, se entrelazan y fluyen. O más bien, un “cuerpo” se hace casi imposible de delimitar. Aquello que estos dos personajes presentan como el problema de la mentira a la que se expone ese que acepta el encuentro sexual sin uso de condón, ese “sujeto en riesgo” como suele ser visto por los protocolos de PrEP, es una manera enormemente ligera de referirse a unas relaciones de *cruce*, a un contacto constante de relaciones que es la *vida*.

La fiesta de las medias permite pensar la idea de zona de contacto como la propone de Donna Haraway. La invitación de la autora es la de trabajar desde un pensamiento “mundano” que permita disolver distinciones claras entre lo moderno y lo tradicional, lo orgánico y lo tecnológico, lo humano y lo no humano, y seguir el problema para encontrar cómo se hace mundo de manera tal que es inexorable el “estar juntos” de esas materialidades y registros que se

cruzan en la experiencia (Haraway, 2008 p. 8). Me interesan estos espacios donde los registros necesariamente se *cruzan*, en cuanto permiten ver que las personas y a las cosas que hacen parte de las relaciones son mutuamente constituyentes, y en este sentido, no se trata de entidades claramente definidas interactuando, sino de fronteras móviles en intra-acción (Barad, 2018). La *vida*, por estar en medio de *cruces*, obstaculiza el funcionamiento categorías claras y distintas como las de los diagnósticos o las de las prescripciones de una tecnología biomédica como la PrEP. Siguiendo a Haraway, espacios como *La fiesta de las medias* son figuras, es decir, no son representaciones, sino nodos en los que lo material se cruza, se enreda¹⁷. Unos y otros, personas y cosas, son junto al otro, están en contacto, se *cruzan por la vida*.

La mentira denunciada en el *conversatorio* se concreta como una forma de enfrentar lo que Haraway llama zonas de contacto, es decir, arreglos materiales que llevan a que elementos que se presuponen no relacionadas se encuentren en relaciones mutuamente constituyentes (Haraway, 2008). Como esta fiesta, muchos espacios en los que todos estos elementos hacían parte de la posibilidad de pensar la PrEP eran el verdadero blanco de la denuncia del peligro de mentir sobre el diagnóstico. El devenir de la PrEP está allí, constituido no sólo por quienes toman el medicamento, sino por todos aquellos con quienes (se) forman (en) relaciones. Podría decirse

¹⁷ “*Figures are not representations or didactic illustrations, but rather material-semiotic nodes or knots in which diverse bodies and meanings co-shape one another*” (Haraway, 2008. P. 4)

que la PrEP se enfrenta a una materialidad *queer*¹⁸, rizomática y mezclada, que necesariamente, *se cruza por la vida*.

“PrEP sólo protege del VIH”: lo más-que-humano

Todos estos espacios en los que los fluidos y los “cuerpos” no eran posibles de contener, es decir, donde no imperaba el “sexo seguro”, eran de interés de médicos y salubristas. Ninguna conversación que haya establecido con ellos dejó de mencionarlos. Lugares de encuentros para sexo casual se vienen consolidando desde hace décadas como blanco clave para las organizaciones de base comunitaria y para sus gestores, como aquel que me insistía sobre la importancia de comprender la PrEP dentro de la larga lucha contra el VIH. Tanto él como sus colegas suelen asistir a estos espacios para repartir condones, sobres de lubricante y folletos de información. Las descripciones de su labor en estos lugares son las que me permiten abrir este apartado. Sus intervenciones estaban destinadas a combatir la presencia de una serie de más-que-humanos que tienen una agencia igual (o incluso superior) a la de los humanos. Hasta el momento, ha sido imposible escribir sobre las personas involucradas en las conversaciones (e incluso sobre mí mismo) sin acudir a la presencia de los *bichos* o del VIH. Por esa razón quisiera explorar con mayor detalle la presencia de estos más-que-humanos en estos entrelazamientos. Especialmente, porque ellos me permiten comenzar a situar una tensión que es materia de los dos

¹⁸ Acojo el sentido de la expresión *queer* con la intención que la usa Haraway (2008) en este pasaje: “*Not much is excluded from the needed play, not technologies, commerce, organisms, landscapes, people, practices. I am not a posthumanist; I am who I become with companion species, who and which make a mess aout of categories in the making of kin and kind. Queer messmates in mortal play, indeed*” (Haraway, 2008. p. 19)

capítulos siguientes: la multiplicidad tanto de los humanos como de más-que-humanos en cuestión es algo con lo que se encuentra la estrategia de regulación. Así pues, a continuación procedo a hablar sobre la multiplicidad de esto más-que-humanos y comenzaré haciéndolo mediante la presentación de una dinámica muy particular de *los conversatorios* que muestra la presencia de estos.

Justo un año después del primer *conversatorio* en cuestión, ya en 2019, se organizó otro muy similar, en el mismo lugar y con la misma modalidad de convocar médicos y personajes que hacen parte de las instituciones encargadas de la política pública de salud. A pesar de que fue planeado para hablar una estrategia integral llamada “prevención combinada” terminó centrándose en la PrEP. Este formato de *conversatorio* se replicaba para fortalecer una estrategia educativa que iba formándose y de la que hablaré en mayor detalle en los próximos capítulos.

Tanto el evento de 2018 como el de 2019 tuvieron algo en común: aprovechaban el acostumbrado tiempo de demora, mientras se completa el aforo, para que tanto algunas organizaciones de base comunitaria como miembros de instituciones públicas pudieran realizar sus campañas de prevención que consistían en brindar información sobre el VIH, las ITS y el uso del condón. Este tiempo no sólo tenía que ver con la presunta impuntualidad de los asistentes, sino con el protocolo del local para permitir la entrada. Las personas que íbamos llegando debíamos presentar nuestra cédula de ciudadanía, que era pasada por un *scanner* capaz de reconocer el código de barras de la misma para obtener sus datos. Mientras esto sucedía, quien recibía la cédula recibía, a través de un audífono, las instrucciones que le daba una persona que observaba la entrada a través de un sistema cerrado de televisión. Posteriormente otras dos personas realizaban una requisita en la que cualquier tipo de envase estaba prohibido porque el bar debía asegurarse de que la gente que se iba a quedar a la fiesta que seguía después del evento no

llevara sus propias bebidas. Así, las personas que llegaban directo de sus trabajos debieron dejar los recipientes que usaban para cargar su almuerzo y algunas botellas en la caneca. Y, tras todo este proceso, otra persona más hacía uso de un *scanner* para detectar metales. Era justo después de estos rigurosos y sobredimensionados filtros que se podía acceder a la terraza del sitio donde se debía esperar a que dieran apertura al lugar en que tendría lugar el evento.

El tiempo que tardaban estos process exagerados de vigilancia, era usado por personas con una chaqueta azul cielo, funcionarios de la Secretaría de Salud de Bogotá, para abordar a quienes ya había entrado. Repartían condones a los asistentes y pedían firmar una planilla para dejar registro. En una esquina de la terraza, había dos mesas, ambas de organizaciones de base comunitaria. Las dos ofrecían información sobre el uso de condones. Pero una de ellas en particular, ofrecía un servicio de pruebas de VIH y de ITS. Ofrecía pruebas rápidas de VIH, de sífilis, hepatitis C y hepatitis B. Incluso, ofrecían “paquetes” en los que haciendo más de una prueba, VIH y sífilis, por ejemplo, aplicaban un descuento. El retardo para dar inicio al evento era usado para que las personas que asistíamos pasáramos por las mesas, para que recibieramos condones y para que consideráramos la opción de estos “servicios amigables” para hacernos pruebas. En el *conversatorio* de 2019, se dio incluso un espacio para el mismo fin una vez concluido el evento y en medio de la fiesta que ya comenzaba. El organizador, aquel que denunciaba un año atrás las mentiras de la gente en *Grindr*, agradeció a una disquera por patrocinar el evento y dice, dirigiéndose a toda la audiencia:

Agradecerle mucho a los amigos de [Nombre de una disquera] que están apoyando este evento. Y, de hecho, ahí tienes unos discos de Kylie Monigue, Cher y otras artistas que vamos a rifar ahora entre las personas que estén aquí en el público que vengan a donde la Secretaría Distrital de Salud a pedir información.

El VIH y otra serie de virus protagonistas de varias ITS estuvieron siempre orbitando, haciendo presencia, en estos espacios en que la PrEP se hacía inteligible tanto para mi como investigador, como para todas las demás personas que asistían. A continuación quiero desarrollar cómo estos más-que-humanos forman parte de las relaciones que se empiezan a vislumbrar en este punto del texto con médicos y salubristas. Estas pueden ser bastante distintas del tipo de relaciones que las personas que habitan estas zonas de contacto establecen con ellos. Será a partir de esta diferencia desde donde se abra la tensión que existe en su multiplicidad.

La prevención combinada

En medio del trabajo de campo, tuve la oportunidad de conversar con varios médicos y gestores de organizaciones de base comunitaria. A partir de estas conversaciones y de sus trabajos, se hicieron manifiestos una serie de agentes más-que-humanos. Uno de ellos era un médico experto en VIH que es parte activa de una de las organizaciones de base comunitaria presentes en la terraza del bar del segundo *conversatorio*. Él ha sido quien me ha permitido entender el reto que significaba la PrEP para los profesionales de salud que estaban interesados en implementarla. En una línea muy similar a la de aquel gestor comunitario que mencioné antes, él me hizo ver que su aproximación a la PrEP iba de la mano de una relación de largo aliento, de muchos esfuerzos y de una enorme cantidad de trabajo en la que lo que llamo más-que-humanos eran profusos. Él era contundente al afirmar que no le interesaba la PrEP por sí misma, sino en cuanto va de la mano de muchas otras cosas. Como él mismo lo dijo: “en esta felicidad que todo el mundo anda con la PrEP siento que muchas cosas se pueden quedar de lado y mi misión personal es estar recordando la taxonomía de la intervención”. Se refiere, puntualmente, a

enfoque que han tomado las campañas de prevención conocida como prevención combinada del VIH.

La prevención combinada ha sido descrita como “un enfoque propuesto inicialmente por los Estados Unidos en el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR), adoptado y ampliado luego en el 2009 por el Grupo de Referencia de Prevención de la infección por el VIH del ONUSIDA” (Organización Panamericana de la Salud, s.f.). Se construyó en el marco de las metas planteadas por varias organizaciones internacionales respecto a la eliminación del VIH/SIDA y sostiene que los esfuerzos no coordinados carecen de capacidad para afectar la epidemia de la forma deseada. Por ende, en un principio, apostó por integrar *intervenciones biomédicas* variadas como la distribución de condones, el tratamiento antirretroviral para pacientes diagnosticados como VIH-positivo, la Profilaxis Post Exposición y la misma PrEP (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2015). Otras versiones de esta estrategia incluyen intervenciones que nombran como *comportamentales* y *estructurales*. Con las primeras se refieren a aquellas asociadas a las conductas sexuales mientras con las segundas hacen alusión a las que interpelan los contextos sociales en términos de inequidad y discriminación (International HIV/AIDS Alliance, 2016). En una de nuestras conversaciones, aquel doctor señaló la importancia de la prevención combinada diciendo:

Si yo digo que PrEP pertenece a prevención combinada entonces yo tengo que estar pendiente de qué otras cosas de prevención combinada le puedo ofrecer a la persona (...) si está requiriendo apoyo para consumos problemáticos. Si el asunto es una cuestión de salud mental que se está atravesando y se convirtió en riesgo para ITS. Si es definitivamente un asunto estructural muy complejo que yo no puedo manejarlo desde salud ni desde servicio comunitario y hay que hacer algo. Si son cuestiones de violencia.

Todo ese tipo de cosas debiera pensarlas un médico o un programa de PrEP que tenga pacientes en una cohorte. No puede convertirse en vengas cada tres meses por su fórmula, muéstrame sus exámenes de creatinina, hagámosle *screening* de las ITS y sale.

Cuando llegan pacientes a su consultorio que quieren hacer uso de la PrEP, él debe solicitar una serie de exámenes previos. Dos de ellos son excluyentes para que la persona sea candidata de usar PrEP, las pruebas de VIH y las de función renal. Si la prueba de VIH es reactiva y recibe confirmación, se deben prescribir antirretrovirales de manera distinta a como se hacen para la PrEP y se buscará que estos no se suspendan, pues esto significaría un aumento de la carga viral e incluso el desarrollo de resistencias a la mediación. Por otro lado, dado que el uso del medicamento para PrEP puede generar daños renales, si el examen muestra alguna alteración respecto a esta función, la persona no se considera apta. Existen también otros exámenes que no son excluyentes y que anclan a la PrEP dentro del marco de la prevención combinada como los de hepatitis B y C, los cuales no son excluyentes, pero suponen que el médico tome precauciones sobre la dosificación de los antirretrovirales y que no se puedan abandonar de manera súbita, pues el medicamento que se usa para la PrEP es también usado para la hepatitis y una interrupción no planeada puede agravar el cuadro hepático. Junto a estos se realizan exámenes de sífilis, en algunas ocasiones de clamidia y de gonorrea, aunque estos dos últimos suelen ser evaluados sólo de manera sintomática y no a través de análisis de laboratorio.

Todo este conjunto de acciones de monitoreo, ese *screening*, es descrito por este médico como la parte positiva de la PrEP. Pese a que él tenga inconformidad con lo “taquillera” que se ha convertido al ser vista como una “pastilla milagrosa” que ha hecho perder de foco otros esfuerzos en relación con la prevención y el tratamiento del VIH, la detección de todos estos otros más-que-humanos son para él gran parte de la razón de promoverla: “hace que yo enganche

para otras cosas (...) uno encuentra una cantidad de personas que si no fueran por eso no se hubieran diagnosticado”. La agencia de todos estos virus y bacterias es tal que anima a este médico a apostar por la PrEP, pues esta se convirtió, para él en una entrada más que en un objeto de interés por sí mismo, en la manera que tiene de seguir ejerciendo su oficio, de ejercer su labor como médico, no sólo en el control del VIH sino también en la reducción de ITS. PrEP no es, en su hacer, estrictamente una tecnología de prevención del VIH. Es una oportunidad al tiempo que un eslabón en su relación como médico con la bacteria de la sífilis y los virus causantes de la hepatitis. Por eso no era sorprendente que en los espacios en los que él era invitado para hablar de PrEP, siempre terminaba hablando de su preocupaciones como médico respecto a estos más-que-humanos. Y otros de sus colegas médicos comparten esta preocupación. Una epidemióloga, invitada al *conversatorio* de 2018 señalaba, dentro de su lista de “aclaraciones” iniciales para hablar PrEP:

No nos va a proteger adicionalmente contra otras enfermedades de transmisión sexual. Y pues recuerden que hay otras enfermedades que (...) algunas tienen cura, otras no, son mucho más frecuentes que el VIH.

En cada una de estas intervenciones logré detectar una suerte de repertorio recurrente de “aclaraciones” que siguen las conversaciones sobre la PrEP en espacios como los *conversatorios*. Una vez puesta sobre la mesa esta prevención sobre otras ITS, es común que estos profesionales hablen de por qué estos otros más-que-humanos puede ser más preocupantes que el VIH. En ese contexto, el médico del que vengo hablando se refirió así al virus de la hepatitis C:

Yo creo que nos cogió con la guardia baja, en particular a mi me cogió con la guardia baja, porque lo que yo había aprendido y lo que todos los textos y revistas decían es que era una infección de transmisión parenteral. Entonces uno sabía que el problema estaba

en las personas politransmitidas, los que recibieron en algún momento factores de coagulación, tatuajes, inyectores. Pero cuando comenzamos a ver la cantidad de hombres gay que se infectaron por el sólo hecho de tener relaciones sexuales (...) Hay unos grupos ahora de personas que tuvieron tratamiento para hepatitis, no usaban condón o estaban en los circuitos de bareback y están preguntándose ‘pucha, necesito volver a usar condón y estaba tan acostumbrado a lo otro que me está costando trabajo’ Eso no es apunta de voluntad, se necesita apoyo para eso. Hay maneras de que las personas se adhieran a las estrategias

En otra ocasión en la que conversamos, me habló sobre la importancia tenía para él el hecho de que no se considerara la PrEP como un destino inevitable para toda la vida cuando una persona comenzaba a hacer uso de ella, especialmente porque considera que el condón es una tecnología de prevención mucho más importante. Me puso el ejemplo de sus “pacientes” que hacían uso de la PrEP y que habían contraído hepatitis C al tener sexo sin condón:

Todos los de la cohorte de hepatitis C hoy día están buscando ayuda para volver a usar condón, porque no es una decisión en el fondo, tú necesitas que te ayuden a usar condón. Ese creo que es el principal error que cometió los enfoques de uso de condón. Te dicen para que sirven y cómo se pone, pero ‘sí, eso ya lo sé’. Ahora ¿dónde están las motivaciones, dónde están las dificultades, dónde están todos los asuntos de usar condón de manera consistente y segura? Es acá [me dice mientras se señala la cabeza]. Si el imaginario mío es que la paso más rico si es a pelo, al fin y al cabo es aquí dónde está la idea. Entonces esas personas que pasaron por hepatitis C ahora tienen toda la intención de usarlo pero no encuentran las maneras de lograrlo. Es un proceso de cambio.

En este sentido, hay una serie de más-que-humanos coordinados y enganchados con la PrEP. La PrEP se suma como potencia a la forma de lidiar con los más-que-humanos. Al dar cabida a la llamada prevención combinada, se potencia esta estrategia de salud sexual que implica la eliminación o reducción de otros agentes presentes en la vida de las personas involucradas. La prevención combinada se condensa en elementos concretos que, para sus promotores, son indisociables: los antirretrovirales, los condones, la sangre extraída para las pruebas. Pero toda esta alineación de objetos está destinada a combatir a otros más-que-humanos, que puestos en esta red de relaciones, de la prevención combinada, son una amenaza de muerte. Aun así, esta es sólo una posibilidad de darles sentido, mediante prácticas biomédicas, a estos más-que-humanos y, por tanto, de establecer relaciones con ellos. Propongo continuar para ver otra forma de producirlos en un conjunto de prácticas distinto, el del sexo a pelo.

La penicilina: quemando placeres

Existen otras maneras posibles de convivir con todos estos más-que-humanos en relaciones que no están constituidas por la amenaza de muerte como principal afecto. Para mostrarlas, acudiré a Dilatado. Lo conocí en medio de las conversaciones que hicieron posible este trabajo. A él le gusta escribir sobre su vida y hacer fotografía. También le gustaba el sexo a pelo. Como el mismo me lo dijo, fue mediante *Grindr* que conoció el *bareback*:

yo me escandalicé, al principio, como oye no, muy fuerte, esta gente que no se valora o esta gente no se cuida, no se quiere. Pero ese era el argumento que tenía yo cuando desconocía el tema, ellos ya estaban seguros de lo que querían.

En sus experiencias sexuales, la presencia de antirretrovirales era recurrente. Algunas personas con la que estuvo y que conoció mediante estas aplicaciones, indicaban en sus perfiles

que usaban PrEP. Él recuerda haber visto un tarro de medicamento en la mesa de noche de un hombre con el que estuvo aunque no tuvo manera de saber si los usaba como parte de la PrEP o del TAR. El hecho de que estos hombres usaran medicación le transmitía tranquilidad al tener sexo a pelo con ellos. De una pareja de hombres con la que estuvo recuerda haber pensado, al ver sus antirretrovirales: “Que responsable, vamos a follar sin condón, pero se cuidan, se nota que se están tomando sus medicamentos y no está por ahí regando el virus como locos”.

Su experiencia de sexo a pelo, sin embargo, acarrió dos diagnósticos de esos que preocupaban al médico del que hablaba anteriormente. La primera vez su diagnóstico fue de sífilis. Sin embargo, la experiencia con la sífilis fue distinta a la del temor. Como él lo deja ver en uno de sus relatos que cuelga en un *blog* en el que publica fragmentos de su vida y algunas de sus fotografías, era imposible disociar la presencia de la sífilis, e incluso la experiencia de sentir la penicilina, del placer. En esta entrada, hace un ejercicio de narración a dos voces. Con la primera nos habla de sus encuentros sexuales en los que, diría aquel médico, tuvo una exposición de riesgo:

A pocos metros de mi ubicación veo un perfil que tiene una imagen de un demonio con lengua de serpiente, curiosamente lo saludo con el morbo de encontrar un satánico *gay* que me coma bruscamente y me incite hacer cosas raras. Conversamos unos minutos y lo invite a mi apartamento para que convirtiera mi culo en su infierno ardiente con lagos de semen (...) Después de unos minutos sentí que se vino y echo su semen dentro de mí, lo curioso fue que no paró (...) Mientras me follaba sentía pasar su semen entre mis piernas, cuando se dio cuenta de eso, paró un momento, saco la verga y con sus dedos recogió el semen, se lo untó y me la volvió a penetrar hasta preñarme por segunda vez. Me gustaba

la cara de bandido y la sonrisa de maldad que se dibujaba en su rostro mientras me preñaba (Dilatado, 2018. s.p.)

A manera de contrapunto, por cada encuentro, nos cuenta sobre las tres aplicaciones de penicilina que le realizaron tras recibir el diagnóstico. Y, pese a que el dolor estaba ahí, no hay una sola referencia al temor. El médico del que yo venía hablando en el apartado anterior decía que ,tras el pinchazo para inyectar la penicilina, muchos de sus “pacientes” comienzan a usar condón, pues el dolor que se siente cuando el medicamento entra al cuerpo a través de la aguja es tan intenso que genera una especie de lección. Sin embargo, aun cuando Dilatado habla de su dolor, no hay ningún tipo de arrepentimiento. Él escribe:

Escucho mi nombre en el altavoz y me dirijo al consultorio donde me esperaba una enfermera que sonriente me saluda y me dice que me descubra la nalga izquierda. Ella unta de alcohol mi nalga y mete la aguja mientras me dice que respire profundo para aguantar el doloroso medicamento que quema mis placeres (Ídem).

La entrada del blog está acompañada por dos fotografías producidas por él, en las que aparecen los tres frascos de penicilina cubiertos de semen junto a un cigarro de mariahuana. La composición es muy dicente en términos de todo lo que subyace.



Figura 9. Leche, penicilina y porro.

Sin título original. parte de la entrada “Primera Dosis” de su blog (Dilatado, 2019). Fotos solicitadas directamente al autor, debidamente autorizadas.



Figura 10. Leche, penicilina y porro ii.

Sin título original. parte de la entrada “Primera Dosis” de su blog (Dilatado, 2019). Fotos solicitadas directamente al autor, debidamente autorizadas.

Si bien el diagnóstico tiene tal agencia en su vida que lo conecta al dolor de la penicilina inyectada, la bacteria está íntimamente vinculada con el placer y el erotismo. El ser preñado, llenado ya no sólo de *bichos* sino también de esta dispone su “cuerpo” para acogerlos y desplaza el temor. Mientras las prácticas de diagnóstico en el espacio clínico llevan al médico a enfrentarse con unos más-que-humanos amenazantes, el ser preñado y sentir la *leche* conectan a Dilatado con ese más-que-humano. Lo busca dentro de sí. Siguiendo la idea de multiplicidad ya planteada, la bacteria se compone de distintas maneras dentro de los varios conjuntos de relaciones y prácticas que la hacen. No sólo los “cuerpos” del apelerero y del “usuario” son múltiples, también lo son los del VIH y los de otros más-que-humanos que forman parte de este entrelazamiento, de estas zonas de contacto.

(Des)hacer PrEP

A través de este capítulo he intentado señalar cómo una variedad de entidades, humanas y más-que-humanas, están involucradas de manera muy estrecha, formando entrelazamientos ineludibles en la vida. La PrEP no llega a un lugar vacío, llega a *cruzarse* por la *vida*, su posibilidad de articularse con sus “usuarios”, depende de su capacidad de hacerse partícipe de este enorme abanico de relaciones. Los elementos que están en juego dentro de estas relaciones son a la vez múltiples. El “usuario” de PrEP, el apelerero, el perfil de *Grindr*, los bichos, el VIH y la bacteria de la hepatitis, entre otras, forman un conjunto de “cuerpos”, entidades o materialidades que sólo se sostienen por las relaciones en las que están inscritas. La PrEP es articulada por esta multiplicidad en juego. De manera, hasta ahora muy discreta, he sugerido la existencia una relación entre la fluidez y la contención o entre las prácticas no controladas y la regulación. Si bien, parte de la multiplicidad de estos agentes es posible dentro de prácticas

regulatorias biomédicas en las que los bichos no son tal, sino son VIH, por ejemplo, estas mismas prácticas tienen la particularidad de querer introducir una versión unívoca del mundo. Una persona trabajando en el campo de la salud y la política pública dijo, de manera abierta, en uno de estos *conversatorios*, lo siguiente:

Puede ser un consumo irresponsable o que el medicamento se puede prestar a lo que ya nombraba ahora, que tenemos gente consumiendo PrEP cuando se supone que en Colombia aun no está legalizado el uso del medicamento como una estrategia preventiva (...) Lo que pasa es que, como hablamos de PrEP como si ya estuviera ¡Claro! Hay desconocimiento, pues porque no lo hay. O sea, el PrEP que está es el ilegal, se compra en mercado negro, se importa, se le compra a pacientes que no consumieron su medicamento. Entonces es muy diferente hablar de una estrategia cuando ya por ejemplo Secretaría de Salud, Ministerio, Naciones Unidas se sientan y dicen ‘vamos a meterle toda la onda a esto’, las organizaciones de base también están metidas y que empiece a aparecer la educación (...) de algo que no tendría que estar en el mercado ni estar en consumo (...) Esa tecnología no debería andar rondando por ahí.

Su postura implica no sólo un grado de desconocimiento o insensibilidad a reconocer que la PrEP de hecho ya está en medio de muchas relaciones, cosa que espero que estas páginas hayan dejado ver. El deber ser, implícito en su mensaje, califica de irresponsables, mal informados e ilegales a quienes usan la PrEP, aun cuando, como ya señalé, hay personas cuidadosas, informadas y que incluso han tenido acceso a la misma con prescripción médica en cuanto dentro de las potestades del doctor está la formulación de medicamentos aun cuando no está dentro de los usos aprobados, debiendo justificar de manera adecuada su necesidad. Lo que se reduce, aplana y corta con esta manera de hacer PrEP por parte de funcionarios como esta persona no

son sólo “comportamientos riesgosos”, son todos estos mundos en relación de los que he hablado.

Siguiendo la idea que ya había traído en este capítulo de que la multiplicidad es una condición ontológica y de que las prácticas se coordinan para hacer un objeto, Mol (2002; 2004) muestra cómo cada una de estas “versiones” compone a su vez las posibilidades de *ser* de otros objetos. Nos muestra por ejemplo, cómo el determinar a un cuerpo como anémico desde ciertos prodecimientos que sólo producen su fisiología dentro de un rango que es indiferente a las diferencias de cada cuerpo pueden soponer excluir las particularidades de un cuerpo “femenino” en la enfermedad y por tanto, negar en cierta medida a la mujer en relación con la anemia (Mol, 1999). Estos conjuntos de prácticas que sostienen la existencia de un objeto en las relaciones en las que está inmerso, tienden a hacerse invisibles y establecerlo como hecho, capitalizando la realidad en una versión y trazando una serie de lineamientos, defendiendo así una política ontológica. En los capítulos siguientes busco interrogar estos conjunto de prácticas en cuanto creo que las mismas traen consigo una fuerza homogenizadora altamente problemática.

Capítulo II: “Con PrEP ese paradigma se elimina”

En el capítulo anterior me tracé como propósito mostrar el tipo de entrelazamientos sociomateriales que articulan la PrEP al tiempo que son articulados por ella. Concluí señalando cómo la multiplicidad de los “cuerpos” en relación (VIH/bichos, paciente/apelero, semen/leche, etc.) supone un problema político, debido a una intención, latente en las prácticas de médicos y salubristas que buscan la regulación, de establecer una versión unívoca del mundo. En este capítulo me propongo profundizar esta conclusión y poner atención a los desplazamientos que se generan cuando un mundo con relaciones tan profusas ,como el que venía describiendo, se encuentra con estos procesos de ordenamiento. Sostendré que, para ordenar de manera efectiva, estos entrelazamientos deben recurrir a una cierta plasticidad y disponerse de tal manera que, en el encuentro con las prácticas regulatorias, se configuren de una manera singular. Comenzaré presentando un objeto polémico que cobró una gran relevancia en el campo.

Tal como lo señalaba al comienzo de este texto, los espacios de los *conversatorios* fueron consolidándose como una plataforma para las entidades y personas que estaban frente a los esfuerzos por regular la PrEP, principalmente médicos o personas relacionadas con la salud pública. A medida que se orientaban hacia el lanzamiento de la prueba piloto en Bogotá, los el contenido de los discursos que pretendían transmitir se homogenizaba. Algunas personas que tenían distancias con esta versión y que habían participado de los *conversatorios*, comenzaron a mantener cierta distancia. Se iba cimentando una postura que definía como problemáticas y desordenadas una serie de relaciones que era importante controlar, esas que los salubristas y médicos llaman “PrEP salvaje”.

En el primer *conversatorio*, uno de los miembros del público aprovechó el espacio de preguntas para hablar sobre un *folleto* que se había convertido en objeto de denuncia y al que

varias de de las intervenciones de los panelistas habían mencionado. Estos expertos habían expuesto una serie de advertencias sobre el “peligro” de la información contenida en este y el hombre del público quizo responderles diciendo que el folleto había llegado a sus generándole una gran indignación. Tras mencionar que su diagnóstico VIH-positivo le motiva no querer que nadie más pase por su situación, expresaba su preocupación porque sentía que el folleto invitaba al lector a automedicarse, pues brindaba información sobre lugares en lo que es posible comprar el medicamento y formas de consumo del mismo distintas a la que los miembros del panel recomiendan. Dijo ante el auditorio:

Estamos hablando de un folleto que parte de una desinformación muy grave y que, para mi, fomenta el esparcimiento del virus. Para mi no es ningún chiste haber pasado por lo que pasé. Me pregunto si hay alguna forma o una plataforma para denunciar este tipo de información, que me parece urgente, y sin sonar incendiario, pero para mi estas publicaciones deberían tener todo el peso de la ley y ser totalmente reguladas por parte del Estado.

Las respuestas de los panelistas a la intervención mantenían la imagen del folleto como un problema. Una doctora respondió diciendo era necesario empezar a hacer circular con mayor intensidad la información de contacto de los lugares de los que ella y sus compañeros de panel hacen parte, para que las personas puedan dirigirse a plataformas donde puedan ser valoradas y no dependan de información como la de los folletos. Otro médico afirmó que todos tienen la herramienta a la mano, invitando a la gente a hacer uso de sus redes sociales para compartir con los demás que este contenido “no es cierto” porque “si esto alguien lo toma literal, seguramente lo vamos a ver en un programa de VIH”. Sólo uno de ellos mencionó que existen estudios que

apuntan a probar la eficiencia del medicamento aun cuando no se tome a diario, aunque señaló que existen “fallas en su metanálisis” sobre las cuales no dio detalles.

El folleto en cuestión se titula *Listas para PrEP en Colombia*. Este busca dar información sobre el los medicamentos que se pueden usar, las formas de tomarlos, sus posibles efectos secundarios y el estado de los procesos de regulación en el país. Nunca invita explícitamente a automedicarse. Si bien menciona lugares donde se podría llegar a comprar el medicamento, en estos sólo se realiza dispensación con prescripción médica. Además, a pesar de que recopila las formas posibles de toma del medicamento incluyendo tanto regimenes diarios como alternados, el mismo aclara que el riesgo aumenta según la forma de tomarlo y previene al lector al respecto.

Fue desarrollado por el colectivo *Lovelazers*, conformado mayoritariamente por personas de distintos lugares de Europa, que se rehusan a ser descritos como activistas de la PrEP o como personas a favor de las farmacéuticas, prefiriendo que se entienda su trabajo como la consolidación de una plataforma política que quiere que la información esté disponible, sin restricciones y que las personas puedan hacer uso de ella para construir una vida sexual que no esté mediada por moralismos. Falk, uno de sus miembros y quien inició el proceso del folleto en Colombia, cuenta que todo comenzó hacia el 2016, cuando con algunos compañeros decidieron que sus amigos de la escena nocturna y *underground* en Berlín necesitaban conocer sobre esta nueva tecnología de prevención que estaba en circulación, pero de la que no se había hecho participe a la comunidad. Optaron por crear el folleto y con su distribución y circulación lograron influir en el clima político de Berlín en muy poco tiempo. Él cuenta que apenas un año después de su publicación, el medicamento de la PrEP ya se podía comprar en una farmacia por alrededor de cincuenta euros y ,para el verano de 2018, ya se anunciaba que, probablemente, en un año más, el gobierno lo incluiría dentro del sistema de salud pública. Ante este logro, *Love Lazars*

contempló la posibilidad de traducir, a distintos idiomas, no sólo este folleto, sino otros más que tocan temas como la intransmisibilidad del VIH cuando se alcanza la condición de indetectabilidad o el uso de drogas en las relaciones sexuales.

La versión colombiana del folleto fue lanzada en mayo de 2018 en un espacio artístico autogestionado llamado *El Parche* y desde ese día circuló por las calles de la ciudad. La disposición del evento era radicalmente distinta a la de los *conversatorios*. La conversación fue guiada por un grupo de personas no expertas, que ponían sus relaciones en comunidad como lugar de enunciación. Se hizo en un apartamento en el centro de la ciudad, en el que la puerta era constantemente abierta y cerrada por quien estuviera más cerca de ella cada vez que alguien entraba o salía. Todas las personas que estábamos ahí nos sentamos en el suelo y nos quedamos horas hablando, tomando cerveza y viendo además los productos fotográficos con los que se hizo el folleto.

Ambas apuestas, tan diferentes, confluyeron sin embargo en varias ocasiones. Varias de las personas del público del lanzamiento del folleto estaban presentes el día del conversatorio en el bar. Entre uno y otro esfuerzo habían existido intentos de comunicación que no llegaron a buen término. Incluso, ese hombre del público que expresaba su preocupación había aceptado unos meses atrás participar de la sesión de fotos para el diseño del folleto y aparecía en el mismo.

Estos (des)encuentros entre las maneras de conversar y de cerrar o abrir lo que se consideran datos científicos, dándoles un estatuto de verdad, son un ejemplo de la forma problemática en que confluyen las apuestas por la PrEP. En este capítulo busco explorar las dinámicas que subyacen a este encuentro y para ello, considero importante comenzar analizando los elementos constituyentes de las relaciones que estos salubristas pretenden ordenar. Lo haré explicando los procesos que permitieron producir este objeto polémico, el folleto, en cuanto me permiten

encontrar resonancias con las vidas de las personas que hacen uso de la “PrEP salvaje” y, por tanto, sugerir un punto de articulación: la apuesta por la PrEP, de estas personas, no es posible la presencia de otros seres que los acompañan. Desarrollar esta afirmación me permitirá, posteriormente, avanzar en la problematización de estos (des)encuentros, como el del *conversatorio*, para entender cuál es el juego de fuerzas que tiene lugar.

Hacer PrEP en presencia de

Para empezar a problematizar las prácticas ordenadoras que he comenzado a presentar, quisiera mostrar cómo el mundo que se pretende ordenar constituye la PrEP como un elemento abierto a muchas conexiones, cargándola de contenido afectivo y haciéndola algo mucho más grande que lo que pueda abarcar la definición de un manual. Para ilustrar esta afirmación, comenzaré a hablar sobre el proceso de producción de los folletos,

Casi finalizando el 2018, Falk visitó Bogotá para terminar la versión colombiana de un nuevo folleto, titulado *Carga Viral Indetectable*, que mantenía la misma intención de informar sin censura, pero, esta vez, en torno a la posibilidad no transmisión del VIH que ofrece el TAR a las personas diagnosticadas que han reducido su carga viral a ciertos niveles que hacen considerarla indetectable. Montó una exposición del material de distintas sesiones fotográficas que había realizado *LoveLazers* en varios lugares del mundo, entre ellos Bogotá, para producir sus folleto y tuve la oportunidad de recorrerla junto a él. Si bien, el día del lanzamiento de *Listas para PrEP en Colombia*, meses antes, también hubo una exposición fotográfica, en aquella sólo pude observar las fotos, que no tenían textos curatoriales o alguna descripción, valiéndome de mi capacidad de interpretarlas. Estaba limitado a lo que la foto mostraba: personas que no me eran

familiares e historias que me eran inaccesibles. En esta ocasión, las fotos se iban haciendo inteligibles con la voz de Falk, quien me contaba sobre los procesos que las hicieron posibles.



Figura 11. Sesión Fotográfica de Love Lazers en Alemania.

Fotografía de Whit Forrester para LoveLazers en 2016. Usada en el folleto en inglés sobre PrEP. Solicitada directamente a LoveLazers y usada con su debida autorización.

El grupo había decidido que los folletos debían contener imágenes que provinieran de las realidades locales, de la gente a la que le atañe hablar sobre VIH, indetectabilidad o PrEP. Fotografiaban a las personas amigas que se encontraban en las fiestas, la gente que se cruzaba en los espacios de encuentro. En este sentido, los folletos no son sólo una guía técnica actualizada con “datos” del contexto, son también un producto cuyo proceso tenía detrás una serie de relaciones con personas de personas con diversos tipos de cercanía. Eran esta relacione la que Falk presentaba en aquel recorrido por las fotos.



Figura 12. Sesión Fotográfica de Love Lazers en Colombia.

Fotografía de Faber Franco para LoveLazers. Utilizada en el folleto en español sobre Indetectabilidad. Solicitada directamente a LoveLazers y usada con su debida autorización.

La conversación llevó pronto a hablar sobre otra personas que hacían parte de su apuesta por la PrEP. Entre estos ires y venires terminamos hablando del miedo que protagoniza la discusión sobre la PrEP y que, dice él, hace parte tanto de la vida de la personas en “riesgo” como de las de aquellas que trabajan en el ámbito de la salud pública, burócratas y agentes institucionales que esgrimen como argumento contra la implementación del PrEP la cadena de “peligros” que vienen de la mano con el sexo sin condón: sífilis, gonorrea, hepatitis, clamidia, ente otras. Falk lo comprende de esta manera:

One [side] of the discussion is really the fear to get the virus (...) if someone tells you “oh yeah! there’s a new pill and you can have sex without condom” it remembers you of people you were losing, remembers you time you were ill, maybe yourself, like positive people in the 90’s that were actually expecting to die, and they are still living (...) I can see younger guys that are not experiencing this thing, I was talking about in their own

biographies (...) they get all that in, the trauma. And with PrEP you change the perspective, actually is bringing hope, bringing like future. You can discuss how can that work, and a part of the people reacting: “No way, it cannot be, I don’t want to be remembered of all my hurts, I don’t want to face the remembering of the times before AIDS and I could have sex without condom”. I think this is maybe one of the most important reasons why this PrEP discussion is so emotional and sometimes you don’t know why it is exploding right now.

La manera en la que Falk apuesta por la PrEP se construye en presencia de personas de la escena nocturna y amigos que ya fallecieron. Esta descripción reflexiva del miedo señala a la PrEP como una posibilidad, que puede tanto abrazarse como negarse, en medio de la relación del placer con el miedo a la enfermedad e incluso a la muerte, tanto propia como de los seres queridos. Tanto los logros de los folletos en Berlín como cualquier tipo de efecto que haya podido producir en Bogotá son parte de un agenciamiento que no sólo pertenece al grupo concreto de *LoveLazers* sino que pasan por la capacidad de esos seres en presencia de quienes se actúa para impulsar una acción. De hecho, la razón concreta por la que Falk llega al tema del PrEP fue su cercanía con dos personas: un amigo que ejercía trabajo sexual en Estados Unidos, que hacía uso de ella y otro que hizo parte uno de los grupos de control de una prueba clínica que evaluaba la efectividad de un antirretroviral para PrEP y que, en este proceso, resultó infectado. El hecho de que estos seres que se *cruzan por la vida* animen la apuesta por la PrEP es de gran importancia para el análisis sociomaterial de la misma pues, sostengo, permite entender la PrEP como enacción, como parte de un agenciamiento en el que actores y actantes se enganchan porque comparten una serie de intensidades que atraviesan sus cuerpos.

La PrEP podría llegar a ser vista como una tecnología que procura aumentar las fuerzas y aptitudes de un “cuerpo” que siempre está potencialmente enfermo, como podría comprenderse la acción de la medicina preventiva actual (Moulin, 2006) o como nodo de regulación de masas que integra, en el dominio de la medicina, el ejercicio combinado de los poderes que Foucault (2006) llamó anatomopoder y biopoder, es decir, tanto un ejercicio de control sobre cada cuerpo de manera directa a través de la vigilancia y la inspección del clínico, como un ejercicio de regulación a través de discursos y prácticas que tienen como objeto la administración de la *población* por medio de cálculos y proyecciones estadísticas. Sin embargo, la apuesta por la PrEP de *LoveLazers* pone de presente un *exceso* que no abarcan estas propuestas de análisis, pues hace evidente la existencia constitutiva de una serie de elementos no tematizados, e insospechados para un análisis que no se pregunte por las prácticas. En términos de Bonelli (2019), el exceso es considerado como aquello que sobrepasa el límite de comprensión del pensamiento moderno al tiempo que es una inclinación material, tanto de los humanos como de los más-que-humanos a seguir existiendo y perdurar, desafiando una serie de binarios como los de lo vivo/muerto o máquina/orgánico o, en este caso, de quienes son agentes y quienes no, del sujeto político y de los demás. En este sentido, me refiero al exceso como una condición ontológica que desborda los intentos de reducir a formulas unívocas y como claros y distintos a los agentes involucrados en mantener *viva* una tecnología. Propongo continuar este apartado viendo cómo este exceso también está presente en las experiencias de uso de la PrEP, en cuanto ello me permitirá ahondar en sus consecuencias para la existencia sociomaterial de la PrEP en sus vidas.

La PrEP como un devenir con

Mi trabajo de campo me permitió, pasado varios meses desde su comienzo, conocer personas que hacen uso de la PrEP en escenarios distintos a los del mundo virtual. Diego fue uno de ellos. Fue hacia 2017 cuando leyó, por primera vez, algo sobre la PrEP en una plataforma virtual llamada *Queer View*. Allí supo que mediante su uso podría prevenir la transmisión del VIH, aunque entendió también que el uso del medicamento podía generar cierto daño en el hígado y riñones, por lo que se decidió a buscar la forma de tomarla “bien”. Tras una experiencia incómoda y fallida con el sistema de salud decidió no acudir a la PrEP por medios “oficiales”. Es así como ingresó a un foro virtual en el que conoció a una persona en Colombia que había sido diagnosticada como VIH-positivo y que lo contactó con un hombre, en otra ciudad del país, que “le facilita PrEP a la gente”. Como Diego mismo lo cuenta, con este último se generó una relación de confianza a pesar de la distancia. Desde el principio, el vendedor intentó agotar medios para que Diego consiguiera el medicamento por su cuenta, canalizándolo hacia las organizaciones de base comunitaria que podían ayudarle a acceder a la PrEP. Tras haber fallado en este esfuerzo, el vendedor comenzó a proveerle el medicamento a través de envíos postales realizados desde su ciudad. La relación no se estableció simplemente como una transacción de compra y venta. Si bien las entregas oportunas crearon confianza, se generó también una relación atenta en la que ambo estaban en constante comunicación sobre la adaptación al medicamento, especialmente respecto a los malestares que puede causar la toma de antirretrovirales los primeros días. Incluso, se llegó a convertir en un confidente sobre la experiencia incómoda y violenta que Diego había tenido en el sistema de salud. Tal cercanía y confianza motivaron a Diego para recomendarle este vendedor a otras personas que sabía que querían usar la PrEP, incluyendo a su propia pareja.

Diego y su pareja establecieron la toma del medicamento y la realización de los exámenes de monitoreo como un asunto de dos. Ambos se acompañan, invierten juntos el dinero para el medicamento e incluso han llegado a acuerdos sobre las relaciones sexuales que pueden llegar a tener con otras personas y qué formas de prevención usar en cada caso. Para él esto es un asunto de responsabilidad:

Todas las cosas son muy conversadas. No lo voy a negar, me molesté, una vez que me dijo que terminó haciéndolo sin condón. Incluso entiendo, pero lo que yo le dije es que la situación en que me pone es incómoda porque de todas maneras yo me cuido mucho. Hemos hablado y hemos hecho seguimiento. Él sí se hace exámenes cada 6 meses, yo soy el que me los hago cada 3 meses.

Se empieza a construir así una red de personas que hacen el uso de la PrEP y que va creciendo cada vez más. Se suman la consejería y el apoyo de gente como un amigo de Diego, médico de profesión, que le ayudaba indicándole qué exámenes debía tomar para realizar el monitoreo tanto de VIH e ITS como de su salud renal y ósea. Incluso, como servicio prestado por una empresa, la toma de exámenes se articula desde relaciones de confianza, pues tanto Diego como su pareja declinaron la idea de acudir a su EPS y empezaron a asistir a un laboratorio en el que la relación con las enfermeras fue determinante:

Yo odio las agujas, las odio profundamente, pero en [nombre de un laboratorio privado] no me queda la cicatriz (...) [la enfermera de la EPS] me dejó un morado. Me quedó doliendo como por 4 días. Acá la señorita me la saca [la aguja], me dice tenlo ahí [el algodón] y mientras tanto me hace la charla de cualquier cosa que esté sucediendo en la vida de ella. Luego ya me dice que me suelte. Pues obviamente con ella sí he sido muy abierto diciéndole que estoy tomando esto y me hago seguimiento de VIH.

La posibilidad de la PrEP se consolidó así en un asunto de amigos, aliados, gente conocida que se cuidaba y se acompañaba. Algo similar a lo que pasa con Diego y su pareja sucede con Beto, una persona que usa la PrEP y prefirió mantener el contacto conmigo sólo a través del mundo virtual porque su situación no lo hacía sentir cómodo con conversaciones cara a cara.

Beto comenzó a usar la PrEP en enero de 2019 y llegó a hacerlo por razones que para él fueron inesperadas. Su pareja fue diagnosticada como VIH-positivo hace algunos años y desde allí comenzó a hacer TAR. Hoy en día su carga viral es indetectable. El uso que hace Beto de la PrEP se ha convertido en algo compartido. Ambos asisten juntos a las citas médicas con el médico infectólogo que prescribió los antiretrovirales de manera *off-label*, e incluso han dividido entre los dos el costo de la medicación. Beto tiene claro que su pareja quiere cuidarlo a través de este apoyo. Dice vivir su vida sexual con más tranquilidad:

Antes siempre existía como el estigma, la vaina de que eso existe, el tema de que me puede contagiar. Con PrEP ese paradigma se elimina, no tiene relevancia pues uno sabe que tiene dos barreras o así ha sido mi caso. Aún con PrEP siempre con preservativo, es una constante. Y de si más o menos placer quizás suene extraño pero no siento mayor diferencia entre con y sin preservativo.

La decisión de Beto no es netamente individual ni aislada. La tomó tanto en presencia de su pareja como del virus. Y es en este sentido que tiene algo en común con las historias anteriores. Beto, Diego y Falk son sólo un nodo en toda una serie de relaciones en las que la PrEP se materializa. Los reclamos de Falk como activista y la decisión de hacer uso del medicamento como el hecho de convertirlo en un hábito, tanto de Diego y de Beto, son todas acciones que se producen en presencia de una serie de otros que sobrepasan las fronteras de lo individual ,

creando una voluntad colectiva, una fuerza conjunta de afirmación que permite que la PrEP exista.

Esta colectividad en la que está inmersa la PrEP bien podría contribuir a reflexionar sobre aquellas condiciones a través de las cuales la tecnociencia se establece y funciona, que obedecen más a las alianzas que se concretan que al bienestar incuestionable que ofrecen. En términos de Latour (1983) estaríamos ante una explicación de cuáles son los aliados que logra captar una estrategia tecnocientífica fuera del laboratorio y la manera en que logra coordinar intereses para que la tecnociencia se ponga en marcha. Sin embargo, más allá del hecho de que la PrEP pueda valerse de esas formas de hacerse en presencia de otros para funcionar, las experiencias tratadas dibujan todo un relieve afectivo en el que se inscribe esta tecnología y, por tanto, invita a comprenderla siempre en medio de un devenir en el que se hace difícil trazar los límites entre cuerpos, individuos, cosas y voluntades.

Sostengo entonces que PrEP es un objeto que se hace en presencia de otros y, al mismo tiempo, un objeto de inscripción. Isabelle Stengers (2014) destaca la posibilidad de pensar en las acciones no desde voluntades individuales sino desde el agenciamiento colectivo. La autora propone la importancia de considerar que el comportamiento y las decisiones sean pensadas en cuanto se efectúan “en presencia” de un “hábitat” al que se pertenece (p. 22). Para ella, un comportamiento nombrado como “propio” puede adquirir su significación y sus razones por interferencia de aquello frente a lo que se actúa. Siguiendo su reflexión, considero esta apuesta por la PrEP como un devenir de la voluntad, impulsado por otros. PrEP se hace en presencia de muchos. Bonelli (2019), por otra parte, propone pensar la ontología política a partir de las capacidades que tienen los seres para persistir más allá de las barreras que se le imponen a su ser. El autor propone que la vitalidad asociada a un personaje puede insistir en otras materialidades

tras su muerte mientras existan prácticas que la sostengan, llamando a considerar la duración como producto de las relaciones. Hay procesos de inscripción, cuando alguien muere y resiste al olvido que pueda suponer el paso del tiempo cronológico, a través de su evocación en objetos como las piedras, de habitar en ellos. Es en este sentido que afirmo que PrEP es también un objeto de inscripción.

La invitación a comprender aquello que se configura con la PrEP desde el devenir requiere pensar más allá de las identidades individuales:

Un devenir no es una correspondencia de relaciones. Pero tampoco es una semejanza, una imitación y, en última instancia, una identificación (...)El devenir no produce otra cosa que sí mismo. Es una falsa alternativa la que nos hace decir: o bien se imita, o bien se es. Lo que es real es el propio devenir, el bloque de devenir, y no los términos supuestamente fijos en los que se transformaría el que deviene (Deleuze y Guattari, 1988. p. 244)

En ese sentido que destaco la importancia de pensar ese relieve afectivo, ese entramado singular que se forma a partir del afecto en cuanto entiendo que “el afecto no es un sentimiento personal, tampoco es un carácter, es la efectuación de una potencia de manada, que desencadena y hace vacilar el yo.” (Ídem. p. 246).

En este punto, considero importante establecer un contraste. Si bien el conjunto de prácticas de las que he hablado a lo largo de este apartado no son homogéneas, parecen disponerse a ser consideradas en oposición a la idea de un individuo totalmente autónomo que puede decidir sin estar en presencia de otros. Funcionan de una manera que resuena con lo que Mol (2008) llama una *lógica de cuidado*: una especie de “estilo” o manera activa de hacerse en el mundo, desafiando la idea de “paciente” y deshaciendo los supuestos individualistas a través de las prácticas. Entiendo la preocupación de la autora por describir las lógicas del cuidado como una

especie de ritmo, de compás que marca las prácticas de las personas encargadas del cuidado de su salud y la de otros y que sólo se concreta en su acontecer, mas no en patrones prediseñados. Se habla de lógicas porque tendencias, estilos o una suerte de coherencia que cobran la prácticas al tener lugar, lo que no implica que sean homogéneas. Es una lógica que, ante todo, se traza como alternativa a lo que llama una *lógica de la decisión*, una manera en que un ideal “occidental” de la decisión, que se basa en individuo autónomo que se dicta criterios de actuación a sí mismo, organiza la acción y la interacción, el entendimiento de los cuerpos, la vida cotidiana, la manera de lidiar con las tecnologías y la distinción entre lo bueno y lo malo (p. 7). Si bien el cuidado no es una preocupación teórica central en este trabajo, el planteamiento de Mol se convierte en una posibilidad de análisis muy potente, pues me permite señalar los “estilos” distintos entre estas formas de hacer PrEP en presencia de otros, más cercanas a una *lógica del cuidado*, en contraste con las de salubristas y médicos al hablar de prevención. En lo que sigue de este capítulo busco trazar los contornos de algo que llamaré una *racionalidad de la prevención*. Me refiero a una suerte de orientación que intenta imponerse sobre la profusión de estas maneras de hacer PrEP en presencia de otros, no sólo reificando ese ideal individual de la decisión del que habla Mol en relación a la prevención del VIH, sino generando efectos sobre la materialidad. No le llamaré *lógica* sólo con la intención de hacer más explícita su capacidad productiva, sus posibilidades de ordenar y de esa manera afectar lo material, aunque en gran parte eso sea. Pero tampoco hablaré del amplio campo de la *decisión*, sino de una muy concreta que viene de la mano de la PrEP, la de la *prevención*.

Plegando presencias, poniendo palabras

En ciertas relaciones, las personas se presentan en un registro que no permite que sean directamente perceptibles estos entramados de seres frente a los cuales se actúa. Quisiera hacer referencia a la manera en que pude percibirlos, refiriéndome especialmente a la relación con la experticia científica y a la construcción de una postura sobre la prevención. Ambos elementos me permitirán ampliar la idea de una racionalidad de la prevención. *LoveLazers*, buscando ser interlocutores en la discusión pública y Diego y Beto, procurando la posibilidad de hacer uso de la PrEP, presentan de manera distinta sus relaciones, las ordenan de una forma distinta.

Había señalado, previamente, cómo las imágenes de los folletos de *LoveLazers* se hacen en presencia de otros. Sin embargo, en cuanto tienen la intención de incidir políticamente, contienen también un componente de texto. Falk me explicó que este tiene dos partes. La primera está compuesta por información médica sobre la tecnología, que pretende ser amplia y respaldada por documentos científicos de instituciones fiables. En ese sentido, esta parte se mantiene igual sin importar para que país está diseñado cada folleto. La segunda, presenta información local sobre costos, disponibilidad y el estado de los procesos de regulación y aprobación, por ende, debe ser actualizada en cada versión. La primera de estas partes es fundamental para su objetivo de interlocutar con lo público. Consideran que la información de carácter científico fundamenta sus exigencias. Así, el folleto contiene datos extraídos de estudios internacionales así como referencias a protocolos internacionales de monitoreo y uso de la tecnología:

Si decides tomar PrEP de forma regular, lo aconsejable es tomar Truvada® (o su equivalente genérico) una vez al día, siempre a la misma hora. En cuanto a la toma de PrEP de forma irregular (sólo durante algunos días) el estudio Francés IPERGAY sugirió a sus participantes una dosis de dos pastillas entre 2 y 24 horas antes de una posible situación de riesgo y una cada 24 horas durante los dos días posteriores. Aún

recomendada por profesionales de la salud en Francia. Según el estudio IPERGAY no hay un consenso, sobre cuánto tiempo antes de tener relaciones sexuales se debe tomar la PrEP. No está del todo claro si una única toma de dos comprimidos antes de tener relaciones sexuales ofrece la suficiente protección. Lo que sí es seguro es que cuanto más tiempo antes del acto sexual se tome PrEP, mayor es su eficacia. Lo ideal es tomar la PrEP de ser posible varios días consecutivos antes de tener relaciones sexuales, cada 24 horas.

Antes de comenzar a tomar PrEP tienes que hacerte unos análisis para comprobar que no eres VIH positivo o tienes Hepatitis B, pues puede dar lugar a complicaciones. Lo mejor es que te hagas un análisis de sangre antes de empezar, y después, una vez cada tres meses. Los niveles de creatina en la sangre son importantes porque muestran la capacidad de filtración de los riñones (más información en “Efectos secundarios”).

Aprovecha para comprobar con el análisis que no tienes otras enfermedades de transmisión sexual. PrEP (FTC/TDF) o su genérico funciona mejor si la tomas con una comida, su absorción de en tu cuerpo aumenta un 30 % aproximadamente. Insistimos: Ten siempre en cuenta que la eficacia del tratamiento depende de la regularidad con la que tomes las pastillas. PrEP ingerida de forma regular es indudablemente la forma más práctica, eficaz y segura. Pero eres tú el que debe decidir qué es lo mejor para ti. La toma de la PrEP debe ser supervisada por un médico siempre que sea posible. (LoveLazers, 2018)

La segunda parte del texto implica acercarse a instituciones oficiales como INVIMA y a grupos de base comunitaria para obtener la información. Después de este trabajo, se escribe de tal manera que sea explícito para el lector cuáles son los medios por los que puede acceder a la

misma. Se busca, igualmente, transcribir una información detallada y con el mayor respaldo posible. En la versión colombiana de este, la información se presenta así:

El producto más barato que se pudo encontrar en Colombia es ‘*Emtricitabine 200MG+Tenofovir 300MG*’ de Aurobindo Pharma® por \$ 142.000 (un mes de tratamiento) en [Nombre de una farmacia] (este es casi el mismo precio del mercado negro). Otro genérico de Seven Pharma® cuesta cerca de \$ 180.000 en droguerías. Tal vez el producto más popular es Emtrivir Teva® por unos \$ 240.000. Estos precios seguramente bajarán pronto. Si vas a comprar PrEP en una droguería pregunta por el genérico más barato que combine Emtricitabina 200 MG y Tenofovir 300 MG.

Otra manera de obtener PrEP en Colombia es trayéndolo contigo o con un amigo en un viaje al exterior. Es permitido traer al país un máximo de 6 meses de tratamiento por persona, con una fórmula médica válida. Esta fue la información entregada por el INVIMA.

También es posible pedir genéricos online por algunas compañías farmacéuticas internacionales. Al parecer no hay ningún tipo de regulación para su orden. De igual manera compras internacionales son populares sin ningún problema. Las importaciones no están prohibidas y pueden ser significativamente más económicas que el precio de PrEP en droguerías. Puedes tener una caja de 30 unidades por \$150.000 y una de seis meses por \$550.000, por ejemplo. RICOVIR EM®, TENVIR EM® (...) Los paquetes posiblemente serán revisados por la aduana. También necesitas de una fórmula médica para hacer tus pedidos online. La fórmula debe tener el número de registro del médico, dirección, teléfono y la firma del médico. Por posibles problemas de aduana pueden pedirte una copia del pasaporte. Además, genéricos para otros son traídos del extranjero,

PEP¹⁹ recetada se usa como PrEP, o se compran pastillas de PrEP a amigos o conocidos. Estos métodos creativos de obtener los medicamentos demuestran que PrEP no es asequible para todos. Si decides empezar con PrEP por tus propios medios debes hacerte revisión médica y testearse regularmente. Consideramos que es esencial cuando tomas PrEP. (Ídem)

La PrEP, en el texto, aparece vista desde lejos, presentada por un observador que documenta literatura científica y contextos locales, sin mostrar involucramiento. Como lo mostraba la primera parte del texto del folleto, el problema se plantea en términos de “eres tú el que debe decidir qué es lo mejor para ti” y aunque tenga aperturas a nutrir con información a gente cercana, que apuestas como las de los panelistas de los *conversatorios* censuran, se orienta por una *lógica de la decisión*. En cuanto es un alegato, toma este tono para crear alianzas, usando tanto la información científica como el rigor de la indagación para aparecer como lo que Epstein (1995) ha nombrado legos expertos, personas que no hacen parte de los circuitos de producción de los contenidos científicos pero que moldean su lenguaje e incluso sus demandas para poder interlocutar tanto con estos como con el Estado. Esta figura parece recurrente en la interlocución de la ciudadanía con el gobierno y las farmacéuticas para exigir tratamientos de VIH.

¹⁹ Por PEP “Se refiere al manejo terapéutico farmacológico y otras medidas, encaminadas a reducir la probabilidad de que la personas expuestas ante las ITS, el VIH o la Hepatitis B, contraigan dichas infecciones” (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2017, p. 11). Este manejo tiene protocolos establecidos que abarcan las exposiciones en el ámbito laboral como no laboral, exigiendo a los servicios de salud proveer el servicio independientemente de la razón de la exposición. Se ha delimitado, en los protocolos de atención, incluyendo el del Ministerio de Salud Colombiano que la PEP sólo es eficiente si se administra en las primeras 72 horas después de la exposición al virus

Todo este trabajo se decanta en un folleto que antes de ser plegado tiene dos caras. En una de ellas se aprecia una imagen producto de las sesiones fotográficas en Bogotá y dos columnas de texto. En la otra sólo hay texto. Las fotos, como comentaba antes, condensan una experiencia colectiva del hacer, una relación de unos con otros, retratan esos seres en cuya presencia se actúa. El texto, sin embargo no se produce de la misma manera.

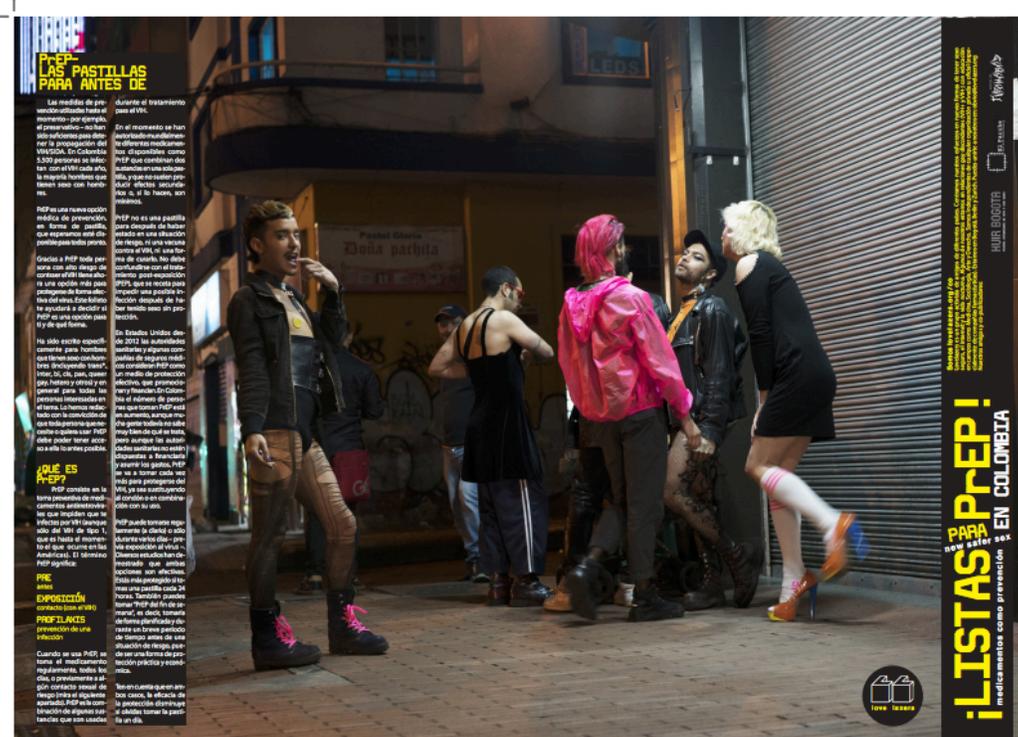


Figura 13. Folleto "Listas para PrEP (En Colombia)", cara frontal.

(Love Lazars, 2018) Recuperado de: <https://www.lovelazars.org/co/listas-para-prep-colombia/>



Figura 14. Folleto "Listas para PrEP (En Colombia)", cara posterior.

(Love Lazars, 2018) Recuperado de: <https://www.lovelazars.org/co/listas-para-prep-colombia/>

El juego entre las dos caras, entre imagen y texto, hace más evidente lo que quiero señalar.

Esa confluencia de seres que presenta la fotografía es conducida a través del texto hacia una alianza con los estudios científicos y la comercialización farmacéutica. Los entramados afectivos se *pliegan*, literalmente, dentro del folleto, ajustándose al tono de “la ciencia” y la posibilidad que esta otorga al individuo de decidir. Las presencias se aplanan, se ocultan en cierta medida entre cada doblez, y la retórica científica les quita protagonismo. No dejaron de existir, devinieron en algo más. El folleto supone un pliegue de algo más que el papel. Un proceso similar ocurre en las vidas de Diego y Beto. Seguiré este apartado señalando cómo este proceso se extiende a otras experiencias.

Cuidarse o plegar el miedo a la infección.

Como dije antes, Beto había llegado a la PrEP por su relación con una persona que había sido diagnosticada con VIH. Sin embargo, su decisión se concretó por una experiencia puntual. Varias autoridades médicas sostienen que la indetectabilidad es equivalente a la intransmisibilidad²⁰, pero para Beto es un asunto más complejo. Él dice que el tema de la salud y del estigma han hecho pasar muchos interrogantes por su cabeza, especialmente porque ha leído que el riesgo de transmisión nunca llega a cero. En una ocasión, en medio de una relación sexual con su pareja, se rompió el preservativo y su reacción inmediata fue asistir a un servicio de urgencias, ya que sabía que podía acceder a un tratamiento de PEP. Él cuenta que tuvo que tomarse unas 6 pastillas al día por un mes y durante ese tiempo subió de peso y su temperamento se hizo irascible. Una vez pasada esta experiencia decidió consultar al infectólogo y fue allí donde comenzó a usar la PrEP. Beto encuentra alivios en esta posibilidad: “Es solo una pasta al día, no tiene tantos efectos secundarios y te brinda seguridad. Obvio sigo con la protección del preservativo, pero con este tratamiento me siento más seguro”. Desde ese momento, Beto dice haber adoptado un régimen de adherencia²¹ y haber cumplido a cabalidad la prescripción médica. Mes a mes, compra el medicamento, a pesar que le parece costoso y de que el lugar en donde lo obtiene tiene precios fluctuantes que oscilan entre 240.000 y 320.000 pesos, valores que paga con mucha dificultad. Pese a los contratiempos, dice ser fiel al protocolo de uso y se aferra a la PrEP como método de

²⁰ El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)(2018) condensa varios estudios científicos en su concepto al declarar que “Hoy en día, además, sabemos que las personas que viven con el VIH, siguen un tratamiento antirretrovírico y presentan una carga vírica indetectable tienen un riesgo insignificante de transmitir el virus mediante el intercambio sexual.” (p. 2).

²¹ Como lo indican Belmar y Stuardo (2017) aunque hay varias definiciones del término adherencia, por lo general se entiende como el “compromiso activo y voluntario de las personas en su tratamiento” (p. 352). En este caso se trata de tomar el medicamento todos los días.

prevención, a pesar de contar con otros dos medios de prevención como lo son el condón y el TAR al que se ha adherido de manera adecuada su pareja.

Cuando conversaba con Diego sobre su uso de la PrEP, trajo el tema del cuidado y lo puso de frente en su relación de pareja. Mencionó su primera experiencia sexual con un hombre, que fue sin condón:

Yo me sentí muy mal después de esto y al día siguiente fui a hacerme una prueba de VIH, cuando el especialista me dice, en esa época: ‘no, esto es 6 meses. Si tu tienes conocimiento que la persona era VIH positivo podemos hacer un tratamiento post exposición’. Yo cojo, llamo a esta persona y me dice ‘No, mira, la verdad no’. Igual, de todas maneras, son seis meses en los que yo ... o sea... vuelvo a la adolescencia de no querer estar con nadie.

Para su actual relación de pareja, la vida sexual siempre había estado atravesada por este miedo al contagio. De hecho, cuenta cómo su novio tiene un sentimiento mucho más fuerte que él al respecto:

Él además tiene un trauma adicional por su ex. Porque fue una persona que, además de engañarlo mucho, llegó un punto en que supo que no era la única persona con la que tenía relaciones sin preservativo y que dentro de las personas con las que él había estado, había estado una persona positiva. Independientemente de si esa persona es indetectable o no, existe el riesgo de que las otras personas con las que estuvo no, entonces él cortó esa relación y se hizo la prueba. Descansó por esa parte.

Sin embargo, una vez establecida la relación y con la confianza que lograron construir, decidieron permitirse tener otras parejas sexuales. Al principio el compañero de Diego se resistió a la idea, pero hoy en día saben que hay un número de personas con las que puede pasar que

tengan relaciones sexuales sin condón. Haber comenzado a hacer uso de la PrEP les permitió llevar tanto una vida sexual en la que se controla el miedo como este proyecto de relación:

Ha ayudado bastante, por lo menos en la parte de que él se sienta cómodo con otras personas que es importante porque la gracia de tener esta relación es que uno reconoce que uno como persona puede ofrecer ciertas cosas sexuales, pero no todas. Yo soy una persona, no dos o tres. O tampoco tengo una apariencia. Es eso, cuando tiramos con otras personas es literalmente para matar la gana. Pero otra cosa es la parte del proyecto de pareja.

A pesar de que el medicamento que tomaban Diego y su pareja provenía de esta relación con un proveedor en otra ciudad, que no tenía que ver con la institución clínica, como ya se mencionó antes, su rigor con la adherencia y con el monitoreo, tal como proponen los protocolos de la OMS, ha sido estricto. Incluso lo llevó a buscar amigos médicos que pudieran interpretar los exámenes. La relación con su proveedor, aunque estrecha, tenía ciertas preocupaciones:

De todas maneras la situación no es tan chévere. Yo sé que esta relación comercial puede fallar porque claramente no está dentro del sistema. Pero mientras tanto lo voy a hacer. Y no es que yo diga ‘tomé PrEP y ya tiro sin condón’. Ha pasado, sobre todo con gente que siento como cierto cuidado personal como gente que también toma PrEP. Eso me ha ayudado a sentirme más tranquilo con el tema. Hay gente que consigue la fórmula y lo que hacen es pedirlo por fuera y que sale un poco más costoso que la solución que yo tengo, pero por si acaso está eso.

Diego y yo seguimos en contacto después de habernos conocido y su preocupación me llevó a compartirle la publicidad de la prueba piloto de PrEP. Unas semanas después me contactó diciéndome que había ingresado a la misma.

Las experiencias de ambos acogen una racionalidad en torno a la prevención expresada en su cuidado del seguimiento de los protocolos. En principio, esto parecería consecuente con el uso de la tecnología. Sin embargo, es importante recordar que están siguiendo modelos que corresponden con la versión hegemónica de la controversia sobre cómo hacer uso del medicamento. Además, es importante insistir en que su manera de proceder los constituye como pacientes ideales, y los hace ser acoples adecuados para aquello que he llamado una racionalidad de la prevención. Propongo ver cómo su disposición los hace funcionales de tal manera.

En octubre de 2019 se anuncia ante el público la apertura de la prueba piloto de PrEP en Bogotá. Para esa fecha, UNFPA había consolidado una estrategia educativa que pretendía transmitir una idea sobre la PrEP y, en este evento, lanzó una serie de “cápsulas audiovisuales”. Se trata de videos cortos que hablan sobre la prevención combinada, el VIH y la salud sexual. Una de ellas tiene como título *Mitos sobre la PrEP* y pretende dar información a la persona que haya tomado la decisión de usarla mencionando únicamente la posibilidad de tomar una pastilla en un régimen diario. Al final del video, aparece una funcionaria de la OPS que dice:

Es importante que cada persona que decida utilizar la PrEP entienda que la PrEP no es una toma de una pastilla y nada más. La PrEP es una estrategia que permite acompañar a las personas que están en alto riesgo de contraer la infección de tener una oportunidad diferente de prevención y de conocer otras formas y otras alternativas que les permitan prevenir la adquisición de la misma. Es importante que cada quien se informe, se acerque a las instituciones que están avaladas, a instituciones del distrito, a instituciones de salud acreditadas que e brinden una información asertiva sobre cómo funciona la PrEP y quién puede ser un candidato para el consumo de la misma.

Tras la proyección de las cápsulas y algunas interlocuciones, se anunció que se daría inicio a la primera fase de la prueba piloto para PrEP a través de una página de internet. Allí, las personas interesadas podrían entrar y realizar una encuesta que los iba a clasificar como usuarios aptos o no. De dicho resultado dependía la posibilidad de pasar a la segunda fase que consistía en una charla presencial con un gestor comunitario. Unas semanas después, el portal *PrEP-Colombia* fue abierto al público y quien entraba podía encontrar una descripción de la encuesta que iba a realizar que decía así:

Esta encuesta es un instrumento que le permitirá evaluar el riesgo que tiene para adquirir VIH. También nos permitirá saber si es candidato para usar la Profilaxis Pre-Exposición para el VIH (PrEP), y de esta manera poder agendar una cita para una orientación personalizada. Recuerde que es muy importante ser sincero con sus respuestas ya que, a quien más beneficiarán, es a usted.

Como me lo describió un médico cercano a la planeación de la prueba piloto, un poco antes de que esta página web estuviera a disposición del público, mediante la encuesta se identificaría permitir identificar personas con tres perfiles que eran de interés para la prueba piloto: Personas que tengan o hayan tenido relaciones sexuales sin condón con más de una persona, que tengan o hayan tenido relaciones sexuales con una o más personas que hayan sido diagnosticadas con VIH o de las que no conozcan con certeza su estatus y personas a las que les hayan prescrito PEP o que hayan sido diagnosticada en los últimos 6 meses con una ITS.

Es precisamente con todas estas configuraciones del “usuario ideal” que se articulan las vidas de Diego y Beto a costo de prescindir de todo el relieve afectivo que ellos habitan. El temor ante el contagio, el haber asistido con afán y angustia al servicio de urgencias de Beto, los nervios de Diego y su impaciencia después de la relación sin condón: todo esto se vuelve potencialmente

traducible en un formulario virtual, en una encuesta destinada a moldear a los usuarios aptos. En un sentido, hay un ejercicio de aplanamiento (Latour, 1992), en cuanto se producen inscripciones que permiten que la información viaje, en este caso desde cualquier lugar en que la persona diligencie la encuesta hasta las bases de datos de la prueba piloto. Dicho proceso crea cascadas de inscripción, es decir, niveles de traducción que permiten la administración masiva de la población como datos. Y, sin embargo no se trata sólo de establecer esta prueba piloto como un centro de cálculo. Considerando lo que sucede con estos entramados afectivos en los que hay una serie de otros frente a los que se actúa, es posible decir que la materialidad se pliega, que la experiencia colectiva se vuelve un término discreto, que los otros se comprimen en la biografía y conciencia de un individuo. Los procesos de aplanamiento no son sólo formas de construir el poder a través de la producción de datos y su movilización, son también procesos de devenir en los que las vidas de las personas se modelan, entrando en un proceso de mostrar y ocultar toda una geografía afectiva que les produce.

He tomado el concepto de plegar del proceso que tiene lugar en la producción del folleto mismo y he señalado que la articulación entre la vida de las personas que usan la PrEP y la *racionalidad de la prevención* que los comprende siguen procesos similares. Por tanto, quisiera señalar que al hablar de pliegues, me refiero a una condición ontológica, una manera de componer, mediante las prácticas, lo que *es* cada cosa. Esta idea resuena con la filosofía del pliegue que Deleuze retoma de Leibneiz y que Bowker (2010) invita a asumir desde los estudios de ciencia y tecnología. El autor retoma la discusión leibneziana sobre las mónadas como principio ontológico: unidades que expresan el *ser* correspondiente a cada singularidad actual, capaces de integrar tanto lo que es evidente y claro como lo que es confuso y oscuro de cada *ser*. A partir de estas, el autor propone comprender cómo el paso entre la unidad y la multiplicidad, el

mundo y los *seres*, se hace como un proceso de pliegue y despliegue entre posibilidades ontológicas y configuraciones materiales, posibles de ser actualizadas de distintas maneras por la variación entre estas zonas de claridad y oscuridad. Este es el tipo movimiento ontológico que asumo sucede en los procesos que exploro. El gusto por el sexo sin condón — y toda la fluidez que esto implica— o el deseo de abrir la relación — y la cantidad presencias que este supone — se articulan a *racionalidad de la prevención* que produce a las personas como candidatos y luego como usuarios. Los otros, en presencia de los que se actúa, se pliegan y se moderan. Lo que queda en el panorama son buenos pacientes. Sólo en esta medida, la cantidad de personas que se suman a la PrEP institucionalizada y regulada pueden ser contadas como individuos autónomos que toman la mejor decisión para su salud, a costa de un pliegue de relieves afectivos. Este es un agenciamiento en el que participan tanto salubristas como quienes son perfilados y se perfilan como “usuarios”.

El Punto de No Retorno: Excesos y aperturas en lo biomédico

La *racionalidad de la prevención* se encuentra también con las prácticas de médicos y salubristas y, en este sentido supone procesos que hacen comprender que no es connatural a ellas. El oficio de estos profesionales de la salud y la apuesta por la regulación implican también relaciones de reorganización. A lo largo de este apartado expongo algunas formas en que estos pliegues tienen lugar, produciendo variaciones muy concretas en la práctica médica y excesos en los procesos de comunicación y difusión de la estrategia de regulación.

En primer lugar, considero importante señalar que existe una intención común tanto en las prácticas de estas personas que apuestan por la PrEP fuera del esfuerzo de regulación más oficial y los médicos y los salubristas que lo hacen dentro de ella. Falk hablaba de un futuro que llegaba,

Beto de un estigma que se iba. Ambos apuntaban a comprender la tecnología en relación con las vidas a las que se articularía. Curiosamente, algunos médicos y salubristas que advertían de los peligros del folleto de *LoveLasers* compartían ambas posturas. Un funcionario que hacía parte del equipo de trabajo oficial de la estrategia pedagógica que acompaña la prueba piloto, hizo referencia a la intención que movía su trabajo:

En ese ir y venir, no sabíamos como titular el proyecto y [al fotógrafo] se le ocurrió “El Punto de no Retorno”, como un nombre artístico. Pero después nos pusimos a reflexionar también al interior y nos dimos cuenta de que “El Punto de no Retorno “es porque justamente queremos eso. No queremos retornar al número de personas que se infectan cada día. Queremos un punto que no tenga un retorno (...) que todas las personas trabajen en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Este se constituye como un elemento articulador, las prácticas biomédicas y salubristas puedan converger con los procesos de pliegue de activistas y personas que hacen uso de la PrEP al ponerse así. Este “punto de no retorno” es un nodo que sintoniza la realización de una prueba piloto para PrEP, fundada en la decisión de un individuo, con una manera de vivir esos entramados en los que se actúa en presencia de otros, que he expuesto previamente. Hay una sutil variación de lenguaje respecto a un tono oficial puramente axiomático y estadístico como el de los informes de la OPS (2016) que pone como meta llegar a que el número estimado de casos nuevos de infección por el VIH en 2020 fuera de sólo 26.000 y que el número estimado de muertes relacionadas con el sida fuera sólo de 19.000 (p. 20). Por el contrario, “El Punto de no Retorno” se abre como una posibilidad de futuro que implica una consideración de vidas pasadas, presentes y venideras. No es, simplemente, buscar una cifra ideal en términos epidemiológicos, aunque no deje de estar en ese terreno. Par ampliar esta idea, en las páginas

que siguen procedo a tratar con mayor detalle la manera en que las prácticas biomédicas y salubristas crean aperturas. Comenzaré refiriéndome a una serie de aperturas que existen en la práctica médica y que deben presentarse como inexistentes en el discurso público.

“Cada caso es distinto”: desplazamientos en la clínica.

Efectivamente, salubristas y funcionarios que estaban cercanos a la prueba piloto o participaban en espacios educativos asociados a la misma, apoyaban su forma de hacer PrEP en una supuesta capacidad de juzgar “correctamente”, como individuo, del posible usuario. El proyecto, en ese sentido, se orienta en gran medida por lo que he nombrado una *racionalidad de la prevención*. Quisiera señalar de qué manera. Si bien, en los primeros *conversatorios*, la estrategia educativa no estaba tan unificada, este modo de proceder ya estaba en funcionamiento. En el primero de ellos, una epidemióloga explicaba a la audiencia elementos “técnicos” del funcionamiento de la tecnología que estaban llenos de mandatos sobre una forma correcta de relacionarse con ella:

Debe usarse de manera consistente y con una adherencia definida (...) observando todos los estudios, se ha concluido que definitivamente, el modelo más efectivo (...) para prevenir la infección, es tomarla al menos seis veces en la semana (...) Cuando se toma dos días por semana, que es lo que preocupa en los folletos que hemos visto, la posibilidad de adquirir una infección es de 4 por cien o más y cuando se toma de manera consistente, todos los días de la semana, la posibilidad de infección es inferior a 1, llegando a 0 (...) lo otro que hay que saber es que si voy a tener una relación de alto riesgo (...) debo tener, alrededor de una semana antes, haber iniciado la PrEP para una protección significativa. También hay que resaltar que tomar la PrEP tiene unos efectos

adversos que son monitoreables. Por ejemplo, un daño renal que es transitorio, si yo dejo de tomar, desaparece, pero debo estarlos vigilando. Por eso requiere que tenga una valoración médica inicial donde miren cómo está el funcionamiento de mis riñones, que revise también si vivo con el virus o no, porque si vivo con él (...) debo tener controles cada tres meses, precisamente enfocado en el tema renal y a largo plazo puede llegar a producir problemas óseos (...) que todavía no es muy claro si es reversible o no. La efectividad, así tomada, asegura es de casi 99% pero debe combinarse con el uso del condón.

El tono se iba unificando de cara a la prueba piloto. Una de las cápsulas de video de la estrategia educativa del proceso de regulación, titulada “*Mitos sobre la PrEP*”, condensa una serie de “datos” cuya intención es acabar con la desinformación y la mentira, en torno a la PrEP. Vale la pena recordar que esta intención de denunciar la “mentira” marcaba ya la argumentación del personaje de los *conversatorios* que presenté en el primer capítulo. En la cápsula dos mujeres y un hombre construyen el siguiente diálogo:

¡No! no coman cuento tan fácil. Es hora de hablar del PrEP. El PrEP o Profilaxis Pre Exposición es el tratamiento para la prevención del virus VIH y consiste en consumir una pastilla diaria (...) Si usted tomó la decisión de empezar el tratamiento preventivo con el PrEP, tenga en cuenta lo siguiente: Verifique que se encuentre en el estado de salud necesario para empezar con el medicamento. Esto incluye conocer su diagnóstico de VIH. El PrEP sólo previene la infección del VIH, no previene ninguna otra ITS, por eso es recomendable no suspender el uso del condón

De esta manera, la estrategia condensa la versión que cierra la controversia en torno a la PrEP: régimen diario, exámenes de monitoreo, uso del condón. Todo lo que se constituya de

manera alternativa es calificado como “mito”, como mentira. En ambas situaciones, hay un intento por sostener que una persona racional seguiría sus indicaciones. Una persona sensata, adoptaría esta *racionalidad de la prevención*, la interiorizaría, pues sus porcentajes marcan una pauta de confianza que brinda garantías, aunque se deja sentada la importancia del uso de condón, que en ningún caso se debe abandonar, pues juntos, forman la mejor decisión en términos de prevención, aquella a la que cualquier usuario debería apuntar.

Sin embargo, todas estas certezas son producciones que no corresponden necesariamente con la práctica. Dentro de los espacios que pude compartir con médicos expertos, tuve la posibilidad de comprender cómo su hacer en cuanto clínicos suponía variaciones respecto a esta exposición normativa que iba tomando fuerza en los espacios públicos del esfuerzo regulatorio. Ellos afirmaban que al interior del consultorio o en los procesos de implementación de algún protocolo, podían suceder cosas que les exigían acciones distintas a las de la norma que se edificaba en los *conversatorios*. Por esta razón, su pronunciamiento público, que omitía estos tránsitos fuera del modelo, se constituía como una suerte de pliegue para encajar con esta *racionalidad de la prevención* que se ponía en escena. Este proceso de pliegue se hicieron evidentes respecto a tres elementos que quiero desarrollar: las pruebas de control de VIH, el régimen de consumo del medicamento y el uso del condón.

En un espacio que presencié, un médico explicaba a un grupo de gestores comunitarios la manera en que se debían hacer los controles de VIH e ITS a las personas que inician la PrEP. Para este fin, un instrumento de diagnóstico es la llamada prueba rápida. Se trata de un equipo que permite extraer una gota de sangre de un dedo y combinarla, en un *cassette*, con una sustancia que reacciona marcando la presencia de anticuerpos asociados al VIH. Uno de los gestores comunitarios planteó una duda sobre el funcionamiento de estas pruebas, porque había

visto cómo las ventanas, es decir, el intervalo de tiempo en el que las pruebas son capaces de detectar anticuerpos después del “contacto de riesgo”, son manejadas de diversas maneras por varios profesionales. Existen dos tipos de pruebas rápidas: las de tercera generación que se conocen por tener una ventana de 3 meses y las de cuarta generación por tener una ventana de 15 días. Este gestor había visto profesionales que las aplicaban usando ventanas distintas. El médico responde:

Si es cierto que la prueba de tercera generación comienza a detectar después del día 22 anticuerpos específicos para VIH ¿Por qué seguimos diciendo que las ventanas son de 3 meses? (...) eso fue una decisión medio arbitraria que tomó el país hace mucho tiempo y ahí quedó, porque puede ser que haya laboratorios que todavía usan segunda generación.

Y el mismo gestor pregunta entonces por qué no se usan sólo las de cuarta generación. La respuesta que recibió fue:

Lo que pasa es que las pruebas de cuarta generación se le aplican a la población de mayor mayor (sic.) prevalencia. ¿Qué sucede? que el antígeno P24 comienza a aparecer el día 12 pero se desaparece al día 40. Entonces si la persona no estuvo en ese tiempo se le pasó y ya no sirve de nada (...) en general es como un asunto muy personalizado. El mensaje estándar es ‘las ventanas duran tres meses’ pero ya a la hora de uno conversar con la persona, qué tanto la persona entiende, qué tanto la persona es perceptiva a entender este tipo de detalles que el estoy dando y qué tanto el asesor maneja los tiempos (...) Uno entra a dar esos detalles cuando el asesor ya tiene experiencia. Cuando uno forma al asesor por primera vez se le va con esos tres meses.

Las pruebas mismas, al hacerse partícipes de las relaciones para las que se destinan, se reinventan a tal punto que su uso generalizado no corresponde con su capacidad técnica. La

racionalidad de la prevención, que invita al usuario cuidadoso a testearse, presenta como “dato” una ficción temporal. La capacidad del reactivo y el *cassette*, la cantidad de infecciones que podrían detectar se reduce para adecuarse a una norma.

Algo similar sucede con el uso del medicamento. El régimen diario es cuestionado por algunos médicos en la práctica o, por lo menos, no asumido como norma. Uno de estos médicos explicaba:

Bajo la lógica de que el medicamento tiene una vida media larga, alguien se preguntó ‘si yo nada más la uso sólo cuando la necesito’ quitando los días en que no tiene actividad sexual. Yo me pregunto cómo hace uno para agendarse (...) De ahí la necesidad de tener entrevistas tan particulares, porque uno tiene que preguntarles a las personas cada cuanto tiene relaciones sexuales y cada cuanto las tiene (...) porque dependiendo de eso puede determinarse si es mejor PrEP en demanda o diaria (...) de las personas que yo he seguido en PrEP siempre la conversación es honesta, como bueno, ‘¿qué onda con el sexo? ¿cómo está la cosa?’ ‘no, sí me siento más seguro’ ‘sí, me han pasado por la cabeza ideas de tomar un poquitico más de riesgos’ entonces es otra vez vuelva y ajuste, una manera que no sea asustando a la gente sino haciendo conciencia.

Al igual que con las ventanas de las pruebas, la posibilidad de toma depende de la situación y obedece por tanto al ritmo de lo práctico, no a una norma ineludible. Un profesional de la salud que viene haciendo seguimiento al uso de PrEP de un grupo de veinte personas hace ya más de un año, es decir, previo a la prueba piloto, afirmó tener al menos tres personas para quienes la

mejor forma de tomarlo era en la modalidad que se ha nombrado *on demand* o a demanda²². En el ejercicio de ambos, el discurso que se intenta instalar como *racionalidad de la prevención* es desafiado. Pero ellos afirman promover el régimen diario del consultorio para afuera. Pliegan las posibilidades de relación con el medicamento a una sola.

Finalmente, esto mismo sucede esto con la prescripción de uso del condón como acompañamiento indispensable para la PrEP. Uno de estos médicos hablaba de dos situaciones distintas en las que sentía que esta necesidad no era una condición *sine qua non*. La primera es aquella en que sus pacientes vivían sus vidas sexuales con “paranoia”, algo que, a sus ojos, los mantenía alejados de la posibilidad de disfrutar su vida sexual. Para él, antes de necesitar PrEP, condón o una combinación de los dos; necesitaban un tipo de ayuda que les permitiera vivir una vida sexual menos llena de temor. De hecho, el exceso de barreras le parecía un elemento que podía indicar problemas en el goce. Frente a estas situaciones, este médico asegura la importancia de tener varias opciones que sólo se pueden concretar en una buena asesoría totalmente personalizada: “A todos nos ha tocado un médico que ni siquiera lo mira a uno (...) el que lo formule debe tener unas cualidades especiales, no es una consulta de 20 minutos definitivamente”. Por otro lado, está la situación de la que sus años de trabajo le han hecho “consciente” y es que mientras las prácticas sexuales sin condón sigan siendo calificadas con un juicio negativo, se cerrará la posibilidad de evitar infecciones en las personas que no se adaptan

²² Se habla de PrEP *on demand* o PrEP a demanda cuando la toma del medicamento sigue un patrón que por lo general se conce como 2-1-1. Es decir, “two pills of TDF-FTC or placebo with food 2 to 24 hours before sex, followed by a third pill 24 hours after the first drug intake and a fourth pill 24 hours later. In case of multiple consecutive episodes of sexual intercourse, participants were instructed to take one pill per day until the last sexual intercourse and then to take the two postexposure pills” (Molina et al., 2015. p. 2238).

al sexo convencional, haciéndolas desistir de acceder a un sistema que condena su sexualidad. Desde su postura, como médico, él insiste en que debe haber capacidad de trabajar desde las prácticas sexuales de cada grupo y no instalar una lógica obligatoria que excluya a esta persona del sistema de salud:

Es mi teoría. Hay algunas personas que se liberan todos los frenos, soy un alma libre, que rico vivir otra vez en los 80, a pelo. Sus decisiones, sus riesgos. Pero digo, yo, desde que la persona esté consciente y de verdad sepa en qué se está metiendo.

Esto, en términos de otro profesional de la salud que ha conocido parejas serodiscordantes con más de 10 años de tener relaciones sin condón, se expresa como una “moral mojigata”:

La gente venía tirando sin condón. Los científicos descubren que el agua moja cuando ya las poblaciones se han dado cuenta de las cosas (...) las poblaciones *bareback* ya lo sabían. Algunas personas ya vivían con VIH, son juiciosos con sus medicamentos y sabían que no transmitían el virus (...) es más de educación la gente ya viene follando sin condón. Es como cuando hace mil años se preguntaban, la tierra es redonda o es plana, estamos en la misma situación. En algunas ocasiones yo he ido al famoso [fiesta sexual]²³. Y muchas veces los manes se molestan porque yo les estoy entregando condones. Pero el hecho de que yo los esté entregando no quiere decir que lo voy a obligar a condonizarse (...) hay que informarle a la gente, la gente toma decisiones y las toma informadas. Creo que tenemos que quitarnos la máscara de estar diciendo ‘usted no se me

²³ Se trata de una fiesta sexual organizada en Bogotá que se anuncia como una orgía y se realiza periódicamente, muy similar a la que aquí se ha llamado como La fiesta de las medias.

puede morir'. Es saber que todas las personas vamos a llegar a un ciclo de vida finito y que esto implica no sólo la toma de decisiones sino también la información que tenga ese sujeto para ser consciente de lo que está haciendo.

Igual que con el régimen diario y con las pruebas, aquí se pliegan las posibilidades de vidas sexuales en las que no usar el condón es una posibilidad, por afirmar esta *racionalidad de la prevención*.

Incluso, la confianza y el discurso de efectividad sobre la PrEP sigue esta lógica de presentarse en otros términos en la escenificación de los conversatorios y en la práctica médica seguridad. La confianza que transmiten los porcentajes de reducción de la posibilidad de contagio que los protagonistas de estos procesos de regulación afirman tiene la PrEP son puestos en duda ante la comprensión de médicos expertos del proceso concreto. Un médico me explicaba:

Tenofovir y emtricitabina lo que hacen es bloquear la transcriptasa inversa que es la encima que se encarga de convertir el material genético del virus en una versión que sea encarrilable dentro del DNA del huésped. Necesariamente, el virus está adentro de la célula, a dos pasos de conectarse a su nicho cuando el medicamento interviene. ¡Molecularmente es como 'wow! qué riesgo'. Está a un paso (...) No funciona él hasta que el virus ya está allá dentro. Y uno dice, bueno, es como esperar hasta el último momento para tirar la red. Es como abrir las puertas de la ciudadela, y dejo que entre a la muralla interna y al final le tiro una red cuando va a entrar a la torre, así de ese nivel es, molecularmente.

La certeza del 99% queda reducida a estar a "un paso" de que el virus entre. Su práctica cotidiana como clínicos frente a la PrEP supone todo un abanico de posibilidades que no quedan recogidas dentro de la *racionalidad de la prevención* que se promueve en el espacio público.

Tanto desde las potencias de los artefactos como las pruebas, como hasta las capacidades de decisión y producción de conocimiento de las personas, esta práctica médica contiene un mundo mucho más complejo que el que se traduce en estos discursos. En ese sentido, también los clínicos pliegan sus mundos frente a la racionalidad de la prevención, plataforma que permite que su oficio tenga lugar. Sin embargo, también encontré una serie de procesos de reordenamiento en los procesos comunicativos de la estrategia pedagógica que acompañaba la regulación. Estos tienen un carácter distinto que expondré a continuación.

Tomarse la PrEP: desplegar la pastilla.

Al contrario de lo que venía sucediendo, que era la necesidad de plegar para acomodarse una racionalidad de la prevención, los procesos comunicativos parecen, más bien, enfrentados a la necesidad de desplegar, desde la pura *racionalidad de la prevención* para articularse con las personas. Es decir, la misma norma debía crear excesos que permitieran comunicar y hacer cercanos unos postulados mínimos y la tecnología misma, desplazando ciertos elementos y conservando otros. Propongo ver este proceso para ampliar la comprensión del ejercicio de ordenamiento que vengo situando. Como se ha mencionado, una de las mayores preocupaciones de los salubristas y de las entidades de carácter internacional es la “PrEP salvaje”. Hay al menos un elemento que alerta a estas personas. En primer lugar, los modos de distribución del medicamento, como lo comentó una funcionaria en un *conversatorio*:

No cualquier institución u organización puede estar ofreciendo PrEP si no tiene la infraestructura para manejar el medicamento, porque este medicamento, que forma parte del esquema que se utiliza en personas con VIH también, necesita condiciones de almacenamiento, manejo que garantizan la calidad. Los que consiguen por ahí en

cualquier aplicación, no sabemos qué calidad tiene, no sabemos cómo ha sido transportado, no sabemos a qué temperatura lo han mantenido, no sabemos muchas cosas.

Entonces no podemos decir que ese medicamento, en principio, pueda ser efectivo.

Esta distribución no sólo podría llegar a ser realizada por establecimientos no autorizados. De hecho, sus denuncias en público se refieren a personas que, a manera de *dealers*, están vendiendo antirretrovirales en bares y establecimientos públicos sin ningún tipo de regulación. Esta situación la denunció un médico en otro *conversatorio*:

En muchos bares del país ahora venden sobrecitos (...) uno puede encontrar que tienen una de viagra, una de éxtasis y una de PrEP. Pero la pregunta es ¿quién te garantiza qué medicamento se está tomando? (...) una sola pastilla que me tomo en la noche no me va a proteger para nada. Lo otro es que OPS había hecho unos estudios de esas bolsitas que venden y hemos visto que viagra sí es viagra, el éxtasis es éxtasis, pero el que viene de PrEP en un 50% es acetaminofén. Lo único de lo que puedes tener seguridad es que al día siguiente no vas a tener guayabo, pero vas a tener un dolor de cabeza para toda la vida”. Además, de insistir en la necesidad de saber que no se tiene VIH ni ITS que pueden diagnosticarse con un pinchazo en 5 minutos. La PrEP no es para todo el mundo. Todos vamos al médico y nos dan antibiótico 7 días, pero nos lo tomamos 5 días y después si no eres juicioso lo que vas a hacer es que te vas a infectar y vas a seguir contagiando a más personas.

Para contrarrestar este panorama, estos profesionales de la salud buscan convencer a las personas de que *PrEP no es una pastilla*, sino una *estrategia*. Estos mismos profesionales que he citado acompañaron su preocupación con un “recordatorio” de este tipo. La funcionaria señaló:

Queremos quitar un mito enorme frente a PrEP: que es la pastilla. No es la pastilla, es una estrategia preventiva muy compleja (...) Tiene que estar una pastillita en un entorno de prevención combinada que aborde la educación, los determinantes de esa persona, la violencia (...) No es ‘venga le doy la pastilla, tome empétese a ver cómo sigue’. No, eso no es así.

Y, el médico indico qué:

PrEP no es un medicamento, es una estrategia. Esto implica que usted va a donde un médico que sabe del tema, se testea para saber si tiene VIH y además Hepatitis B porque el medicamento también puede ser usado en la hepatitis B con el agravante de que si se suspende, la hepatitis B se intensifica (...) Está rodando en la calle, hay mucha desinformación, no boten la plata, no se los van a dar adecuadamente, es su cuerpo y su seguridad la que está en juego. Infórmese con nosotros, los profesionales de la salud.

Como ha permitido ver la experiencia de personas que han hecho uso de la PrEP por fuera de la institución médica que se ha mostrado hasta este punto, no hay relación necesaria entre hacerlo de esta manera y la falta de monitoreo o control. Sin embargo, estos escenarios de preocupación, tanto de médicos como de salubristas, marcan con insistencia la importancia de que quien acuda a este método de prevención sepa que la PrEP no es una pastilla. Pero, curiosamente, sus mismas campañas de difusión y las estrategias educativas que proponen se saltan esta puntualidad.

“Tomarse la PrEP” fue una de las expresiones más comunes que escuché, por parte de muchas personas, al momento de referirse al hecho de consumir el medicamento. Presente incluso en la intervención del panelista preocupado por los sobres que venden en las discotecas. Él no habla de antirretrovirales, dice que en estos sobres se incluye “una de PrEP”.

De hecho, una de las “cápsulas” de video de la estrategia educativa, titulada *¿Qué es la PrEP?*, nos presenta en sus primeros segundos a un hombre tomando una pastilla. Una mujer sentada a su lado le pregunta sorprendida al verlo “¿Usted qué se está tomando?” a lo que él responde, con un tono de obviedad, “¡Pues la PrEP!”. En el evento de presentación de estas cápsulas, sus creadores explicaban que hacían uso de un lenguaje “coloquial” que pudieran entender todas las personas, especialmente los jóvenes y que no se quedara en el uso de palabras técnicas. De hecho, estas cápsulas, dicen sus creadores, están pensadas para que las puedan usar todas las personas en espacios de educación o en salas de espera de centros médicos.

Pero, más llamativo aun es el correlato visual que tiene el “tomarse la PrEP”. Las campañas mediante las cuáles se buscaba difundir información venían acompañadas, en varias ocasiones, por medio de ilustraciones en las que la PrEP es de hecho una pastilla. Esta forma de producir visualmente el “tomarse la PrEP” ha sido común en varias campañas alrededor del mundo:



Figura 15. Pastillas "PrEP".

Fotos propias. A la izquierda, publicación de libre circulación “Periódica”, distribuida en conversatorios de El Punto de No Retorno, número especial dedicado a la prevención combinada y a la PrEP. En el centro, folleto distribuido en el primer conversatorio después del lanzamiento de la prueba piloto de PrEP en Bogotá. A la derecha, folleto “Tô Pr&Parada”, distribuido en saunas y bares de la ciudad de São Paulo.

A pesar de que “tomarse la PrEP” no corresponde con la forma en que alguien se vincula a la *estrategia* PrEP, se constituye como la forma de comunicar y apostar a llevar una tecnología biomédica a la vida de las personas, pese a no van a encontrar comprimidos que tengan grabada la sigla “PrEP”.



Figura 16. Medicamento usado para PrEP.

A la izquierda, foto aportada de manera voluntaria por un participante de la prueba piloto de PrEP en Bogotá que desea mantener su identidad anónima (Bogotá, 2019). Al centro y a la derecha, Fotos aportadas de manera voluntaria por un usuario de PrEP en São Paulo que desea mantener su identidad anónima

No sólo se pliegan las vidas de las personas que se acercan a la PrEP y las prácticas de los clínicos, también se desdobra la lógica de la prevención, crea dobles que no corresponden a su fundamento, en cuanto esto permitan abrirse a conexiones, a ser recibida en la cotidianidad. La PrEP aparece entonces como un elemento múltiple que requiere que las relaciones se moldeen para que confluyan tecnología y usuarios. Su multiplicidad está edificada en esta plasticidad de las relaciones para acomodarse en cada registro.

Soltar para plegar: desterritorialización y captura

A lo largo de estas páginas intenté señalar que, en las experiencias de las personas que pude conocer y que hacen uso de ella, la PrEP se hace en medio de entramados afectivos, en presencia

de otros, suponiendo la colectividad y recogiendo una voluntad que no puede ser reducida al individuo. Sin embargo, también se hace desde una serie de prácticas orientadas por una *racionalidad de la prevención*, que presuponen a un individuo autónomo, calculador y racional; y que al orientar ciertas prácticas, presenta estos entramados afectivos bajo las imágenes de usuario y de paciente, aplanando toda la geografía afectiva que es constituyente. Esto me llevó a proponer una lógica de pliegue y despliegue de aquello que desborda los binarios modernos de individuo-colectivo, razón-pasión, orgánico-inorgánico, entre otros. Todos estos procesos que han sido tratados a lo largo de este capítulo ponen sobre la mesa que el crear conexiones entre personas y tecnologías supone que en ambos “lados” se pase por redefiniciones de contornos, de manera tal que se haya convergencia. Sin embargo no se trata sólo de un proceso de construcción de alianzas, pues la *racionalidad de la prevención* que acompaña la “llegada de la PrEP” y todas sus ideas de cuidado fundadas en un individuo racional que se auto-determina en pro de su propio bienestar, suponen una versión excluyente de los procesos de agenciamiento colectivo, de esas relaciones sociales en las que nunca se está solo y en los que se hace difícil reconocer límites para el individuo y la voluntad. Isabelle Stengers (2010) permite comprender de manera interesante, acudiendo a Latour, las implicaciones que están en el fondo. La autora está de acuerdo en que la ciencia se compone de acciones como la búsqueda del reconocimiento social y la legitimidad académica, la movilización de recursos o la representación pública. Examinar este proceder permite comprender la ciencia como “construcción social”, pero no basta para comprender cómo ella produce un estado de cosas, cómo realiza un acto de creación en el mundo que la sostiene. La autora recupera entonces la idea de Latour de la creación de enlaces y nodos para explicar cuál es el poder que subyace. Pone el ejemplo del experimento como una entidad tecnocientífica que no corresponde con experiencias particulares: una manzana cayendo deja de

ser tal cosa para convertirse en un nodo, tras el experimento con esferas en un plano inclinado de Galileo. Mediante un proceso material se crea una entidad que permite que elementos heterogéneos que no tendrían razones para ir de la mano, aparezcan como naturalmente relacionados y que moviliza poderes para que la voz de su artífice ya no tenga que estar, sino que sea ese nodo, como el experimento de Galileo, el que pueda habar y suponga un deber de reconocimiento para los pares.

Los pliegues y despliegues sobre los que se soporta la concreción de la *racionalidad de la prevención* suponen que las relaciones de significación establecidas tanto para “usuarios” como para promotores de la regulación deben reconfigurarse respecto a sus asignaciones “iniciales”. En cuanto se puedan consolidar como registro experto u oficial, los arreglos sociomateriales orientados por una *racionalidad de la prevención* implican un recorte de las relaciones constitutivas de las tecnologías en la *vida* y una nueva arquitectura de los elementos que usa para darse consistencia a sí misma. A este proceso de ruptura con las relaciones de significación inicial, Deleuze y Guattari (1988) le llaman desterritorialización. Los elementos que soportan estos arreglos sociomateriales como la apuesta por la regulación, están desterritorializados. Por eso, al hablar de una *racionalidad de la prevención* me refiero a una fuerza que empuja varios conjuntos de prácticas, tanto de médicos y salubristas a favor de la regulación, como de personas que usan la PrEP o están dispuestas a hacerlo, hacia un norte particular. Esta es la razón por la que no creo pertinente afirmar la existencia de entidades claramente distintas, sino la existencia de una orientación que aprovecha la plasticidad del *ser* para atraer una serie muy profusa de procesos.

Habiendo señalado lo que entiendo por *racionalidad de la prevención*, en el siguiente capítulo, exploraré cómo este devenir resulta problemático frente a la posibilidad de que los

entramados afectivos involucrados se ponen en función de unos programas de género y de mercado que los disuelvan, buscando una transición hacia la individualidad.

Capítulo III: “El control está en tus manos”

Hasta este punto he presentado una serie de entrelazamientos sociomateriales en los cuales entra a configurarse la PrEP y una diversidad de procesos que los mismos siguen. En el primer capítulo hice énfasis en la manera en que estos comprenden diversas personas, tipos de relaciones y más-que-humanos que hacen imposible entender la PrEP como una tecnología aislada del devenir del VIH y sus protagonistas. En el segundo capítulo abordé la PrEP misma, analizando su configuración en medio de entrelazamientos y señalando que las personas la hacen posible en presencia de otros, siendo esta un objeto colectivo. Este hacer, sin embargo, se ve interpelado por una *racionalidad de la prevención*, una orientación puesta en escena por un grupo de prácticas que se encuentran con estos entramados afectivos de lo colectivo. Este encuentro implica una serie de procesos de pliegue y despliegue, haciendo que estos entramados empiecen a reconfigurarse para ordenarse acorde a la idea de un individuo autónomo que toma “buenas decisiones”. En este capítulo exploro con más detalle cuál es la dirección que propone esta *racionalidad de la prevención*. No afirmo que la misma sea totalmente exitosa, aunque pueda afectar las relaciones sobre las que se quiere volcar. Busco señalar cómo su instalación en las prácticas de médicos, salubristas y personas que hacen uso de la PrEP, tiende a modelar la profusión de sentidos para concretarlos en la lógica de un sujeto individual que sigue un programa de género y que se ajusta a un ideal de mercado. Para iniciar, quiero señalar de qué prácticas me valdré para explorar este asunto en contraste con las que he venido explorando hasta ahora, de activistas y personas que hacen uso de la “PrEP Salvaje”.

Como lo señalé al comienzo de este texto, lo que parece un esfuerzo unificado de la prueba piloto por regular la PrEP en unos términos muy particulares, se fue armando gradualmente y sólo se empezó a hacer evidente en cierto momento del trabajo de campo. Hubo dos elementos

que marcaban el ritmo que unificaba esta serie de prácticas de médicos, salubristas, funcionarios públicos y consultores de agencias internacionales. El primero era la proyección de la prueba piloto, que comenzó a aparecer en las conversaciones meses antes de su emergencia. En ella se empezó a marcar la pauta sobre cuál debía ser la PrEP regulada, lo que conllevó la exclusión de otras posibilidades. En un *conversatorio* de la segunda mitad de 2019, apenas un par de meses antes del lanzamiento de la prueba piloto, me acerqué a un funcionario público reconocido por su compromiso y su larga trayectoria en promoción de políticas públicas relacionadas con el VIH/SIDA. Lo abordé, por sugerencia de un médico con quien ya había conversado, y le comenté mi intención de conocer su trabajo y los procesos de los que ya lo había escuchado hablar antes en otros *conversatorios*. Su respuesta me permitió evidencia esta pauta clara de la que hablo. Me preguntó, dándole cierre a la conversación “¿Ya conoce la aplicación de PrEP de la OPS? No puede hacer una tesis de PrEP si no la conoce. Ahí están todos los datos de punta”. A manera de tarea, me indicó que debía descargarla y leer toda la información que allí estaba contenida. Dicha aplicación pone a la mano la información de la manera en que la OMS recomienda comprender la PrEP que expuse ya en la introducción de este texto. La respuesta cortante de este funcionario, mostraba una suerte de proceso de estandarización y de creación de una doctrina que ya no se abría al diálogo.

El segundo elemento que comenzaba a marcar la unificación de estos agentes era la manera de producir materialmente su versión de la PrEP, protagonizada por la atomización de lo colectivo y la puesta constante en escena de un individuo genérico. He señalado antes cómo se concretaba la espacialidad y las dinámicas en las que sucedían esos conversatorios, en oposición a espacios más amables y fluidos. El funcionario en cuestión presentaba una aplicación radicalmente distinta a aquellas de las que hablaba en el primer capítulo, pues en ella la PrEP era

sólo la relación de un usuario individual con textos de consulta²⁴. En sentido estricto, siguiendo la manera en que planteé el concepto en el primer capítulo, esta aplicación no haría parte de un *mundo virtual*, pese a ser accesible por dispositivos móviles, pues no sería un desafío al estado actual de cosas, no pondría de presente la latencia en curso de algo exterior a la norma, como sí lo hacían las relaciones que se concretaban a partir de aplicaciones como *Grindr* que hacían evidentes los entrelazamientos entre humanos y más-que-humanos que articulaban y eran articuladas por la PrEP.

La apuesta por a regulación contaba incluso un folleto, lanzado en diciembre de 2019, casi un mes después de que la prueba piloto había sido puesta en marcha, titulado *¿Estás listo para la PrEP?*. Este tenía adherido un condón con el sello de Hetero Labs, la compañía farmacéutica que produce los antirretrovirales y que hace parte de la prueba piloto. Las imágenes usadas pueden ser encontradas a través de *Google*. El texto prescribía una sola posibilidad de toma y referenciaba únicamente el medicamento de este laboratorio, afirmando que sólo podía obtenerse en la prueba piloto. Se trata de Fovirem, de los laboratorios Seven Pharma. Pese a todas estas restricciones, el folleto cierra con un mensaje: “El control está en tus manos”. Es un folleto que no pliega, en el sentido que venía tratándolo en el segundo capítulo, que no supone ningún entramado afectivo reorganizado, que tanto a través de la imagen como del texto, presenta relaciones de significación que no *se cruzan por la vida*.

²⁴.



Figura 17. Folleto "¿Estás listo para la PrEP?"

Bogotá, 2019. Versión digital difundida en redes. Recuperado de:
<https://www.facebook.com/ActuaPositivobytheatron/photos/a.434248877259669/438476500170240/?type=3&theater>

Si he logrado hacer ver la importancia de las aplicaciones, de los folletos y de las formas de hacer uso de la PrEP en todas las otras experiencias que presenté anteriormente, la persona que me lee entenderá el hermetismo que suponen el grupo de relaciones a las que me refiero en este capítulo. Los entramados afectivos se convierten en prescripción, las presencias en modelos de comportamiento. Estas son las relaciones de las que parto en este capítulo para explorar con más detalle la manera en la que se concreta esa *racionalidad de la prevención*. En el primer apartado analizaré la manera en que ellas componen a un sujeto adaptado al mercado para hacer posible la PrEP. En el segundo me referiré puntualmente a los programas de género que se vinculan a este sujeto. Para terminar, propondré una reflexión sobre el poder vinculante que puede tener esta producción de sujetos idealizados respecto a la vida de las personas.

Corresponsabilidad, derechos y comunidad: la “decisión” y el mercado

Para poder pensar en cómo se construye un sujeto ideal para la PrEP, en el marco de una lógica de mercado, considero importante destacar primero la fuerza vinculante que la misma

tiene. Posteriormente, propongo revisar una tensión entre los médicos y salubristas que unificaron su esfuerzo en la prueba piloto respecto a otros médicos y gestores comunitarios, en torno a si la PrEP debería manejarse desde un modelo clínico o desde un modelo comunitario, en cuanto la misma hace explícita la imposibilidad de ambos bandos de considerar la PrEP fuera de las lógicas del capitalismo global que sostiene el negocio de las farmacéuticas.

Para comenzar, propongo volver a las experiencias de Beto y Diego, de quienes hablaba en el capítulo anterior. Una de las preocupaciones del primero era que la tranquilidad que le había ofrecido la PrEP se llegara a ver interrumpida por el precio alto y fluctuante del medicamento. La prescripción médica que tenía lo autorizaba para que le dispensaran el medicamento en una farmacia que contara con existencias aunque el costo lo debía cubrir él mismo. Cuando conversamos por primera vez, él sólo conocía una farmacia en la que podía comprar el medicamento. Acudía a este lugar mensualmente sabiendo que era posible que no hubieran existencias o que el precio hubiera cambiado:

Puede haber de 280.000 de un laboratorio y al mes hay de otro laboratorio de 320.000 o 340.000, siendo la misma vaina. Y es donde se encuentran más económico porque en otras farmacias que los venden oscilan en 450.000 o 500.000. Los precios son altísimos.

Beto se ha visto en aprietos varios meses al momento de pagar el medicamento. En una entrevista que realicé poco después con un médico, aproveché su disposición para comentarle esta situación. Beto no quería que nadie tuviera un dato que permitiera identificarlo, por eso hice de canal de comunicación entre él y este médico, quien lo asesoró para encontrar un genérico de menor precio: Fovirem. Aun cuando este cambio de medicamento suponía un gasto menor, el pago mensual seguía significando un esfuerzo importante para Beto en relación con su salario y sus obligaciones. Sin embargo, él se mantiene con la intención de pagar: "Si lo quieres cuesta y,

pues, por seguridad, uno paga”, dice él. La posibilidad que ofrece la PrEP se materializa únicamente dentro de unas lógicas de mercado, que siente de manera mucho más directa por la inestabilidad de precio que es causa de la no regulación de los medicamentos, pues la demanda de importación se genera acorde a la cantidad prevista para el uso autorizado, es decir, para TAR.

Diego, por otro lado, había pasado de comprar el medicamento a ese proveedor en otra ciudad a formar parte de la prueba piloto. La razón concreta por la que hizo este cambio fue la sensación de que la relación comercial con este vendedor podía acabarse en cualquier momento y, al igual que Beto, no quería perder la tranquilidad que el medicamento le permitía sentir. Al iniciar a hacer uso de PrEP en el marco de la prueba piloto, usa Fovirem. Diego no entró entre los 450 cupos subsidiados del programa, pues él considera que tiene la capacidad de pagar su tratamiento. Sin embargo, ahora paga mucho menos.

A la fecha, Fovirem es el único medicamento que se registró en el INVIMA con uso preventivo y que, por lo tanto, podría ser usado para la PrEP en los sistemas públicos de salud sin necesidad de una prescripción *off-label*. Esta es precisamente la razón por la que la prueba piloto en Bogotá lo prescribe. Los folletos de información contienen el sello de la empresa farmacéutica Hetero Labs y de la importadora Seven Pharma. Sin importar si Beto lo paga en una farmacia con su prescripción *off-label*, si Diego lo recibe a costo reducido dentro de la prueba piloto o si otra persona que tiene un cupo subsidiado lo recibe gratis, Hetero Labs recibe ganancias. La farmacéutica convierte la tranquilidad en comprimidos de toma diaria. La pildora, en tanto mercancía, se construye dentro de un entramado múltiple que tiene que ver con distintos afectos. Por tanto, cualquier tipo de decisión sobre la PrEP y su regulación tiene efectos sobre las personas, sobre las relaciones complejas de los entrelazamientos que las constituyen. Preciado

(2008) permite ahondar en tales efectos al llamar la atención sobre la manera en que el devenir público de sexo se asocia a la producción de plusvalía. Sostiene que el capitalismo contemporáneo depende de la producción, tráfico y consumo de drogas sintéticas e imágenes pornográficas que hacen el papel de prótesis de subjetividad. A los órganos y, especialmente, a los fluidos les sigue un proceso de privatización, de generación de necesidad de consumo y de extracción de plusvalía. En su teoría, sostiene que los cuerpos participan de una u otra forma en la economía desde su configuración prostética y procesual, incluso a nivel molecular con la ingestión de medicamentos, como los antirretrovirales.

Situado en esta perspectiva, procedo a analizar la discusión entre médicos y salubristas sobre establecer un modelo de PrEP comunitario o clínico a partir de las dinámicas de mercado que una u otra suponen. Este análisis sólo tiene pertinencia para el objeto que persigo en cuanto permita pensar cómo una u otra decisión implican, necesariamente, efectos de realidad en la vida de Diego, de Beto, afectando la manera en que los entramados afectivos que habitan se sostienen o no.

¿Un consultorio para la PrEP?

Los médicos con los que conversé entendían que había al menos dos modelos posibles para pensar la implementación de la PrEP. Procederé a describir estos para mostrar su relación con las personas y la manera en que interpelan las vidas que he venido retratando. Así, podré, posteriormente, analizar el debate en cuanto tiene consecuencias para la vida. Al primer modelo lo llaman clínico y consiste en concentrar todos los servicios dentro de centros médicos especializados, como lo hace la prueba piloto en Bogotá. Por tanto, los “usuarios” deben asistir a centros clínicos que vienen operando como prestadores de servicios de salud desde hace ya

varios años en la ciudad. Al segundo modelo lo llaman comunitario y propone que los servicios sean prestados por organizaciones de base comunitaria y se muevan a otros lugares no asociados a la clínica. Este segundo modelo es promocionado, principalmente, por personas que llevan años trabajando de esta manera y afirman haber logrado acceder a personas que el modelo clínico excluía. Facilitan entonces la prestación de servicios pese a problemas como la no documentación o la no afiliación a sistemas de salud que enfrentan problemas como quienes ejercen trabajo sexual en condiciones precarias, las actitudes de discriminación de varios médicos generales y especialistas o su incapacidad de reconocer a la otra persona en su diferencia, sólo por mencionar algunos. Proponen, por tanto, que la distribución de los medicamentos y de los servicios de salud tenga como gestores principales a las organizaciones de base comunitaria, llevando los espacios de diagnóstico, prescripción y control a los barrios y las calles o, al menos, a sus propias instalaciones. Cada una de estas apuestas supone una serie de prácticas que interpelaban directamente la manera en que se abría la PrEP frente a las personas.

Una de las razones por las que Diego duró un tiempo comprando el medicamento de la PrEP a un vendedor no autorizado en otra ciudad y realizando los controles gracias a los favores de sus amigos médicos mediante la contratación de servicios de laboratorios privados, era la experiencia desagradable que enfrentó cuando buscó obtener la prescripción del medicamento en su sistema de salud. Sabía que la PrEP no estaba incluida en el plan de aseguramiento, pero esperaba poder obtener una prescripción justificada por un médico, como sabía que algunas personas lo habían hecho en el país, por lo que solicitó una cita con su entidad prestadora de salud. Allí, la doctora que lo atendió, en medicina general, le ordenó tomar los exámenes de función hepática y renal, pruebas de sífilis, hepatitis y gonorrea, VIH y le programó cita al mes. Sin embargo, Diego no dejó de notar una serie de gestos y una actitud de incomodidad cuando le

comentó que el motivo por el que quería iniciar con la PrEP era que él y su novio se encontraban en una relación abierta. Realizó todos los exámenes en laboratorios particulares para agilizar el proceso. Una vez tuvo listos los exámenes, la doctora los revisó y al verificarlos le dio una remisión a psicología, diciéndole de manera abierta que “tener una pareja abierta no era un buen esquema, que siempre y sobre todo en las relaciones homosexuales tiene que utilizar condón”. Le sugirió que, en cambio de considerar la PrEP, debía acudir a terapias para tratar modificar su conducta sexual. La molestia de Diego fue tal que decidió dejar de manera inmediata la cita. Pensó en poner la queja, pero, como él mismo dijo:

Ese es el tipo de cosas que uno al final se cansa y dice ¿para qué? Porque esto al final va a ser un desgaste más para mí y muy seguramente voy a llegar a una persona igual o más conservadora que esta y voy a terminar aun más deprimido con esto.

Esta es una de las experiencias que las personas que trabajan desde lo que llaman un enfoque comunitario busca evitar a través de un servicio que nombran como “amigable”. Dos organizaciones de base comunitaria en la ciudad de Bogotá han abierto al público servicios de pruebas rápidas de VIH y de ITS en los que el personal recibe capacitaciones sobre cómo referirse a las personas respetando el pronombre que ellas elijan, la importancia de comprender los proyectos sexuales y las formas de vivir el erotismo de las personas y, sobre todo, de atender de manera tranquilizadora a las personas. Estas organizaciones se han especializado en VIH/SIDA y temas de salud sexual y reproductiva, haciendo presencia en las calles, en los lugares de fiesta y encuentro sexual, de múltiples maneras. Los gestores comunitarios de los que hablé en el primer capítulo, aquellos que me recordaban que la PrEP es parte de una lucha que adelantan hace muchos años, pertenecen a este enfoque de trabajo. Mi acercamiento a este par de organizaciones tuvo lugar en medio de su involucramiento con la regulación de la PrEP que

tuvo que ver, al comienzo, con participación en los *conversatorios*, la generación de alianzas para referir a la población a los servicios de pruebas rápidas e incluso con la participación en reuniones de planeación. Sin embargo, ni ellas ni el sector oficial terminaron participando directamente en la implementación de esta prueba piloto y hubo distintos grados de distanciamiento frente a la manera en que esta se estableció.

La apuesta por lo comunitario se traducía en participar no sólo de los *conversatorios* sino una serie de espacios cotidianos en los que nos movíamos personas para las que el VIH tiene una fuerte presencia en nuestras vidas: sitios de fiesta, parques y lugares de encuentro. Incluso, ese *mundo virtual* compuesto por la posibilidad de relacionarse con otras personas a través de un chat, contaba con su presencia, con mensajes en aplicaciones como *Grindr* o redes sociales como *Twitter* que invitaban a la gente a acercarse a ellas.



Figura 18. Publicidad de PrEP en Grindr.

Captura de pantalla en Grindr, 2019.

Uno de sus protagonistas me señaló la importancia de lo comunitario para el momento en que la prueba piloto apenas se estaba planeando. Él esperaba que las organizaciones de base comunitaria pudieran ser actores principales:

La ventaja de lo comunitario es que tiene eso, que está en contacto con las personas. Personas como yo, como J o como L, como todos los que trabajan aquí, que tienen conocimiento, pero aparte la vivencia y estamos en la jugada. Ese es como el *plus* nuestro, que reconocemos cómo son las cosas. No le ponemos filtros a la realidad y creo que el hecho de que el profesional sea un par, le da mucha tranquilidad a las personas

Un profesional de la otra organización pone de presente el obstáculo que supone un modelo que no se ajuste a los contextos que ellos ya conocen por sus años de trabajo, no sólo desde su experiencia en materia de VIH sino en temas de salud sexual en general. Insiste en que “Colombia tiene que quitarse la máscara de ser tan médico dependiente” y me lo explica desde su experiencia ,como enfermero, respecto a los anticonceptivos y las regulaciones que supuso la ley 100. Estos pasaron de entregarse de manos de los enfermeros en sus zonas de atención a los hospitales, al médico. En su opinión, fueron las tasas de embarazos crecientes tras esta restricción las que le hicieron devolver la posibilidad de entrega a los enfermeros

¡Oiga! por qué carajos dentro de la guía de atención al PrEP que debe sacar el país no incluyen a los enfermeros profesionales como idóneos para hacer la formulación y el seguimiento. También le bajan los costos a la estrategia PrEP. Y que se piense la dispensación en servicios comunitarios porque es dónde están las poblaciones.

En la organización de la que hace parte atienden alrededor de 1000 personas anualmente y, de estas, diagnostican al menos 100. Son esos 900 no diagnosticados a los que tiene acceso la

organización, quienes considera como el objetivo directo para promover las tecnologías de prevención como la PrEP.

Ambas apuestas, la de lo clínico y la de lo comunitario, parecen distanciarse la una de la otra. Sin embargo, ambas comparten el hecho de que se hacen dentro de lógicas de mercado. Propongo seguir, valiéndome del debate que pude detectar entre quienes apoyan un modelo o el otro, para analizar cómo estos se componen como variaciones de lo que Preciado anunciaba como una forma de producir plusvalía a partir del devenir público del sexo y que, sostengo, beneficia altamente a la industria farmacéutica.

“La PrEP (no) es un derecho”: entre lo clínico y lo comunitario.

Pese al establecimiento de la prueba piloto, alguna gente sigue apostando por promover el paso hacia un modelo comunitario. En el primer semestre de 2020, una de ellas realizó un evento de socialización de varias experiencias a nivel internacional de modelos comunitarios de PrEP. Retomaré este evento, en cuanto en él se expresaron las dos posturas en términos económicos, para mostrar cómo configuran un mercado en relación con la PrEP.

Esta organización reunió a un grupo de miembros de varias organizaciones latinoamericanas y una canadiense para compartir sus experiencias de implementación de PrEP comunitaria en cada país. Quienes convocaron el evento, abrieron el espacio afirmando que conocer estos procesos de implementación en otros países permitirían trazar una ruta de acción desde lo comunitario en Colombia en cuanto “La PrEP es un derecho” y debe estar a disposición de las personas. Sin embargo, antes de que pasaran los representantes de estas otras organizaciones invitadas, un miembro del Ministerio de Salud realizó una exposición que, aclaró, estaba compuesta de reflexiones “enteramente personales y no implican una línea de política” pese a que en su presentación estaba el sello de la entidad que representaba. Cabe recordar que aunque

el Ministerio no participa de manera directa en la prueba piloto, la ha apoyado abiertamente en varios espacios, como los *conversatorios* e incluso financió las pruebas de hepatitis B que allí realizan.

La exposición del funcionario partió de reconocer que “hay que salvar algunas dificultades de carácter político, técnico, económico a efectos de que realmente pueda ser una realidad”. Al decir que no es una realidad se refiere a que, desde la ley estatutaria en salud, pese a la perspectiva que orientaba el encuentro, “La PrEP no es un derecho, porque no está legislada, porque no está reglada”. En su perspectiva, la PrEP aún debe alcanzarse como derecho mediante un proceso de regulación en el que se definían “los alcances y los límites, por qué, a quiénes sí y a quienes no, en qué circunstancias”. Todo este proceso, aclara, está condicionado por los recursos del sistema de salud que se acomodan a una serie de elecciones:

El problema es el principio de justicia, en donde entran a competir los derechos sexuales y los reproductivos. No es lo mismo la ley de infertilidad, donde un tratamiento de infertilidad puede llegar a costar, un solo ciclo de reproducción asistida, treinta millones de pesos. No es el caso de la PrEP. Pero, de todas formas, el número de personas con infertilidad no es el mismo de personas que pudieran estar requiriendo PrEP. Y entonces, a pesar del bajo costo, por el tamaño de la población, pudiera tener problemas en el acceso económico y más cuando todos los eventos en salud pública y todos los derechos sexuales y reproductivos compiten (...) Vieran ustedes los reclamos de las mujeres que no pueden tener hijos. Son luchas y son activismos muy similares a los que se pudieran dar desde estos espacios.

Desde esta posición, él y la entidad para la que trabaja respaldan la prueba piloto como forma de aportar un modelo de inversión que permita justificar el beneficio económico de la PrEP en

esta “competencia” de derechos, al tiempo que daría perspectivas sobre cómo adaptarla al contexto específico del país. Este esfuerzo por regular la PrEP se traduce en hacerla parte de los servicios clínicos ya existentes.

La apuesta de la organización que convocaba era, en cierto sentido, distinta. En el momento de tomar la palabra en el evento, expusieron que la espera y la inversión de tiempo que el proceder del Ministerio de Salud implicaba eran no sólo innecesarios sino que también desconocían una serie de procesos que ellos y otras organizaciones han realizado. El vocero de esta organización sostuvo ante el auditorio que es necesario que el medicamento sea declarado de interés en salud pública, para que los costos puedan regularse y, en ese sentido, incluso tendría que hacerse un “cacerolazo” frente al ministerio: “Si el criterio médico define que el usuario requiere PrEP y que le va a salir más barato darle una botella de PrEP, y además genérica que ya está disponible en el país”, el problema depende, para él, de las entidades administrativas. Su pregunta es ¿por qué razón no reconocer esto como un derecho si hace parte de los derechos sexuales?

Queremos PrEP en Colombia ya y en articulación con los servicios comunitarios, con las organizaciones de base comunitaria. ¿Por qué no podemos tener servicios comunitario u organizaciones de base comunitaria estructuradas en el modelo que sean capaces de brindar esta respuesta que en el sistema de salud no vamos a tener (...) con pares, con búsqueda activa, con estrategias de llegada a la población en su contexto, donde está (...) eliminar las barreras administrativas, brindar acompañamiento psicosocial y ¿por qué no? Distribuir la.

En su concepto, todo el tema clínico al que se está acudiendo desde la prueba piloto es un esfuerzo para demostrar un beneficio económico que ya ha sido objeto de múltiples

investigaciones. Además, evalúa la implementabilidad de la tecnología desde un lugar que aleja a la gente de la misma, es decir, que la niega como derecho. Dentro de los avances que ignora esta prueba piloto, señala él, está el acompañamiento que ellos mismos han hecho a personas que usan PrEP:

Identificamos un proceso de PrEP salvaje, personas que ya estaban accediendo a PrEP por sus propios medios compra en páginas de internet, importación, envíos internacionales. Eso no está mal, el problema es que para eso está el Instituto de validación de alimentos y medicamentos de nuestro país. Es un riesgo que estas personas que hacen PrEP salvaje estén consumiendo harina de trigo comprimida con anilina azul, qué puede pasar. Entonces, poblaciones auto medicadas sin información al respecto (...) ahí viene todo el ejercicio de educación. Información a las poblaciones sobre el uso adecuado de la PrEP a través de estrategias educativas, información sobre el medicamento y el principio activo disponible con el registro sanitario y orientación para que lo pidiera a su médico tratante en su servicio de salud.

Las apuestas de ambos, ponen sobre la mesa el hecho de que lo clínico y lo comunitario implican procedimientos y esfuerzos distintos. El funcionario del Ministerio y el vocero de la organización me permiten trazar, dentro de las prácticas de los médicos y los salubristas, una aparente tensión. Sin embargo, pese a que lo comunitario tenga otras intenciones, no puede eludir las dinámicas del mercado, o, al menos, así lo presentan este vocero y un miembro de otra organización con el que pude conversar unos meses antes.

Este último señala que la PrEP comunitaria supone una serie de dificultades para las organizaciones. Considera que hay un límite frente a la manera en que llegan los recursos a las

organizaciones. Su experiencia le hace saber que los contratos con las EPS tienen muchos problemas y debe plantearse una “lógica de negocio” para que ellos puedan trabajar:

Básicamente tienes que tener un consultorio y tienes que tener un servicio de farmacia y si ese no es el núcleo de tu organización, pues es un servicio que está ahí no siendo completamente explotado. Entonces es una inversión para ajustar un consultorio, el *software* de historia clínica, tiene que haber una persona asistente, tiene que haber toda la infraestructura para que cumpla la norma (...) Definitivamente no puede entrar en una lógica diferente a las del mercado, no sería sostenible. Así funciona el sistema y así tiene que funcionar una clínica de ese estilo.

Tanto él como el vocero que venía exponiendo la PrEP como derecho, concentran sus esfuerzos para que puedan encajar con la producción farmacéutica. Si bien exigen mecanismos de regulación que no pongan el costo total en manos de las personas, no cuestionan la capitalización de la producción por parte de farmacéuticas internacionales. Al contrario, intentan mostrar cómo lo comunitario es un negocio funcional para el Estado, en cuanto cliente de las farmacéuticas. Uno de ellos expone:

Hoy en día, una persona con todos los esquemas de exámenes requeridos para iniciar PrEP puede gastar 350.000 pesos el primer más y 220.000 cada mes. De gasto de bolsillo del paciente. Si esto se hiciera por compra centralizada del país, o sea, una política del Estado, cada botella de antirretroviral puede salir a 18 dólares que son 60 mil pesos colombianos (...) O uso condón, o uso PrEP, o uso post exposición. O sea ¿cuál de esas estrategias puedo usar para contener la epidemia? Y el país también debe pensárselo desde ahí ¿Cuánto le puede costar... no en plata, sino en costos sociales, al año... ponle 2300 muertos? Ahí es dónde tiene que hacerse el análisis del asunto. No es solamente que

las poblaciones sean libres, sino como Estado preguntarse ¿esto cuánto costo social tiene? ¿Cuántas personas se mueren al año por no tener estrategias que, primero, reduzcan los nuevos casos y, segundo, que los que ya están identificados se mantengan y accedan de manera recurrente a la terapia?

En ese sentido, hay un reconocimiento incluso de ellos, que apuestan por lo comunitario, de la indisociabilidad de la PrEP respecto al mercado, de la relación del mercado farmacéutico con las cadenas globales de consumo que la nutren. La discusión con la prueba piloto, desde sus experiencias con lo comunitario, no es sobre la lógica mercantil que subyace, sino con los prodecimientos que se siguen para alcanzarla, pues el rendimiento eficiente y el modelo de negocio y ahorro aparece como el único horizonte posible de regulación de la PrEP. Exponen en términos de salud pública el papel constituyente de lo económico, que Beto vive cada mes, recalcando que a alguien le tiene que costar y sin considerarlo, es imposible que la tecnología llegue. La PrEP se hace con el capital optimizado. Pese a la disonancia de estas dos posturas, la base misma de la decisión es siempre el beneficio económico y el acceso a la industria farmacéutica. Tanto el llamado enfoque clínico como el comunitario son enfoques de mercado.

A esto me refiero al afirmar que se traza un sujeto de mercado en de la *racionalidad de la prevención*. La premisa de que el sujeto es capaz de decidir libremente es equivalente a la noción moderna del derecho y las estrictamente vinculadas como “igualdad” y “libertad”. El sistema de transacciones económicas, más costosas o más baratas para quien accede a la PrEP se presenta como elección, como la posibilidad de participar de un contrato en el que cada individuo, orientado por su razón, acepta una transacción. Esto es lo que Foucault (2006) ha llamado una teoría del poder soberano. Pero, como intentaba señalar algunas páginas atrás, la participación de las personas en los circuitos económicos globales mediante la PrEP no son decisiones

individuales y libres. Se trata de agenciamientos colectivos y de relaciones de involucramiento afectivo con la PrEP como mercancía. Hacer la PrEP dentro del marco del derecho, como se ha visto, es una manera de producir la vida acorde a un mercado, a una posibilidad de consumo y de participación en unos circuitos globales de consumo, por tanto, una forma de lo que Foucault (2006) llama el ejercicio de un biopoder:

No se trata de hacer jugar a la muerte en el campo de la soberanía, sino de distribuir lo viviente en un dominio de valor y de utilidad. Un poder semejante debe cualificar, medir, apreciar y jerarquizar, más que manifestarse en su brillo asesino; no tiene que trazar la línea que separa a los súbditos de los obedientes de los enemigos del soberano; realiza distribuciones en torno a la norma (p. 153)

Pero también consiste en abrir la *vida* a lo que Preciado (2008) llama un farmacopoder, una manera en que se gestionan los códigos que producen lo vivo a nivel molecular. Órganos y fluidos siguen un proceso de privatización, de generación de consumo y necesidad para extraer plusvalía de ellos. El derecho, como se ha planteado en este debate entre lo clínico y lo comunitario, no tiene nada de inmaterial o de idealista, es ante todo trabajo corporal, placer puesto en circuitos de excitación y frustración.

Habiendo trazado esta parte del sujeto que dibuja la *racionalidad de la prevención*, procederé a señalar cómo también existe un programa de género asociado. Ambos aspectos están íntimamente ligados.

Responsabilizarse del riesgo: La PrEP y el (tecno)género

En este apartado pretendo explorar la manera en que la producción de la PrEP, desde una *racionalidad de la prevención*, involucra lo que llamaré, siguiendo a Preciado (2008), un

programa de género. Me sigo acercando a la serie de prácticas que me interesan en este capítulo para mostrar que así como dibujan un sujeto articulado con el mercado al momento de hacer la PrEP en esquemas de regulación, le asignan un género que si bien lo hace funcional, reitera valores cerrados sobre la sexualidad. Propongo iniciar este acercamiento ubicando las dos categorías que sostienen este programa de género en la perspectiva que me interesa utilizar para analizarlas: hombre que tiene sexo con hombre (HsH) y mujer trans.

La herramienta de implementación de PrEP de la OMS contiene un módulo dirigido a gestores de políticas públicas de salud titulado “Planificación estratégica”. El mismo parte de la importancia de hacer que las estrategias de prevención sean aprovechadas de la mejor manera posible acorde a las necesidades de cada país y por ello propone una ruta para priorizar este servicio y así lograr obtener un mayor impacto en términos de reducción de infecciones. Este proceso se sostiene sobre el concepto de “riesgo significativo de contraer la infección por el VIH” que es explicado en términos puramente estadísticos: “Se define el riesgo significativo de contraer la infección por el VIH como una incidencia de infección por el VIH considerada superior a 3 por 100 personas-año en ausencia de PrEP (...)” (OMS, 2018. p. 4).

Esta guía no pretende ser prescriptiva en cuanto al “grupo poblacional” al que cada país debe apuntar. En cambio, propone que, a través de un programa nacional de VIH o una instancia capaz de revisar un conjunto sólido de datos, se analicen datos epidemiológicos pues: “dependiendo del entorno, se pueden identificar a estos grupos poblacionales mediante una combinación de la zona geográfica, el sexo, la edad o el grupo de población clave” (Ídem, p. 6). Dicho proceso debe ser complementado con la definición de lo que llaman “calculadoras de riesgo”, unos formatos de evaluación que indican si la persona y sus prácticas corresponden con el riesgo determinado para el grupo poblacional en el que se clasifica. Sin embargo, la guía

explica y condensa ese llamado “riesgo significativo” privilegiando como determinantes las prácticas sexuales y el consumo de drogas:

Hay diferentes factores que pueden condicionar si las personas corren un riesgo significativo de contraer la infección por el VIH; los más importantes son el comportamiento sexual, la utilización de drogas y el estado respecto a la infección por el VIH de la propia persona y de su pareja o parejas, así como la prevalencia y la incidencia de la infección por el VIH en el lugar de residencia. Las personas a las que se considera en riesgo significativo de contraer la infección por el VIH se encuentran en la mayor parte de los países y son en particular: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas que utilizan drogas inyectables, mujeres transgénero y trabajadores sexuales en muchos países del África subsahariana (...) Sin embargo, es posible que no todas las personas de estos grupos corran un riesgo significativo de contraer la infección por el VIH, e identificar a estos grupos y a estas personas puede ser difícil (OMS, 2018. p. 4)

Al final de este módulo, la herramienta presenta tres ejemplos de “calculadoras de riesgo”: dos de ellos contruidos en África, uno para parejas heterosexuales serodiscordantes y el otro para mujeres embarazadas y en periodo postparto; el otro, de origen estadounidense, diseñado para “Hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres”. Así, esta herramienta y sus lineamientos, crean una asociación entre la tecnología y un “usuario” que, en este caso, se hace inteligible mediante el riesgo en que lo ponen sus prácticas sexuales.

Estos lineamientos “poblacionales”, y la forma de hacerlos operativos mediante las “calculadoras de riesgo”, se reproducen en las prácticas de regulación tanto educativa como médica tanto de los *conversatorios* como de la prueba piloto. En esa medida, se constituyen

como material fundamental de análisis de este apartado, mediante el cual quiero exponer los programas de género que subyacen. Pero antes quiero situar la perspectiva teórica con la que procederé. Tanto la delimitación de poblaciones en riesgo como la creación de instrumentos de medición muestran que la PrEP, hecha desde la regulación, pone en marcha lo que en Estudios Sociales de Ciencia y Tecnología (ESCT) ha sido llamado un guión de usuario: la tecnología se ensambla de cara a unos sujetos idealizados, reflejando una manera de imaginar a otro. El ensamblaje y la distribución materializan los “roles estereotipados” de hombres y mujeres (Martin, 1991). En el momento en que una cantidad de vidas tan profusas se agrupan estadísticamente para crear “usuarios”, podríamos decir que aparece un “cuerpo social”, un objeto de gobierno que excede a los “individuos” y tiene consistencia por la “universalidad de voluntades” que se asume está contenida dentro de la idea de población (Foucault, 1980. p. 103-104). Una cantidad enorme de vidas y experiencias, quedan subsumidas bajo categorías como “HsH” o “transexual” que pretenden llegar a producir efectos de realidad en cada existencia singular, no sólo nombrándolas, sino dictando las líneas dentro de las cuáles se pueden hacer social y materialmente inteligibles, en este caso, como sujetos de riesgo objeto de la intervención biomédica.

Sin embargo autoras como Montgomery (2012) y Moore (1997) han señalado la movilidad de estos guiones, que debe ser considerada también frente a la PrEP. Montgomery analiza cómo la noción de usuario planteada desde laboratorios y desde las instituciones gestoras de tecnologías de salud londinenses frente a los microbicidas, otra tecnología de prevención del VIH, es transformada por las personas que reciben estas tecnologías en Zambia al “hacer las cosas públicas” (citando a Latour) . La autora muestra cómo los gestores de la tecnología en Londres se plantean una idea de empoderar de las mujeres que sufren de constantes abusos sexuales

dándoles microbidas para que puedan reducir el riesgo de infección de VIH. Esta idea requería de una mujer vulnerable, víctima de su marido, que decide romper un ciclo de maltrato (Montgomery, 2012. p. 931). Sin embargo, en Zambia las relaciones matrimoniales cobraron especial importancia y convirtieron el consentimiento informado, pensado desde la individualidad, en un asunto en el que hombres y mujeres participaban juntos. Montgomery afirma que ellas usaron el producto para reconfigurar las relaciones con sus compañeros. El ámbito del placer se vio transformado por usarlo a manera de lubricante o de insertar en la vagina el aplicador, algo que ellas reconocieron como nuevo y que, además, sus compañeros encontraron agradable. De esta manera, los usuarios, con sus prácticas, desplazaron la idea de que la tecnología tiene un género intrínseco y establecieron negociaciones con la misma desde las lógicas locales. Moore (1997), por otro lado, muestra cómo trabajadoras y trabajadores sexuales, en su práctica, logran modificar la función no sexual con la que se crean ciertos artefactos, haciendo evidente la inestabilidad de la noción de “sexo seguro” que opera en los productores de la tecnología y sus usuarios finales, al tiempo que deja ver la capacidad de transformación de tecnologías como el condón a partir de espacios grises entre lo que se considera o no como práctica de riesgo.

Podría decirse que esta movilidad frente a los guiones de usuario se ha evidenciado en las experiencias de “PrEP salvaje” presentadas. Los circuitos sexuales en los que el placer conduce el uso de la PrEP y la presencia de otros frente a los que se actúa, han permitido ver cómo esta tecnología de prevención se salta guiones de usuario y de “género” y toma rutas inusitadas en medio de la experiencia. Esta podría ser una manera de leer parte de lo presentado hasta ahora. Sin embargo, por la importancia que cobran las prácticas que reifican de la *racionalidad de la prevención* y los procesos de pliegue que efectúan en las experiencias de las personas, ocultando

la multiplicidad de la experiencia y las entidades involucradas, vale la pena ahondar en la manera en que hacen “usuarios” a través de guiones normativos y preconcebidos, para darle un estatuto distinto a la idea de “guión”.

En cuanto a la PrEP, Holt (2015) ha analizado sus procesos de definición de usuario en Estados Unidos. El autor propone que si bien existió un cambio desde la idea de usuario formulada en ensayos clínicos— la de un sujeto que está expuesto al riesgo por pertenecer a “comunidades vulnerables” o en “riesgo inminente” — tras la elaboración de protocolos de administración que privilegiaron más bien la capacidad de adherencia reflejada en la disciplina y disposición para realizarse las pruebas de chequeo; no dejó de existir un ideal regulatorio desde estancias ajenas a la vida concreta de las personas y sus experiencias. La serie de prácticas que reiteran la *racionalidad de la prevención* y que se articulan con los modelos “poblacionales” promovidos por la OMS, similares a las que Holt estudia, sugieren la necesidad de comprender estos ideales normativos no como un guión de género predeterminado, sino como un hacer constante y en devenir. Este es el giro que espero sea evidente en mi análisis.

En ese sentido, propongo volver al problema que sugiere Martin (1991) sobre la materialización de lo “masculino” y lo “femenino” a través de la tecnología, pero desde la dirección que vengo siguiendo, entendiendo la PrEP en medio de un devenir que hace imposible separar de manera clara a los “usuarios” de quienes extienden los rieles de la ciencia, como caracteriza Petty (2011) a los clínicos, haciendo uso de la metáfora latouriana: “Los hechos científicos, como los trenes, no funcionan fuera de las vías (*rails*). Es posible extender las vías y conectarlas, pero no se puede conducir una locomotora a través de un campo” (Latour, 1983. P. 38. Aclaración de traducción propia). Retomo entonces la idea que propone Martin, pero desde mi interés por comprender las prácticas, específicamente aquellas que producen género.

Entenderé entonces el género como un (re)hacer constante, abierto a desplazamientos, quiebres y reformulaciones. Propongo seguir a continuación aquellos procesos mediante los cuales se va haciendo una grilla o matriz de inteligibilidad para los cuerpos que son objeto de la tecnología PrEP, una forma de hacerlos posibles dentro de los espacios de la racionalidad de la prevención que se traducen en una posibilidad significativa para acceder al medicamento, especialmente dentro de la prueba piloto.

Poblaciones en riesgo.

Procedo a analizar, específicamente, cómo detrás de la idea de riesgo que se sostiene en las prácticas que articulan esta *racionalidad de la prevención*, se propone una entidad fija e inmutable que pretende abarcar una cantidad enormemente variada de cuerpos y sexualidades en las categorías: hombre que tiene sexo con otros hombres y mujeres trans. Para hacerlo, acudiré a los formularios de la prueba piloto que funcionan a manera de calculadora de riesgos y a los pronunciamientos de las personas que participaron en los *conversatorios*.

La prueba piloto de PrEP abrió 450 cupos completamente financiados, únicamente para 225 “HsH” y 225 “mujeres trans”. Este criterio se constituyó en uno de los filtros para que la gente pudiera entrar. Las personas interesadas debían entrar a un sitio web en el cual diligenciaban una encuesta que permitía evaluar el riesgo que tenía de contraer VIH. Dicho formulario, tras solicitar algunos datos personales, preguntaba a quien lo diligenciaba “¿Usted cómo se identifica?” y daba cuatro opciones de respuesta: Hombre que tiene sexo con hombres, mujer, mujer trans, otro género o sexo.

HAZ TU PARTE
Promoción Comunitaria del VIH

Inicio Autoevaluación Iniciar sesión

Conozca nuestra política de manejo de datos. [Ver política.](#) Aceptar

1. ¿Usted cómo se identifica?

✓ Hombre que tiene sexo con otros hombres
Mujer
Mujer trans
Otro género o sexo

Siguiente

Figura 19. Encuesta Prueba Piloto, pregunta no. 1.

Captura de pantalla del formulario en línea, 2019

Al respecto hay varias cosas por decir. “Mujer” y “Mujer trans” están separadas, mientras que “Hombre que tiene sexo con otros hombres” no requiere de ningún tipo de división. Por un lado cabe señalar que ni siquiera se está haciendo uso del calificativo “cisgénero”. El formulario da a entender que “mujer” es, de manera obvia, una forma de afirmarse que excluye lo “trans” o, que “trans” es una aclaración necesaria que sólo deben realizar ciertas personas que no están contenidas directamente por la categoría “mujer”. En segundo lugar, el formulario iguala sexo y género o, simplemente, no encuentra una diferencia relevante entre ambas categorías, saltándose una cantidad enorme de conceptualizaciones propuestas al respecto. Sin embargo, es posible pensar este proceso más allá de un uso excluyente o poco riguroso del lenguaje y buscar lo que subyace al mismo. Existen dos cuestiones que ayudan a pensar este problema, puestas sobre la mesa en los *conversatorios*.

La primera tiene que ver con el funcionamiento mismo del medicamento, como lo comentaron una epidemióloga y una activista de una organización para mujeres que viven con un diagnóstico VIH-positivo en un *conversatorio* de 2018. Esta activista responde una pregunta hecha por el moderador, con el mismo uso descuidado del lenguaje, sobre si la PrEP puede ser consumida por “mujeres”:

En cuanto al tema de mujer, es bastante debatida la PreP porque estamos hablando del tema de la desmineralización ósea, el cual, se aumenta en las mujeres (...) debido a que el medicamento tarda en llegar a las zonas vaginales (...) para que llegue el medicamento a la región de la vagina, más o menos se demora veinte días, mientras que en las zonas mamarias se demora más o menos siete días, por lo que debe estar expuesta más tiempo. Los medicamentos antirretrovirales generalmente tienen interacción con los anticonceptivos orales.

Sin embargo, tanto ella como la epidemióloga señalan que hay situaciones en las que el uso de PrEP sería favorable y afirman que no se sabe del todo por qué se ha investigado poco al respecto, dejando ver la debilidad del argumento. La epidemióloga recuerda que los primeros usos de la PreP fueron por parte de parejas heterosexuales serodiscordantes que estaban en embarazo y lo considera un tema aun muy importante. La activista agrega:

En el tema de mujer estamos un poco colgados (...) las tasas de infección todavía no son claras porque no hay suficiente testeo, las mujeres generalmente son diagnosticadas durante la prueba de embarazo (...) adicionalmente (...) el VIH sólo se habla en la población LGBTI, siendo que hay otra población vulnerable (...) Muchas mujeres llegan diciendo que su esposo no les deja usar preservativo y sería una opción para evitarlo.

La otra cuestión que permite pensar este uso del lenguaje es el criterio de exclusión que se propone en relación con la exposición al riesgo. Un médico, en otro *conversatorio*, afirma que en

Colombia existe una “epidemia concentrada de VIH”²⁵, como en la mayoría de países de América Latina, siendo los “HsH” y las “mujeres trans” las principales poblaciones entre las que se ha expandido la infección, y ,por tanto, aquellas cuyos miembros están en “riesgo significativo”. Como él, en otro conversatorio, un representante de *Seven Pharma* opina que “hombres” y “mujeres trans” son quienes más se beneficiarían, aclarando que esto tiene que ver con las prácticas y no con toda la población, como permite evaluarlo la “calculadora de riesgo”:

Toda persona que tenga prácticas de riesgo como mujeres trans. Pero ojo, la población no es de riesgo, son las prácticas, como el trabajo sexual que implica un riesgo. El riesgo en sí no somos los grupos poblacionales, el riesgo es la práctica.

Sus mismas intervenciones dejan ver que el beneficio que pueda traer la implementación de la PrEP, si se restringe a estos dos grupos poblacionales, no sería el mayor posible. Excluye a aquellas personas que han sido catalogadas dentro de categorías poblacionales que no son de riesgo sustantivo como amas de casa que tienen maridos con múltiples parejas sexuales y no usan condón y deja abierta la pregunta de si estas personas no se verían “beneficiadas” por su uso y si estas no son personas “en riesgo”. Entonces ¿por qué establecer este criterio de exclusión?

²⁵ “En una epidemia concentrada, el VIH se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones, pero aún no se ha extendido entre la población general. Típicamente, su prevalencia es superior al 5% en las subpoblaciones e inferior al 1% en la población general, si bien estos parámetros deben interpretarse con la máxima cautela. En una epidemia concentrada del VIH, aún hay posibilidad de focalizar los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo en las subpoblaciones más afectadas por el VIH, a la vez que se reconoce que ninguna subpoblación es totalmente aislada” (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 2011. P. 12).

La importancia de esta división es clara en el marco de la prueba piloto: poder mostrar, ante el Gobierno Nacional, que la inversión de dinero para la PrEP es mucho menor a la que supone la atención a esa cantidad de personas si se hubieran infectado así como superior datos de otro tipo que tengan un sustento poblacional amplio. En cuanto a hacer la prueba piloto con esta población mostraría una cantidad de cifras mayor en lo relativo a la reducción de seroconversiones²⁶, es el punto de entrada ideal para evaluar de manera favorable la implementabilidad de la PrEP. La premisa que se busca sostener es: tener a una cantidad de “HsH” y “mujeres trans” con diagnóstico VIH-negativo en PrEP es más barato que garantizar tratamiento vitalicio al mismo grupo de personas cuando se han diagnosticado como VIH-positivo. En palabras de uno de estos médicos: “Si tú seleccionas muy bien el caso, te sale tan barato que es una bobada no hacerlo”.

Todo el esfuerzo debe apuntar a lograr un proceso de regulación tal que permita pasar a convertir la PrEP en una posibilidad dentro del sistema de salud para cualquier persona. Este último médico señala que lo que se tiene que hacer en este momento, mediante esta prueba piloto, es mostrar el beneficio para que se den las regulaciones debidas, se incluya en el plan de aseguramiento y así, eventualmente, la tecnología puede llegar a otras personas distintas a las que sirvieron como referente inicial. En otro conversatorio, un médico distinto agrega un elemento aun más contundente que permite ver cómo todas estas elaboraciones se conectan con la vida de las personas:

Tocó inicialmente limitar la muestra de población a la que se orienta el programa.

Básicamente hacia la población que tiene un poquito más de riesgo en comparación con

²⁶ Se entiende por “seroconversión” pasar de tener un diagnóstico VIH-negativo a uno VIH-positivo

el resto de la población. La idea es que todos y todas las personas puedan acceder a la PrEP si consideran que están expuestas al virus.

Mencionando una lista de espera de casi 900 personas que no alcanzaron a ser incluidas dentro de los cupos de la prueba piloto, el médico afirma que:

La idea es que podamos brindárselo a todas las personas que tienen riesgo de infectarse. Inicialmente hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans porque son la población que más en riesgo están (...) de manera que lleguemos a la señora ama de casa que su esposo se va los fines de semana y tiene relaciones con otra señora o al militar que aprovecha los fines de semana que tiene libre para tener relaciones sexuales o a estos hombres que no se identifican como homosexuales, que tienen novias, pero que tienen relaciones sexuales con otros hombres. O los que están en la cárcel. A todas estas personas vamos a llegar con la ayuda de ustedes. Este es un plan piloto que nos tiene muy contentos.

Las categorías “HsH” y las “mujeres trans” se concretan en un proceso que tiene dos caras. Por un lado, se producen como una suerte de cuerpo social, puramente estadístico, en el que cualquier singularidad se convierte en dato numérico, una entidad que se sostiene en el discurso de la prevención y en las prácticas que buscan alinear las condiciones de mercado necesarias para que la PrEP entre en los circuitos comerciales de circulación tecnológica de los que participa el Estado. Pero, por otro lado, dicho proceso implica un ejercicio que cada quien debe hacer sobre sí mismo como posible “usuario” de la tecnología. La “llegada de la PrEP”, esa tecnología cargada de futuro que promete el olvido del miedo y del pasado en el que el sexo y la muerte eran peligrosamente cercanos, supone alinear la experiencia, las presencias que la habitan y en sí toda su multiplicidad afectiva mediante pliegues, de manera que se encarne una

racionalidad de la prevención y se cumpla el proyecto de llevar la PrEP a todas partes. “HsH” y “mujeres trans” no son únicamente formas de nombrar la sexualidad y la profusión de configuraciones de lo masculino y lo femenino. Son género, en el sentido en que Scott (2013) lo entiende: por un lado es una forma de constituir la diferencia sexual, pero por otro, es una “forma primaria de relaciones significantes de poder (...) campo primario o por medio del cual se articula el poder” (p. 292). Es así como las prácticas que me he propuesto analizar trazan unas entidades a partir de las cuáles construyen un programa de género, usando la noción de riesgo para realmente componer unos sujetos que son objeto de las intervenciones que se quieren adelantar. Propongo seguir analizando estas “calculadoras de riesgo” y estos *conversatorios* para ver cuál es el programa de género que se reifica.

“¿Ha tenido usted relaciones sexuales...?”

Este esfuerzo focalizado en ciertos grupos poblacionales está orientado por lo que estos médicos y funcionarios de la salud llaman un enfoque de prevención combinada. Como se había señalado en el primer capítulo, este enfoque busca integrar todas las estrategias posibles para combatir el VIH, aunque resulta muy difícil afirmar que haya una manera única de entenderlo y mucho menos de aplicarlo. En términos generales se acepta que debe tener tres grandes campos de acción: estrategias biomédicas, comportamentales y estructurales. En las versiones que conocí, el campo más sólido es el primero. Médicos y salubristas suelen ser enfáticos en resaltar la importancia de la disponibilidad de diversas tecnologías como el TAR, la PrEP, la PEP, el *autotest* o el condón. Incluso, en varias ocasiones, escuché a profesionales que entendían por prevención combinada únicamente la opción de decidir cuál de estas tecnologías era la mejor o qué combinación era la más adecuada. Con los otros dos campos hay más ambigüedad.

Por estrategias estructurales se entienden los conjuntos de acciones que buscan producir un “ambiente propicio” para la no expansión del VIH tales como la despenalización del trabajo sexual o la homosexualidad, la mitigación de la violencia y la inequidad y la creación de políticas públicas de VIH y la reducción del “estigma” (International HIV/AIDS Alliance, 2016. p. 3). En este sentido, los *conversatorios* a los que me he referido podrían llegar a ser entendidos como acciones destinadas a la reducción del estigma. Este fue el único tipo de estrategia de este tipo que pude observar. Por el contrario algunas acciones parecen desatender a esta dimensión “estructural”. Cuándo el Estado colombiano espera que entidades multilaterales como OPS realicen una prueba piloto que en su sola implementación toma un año para regular una tecnología cuya eficacia médica ya está “demostrada” (Universidad Nacional de Colombia, 2019) mientras sus funcionarios y otros profesionales reproducen sanciones morales, como las ya vistas, sobre la vida sexual de las personas que no usan condón o que han decidido acudir a la PrEP por sus propios medios ante el beneficio que consideran les puede traer ¿no está haciendo lo contrario? ¿no está promoviendo una forma de “estigma” sobre aquellas personas que no encajan dentro de la racionalidad de prevención? ¿No está dilatando la posibilidad segura de acceder a una tecnología exponiendo a sus ciudadanos a las consecuencias que pueda suponer la “ilegalidad”?

Pero son las estrategias comportamentales las que más me interesan para seguir pensando el género en el establecimiento de esta racionalidad del cuidado en cuanto fueron mucho más dicientes en los espacios en los que se realizó este trabajo de campo. Estas se entienden como intervenciones que promueven un comportamiento saludable que incluyen asesoramiento sobre reducción de riesgo, educación sexual integral, programas de educación entre pares y campañas de *marketing* social que estimulen el cuidado como la promoción del condón (International

HIV/AIDS Alliance, 2016. p.3). Esta concepción sobre la educación se concretó de una manera muy particular en los espacios pedagógicos que rodearon a la prueba piloto, como los *conversatorios*. De manera continua, hablar sobre la PrEP en estos espacios se remitía a la imposibilidad de pensar en la tecnología sin ciertas generalizaciones y, por tanto, formas de homogeneizar a las personas en cuanto a sus proyectos de vida y experiencias afectivas; al tiempo que la vinculaba a unos deberes estandarizados que acreditaban al único usuario posible: una persona “responsable”. Quisiera detallar ambos elementos.

En primer lugar, la homogenización. Constantemente se acudía a trazar la diferencia entre los momentos de exploración sexual en contraste con un fin último al que toda persona tendía, que era el encuentro de un amor constituido fundamentalmente por una opción monóga. Estas son cuatro intervenciones, todas de panelistas distintos en los conversatorios que permiten empezar a ver con más detalle lo que aquí se quiere señalar:

No es de toda la vida. El ideal de la PreP es que si estás en el riesgo y si la encuesta te clasifica (...) pues la idea es que lo uses en el momento y en algún momento de la vida vas a encontrar una persona que va a compartir contigo el resto de la vida y entonces allí (...) a todos nos pasa, lo encontramos (...) entonces allí ya vas a poder estar con tu pareja y poder decidir no usarlo (...) con unos acuerdos claros sobre cómo vamos a manejar la monogamia y si vamos a compartir sexo con otras personas.

Lo otro es cuando uno desconoce la condición de seronegatividad de la pareja. Caras vemos, no sabemos los historiales sexuales de las personas. Ustedes saben que uno comienza muy juicioso dos meses, tres meses, uno cree que ya conoció el padre de sus hijos, el amor de su vida y después de tres meses uno deja de protegerse sin saber que...

acuérdense que cada vez que usted se acuesta con alguien se está acostando con un promedio de diez personas. No es que la gente sea mala leche o irresponsable. La mayoría de la gente no sabe que tiene VIH.

No se nos olviden las infecciones de transmisión sexual. El gonococo es resistente, el herpes es incurable, el VPH puede llegar a producir cáncer, y son enfermedades que igual están en la boca, están en el ano, están en el pene (..) cuando tenemos relaciones sexuales penetrativas. Entonces, el uso del PreP, a pesar del PreP, sigue siendo una medida absolutamente complementaria.

Muchas llegaban a esa conclusión ‘ah bueno, listo, entonces yo me tomo la PrEP y no necesito el condón o tal cosa’ (...) Todas estas tecnologías que se van incorporando en la prevención, no es que una excluya a la otra, no es que una sea superior a la otra. Yo creo que tiene que ir complementándose la prevención. Es decir, si está el condón, sigamos usando el condón, sigamos teniendo unas buenas prácticas del uso del condón y bueno, algunas personas que tengan las características para acceder a la PrEP, pues que accedan (...) pero digamos que eso tiene que ser también con un acompañamiento psicosocial, de educación, de información para el cambio de los comportamientos que tenemos en nuestras prácticas sexuales

El “padre de sus hijos”, la persona para “compartir el resto de su vida”, ambas suponen un objeto al que tiende el deseo del “HsH” o de la “mujer trans”, esos mismos que pueden beneficiarse de la PrEP en este momento. Cualquier posibilidad alternativa queda por fuera de la ecuación. Pero sus pronunciamientos también anticipan el segundo elemento que acompaña la

PrEP en estos escenarios: una norma sexual y material. El condón se vuelve un deber moral y material que está presente con o sin la PrEP, que más bien se constituye como una protección adicional. El condón debe estar tanto en la exploración como en estas relaciones estables porquiem de alguna manera, incluso habiendo cumplido ese proyecto romántico, las otras personas siguen existiendo como riesgo, como posible mentira, como posible ignorancia. Encuentros sexuales sin condón, proyectos de vida que no estén orientados a la monogamia, todas son opciones que facilmente pueden ser tachadas como irresponsables. De hecho, en lugares como Estados Unidos se han producido ataques desde diversos frentes hacia personas hacen uso la PrEP y deciden no usar condón, llamándolas *Truvada Whores* y denunciando su irresponsabilidad por no practicar sexo seguro y el peligro que la misma conlleva para los demás (Thomann, 2018. p. 2).

Al tiempo que se asume el romance monógamo como norma, se asume también la práctica sexual y el contacto erótico únicamente dentro de las lógicas de las relaciones sexuales penetrativas. Las “calculadoras de riesgo” de las guías de la OMS que mencionaba unas líneas atrás eran enfáticas en preguntar por relaciones sexuales que tienen penetración anal, pues se supone que es precisamente el contacto de la sangre, el semen o el líquido preseminal con las mucosas anales lo que eleve la probabilidad de infección de manera sustancial. Sin embargo, todas estas intervenciones han generalizado las relaciones sexuales sin distinguir si involucran penetración. Incluso, la “calculadora de riesgo” usada en la prueba piloto a manera de encuesta virtual, preguntaba sobre relaciones sexuales sin hacer ninguna mención específica a la penetración anal. Todo esto pese a que, de hecho, el activismo en torno al VIH/SIDA ha promovido fuertemente la necesidad de diferenciar sobre los medios específicos por los cuáles se

transmite el virus, pues la no distinción se ha traducido en rechazo al contacto con personas que han sido diagnosticados y, por tanto, en segregación de múltiples espacios históricamente.

The screenshot shows a web interface for a survey. At the top, there is a header with the logo 'HAZ TU PARTE' and navigation links 'Inicio' and 'Autoevaluación'. On the right, there is a link 'Iniciar sesión'. Below the header, there is a light blue bar with the text 'Conozca nuestra política de manejo de datos. Ver política.' and a button 'Aceptar'. The main question is: '4. ¿En los últimos 6 meses, ha tenido relaciones sexuales con alguna persona que viva con VIH?'. Below the question are three buttons: 'Si', 'No', and 'No sabe'. At the bottom of the question area, there are two blue buttons: 'Anterior' on the left and 'Siguiete' on the right.

Figura 20. Encuesta Prueba Piloto, pregunta no. 4.

Captura de pantalla del formulario en línea, 2019

The screenshot shows a web interface for a survey. At the top, there is a header with the logo 'HAZ TU PARTE' and navigation links 'Inicio' and 'Autoevaluación'. On the right, there is a link 'Iniciar sesión'. Below the header, there is a light blue bar with the text 'Conozca nuestra política de manejo de datos. Ver política.' and a button 'Aceptar'. The main question is: '6. ¿Ha tenido relaciones sexuales con personas que consumen drogas inyectables, en los últimos 6 meses?'. Below the question are three buttons: 'Si', 'No', and 'No sabe'. The 'No sabe' button is highlighted in purple. At the bottom of the question area, there are two blue buttons: 'Anterior' on the left and 'Siguiete' on the right.

Figura 21. Encuesta Prueba Piloto, pregunta no. 6.

Captura de pantalla del formulario en línea, 2019

Por otro lado, junto a este proceso de homogenización, hay uno de creación de un ideal normativo sobre el paciente responsable, aterrizado en la idea del autocuidado que se replica una y otra vez. El organizador del primer *conversatorio* al que asistí, el mismo que en el primer capítulo denunciaba la posible mentira de las personas que en Grindr afirmaban ser “negativos en

PrEP”, cierra uno de estos eventos con una reflexión que generó muchas caras de sorpresa en el público:

Cuando yo escogí hablar en público sobre el tema de que soy VIH positivo, es porque quiero que no le pase a otra gente y supongo que si soy consecuente con eso, debería comentar lo que me pasó hace tres horas y es que recibí un diagnóstico positivo para hepatitis C. Eso es una, yo en este momento digo ¿cómo fui tan guevón? (...) en el camerino me acabo de decir ‘la arrechera lo puede todo’ y tal vez concluir con este mensaje de que por más arrechera, piense en tener que estar llamando a mujer y hombres con los que hemos estado en los últimos meses, pensar en volver a hacer amistades, pensar en qué van a decir, nada de eso vale la pena. Y uno tiene que asumir la responsabilidad, y yo sé que es porque efectivamente uno, a veces, con la arrechera lo lleva a hacer tonterías.

La arrechera, esa fuerza que enlaza cuerpos, humanos y más-que-humanos, se pone en la mira ante el peligro de la infección. La prevención, esa enorme labor que pasa por la PrEP, pero que debe abarcar muchísimo más y que no sólo encara al VIH sino a todos esos otros más-que-humanos —que en estas relaciones se concretan como amenaza, a pesar de no ser a única forma en la que se hacen inteligibles—, supone su acallamiento o por lo menos su contención.

Una mujer que hace parte de la prueba piloto como “usuaria” comenta ante un auditorio su experiencia, invitada por sus gestores. Habla de la importancia del autocuidado y al hacerlo deja claro, de manera explícita, que este sólo se logra con las instrucciones de los doctores, lo que califica como una responsabilidad. Cualquier otra forma de no evaluar de manera anticipada la relación sexual supone peligro, ya no sólo por la arrechera, sino porque el sexo, para ella, implica trabajo:

Para mi fue importante vincularme a la prueba piloto precisamente para quitarme ese temor un poco de encima. De que hoy con el cliente se rompió el condón y voy a quedar con esa preocupación después ¿quedé nominada o no quedé nominada? (...) lo tomo por seguridad. Yo me siento segura cuando voy a entrar con un cliente. Si se rompió el condón no importa y sí importa. No importa porque sé que me estoy tomando la PrEP y no voy a contraer VIH, pero hay otras infecciones. Entonces también tengo que ser responsable con esas otras infecciones.

Estas invitaciones a la responsabilidad están perfectamente sincornizadas con varios de los ideales que han dejado ver las múltiples posturas de médicos y salubristas, traídas una y otra vez a lo largo de este texto. “HsH” y “mujeres trans” se convierten en pacientes responsables, pero también en ciudadanos legales, pues hacen uso de la PrEP dentro del circuito de saber y poder que capitaliza su posibilidad: una regulación estatal respaldada en una *racionalidad de la prevención*. En contraste, toda otra forma de saber sobre el uso de esta tecnología, como el llamado “PrEP salvaje”, produce a las personas como abyectas, ilegales e irresponsables.

Siguiendo esta reflexión, es fundamental señalar una vez más que la implementación de la PrEP no se trata únicamente de un proceso de regulación médica y legal de una tecnología. Es también la puesta en marcha de lo que Preciado (2008) ha llamado un programa de género. Preciado invita a comprender el capitalismo contemporáneo como la articulación de “un conjunto nuevo de dispositivos microprostéticos de control de la subjetividad con nuevas plataformas técnicas biomoleculares y mediáticas ” (p. 31-32). En el mismo ya no basta pensar en las tecnologías de normalización del siglo XIX:

Si en la sociedad disciplinar las tecnologías de subjetivación controlaban el cuerpo desde el exterior como un aparato ortoarquitectónico externo, como en la sociedad

farmacopornográfica, las tecnologías entran a formar parte del cuerpo, se diluyen en él, se convierten en cuerpo (Preciado, 2008. p. 66)

Pese a que el cuerpo nunca ha existido sin la tecnología, es decir, nunca ha dejado de ser prostético, en estas relaciones la subjetivación política depende de la misma. Preciado sostiene que con la aparición de las tecnologías del capitalismo contemporáneo, el sexo deja de develarse y se comienza diseñar de manera que cada cuerpo tenga una capacidad de excitar que le permita integrarse a un mercado: "Fuera de estas tecnologías somaticopolíticas que regulan el género y la sexualidad, no hay hombres ni mujeres, del mismo modo que no hay homosexualidad ni heterosexualidad" (p. 90). Preciado llama *programación de género* o *genderización* al triunfo de esta producción: "tecnología psicopolítica de la modelización de la subjetividad que permite producir sujetos que se piensan y actúan como cuerpos individuales, que se autocomprenden como espacios y propiedades privadas, con una identidad de género y una sexualidad fijas" (p. 90). Este proceso, a pesar de mostrarse tan plástico, combina valores "decimonónicos", formas duras de regular la vida y sexualizarla:

Mientras que los programas experimentales que dan lugar a la producción de dosis comercializables de testosterona, estrógeno y progesterona se apoyan en una teoría ultraconstructivista del sexo y la sexualidad, los criterios de comercialización y distribución pública de estas moléculas siguen respondiendo a una metafísica naturalista del género que afirma la existencia biológica e históricamente inmutable de dos sexos (hombre y mujer), dos géneros (femenino y masculino) y, recientemente, dos sexualidades (heterosexual y homosexual) fijas e inmutables, fuera de las cuales se extiende un ámbito de desviación y patología (Ídem. p. 149).

No es que el género no ceda, pero en cuanto flexibiliza uno de sus aspectos, parece hacerse más rígido en otros. Al producir “HsH” y “mujeres trans” ya no se trata de corregir el objeto al que tiende el deseo a razón de normas basadas en una verdad del sexo. Todo el proceso es, de hecho, una forma singular de procurar mantener la vida de personas que escapan del ideal heterosexual. La PrEP se hace soporte técnico de una sexualidad, igualmente fabricada: el “HsH” y la “mujer trans”, seres cuyo placer depende de un órgano penetrador, principalmente un pene, que entra a un cuerpo penetrado, específicamente un ano, y que apuestan por el autocuidado, entendido como decisión racional anticipada y puramente individual, que se ordena siempre de manera que permanezca en el horizonte un amor monógamo. Lo masculino y lo femenino puede encarnarse de manera indiferente mientras sea dentro de este patrón: “HsH” y “mujeres trans” se configuran como lo que Preciado llama tecno-hombre y tecno-mujeres. Cualquier otra posibilidad, como la de quienes hacen uso de la PrEP fuera de estos circuitos se convierte en objeto de denuncia, sanción y, preferiblemente, normalización. La sexualidad no es en ningún sentido un asunto de la esfera íntima, es una producción pública que funciona como norma incorporada, es un devenir-público (Preciado, 2008; Foucault, 2006).

Preciado hizo en 2008 una apreciación sobre su teoría y el VIH que cabe evaluar a la luz de todo esto. Sostuvo que el biocapitalismo puede, así, producir la enfermedad o no:

Desde un punto de vista farmacopolítico, el tercio de la población africana afectada por el sida no está realmente enferma. Los miles de seropositivos que mueren cada día en el continente africano son biocuerpos precarios cuya supervivencia no ha sido todavía capitalizada por la industria farmacéutica occidental (...) En el capitalismo farmacopornográfico, el deseo sexual y la enfermedad comparten la misma plataforma de

producción y cultivo: no existen sin soportes técnicos, farmacéuticos y mediáticos capaces de materializarlos (Preciado, 2008. p. 46).

En lo que compete a la PrEP, como parte de un abanico de tecnologías de prevención, la supervivencia al VIH es capitalizada y no involucra sólo a las personas seropositivas sino incluso a quienes aun no han recibido este diagnóstico. Capitalización que no funciona sin “poblaciones en riesgo”, ideales regulatorios que se hacen concretos en la materialidad asociada a la PrEP dentro de los circuitos de regulación: se hacen audibles en las palabras de las y los panelistas de los conversatorios, se convierten en barreras de acceso por medio de “calculadoras de riesgo” o “criterios de selección”, se somatizan con la protección que el medicamento brinda a unos cuerpos y a otros no.

De consumidor a paciente

Partiendo de las prácticas de los conversatorios y de las *calculadoras de riesgo*, he señalado dos elementos claves del sujeto que dibuja esta *racionalidad de la prevención*: su pertenencia a un sistema de derechos que se traduce en su adaptación a un mercado farmacéutico y el programa de género que sigue que refuerza valores determinados sobre la sexualidad y el cuerpo. Continuo el capítulo reflexionando sobre lo que ambas cosas implican para esos entramados múltiples a los que pretenden engancharse, sobre esas formas colectivas de hacerse que se encuentran dispuestas a plegarse por un afecto capaz de organizarlas. Para ello, hago un contraste entre la posibilidad de consumir el medicamento a la que acudían las personas sobre las que he hablado y la experiencia de hacerse “paciente”, es decir, “usuario” dentro de estos esfuerzos de regulación.

A Fausto lo conocí a comienzos de 2020 y aunque el primer contacto con él también se estableció a través de redes, él tenía la disposición de conversar presencialmente. Le fue asignado uno de los 225 cupos que ofrecía la prueba piloto para “HsH”. Por su profesión y sus intereses por temas de salud sexual, contaba con información sobre la PrEP desde hace algunos años. Desde que oyó hablar de ella, se interesó en usarla y estaba esperando la forma de hacerlo dentro del sistema de salud. Por eso, cuando se enteró, en un espacio de amigos, que se estaba realizando una prueba piloto que ofrecía la posibilidad “legal” de hacerla, buscó la manera de inscribirse. Primero tuvo que ser valorado como apto por la calculadora de riesgo antes mencionada. Al finalizar el diligenciamiento del formulario y haber calificado, asignó una cita con una consejera en uno de los centros de salud dónde se estaba prestando el servicio. Él recuerda que en este encuentro, además de hacerle una prueba rápida de VIH para verificar el diagnóstico negativo, le dieron información sobre la PrEP, que ya conocía de antemano. Fausto recuerda que, dentro de esas claridades, la consejera dijo algo así: “no, es que, si acá alguien viene con la intención de querer la PrEP para culear sin condón, nosotros lo vamos sacando del programa, porque esa no es la idea”. Con el diagnóstico negativo confirmado y habiendo cumplido el requisito de informar sobre el proceso, le asignaron una cita con el médico tratante, quien le haría el resto de exámenes y empezaría a ser el responsable de la prescripción de su tratamiento. De manera general, él considera que la relación con el personal médico se ha establecido “de manera genial”:

A mi me trata mi doctor, con el cual tengo una excelente relación y hemos hablado mucho de estos temas. Como que hay una relación de confianza, podemos hablar bien de qué es lo que puede estar fallando, cómo me siento respecto a tomarme estos medicamentos y me parece que es una relación maravillosa. Igual con la enfermera que se

encarga de tomarme las pruebas (...) dieron en el clavo de cómo tienen que tratar a los pacientes. No es sólo ‘tómese los medicamentos, tómese los exámenes’ sino también ‘¿cómo te hace sentir esto? ¿por qué no te tomaste estos días estas pastillas?’. A mi me pusieron el refuerzo de la vacuna de la hepatitis B (...) la enfermera de allá es ‘ten mucho cuidado, te puede dar fiebre por la vacuna’. Siempre muy conscientes y preocupados de cómo está el paciente, porque uno no se siente, como decíamos ahorita, abandonado.

Sin embargo, la forma cuidadosa y preocupada de acercarse a él no supone una apertura a modificar los términos o dinámicas de la PrEP. Las preguntas sobre cómo se siente, sobre si se está tomando los medicamentos, tienen varias intenciones posibles, como llamar la atención sobre la importancia de mantener la adherencia o detectar algún tipo de problema que deba reportarse a las redes distritales de atención psicosocial, en cuanto el programa piloto no brinda ningún tipo de acompañamiento profesional como este. Sin embargo, no existe la posibilidad de que el médico, al ver que él no se toma los medicamentos de manera diaria, llegue a flexibilizar la prescripción y pasar de la toma diaria del medicamento a un modelo como el de PrEP *on demand*. El médico tiene la suficiente “apertura” para que Fausto pueda hablarle con confianza sobre su consumo más o menos frecuente de sustancias psicoactivas y en cuanto aquello no genera interacciones directas con el medicamento, no genera ningún tipo de restricción o sanción al respecto. Esto, siempre y cuando él siga tomando sus medicamentos, pues cualquier día que la deje de tomar, supone un llamado de atención:

Esa es la parte más jodida de todas porque yo soy una persona extremadamente desjuiciada. Se me olvida y todo eso y si uno no se las toma juicioso, eso pierde efectividad. Entonces siempre tengo la tensión con el doctor, me regaña mucho porque no me la tomo. Se me quedan en la casa. Yo salgo mucho, entonces un fin de semana me

pierdo y no sé de medicamentos. Es eso. Pero he aprendido mucho a ser más juicioso porque para mi es importante (...) Cuando ya me pierdo muchas, intercalo días digo 'Mierda, tienes que ponerte juicioso' y me obligo. De hecho, las tengo aquí, cargándolas, por si algo pasa hoy, no sé, si me invitan a salir o algo.

Fausto percibe el límite que le impone este tipo de relación clínica, especialmente en cuanto no es el primer espacio médico al que se enfrenta y puede generar comparaciones. Además de consumir el medicamento de la PrEP, Fausto toma algunos medicamentos psiquiátricos desde hace casi cinco años. Su relación con el psiquiatra es mucho menos amable que la que tiene con el médico de la prueba piloto, en cuanto el primero sanciona de manera explícita el uso de cualquier sustancia psicoactiva. Fausto ha sentido que el psiquiatra nunca ha sido comprensivo con las dinámicas que genera la medicación en su vida cotidiana y él ha encontrado la necesidad de manejarla con pequeñas excepciones que le han dado resultado:

Una vez tuve un *blackout* porque mezclé antipsicóticos con alcohol entonces sí, listo, no lo volví a hacer. El día que me iba a tomar, no me tomaba el antipsicótico o no me tomaba el estabilizador de ánimo. Y sé que no va a ser tan trágico por un día y a las 8 horas que se vaya el efecto de mi cerebro y de mi hígado voy a coger y saltar de un puente. Eso no va a pasar.

Experimentar la afectación de la prescripción sobre su vida llevó a que se apropiara del proceso. Pero, además, encontró un gran campo de acción en un grupo de apoyo al que asistía.

Muchos de mis amigos están medicalizados por parte de un psiquiatra o asisten a psicoterapia. Una cosa que me interesaba mucho era el tema de cómo, entre personas que tenemos cierto tipo de dolencias similares se crean como redes orgánicas de asociación. Yo tenía un mejor amigo que estaba tratado por un trastorno de adaptación que le daba

después de regresar de México. Él era nuevo en eso y yo llevaba unos años tomando medicamentos. Entonces nosotros éramos capaces de decir ‘¿por qué no se ha tomado los medicamentos a esta hora?’, a veces compartíamos los medicamentos. Éramos capaces de darnos consejos que el mismo psiquiatra no nos daba como decir ‘pero si al día siguiente, entonces tenemos que levantarnos muy temprano, tal vez si no nos tomamos el antipsicótico, no nos pueda hacer mucho daño porque al día siguiente vamos a estar tontos por la mañana y no va a funcionar’. Pero entonces si no nos tomamos el antipsicótico esta mañana, eso es algo que uno no le va a decir al psiquiatra porque él va a decir que tome al mismo día y a la misma hora. Si no nos lo tomamos entonces toca estar juiciosos la siguiente semana. Si sumercé está tomando Sertralina de 50 y yo de 100 o yo tengo y no la estoy tomando, entonces le doy la de 100 y tómese media cada día para que no interrumpa el tratamiento.

Esas posibilidades de hacer colectiva la toma de un medicamento, con la agencia que ello implica, es lo que no encuentra en el espacio de la prueba piloto, pese a los matices que pueda aportar el buen trato del personal médico.

Las muestras de laboratorio, desde la prescripción, la toma y la interpretación están también en manos del personal. En la prueba piloto, Fausto se hace paciente. No porque no tenga ningún tipo de agencia, pero porque su papel, frente a la planificación del uso de la tecnología es asistir y esperar: esperar la cita, esperar que le llamen, esperar que salgan los resultados. Aun cuando el tubo que contiene su muestra de sangre se conserve junto a muchos otros tubos, aun cuando historia clínica esté en una base de datos que contiene la totalidad de los 450 cupos y aun cuando tome el turno en una sala de espera en la que haya otros pacientes; su sangre se traducirá en un resultado acompañado por su número de cédula, su historia hablará de sus dinámicas

comportamentales y orgánicas en cuanto individuo y entrará solo al consultorio médico. Toda esta aparente obviedad de cualquier proceso clínico pierde tal calificativo ante todas las formas anteriores que se han mencionado en este trabajo sobre el uso de la PrEP. En esas experiencias que esta racionalidad de la prevención califican como PrEP salvaje, el encuentro era determinante, un encuentro compuesto de negociaciones y de relación profunda en la que la balanza difícilmente estaba equilibrada hacia un lado. El vendedor del medicamento no era una instancia normativa aunque pudiera llegar a ser muy informativo. El amigo o conocido médico fungía como consejero, como el amigo que hacía el favor de leer unos exámenes. Los conocidos que facilitan el contacto del vendedor lo hacen generando vínculos que no requieren exámenes previos. Las muestras tomadas en laboratorios particulares son decisión propia y no requieren una autorización. El consejo de la pareja motiva desde la intimidad del hogar la decisión de la toma y la adherencia al medicamento. Y, todo este conjunto de alianzas debe buscarse, por lo tanto debe relacionarse e involucrarse con los otros, de manera tal que la tecnología es articulación activa de un grupo, en el que los mandos centrales están realmente diluidos. La llamada PrEP salvaje crea socialidad, sentidos comunitarios, espacios que interpelan porque se parte desde un saber en construcción, del que sólo se poseen unos fragmentos, sin una experticia que capitalice la acción y trace la dirección que espera que se siga. A continuación, cierro el capítulo pensando en formas de considerar la efectividad de estas prácticas de normalización sobre la multiplicidad.

El fastidioso condón o el hau de los fluidos.

Lo que tenemos hasta aquí es la posibilidad de entender la PrEP como parte de un devenir histórico, farmacéutico y político, como parte de una ontología del presente en la que la molécula

de tenofovir-emtricitabina es al mismo tiempo capital y al mismo tiempo código constituyente de formas de subjetividad. Pero, por otro lado, una serie de estrategias de programación de género o generización que intentan valerse de estos códigos para reafirmar de manera más rígida unos códigos de género.

En este sentido, me interesa comprender todo este conjunto de prácticas que buscan sostener una racionalidad de la prevención como lo que Latour (1998) ha llamado un programa, es decir, como los procesos de afectación material o incorporación de las tecnologías que suponen conducir las acciones de los demás de manera que reduzcan cada vez más la posibilidad de salirse del guión.

Podría decirse que el programa de género que pretende producir “HsH” y “mujeres trans” que calculan con anticipación y de manera puramente racional sus encuentros sexuales, desde una voluntad individual tiene registros de éxito. En una ciudad en la que las formas de hacer uso de la PrEP suponían no sólo un trámite enormemente engorroso ante el sistema médico, sino la suerte de encontrar un profesional que no enviara a su “paciente” al psicólogo o simplemente le dijera que sólo podía usar condón, o bien, acudir a las escasas redes de venta denominadas como “PrEP salvaje”, la repentina aparición de una prueba piloto que en menos de un mes tiene a 450 personas bajo un régimen que une protocolos médicos que cierran la controversia científica de forma arbitraria sobre asuntos como la frecuencia de la toma del medicamento y se mueve a través de un discurso pedagógico que sanciona como irresponsable cualquier forma de placer que no corresponda con su programa de género, es, en gran medida, un éxito del programa. Por supuesto, es un ejercicio de incorporación paulatina, pues cada conversatorio, cada encuentro, se convertía en una forma de acercar, de seducir y hacer llegar a más cuerpos la PrEP como un don. Marcel Mauss (1979) ha hablado de los dones o regalos como aparentes ofrendas bondadosas y

desinteresadas que son realmente obligaciones y formas de crear lazos de grupo. Aquello que Latour llama incorporación a partir de la modificación material de la tecnología, puede ser entendido con Mauss como el *hau* o la fuerza que tienen estos regalos que participan de la vida material para atrapar, para sujetar. Los circuitos mercantiles farmacéuticos que reciben grandes ganancias por la distribución global de antirretrovirales se nutren de este beneficio que ofrece PrEP ante el VIH. El regalo, la promoción de la prevención para disfrutar de una sexualidad segura, es un lazo, un refuerzo.

La tranquilidad constantemente traída a colación, que ahora pueden estar sintiendo 450 personas que hacen parte de la prueba piloto, va de la mano, al menos de un grado de docilidad, de aceptación de un programa de género. Cuando le pregunto a Fausto si no ha pensado en otras maneras de tomar su medicación o por qué no había buscado el medicamento antes de la prueba piloto me dice:

porque he leído historias de que hay pastillas falsas y eso es peligroso. Lo cual es chistoso, porque igual yo consumo drogas y uno se las compra a un dealer y uno nos sabe de dónde viene eso. Pero uno ya sabe que se va a matar el cuerpo, quiero escoger con qué veneno envenenarme.

La intoxicación controlada, monitoreada con exámenes de creatinina y otros relativos a la salud ósea, en contra de la intoxicación “salvaje”, es una forma de éxito de la PrEP regulada como don. Sin embargo, imaginar la PrEP en un sistema de dones reta la postura latouriana del programa. Mientras la idea de programa latouriano se centra en la inventiva de los fabricantes de tecnología, de aquellos que elugubran sistemas de control en los laboratorios y en las industrias, el sistema de dones enfrenta el exceso, la multiplicidad de entidades en presencia de las que se actúa y que he intentado presentar a lo largo de estas páginas. Engancharse a la toxicidad de la

PrEP, como lo pone Fausto, sumarse a esta adicción lícita, no es producto del condicionamiento que logran las estrategias de convencimiento de esta racionalidad de la prevención.

Fausto recuerda la sensación de ser diagnosticado por primera vez con una enfermedad de transmisión sexual:

Yo duré muchos años avergonzado, me daba miedo porque fueron momentos muy trágicos y yo era más pequeñito. Yo tenía 19 años. A pesar de que siempre me he considerado bastante enterado en temas de salud sexual, eso a mi me cogió como un tren porque sentía que no sabía nada y además no estaba asegurado. Todo se hizo de una manera muy secreta (...) siempre me decía ‘¿cómo pude ser tan imbécil?’ y me sentía sucio. Cuando yo me contagié de esa ITS a mi me dio varicela al mismo tiempo. Entonces yo estaba completamente seguro que tenía una primoinfección²⁷ por VIH y no, era varicela. Uno se cierra a sí mismo.

El éxito de la PrEP, tanto de la “salvaje” como de la regulada, se sostiene también en el intercambio de dones con otros, como los amantes. El aparente bien que supone el placer sexual va de la mano del riesgo. El sexo, como intercambio de dones siempre ha sido un juego de placeres y peligros, tanto así que el “sexo seguro” y la prevención mismas son esfuerzos, luchas contra otras formas “riesgosas” de tener sexo.

²⁷ Se considera como primoinfección por el VIH el “el conjunto de fenómenos inmunológicos y virológicos que se desarrollan desde el momento en que el individuo se infecta por el virus, hasta que la viremia y el recuento de linfocitos CD4 en sangre periférica se estabiliza” (Sánchez et al., 2006).

Siguiendo esta idea, lo que Latour llama antiprogramas, esas grietas por las cuales puede escapar la conducta y que hacen obsoleto el programa de una tecnología, tiene un entramado mucho más amplio que el de un usuario testarudo. Recordemos el follarse a pelo como entramado persistente dentro de los cuerpos que acogen la PrEP. Recibir al virus, recibir placer por su presencia, sentir placer que emana de él, que es dado por él y, por tanto, constituirse como evasor de la programación de género que subyace a la PrEP regulada supone comprender el papel de los más-que-humanos en este sistema de dones y la complejidad de los lazos que supone, que escapen de estar centrados únicamente en el sostenimiento de una tecnología. Fausto, una vez más, evidencia estas fugas. Por un lado intenta usar el condón siempre “que puede” en cuanto sabe que usar la PrEP:

no es carta blanca. Es solamente una herramienta de prevención adicional que uno tiene (...) uno está más consciente de manera constante de el rol que uno cumple frente a la sexualización de su cuerpo. Estoy tomando PrEP pero también tengo que usar preservativo o saber que es importante hablar de salud sexual con la persona con la que estoy teniendo sexo, independientemente de que sea un polvo de una sola noche. También sé que es importante la rutina en el hecho de tomar el medicamento. La PrEP no es sólo no me voy a contagiar de VIH sino también un *self-awareness* sobre el cuerpo

Sin embargo, al pensar en las razones por las que quiere usar la PrEP, por las que buscó hacer parte de la prueba piloto, sabe que el condón es un objeto molesto para él, pero que además sus relaciones sin condón no se encauzan dentro de la lógica del “HsH” que tiene siempre sexo penetrativo con múltiples parejas mientras espera la llegada del amor

Yo tengo que ser honesto, a mí no me gusta. Pero tengo la fortuna de que la mayoría de mis relaciones sexuales no tienen que pasar necesariamente por el intercurso (sic.).

Porque no creo que sea algo necesario o una condición para que el sexo sea completo. Siempre he usado ese tema de tener sexo no penetrativo como una manera diferente de disfrutar mi sexualidad y como una especie de atajo para tener tipos de relaciones sexuales más seguras, a pesar de que existen otro tipo de riesgos y de que eso no me va a proteger de todas las ITS (...) La verdad me parece un poco estorboso. Corta mucho el flujo. No es tanto tener el condón puesto, sino tener que ponérselo. Porque uno no anda con el condón puesto en la verga todo el tiempo

Hay pliegues, y en ese sentido, la racionalidad de la prevención gana terreno en cuanto “programa”. Pero, hay desbordes, porosidades y pugnas. En este sentido “HsH” y apelerero no son nunca equivalentes. Los “HsH” y las “mujeres trans” son lo que llamaría Judith Butler (2002) una matriz de inteligibilidad y la incorporación de la racionalidad de la prevención en la experiencia supone una constante citación a la misma, una reificación constante de los discursos que producen el género y se intentan colar a la experiencia para hacer sexo. Sin embargo, hay un redireccionamiento de la “cita” realizada, un hacer único en la experiencia que desafía la idea Butleriana de un discurso exterior y un cuerpo distinto al mismo. Sumarse a la prueba piloto, es siempre un hacer singular y “las oposiciones entre la fachada y el interior, la performance y la anatomía, el cuerpo y el alma, la genética y la identidad” se deshacen. En medio de un devenir, la base material bio-tecnológica sobre la que se producen las relaciones y sus actantes funde y traza maneras entrelazadas entre el programa de género y el hacer cuerpo.

Consideraciones finales

A lo largo de estas páginas he presentado pequeños cuadros, incluso en un sentido literal, proponiendo un recorrido a través de recortes en las experiencias de las personas y trayendo fragmentos de vidas escritos tanto por ellas como por “mi propia pluma”. Si soy fiel a la postura que he venido siguiendo sobre lo que cada registro material permite *hacer*, hablar de “mi propia pluma” resulta bastante problemático. Quisiera concluir este trabajo haciendo un contrapunto entre este texto como producto y algunas de las reflexiones centrales que he presentado a lo largo de los tres anteriores capítulos.

En primer lugar, el pronombre posesivo “mi”, para hablar de este texto es, desde toda forma de verlo, falso y tramposo. El texto no está escrito por “mí”. Literalmente, tiene párrafos provenientes de una serie de conversaciones sostenidas en *chats*, citas a otros textos, transcripciones de palabras pronunciadas. Pero, además de ser un *collage* de escrituras, es una versión posible por muchos procesos que comenzaron antes de él. El ir de un evento a otro, el hablar con una y otra persona, las reflexiones de las clases de mis maestros, las conversaciones con gente cercana, las preguntas de mis compañeros de clase, toda la experiencia sobre la que escribí en la introducción; son tiempos y procesos anteriores al texto mismo, con los que él, aun como proyecto, debía lidiar para concretarse. Siguiendo esta reflexión, resalto mi primer problema: ningún objeto es posible sin relaciones anteriores a él, que lo exceden, que lo afectan y le imponen resistencias. Este texto no va más allá de su campo etnográfico. Pretende animar una conversación, anclada en el hacer y en la vida. Precisamente esto es lo que entiendo por etnografía, una posibilidad de generar diálogos desde distintos registros, juntando heterogéneos en una posibilidad de comprender la vida. Mi trabajo no pasa por la “teoría” como marco ni

mucho menos como grilla de inteligibilidad sino como preguntas e intervenciones en conversación con otras voces, que deberían tener el mismo estatuto, y que provienen de lo que se llama “registro empírico” y son en última instancia las relaciones con la gente y los mundos que habitan. De allí que deba mantenerme modesto respecto al alcance de mis observaciones, pues no tienen la intención de ser replicables, universales o generalizar.

Entre la materialidad, la agencia, los procesos y el nombre siempre existen espacios que pueden ser llenados de muchas maneras. Su interrelación es siempre singular y no basta con conocer uno de los elementos para conocer el todo. Sin embargo, siguiendo la reflexión del párrafo anterior sobre la autoría, pese a que el nombre no habla en lugar de la materia ni de los procesos, ni de la agencia, la tesis aparecerá firmada por mí. Es decir, aunque estas relaciones no son planas muy a menudo, los procesos, las materialidades y la agencia se pliegan, dejando ver sólo el nombre, en un ejercicio despótico o al menos de capitalización del mundo bajo un significante.

Es justamente esa dimensión sobre el alcance y sobre lo que constituye la posibilidad de tener un producto acabado a la que intento llamar la atención, ya no sobre mi texto sino sobre la PrEP, en el primer capítulo. Partiendo de un manual o de un protocolo de dispensación, se podría llegar a asumir (y de hecho se hace, como lo señalé) que la PrEP está dirigida a una serie de individuos específicos, tipificados en los expedientes médicos como “casos” y que hacen parte de unos grupos poblacionales en riesgo. En ese sentido, sería posible creer que el “cuerpo” al que atañe la PrEP es únicamente el del paciente, como entidad auto determinada y cuyas relaciones no son significativas para la prescripción médica. Sin embargo, en este capítulo señalé cómo la PrEP, al hacer parte de las vidas de las personas, es articulada y articula una cantidad de humanos y más-que-humanos cuyas posibilidades de componer relaciones son múltiples y para quienes las

distinciones basadas en diagnósticos o cálculos sobre el riesgo son ineficientes. La PrEP, no puede concretarse como tecnología sin pasar por estos entramados sociomateriales, incluso anteriores a ella, en los que hay afectos constituyentes, como el placer, y en los que las partes en relación son de muchos tipos. La PrEP no se implementa, en sentido estricto, se *cruza por la vida*, se encuentra con el reto de operar en medio de mundos enormemente complejos llenos de sentidos y de fuerzas.

El ejercicio de redistribución de las fuerzas y relaciones concretas con las que se hace el mundo, para capitalizarlas en un registro que no las deja ver, es el problema que traté en el segundo capítulo. Nombro como *racionalidad de la prevención* a un tipo de fuerza, a un norte con alta capacidad de *seducción*, caracterizado por proponer como modelo a un individuo autodeterminado por una razón calculadora, en disposición plena a adaptar como norma las prescripciones biomédicas. Esta fuerza conduce una serie de prácticas, tanto de personas que hacen uso de la PrEP, activistas, médicos y salubristas y alinea las mismas a sus términos. El avance de esta racionalidad se hace problemático en cuanto impone no sólo unas divisiones que no son constituyentes de la experiencia basadas en el diagnóstico, en el concepto de individuo, en las ideas de voluntad y de racionalidad autodeterminadas.

Así, la *racionalidad de la prevención* se establece como una manera de ordenar y coordinar la *vida*, que la aplanar, que ignora sus *cruces*, y lo hace valiéndose de elementos como la credibilidad pública que brinda o el acceso a la tecnología que permite a quien se presenta como “paciente” ideal. La multiplicidad, tanto de la PrEP como la de los humanos y los más-que-humanos en relación, se ve reducida, se convierte en imperceptible. De allí que estemos ante un problema de ontología política, pues el orden y el ritmo que ciertas prácticas promueven para el mundo suponen el debilitamiento de otras posibilidades, del hacer en presencia de otros y de los

excesos. No existe la PrEP en la vida de quienes hacen uso de ella sin las personas frente a las cuáles se hace posible e incluso necesaria. No hay un autor de la decisión. Si en algún momento PrEP tiene éxito, no será porque una campaña educativa logró convencer a un grupo de individuos de la mejor opción. Lo será, porque una serie de vidas se anudaron e impulsaron una voluntad colectiva, en la que no se puede descartar el miedo como elemento clave. Eso que he llamado *racionalidad de la prevención* es inquietante en cuando puede constituirse como forma de borrar lo colectivo y en cuanto se vale de la posibilidad de la vida de plegar(se).

Las reflexiones prácticas que podrían sugerir estos argumentos para la institución pública, activistas, para nosotros, los potenciales usuarios de la PrEP, y para toda aquella persona que se enfrenta a la *seducción* de una racionalidad de la prevención, es que esta tecnología PrEP no es, ni será, posible sin involucrarse con la manera en que las personas ya viven de cara al VIH que comprende la sexualidad, los fluidos, las sustancias. Estos capítulos apuntan a problematizar la idea del determinismo tecnológico, que propondría la PrEP como un producto que, en sí mismo y sólo con una estandarización científica, contiene los elementos para cambiar el mundo para siempre. Para que la PrEP ingrese en las relaciones de las personas, en mundos que ya existen, se debe contagiar de sus ritmos, debe correr por los caminos ya trazados, debe *cruzarse por la vida*.

En parte, es un llamado a cualquier salubrista a no pensar que el mundo inicia cuando sus proyectos comienzan. Pero también es una forma de convocar a que no se sigan dejando de lado realidades “incómodas” bajo estrategias como la patologización o la idiotización de las personas. Follar a pelo, querer ser preñado, vivir entre personas con varios diagnósticos hacen parte del mundo en el que la PrEP *se cruza* y si los esfuerzos regulatorios siguen ignorando estas relaciones, ella no va a evitar que sigan aumentando los contagios, pues seguirá siendo ajena a muchas vidas. En este sentido, el segundo capítulo es una manera más explícita de seguir

llamando a no ignorar el mundo, ya no al que entra la PrEP, sino en el cual se instala una vez que ya es parte de la vida. Ya no sólo se trata de que no llegue a muchos mundos, sino de su capacidad de negar lo colectivo, de afirmarse de manera despótica como asunto individual.

El tercer capítulo afina estos problemas para señalar esa potencia de capitalización que tienen las prácticas conducidas por una *racionalidad de la prevención*. Necesariamente, las prácticas de este tipo se enganchan con una serie de sistemas de distintos órdenes que modelan nuestras vidas excluyendo las posibilidades de lo comunitario, mercantilizan la vida y sostienen programas de género enormemente rígidos, pese a su aparente apertura. El tercer capítulo invita a leer con mucha precaución la manera en que los procesos de ordenamiento sobre la vida, que aparentemente son benévolos, pueden ser un don que puede estar envenenado. Para el momento en que escribo este trabajo, no existe ningún proceso comunitario que cuestione la PrEP como bien deseado, donde se reflexione sobre ella como elemento que se conecta no sólo a la “salud” sino al deseo mismo, que puede interrumpir lo colectivo, que nos puede afirmar dentro de programas de género que se constituyen como nuevas obligaciones. En ese sentido, presentar esos lugares a los que apunta eso que he llamado *racionalidad de la prevención* es una manera de interpelar a las personas que forman parte de su *hacer* a reflexionar, entre vari*s, cuál es la política que queremos vivir en nuestras relaciones con la tecnología.

Como cada uno de los párrafos lo ha señalado, mi preocupación no es la PrEP. Es la vida, la manera en que muchas vidas se ignoran al suponer que la PrEP entra a hacer parte de un mundo sin relaciones, la forma en que la vida se reduce al hablar de individuos y el peligro de la fabricación de vidas ajenas a las personas, como proyecto que puede encarnarse y generar mundos tremendamente estériles. Habiendo puesto esos elementos sobre la mesa, considero fundamental dar el crédito adecuado a quien inspiró el título de este trabajo.

Fernando Molano Vargas, escritor colombiano, habló también de la vida mediante sus obras. No podía hablar de ella sin su sexualidad, sin el amor y sin la muerte. Varios de sus poemas están dedicados a Diego, nombre que da en sus obras a su amante, quien murió a causa del SIDA. A través de los textos de Molano, los nombres del VIH y del SIDA se disuelven, prácticamente no aparecen. Sólo se ven pasar referencias a la ausencia, al amigo que ha partido, al roce de una señora que aguarda para llevárselos, tanto a él como a su amante. ¿Cómo hablar de la PrEP sin nombrarla, como lo hace Molano con el VIH? Esta es probablemente la dimensión aun carente en la discusión por la PrEP, la de buscar apuestas concretas que fortalezcan lo colectivo, lo vital. Si elegir las palabras es apostar por una política, me refugio en la letra de Molano, en cuanto es posibilidad de fuga ante la constricción del manual médico. En 1998, el mismo año en que muere Molano con apenas 36 años, a causa del SIDA, se publica su libro de poemas *Todas mis Cosas en tus Bolsillos*. De allí tomo la inspiración que me permite bautizar este trabajo, específicamente, del poema *Petición*:

Si ustedes lo permiten, yo quisiera declarar que *he cruzado por la vida*. Y aún me queda.

A veces temo que los hombres seamos solo una raza de náufragos perversos, y no exista en la isla el verdadero amor, como no sea el propio (o el de dos, a lo sumo).

Aun así, a mi *la vida me seduce*, y siempre aguardo a que en cualquier esquina me asalte la bondad de algún extraño.

De mi fragilidad ya ha sacado provecho este mundo en el que he nacido: no creo amarlo mucho. Pero adoro sus utopías, en especial las que han muerto, y no he dejado de soñar el día en que triunfe alguna revolución de hombres buenos, y pudiera en ella sentirme a gusto, aun cuando nadie me ame y yo esté solo.

Pero ocurre que ya me deja el tiempo, como a un pasajero olvidado en esta pobre estación que es mi casa y mi país. Y quisiera, al fin y al cabo, si ustedes lo permiten, preguntar: ¿No sería posible, *en lo que queda*, sin que hacia afuera me sigan empujando, ocupar un lugar en el recinto?

—Bien: puede ya reír el auditorio. (Molano, [1998] 2019, p. 76-77).

Me tomo ciertas libertades con el texto de Molano. Él habla de cruzar, yo lo llevo un poco más allá y hablo de cruzarse, siguiendo la idea del entrelazamiento. La vida de las personas que he presentado se hace en el cruce como actividad constante de sí en relación con otros, desde la imposibilidad de soltarse de los enredos materiales que constituyen el mundo. Incluso la PrEP se debe cruzar por la vida, no tiene otra posibilidad sino participar del entrelazamiento. Interpreto el “aun queda” como permanencia y no como carencia, como la resistencia de la vida a desaparecer, su voluntad de quedarse. Algo que es evidente en la PrEP en cuanto asunto colectivo, en cuanto objeto que se hace en presencia de otros, en cuanto inscripción del exceso. De allí que hable de cruzarse en lo que aun queda. Estos cruces suponen procesos animados por fuerzas distintas. Como decía, entiendo la *racionalidad de la prevención* como una fuerza, como un camino que insiste y construye los medios de atraer la vida por medio de una serie de procesos de pliegue y despliegue. Molano lo dice mejor al hablar de seducción. Estos procesos de devenir suponen una seducción, capaz de plegar el mundo, aquella que he intentado explorar.

Referencia

- AIDES (2015) *Enquête Flash PrEP: La PrEP Sauvage*. Recuperado de: http://mediatheque.lecrips.net/doc_num.php?explnum_id=48550
- Barad, K. (2018) “*Posthumanist performativity: Toward an understanding of how Matter comes to matter*”, en Åsberg, Cecilia, Braidotti, Rosi (Eds.) *A Feminist Companion to the Posthumanities*. 223 - 239 . Springe.
- Belmar, J., Stuardo, V. (2017) Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. *Revista Chilena de Infectología*, 34(4).
- Betancourt, F. (2017) *Bareback*, prácticas sexuales de resistencia entre hombres. Aportes desde la genealogía de la prevención del VIH (tesis de maestría). Universidad Francisco José de Caldas, Bogotá.
- Bonelli, C. (2019) *Spectral forces, time and excess in Southern Chile*. En: Omura, K.; Otsuki, G; Satsuka, S; Morita, A (eds.) *The World Multiple: The quotidian Politics of Knowing and Generating Entangled Worlds*. Londres: Routledge.
- Bowker, G. (2010) *A plea for pleats*. En: Jensen, C., & Rödje, K. (Eds.) *Deleuzian Intersections: Science, Technology, Anthropology*. Berghahn Books.
- Butler, J. (2002) *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del “sexo”*. Buenos Aires: Paidós.
- Callon, M., & Rabeharisoa, V. (2003). *Research “in the wild” and the shaping of new social identities*. *Technology in Society*, 25(2), 193-193-204.
- Deleuze, G. (1999) *Conversaciones 1972-1990*. Valencia: Pre-textos.
- Deleuze, G., Guattari, F. (1988) *Mil Mesetas: Capitalismo y Esquizofrenia*. Valencia: Editorial Pre-textos.

- Deleuze, G., Guattari, F. (1995) *El Anti Edipo : Capitalismo y Esquizofrenia*. Barcelona : Ediciones Paidós.
- Derrida, J. ([1967]1971) *De la gramatología*. Buenos Aires : Siglo XXI Argentina Editores.
- Dilatado (2018) *Primera Dosis* [Mensaje en un blog]. Blog Dilatado. Recuperado de : <https://dilatadobogota.blogspot.com/2018/09/dosis-de-penicilina.html>
- Epstein, S. (1995). *The Construction of Lay Expertise: AIDS Activism and the Forging of Credibility in the Reform of Clinical Trials. Science, Technology, & Human Values*, 20(4), 408–437.
- Foucault, M. (1980) *Microfísica del Poder*. Madrid: Edissa.
- Foucault, M. (2006) *Historia de la sexualidad: I. La Voluntad de Saber*. Madrid: Editorial Siglo XXI.
- Galea, Jerome & Cook, Ryan & Pickett, Jim & Gorbach, Pamina. (2017). *“PrEP In the Wild” Results From a Global Survey of Medical Providers' PrEP Practices in Settings where it is Approved and Where it is Not*. [Poster]. DOI: 10.13140/RG.2.2.12251.26403.
- Goedel, W. C., Halkitis, P. N., Greene, R. E., & Duncan, D. T. (2016). *Correlates of Awareness of and Willingness to Use Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) in Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex with Men Who Use Geosocial-Networking Smartphone Applications in New York City. AIDS and Behavior*, 20(7) 1435-1442.
- Haraway, D. (2008) *When Species Meet*. Londres: University of Minnesota Press.
- Holt, M. (2015) *Configuring the users of new HIV-prevention technologies: the case of HIV pre-exposure prophylaxis. Culture, Health & Sexuality*, 17(4), 428–439.
- International HIV/AIDS Alliance (2016) *Advancing combination HIV prevention. An advocacy brief for community-led organizations*. Disponible en:

- <https://www.childrenandaids.org/sites/default/files/2018-21/Advancing%20combination%20HIV%20prevention.pdf>
- Larrea, F. (2017) Una estética deleuzeana: génesis, figura y modulación. *Aisthesis*, (62), 29-47.
- Latour, B. (1983). *Dadme un Laboratorio y Moveré el Mundo*. Versión castellana de Marta I. González García. Recueperda de: http://www.brunolatourenespanol.org/03_escritos_02_laboratorio.pdf.
- Latour, B. (1992). *Ciencia en acción: cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. Barcelona: Labor.
- Latour, B. (1992). *Where are the missing masses? The sociology of a few mundane artifacts*, en W. Bijker and J. Law (eds) *Shaping Technology / Building Society: Studies in Sociotechnical Change*. Cambridge, Mass.: MIT Press.
- Latour, B. (1998) La tecnología es la sociedad hecha para que dure. En: M. Domènech y F. J. Tirado (comps.). *Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia, tecnología y sociedad*. Barcelona: Gedisa Editorial, pp. 109-142.
- Latour, B. (2005) *Reensamblar lo Social: una Introducción a la Teoría del Actor-Red*. Buenos Aires: Manantial.
- LoveLazers (2018) *Listas Para Prep (En Colombia)*. Recuperado de: <https://www.lovelazers.org/co/listas-para-prep-colombia/>
- Martin, E. (1991) *The Egg and the Sperm: How Science Has Constructed a Romance Based on Stereotypical Male Female Roles*. *Signs*, 16 (3): 485–501.
- Mauss, M ([1923] 1979) *Ensayo sobre los dones, motivo forma del cambio en las sociedades primitivas*. En: Mauss, Marcel. *Sociología y antropología*, Madrid: Tecnos.

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2017) Protocolo Para La Atención por Exposición de Riesgo Biológico Laboral o no Laboral, ante las Infecciones De Transmisión Sexual, El Virus De Inmunodeficiencia Humana, El Virus De La Hepatitis B Y El Virus De La Hepatitis C. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/protocolo-riesgo-biologico-its-vih-hepatits.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2019a) Acta no. 01 de 2019 de la Comisión Revisora, Sala Especializada De Moléculas Nuevas, Nuevas Indicaciones Y Medicamentos Biológicos. Recuperado de: <https://www.invima.gov.co/documents/20143/1194435/Acta-No-01-de-2019-SEMNNIMB.pdf/02fa2ab2-d796-a3af-c3da-4f8a600e55b1?t=1559854654834>

Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2019b) Circular Externa no. 13 de 2019. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Circular%20No.%202013%20de%202019.pdf

Mol, A. (1999) *Ontological politics. A word and some questions. The Sociological Review*, 47: 74-89

Mol, A. (2002) *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Londres: Duke University Press.

Mol, A., Law, J. (2004). *Embodied Action, Enacted Bodies: The Example of Hypoglycaemia. Body & Society*, 10(2/3), 43-43-62

Mol, A. (2008) *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Londres: Routledge.

Molano, F. ([1998] 2019) *Todas mis cosas en tus bolsillos*. Bogotá: Seix Barral.

Molina, J.-M., Capitant, C., Spire, B., Pialoux, G., Cotte, L., Charreau, I., Tremblay, C., Le Gall, J.-M., Cua, E., Pasquet, A., Raffi, F., Pintado, C., Chidiac, C., Chas, J., Charbonneau, P., Delaugerre, C., Suzan-Monti, M., Loze, B., Fonsart, J., ... Delfraissy, J.-F. (2015). *On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection*. *New England Journal of Medicine*, 373(23), 2237-2246.

Moore, L. J. (1997) “*It’s Like You Use Pots and Pans to Cook. It’s the Tool*”: *The Technologies of Safer Sex*. *Science, Technology, & Human Values*, 22(4), 434–471.

Moulin, A. (2006) El cuerpo frente a la medicina. En: Alain, Jean; Jacques, Georges (ed.) *Historia del cuerpo*. vol 3, 29-80. Taurus.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2015) *Acción acelerada para la prevención combinada*. Recuperado de: https://www.unaids.org/es/resources/documents/2015/20151019_JC2766_Fast_tracking_combination_prevention

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2016) *Profilaxis Pre-Exposición Oral Preguntas Y Respuestas*. Recuperado de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_JC2765_es.pdf

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2018) *Indetectable = Intransmisible La Salud Pública Y La Supresión De La Carga Vírica Del VIH*. Recuperado de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_es.pdf

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2019) *Informe general: identificando la normatividad relacionada con VIH que propician estigma y discriminación*. Recuperado

de:

<https://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/Pobreza/VIH2019/Informe%20VIH%20fotos%20CC0-2%20ajuste%202%20dic.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2018a) Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH. Modulo 1: profesionales clínicos. Recuperado de: who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/es/

Organización Mundial de la Salud (2018b) Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH. Modulo 11: Usuarios de la PrEP. Recuperado de: who.int/hiv/pub/prep/prep-implementation-tool/es/

Organización Panamericana de la Salud (2016) Plan de Acción para la Prevención y el Control de la Infección por el VIH y las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud (Sin fecha) Prevención combinada de la infección por el VIH. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14817:combination-hiv-prevention&Itemid=40682&lang=es

Petty, J., & Heimer, C. A. (2011) *Extending the rails: How research reshapes clinics. Social Studies of Science*, 41 (3), 337–360.

Preciado, P (2008) Testo Yonqui. Madrid: Editorial Espasa Calpe.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2011) Orientaciones terminológicas de ONUSIDA. Recuperado de:

https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2118_terminology-guidelines_es_0.pdf

Sánchez, M., Albo, M., Árbol, F., Casallo, S., Joya, D., & Valle Loarte, P. del. (2006). Infección aguda por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Anales de Medicina Interna*, 23(9), 453

Sánchez-Conde, M., Vivancos, M., & Moreno-Guillén, S. (2017). Profilaxis preexposición (PrEP) frente al VIH: eficacia, seguridad e incertidumbres. *Farmacia Hospitalaria*, 41(5), 630-637

Scott J ([1986] 2013) El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Lamas, M (Comp) *El Género: La construcción cultural de la diferencia sexual*. Ciudad de México: UNAM, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.

Stengers, I. (2010) *Experimenting with What is Philosophy?* En: Jensen, C., & Rödje, K. (Eds.) *Deleuzian Intersections: Science, Technology, Anthropology*. Berghahn Books.

Stengers, I. (2014) La propuesta cosmopolítica. *Revista Pléyade*, 14, 17-41.

Thomann, M. (2018) ‘On December 1, 2015, sex changes. Forever’: Pre-exposure prophylaxis and the pharmaceuticalisation of the neoliberal sexual subject. *Global Public Health*, 13 (8), 997–1006.

Universidad Nacional de Colombia (2019) Evaluación Del Impacto Presupuestal De La Estrategia Prep Y Del Autotest Para La Prevención De La Infección Por Vih En Colombia. Recuperado de:

<https://www.undp.org/content/dam/colombia/docs/Pobreza/VIH2019/DOCUMENTO%20VIH%20-PreP%20.pdf>

Vallejo, D. (2016) Mil pequeños sexos y algunos afectos: Una aproximación cartográfica al cuerpo intersexual (tesis de pregrado). Universidad Externado de Colombia.

Vallejo, D. (2017) Nociones de prestigio y producción del cuerpo temeroso: Reflexiones en torno a la normalización de cuerpos intersexuales. *Sexualidad, Salud y Sociedad* (Rio de Janeiro), (27), 25-45.